

**ESPECIALIZACIÓN**  
**EN**  
**AUDICIÓN Y LENGUAJE**

**Dirección:**  
**Samuel Gento Palacios**

**MÓDULO V (1):**  
**TRATAMIENTO EDUCATIVO**  
**DE LOS TRASTORNOS DE LA**  
**AUDICIÓN Y EL LENGUAJE**

**Autores: M<sup>a</sup> José Yolanda Hernández Moreno**  
**Francisco Javier Toro Moreno**

Especialización En Audición y Lenguaje  
Módulo V (1): Tratamiento Educativo de los Trastornos de la Audición y el  
Lenguaje

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

Samuel Gento Palacios (Director)  
M<sup>a</sup> José Yolanda Hernández Moreno (Autor)  
Francisco Javier Toro Moreno (Autor)  
Conrado Martín Fernández (Revisión)

ISBN-13: 978-84-611-4746-5 (obra completa)  
ISSN-13: 978-84-611-5179-0 (Módulo V (1))

Primera edición: Febrero 2007  
Revisado octubre 2009

Depósito legal: SE-1094-2007-U.E.

Imprime: Publidisa

Reservados todos los derechos.

Queda totalmente prohibida la reproducción total o parcial de este libro por cualquier procedimiento electrónico o mecánico, incluso fotocopia, grabación magnética, óptica o informática, o cualquier sistema de almacenamiento de información o sistema de recuperación, sin permiso previo y por escrito del autor.

**MÓDULO V (1)**

**TRATAMIENTO EDUCATIVO**

**DE LOS TRASTORNOS DE LA**

**AUDICIÓN Y EL LENGUAJE**

**M<sup>a</sup> José Yolanda Hernández Moreno**  
**Francisco Javier Toro Moreno**

## **MÓDULO V**

### **TRATAMIENTO EDUCATIVO DE LOS TRASTORNOS DE LA AUDICIÓN Y EL LENGUAJE**

#### **VOLUMEN 1**

UNIDAD 1: La logopedia: evaluación, diagnóstico e intervención

UNIDAD 2: Alteraciones de la voz. Diagnóstico e intervención logopédica

UNIDAD 3: Alteraciones de la articulación (I). Diagnóstico e intervención  
logopédica

UNIDAD 4: Alteraciones de la articulación (II). Diagnóstico e intervención  
logopédica

UNIDAD 5: Alteraciones de la fluidez verbal. Diagnóstico e intervención  
logopédica

#### **VOLUMEN 2**

UNIDAD 6: Evaluación e intervención sobre las alteraciones del proceso léxico  
de la lectura y escritura: disglosias y disgrafías evolutivas

UNIDAD 7: Evaluación e intervención sobre las dificultades en la comprensión  
lectora

UNIDAD 8: Evaluación e intervención sobre las dificultades en la comprensión  
escrita

UNIDAD 9: La lectura en el alumnado con discapacidad auditiva

UNIDAD 10: Expresión escrita en el alumnado con discapacidad auditiva

### **VOLUMEN 3**

UNIDAD 11: Trastornos del lenguaje: afasia. Diagnóstico e intervención  
logopédica

UNIDAD 12: Trastornos del lenguaje: disfasia. Diagnóstico e intervención  
logopédica

UNIDAD 13 Trastornos de la comunicación y el lenguaje en el espectro autista.  
Diagnóstico e intervención

UNIDAD 14: Trastornos del lenguaje en la discapacidad mental. Diagnóstico e  
intervención logopédica

UNIDAD 15: Trastornos del lenguaje en la discapacidad motora. Diagnóstico e  
intervención logopédica

UNIDAD 16: Las nuevas tecnologías aplicadas a la logopedia

## **I.- PRESENTACIÓN DEL MÓDULO**

Este módulo, “Tratamiento Educativo de los Trastornos de la Audición y el Lenguaje Oral y Escrito”, versa sobre como llevar a cabo la evaluación, diagnóstico y posterior intervención educativa de las diferentes patologías que nos podemos encontrar en el ámbito de la logopedia.

La materia de este módulo constituye un pilar fundamental en la formación y posterior desarrollo profesional de futuros maestros y especialistas en Audición y Lenguaje.

Da un cuerpo teórico, orientaciones prácticas y metodología actualizada, para planificar las intervenciones que den una respuesta educativa adecuada a los alumnos que presentan algún problema en la comunicación y el lenguaje.

## II.- ÍNDICE GENERAL DEL MÓDULO

I.- PRESENTACIÓN DEL MÓDULO .....	6
II.- ÍNDICE GENERAL DEL MÓDULO.....	7
III.- OBJETIVOS GENERALES DEL MÓDULO .....	9
IV.- INTRODUCCIÓN AL MÓDULO .....	10
V.- UNIDADES DIDACTICAS .....	13
UNIDAD DIDÁCTICA 1.- La logopedia: evaluación, diagnóstico e intervención .....	15
1. Concepto, objeto de la logopedia y su relación con la foniatría y ortofonía .....	20
2. La evaluación del lenguaje .....	22
3. Diagnóstico .....	34
4. La intervención logopédica .....	39
5. La respuesta educativa .....	50
UNIDAD DIDACTICA 2.- Alteraciones de la voz: diagnóstico e intervención logopédica .....	59
1. La voz .....	64
2. Diagnóstico .....	72
3. Tratamiento.....	84
4. Reeducación asociada a algunos casos particulares .....	98

UNIDAD DIDACTICA 3.- Alteraciones de la articulación (I): Diagnóstico e intervención logopédica .....	113
1. Adquisición y desarrollo del lenguaje .....	117
2. Trastornos de la articulación. Clasificación y concepto .....	122
3. Órganos que intervienen en la articulación de los fonemas .....	125
4. Evaluación de las dislalias .....	128
5. Intervención logopédica: modelos y estrategias de intervención .....	134
 UNIDAD DIDACTICA 4.- Alteraciones de la articulación (II): Diagnóstico e intervención pedagógica .....	 159
1. Disartrias. Concepto y clasificación .....	162
2. Disglosias. Concepto y clasificación .....	164
3. Evaluación y diagnóstico de las disglosias.....	178
4. Intervención logopédica .....	179
 UNIDAD DIDÁCTICA 5.- Alteraciones de la fluidez verbal. Diagnóstico e intervención logopédica.....	 193
1. Definición y datos generales.....	198
2. Etiología .....	199
3. Clasificación y sintomatología .....	201
4. Diagnóstico .....	204
5. Tratamiento.....	206
 VI REFERENCIAS DE INFORMACIÓN DEL MÓDULO .....	 226
 ANEXO .....	 232



### **III.- OBJETIVOS GENERALES DE MÓDULO**

A través del conocimiento de las distintas Unidades Didácticas de este módulo se pretenden conseguir los siguientes objetivos generales:

- Conocer el ámbito de la logopedia y su relación con otras ciencias afines.
- Conseguir que el alumno sea capaz de realizar valoraciones diagnósticas a través de la evaluación de los distintos aspectos del lenguaje.
- Conseguir que el alumno llegue a adquirir conocimientos básicos sobre la voz, los mecanismos de la fonación, su patología y la rehabilitación vocal.
- Desarrollar una visión completa sobre las diferentes patologías que se engloban en los Trastornos de la Articulación (dislalias, disglosias y disartrias) basándonos en una evaluación diagnóstica.
- Conocer y desarrollar pautas básicas de actuación de los diferentes problemas de carácter comunicativo-lingüístico que se describen en este libro.

#### **IV.- INTRODUCCIÓN AL MÓDULO**

El módulo V “Tratamiento Educativo de los Trastornos de la Audición y el Lenguaje Oral y Escrito”, es un módulo extenso que comprende quince Unidades Didácticas.

En este libro, aparecen las cuatro primeras Unidades Didácticas, en las que se abordan conceptos generales como:

- Delimitación del concepto de logopedia.
- Bases para llevar a cabo la rehabilitación del lenguaje.

Siguiendo al Dr. Perelló diremos que la logopedia es “el tratamiento pedagógico de las perturbaciones del habla y del lenguaje”. Por tanto su objetivo fundamental, será el estudio y tratamiento de los siguientes trastornos:

- Trastorno de la Comunicación y el Lenguaje.
- Trastorno de la Voz producidas por patología laríngea.
- Trastorno de la Articulación.
- Trastorno de la Fluidez Verbal.

En estas Unidades Didácticas abordaremos los Trastornos de la Voz y de la Articulación.

Daremos unas pinceladas teóricas sobre estos trastornos para extendernos más en su rehabilitación.

Para llevar a cabo una reeducación correcta de cualquiera de las patologías que vamos a estudiar, planificaremos en primer lugar una evaluación diagnóstica seguida de una intervención como clave para el proceso de mejora.

Para la realización del diagnóstico, el profesional de la Audición y lenguaje debe:

- *Recoger información*, a través de la historia clínica, de la evaluación cualitativa (observación, entrevistas y muestras de producción espontánea), de la evaluación cuantitativa (a través de la aplicación de técnicas e instrumentos).
- *Organizar la Información*: organizar, categorizar y clasificar.
- *Evaluar la Información*.
- Establecer conclusiones.

Para realizar un buen programa de Intervención tiene que:

- Planificar y estructurar el programa terapéutico, en función de los resultados de la evaluación.
- Aplicar el programa.
- Reevaluar el proceso.

Por último reflejaremos por escrito todo el proceso mediante la realización de un Informe Logopédico, para cuya realización adjuntamos modelo.



**UNIDADES**  
**DIDACTICAS**



## **UNIDAD DIDÁCTICA 1**

### **LA LOGOPEDIA:**

### **EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN**

**M<sup>a</sup> José Yolanda Hernández Moreno**  
Especialista en Psicología y Pedagogía

## ÍNDICE DE LA UNIDAD 1

RESUMEN DE LA UNIDAD DIDACTICA 1 .....	18
 DESARROLLO DE LA UNIDAD 1 .....	 20
1. Concepto, objeto de la logopedia y su relación con la foniatría y ortofonía .....	20
2. La evaluación del lenguaje .....	22
2.1. Componentes del proceso de evaluación.....	22
2.1.1. Objetivos de la evaluación.....	23
2.1.2. Contenidos de la evaluación .....	24
2.1.3. Procedimientos y estrategias de la evaluación .....	26
2.2. Relaciones del logopeda con otros profesionales que intervienen en la evaluación.....	33
3. Diagnóstico .....	34
4. La intervención logopédica .....	39
4.1. Componentes de la intervención: .....	40
4.1.1. Objetivos de la intervención .....	40
4.1.2. Contenidos de la intervención .....	42
4.1.3. Procedimientos de la intervención. Modelos y estrategias.....	43
4.1.4. Materiales a utilizar en la intervención.....	46
4.1.5. Momento de la intervención .....	46
4.1.6. Lugar de la intervención .....	47
4.2. Modelo de informe logopédico de intervención.....	48
5. La respuesta educativa.....	50



AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 1 .....	52
CLAVE DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 1 .....	53
ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE LA UNIDAD 1.....	54
BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD 1 .....	55
GLOSARIO DE TÉRMINOS DE LA UNIDAD 1.....	57

## **RESUMEN DE LA UNIDAD 1**

### **REHABILITACION DEL LENGUAJE**

Establecimiento del contacto logopeda-alumno.

#### **Recoger información – DIAGNÓSTICO**

- El logopeda recoge información a través de entrevistas observaciones y test.
  - Historia clínica.
  - Evaluación cuantitativa: aplicación de técnicas e instrumentos de manera objetiva y cuantificable. Test y pruebas estandarizadas.
  - Evaluación cualitativa: observación y tareas referidas a criterio en base a los acontecimientos del desarrollo normalizado.
  - Entrevistas, observación, muestras de producción espontánea del lenguaje.

#### **Organizar la información – DIAGNÓSTICO**

- El logopeda evalúa los datos recogidos y prepara la información para el análisis.
  - Organiza.
  - Categoriza.
  - Clasifica.

### **Evaluar la información – DIAGNÓSTICO**

- El logopeda evalúa los datos recogidos. Se comparan con los datos normativos del desarrollo y con la adaptación contextual o cultural.

### **Establecer conclusiones – DIAGNÓSTICO**

- Diagnóstico diferencial.
  - Niveles de ejecución.
  - Orientaciones del plan de intervención.
- 
- Elaborar los resultados – transmitir la información.
    - Informe diagnóstico.
    - Familia / alumno.
    - Otros profesionales, escuela, etc.

### **Aplicar el programa terapéutico - INTERVENCIÓN**

(El plan de intervención se formula en base a la información diagnóstica)

### **Re-evaluar la información - INTERVENCIÓN**

(El logopeda continuamente re-evalúa el estado del alumno de cara a revisar o contrastar los resultados de la intervención).

## DESARROLLO DE LA UNIDAD 1

### 1.- Concepto, objeto de la logopedia y su relación con la Foniatría y la Ortofonía

Si nos remitimos a la etimología del vocablo logopedia viene del griego "logos" palabra y "paidea" educación de los niños.

El Dr. Perelló en su lexicón de comunicología, define el término logopedia de manera concisa como "el tratamiento pedagógico de perturbaciones del habla y del lenguaje".

La Oficina Internacional de Audiofonología, dice que "es función de la logopedia, la investigación, recopilación y estudio de las alteraciones de la voz, de la audición, de la palabra, del lenguaje oral y escrito, a si como la adaptación o readaptación de aquellos pacientes que las padecen". De manera específica la logopedia recopila las actuaciones que van destinadas a conseguir llegar a establecer el lenguaje alterado y el tratamiento de sus disfunciones.

Con todo lo expuesto con anterioridad, podemos establecer una definición más completa del concepto de logopedia: "tratamiento o terapia psicopedagógica de las perturbaciones del habla y del lenguaje con el objetivo de que cualquier sujeto maneje el sistema lingüístico de su comunidad de la forma más ajustada a la norma lingüística imperante, así como de la manera más funcional y satisfactoria que sea posible".

El objetivo fundamental de estudio y tratamiento de la logopedia son los siguientes trastornos:

- **Trastornos de la comunicación y el lenguaje**, en los que no se emite mensaje o se percibe de forma incorrecta, tanto oral como escrita; o no pueden coordinar y seleccionar sus propios mensajes para hacerse entender por los demás (espectro autista, afasias, disfasias, alteraciones auditivas, deficiencias mentales, etc.).

- **Trastornos de la voz producidos por una patología laríngea**, por un excesivo o defectuoso funcionamiento laríngeo y afecciones respiratorias (anomalías del tono, potencia, timbre, etc.).
- **Trastornos de la articulación**, que son producidos principalmente por lesiones de cualquier tipo que afectan a los órganos de fonación tanto externos como internos (labio leporino, fisura palatina, parálisis facial, **malformaciones** dentarias y linguales, etc.).
- **Trastornos en la fluidez verbal**, producen falta de ritmo en el discurso (disfemias o taquifemias).

Una vez que hemos clarificado el concepto del término logopedia vamos a definir el concepto de foniatría y ortofonía y sus campos de actuación.

**La Foniatría**, que etimológicamente viene del griego "phone": sonido; y "aitría": curar, es la parte de la medicina que estudia las anomalías de la voz, el habla y su tratamiento, debido a alteraciones fisiológicas, anatómicas o psíquicas que afectan a la comunicación lingüística.

Una de las funciones del médico foniatra es vigilar que todos los órganos implicados en la fonación estén en las mejores condiciones posibles para conseguir el máximo rendimiento y calidad de la voz.

**La Ortofonía** es la ciencia que se ocupa de la investigación de los defectos de la voz y de la palabra en sus orígenes, del análisis de las manifestaciones de esos defectos y del tratamiento científico adecuado para su corrección.

El objetivo de la Ortofonía es conseguir un perfecto lenguaje oral: Se ocupa de la emisión de la voz y la articulación del sonido; no solo trabaja sobre la parte patológica, además se ocupa de la perfección de la voz y de la correcta dicción.

La Foniatría es materia del médico foniatra y siempre es previo su tratamiento al ortofónico.

La Foniatría se dirige a la corrección de las anomalías de la voz o disfonías; se ocupa de la parte orgánica de éstas, dejando para el ortofonista la parte funcional del trastorno.

## **2.- La evaluación del lenguaje**

Evaluar el lenguaje supone: "determinar el nivel de eficiencia en habla, lengua y comunicación, en función de los nexos que este establece con todas las variables (cognitiva, audio-oral, emocionales, sustrato neurológico, etc.) y especificar en qué medida está alterado en sí mismo o expresa la existencia de alteraciones pertenecientes a otros ámbitos que deben ser considerados como etiológicos o concomitantes del problema lingüístico" (Forns, 1989).

El primer paso para la intervención es la evaluación pues, según Mendoza (1985), el éxito de un tratamiento depende en gran medida de sus métodos de evaluación y de sus criterios diagnósticos. Por tanto, podemos afirmar que evaluación e intervención son constructos interactivos, la intervención sin evaluación es una actividad sin sentido.

### **2.1.- Componentes del proceso de evaluación**

Dentro de este epígrafe vamos a analizar:

- ¿Para qué evaluar? OBJETIVOS.
- ¿Qué evaluar? CONTENIDOS.
- ¿Cómo evaluar? PROCEDIMIENTOS Y ESTRATEGIAS.

### **2.1.1.- Objetivos de la evaluación.**

Siguiendo a Gallardo y Gallego (1993), enumeramos los objetivos que se conseguirán mediante el proceso de evaluación:

- Detectar posibles problemas:
  - Establecer el objetivo de esa primera evaluación, elaboración de programas de prevención, estimulación, e intervención general.
  - Decidir procedimientos más adecuados, en función de la población escolar, características personales de los niños, ambientales, de desarrollo, etc.
  - Determinar que niños precisan una evaluación posterior, más completa.
  - Encauzar a los niños en los que hemos detectado alteraciones que requieran la actuación de otros profesionales (médico, psicólogo, audiólogo), para que realicen la correspondiente evaluación.
  
- Establecimiento del nivel de la conducta lingüística del niño/a:
  - Determinar el nivel de desarrollo de las bases anatómico-funcionales, dimensiones y procesos del lenguaje.
  - Diferenciar entre retraso y alteración evolutiva.
  - Especificar la conducta que precisa intervención, anotando los requisitos de entrada, contingencias, etc.
  
- Medición de los cambios producidos durante el programa de intervención.
  - Comprobar la naturaleza de los cambios, para variar o no los contenidos y/o procedimientos de intervención.
  - Evaluar siempre al niño/a en un doble contexto escolar y familiar, tomando como base la producción verbal espontánea

### 2.1.2.- Contenidos de la evaluación

En este punto vamos a intentar definir, qué es lo que vamos a evaluar. La evaluación debe abarcar los mecanismos, componentes y procesos del lenguaje. Analizaremos pues, el lenguaje en todas sus dimensiones: forma (fonético y morfo-sintáctico). Contenido (semántico), uso (pragmático).

#### A/ Bases anatómicas y funcionales:

- Audición.
- Aparato fonador: respiración, habilidad motora y voz.

#### B/ Dimensiones del lenguaje:

- **Forma del lenguaje**, que incluye el estudio de la topografía de respuesta de la conducta comunicativa del niño (componentes motores o físicos de la articulación), y formas de comunicación.
  - *Fonología*: capacidad articulatoria y adquisición del sistema fonológico.
  - *Sintaxis*, modos de conexión, análisis de formas y estructuras; orden de organización de los enunciados.
- **Contenido del lenguaje**, el análisis de contenido se refiere al estudio de la semántica; concierne al desarrollo del significado de las palabras y grupos de palabras. A las relaciones de significado que va estableciendo el individuo entre las unidades lingüísticas y los objetos o elementos de su entorno.
  - Significado de la frase.
  - Relaciones de significado entre sus componentes.
  - Léxico.
- **Uso del lenguaje**, el análisis del uso se refiere al conocimiento que el sujeto tiene del conjunto de reglas que dirigen el uso del lenguaje en el contexto pragmático. Incluye el estudio de las funciones del lenguaje y de las reglas que rigen el lenguaje en el contexto.



- Funciones de comunicación.
- Competencia conversacional.
- Influencia del contexto.

### **C/ Procesos del lenguaje:**

- **Comprensión**, decodificación lingüística.
  - Capacidad auditiva.
  - Eliminación de elementos no verbales.
- **Producción**, codificación lingüística.
  - Lenguaje espontáneo, analizado en base al empleo adecuado, que es lo que hace el niño/a.
  - Construcciones específicas, qué es capaz de hacer.
- **Lectoescritura**

**D. Desarrollo cognitivo**, es necesario evaluar el nivel de desarrollo cognitivo del niño/a para determinar su nivel de desarrollo lingüístico, ya que el ritmo y la secuencia de la adquisición del lenguaje esta determinado por los procesos cognitivos.

- Períodos evolutivos de Piaget.
- Nivel de inteligencia general..

### **E/ Otros aspectos a evaluar:**

- Aspectos prosódicos: entonación y rimo del lenguaje.
- Adecuación de la conducta general del niño.
- Tono muscular.

### 2.1.3. Procedimientos y estrategias de evaluación

En general los procedimientos de evaluación se pueden considerar en cuatro categorías básicas:

#### A.- Test estandarizados:

Serían aquellos test que han sido aplicados a distintas poblaciones y han demostrado su fiabilidad y su validez; poseen datos normativos que permiten realizar comparaciones según las puntuaciones de la escala y las equivalencias de edad en la evaluación individual del niño.(Miller, 1986)

Las limitaciones de los test estandarizados vienen definidas, por la artificialidad de la situación, la reducción de la complejidad del lenguaje y la falta de adecuación a determinadas poblaciones.

Encontramos test estandarizados de lenguaje oral y de lectoescritura; con las versiones siguientes:

- En español o adaptados.
- En español sin baremación española.
- De inteligencia con factores verbales.
- No traducidos o no baremados.

#### *Test del lenguaje oral (en español o adaptados).*

- *TEST ILLINOIS DE APTITUDES PSICOLINGÜÍSTICAS (ITPA). Autores: Kirk y Mc Carthy. TEA, adaptado y tipificado 1986.*

Finalidad: evaluar las funciones cognitivas y lingüísticas que se encuentran implicadas en las actividades de comunicación. Parte de la hipótesis de que existen ciertas aptitudes específicas necesarias para la adquisición y desarrollo del lenguaje.

Edad de aplicación: 3 – 9 años.

Áreas que evalúa:

- Nivel representativo
  - Proceso receptivo: recepción auditiva y recepción visual.
  - Proceso asociativo: asociación auditiva y asociación visual.
  - Proceso expresivo: expresión verbal y expresión motora.
- Nivel Automático
  - Integración o cierre: cierre gramatical y cierre visual.
  - Memoria: memoria secuencial auditiva y secuencial visual.

Fundamentalmente mide aspectos semánticos y habilidades receptivas.

- TEST DE DESARROLLO MORFOSINTACTICO EN EL NIÑO (TSA). Autor: G. Aguado. Publica: CEPE.

Finalidad: Explorar la estructura formal del lenguaje en sus dos vertientes de comprensión y de expresión.

Edad de aplicación: 3 – 7 años.

Áreas que evalúa: Expresión morfosintáctica. Comprensión.

- TEST DE VOCABULARIO EN IMAGENES PEABODY. Autor: Dunn. Publica: MEPSA.

Finalidad: Evaluar el vocabulario receptivo en imágenes.

Edad de aplicación: 2 años y 6 meses a 18 años.

Áreas que evalúa: comprensión de vocabulario en imágenes.

- TEST DE EVALUACION PREESCOLAR Y ESPECIAL. Autores: A. Riviére y colaboradores. Publica: TEA.

Finalidad: determinación de los niveles de desarrollo en diversas áreas de funcionamiento psicológico. Valora el desarrollo potencial del sujeto lo que permite

la elaboración del programa de tratamiento. Las escalas que pueden aportarnos novedades son la cognitiva y la del lenguaje.

Edad de aplicación: de 0 a 5 años.

Áreas que evalúa: Desarrollo social. Imitación. Motricidad gruesa y fina. Lenguaje expresivo, comprensivo, de representación y simbolización. Solución de problemas.

- REGISTRO FONOLÓGICO INDUCIDO. Autores: M. Monfort y A. Juárez. Publica: CEPE.

Finalidad: Registrar las peculiaridades del habla del niño en producción inducida de palabras o en repetición, si es necesario. Compara su producción a la producción media de su edad.

Edad de aplicación: 3 años a 6 años y 6 meses.

Áreas que evalúa: articulación.

- PRUEBA DEL LENGUAJE ORAL DE NAVARRA (PLON). Autores: Aguinaga y colaboradores. Edita: Departamento de Educación y Cultura de Navarra.

Edad de aplicación: de 4 a 6 años.

Valora el desarrollo del lenguaje en los niños de 4 a 6 años en los aspectos de fonología, morfo-sintaxis, contenido y uso. Está basado en la división de Bloom y Lahey a la hora de analizar el lenguaje infantil (1978). Estos autores proponen un análisis sincrónico, según el cual se categoriza en forma, contenido y uso.

***Test de lenguaje oral en español sin baremación española).***

- PRUEBA DEL LENGUAJE ORAL. Autora: M. Nieto.

Edad: 6 – 12 años.

Áreas que evalúa: comprensión, producción gestual y oral.

- TEST FIGURA/ PALABRA DE VOCABULARIO RECEPTIVO Y EXPRESIVO.

Autor: Garnier.

Edad: 2 – 12 años.

Áreas que evalúa: comprensión de palabra y denominación de imágenes.

### *Test de inteligencia con factores verbales.*

- ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS REVISADA (WISC-R). Autor: Wechsler. Publica: TEA.

Edad de aplicación: suelo 6 años, techo 16 años.

Áreas que evalúa:

- Comprensión verbal (subpruebas verbales).
  - Organización perceptual (subpruebas de ejecución).
  - Distractibilidad (Aritmética, dígitos y claves).
  - Las mejores pruebas del factor G corresponden a las subpruebas de vocabulario, información, semejanzas, comprensión y cubos.
- ESCALAS McCARTHY DE APTITUDES Y PSICOMOTRICIDAD PARA NIÑOS (MSCA). Autor: McCarthy. Publica: TEA.

Edad de aplicación: de 3 a 8 ½ años.

El MSCA contiene 18 test independientes que evalúan las variables aptitudinales del sujeto en ciertas áreas importantes. Los test han sido agrupados en seis escalas: verbal, perceptivo-manipulativa, numérica, general cognitiva, memoria y motricidad.

### ***B.- Escalas de desarrollo:***

Reflejan los principales logros a lo largo del periodo de desarrollo, con el objetivo de determinar el nivel evolutivo del niño. Existen dos tipos de escalas de desarrollo:

En la primera los datos son proporcionados por un adulto que va contrastando la información que precisa la escala.

En el segundo tipo se indica al niño que realice determinadas tareas.

### ***Escalas de desarrollo estandarizadas:***

- ESCALA DE DESARROLLO LINGÜÍSTICO DE REYNELL. Autor: E. Reynell. Publicación española: MEPSA.

Finalidad: la parte central de la evaluación se pone en la formación de conceptos y el pensamiento simbólico presentes tanto en comprensión verbal como en expresión verbal. Evalúa la comprensión y expresión verbal tanto con objetos como con dibujos.

Edad de aplicación: 5 meses a 6 años.

Áreas que evalúa:

- Escala de comprensión verbal: relación de un símbolo a otro, de dos objetos, de atributos (la escala cuenta con dos formas A y B).
  - Escala de lenguaje expresivo: expresión espontánea para evaluar la estructura del lenguaje: vocabulario y uso del lenguaje.
- ESCALA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LA PRIMERA INFANCIA. Autores. Brunet- Llezine. Publica: MEPSA.

Edad de aplicación: 1mes a 6 años.

Evalúa los niveles de desarrollo en base a pruebas de: control postural y psicomotricidad, coordinación óculo-motriz y conducta adaptación a objetos, lenguaje y sociabilidad.

- ESCALA BAYLEY DE DESARROLLO INFANTIL.

Se puede aplicar desde el nacimiento hasta los 30 meses. La primera prueba mide las capacidades sensoriales y perceptivas, discriminación, desarrollo del lenguaje, capacidades para la solución de problemas y aptitudes de aprendizaje.

La segunda prueba es una escala motriz

La tercera prueba es de personalidad y evalúa el desarrollo emocional.

- ESCALAS ORDINARIAS DE DESARROLLO PSICOLOGICO. Autor: Uzgiris-Hunt.

Evalúan el nivel de desarrollo del niño desde una perspectiva piagetiana.

Son muy interesantes porque evalúan procesos de desarrollo considerados requisitos para la comunicación: permanencia de objetos y seguimiento visual, desarrollo medios-fines, imitación vocálica y gestual, casualidad, construcción de relaciones del objeto en el espacio, esquemas para relacionar objetos.

### C.- Test no estandarizados:

Hay una categoría amplia de procedimientos que no han sido estandarizados. Suelen ser útiles si se fundamentan en un modelo y/o conocimiento adecuado de la conducta verbal

- **Registro, transcripción y análisis de una muestra de lenguaje oral espontáneo**, para evaluar la producción lingüística de un niño mediante una muestra de habla espontánea, hay que realizar primero un registro y transcripción. Este análisis requiere conocer el desarrollo normal del lenguaje y la comunicación.

Para utilizar este procedimiento de evaluación debemos decidir cuatro cuestiones básicas:

- Situación o método para que el niño hable espontáneamente. Debemos decidir la persona que interactúa con el niño, el contexto y los posibles materiales.
  - El tamaño de la muestra, debe ser suficientemente amplia para dar un repertorio variado y completo del lenguaje del niño. En la práctica suelen registrarse 30 minutos de interacción.
  - Procedimiento de registro utilizado, puede registrarse mediante video, audiocassette o notas escritas.
  - Procedimientos del análisis a emplear. El análisis va a depender de las dimensiones o aspectos del lenguaje a evaluar, de la profundidad del análisis y de las exigencias de la situación.
- **Registro y análisis del lenguaje en una situación dirigida**, para analizar determinados aspectos específicos del lenguaje cuya frecuencia de aparición en contextos naturales es muy baja o no se dan, será necesario utilizar procedimientos de obtención. Se le pide al niño que muestre su habilidad lingüística en una situación construida por el examinador.

Se pueden utilizar procedimientos de elicitación basados en estímulos visuales, estímulos verbales, acciones reales; también se utilizan para la evaluación articulatoria o fonética, discriminación auditiva, evaluación de funciones pragmáticas.

- **Comprensión**, se puede evaluar teniendo en cuenta la definición de una respuesta adecuada y especificar la naturaleza de la tarea.
- **Imitación provocada**, se trata de que el niño imite una serie de palabras o frases. Puede servirnos para evaluar la memoria secuencial auditiva del niño, la habilidad de imitación vocálica y la capacidad para articular sonidos de manera mecánica y discriminar contrastes.



#### **D.- Observación conductual:**

Nos referimos a observaciones en contextos naturales, se usa para observar la competencia comunicativa del niño y su comportamiento en general.

El registro de las conductas observadas suele seguir el planteamiento del modelo conductual de observación y registro.

#### **2.2.- Relaciones del logopeda con otros profesionales que intervienen en la evaluación**

Las relaciones del logopeda con otros profesionales vienen determinadas por el contexto donde se desarrolla el trabajo, normalmente en el marco escolar.

El papel del logopeda (maestro de audición y lenguaje) en la escuela, viene definido en la legislación actual, como el responsable de los servicios especializados de rehabilitación del lenguaje a los niños que tengan necesidades de los mismos. Es habitual que adopte forma de profesor itinerante. Se incluye como parte de su papel la identificación y evaluación diagnóstica de los niños con trastornos del lenguaje.

Debe establecer una estrecha colaboración con el resto de los profesionales que trabajan con el niño, se deben compartir objetivos comunes lo que permitirá una distribución de funciones y competencias así como un plan de trabajo coherente.

Esta relación entre profesionales, se establece en función de la labor que este realizando el logopeda:

- Tareas de prevención: labor informativa con padres y profesores de educación infantil con el fin de orientarles y formarles acerca de como estimular el lenguaje y/o detectar factores de riesgo.
- Diagnóstico/ evaluación.
- Tratamiento.
- Seguimiento de casos.

### 3.- El diagnóstico

Modelo tipo a seguir para el establecimiento de un diagnóstico.

#### **DIAGNOSTICO INICIAL**

##### ***DATOS PERSONALES:***

- Nombre y apellidos:
- Teléfono y dirección:
- Nombre de padres y/o tutores:
- Fecha de nacimiento – ciclo:
- Número de hermanos y lugar que ocupa:
- Informes: médicos, logopédicos, que se adjuntan
- Pruebas pasadas:

##### **ANAMNESIS:**

1. Antecedentes familiares.
2. Cuándo y quién detectó el problema.
3. Enfermedades significativas del niño.
4. Gestación y parto.
5. Traumatismos padecidos.
6. Edad de los padres.
7. Actitud de los padres hacia el problema.
8. Uso del chupete.
9. Hábitos de comida y momento de implantación.
10. Autonomía.
11. Señala – nombra.
12. Desarrollo motor.
13. Desarrollo social.
14. Otros datos de interés.

**EXAMEN DEL APARATO FONOARTICULATORIO ( DISGLOSIAS):**

- Lengua.
- Paladar.
- Labios.
- Dientes.
- Laringe.
- Velo.
- Maxilares: prognatismo y progenie.
- Frenillo.
- Aparatos ortodóncicos.
- Praxias:
  - Movilidad y posicionamiento de la lengua.
  - Tono muscular y facial.
  - Tono musculatura articularia.
  - Movilidad y tono d los labios.
  - Movilidad de las mejillas.
  - Movilidad del velo del paladar.
  - Movilidad del maxilar inferior.

**EXAMEN DEL APARATO AUDITIVO:**

- Audiometrías.
- Potenciales evocados.
- Timpanometrías, etc...
- Discriminación auditiva:
  - Discriminación ruido–silencio.
  - Localización de la fuente sonora.
  - Discriminación de las cualidades del sonido: tono, intensidad, timbre y duración.
  - Discriminación de la naturaleza de la fuente sonora.
  - Discriminación de fonemas, sílabas y palabras.
  - Discriminación de sonidos enmascarados.

**RESPIRACIÓN:**

- Espirometría.
- Tipo: nasal o bucal.
- Clases: abdominal, torácica...
- Inspiración y espiración.
- Capacidad pulmonar.
- Ritmo respiratorio.

**SOPLO:**

- Sordo / sonoro.
- Nasal / bucal
- Fuerza, dirección y precisión.

**ALIMENTACION:**

- Succión.
- Masticación.
- Deglución.
- Respiración durante el proceso.
- Coordinación de todos los procesos.

**VOZ:**

- Rinolalías.
- Ataque glótico.
- Esfuerzo vocal.
- Disfonías.
- Nódulos o pólipos.
- Tiempo de fonación.
- Cualidades de la voz: frecuencia, intensidad, timbre, duración.
- Otros...

**DISCRIMINACION VISUAL:**

- Mantiene contacto ocular.
- Figura – fondo.
- Organización espacial.
- Permanece sentado.
- Concentración o distracción.
- Atención a órdenes sencillas.
- Atención a órdenes complejas.
- Atención a tareas.
- Atención a tareas doblemente orientadas.

**IMITACION:**

- Elementos globales.
- Elementos segmentarios.
- Praxias.
- Fonemas, sílabas, palabras y frases.

**RITMO:**

- Seguir secuencias de ritmo:
  - Con palmas, golpes.
  - Con fonación.
  - Con ambas.

**MEMORIA:**

- Codificación fonológica y/o semántica.
- Repetición de palabras, sonidos, acciones, movimientos.... (memoria visual, analítica...), imágenes.

**CAPACIDAD SIMBOLICA:**

- Objetos.
- Fotografías.
- Dibujos–imágenes.
- Letras–grafemas, números.
- Juego simbólico:
  - Mira objetos.
  - Explora, busca.
  - Usa los juguetes según su función.
  - Representa diferentes roles.

**FONÉTICA Y FONOLOGÍA:**

- Dificultades articulatorias que presenta (dislalias).
- Producción de fonemas en función de la edad.
- Producción de sílabas directas, inversas, mixtas, sinfonas.
- Producción de fonemas en diferentes posiciones.
- En repetición.
- Dirigido.
- De forma espontánea.

**MORFOSINTAXIS:**

- Usos: género, número, persona, tiempo verbal.

**SINTÁCTICO:**

- Léxico.
- Palabras pivote.
- Holofrase.
- Habla telegráfica.
- Empleo de pronombres, determinantes, y adjetivos.
- Estructuración de la oración: sujeto–verbo–objeto.
- Utilización de diferentes oraciones: yuxtapuestas, coordinadas, simples...
- Utilización de nexos.

**SEMÁNTICA:**

- Discriminación en diferentes categorías.
- Uso correcto del significado.
- Nombra o denomina correctamente.
- Designa correctamente.

**PRAGMÁTICA:**

- Contexto del lenguaje en diferentes situaciones.
- Uso del lenguaje.
- Iniciativa.
- Capacidad de diálogo.
- Utilización de todas las funciones del lenguaje.

**GRADO DE ABSTRACCIÓN EN EL USO DEL LENGUAJE:**

- Referencia a elementos concretos: visibles o ausentes.
- Referencia a elementos abstractos.
- Lenguaje de tipo cotidiano.
- Grado de utilización de la imaginación.
- Existencia del síndrome de cóctel.
- Grado de contextualización en su lenguaje espontáneo.

**4.- La intervención logopédica**

La intervención logopédica tiene como finalidad modificar y/o cambiar la conducta lingüística alterada.

Según Schiefelbusch (1886), "las intervenciones son generalmente sistemas diseñados para ofrecer los contextos, medidas y experiencias necesarias para el aprendizaje del lenguaje".

Partiendo del proceso de evaluación que es el primer componente de la intervención, el logopeda ha de acudir a diversas fuentes para elaborar un programa de intervención.

En toda intervención, es necesario rigor en el registro de datos y control de las variables, pero hemos de tener en cuenta que el terapeuta está en situación de provocar procesos independientes.

Toda intervención debe tener en cuenta estas dos premisas:

- Que los condicionamientos que provoca influya en cada uno de los aspectos deficitarios y abarque en amplitud la totalidad del trastorno.
- Que las motivaciones a las que obedece sean de la misma naturaleza que la que ha originado la situación problemática.

La intervención logopédica debe ejercer influencia sobre el entorno, para favorecer la evolución del sujeto. Es la combinación de una estimulación multifactorial (COMUNICACION – REPRESENTACION – IDENTIFICACION) lo que completa el proceso de intervención.

Hay que tener presente que la eficacia de la intervención pasa por la prueba final de su generalización a otras situaciones, por ello la intervención no acaba hasta que el niño no produce los aspectos intervenidos en distintos ambientes: aula y familia.

#### **4.1.-Componentes de la intervención**

##### **4.1.1.- Objetivos de la intervención**

Según Gallardo y Gallego (1995), la intervención logopédica persigue la obtención de cuatro objetivos:



A. Modificación o cambio de la conducta lingüística alterada.

- Detectar alteraciones lingüísticas alteradas.
- Evaluar las conductas lingüísticas alteradas.
- Especificar y definir las conductas que necesitan intervención.
- Establecer un plan de intervención.
- Especificar los procedimientos para la generalización.
- Evaluar el plan de intervención.

B. Estimulación del desarrollo lingüístico en niños con retraso en dicho desarrollo y/o con deficiencias sensoriales, físicas o psíquicas.

- Determinar el nivel de desarrollo.
- Comenzar la intervención según el nivel mínimo alcanzado.
- Establecer un plan de intervención adecuado a cada retraso y adaptado a las deficiencias del niño.
- Especificar los procedimientos para la generalización.
- Evaluar el plan de intervención.

C. Prevención de posibles alteraciones lingüísticas.

- Establecer las bases del funcionamiento lingüístico para un contexto concreto.
- Elaborar un plan de intervención lingüística tomando como base los contenidos del lenguaje que puedan influir en los factores de riesgo.
- Desarrollar un programa de prevención de las alteraciones del lenguaje en Educación Infantil y en los primeros años de Educación Primaria.
- Evaluar el programa de prevención.

D. Estimulación del desarrollo del lenguaje en la población normalizada.

- Cooperar con los profesores tutores en el desarrollo del área de Lenguaje.

- Elaborar un programa de estimulación lingüística.
- Intervenir en clase con programas concretos de estimulación del lenguaje.
- Evaluar un programa de promoción.

#### **4.1.2.- Contenidos de la intervención.**

La intervención logopédica abarca todas las dimensiones y procesos del lenguaje, tanto oral como escrito:

##### **A. Bases funcionales:**

- Audición: educación auditiva y lectura labial.
- Aparato fonador: respiración y soplo; habilidad motora de labios, lengua y paladar blando; voz, aspectos prosódicos del lenguaje.

##### **B. Dimensiones del lenguaje:**

- Forma del lenguaje: Fonología (adquisición del sistema fonológico, incorporación al habla normal del niño/a). Morfosintaxis (análisis de formas y estructuras; relaciones sintagmáticas y paradigmáticas; orden de organización de los enunciados).
- Contenido del lenguaje: amplitud del vocabulario, establecimiento de categorías semánticas, especificación de dichas categorías, relaciones de significado que se establecen entre los componentes del discurso.
- Uso del lenguaje: adquisición y uso de las funciones de la comunicación y competencia conversacional.

##### **C. Procesos del lenguaje:**

- Comprensión: discriminación y memoria auditiva, con y sin referentes visuales.
- Producción: longitud de la frase, adecuación y complejidad.
- Lecto-escritura.

D. Desarrollo cognitivo:

- Prerrequisitos
- Procesos cognitivos.

#### **4.1.3.- Modelos, procedimientos y estrategias de intervención.**

No se puede establecer un único modelo de intervención aplicable a todos los niños, ya que no existe un programa de entrenamiento del lenguaje que resuelva con eficacia todos los trastornos a rehabilitar.

Hay tantos modelos del lenguaje, como teorías en las que se apoyan.

Los más utilizados son:

- *Modelo lingüístico*

Crystal, Fletcher y Garman defensores de este modelo dicen que toda incapacidad lingüística debe ser evaluada y tratada dentro de un marco lingüístico.

Este modelo de intervención puede optar por dos enfoques diferentes:

- *Intervención formal*, supone el establecimiento en el niño/a de las estructuras lingüísticas de su propio idioma, poner el contenido y la forma del lenguaje como objetivo a conseguir. Todas las estrategias irán encaminadas a cambiar o modificar las estructuras sintácticas, las relaciones semánticas y las oposiciones fonológicas alteradas.
- *Intervención funcional*, se pone énfasis a través de la interacción verbal con el otro, diseñando situaciones que hagan surgir las diferentes funciones lingüísticas. Este enfoque prioriza la pragmática.

- *Modelo conductual*

Parte de la conceptualización del lenguaje como conducta y supone la aplicación de los principios de la teoría de la Psicología del Comportamiento.

Los componentes del proceso de intervención son:

- *Evaluación inicial*, dificultades y adquisiciones que presenta el niño/a.
- *Desarrollo del programa*, se ve afectado por los resultados de la evaluación inicial y por el enfoque formal y funcional.
- *Generalización del programa*, entrenamiento y mantenimiento de las conductas identificadas por los componentes previamente descritos.
- *Evaluación del programa*, puede dar lugar a modificaciones en el contenido del programa, en la secuencia y en los procedimientos.

- *Modelo cognitivo*

Basado en los principios de la Psicología cognitiva, partiendo de las tesis de Piaget y Vigotsky. Analiza los procesos implicados en la comprensión y producción oral y escrita del lenguaje.

- *Modelo clínico*

Basa la intervención en la sintomatología y la etiología de las alteraciones lingüísticas.

Este modelo utiliza terapias psicoanalíticas y ha desarrollado el conocimiento de las bases anatómicas y fisiológicas del lenguaje

### **Estrategias de intervención:**

En los modelos de intervención logopédica, tal y como nos indica M.Monfort, podemos distinguir tres vertientes metodológicas:

- La pedagógica, más volcada en la enseñanza del lenguaje y del habla en niños que no pueden aprender normalmente, la reeducación logopédica.
- La enfocada al restablecimiento de funciones lingüísticas deterioradas, la rehabilitación logopédica.
- La que trata de corregir conductas o aprendizajes inadecuados o incompletos, la terapia logopédica.

En el diseño de actividades concretas de lenguaje, nos movemos entre un polo funcional (estimulación de los prerrequisitos del lenguaje, trabajo sobre situaciones de comunicación e interacción) y el polo formal (aprendizaje directo de formas lingüísticas representativas, tanto a nivel fonético, semántico, morfo-sintáctico y posterior generalización).

Cada modelo de intervención utiliza una estrategia determinada, por razones metodológicas.

*Estrategias siguiendo el modelo evolutivo de adquisición y desarrollo del lenguaje.*

- *Actividades o tareas de producción verbal.*
  - Actividades de percepción y discriminación auditiva.
  - Actividades de respiración y soplo.
  - Actividades de ejercitación de las cualidades de la voz.
  - Actividades de desarrollo de actividades motoras de la lengua, labios y paladar blando.
  - Actividades de vocalización.
  - Actividades articulatorias.
  - Actividades de ejercitación de aspectos prosódicos. Uso de logotomas.
  - Actividades de desarrollo sintáctico.
  - Actividades de desarrollo semántico.
- *Actividades o tareas de comprensión verbal.*
  - Seguimiento motor de órdenes verbales.

- Respuestas a preguntas.
- Señalar objetos o dibujos entre varios.
- Señalar el dibujo que mejor exprese entre varios el significado de una frase dada.
- Reconstruir una frase con objetos o dibujos.
- Precisar la frase que mejor expresa entre varias el significado de un dibujo dado.

#### **4.1.4.- Materiales a utilizar en la intervención**

El material gráfico usado en Educación Infantil es de gran utilidad en la intervención del lenguaje en niños pequeños con retraso de lenguaje: láminas, seriaciones, lotos, cuentos sin letras, cuentos irrompibles.

Material gráfico y manipulativo del tipo: secuencias temporales, trenes de palabras, comic para hablar, vocabulario básico en imágenes, memora, juegos educativos, cassettes de sonidos y ruidos.

Material específico de logopedia: logophon, depresores. Material de sopleo.

El ordenador ofrece diversas posibilidades en los diferentes campos de rehabilitación del lenguaje.

#### **4.1.5.- Momentos de la intervención**

Cuando nos referimos al momento óptimo en que debe intervenir un terapeuta del lenguaje, hablamos de intervención terapéutica temprana. Se ha demostrado que en los primeros años la plasticidad neurológica ayuda en la recuperación de las diferentes alteraciones del lenguaje y que la dificultad de recuperación suele ser inversamente proporcional al tiempo transcurrido sin intervención.

Debemos tener en cuenta aspectos individuales que van a influir en la elección del momento de intervención, ya que a veces no depende de la naturaleza del trastorno en sí, sino de las circunstancias personales y ambientales en las que se presente. Por ejemplo, en una clase de Educación Infantil de 5 años nos encontramos con dos niños Carmen y Gonzalo, que presentan un acentuado rotacismo. Al plantearnos si sería conveniente una intervención logopédica a lo largo del curso, vemos:

- En el primer caso, se puede esperar un año más, por dos razones, es muy posible que la niña adquiriera la pronunciación correcta del fonema entre los 5- 6 años de manera espontánea; y por otro lado las técnicas ortofónicas suelen ser más eficaces y rápidas entre los 6 y 7 años.
- En el segundo caso, el trastorno está afectando las relaciones sociales tanto en el ámbito familiar como en el escolar, presentando una inhibición del habla, por lo que se considera necesario comenzar a intervenir.

Una vez que nos decidimos a intervenir, las sesiones no deben espaciarse demasiado ni juntarse excesivamente, lo mínimo (y dependiendo de la importancia de la alteración) sería alrededor de una hora semanal y lo normal tres sesiones de media hora.

#### **4.1.6.- Lugar de la intervención.**

Depende del objetivo y tipo de intervención planteados.

- *Intervención correctora* en función de cambiar el funcionamiento lingüístico alterado. Se recomienda intervenir de manera individual o en pequeños grupos en una sala especialmente habilitada para ello. En estos casos es preciso sacar al niño del aula para contar con un ambiente tranquilo y poder disponer de material específico.
- *Intervención estimuladora del desarrollo lingüístico*. La intervención debe actuar en dos situaciones diferentes:

- En le aula participando de las actividades de prevención y estimulación lingüística con el resto de sus compañeros.
  - En la sala de logopedia, para desarrollar actividades específicas individualmente o en pequeño grupo.
- *Intervención preventiva.* Lo normal es actuar en el aula con todos los niños, solo en momentos puntuales se pueden reforzar algunas actividades en el aula de logopedia.

#### 4.2.- Modelo de informe logopédico de intervención

<p><b>INFORME DE LOGOPEDIA</b></p> <p>Curso: .....</p>
--

<p><b>1. DATOS DE IDENTIFICACION DEL ALUMNO</b></p>
<p>Nombre y Apellidos:</p> <p>Fecha de nacimiento:</p> <p>Curso:</p> <p>Tutor/a:</p> <p>Recibe apoyo:</p>

<p><b>2. DIAGNOSTICO</b></p>



**3. SESIONES RECIBIDAS POR SEMANA**

En grupo:

Individual:

**4. TRATAMIENTO Y REHABILITACION SEGUIDA**

**5. OBJETIVOS CONSEGUIDOS**

**6. OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS PARA EL SIGUIENTE CURSO**

Fecha y firma

## **5. La respuesta educativa**

La respuesta educativa se establece a través de:

- La evaluación curricular.
- La determinación de necesidades Educativas Especiales.
- La propuesta de Adaptaciones Curriculares.

### ***Evaluación curricular***

Un aspecto clave en el proceso de adaptación es la evaluación curricular que ubica al alumno con respecto a la propuesta educativa de la escuela.

Se entiende la evaluación curricular como el proceso por el cual se sitúa a un alumno respecto al currículo de referencia, especificando tanto su nivel de competencia como su estilo propio de aprender.

En esta evaluación se tiene en cuenta tanto las características del alumno, el contexto o situación de enseñanza – aprendizaje, con el fin de tomar decisiones curriculares para la ubicación y para la respuesta educativa más ajustada a sus necesidades.

### ***Determinación de las Necesidades Educativas Especiales***

Es importante reflexionar en primer lugar sobre cuáles son las grandes necesidades del alumno, esto nos va a llevar a seleccionar los grandes bloques o núcleos entorno a los que girará la respuesta educativa.

Reflexionar sobre las necesidades nos llevará a ver cómo a una necesidad se le puede dar respuesta con diferentes tipos de intervenciones.

Las Necesidades Educativas Especiales de los alumnos que necesitan intervención logopédica están ligadas: a la comunicación lingüística, a la comprensión y desenvolvimiento en el entorno y a procesos de socialización.

### ***Propuesta de Adaptaciones Curriculares***

Las Adaptaciones Curriculares Individuales (ACIs) son los ajustes o modificaciones que se realizan en la práctica educativa (objetivos, contenidos, agrupamientos, métodos, técnicas de enseñanza- aprendizaje y evaluación, actividades, metodología) para dar respuesta a la necesidad educativa de un alumno.

Estas adaptaciones serán más o menos significativas en función de lo que se aparte la propuesta realizada para el alumno del currículo ordinario.

Los ajustes que se pueden proponer en cuanto a qué enseñar/evaluar se pueden resumir en adecuación que implica la modificación del tipo y grado de consecución de los aprendizajes o la incorporación de algunos aspectos peculiares no contemplados para todos los alumnos (como por ejemplo la utilización de SAC), priorización de determinados objetivos, contenidos e incluso áreas curriculares, temporalización, que implica conceder al alumno más tiempo para conseguir los objetivos/contenidos; introducción y eliminación de los objetivos y contenidos de la etapa que no consideramos básicos y fundamentales para el alumno.

Para realizar las adaptaciones referidas al cómo enseñar/evaluar básicamente nos fijamos en las técnicas y estrategias instructivas a utilizar; tipo de ayudas (físicas, visuales y verbales) y reforzadores incorporados a actividades concretas y el cómo desarrollar los objetivos y contenidos propuestos en las actividades de enseñanza- aprendizaje, además de todo lo referido a procedimientos e instrumentos de evaluación.

## AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 1

1. El objetivo fundamental de estudio y tratamiento de la logopedia son los siguientes trastornos:
  - a) Trastornos de la articulación, comunicación y lenguaje.
  - b) Trastornos de voz y fluidez verbal.
  - c) Todos los trastornos citados.
  
2. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de contenidos del lenguaje?
  - a) Componentes motores y físicos de la articulación.
  - b) Al estudio de la semántica, es decir, al desarrollo del significado de las palabras.
  - c) Al estudio de las funciones del lenguaje.
  
3. El IPTA evalúa las funciones cognitivas y lingüísticas que se encuentran implicadas en actividades de comunicación. ¿Cuál es su edad de aplicación?
  - a) De 3 a 9 años.
  - b) De 2 a 18 años.
  - c) De 4 a 6 años.
  
4. El modelo lingüístico de intervención formal supone:
  - a) Poner énfasis en la interacción verbal con el otro.
  - b) Conceptualizar el lenguaje como conducta.
  - c) Establecer en el niño las estructuras lingüísticas de su propio idioma.

## **CLAVES DE AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 1**

1. Opción “c” (epígrafe 1).
2. Opción “b” (epígrafe 2.2.2).
3. Opción “a” (epígrafe 2.1.3).
4. Opción “c” (epígrafe 4.1.3).

## **ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE LA UNIDAD 1**

1. Contenidos de la evaluación. (Epígrafe 2.2.2.).
2. Nombra los principales test de inteligencia con factores verbales especificando las áreas que evalúa. (Epígrafe 2.1.3.).
3. ¿Cuál es el momento óptimo para la intervención? (Epígrafe 4.1.5.).
4. ¿Qué es una adaptación curricular? (Epígrafe 5).

## BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD 1

AGUADO ALONSO, G. (1989). *El desarrollo de la morfosintaxis en el niño. (TSA)*. Madrid. CEPE.

AGUINAGA, G. Y col *Prueba del lenguaje oral de Navarra. Orientación educativa*. Departamento de Educación y Cultura. Pamplona. Gobierno de Navarra.

BOEHM, A.E. (1970). *Test Boehm de conceptos básicos*. Madrid. Tea.

BOREL- MAISONNY, S. (1973). *Laangage oral et écrit- II*. Neuchatel. Delachaux et Niestlé.

DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO DE EDUCACIÓN ESPECIAL. (1985). Madrid. Diagonal/Santillana.

DUNN, L.M. (1986). *Test de vocabulario en imágenes Peabody*. Madrid. Mepsa.

LAUNAY y BOREL- MAISSONY. (1977). *Los trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño* Barcelona. Toray-Masson.

MONFORT, M. y JUÁREZ, A. (1989). *Registro Fonológico Inducido*. Madrid. CEPE.

MONFORT, M y col. (1988). *La intervención logopédica. III Simposio de logopedia*. Madrid. CEPE.

MONFORT, M. y col. (1986). *La Intervención logopédica. II Simposio de logopedia*. Madrid. CEPE.

MONFORT, M. (1982). *Los trastornos de la comunicación en el niño*. Madrid. CEPE.

SCHIEFELBUSH, R.L. (1986). *Bases de la intervención en el lenguaje*. Alambra. Universidad.

TERMAN, L.M. y MERRIL, M.A. (1989). *Medida de la inteligencia*. Madrid. Espasa Calpe.

WECHSLER, D. (1974). *Escala de inteligencia Wechsler para niños*. (Wisc). Madrid. Tea.



## GLOSARIO DE TÉRMINOS DE LA UNIDAD 1

**Evaluar el lenguaje:** "determinar el nivel de eficiencia en habla, lengua y comunicación, en función de los nexos que este establece con todas las variables (cognitiva, audio-oral, emocionales, sustrato neurológico, etc.) y especificar en qué medida está alterado en sí mismo o expresa la existencia de alteraciones pertenecientes a otros ámbitos que deben ser considerados como etiológicos o concomitantes del problema lingüístico." (Forns, 1989).

**Foniatría:** etimológicamente viene del griego "phone": sonido; y "aitría": curar. Es la parte de la medicina que estudia las anomalías de la voz, el habla y su tratamiento, debido a alteraciones fisiológicas, anatómicas o psíquicas que afectan a la comunicación lingüística.

**Fonología:** capacidad articulatoria y adquisición del sistema fonológico.

**Ortofonía:** es la ciencia que se ocupa de la investigación de los defectos de la voz y de la palabra en sus orígenes, del análisis de las manifestaciones de esos defectos y del tratamiento científico adecuado para su corrección

**Pragmática:** conjunto de reglas que dirigen el uso del lenguaje: funciones de comunicación, competencia conversacional e influencia del contexto.

**Semántica:** significado de las palabras o grupos de palabras; relaciones de significado que va estableciendo el individuo entre las unidades lingüísticas y los objetos o elementos de su entorno.

**Sintaxis:** modos de conexión, análisis de formas y estructuras, orden de organización de los enunciados.

**Trastornos de la articulación:** son producidos principalmente por lesiones de cualquier tipo que afectan a los órganos de fonación tanto externos como internos (labio leporino, fisura palatina, parálisis facial, malformaciones dentarias y linguales, etc.).

**Trastornos de la comunicación y el lenguaje:** en los que no se emite mensaje o se percibe de forma incorrecta, tanto oral como escrita; o no pueden coordinar y seleccionar sus propios mensajes para hacerse entender por los demás (espectro autista, afasias, disfasias, alteraciones auditivas, deficiencias mentales, etc..)

**Trastornos en la fluidez verbal:** producen falta de ritmo en el discurso (disfemias o taquifemias).

**Trastornos de la voz:** producidos por una patología laríngea por un excesivo o defectuoso funcionamiento laríngeo y afecciones respiratorias (anomalías del tono, potencia, timbre, etc.).

## **UNIDAD DIDÁCTICA 2**

### **ALTERACIONES DE LA VOZ**

#### **DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA**

**M<sup>a</sup> José Yolanda Hernández Moreno**  
Especialista en Psicología y Pedagogía

## INDICE DE LA UNIDAD 2

RESUMEN DE LA UNIDAD 2.....	62
DESARROLLO DE LA UNIDAD 2 .....	64
1. La voz .....	64
1.1. La voz: concepto, cualidades, su papel en la comunicación y como rasgo de la personalidad .....	64
1.2. Mecanismo de la fonación. Generalidades .....	66
1.3. Patología de la voz: factores de riesgo. Tipos de voz .....	66
2. Diagnóstico.....	72
2.1. Examen médico de las vías aéreas respiratorias .....	72
2.2. Examen fonopedagógico de la respiración .....	74
2.3. Examen médico en trastornos de la voz .....	76
2.4. Interrogatorio fonopedagógico en disfonías .....	79
3. Tratamiento.....	84
3.1. Intervención logopedia. Áreas de trabajo para la reeducación vocal. Generalidades .....	84
3.2. Relajación .....	85
3.3. Respiración .....	90
3.4. Gimnasia articularia (Praxias) .....	93
3.5. Impostación vocal – Articulación.....	95
4. Reeducación asociada a algunos casos particulares .....	98
4.1. La voz de los sordos .....	98
4.2. La voz de enfermos de división palatina o insuficiencia velar.....	100
4.3. La voz del laringectomizado total o parcial.....	101

AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 2 .....	105
CLAVES DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 2 .....	106
ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE LA UNIDAD 2.....	107
BIBLIOGRAFIA DE AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD 2 .....	108
GLOSARIO DE TERMINOS DE LA UNIDAD 2.....	111

## RESUMEN DE LA UNIDAD 2

### V O Z

- Las cualidades de la voz son: Intensidad, Altura y Tono, Timbre, Duración y Cantidad.
- La emisión de la voz cantada y hablada, el órgano fundamental es la laringe.
- Los factores de riesgo
  - Mal uso de la voz.
  - Irritantes.
  - Factores nasales y regionales.
  - 
  - Otros.
- Tipos de Voz: Rinolalia o Gangosa, Epiglótica, Bitonal, Velada o Apagada, Enucoide, Feminoide, Viriloide, Disfonía, Ronquera, Afonía.

## DIAGNÓSTICO

- En el Examen Médico su finalidad será:
  - Las vías aéreas superiores e inferiores.
  - Laringoscopia.
  - Estroboscopia.
  - Examen Cronaximétrico.
  - Órganos Articulatorios y de Resonancia.
  
- Interrogatorio Fonopedagógico en Disfonías.
  
- Examen Funcional de la Fonación.
  
- Examen del Comportamiento Vocal

## TRATAMIENTO

- Las Áreas de Trabajo para la Reeducción Vocal sería:
  - Relajación: Métodos de relajación (Schultz, Dalcroze y Juegos de relajación para niños).
  - Respiración.
  - Gimnasia Articulatoria: Praxias de labios, lengua, mejillas y mandíbula inferior, velo del paladar.
  - Impostación Vocal. Articulación.

## DESARROLLO DE LA UNIDAD 2

### 1. La voz

#### 1.1. La voz: concepto, cualidades, su papel en la comunicación y como rasgo de la personalidad.

El Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, volumen IV de Diagonal Santillana (1986); define la voz como: “La emisión sonora del ser humano. El sistema de fonación se encarga de producir la voz y controlar su calidad, tono, modulación e inflexión durante el discurso oral o el canto”. Acústicamente hablando, la voz es un fenómeno sonoro estrictamente periódico. Tameaud señala que la voz se adquiere al nacer, mientras que el lenguaje precisa varios años para aprenderse y organizarse.

Las cualidades de la voz son:

- **Intensidad:** Depende de la amplitud de las vibraciones de las cuerdas vocales y, por tanto, de la fuerza con que la corriente de aire golpea los bordes de la glotis. Las variaciones en la energía con que el aire es espirado y la intensidad de la misma, dependen de las alteraciones del volumen del tórax y de la fuerza de los músculos espiradores. La intensidad varía según la estructura del idioma empleado y del estado emocional.
- **Altura y tono:** Fruto del número de vibraciones, es mayor cuanto más contraídas están las cuerdas vocales y si el orificio glótico vibra en toda su extensión y no sólo en parte. El sonido será más agudo cuanto mayor sea el número de vibraciones. Las variedades del tono son las responsables de la entonación.
- **Timbre:** Cualidad que permite distinguir los sonidos aunque tengan la misma intensidad y altura, pues la voz tiene un timbre diferente según el sujeto, su



edad y sexo, y depende de su caja de resonancia, de su constitución anatómica y de las alteraciones que existan en ella.

- **Duración y cantidad:** Se necesita un mínimo de duración para apreciar cualquier sonido. Esta se expresa en centésimas de segundo y está en relación con el hábito, la edad, el estado emocional, etc. De la persona.

Los distintos tipos de voz se explican por las variaciones y las combinaciones de intensidad, duración, timbre, altura, intervalos y velocidad del habla.

Como consecuencia de lo anterior, las voces pueden ser: agudas, toscas, planas, lóbregas, graves, duras, infantiles, monótonas, pasivas, roncadas, quebradas, penetrantes, sombrías, atonales, quejumbrosas, suaves, fuertes, apagadas, claras, etc.

La voz es, de forma muy general, el mecanismo que tenemos para hacer audible nuestro lenguaje, y que hace posible la expresión y comunicación de pensamientos, necesidades y emociones a nuestros semejantes, a través de la vocalización en forma de palabras.

Como ya hemos señalado, la voz constituye uno de los rasgos más acusados de la personalidad de cada ser humano, posee cualidades específicas en el volumen, tono y timbre, las cuales pueden diferenciarse entre cientos de voces, como expresión de una constitución y de un hábito en el empleo de la propia lengua. Su patología se halla íntimamente ligada a factores orgánicos, a disfunciones hormonales de las glándulas de secreción interna que rigen el comportamiento del organismo y, en definitiva, al modo de vida de cada sujeto.

Las cualidades de cada voz son tan diferentes de un hombre a otro que pueden utilizarse como “huella dactilar”. Una unidad de reconocimiento de la voz, es una computadora que convierte la voz hablada en señales digitales, mediante el análisis de las ondas creadas por variaciones en frecuencia, intensidad y duración.

## **1.2. Mecanismo de la fonación. Generalidades**

En la emisión de la voz hablada y cantada, el órgano fundamental es **la laringe**, sin embargo, otros muchos elementos intervienen en el proceso:

- a) **Los pulmones**, que a modo de fuelle, proyectan el aire inspirado hacia la laringe a través del conducto de la tráquea.
- b) **La acción neuromuscular** de los músculos abdominales, torácicos e intercostales y la acción fundamental de los músculos del diafragma, que separa a modo de tabique el tórax de la cavidad abdominal.
- c) **La vibración** de las cuerdas vocales.
- d) **La acción resonadora** de la hipofaringe, el espacio glótico, la epiglotis, las fosas nasales y las cavidades de los senos paranasales.
- e) El mecanismo de **articulación** de la cavidad bucal, el velo palatino, la lengua y los labios.
- f) La participación y control de los **sistemas nervioso y endocrino**. Tanto sobre la voz normal como sobre la patológica.

La voz es producida por un complejo funcional en que interviene en primer lugar la laringe, como elemento vibratorio, que transforma el soplo espiratorio producido por el fuelle pulmonar en ondas sonoras. Estas ondas sonoras son seleccionadas y amplificadas por un sistema de resonancia constituido por las cavidades faríngea, bucal y nasal. Todo este sistema orgánico es dirigido por el SNC, controlado por el oído y con las características personales determinadas por la constitución del individuo, edad, sexo y el mayor o menor predominio de las glándulas de secreción interna.

## **1.3. Patología de la voz: factores de riesgo. Tipos de voz**

Los profesionales que utilizamos la voz como instrumento de trabajo nos podemos considerar deportistas de la voz y nos debemos ajustar a unos hábitos y condiciones de vida que nos permitan mantenerla en forma.

### ***Factores de riesgo***

- La mayoría de las disfunciones vocales están ocasionadas por un *mal uso de la voz*, que conduce a cambios estructurales agudos o crónicos de las cuerdas vocales verdaderas.

La fonación producida por mal uso de la voz puede ser:

- Voluntarias: sujetos que chillan, gritan o lloran mucho, en especial niños.
- Caracterológicas: en sujetos coléricos, irritables.
- Laborales: en personas que hablan o cantan, utilizando su voz como instrumento de trabajo.

El stress y la tensión emocional son factores importantes en el desarrollo de estos trastornos.

La utilización de una voz demasiado intensa durante un tiempo prolongado provoca inicialmente la aparición de un edema de Reinke. Si este tipo de fonación se mantiene y, además, la frecuencia fundamental es más baja de lo normal, se desencadena un edema con vasodilatación, y se originan pequeños nódulos bilaterales.

- Irritantes. Destaca entre ellos el consumo de tabaco, la estrechez glótica y la ausencia de cilios en la mucosa de las cuerdas. El cáncer de laringe está en relación directa con la exposición del humo del tabaco. El alcohol actúa indirectamente por producir hiperemia y sensibilizar a la mucosa frente a la acción del tabaco.

La polución ambiental y la profesional tienen menos incidencia.

Últimamente se insiste en la importancia de la irritación por reflujo gastroesofágico crónico.

- Factores nasales y regionales: en la obstrucción rinofaríngea el aire inspirado llega a la laringe a través de la boca y mal acondicionado; las infecciones crónicas o repetitivas de la zona también crean una situación irritante sobre la mucosa laríngea.
- Otros: hipovitaminosis de la vitamina tipo A, diabetes mellitus...

### ***Recomendaciones para profesionales de la voz:***

- No se debe hacer uso prolongado de la voz en situaciones de labilidad (episodios catarrales, laringitis, congestión nasal, etc).
- Se deben eliminar mediante tratamiento médico o quirúrgico, focos infecciosos de las vías aéreas superiores.
- Práctica habitual de ejercicios o gimnasia respiratoria, para una vez adquirida la técnica aplicarla coordinadamente durante la fonación.
- Higiene alimenticia regular, sin excesos calóricos ni comidas copiosas muy condimentadas.
- Evitar factores que actúan de manera irritativa sobre las cuerdas vocales: tabaco, alcohol, ambientes cargados de humo, cambios bruscos de temperatura...
- Ritmo regular y estable del sueño.
- Reducir al máximo situaciones de agotamiento nervioso, stress, descontrol emotividad.

### ***Diferentes tipos de voz***

Entre los distintos tipos de voz destacamos:

#### ***A. Voz rinolálica:***

La voz rinolálica o nasal se produce por una obstrucción de las fosas nasales o del cavum, por una parálisis del velo del paladar o por anomalías congénitas en la estructura

del paladar óseo o membranoso, representados por fisuras velopalatinas (o labio leporino). Puede ser abierta o cerrada.

La voz rinilálica abierta se encuentra en las parálisis de origen nervioso central y en las del velo palatino y de la úvula. La rinolálica cerrada se provoca ante toda la obstrucción nasal o del cavum consecutiva a procesos patológicos como vegetaciones adenoideas, desviación septal, tumoraciones benignas, pólipos nasales, mixomas, rinolitos, neoplasias de la región, tuberculosis y sífilis nasal.

### ***B. Voz epiglótica.***

La voz epiglótica, voz engolada y opaca (voz de “patata caliente”), es debida a diversas anomalías patológicas de la epiglótis (tumoraciones, parálisis del laringeo superior, acromegalia con crecimiento de la laringe) o a hipertrofia de la amígdala lingual. El mecanismo de la voz engolada, en el cantante normal, se efectúa por contracción y retracción de la base de la lengua hacia atrás. El cantante la provoca voluntariamente al intentar emitir la media voz, se denomina así por su analogía con “gola” de los atuendos que cubrían el cuello de la vestimenta antigua.

### ***C. Voz enucoide, feminoide y viriloide***

.

Al cuadro clínico provocado por la insuficiencia hormonal testicular se le denomina enuoidismo, en el cual uno de los síntomas más acusados es el relativo a la disminución del tamaño de la laringe y al timbre de voz con tonalidad atiplada o de “polichinela”.

La voz enucoide fue provocada voluntariamente en los siglos pasados, mediante la castración.

## T I P O S   D E   V O Z

**a. Voz rinolálica o gangosa.**

- Abierta: parálisis centrales, parálisis del velo del paladar.
- Cerradas: obstrucción nasal, obstrucción en cavum.

**b. Voz epiglótica.**

- Acromegalia, tumores epiglóticos.
- Parálisis del nervio laríngeo superior.

**c. Voz bitonal.**

- Parálisis recurrencial.
- Pólipos y nódulos vocales.

**d. Voz velada o apagada.**

- Estados carenciales. Mixedema laríngeo.
- Esclerosis en placas.

**e. Voz enucoide.**

- Cambio prepuberal, enucoidismo.
- Insuficiencia testicular.
- Castración.

**f. Voz feminoide.**

- Infantilismo hipofisario.
- Cretinismo esporádico.
- Estados intersexuales.
- Hipogenitalismo.

**g. Voz viriloide.**

- Virilización hipofisaria femenina.
- Acromegalia.
- Climaterio involuntario.
- Tratamientos médicos.

**h. Disfonía, ronquera.**

- Alteración del volumen, tono y timbre de la voz.

**i. Afonía.**

- Pérdida total de la voz por parálisis central, psicógena o por laringectomía.

Las voces feminoide y viriloide se manifiestan por alteraciones endocrinas del crecimiento, siendo la voz feminoide tributaria del infantilismo hipofisario (alteración de la GH) y el cretinismo esporádico (alteración de las hormonas tiroideas).

***D. Voz velada.***

Múltiples afecciones generales o laríngeas pueden alterar la pureza de la voz, siendo las más frecuentes las provocadas por estados catarrales, agudos o crónicos; por déficit carencial o por diversas alteraciones endocrinas y, en los cantantes, por la anomalía frecuente de los nódulos vocales, y con menor frecuencia pólipos de la laringe.

El miexema laríngeo se observa en los enfermos con déficit funcional de la glándula tiroideas, denominada hipotiroidismo; es fácilmente curable con tratamiento hormonal.

### ***E. Afonía.***

El término afonía se refiere a la pérdida de voz, estos pacientes tal vez puedan comunicarse en ambientes silenciosos si utilizan el flujo de aire para la articulación, pero la glotis no participa en el proceso fonatorio.

### ***F. Voz disfónica.***

Es la alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades que sobrevienen por trastornos orgánicos localizados en la cuerda vocal, o con frecuencia por incoordinaciones musculares respiratorias que tienen causa en una mala técnica vocal (alteraciones funcionales).

## **2. Diagnóstico**

### **2.1. Examen médico de las vías aéreas respiratorias**

Este examen debe ser realizado por el especialista otorrinolaringólogo y su finalidad será verificar el estado de las vías aéreas superiores, su permeabilidad y la presencia o no de alguna obstrucción que impida el libre pasaje del aire.

Se podrá revelar la existencia de un síndrome de insuficiencia respiratoria nasal o retronasal, un proceso de supuración, etc.

El examen también comprende el estudio de las vías aéreas inferiores: laringe, funcionalidad de las cuerdas vocales, tráquea, bronquios, pulmones (estudio clínico y radioscópico).



### ***Patología nasal***

Las fosas nasales intervienen en el pasaje del aire al inspirar y al espirar, cumpliendo además la función olfatoria.

La exploración clínica de la nariz abarca los aspectos siguientes:

- ***Rinoscopia anterior***, que se hace mediante un espéculo nasal gracias al cual se observa el vestíbulo nasal.
  
- ***Rinoscopia posterior***, mediante ella se investiga el cavum, zona de gran repercusión patológica ya que en este lugar se implantan las vegetaciones adenoides o posibles tumores. Las vegetaciones provocan una obstrucción en la entrada del aire y son la causa de insuficiencias respiratorias. Otras causas que originan insuficiencias respiratorias son: la desviación del tabique nasal, hipertrofia (aumento de tamaño) de los cornetes, pólipos nasales, etc.  
La infección de las vías aéreas superiores es causada por una supuración encontrándose entre las más frecuentes las rinitis mucopurulentas de los niños, las vegetaciones adenoideas supuradas y las sinusitis supuradas.
  
- ***Examen radiográfico***, previo a cualquier intervención quirúrgica. En este caso será de los senos paranasales pudiéndose comprobar:
  - Su estado arquitectural.
  - Verificar si hay alteraciones en la mucosa de los senos.
  - Comprobar alteraciones patológicas de las paredes óseas.
  - Investigar el estado funcional de los mismos.

Es importante el estudio de los senos paranasales porque participan en el fenómeno de la resonancia y la impostación de la vocal, especialmente en la producción de los sonidos más agudos.

## **2.2. Examen fonopedagógico de la respiración**

Debe ser realizado por un reeducador vocal para determinar la capacidad del aire respirado (aspecto cuantitativo de la respiración) mediante la *espirometría*; así como también el buen o mal aprovechamiento que hace el paciente de su respiración, tanto aisladamente como en combinación con la fonación.

El examen supone:

### *a) Grado de permeabilidad y funcionalidad nasal*

Se comprueba mediante un pequeño espejo colocado horizontalmente debajo de la nariz del paciente. Se observará si el espejo queda empañado simétricamente por el aire que sale de una narina y de la otra, o por si por el contrario una empaña el espejo más que la otra. En este caso se verá que hay desviación del tabique nasal o una obstrucción, por vegetaciones, pólipos, etc

Otra prueba es la de *Rosenthal*, empleada para verificar la funcionalidad de las fosas nasales. Consiste en hacer realizar al paciente 20 respiraciones normales, 20 tapándose una narina con la ayuda del dedo pulgar, teniendo cuidado de no oprimir la narina contra el tabique. La forma correcta consiste en tapar el orificio de una narina con el dedo pulgar oprimiendo suavemente hacia arriba. Seguidamente se repite el ejercicio efectuando otras 20 respiraciones con la otra narina. De esta forma puede verse si el sujeto respira igualmente por ambas narinas o por el contrario respira con mayor dificultad por alguna de ellas.

### *b) Prueba de suficiencia alar*

Las alas de la nariz deben realizar en situación normal un leve movimiento lateral y exterior en el momento de la inspiración; esto facilita el acceso de mayor cantidad de aire y no como generalmente se realiza, que al inspirar el

movimiento alar es inverso (en dirección al tabique nasal) entrando así menor cantidad de aire. Esto se debe observar en conversación espontánea.

c) *Determinación del tipo respiratorio*

La forma de respirar espontánea de una persona puede ser observada en la primera entrevista. Se debe observar si los músculos del cuello participan en este acto, qué zona del tronco se mueve con mayor amplitud al respirar y cómo coordina el aire con la emisión vocal (coordinación fono-respiratoria).

Clínicamente hay pruebas para determinar el tipo respiratorio con más objetividad:

- Colocando el paciente de espaldas al reeducador, éste colocará las manos con los dedos pulgares sobre la columna de aquél y el resto de los dedos hacia fuera. Primeramente se efectúa a la altura de la primera y la segunda vértebra dorsal, mientras el paciente respira normalmente, luego se van desplazando las manos hasta la zona de la cintura observando en cada lugar y a lo largo del tórax:
- Otra prueba consiste en hacer inspirar al paciente y pedirle que inicie una cuenta numérica en voz alta mientras expira y que apenas se le acabe el aire respire rápidamente para proseguir la cuenta. La primera y segunda respiración nos da la pauta sobre su tipo respiratorio (costal superior, diafragmático o abdominal). Se deberá consignar en la ficha respiratoria si hay ascenso clavicular o no, así como también si la musculatura del cuello se contrae durante el acto respiratorio. Serán datos importantes de cara al examen de la voz.

d) *Participación de la musculatura del cuello durante la respiración.*

### FICHA RESPIRATORIA TIPO

Nombre:

Edad:

#### Informe del examen médico:

Malformaciones:

Obstrucciones nasales:

Procesos crónicos:

Agudos:

Alérgicos:

Nerviosos:

Examen radiológico:

Examen respiratorio:

Prueba de suficiencia alar:

Participación de la musculatura del cuello:

Permeabilidad nasal:

a.- Prueba de Glatzer (espejo):

b.- Prueba de Rosenthal:

c.- Ascenso clavicular:

Palpación de la musculatura del diafragma y abdomen durante la respiración:

### 2.3. Examen médico de los trastornos de la voz

El examen médico-laríngeo debe abarcar el estudio de la funcionalidad de las cuerdas vocales por medio de la *laringoscopia* y de ser posible, complementado con pruebas más específicas como la *estroboscopia* y el *examen cronaximétrico*.

- **Laringoscopia**

El estudio laringoscópico puede efectuarse de forma directa o indirecta, siendo la más utilizada la indirecta. Esta consiste en observar con un espejillo laríngeo o laringoscopio, el movimiento de las cuerdas, la simetría o asimetría del mismo y la existencia o no de alguna lesión orgánica o funcional. El inventor de la laringoscopia indirecta no fue ni si quiera un médico, fue un profesor de canto, Manuel García, al que se le ocurrió utilizar este espejo para observar el movimiento de las cuerdas.

Para la realización de esta prueba, el médico se coloca frente al paciente y mientras con una mano le sujeta la lengua con la otra introduce el espejo hasta el fondo de la cavidad bucal, recibiendo reflejada en el mismo la imagen de la glotis, tanto en posición respiratoria como fonatoria.

La *laringoscopia directa* solo se emplea para realizar ciertas intervenciones de microcirugía laríngea, para localizar tumores malignos, o para extraer cuerpos extraños o alguna muestra para examen patológico del tejido. Se realiza con un tubo endoscópico mientras el paciente permanece anestesiado.

- **Estroboscopia**

El uso del estroboscopio permite visualizar las diferentes características vibratorias de las cuerdas vocales durante la fonación normal o durante el canto; mediante esta técnica la cuerda vocal es estudiada a una velocidad artificialmente reducida, sincronizando el sonido emitido por el paciente con la iluminación producida por un flash electrónico.

El estroboscopio permite diagnosticar anticipadamente los comportamientos atípicos de las cuerdas vocales durante la fonación normal y el canto: el número de vibraciones, su simetría, regularidad, velocidad, tiempo de apertura y cierre glótico.

También detecta pequeñas malformaciones y quistes submucosos que pasarían desapercibidos con el espejo laríngeo.

En la disfonía espástica, el tiempo de cierre o aducción aritenoidea se prolonga y la apertura es desigual.

En la paresia de la cuerda vocal, hay una falta de cierre glótico durante la fonación en el tercio posterior.

En el caso de las disfonías psicógenas, se observan vibraciones cordales hipotónicas.

En la fonastenia se observa una amplitud de vibración mayor en una de las cuerdas vocales, o vibra con distinta frecuencia, o lo hace parcialmente de forma asimétrica. En los profesionales de la voz que padecen fatiga vocal, el estroboscopio permite hacer un diagnóstico precoz, incluso antes de que las alteraciones se hagan visibles en el examen laringoscópico.

- ***Examen cronaximétrico***

El examen cronaximétrico sirve para medir el tiempo que necesita un músculo para contraerse, aplicándole una intensidad doble a la del umbral, por lo tanto, conociendo la frecuencia contráctil del músculo, también se puede averiguar el registro vocal.

Gracias a este estudio, se puede:

- Medir la frecuencia de la contracción de la cuerda vocal.
- Ver la relación de frecuencia entre una cuerda y la otra.
- Evaluar la evaluación de la reeducación.
- Realizar un diagnóstico vocal precoz.

Una vez que se ha efectuado el examen de la respiración en un paciente con disfonía, el médico deberá inspeccionar los diferentes órganos y músculos relacionados con la producción de la voz.

- **Órganos articulatorios y de resonancia:**

- Labios
- Cavidad bucal
- Fosas nasales
- Dientes
- Paladar duro y blando.
- Lengua

- **Cuello:**

- Observación
- Palpación.

#### **2.4. Interrogatorio fonopedagógico en disfonías**

El Dr. Julio Bernardo Quirós, ha creado un interrogatorio destinado a ser puesto en práctica por el reeducador vocal antes de iniciar el tratamiento en cualquier disfonía. Es el siguiente:

Apellido y nombre:

Edad:

Nacionalidad:

Profesión:

Estado civil:

Domicilio:

Teléfono:

Fecha:

- **Motivo de la consulta:** (ronquera, pérdida de voz, dolor al hablar, sensación de constricción en el cuello, sensación de cuerpo extraño en la garganta, secreciones en la garganta, carraspeo, etc.)

- ¿Desde cuándo tiene esta afección?
- ¿Ha tenido otras veces trastornos de este tipo?
- ¿A qué atribuye esta afección?
- ¿De qué se ocupa?, ¿Cuántas horas habla durante el trabajo?

- ¿Tiene que trabajar en ambiente ruidoso?
- ¿Habla mucho fuera del trabajo?
- ¿Habla mucho por teléfono?
- ¿Hay niños pequeños o personas sordas en su hogar?
- Al levantarse, ¿Está mejor o peor de su molestia?, ¿Y luego de hablar?
- ¿Tiene trastornos al masticar o al tragar?
- Las bebidas frías, ¿le dañan su voz?
- Las emociones, ¿alteran su voz?, ¿es nervioso?
- ¿Canta?, ¿puede cantar?, ¿desafina?
  
- **Funcionamiento glandular:**
  - Gónadas:
    - Mujer:
      - ¿Cómo son sus periodos?
      - ¿Cuánto duran?
      - ¿Tiene dolor durante el periodo?
      - ¿Su afección vocal empeora durante el periodo menstrual?
      - ¿Sus embarazos y partos, ¿fueron normales?
      - ¿Tiene calor o se siente nerviosa?
    - Joven-hombre:
      - ¿Los testículos han descendido?
      - ¿El funcionamiento genital es normal?
      - ¿Tiene hijos?
  
  - Otras glándulas:
    - ¿Le han hecho alguna vez metabolismo basal o captación de yodo radioactivo?
    - ¿Está nervioso, tiene palpitaciones, temblor en las manos?
    - ¿Tiene fatiga psíquica?
    - ¿Cómo es su disposición para hacer las cosas?
    - ¿Su fuerza psíquica?



- **Aparato respiratorio:**

- ¿Fuma?            ¿Cuántos cigarrillos diarios?
- Afecciones bronco- pulmonares: naturaleza y frecuencia
- Resultado de las radiografías

- **Aparato digestivo:**

- ¿Come de todo?
- ¿Digestión lenta?            ¿Fácil?
- ¿Regularidad, consistencia y color de las heces?
- ¿Diarrea después de las comidas?
- Hígado y vías biliares: ¿ha presentado o presenta alguna afección hepato – biliar?  
    ¿De qué naturaleza?

- **Alergia:**

- Actualmente la ronquera es más acentuada
- Según las circunstancias climáticas
- ¿Por ingestión de bebidas frías?
- ¿Obstrucción nasal brusca?
- ¿Secreciones nasales acuosas?
- ¿Los resfriados van acompañados de estornudos?
- Tolerancia a los siguientes alimentos:  
    Mariscos:                      Huevos:  
    Chocolate                      Naranjas:  
    Grasas                          Tomates  
    Fresas                          Pescado

- **Trastornos circulatorios:**

- ¿Varices?
- ¿Hemorroides?
- ¿Presión arterial?

- **Faringe:**
  - ¿Dolores de garganta? Frecuencia
  - ¿Anginas? Frecuencia
  - Faringitis? Frecuencia
  - ¿Guarda reposo vocal durante el transcurso de un episodio nasal?
  
- **Nariz:**
  - Frecuencia anual de los constipados
  - ¿Coinciden con los periodos menstruales?
  - Naturaleza de las secreciones nasales (amarillentas, espesas)
  - ¿Tiene antecedentes de sinusitis?
  - ¿Tiene hábito de hablar durante los resfriados?
  - Cefaleas
  - ¿Tiene náuseas por la mañana en ayunas?

### EXAMEN FUNCIONAL DE LA FONACIÓN

TIMBRE

INTENSIDAD

TONO

- Voz espontánea
- Voz proyectada
- Lectura
- Voz cantada
  - Ritmo conversacional
  - Resonancia
  - Articulación
  - Escala de tonos: Tono más bajo Tono más alto

- Tono medio habitual
- Tono óptimo natural (bostezo, risa, tos, etc)
- Capacidad para entonar

OTRAS OBSERVACIONES:

### EXAMEN DEL COMPORTAMIENTO VOCAL

- Postura, verticalidad y equilibrio
- Tono abdominal
- Tono del cuello durante la fonación
- Tono del rostro durante la fonación
- Examen de la respiración:
  - Modo respiratorio en reposo
  - Modo respiratorio durante la fonación
  - Tipo respiratorio en reposo
  - Coordinación fonorespiratoria
  - Ritmo y frecuencia de la respiración
- Valoración de la fonación de los órganos de resonancia y articuladores:
  - Maxilar inferior
  - Músculos faciales
  - Lengua
  - Labios
  - Velo del paladar
- Valoración del control auditivo:
  - Capacidad para discriminar diferencias de tono
  - Reproducción de melodías
  - Problemas auditivos

- Medidas aerodinámicas:
  - Capacidad vital (espirometría) CV
  - Tiempo de espiración
  - Tiempo de fonación máximo (a.....) TFM
  - Coordinación fono- respiratoria
  - Cociente de la fonación
  - Prueba s/z

### 3. Tratamiento

#### 3.1. Intervención logopédica. Areas de trabajo para la reeducación vocal

##### Generalidades

Como ya hemos señalado, en la producción de la voz intervienen diferentes órganos, cartílagos, músculos, nervios y sistemas, que en una acción combinada dan como resultado la producción de la voz.

A pesar de que es un acto en el que incide la persona en su totalidad, a la hora de plantearnos una correcta intervención logopedia, vamos a trabajar de forma separada los distintos aspectos que concurren en la emisión vocal para llegar al uso correcto de la emisión vocal de manera inconsciente y automática, que es el objetivo de toda intervención.

Se hacen patentes las siguientes áreas de trabajo:

- **Relajación:** Para que el recorrido del aire, la vibración de las cuerdas y la articulación de los fonemas se produzca de manera correcta, todos los músculos que intervienen deben carecer de tensiones. Es importante llegar a un grado de relajación tanto general como específica.

- **Respiración:** Es fundamental ejercitar todos los parámetros respiratorios: capacidad, frecuencia, ritmo, conductas inspiratorias correctas, respiración costodiafragmática, control y duración del soplo.
- **Gimnasia articularia:** la articulación es uno de los pilares de la voz y de la resonancia vocal. Por lo tanto una adecuada movilidad y colocación de los órganos que la conforman serán necesarias para alcanzar una buena vocalización.
- **Ejercicios de emisión vocal:** Con ellos se trabaja la impostación vocal y la articulación. Se comienza con la expulsión del aire y sonido para, ir complicando el sonido tanto en longitud como en inflexiones tonales. En estos ejercicios se ponen en práctica todo lo trabajado con anterioridad: relajación, respiración y articulación correcta.

### 3.2. Relajación

Todos los músculos de nuestro cuerpo poseen un grado de tensión adecuado para la realización de un movimiento que se denomina *tono muscular*.

El grado de tensión al que un individuo se ve sometido puede variar de acuerdo a las excitaciones neuro-psíquicas y físicas.

La tensión es el aumento de tono muscular y de excitación nerviosa, que puede mejorarse o regularizarse con el adecuado descanso del músculo.

Podemos afirmar que toda tensión muscular influye en la respiración y consiguientemente, en la voz, y que la superación de un bloqueo muscular a menudo mejora o normaliza el estado respiratorio. Todo ejercicio de relajación conlleva a una mejoría en las funciones respiratorias, en cuanto al ritmo, profundidad y frecuencia.

Los objetivos a alcanzar con la relajación son:

- Contar con la posibilidad de distender los músculos en cualquier situación que no sea perturbadora.
- Contraer y distender voluntariamente distintos segmentos corporales, los músculos del cuello y de la nuca.
- Contraer o distender voluntariamente los diferentes músculos faciales implicados en la articulación.
- Evitar bloqueos respiratorios y contracciones en los músculos que intervienen en la respiración.

Entre los diferentes métodos de relajación podemos citar: el método Schultz, la técnica de Dalcroze, método de Cerdá Alexander, la relajación progresiva y diferencial de Jacobson y juegos de relajación para niños.

### ***Método Schultz:***

Es el método de relajación más antiguo (1908) y más conocido. Utiliza la autosugestión o auto- relajación concentrativa.

El Dr. Schultz considera que “por medio de una participación incondicional por parte del paciente y una firme concentración interna se llega a un cambio en todo el organismo, de origen interno, que permitirá mejorar lo bueno y eliminar lo malo”.

El entrenamiento autógeno significa ejercitarse por sí mismo en una serie de imágenes o representaciones mentales que tienen por finalidad la relajación muscular. Esta técnica debe ser dirigida siempre por un médico o aquellas personas que efectúan un tratamiento para - médico.

El primer concepto que se trabaja es “la sensación de peso”. La ejercitación debe comenzar por los grupos musculares del brazo dominante y la adopción de una postura cómoda y propicia para una buena relajación.

Las posturas que se pueden adoptar según el método son: postura sentada pasiva, acostado en posición decúbito – dorsal y la postura del cochero.

Después de la sensación de peso se trabajan: la sensación de calor, la regulación cardiaca, la respiración, los órganos abdominales y la regulación de la región cefálica.

### ***Técnica de relajación de Dalcroze:***

Jacques Dalcroze considera esencial la introducción del ritmo en la mayor parte de los ejercicios y basa su método en los contrastes y las oposiciones como “tensión–relajación”.

El trabajo comienza provocando una brusca contracción de una parte del cuerpo (brazo inicialmente) sin que se contraiga otro grupo muscular vecino o lejano. Seguidamente pasa a la distensión del brazo, como oposición al estado anterior de contracción. La tensión muscular puede ser una forma de concienciar su estado opuesto, es decir la relajación.

A continuación se trabajan los diferentes grupos musculares: el brazo opuesto, los muslos, las pantorrillas, los músculos pectorales, los músculos del cuello. En toda esta seriación se debe insistir en lograr una progresiva independencia de los músculos.

Seguidamente se asocia el contraste relajación – tensión a estímulos visuales, auditivos y táctiles.

### ***Método de Cerdá Alexander.***

Este método busca mediante el conocimiento consciente del cuerpo el movimiento económico y cómodo.

Según Cerdá Alexander, eutonía es el estado en el que todas las partes del cuerpo, son conscientes de poseer un mismo grado de tensión muscular, en armonía con el equilibrio neuro-vegetativo.

La técnica consiste en realizar un inventario del propio cuerpo.

El paciente en posición decúbito dorsal, va observando su cuerpo a nivel de las zonas que nosotros le vamos sugiriendo, dejando libertad de percepción.

### ***Relajación progresiva y diferencial de Jacobson.***

Los primeros trabajos de este método se hicieron en 1920.

Jacobson define su método como una reducción progresiva y voluntaria de la contracción, tono o actividad de los músculos.

Se sugiere al paciente que sienta su pie, su talón, los dedos, los tobillos, la pantorrilla, la rodilla, glúteos, pelvis, omoplatos, hombros, cabeza, etc. que sienta su volumen, los puntos de contacto de estas estructuras con el suelo. De este modo se logra una reducción de la tensión residual muscular.

Se debe ir cambiando de posición (de costado, sentado y de pie) para evitar la rutina y ofrecer nuevos puntos de contacto y referencia.

Al final se trabaja la percepción del cuerpo en movimiento siempre tratando de sentir el todo corporal interior y exterior, hay que establecer una comunicación corporal con lo que nos rodea.



### ***Juegos de relajación para niños:***

(A modo de ejemplo se describen algunos juegos a realizar basados en las técnicas anteriores).

- *El oso dormilón.* El niño es un oso que tumbado en el suelo, se despereza. Empieza a mover muy lentamente la pata derecha, la izquierda y después levanta ambas un poco del suelo, para dejarlas caer relajadas. Mueve una mano volteándola y luego la otra. Despega los brazos del suelo y los deja caer. Lentamente se incorpora hasta ponerse en pie
- *Amanece en casa.* Tumbados, los niños respiran hondo, amanece. Suena el despertador, se desperezan, se levantan, se lavan, se visten, van al colegio.
- *Encogerse y estirarse.* Cada uno de ellos se sienta en el suelo, en posición encogida, rodillas elevadas, brazos alrededor de las piernas, cabeza entre las rodillas, espalda arqueada, forzando todo el cuerpo para ocupar el menor espacio posible, concentrando los músculos y articulaciones, al menos durante un minuto. Después lentamente se sueltan, se “desatan” hasta tener el cuerpo totalmente estirado y relajado, por partes: la cabeza, espalda, dedos de manos y pies; brazos, todo se separa y estira al máximo: cara amplia, ojos bien abiertos, lengua fuera. Se les dice: “¿A que no se está bien ni muy encogidos ni muy estirados? ¡Vamos a ponernos normales, relajados!
- *El lento derrumbamiento del edificio.* Este juego consiste en soltar sucesivamente todos los segmentos del cuerpo, poco a poco. Comienza con los niños de pie, estirados al máximo y en estado de tensión. Es entonces cuando su “edificio” anatómico comienza a desmoronarse lentamente. Orden de derrumbamiento: una mano, otra mano, un antebrazo, otro antebrazo, un hombro, otro, un brazo, otro, la mandíbula, la lengua, la cabeza, el tronco (flexión de cintura), las piernas y el cuerpo al completo (todo el edificio cae al suelo y se queda tendido).

- *El pirata “pata palo”*. Los alumnos tienen una u otra pierna tiesa y dura alternativamente. Al final son piratas que tienen las dos patas de palo, duras, rígidas y tiesas. Finalizando el ejercicio son blandas.
- *Gigantes y enanos*. Los niños pueden llegar a ser gigantes durante unos minutos si estiran todo su cuerpo. Tras volver a la normalidad, también son capaces de convertirse en enanos: se hacen pequeñitos si se encogen, se agachan y se aprietan mucho. Al terminar se les recuerda que la posición normal es la más cómoda y la mejor.
- *Empujarlo todo*. Con las manos apoyadas en la pared y a una señal del profesor, empujan con fuerza, para intentar moverla. Tras relajarse, vuelven a intentarlo

### 3.3. Respiración

La ejercitación respiratoria tendrá por objetivo en toda reeducación vocal el logro de una capacidad respiratoria funcional, es decir, la administración conveniente de la corriente aérea en concordancia con la emisión vocal.

El condicionamiento respiratorio deberá ser el segundo paso obligado, después de la relajación muscular, en el tratamiento de cualquier alteración de la voz sea de causa orgánica como funcional.

A través de diferentes ejercicios el paciente deberá aprender la técnica respiratoria *costo – diafragmática*, tendiéndose simultáneamente a que elimine las contracciones musculares localizadas en el cuello.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta en la recuperación vocal es la normalización de la *frecuencia respiratoria*. En general los pacientes con disfonías presentan un ritmo respiratorio acelerado, como resultado de un estado de excitación permanente.

Una de las últimas etapas del entrenamiento respiratorio será *la regulación del soplo en intensidad y duración*, pautas que serán aplicadas en la coordinación con la emisión vocal. Las diferencias de la intensidad del soplo intervienen en los distintos matices de intensidad dada a la voz durante la elocución. Al final de la reeducación, el paciente tiene que saber regular su voz desde el cuchicheo hasta la voz intensamente fuerte, pasando por la intensidad normal sin fatigar sus cuerdas.

Los objetivos que nos proponemos alcanzar son:

- Que sea consciente de que un ciclo respiratorio tiene tres fases: inspiración, retener y espiración.
- Regular el ritmo respiratorio.
- Aumentar la amplitud, la velocidad y el silencio del tiempo inspiratorio, siempre nasal contando con la dilatación de las aletas de la nariz.
- Regular la espiración de manera que pueda ser controlada conscientemente el mayor tiempo posible, en cuanto a fuerza y continuidad.
- Aumentar la capacidad respiratoria.
- Lograr una respiración costo- diafragmática consciente y, al mismo tiempo automática.

***Ejercicios para lograr una correcta respiración costodiafragmática con niños (algunos ejemplos):***

- Se tumban los niños en el suelo, boca arriba, con los brazos y las piernas ligeramente separados. Se les explica que tienen que tomar aire y mientras tanto hinchar la tripa como si fuera un globo, y que después deben expulsar el aire por la boca y vaciar toda la tripa.
- En la misma posición, se les dice que hagan lo mismo pero colocando sus manos sobre su abdomen, para así percibir como sube y baja

- El mismo ejercicio, pero poniendo las manos en el abdomen del compañero, para percibirlo en los demás.
- En la posición horizontal, los niños realizarán respiraciones abdominales. Se les colocará un objeto ligero en el abdomen (libro, caja, etc.) que acompañará los movimientos de cada inspiración y espiración.
- En la misma posición, rodeamos el tronco de los niños (a la altura del ombligo) con una cinta de papel o pañuelo anudado, que no les oprima, para que la rompan o lo desanuden a inspirar.
- Apoyan bien la espalda contra la pared, toman aire, hinchan el abdomen (tripa) y soplan a la vez que lo presionan con las manos. Cesan en la presión y el aire entra sin esfuerzo.
- *El túnel.* Los niños apoyan los brazos en la mesa, cruzados o extendidos a lo largo, a la altura del estómago. Silban al tiempo que deshinchán el vientre y, después inspiran por la nariz, hinchándolo.
- *El puente.* El niño se tumba de espaldas y coloca los dos pies en posición completamente plana respecto al suelo, bien separados, (lo mismo que las rodillas) y con las nalgas en alto. En esa posición respira varias veces hinchando el vientre al inspirar y vaciándolo al soplar.
- *La mariposa y la flor.* Este juego consiste en imitar los movimientos de las alas de las mariposas con las piernas. Tumbados de espalda, se inicia el ejercicio con las piernas separadas. Los pies están juntos. Se sopla juntando las rodillas, entrando el vientre y bajando las costillas. La espalda queda pegada al suelo. Luego, se deja entrar el aire mientras las rodillas se separan, con lo que la espalda se despegará ligeramente del suelo y el vientre se hinchará.

Este ejercicio en una variante, permite simbolizar una flor que se abre y cierra: los niños tumbados formando un círculo, cogidos de la mano y con los pies hacia adentro. En el momento de la inspiración, se les dice que, sin soltarse las manos, echen los brazos hacia atrás y separen las rodillas. En la espiración volverán los brazos a la posición primera y apretarán las rodillas.

### **3.4. Gimnasia articulatoria**

Los ejercicios de articulación deben ocupar un lugar predominante en el proceso de la formación vocal, en gran parte por la importancia que tienen en la emisión vocal la posición de la lengua, del velo del paladar y de la abertura de la boca; así como la agilización de los órganos de la articulación para alcanzar un mayor aprovechamiento de los resonadores y mejorar la claridad articulatoria.

Los objetivos que se persiguen con estas praxias son:

- Favorecer la movilidad y el autocontrol de los órganos articulatorios.
- Dar más elasticidad a los movimientos mandibulares, para favorecer la abertura de la boca.
- Controlar y activar el velo del paladar.
- Preparar las diferentes articulaciones de la lengua, labios, maxilar inferior, para pronunciar correcta y claramente los distintos fonemas.

Estas actividades para mejorar la articulación se realizarán antes de iniciar los ejercicios de impostación y emisión vocal.

Con niños se pueden trabajar de diferentes maneras:

- A través de pequeños cuentos o historias, como: historias de la señora lengua, el concurso del caramelo, el payaso mecánico, al oír “x” lengua fuera, etc. En el

transcurso de su narración se irán desarrollando diferentes actividades bucolinguofaciales.

- Asociando a distintas imágenes la realización de dichas praxias.
- Ejecutándolas directamente por imitación.

### *Algunos ejemplos de praxias.*

- *Labios:*
  - Desviar, lateralmente, todo lo posible las mandíbulas, manteniendo los labios juntos.
  - Abrir y cerrar los labios cada vez más deprisa, manteniendo los dientes juntos.
  - Morder el labio inferior con los dientes superiores.
  - Morder el labio superior, después el inferior y, finalmente los dos al mismo tiempo.
  - Bajar el labio inferior, apretando bien los dientes.
  
- *Lengua:*
  - Mover la punta de la lengua a la izquierda y a la derecha repetidamente.
  - Hacer pasar la lengua entre los dientes y entre los labios de izquierda a derecha, en la parte superior y en la inferior.
  - Realizar los giros circulares en el interior de la boca, paseando la lengua entre los labios y los dientes, describiendo una circunferencia.
  - Doblar la lengua hacia atrás y con su ápice tocar el velo del paladar.
  - Doblar la punta de la lengua hacia arriba y hacia atrás, manteniéndola sujeta entre los incisivos.
  - Golpear la lengua contra la cara interna de los incisivos.
  - Abrir la boca y tocar con la punta de la lengua, alternativamente el labio superior y el inferior; repetidas veces.
  
- *Mejillas y mandíbula inferior:*
  - Mover la mandíbula inferior lateralmente con la ayuda de la mano.

- Mover la mandíbula inferior lateralmente sin ayuda de la mano.
- Inflar las mejillas, primero una luego otra, pasando por la posición de eposo. Realizarlo varias veces.
- Inflar las mejillas sin intercalar ninguna pausa.
- Inflar las mejillas a pesar de la oposición de los dedos.
  
- *Velo del paladar:*
  - Bostezar.
  - Pronunciar “cacaca...”, varias veces, exagerando la articulación.
  - Toser.
  - Emitir ronquidos.
  - Hacer gargarismos.
  - Dejar a la vista la parte posterior de la apertura de la cavidad bucal al abrir la boca, mediante el aplanamiento de la lengua en su parte posterior, sin retroceso de la misma, y la elevación del velo del paladar. En los casos en que se aprecien dificultades, cabe ayudarse de un depresor o, simplemente de los dedos. A continuación se dice que se observe la “campanilla” (la úvula), en un espejo y que comprueben como sube y baja al decir “aaaa”.

### **3.5. Impostación vocal. Articulación**

Constituye la última etapa del tratamiento de la reeducación vocal. En ella el trabajo consistirá en la coordinación de la respiración con la emisión articulada, a la vez que se eliminarán todos los defectos vocales.

*Impostar una voz* es colocarla en la caja de resonancia a fin de que con el mínimo esfuerzo se obtenga el máximo rendimiento fonatorio.

En el proceso de impostación vocal, hay que tener en cuenta:

- 1) *El velo del paladar.* En el aprendizaje de la impostación se harán ejercicios de control voluntario sobre la movilidad velar; en la vocalización de los fonemas

bucales, el velo del paladar permanecerá siempre elevado y en contacto con la pared laríngea. Si no ocurriera así habría modificación en el timbre.

- 2) *La posición de la lengua*, debe mantenerse plana y baja sobre el velo de la boca sin retraerse hacia atrás.
- 3) *Abertura de la boca*. El reeducador deberá crear nuevos esquemas vocálicos de articulación y algunos ejercicios destinados a relajar la mandíbula y a dar mayor elasticidad en su movimiento.
- 4) *Movilidad laríngea*, se debe asegurar gracias a la relajación del cuello y de la mandíbula

Los objetivos que nos planteamos para la impostación son:

- Mantener una correcta coordinación fono-respiratoria, llevando a cabo siempre la emisión vocal durante la espiración.
- Evitar tensiones y contracciones.
- Mejorar la calidad del timbre de la voz, tratando de potenciar el uso de las cajas de resonancia.
- Obtener un ataque vocal del sonido suave y preciso.
- Utilizar la altura tonal adecuada y potenciar y desarrollar la extensión sonora o gama tonal, para mejorar la entonación y conseguir una voz más melódica.
- Emplear el nivel de intensidad más adecuado.

Ejercicios de impostación vocal:

- Iniciar la emisión suspirada y áfona de la vocal esperando que nazca por sí solo el sonido. Este debe surgir flexible y suave.
- Sin modificar la posición buco-faríngea unir los labios y emite el sonido “m”. Coloca una mano en la nuca y otra en la cabeza, apreciando las vibraciones sonoras.



- Intentar dirigir la voz hacia la "boca" de la cabeza, suavizando el volumen y elevando el tono, experimentando la sensación de no utilizar la garganta durante la fonación.
- Sin variar el sonido, trabajar despacio los ejercicios de flexiones de cuello (arriba- abajo- derecha- izquierda).
- Con la cabeza recta fonar la "m" e iniciar la emisión de la vocal, manteniendo el sonido mientras haya aire. Trabajar las vocales una por una.
- Fonar la "m" e iniciar la emisión de las vocales de forma lenta y continuada: Maeiou...
- Emitir palabras que comiencen por el fonema "m" sin perder la sensación experimentada.

#### Ejercicios de impostación para niños:

- *El avión:* Emisión continuada del sonido "mmmm..mm", se observará donde resuena colocando los dedos en las mejillas y a ambos lados de los huesos de la nariz, y prestando atención a las vibraciones del paladar, frente...
- *Avión que despega:* emisión del mismo sonido en escala ascendente de do a sol.
- *Avión que aterriza:* emisión de dicho sonido en escala descendente de sol a do.
- *Avión que sube y baja:* emisión del mismo sonido en escala ascendente y descendente (do- re- mi- fa- sol- fa- mi- re- do).
- *La vaca:* emisión continuada del sonido "mmmmm" al mismo tiempo que se mastica exageradamente con la boca cerrada.
- *Mosca que se aleja:* emitirán el sonido "mmmm" disminuyendo la intensidad del sonido.
- *Mosca que se acerca:* emisión del sonido "mmmm" aumentando su intensidad.

#### **4. Reeducción asociada a casos particulares**

##### **4.1. La voz de los deficientes auditivos**

Los deficientes auditivos se encuentran más o menos impedidos para la adquisición normal del lenguaje. Deben hacerlo por otras vías, ya que todo sonido tiene un significado.

Tampoco tienen la posibilidad de autocontrol de una emisión vocal que no pueden oír ni controlar por vía aérea; pero experimentan como una sensación vibratoria situado a nivel de las cavidades de resonancia y les llega por conducción ósea..

Por lo tanto están privados del sistema regulador y de autocontrol que exige la integridad de los órganos de la audición y de la fonación indispensable para que la comunicación sea válida. Además para que el intercambio sea eficaz, es necesario que la palabra posea una nitidez fonética suficiente para que sea inteligible y pueda realizarse una correcta comprensión del lenguaje.

Es frecuente que la voz presente alteraciones en el timbre (gangoso, nasal, ronco, opaco...), en la altura tonal (grave o aguda) y en la intensidad (débil o fuerte).

Todas estas deformaciones provocan una modificación en la posición de la laringe, de la actitud de las cavidades supralaríngeas y de la envoltura acústica de las vocales.

La fluidez, frecuentemente entrecortada, lenta y escandida, explica la ausencia de ritmo y melodía que caracteriza la voz de los sordos.

##### ***Reeducación desde el inicio de la desmutización a la corrección de ciertos defectos.***

Es esencial y beneficiosa comenzar por una reeducación de la respiración.

Habrán que explicarles después la posición de la laringe y cuáles son sus movimientos naturales así como el exceso de tensión de la musculatura laríngea y el grado de

elasticidad para una fonación normal (Todo esto lo haremos llevando la mano del niño a nuestra laringe en fonación y que luego comprueben lo mismo en la suya).

Hacer que desarrollen la sensibilidad muscular y a la vez sentir que con la emisión de la voz debe producirse una tensión de los órganos fonadores que debe persistir durante el habla. Este es el momento adecuado para explicarles la función de las cavidades de resonancia y desarrollarles el sentido vibratorio haciéndoles descubrir los diferentes puntos de resonancia que compensen la falta de control auditivo.

Deben aprender a reconocer y a diferenciar:

- Las sensaciones experimentadas a nivel de las aletas nasales /m, n, ñ/ o más moderadas en las nasalizadas /an, on, un, in/.
- Las sensaciones percibidas sobre el tabique nasal que indica una laringe colocada demasiado arriba, asociada a una contracción faríngea, a un acercamiento excesivo de los repliegues vocales y a un timbre apretado y nasal o demasiado agudo.
- La sensación localizada a nivel del trago para las vocales orales.

Todo esto debe conducir a que el deficiente auditivo pueda comprender y percibir que la fonación corresponde a un conjunto de sensaciones y movimientos variados, es decir coordinaciones motrices y sensoriales.

Hay que empezar a desmutizar lo antes posible. Para ello hay que tomar como base lo que es espontáneo en el niño pequeño (gritos, gorgoros, juegos...). Practicar posteriormente con los ejercicios de soplo y audición, emisiones laríngeas sobre la altura tonal que corresponda a la voz del niño, pero llamando su atención sobre la sensación vibratoria situada en las cavidades de resonancia.

El punto de salida será la vocal mejor prolongada más o menos sin que el punto de resonancia varíe ni la posición de la laringe, ni el tono muscular. Luego se cambiarán

las vocales uniéndolas entre sí, con o sin consonantes, este ejercicio requiere también un buen control respiratorio.

Más adelante cuando todo esté establecido desde el punto de vista de la voz, se harán ejercicios de modulación para perfeccionarlo todo. El control de los movimientos laríngeos sigue a las modificaciones de la entonación.

Es un camino largo que requiere mucha competencia y paciencia por parte del deficiente auditivo, de los padres y de los reeducadores.

#### **4.2. La voz de enfermos de división palatina o insuficiencia velar**

Esto se produce porque los sujetos tienen un velo demasiado corto o poco móvil y un cavum demasiado grande que determinan una voz nasal, agravada y acompañada de ronquera.

En estos casos es primordial la reeducación de la articulación, así como la supresión del bufido ronco y del golpe de glotis. Pero no lo es menos la reeducación de la voz. Ambos trastornos se encuentran de tal manera unidos que la exageración de la articulación perturba la función vocal hasta crear una verdadera disfonía. Por este motivo ambas reeducaciones deben llevarse a cabo al mismo tiempo.

Para ello en cuanto se hayan adquirido la articulación de las consonantes debe asociarse a las emisiones laríngeas. En la mayor parte de los casos, para adquirir al máximo la musculatura faringolaríngea así como el cierre del velo del paladar, será esencial conseguir la emisión de una voz más aguda y con sonoridades claras, primeramente separando las vocales de las consonantes, y luego asociándolas en sílabas, en grupos de palabras y seguidamente en frases. Realizando estos ejercicios con firmeza atenuarán, o harán desaparecer, según los sujetos, lo que pueda persistir de nasalidad.

Al finalizar la reeducación, si a la voz le falta intensidad se realizarán algunos ejercicios de respiración asociados a fonación

### **4.3. La voz del laringectomizado total o parcial**

#### ***Laringectomías parciales:***

- *Laringectomía frontolateral vertical.*

Se efectúa por una sección vertical del cartílago tiroides y extirpación según la extensión.

La recuperación de la voz será prácticamente normal en la cordectomía y es paralela a la regeneración del repliegue vocal operado.

La reeducación perfeccionará el resultado, en particular en los casos de bloqueo cicatricial aritenoides. En caso de doble cordectomía los resultados estarán en relación con la movilidad de uno o ambos aritenoides y con la regeneración de los repliegues vocales.

- *Laringectomía parcial horizontal, llamada supraglótica.*

Se efectúa una limpieza sistemática de las lesiones del vestíbulo laríngeo que se desarrollan por encima de los repliegues vocales, pero que tienen tendencia a diseminarse por las cadenas ganglionares.

Los resultados funcionales dependen del tipo de intervención practicada y de la manera que se ha ejecutado.

En la frontolateral la respiración es siempre excelente y la fonación suficiente.

En la frontal anterior la respiración es más o menos difícil y la fonación es a veces imperfecta.

En la laringectomía parcial supraglótica los resultados son frecuentemente excelentes si los aritenoides han sido respetados. Si se han resecado parcialmente la fonación está un poco alterada.

- *Laringectomías totales, la voz erigmofónica:*

El logopeda debe comenzar la reeducación en pacientes que han sufrido una laringectomía total y se han visto privados bruscamente de dos funciones principales de la laringe: la respiratoria que es vital y la fonatoria.

Después de la laringectomía total, la cavidad faríngea está agrandada. Solo las cavidades de resonancia nasal y oral quedan sin cambios.

Después de la extirpación son posibles tres voces:

- *La voz cuchicheada*, realizada con la reserva de aire oral, que numerosos laringectomizados producen espontáneamente.
- *La voz faríngea*, constituida por la formación de una glotis hipofaríngea obtenida con el apoyo de la base de la lengua contra la pared faríngea o el velo palatino. Esta voz es de mala calidad y exige demasiados esfuerzos.
- *La voz esofágica o erigmofónica*, es producida por el aire contenido en el esófago y la contracción de la boca esofágica. Esta es la que más se parece a la voz laríngea, pero posee un fundamental muy grave, más armónicos agudos y un timbre un poco ronco. Puede resultar más o menos agradable según la forma, espesor y profundidad de contacto de la neoglotis.

La voz erigmofónica es una voz sin laringe y sin aire pulmonar. Las condiciones anatómicas y fisiológicas están modificadas, el mecanismo normal se ha vuelto imposible.

Esta voz está producida por el aire almacenado en la parte superior del esófago y expulsado a través de una pseudoglotis, formada por un rodete producido por el músculo cricofaríngeo.

Se trata de una eructación voluntaria y continua, obtenida por el mecanismo de regüeldo. Esta voz no es de buena calidad si no se realiza correctamente la disociación entre la fonación y la respiración. Por eso la voz se ejecuta en tres tiempos en lugar de dos como la laríngea.

1. Toma de aire en el esófago. En la penetración de aire en el esófago la neoglotis se relaja y desciende, mientras que la parte superior del esófago se dilata y la boca queda cerrada. Al mismo tiempo el aire pulmonar entra en los pulmones a través del orificio traqueal y la cincha abdominal se distiende.
2. Emisión vocal. El eructo se obtiene gracias a la contracción del esfínter sincronizado con la de la cincha abdominal. La neoglotis sube y se pone a vibrar, mientras el paciente queda en apnea.
3. Espiración pulmonar rápida. Corresponde al fin de la contracción abdominal.

Para adquirir esta voz se pueden utilizar varios métodos: deglución, inyección, succión, engullimiento, etc. , cualquiera que sea el procedimiento escogido para introducir aire en el esófago, el fin a alcanzar es siempre el mismo, puesto que solo hay una manera de producir correctamente una buena voz esofágica.

#### *Ejercicios:*

- Para empezar a aprender a deglutir aire, bebiendo un poco de agua gaseosa, luego expulsar el gas en forma de regüeldo.
- En cuanto el paciente pueda eructar voluntariamente, debe producir el mismo mecanismo sobre las vocales /a, e, o/ que son las más fáciles.
- Luego pasará a palabras de una sola sílaba, utilizando preferentemente las oclusivas. /pa, ta, ca,po, te/..../clac, cloc, placa, tope/ etc

- Repetir sucesivamente dos vocales./a-a, a-e, a-o/...../aa, ao, ae/. Hay que habituar a que acentúe la última vocal para que pierda el hábito a gastar todo el aire en la primera.
- Reproducir los mismos ejercicios con palabras de dos, tres y cuatro sílabas. A partir de palabras de dos sílabas ha de explicarse el papel de la contracción abdominal y precisar el momento en que debe practicarse.
- Entrenar al sujeto a prolongar una vocal, la /a/ preferentemente.
- Reproducir el mismo ejercicio con diferentes alturas tonales e intensidades para dar más elasticidad y posibilidades de modulación.
- Los siguientes ejercicios consistirán en lectura repetida y luego lectura directa.
- Finalmente cuando ya es capaz llegamos a la conversación. En esta última fase hay que ayudar al sujeto a buscar la sensación vibratoria, pidiéndole que intente conscientemente subir su voz hacia las cavidades de resonancia, a fin de atenuar el tono ronco de la voz erigmofón.



## AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 2

1.- Los distintos tipos de voz se explican por las variaciones y las combinaciones de:

- a) Intensidad, duración, altura y velocidad del habla.
- b) Intensidad, duración, timbre y velocidad del habla.
- c) Intensidad, duración, timbre, altura, intervalos y velocidad del habla.
- d) Intensidad, duración, timbre, altura y intervalos.

2.- El órgano fundamental de la emisión de la voz hablada y cantada es:

- a) Los pulmones.
- b) La vibración de las cuerdas vocales.
- c) La laringe.
- d) La acción neuromuscular de los músculos abdominales, torácicos e intercostales y la acción fundamental de los músculos del diafragma, que separa a modo de tabique el tórax de la cavidad abdominal.

3.- La impostación vocal es:

- a) La ejercitación de los parámetros respiratorios.
- b) Colocación de la voz en la caja de resonancia.
- c) Ejercitación de la fuerza y dirección del soplo.
- d) a y c son correctas

## **CLAVES DE AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 2**

- 1.- Opción “c” (Epígrafe 1.1)
- 2.- Opción “c” (Epígrafe 1.2)
- 3.- Opción “b” (Epígrafe 3.5)

## **ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE LA UNIDAD 2**

- 1.- Tipos de Voz. (Epígrafe 1.3)
  
- 2.- Área de Trabajo para la Reeducción Vocal: Relajación. (Epígrafe 3.2)
  
- 3.- Área de Trabajo para la Reeducción Vocal: Gimnasia Articulatoria. (Epígrafe 3.4)

## BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD 2

- ALIÓ, M. (1984). *Reflexiones sobre la voz*. Barcelona. Civis publicaciones .
- ABELLÓ, P. y PIQUER, M. (1994). *Manual de Otorrino-laringología*. Barcelona. Publicaciones Universidad de Barcelona.
- ARIAS, C. (1993). *Parálisis laríngeas. Diagnóstico y tratamiento foniatrico de las parálisis cordales unilaterales en abducción*. Barcelona. Masson.
- BOONE, D. (1983). *La voz y el tratamiento de sus alteraciones*. Buenos Aires. Editorial Panamericana.
- BRENNAN, R. (1992). *La técnica Alexander. Posturas naturales para la salud*. Barcelona. Plural.
- BUSTOS, I. (1991). (4ª ed.) *Reeducación de los problemas de la voz*. Madrid. CEPE.
- BUSTOS, I. (1995). *Tratamiento de los problemas de la voz. Nuevos enfoques*. Madrid. CEPE.
- COOPER, M. (1979). *Modernas técnicas de rehabilitación vocal*. Buenos Aires. Panamericana.
- CORNUT, G. (1985). *La voz*. México. Fondo de cultura económica.
- DINVILLE, C. (1978). *Trastornos de la voz y su reeducación*. Barcelona. Masson.
- ECHEVARRÍA, S. (1994). *La voz infantil. Educación y reeducación*. Madrid. CEPE.
- ESCUDERO, M.P. (1982). *Educación de la voz*. Madrid. Real Musical.

- GARCÍA- TAPIA, R. y Cobeta, I. (1996). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz*. Madrid. Garsí SEORL.
- GONZÁLEZ, J. (1973). *Fonación y alteraciones de la laringe*. Buenos Aires. Panamericana.
- LE HUCHE, F. y ALLALI, A. *La voz* (1993- 1994). Masson. Barcelona.  
Tomo I: Anatomía y Fisiología de los órganos de la voz y del habla.  
Tomo II: Patología vocal. Semiología y disfonías disfuncionales.  
Tomo III: Terapéutica de los trastornos vocales.
- LODES, H. (1990). *Aprende a respirar*. Barcelona. Integral.
- MARTÍNEZ CELDRÁN, E. (1996). *El sonido en la comunicación humana*. Madrid. Octaedro.
- MC. CALLION, M. (1998). *El libro de la voz*. Barcelona. Urano.
- MENA, A. de (1994). *Educación de la voz: principios fundamentales de ortofonía*. Málaga. Aljibe.
- MENALDI, J. (1992). *La voz normal*. Buenos Aires. Panamericana.
- MENDOZA, E. (1992). *Terapia vocal*. Revisión. Revista de logopedia, Foniatría y Audiología. Vol. X, nº 2.
- MORRINSON, M y RAMMAGE, L. (1996). *Tratamiento de los trastornos e la voz*. Barcelona. Masson.
- PERELLÓ, J. y SALVA, J.M. (1980). *Alteraciones de la voz*. Madrid. Científico Médica.

- PERELLÓ, J. y MAS DALMAU, J. (1980). *Exploración Audiofoniátrica*. Madrid. Científico Médica.
- PERELLÓ, J., CABALLÉ, M. y GUITART, E. (1982). *Canto- Dicción*. Madrid. Científico Médica.
- PRATTER, R.J. y SWIFT, R.W. (1998). *Manual de Terapéutica de la Voz*. Barcelona. Salvat
- QUIÑONES, C. (1997). *El cuidado de la voz*. Madrid. Escuela española.
- SEGRE, R. y NAIDICH, S. (1981). *Principios de Foniatría. Para alumnos y profesionales de canto y dicción*. Buenos Aires. Panamericana.
- VILA, J.M. (1998). *Elementos para una psicopedagogía de la rehabilitación vocal*. En ISEP. III Jornadas Internacionales de Logopedia. Intervención en patologías del lenguaje y del habla. Barcelona.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS DE LA UNIDAD 2

**Afonía:** pérdida total de la voz por parálisis central, psicógena o por laringectomía.

**Disfonía:** alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades (altura, intensidad o timbre) que sobrevienen por trastornos orgánicos localizados en la cuerda vocal, o muy frecuentemente por incoordinaciones musculares- vocales- respiratorias que tienen por causa una mala técnica vocal.

**Estromboscopia Laríngea:** exploración que se realiza con estromboscopio. Este interrumpido periódicamente por un haz de luz en la misma frecuencia de la emisión de la voz del paciente explorado, permite ver como si estuviese inmóvil la laringe en movimiento. Se aprecia así la ondulación de la mucosa de las cuerdas vocales.

**Extensión vocal:** conjunto de la totalidad de los tonos que puede emitir un sujeto.

**Higiene vocal:** son consejos médicos que abarcan distintas áreas y que pueden ayudar en la creación de hábitos cotidianos de vida. Se refieren a la prevención de problemas que puedan afectar a la voz, no limitándose sólo al cuidado del aparato vocal, sino también al de otros órganos y funciones que puedan intervenir indirectamente, colaborando en su buen funcionamiento.

**Impostación:** impostar una voz es colocarla en la caja de resonancia a fin de que con el mínimo esfuerzo se obtenga el máximo rendimiento fonatorio.

**Intensidad:** grado de fuerza espiratoria con que se produce un sonido.

**Resonancia:** intensificación del sonido por transmisión de las vibraciones a una cavidad adecuada.

**Tono:** frecuencia de las vibraciones por segundo. Es también la sensación auditiva de la altura del sonido.

**Voz:** es la emisión sonora del ser humano. El sistema de fonación se encarga de producir la voz y controlar su calidad, tono, modulación e inflexión durante el discurso oral o el canto. Acústicamente hablando, la voz es un fenómeno sonoro estrictamente periódico. Tameaud señala que la voz se adquiere al nacer, mientras que el lenguaje precisa varios años para aprenderse y organizarse”.

**Voz esofágica o erigmofónica:** la voz erigmofónica es una voz sin laringe y sin aire pulmonar. Las condiciones anatómicas y fisiológicas están modificadas, el mecanismo normal se ha vuelto imposible. Esta voz está producida por el aire almacenado en la parte superior del esófago y expulsado a través de una pseudoglotis, formada por un rodete producido por el músculo cricofaríngeo.



## **UNIDAD DIDÁCTICA 3**

### **ALTERACIONES DE LA ARTICULACIÓN (I)** **DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA**

**M<sup>a</sup> José Yolanda Hernández Moreno**  
**Francisco Javier Toro Moreno**  
Especialistas en Psicología y Pedagogía

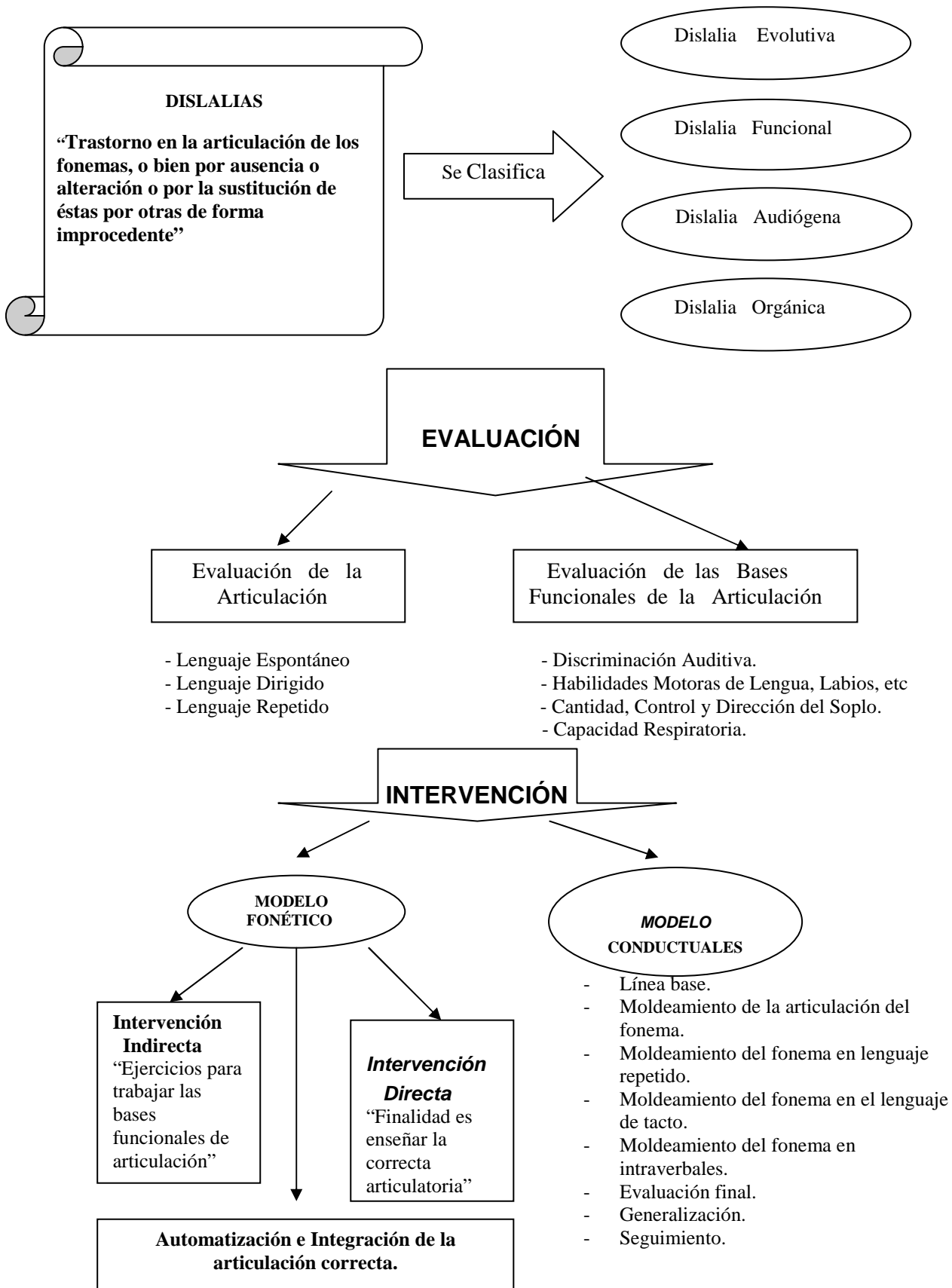
### INDICE DE LA UNIDAD 3

RESUMEN DE LA UNIDAD 3.....	116
DESARROLLO DE LA UNIDAD 3 .....	117
1. Adquisición y desarrollo del lenguaje .....	117
1.1. Fonología y fonética.....	117
1.2. Características del desarrollo fonológico .....	120
1.3. Procesos fonológicos .....	121
2. Trastornos de la articulación. Clasificación y concepto .....	122
3. Órganos que intervienen en la articulación de los fonemas .....	125
3.1. Órganos de la respiración .....	125
3.2. Órganos de la fonación .....	126
3.3. Órganos de la articulación .....	126
4. La evaluación de la dislalia .....	128
4.1. Los objetivos de la evaluación .....	128
4.2. Procesos de evaluación de las dislalias.....	128
5. Intervención logopédica : modelos y estrategias de intervención .....	134
5.1. Modelo fonético.....	135
5.2. Modelo conductual .....	148
AUTOEVALUCION DE LA UNIDAD 3 .....	151
CLAVE DE LA AUTOEVALUACION DE LA UNIDAD 3 .....	154

ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE LA UNIDAD 3 .....155

BIBLIOGRAFIA DE AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD 3 .....156

**RESUMEN DE LA UNIDAD 3**



## DESARROLLO DE LA UNIDAD 3

### 1. Adquisición y desarrollo del lenguaje.

#### 1.1. Fonología y Fonética.

Para definir la Fonología partimos de la oposición Lengua/Habla y del concepto de signo lingüístico de Saussure.

El habla es una realización física; la lengua son realizaciones abstractas de valor supraindividual. Existen un número infinitamente variado de sonidos que se realizan y perciben en el habla y, por otra parte, tenemos una serie limitada de reglas que forman el sistema expresivo de una lengua y que sirven de modelo a todas las manifestaciones del habla. Los primeros fenómenos tienen carácter físico y fisiológico, son la sustancia del significante; los segundos son su forma.

La disciplina que se ocupa de los sonidos es la fonética. La que se ocupa de la forma y organización del significante es la fonología. Mientras la fonética estudia los sonidos, la fonología opera con abstracciones, con fonemas.

#### Oposición fonológica:

Se denomina así a la oposición que tiene como consecuencia un cambio de significado.

Ej. d/t – cuándo/cuánto.

p/v – paso/vaso.

*Sistema vocálico:*

Fonéticamente, las vocales son los sonidos que representan mayor abertura de la cavidad bucal, frecuencias más altas, mayor vibración y máximo de armónicos.

Fonológicamente, tienen la propiedad de constituir núcleos silábicos.

La diferencia de unas vocales y otras es su timbre. El timbre de las vocales depende de la posición de los órganos en u articulación.

<b>Abertura</b>	<b>Punto de articulación</b>			
		Palatales	Centrales	Velares
	Cerradas	i		u
	Medias	e		o
	Abiertas		a	

*Sistema consonántico:*

Se utilizan cuatro criterios de clasificación:

- a) Por la vibración de las cuerdas vocales:
  - Sordo, cuando no hay vibración.
  - Sonoro, cuando si hay vibración.
  
- b) Por la acción del velo del paladar:
  - Orales, el velo del paladar está unido a la pared faríngea y el aire sale por la cavidad bucal. Son fonemas orales todos menos /m/, /n/ y /ñ/.
  - Nasales, el velo del paladar baja y cierra la salida del aire por la boca y éste sale por la nariz

- c) Por el Modo de articulación: según la mayor o menor abertura de los órganos articulatorios, los fonemas consonánticos se clasifican en:
- Oclusivos, Hay un cierre completo en un momento dado en la cavidad bucal. Los órganos articulatorios impiden el paso del aire. Son fonemas oclusivos: /p/, /t/, /k/, /b/, /d/, /g/.
  - Fricativos, hay un estrechamiento de los órganos articulatorios sin llegar a impedir el paso del aire; los órganos no llegan a juntarse. Son fonemas fricativos: /f/, /s/, /y/, /x/, /z/.
  - Africados, tienen dos momentos, primero hay una oclusión o cierre y después una fricación. El fonema africado es /ch/.
  - Nasaes, cuando la cavidad bucal queda cerrada y el aire pasa por las fosas nasales. Son fonemas nasaes: /m/, /n/, /ñ/.
  - Líquidos, forman dos grupos; Laterales, el paso del aire sale por ambos lados de la lengua: /l/, /ll/. Vibrantes, hay una constricción del aire por el ápice de la lengua contra los alvéolos./r/, /rr/.
- d) Por el Punto de articulación, según la zona donde inciden los órganos de la articulatorios, los fonemas se clasifican en:
- Bilabiales, actúan los dos labios. /p/, /m/, /b/.
  - Labiodentales, actúan el labio inferior y los dientes superiores. /f/.
  - Interdentales, actúa el ápice de la lengua entre los dos maxilares. /z/
  - Dentales, actúa la lengua contra los incisivos superiores. /t/, /d/.
  - Alveolares, actúa la lengua contra los alvéolos superiores. /s/, /n/, /l/, /r/, /rr/.
  - Palatales, actúa la lengua contra el paladar duro. /ch/, /ñ/, /y/, /ll/.
  - Velares, actúa la lengua contra la zona móvil del paladar (paladar blando o velo del paladar). /k/, /g/, /x/.

	<b>Punto de articulación</b>	<b>Forma de articulación</b>	<b>Sonoridad o sordéz</b>
<b>p</b>	Bilabial	Oclusiva	Sorda
<b>b</b>	Bilabial	Oclusiva	Sonora
<b>m</b>	Bilabial	Nasal	Sonora
<b>f</b>	Labiodental	Fricativa	Sorda
<b>o</b>	Linguointerdental	Fricativa	Sorda
<b>d</b>	Linguodental	Oclusiva	Sonora
<b>t</b>	Linguodental	Oclusiva	Sorda
<b>l</b>	Linguoalveolar	Lateral	Sonora
<b>r</b>	Linguoalveolar	Vibrante múltiple	Sonora
<b>rr</b>	Linguoalveolar	Vibrante múltiple	Sonora
<b>n</b>	Linguoalveolar	Nasal	Sonora
<b>s</b>	Linguoalveolar	Fricativa	Sorda
<b>c</b>	Linguopalatal	Africada	Sorda
<b>ll</b>	Linguopalatal	Lateral	Sonora
<b>ñ</b>	Linguopalatal	Nasal	Sonora
<b>x</b>	Linguovelar	Oclusiva	Sorda
<b>k</b>	Linguovelar	Oclusiva	Sorda
<b>g</b>	Linguovelar	Oclusiva	Sonora

## **1.2. Características del desarrollo fonológico.**

- Se aprenden contrastes, no sonidos aislados.
- Cada fonema es un conjunto de rasgos. Se adquieren fonemas en función de la adquisición de contrastes entre rasgos distintivos.
- Los rasgos que caracterizan a los sonidos son de naturaleza: acústica, perceptiva y articulatoria.
- Aparecen en primer lugar los sonidos de mayor contraste: a/p o a/m.



- La percepción del sonido precede a la producción del mismo.
- Las primeras sílabas que se adquieren son consonante- vocal (c.v.) o reduplicación (c.v.c.v.).
- Las consonantes simples son más fáciles de aprender que las dobles.
- Las primeras consonantes son labiales: P o M.
- La primera vocal es la a y posteriormente i- u.
- Los sonidos oclusivos se adquieren antes que los fricativos y antes estos que los vibrantes.
- Los sonidos sordos son más fáciles de adquirir que los sonoros.

### 1.3. Procesos fonológicos

#### a) Proceso de simplificación – Reducción de sílabas.

Al esquema c.v. y a un número menor de sílabas.

- Omisión de sílabas átonas iniciales, consonantes finales.
- Simplificación de grupos consonánticos.
- Reduplicación c.v. en inicio de palabra (generalmente de más de una sílaba).

#### b) Procesos asimilatorios.

Un segmento se ve influido por otro dentro de una misma palabra.

Se clasifican por el tipo de segmento asimilado (velar, labial, etc.)

#### c) Procesos sustitutorios.

Sonido reemplazado por otro sin hacer referencia a sonidos próximos:

- Sustitución de fricativas por oclusivas.
- Liquidas por semiconsonantes.
- Velares y palatales por alveolares.

## **2. Trastornos de la articulación. Clasificación y Concepto.**

Los trastornos de la articulación se producen por omisión, sustitución o distorsión de los sonidos del habla.

*El concepto de Dislalia*, corresponde al trastorno en la articulación de los fonemas, o bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por la sustitución de éstos por otros de forma impropia. Se trata pues de la incapacidad para pronunciar o formar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas.

La dislalia puede afectar a cualquier consonante o vocal. Puede presentarse en un solo fonema o en un grupo de ellos. El lenguaje de un niño dislítico, si se encuentra muy afectado y se extiende a muchos fonemas puede hacerse ininteligible.

Atendiendo a su etiología podemos clasificar las dislalias en:

### ***Dislalia evolutiva.***

Se denomina dislalia evolutiva, aquella fase del desarrollo del lenguaje infantil en la que el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha. A causa de ello, repite 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 si persisten más allá de los cuatro o cinco años, se pueden considerar patológicas.

Aunque la dislalia evolutiva no precisa tratamiento directo, hay que estar pendiente del niño y hablarle de forma clara y adulta, no imitarle en sus defectos, ni tomárselos como gracia, lo que puede reforzarle la pronunciación defectuosa.

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

La dislalia funcional es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje, por una función anómala de los órganos periféricos en la que se dan omisiones, sustituciones o distorsiones en uno o varios fonemas, sin que existan trastornos o modificaciones orgánicas en el sujeto, sino tan sólo una incapacidad funcional.

La dislalia funcional puede darse en cualquier fonema, pero lo más frecuente es la sustitución, omisión o deformación de la /r/, /k/, /l/, /s/, /z/ y /ch/.

El fonema es el resultado final de la acción de la respiración, de la fonación y de la articulación. En los casos de la dislalia funcional existe una incapacidad o dificultad funcional en cualquiera de estos aspectos que impide la perfecta articulación.

Las causas de la dislalia funcional son muy variadas, entre ellas podemos señalar:

- Escasa habilidad motora.
- Dificultades en la percepción del espacio y el tiempo.
- Falta de comprensión o discriminación auditiva.
- Factores psicológicos.
- Factores ambientales.
- Factores hereditarios.
- Deficiencia intelectual.

### ***Dislalia audiógena.***

La dislalia audiógena es una alteración en la articulación, producida por una audición defectuosa.

Un elemento fundamental en la elaboración del lenguaje es la percepción auditiva, siendo necesario para conseguir una correcta articulación el poseer una correcta

audición. El niño que no oye nada, no hablará nada espontáneamente, y el niño que oye incorrectamente, hablará con defectos.

El niño que presente una dislalia audiógena motivada por un déficit auditivo, tendrá especial dificultad para reconocer y reproducir sonidos que ofrezcan entre sí una semejanza. Las alteraciones que presente en el habla el niño hipoacúsico, dependerán de la intensidad de la pérdida auditiva y de la capacidad del niño para compensarla.

Junto a la ayuda de amplificadores el tratamiento irá dirigido, fundamentalmente a la discriminación auditiva, al perfeccionamiento de su lenguaje, corrigiendo errores articulatorios que presente y enseñando las articulaciones ausentes, desarrollando la lectura labial que le ayude a la comprensión del lenguaje y a mejorar voz y ritmo.

### ***Dislalia orgánica.***

Se denomina dislalia orgánica a aquellos trastornos de la articulación que están motivados por alteraciones orgánicas.

Estas alteraciones pueden referirse a lesiones del sistema nervioso que afectan al lenguaje, en cuyo caso se denominan DISARTRIAS.

Cuando la alteración afecta a los órganos del habla por anomalías anatómicas o malformaciones de los mismos, se llaman DISGLOSIAS.

Hay autores que engloban dentro de las dislalias orgánicas a las dislalias audiógenas, ya que están ocasionadas por una alteración o déficit sensorial y como tal se puede considerar de origen orgánico.

De las dislalias de origen orgánico: Disartrias, disglosias y dislalias audiógenas, nos ocuparemos en la siguiente unidad didáctica de su desarrollo.

### 3. Órganos que intervienen en la articulación.

El conjunto de órganos que intervienen en la articulación del lenguaje se pueden dividir en tres grupos:

- Órganos de la respiración.
- Órganos de la fonación.
- Órganos de la articulación.

El lenguaje oral se ve afectado cuando se da un funcionamiento anormal en alguno o varios de estos órganos. Por ejemplo la alteraciones en los órganos de la articulación pueden producir dislalias en general. Como estos órganos están sumamente ligados en la función del lenguaje, cuando existe una alteración en alguno de ellos, ésta repercute en los demás.

#### 3.1. Órganos de la respiración.

Los órganos propios de la respiración son: los pulmones, los bronquios y la tráquea.

La función respiratoria tiene una doble función: por una parte, la de aportar el oxígeno necesario a la sangre, expulsando el anhídrido carbónico que se origina en la combustión en el interior de los tejidos o respiración vital, y por otra, proporcionar la cantidad de aire suficiente para poder realizar el acto de la fonación y vencer los órganos articuladores.

Las vías normales por las cuales se produce el paso del aire son: fosas nasales, faringe, laringe, tráquea, bronquios y pulmones.

Se pueden distinguir tres tipos de respiración:

- *Respiración costal superior o clavicular*, durante la inspiración se abomba la parte superior del tórax, elevando la clavícula y los hombros y hundiendo el abdomen.

- *Respiración abdominal o diafragmática*, en la inspiración se abomba la parte anterior del abdomen por el descenso del diafragma, hundiéndose en la espiración, permaneciendo inmóvil la parte superior del tórax.
- *Respiración costoabdominal*, se da la inspiración de los dos tipos anteriores, con gran movilidad lateral de las costillas inferiores y de la parte superior del abdomen. Este tipo es el más recomendable para la fonación.

### **3.2. Órganos de la fonación.**

La Laringe es el órgano esencial de la fonación. Está situada en la zona media anterior del cuello, en continuidad con la faringe y en la parte superior de la tráquea.

La función fundamental de la laringe es la emisión de voz.

De los cuatro elementos constitutivos del sonido: intensidad, tono, timbre y duración; los tres primeros tienen su origen en la laringe.

### **3.3. Órganos de la articulación.**

La corriente productora del sonido, pasa de la zona laringea a la región laringo – faríngea y a la faringe oral, donde se va a realizar toda la división del material fónico.

En esta zona es donde se encuentran los órganos, por medio de los cuales, se va a producir la articulación del sonido, siendo la boca el centro de todos ellos.

Los órganos que intervienen en la articulación se pueden dividir en dos grupos, según la movilidad que presenten en su papel de modificadores del sonido laríngeo. Pueden clasificarse en: órganos activos y órganos pasivos.

- *Órganos activos de la articulación:*
  - *Labios:* intervienen en la articulación de los fonemas bilabiales y labiodentales. También tienen un papel importante en la articulación de fonemas vocálicos.
  - *Lengua,* es el órgano que presenta mayor movilidad y uno de los órganos fundamentales del habla. Actúa directamente en la articulación de los fonemas linguodentales, linguointerdentales, linguoalveolares, linguopalatales y linguovelares.
  
- *Órganos pasivos de la articulación:*
  - *Paladar,* el velo palatino juega un papel de gran importancia en la articulación del lenguaje, que solo se ve sobrepasada por la de la lengua.  
Durante la fonación el velo se eleva, se engrosa y se dobla en ángulo recto, aunque no de la misma manera ni al mismo nivel en todos los fonemas. La mayor elevación se produce en la /g/ y por el contrario la /f/ y la /v/ requieren muy poca
  - *Alvéolos.* Entre los incisivos superiores y el comienzo del paladar duro, existe una zona de transición, que recibe el nombre de alvéolos. Al ponerse en contacto con ellos la lengua, constituyen el punto de articulación de los fonemas alveolares.  
*Dientes,* son órganos necesarios para la articulación de los fonemas labiodentales e interdentes, ya que constituyen un punto fijo para su articulación.
  - *Fosas nasales,* si durante la emisión de un sonido se desciende el velo del paladar, poniendo en comunicación la cavidad bucofaríngea con las fosas nasales, el aire fonador pasa por encima del velo del paladar, saliendo a través de la cavidad nasal, que produce un filtro en los sonidos graves. Al cerrarse los órganos articulatorios bucales y pasar el aire a través del conducto nasal, se producen los fonemas nasales.

#### **4.- Evaluación de las dislalias.**

##### **4.1.- Objetivos de la evaluación**

- Determinar problema/no problema.
- Determinar si se trata de un problema de articulación o de un déficit más general del lenguaje.
- Determinar las líneas – base al comienzo de la intervención.
- Determinar factores que mantienen el problema (anomalías estructurales, factores emocionales, patología O.R.L., etc.)

##### **4.2.- Proceso de evaluación de las dislalias.**

- Evaluación de la articulación:
  - Lenguaje espontáneo, para detectar los distintos tipos de errores y su lugar de colocación dentro de la palabra (conversación libre)
  - Lenguaje dirigido, sin referencia visual (intraverbales – Preguntas inductoras).
  - Lenguaje dirigido, con referencia visual (tactos—Objetos, fotos)
  - Imitación provocada de frases, palabras y sílabas, (en lenguaje repetido de frases, palabras, etc.).
- Evaluación de las bases funcionales de la articulación:
  - Discriminación auditiva de fonemas, (sonidos y palabras).
  - Habilidad motora de lengua, labios y paladar blando. (imitación y órdenes).
  - Cantidad, control y dirección del soplo (imitación, órdenes y materiales de soplo).
  - Capacidad respiratoria y tipo de respiración (imitación y exploración).

Todo esto se debe ir anotando en una hoja de evaluación.



<b>EXAMEN FONOARTICULATORIO</b> <b>Respiración y soplo.</b>	
<b>RESPIRACION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo respiratorio</li> <li>• Frecuencia respiratoria (25 a 30 por minuto en niños de 1 a 6 años).</li> <li>• Pérdida de aire por la nariz durante la emisión bucal.</li> </ul>
<b>SOPLO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duración (mínima 15 segundos)</li> <li>• Fuerza.</li> <li>• Dirección.</li> </ul>

<b>EXAMEN FONOARTICULATORIO</b> <b>Órganos de la articulación</b>		
<b>LABIOS</b>		
<b>A Nivel anatómico</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labio superior corto.</li> <li>• Labio normotónico, hipertónico, hipotónico.</li> <li>• Labio leporino.</li> </ul>
<b>A Nivel funcional</b>	A los 3 y 4 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fruncir y distender labios contactando.</li> <li>• Abocinar labios.</li> <li>• Besar</li> <li>• Imitar vocales en formas aisladas</li> <li>• Sonrisa contactando labios.</li> <li>• Sonrisa sin contactar labios.</li> </ul>
	A los 4 y 5 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fruncir y distender labios sin contactar.</li> <li>• Secuencias de esquemas vocales.</li> <li>• Vibración de labios.</li> </ul>
	A los 5 y 6 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distender la comisura izquierda.</li> <li>• Llevar los labios hacia una y otra comisura.</li> </ul>

<b>EXAMEN FONOARTICULATORIO</b> <b>Órganos de la articulación</b>	
<b>LENGUA</b>	
<b>A Nivel anatómico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normoglosia.</li> <li>• Macroglosia</li> <li>• Frenillo</li> <li>• Tonismo.</li> </ul>
<b>A Nivel funcional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propulsión.</li> <li>• Retropropulsión</li> <li>• Llevar la punta de la lengua: arriba – abajo; costados – comisuras.</li> <li>• Chasquido.</li> <li>• Vibrar.</li> <li>• Aplanar sobre el piso de la boca</li> <li>• Deprimir la base de la lengua.</li> <li>• Llevar la lengua velozmente: delante- hacia atrás; arriba – abajo; de una comisura a otra.</li> </ul>
<b>Observaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si existe tensión.</li> <li>• Incoordinación.</li> <li>• Falta de velocidad.</li> <li>• Si la lengua trabaja en bloque con la laringe.</li> </ul>

<b>EXAMEN FONOARTICULATORIO.</b>	
<b>Órganos de la articulación</b>	
<b>PRAXIAS OROFACIALES</b>	
<b>A los dos años.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sacar la lengua.</li><li>• Abrir la boca.</li><li>• Soplar.</li><li>• Mímica de la risa</li></ul>
<b>A los 3 años.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cerrar los ojos.</li><li>• Lengua arriba hacia las comisuras.</li><li>• Correcta deglución.</li></ul>
<b>A los 4 años</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inflar mejillas, mostrar los dientes, lengua sobre los dientes.</li><li>• Ápice detrás de los incisivos superiores, distender labios sin contacto y contactando.</li><li>• Vibración de labios, morder labio inferior, mímica del llanto.</li></ul>
<b>A los 5 años.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Morder labio superior, mímica de sorpresa, suspiro y escupir.</li><li>• Chasquido de la lengua, guiñar un ojo, tos.</li></ul>
<b>A los 6 años</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elevar cejas, abrir boca y cerrar los ojos.</li><li>• Expresión de enojo, arrugar la frente, vibración de la lengua.</li></ul>
<b>Observaciones</b>	Hasta dos praxias a los 4 años y tres a los seis.

<b>EXAMEN FONOARTICULATORIO</b> <b>Órganos de la articulación</b>	
<b>MEJILLAS</b>	Inflar mejillas.
<b>PALADAR OSEO</b>	Conformación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ojival.</li> <li>• Figurado</li> </ul>
<b>PALADAR BLANDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos orgánicos: conformación.</li> <li>• Aspectos funcionales: comprobar el cierre velofaríngeo mediante la emisión prolongada de la vocal “a”; emisiones cortas y repetidas de “a”</li> </ul>
<b>MANDIBULA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prognatismo.</li> <li>• Retroprognatismo.</li> </ul>
<b>DIENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantación y articulación dentaria.</li> <li>• Normoclusión.</li> <li>• Vestibuloclusión(desplazada hacia el exterior)</li> <li>• Infraoclusión.</li> </ul>

**HOJA DE REGISTRO FONOLÓGICO PARA HACER ANOTACIONES  
 DE SUSTITUCIONES, OMISIONES Y DISTORSIONES.**

<b>REGISTRO FONOLÓGICO</b>							
<b>Nombre</b> _____				<b>Edad</b> _____			
<b>Curso escolar</b> _____				<b>Idioma familiar</b> _____			
<b>Fecha del examen</b> _____				<b>Observaciones</b> _____			
Cara	Cara	Lápiz	Lápiz	Plancha	Plancha	Piedra	Piedra
k____	_____	p____	_____	Pl____	_____	p____	_____
r____	_____	z____	_____	ch____	_____	dr____	_____
Jabón	Jabón	Libro	Libro	Niño	Niño	Cristal	Cristal
x____	_____	l____	-----	n____	_____	kr____	_____
n____	_____	br____	-----	ñ____	_____	st____	_____
						l____	_____
Peine	Peine	Cielo	Cielo	Diente	Diente	Autobús	Autobús
ei____	_____	z____	_____	d____	_____	au____	_____
n____	_____	je____	_____	nt____	_____		
		l____					
Chaquet	Chaquet	Estrella	Estrella	Espada	Espada	Globo	Globo
ch____	_____						
k____	_____	str____	_____	sp____	_____	gl____	_____
t____	_____			d____	_____	b____	_____
Tres	Tres	Taza	Taza	Clase	Clase	Rojo	Rojo
tr____	_____	t____	_____	kl____	_____	r____	_____
s____	_____	z____	_____	s____	_____	x____	_____

Gorro g____ rr____	Gorro _____ _____ _____	Blanco bl____ nk____	Blanco _____ _____ _____	Silla s____ ll____	Silla _____ _____ _____	Tambor mg____ r____	Tambor _____ _____ _____
Bufanda f____ nd____	Bufanda _____ _____ _____	Negro gr____	Negro _____ _____ _____	Bolso ls____	Bolso _____ _____ _____	Fresa fr____	Fresa _____ _____ _____
Fuego f____ we____ g____	Fuego _____ _____ _____	Barco b____ rk____	Barco _____ _____ _____	Flecha fl____ ch____	Flecha _____ _____ _____	Mosca m____ sk____	Mosca _____ _____ _____

### **5. Intervención logopédica: modelos y estrategias .**

El niño dislábico tiene grabado en su mente la relación entre cosa y palabra, tal y como él la pronuncia, es decir, significado y significante. Esta relación es difícil de romper. Para el oído del dislábico la palabra que él pronuncia suena correcta, es más al oído de sus padres y de su entorno hay una total habituación que llega a formar un verdadero sistema dialectal.

La reeducación logopédica debe empezar hacia los cuatro años y medio de edad. Antes de ésta no tendremos colaboración por parte del niño, tan necesaria para el buen resultado. Las sesiones, sobre todo las primeras no deben prolongarse más de veinte minutos.

Cuando los padres colaboran en el tratamiento, éste es mejor y más rápido.

La reeducación de la dislalia no debe intentar corregir el fonema mal articulado, sino enseñarlo de nuevo. El niño debe primero olvidar la manera en que articula determinado fonema distorsionado y una vez que consigue esto aprender a articularlo correctamente.

El niño/a debe conseguir la correcta posición y movimiento de los órganos de la articulación del fonema o fonemas afectados de manera que los automatice y los utilice en el lenguaje espontáneo.

El tiempo de intervención es imposible de precisar, pues va a depender de los fonemas dislálicos que presente, del coeficiente de inteligencia, del ambiente familiar, de su predisposición, etc. Para ello tenemos que tener presente que nuestra relación con el niño/a se realice en un clima de seguridad y confianza.

Para la intervención logopédica de las dislalias funcionales podemos seguir dos modelos:

### **5.1. Modelo fonético.**

Basándonos en las características fonológicas o fonéticas del fonema a corregir o implantar, usamos dos estrategias de intervención de las dislalias:

- El momento previo a la corrección, indispensable para conseguirla, al que podemos denominar tratamiento indirecto o proceso de desarrollo de aquellas funciones que son fundamentales e imprescindibles para la expresión correcta del lenguaje hablado.
- La automatización, interiorización e integración en el lenguaje espontáneo de aquella articulación o articulaciones que han sido corregidas, que por lo tanto el niño/a puede pronunciar perfectamente pero que no las domina en el lenguaje conversacional.

➤ ***Intervención indirecta.***

Para una correcta articulación del lenguaje se precisan una serie de condiciones, como son una buena función respiratoria, un cierto nivel de madurez psicomotriz, una buena percepción y discriminación auditiva, así como agilidad bucofacial que facilite la articulación.

Es necesario conseguir una base de maduración previa en todos estos aspectos antes de comenzar con la corrección directa de las dislalias.

El tratamiento debe comenzar, por tanto, con una serie de ejercicios de juegos, que actuarán indirectamente para conseguir el objetivo propuesto y en cada caso irán dirigidos a aquellas funciones que estén disminuidas.

*Ejercicios respiratorios.*

En relación directa con la expresión del lenguaje está la función respiratoria, y así un buen dominio de la misma facilitará la corrección, en especial, de algunos defectos de articulación. Aprender a respirar correctamente es el primer paso para una buena fonación.

En primer lugar el niño debe tomar conciencia de su propia respiración. El acto respiratorio es para él un acto inconsciente y automático, y pasará a ser voluntario y disciplinado.

A continuación será necesario trabajar la respiración, tanto con espiración nasal como bucal y en ésta las formas de silbante o soplante.

Otra forma de trabajar la respiración será a través de ejercicios de soplo, llevados a cabo con materiales simples: pajas, tiras de papel, velas, molinillos, globos, matasuegras e instrumentos musicales de viento. A través de todos estos ejercicios, a modo de juego, se trabaja la fuerza del soplo, su direccionalidad y la modulación



de la salida del aire, siendo a la vez motivador para el niño, ya que encuentra en su realización una respuesta gratificante.

### Ejercicios de relajación.

La relajación facilita una situación básica para que el niño/a pueda controlar mejor su actitud fonatoria, obteniéndose con ello mejores resultados en el habla. Cuando un sujeto presenta un fondo tónico tenso, esta rigidez se transmite a los órganos de la articulación, bloqueando e impidiendo la expresión correcta.

En estos casos, el proceso de reeducación se encuentra entorpecido, siendo imprescindible comenzar el tratamiento con una programación de ejercicios de relajación que vayan permitiendo al niño/a desbloquear el tono rígido que presenta.

Tendrán especial importancia los ejercicios de relajación buco – facial, dirigidos a los labios, la lengua y la mandíbula, ya que la rigidez de estos órganos será la que dificulta la articulación. En esta zona se logra mejor la relajación por medio de ejercicios de contraste, en los que se hace pasar sucesivamente de contracción a distensión.

Es conveniente trabajar este aspecto antes de iniciar los ejercicios de motricidad bucal y los ejercicios articulatorios.

### Ejercicios de percepción y discriminación auditiva.

En muchos casos el niño dislábico que no tiene ningún déficit en su audición, presenta trastornos en la percepción auditiva, con dificultad para reconocer los sonidos y discriminar unos de otros, dando como resultado una articulación defectuosa. Hay que trabajar este aspecto y conseguir una correcta discriminación de lo contrario será muy difícil lograr la rehabilitación de la dislalia.

Los ejercicios de discriminación auditiva deben ir orientados a la percepción y reconocimiento de sonidos, fonemas y de palabras.

Interesa también desarrollar la capacidad de discriminación de las cualidades sonoras: la intensidad, duración, tono y timbre de los sonidos; la reproducción de estructuras rítmicas.

Para la discriminación fonética, se darán al niño/a dos sonidos en forma de sílabas sin que constituyan una palabra y sin que vea los movimientos de los labios, para que su reconocimiento sea sólo por percepción auditiva, y a continuación deben ser repetidos por él. Progresivamente se irán aumentando las dificultades con combinaciones de dos o más sonidos combinando sílabas directas con inversas, discriminación de palabras cortas y sencillas que ofrezcan semejanza al oído por existir sólo variación en una letra, de la misma forma, se pueden proponer palabras más largas, difíciles o poco conocidas por el niño/a, para que sean repetidas de una en una por reconocimiento auditivo.

### Ejercicios de ritmo.

El ritmo es un elemento esencial en el lenguaje, es necesario desarrollar en el niño su capacidad rítmica para que su expresión sea correcta y armónica.

El reconocimiento y reproducción de estructuras rítmicas, partiendo de esquemas muy sencillos, será la expresión rítmica que nos interesa desarrollar para trabajar con ella posteriormente la articulación.

### Ejercicios buco – faciales

El desenvolvimiento del lenguaje está estrechamente ligado al de la motricidad, la mayoría de los niños dislálicos tienen perturbadas o retardadas las funciones motrices.

El aspecto que fundamentalmente habrá que desarrollar será la motricidad fina, que afecta a los órganos de la articulación, para adquirir agilidad y coordinación de movimientos que se precisan para hablar correctamente.

En estos ejercicios el niño/a ante el espejo, por imitación, realizará los movimientos que lleve a cabo el reeducador, pudiendo en ocasiones ser ayudado por éste.

- La Lengua. Es el más móvil de estos órganos. Está implicada en la masticación, succión y deglución, que son consideradas actividades prefónicas. A la vez la lengua, participa en la articulación de todos los fonemas linguales, que son la mayoría.

Los ejercicios de lengua son imprescindibles en la gran parte de los casos de rehabilitación de dislalia.

Los movimientos de la lengua que debemos trabajar los podemos dividir en movimientos externos y movimientos internos. Tratan de conseguir agilidad y soltura para realizar los movimientos laterales, verticales o de elevación, tocando con el ápex lingual el labio superior e inferior o la cara interna de los incisivos superiores e inferiores. Interesa también describir arcos con el ápice apoyado sobre uno u otro labio o entre labios y dientes, así como llevar a cabo movimientos giratorios de la lengua sobre los labios sentidos.

Es interesante que todos los movimientos de la lengua que le proponamos en estos ejercicios los siga al ritmo que se le marque, con el fin de coger agilidad y dominio de movimientos.

Otro aspecto que es necesario es lograr la independencia en el movimiento de la lengua, evitando todo tipo de movimientos asociados, que con frecuencia suelen darse.

- Los labios. Juegan un papel importante en la expresión del lenguaje, aunque no lleguen a tener la movilidad de la lengua. El principal problema es cuando los labios mantienen una postura estática, con escasa movilidad y vocalización o una rigidez debida al tono tenso que mantienen.

Para lograr agilidad en los labios habrá que llevar a cabo todo tipo de actividades, como apretar y aflojar, abrir y cerrar a distintos ritmos, encoger y estirar, montar y morderse uno y otro labio, vocalizaciones, vibración, zumbido y chasquido de labios, etc. Todos los ejercicios de soplo son útiles para la agilización de los labios.

- La mandíbula. Es la parte menos móvil, pero al igual que los labios puede presentar falta de movilidad o exceso de tensión. Será importante comenzar el trabajo relajando la mandíbula. Para lograr mayor agilidad se llevarán a cabo ejercicios de movimientos de abrir y cerrar la boca a distintos ritmos, imitar el bostezo y la masticación, así como realizar movimientos laterales de mandíbula.

➤ ***Intervención directa.***

El tratamiento directo, tiene como finalidad enseñar al niño dislábico una correcta articulación.

Los ejercicios de articulación han de ser individuales, se llevarán a cabo frente al espejo niño/ reeducador. El reeducador le irá mostrando las posiciones y movimientos de los órganos de la articulación, que se deben dar para cada fonema que sea preciso corregir, para que pueda ser observado e imitado por el niño. Además de la observación directa por parte del niño, el reeducador se puede ayudar del depresor para facilitar las posiciones deseadas. Otro medio de ayudar puede ser la percepción táctil de las vibraciones en las mejillas, labios, etc.

Es interesante la utilización de grabaciones al comienzo de la reeducación y al cabo de ciertos periodos de tiempo, para apreciar los avances que se vayan consiguiendo y para que a la vez el niño/a pueda observar las diferencias que se van dando en su articulación.

Convendrá comenzar enseñando las consonantes análogas por su modo de articulación y así enunciaremos ejercicios dirigidos a oclusivas, fricativas, etc. Dentro de las

consonantes análogas, se iniciará el tratamiento con las sordas, que por tener un mecanismo más simple, al no tener que utilizar las vibraciones de las cuerdas vocales, son más fáciles de ejecutar, para seguir con las sonoras.

Es interesante realizar la corrección de varias articulaciones a la vez, ya que supone un buen ejercicio de elasticidad y una economía de tiempo. Pero habrá que cuidar de no tratar en una misma sesión fonemas cuyos movimientos pueden confundirse, como /l/ y /n/, /ch/ y /s/.

Los ejercicios de articulación deben ser de corta duración para evitar que el niño se fatigue. Los ejercicios serán breves de dos a tres minutos de duración y con pausas intermedias, para continuar repitiéndose varias veces en cada sesión. Con la repetición de los ejercicios se conseguirán las asociaciones necesarias entre el sonido exacto de un fonema y los movimientos precisos de articulación, elaborando así los estereotipos correctos de la articulación de los fonemas trabajados.

Es preciso conocer cómo los movimientos de articulación se adaptan mutuamente, dependiendo de los sonidos que le preceden y la siguen, existiendo a veces una pequeña transposición del punto de articulación. Por esto es necesario ejercitar las distintas asociaciones entre consonantes y vocales diferentes, así como un mismo sonido en posición inicial, media y final de palabra. Una vez conseguidos los fonemas en sílabas directas, se ejercitarán en sílabas inversas, todos los que puedan darse en esta forma.

En los ejercicios de articulación, es de gran utilidad, el empleo de sonidos auxiliares que el niño es capaz de pronunciar correctamente y a partir de los cuales podemos llegar a la obtención de nuevos fonemas.

### Dislalias de las vocales.

En las dislalias infantiles raramente se encuentra defectuoso el sonido de las vocales. Lo más frecuente es la dificultad presentada para el sonido /e/ que tiende a ser reemplazado por /a/. En otras ocasiones en lugar de /e/ se pronuncia /i/. Igualmente pueden ser confundidas la /o/ y la /a/.

### Dislalias de las consonantes.

La articulación de los fonemas consonantes presenta mayor dificultad que las vocales, siendo aquí donde aparecen mayor número de dislalias. No obstante no se da la misma frecuencia de dificultad en todos los fonemas. A través de la práctica se puede observar que el sonido vibrante /r/ es donde hay una mayor incidencia de problemas y el que más dificultades presenta para ser superado, siguiéndole en frecuencia los sonidos /s/, /ch/ y /k/.

- *Articulaciones oclusivas:*

Los sonidos oclusivos de la primera y segunda zona de articulación, esto es, los bilabiales /p/, /b/ y los linguodentales /t/, /d/ presentan menos problemas y son más fáciles de conseguir que los que se llevan a cabo en la zona velar, como los linguovelares /k/ /g/. En los dos primeros, el niño puede controlar más fácilmente su formación, no solamente por el oído, sino también por la vista, ya que el punto de articulación es casi visible.

- *Articulaciones fricativas:*

Se denominan articulaciones fricativas aquellos sonidos que se producen al darse un estrechamiento del canal bucal, por donde pasa el aire, sin que lleguen a cerrarse por completo los órganos que intervienen en la articulación, produciéndose un sonido de fricción o frotamiento.

Así como las oclusivas eran momentáneas, las consonantes fricativas se pueden llamar continuas, al poderse controlar su articulación.

La corrección de las articulaciones fricativas convendrá comenzarla por la educación del soplo, ya que éste, modulado por la posición de los órganos articulatorios, es la característica de estos sonidos.

Las articulaciones fricativas están formadas por: la labiodental /f/, la linguointerdental /z/, la linguoalveolar /s/, la linguopalatal /y/ y la linguovelar /j/.

- *Articulaciones africadas*

Las articulaciones africadas son aquellas en las que interviene un momento de oclusión seguido de un momento de fricación, teniendo como característica que, tanto la oclusión como la fricación, se articulan en el mismo punto. En castellano existe una sola consonante fricativa que es la /ch/.

- *Articulaciones nasales.*

Consonantes nasales son aquellas que se producen al cerrarse el canal bucal de salida del aire y al descender el velo del paladar, por no permanecer adherido a la pared faríngea, realizándose entonces el paso de la corriente aérea a través de las fosas nasales.

Las consonantes nasales son: la bilabial /m/, la linguoalveolar /n/ y la linguopalatal /ñ/. Todas ellas son sonoras.

- *Articulaciones laterales.*

En la articulación de las consonantes laterales se da un contacto de la lengua con el paladar en la parte media del canal bucal, produciéndose la salida del aire de forma lateral por ambos lados de la lengua, pudiéndose realizar también por uno solo.

Las articulaciones laterales son dos: la linguoalveolar /l/ y la linguopalatal /ll/ siendo ambas sonoras, por vibración de las cuerdas vocales

- *Articulaciones vibrantes.*

Las articulaciones vibrantes se caracterizan porque en ellas se da una serie de interrupciones momentáneas durante la salida del aire fonador, producidas por el contacto entre el ápice de la lengua y los alvéolos, dándose siempre vibración de las cuerdas vocales durante la emisión del sonido.

En español existen dos consonantes vibrantes, ambas linguoalveolares: una vibrante simple /r/ y otra múltiple /rr/.

- *Sinfones.*

Se denominan sinfones a aquellos grupos fónicos en los que aparecen dos consonantes seguidas de una vocal. El fonema intermedio, que recibe el nombre de líquido, será la /l/ o la /r/, que tiene esta denominación porque se funden con otros que se denominan licuantes. Estos son: p, b, f, t, d, g, c. Con ellos se forman los grupos o sinfones siguientes: pr, br, fr, tr, dr, gr, cr, pl, bl, fl, gl, cl. La d no se licua con la l.

La ausencia de los sinfones o ausencia de la consonante líquida intermedia, es un defecto muy frecuente en las dislalias, diciendo “pato” por “plato”. También es frecuente que se sustituya esta consonante intermedia por otra, especialmente en el caso de la /r/, para la que se da una mayor dificultad, articulando más fácilmente el grupo con la /l/, así dirán, “plisa” por “prisa”.

Esto se da a veces no solo en casos de rotacismo, en los que habrá que comenzar con el tratamiento de éste, sino en los casos en los que el niño articula bien, la /r/ simple, pero no la tiene incorporada a este grupo fónico.

Para su corrección, estos grupos de articulaciones se pueden clasificar en dos apartados:

- Aquellos sinfones en cuya articulación intervienen órganos diferentes, como puede ser /bl/, ya que el fonema /b/ será efectuado por la separación de los labios y el /l/ por la posición que toma la lengua. A este grupo pertenecen los sinfones: pr, br, fr, pl, bl, fl. Su corrección es más fácil.
- El segundo apartado lo constituyen aquellos grupos en que en el mismo órgano, la lengua, la que entra en actividad, variando sólo su posición para uno u otro fonema y por ello presentarán una dificultad mayor que los anteriores.



En cualquiera de los casos hay que asegurarse que el niño articula, en otras combinaciones silábicas, los fonemas que van a intervenir en los fonemas a tratar.

En el tratamiento de los grupos pertenecientes al primer apartado, se sentará el reeducador junto al niño frente al espejo y se le hará articular, para el grupo /bl/, la /l/. Sin mover la lengua de la posición de este fonema, se le hará llevar los labios a la posición de la /b/, tratando de que pronuncie los dos fonemas casi al mismo tiempo y de forma continuada: l- b- l- bl- bl. De esta manera se conseguirá fácilmente el sínfon propuesto y los demás sínfones de este apartado.

Para los sínfones del segundo apartado, en los cuales la articulación de los dos fonemas presenta mayor similitud, además de utilizar el procedimiento anterior, que en algunos casos puede dar buenos resultados, de hacer articular lentamente y de forma aislada pero continuada, cada uno de los fonemas, para irlos uniendo cada vez más, en la práctica resulta muy positivo el introducir una vocal auxiliar que irá desapareciendo poco a poco. Así, para conseguir el grupo /tra/, se comenzará haciendo repetir con rapidez tara- tara..., haciendo que ponga la fuerza articulatoria en la segunda sílaba y articulando la primera vocal átona y muy breve. De esta forma se acaba convirtiendo en /tra/. Igualmente se procederá con los demás sínfones.

➤ ***Automatización e integración de la articulación correcta.***

Una vez que se ha conseguido que el niño/a articule correctamente el fonema/s defectuoso/s, hay que iniciar un proceso de automatización e integración correcta en su lenguaje espontáneo. Con frecuencia ocurre que ya es capaz de articularlo correctamente en cualquier combinación silábica de forma aislada, pero en su expresión libre vuelve a la misma articulación defectuosa que tenía.

Para no prolongar en exceso el proceso de reeducación de esta última etapa, es necesario hacer hincapié en los medios que podemos utilizar para fijar definitivamente la pronunciación correcta en la expresión libre.

Los medios en que podemos apoyarnos para facilitar y agilizar el proceso serán: el ritmo, los ejercicios de repetición y los ejercicios de conversación.

**A. *Utilización del ritmo como medio de automatización de la articulación correcta.***

El ritmo flexibiliza el movimiento, permitiendo su automatización e interiorización con un mínimo de fatiga y en el menor tiempo posible.

Trabajaremos con sonidos tratados, unidos a sencillas estructuras rítmicas que nos servirán de apoyo para la automatización que buscamos.

ca - ca - ca, ca- ca - ca; ca – ca - ca  
 la – la - la; la – la - la; la – la - la.

Articulación en sílaba directa e inversa, cuando esto es posible dentro de la misma estructura:

sa - sa, as, sa - sa, as.

Este mismo ejercicio se puede trabajar con sonidos que el niño confunde para que aprenda a discriminarlos.

se - se, ce - ce, se - se, ce - ce.  
 ra - ra- ra – ra – ra – ra - ra.  
 tra - tra, tar, tra - tra, tar, tra - tra, tar.

La combinación del sonido trabajando con distintas vocales, puede ser de utilidad:

ca.- ca - ca, cu - cu, ca - ca, cu - cu.

Se puede combinar la articulación adquirida con tras u otras que ya domine, para flexibilizar el movimiento, como:

re - re, te - te, re - re, te - te.

A la realización de estas estructuras también se puede unir cualquier tipo de movimiento para ayudar a expresar el ritmo.

### **B. *Ejercicios de repetición.***

Al mismo tiempo que se van automatizando los movimientos articulatorios correctos por medio del ritmo, es necesario irlos integrando en la palabra y en la frase por medio de ejercicios de repetición.

Estos comenzarán con palabras que contengan el sonido tratado, tanto en posición inicial como medial, que serán pronunciadas por el educador, para que después sean repetidas por el niño. A continuación se utilizarán de la misma forma frases sencillas que contengan dichas palabras.

### **C. *Ejercicios de conversación o expresión espontánea.***

A través de estos ejercicios se irá motivando al niño, por medio de láminas, libros o datos ocasionales, para que se exprese espontáneamente y vaya automatizando e integrando la correcta pronunciación en esta forma de expresión.

Se podrá dar por terminado el proceso de reeducación cuando el niño domine la articulación correcta en este lenguaje espontáneo.

## 5.2. Modelo conductual.

La Psicología del Aprendizaje posee su propio modelo de intervención de las alteraciones articulatorias; éstas son conductas observables y pueden ser cambiadas utilizando los principios de la modificación de conducta.

La enseñanza de la conducta articulatoria, y de cualquier conducta compleja, debe basarse en dos principios fundamentales:

- Analizar la conducta y descomponerla en sus partes constituyentes, de modo que puedan enseñarse por separado.
- Detectar cuál es el componente esencial, el que diferencia y define a la conducta, enseñarlo primero y después añadir los componentes accesorios.

Un programa de articulación ha de incluir una serie de aspectos:

### 1. *Objetivo:*

La correcta articulación del fonema o fonemas que no puede reproducir de forma adecuada en su lenguaje espontáneo.

### 2. *Definición de la conducta:*

Articulación correcta de uno o varios fonemas del español.

### 3. *Requisitos previos:*

Tener cubiertos los objetivos de los prerrequisitos básicos (atención, imitación, seguimiento de órdenes), mutismo e imitación vocálica.

El aparato fonador y el oído deben funcionar con normalidad.

#### 4. Fases:

- a. **Línea base**, detectar mediante la presentación de una lista de palabras los fonemas mal articulados y en qué posición se dan dentro de la palabra.

Comenzar la intervención por el fonema más fácil de articular. Seleccionar una lista de diez palabras que contengan el fonema elegido en todas las posiciones en que s articule mal y anotar el porcentaje de respuestas correctas del niño/a, esta será la línea base: en la evaluación final debe articular correctamente las diez palabras.

- b. **Moldeamiento de la articulación del fonema**. Se le dice al niño/a ante el espejo y de forma clara: “repite lo que te voy a decir”y se articula dos veces el fonema. Si el niño/a no lo moldea correctamente se procede al moldeamiento, utilizando los estímulos necesarios para la articulación correcta (moldeando la articulación deseada reforzando las aproximaciones o moldear la posición adecuada de los órganos articulatorios que intervienen en la posición de dicho fonema).

Si después de varias sesiones no se consigue que aumente el porcentaje de respuestas correctas podemos sospechar que no posee una correcta discriminación auditiva o un control motor de los órganos articulatorios.

Una vez superadas estas dificultades se continua con el moldeamiento del fonema. Cuando el niño/a produce el fonema correcto en un porcentaje adecuado, se van desvaneciendo los apoyos utilizados: uso del espejo, colocación de los órganos de la fonación, tocar la garganta del logopeda, etc.

Una vez producida diez veces seguidas la respuesta correcta sin esfuerzo ni apoyos se pasa a la siguiente fase.

- c. **Moldeamiento del fonema en lenguaje repetido**. Elaboración de una lista de diez palabras y diez frases que incluyan al fonema intervenido en todas las

posiciones detectadas como incorrectos en la línea base. Moldear cada respuesta en caso necesario. Al final de esta fase deberá articular el fonema en todos los items presentados.

- d. **Moldeamiento del fonema en el lenguaje de tactos.** Presentar diez objetos, fotos o dibujos que contengan el fonema tratado. Si es preciso se moldean las respuestas. Pasar a la fase siguiente después de diez respuestas adecuadas.
- e. **Moldeamiento del fonema en intraverbales.** Elaborar una lista de diez preguntas cuya respuesta implique el fonema intervenido. Se moldea la respuesta si es necesario. Al final debe contestar diez preguntas con el fonema correctamente pronunciado.
- f. **Evaluación final.** Se le presentan las mismas palabras que en la línea base. Si las articula correctamente pasamos a la fase siguiente.
- g. **Generalización.** Se procede a la evaluación en otras situaciones: clase, recreo y casa. Para ello contamos con la colaboración de padres, profesores que serán los encargados de realizarla, presentando estímulos y anotando respuestas. En esta fase se les pide que refuercen las correctas articulaciones del niño/a.
- h. **Seguimiento.** Presentar un par de veces al mes los estímulos de la línea base. Anotar en una hoja de registro los resultados.

*Material necesario:* espejo, objetos diversos, depresores, velas, etc.

### AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 3

1. Fonéticamente el fonema “B” es:
  - a) Bilabial, oclusiva, sorda.
  - b) Bilabial, oclusiva, sonora.
  - c) Bilabial, nasal, sonora.
  - d) Bilabial, nasal, sorda.
  
2. Fonéticamente el fonema “S” es:
  - a) Linguoalveolar, nasal, sonora.
  - b) Linguoalveolar, lateral, sonora.
  - c) Linguoalveolar, fricativa, sorda.
  - d) Linguoalveolar, vibrante múltiple, sonora.
  
3. Los procesos fonológicos serán de:
  - a) Simplificación, asimilatorios, duplicación.
  - b) Duplicación, asimilatorios, sustitutorios.
  - c) Simplificación, asimilatorios, sustitutorios.
  - d) Simplificación, duplicación, sustitutorios.
  
4. ¿Cuáles son los órganos pasivos de la articulación?
  - a) Paladar, labios, alvéolos, dientes.
  - b) Fosas nasales, paladar, lengua, alvéolos.
  - c) Paladar, dientes, lengua, fosas nasales.
  - d) Paladar, dientes, fosas nasales, alvéolos.

5. La evaluación de las bases funcionales de la articulación son:
- a) Discriminación auditiva de fonemas, Habilidades motoras de lengua, labios y paladar blando, Cantidad, control y dirección del soplo, Capacidad respiratoria y tipo de respiración.
  - b) Discriminación perceptiva de fonemas, Habilidades motoras de dientes y paladar duro, Cantidad, control y dirección del soplo, Capacidad respiratoria y tipo de respiración.
  - c) Discriminación auditiva de fonemas, Habilidades motora de dientes y paladar duro, Cantidad, control y dirección del soplo, Capacidad respiratoria y tipo de respiración.
  - d) Discriminación perceptiva de fonemas, Habilidades motoras de mandíbulas y paladar duro, Cantidad, control y dirección del soplo, Capacidad respiratoria y tipo de respiración.
6. Las..... son aquellas en las que interviene un momento de oclusión seguido de un momento de fricación, teniendo como característica que, tanto la oclusión como la fricación, se articulan en el mismo punto.
- a) Articulaciones vibrantes.
  - b) Articulaciones laterales.
  - c) Articulaciones nasales.
  - d) Articulaciones africadas.
7. La articulación fricativa está formada por la:
- a) Linguopalatal /ñ/.
  - b) Linguoalveolar /n/.
  - c) Linguointerdental /z/.
  - d) Linguoalveolar /l/.



8. Aquellos grupos fónicos en los que aparecen dos consonantes seguidas de una vocal se denominan:
- a) Articulaciones vibrantes.
  - b) Sinfones.
  - c) Articulaciones laterales.
  - d) Articulaciones nasales.

### **CLAVES DE AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 3**

1.- Opción “b” (Epígrafe 1.1.)

2.- Opción “c” (Epígrafe 1.1.)

3.- Opción “c” (Epígrafe 1.3.)

4.- Opción “d” (Epígrafe 3.3.)

5.- Opción “a” (Epígrafe 4.2.)

6.- Opción “d” (Epígrafe 5.1.)

7.- Opción “c” (Epígrafe 5.1.)

8.- Opción “b” (Epígrafe 5.1.)

### **ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE LA UNIDAD 3**

- 1.- Los criterios de clasificación del sistema consonántico. (Epígrafe 1.1.)
- 2.- Clasificación de las dislalias. (Epígrafe 2.)
- 3.- Órganos que interviene en la articulación. (Epígrafe 3.)
- 4.- Proceso de evaluación de las dislalias. (Epígrafe 4.2.)
- 5.- Modelo fonético. Intervención Indirecta

### BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD 3

- BOSCH, L. (1983) "*Identificación de procesos fonológicos de simplificación en el habla infantil*". Revista logopedia y fonoaudiología. Volumen III. (96- 102).
- BOSCH, L. (1984) "*El desarrollo fonológico infantil: una prueba para su evaluación en SINGUAN: "Estudios sobre psicología infantil"*". Ed: Pirámide.
- BOSCH, L. "*Trastornos fonológicos*" (1987). Revista de logopedia y fonoaudiología. Vol. VII, nº 4 (195- 200)
- BOSCH, L. Y HERRERO, V. (1988) "*Discriminación auditiva y análisis de los componentes fónicos de las palabras*". Vol. III (134- 139).
- CRYSTAL, D. (1983) "*Patología del lenguaje*". Madrid. Ed. Cátedra.
- GALLARDO, J.R. y GALLEGO, J.L. (1993) "*Manual de logopedia escolar*" Málaga. Ed. Aljibe.
- INGRAM, D. (1983) "*Trastornos fonológicos en el niño*" Madrid. Ed. Médico y Técnica.
- JIMENEZ, J.M. (1988) "*Implicación de la memoria en la génesis de la dislalia funcional*". Revista de logopedia y fonoaudiología. Vol.VII, nº3 (173- 182)
- MELGAR DE GONZALEZ, M. (1976) "*Como detectar al niño con problemas de habla*". México. Ed. Trillas.
- MONFORT, M. y JUAREZ, A. (1989) "*Registro fonológico inducido*". Madrid. Ed. CEPE.

MONFORT, M. y JUAREZ, A. (1989) "*Estimulación del lenguaje oral*". Madrid. Ed. Santillana.

MURA, S. (1987) "*La dinámica articulatoria*". Buenos Aires. Ed. Puma

PASCUAL, P. (1978) "*La dislalia: naturaleza, diagnóstico y rehabilitación*". Madrid. Ed. CEPE.

PEÑA CASANOVA, J. (1988) "*Manual de logopedia*". Barcelona. Masson.

PERELLO, J. (1990) "*Trastornos del habla*". Barcelona. Masson.

VALLES ARANDIGA, A. (1990) "*Evaluación de la dislalia*". Madrid. ED. CEPE.

VILLIERS, P.A. y VILLIERS, J.B. (1980) "*Primer lenguaje*". Madrid. Ed. Mora



## **UNIDAD DIDÁCTICA 4**

### **ALTERACIONES DE LA ARTICULACIÓN (II)**

### **DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA**

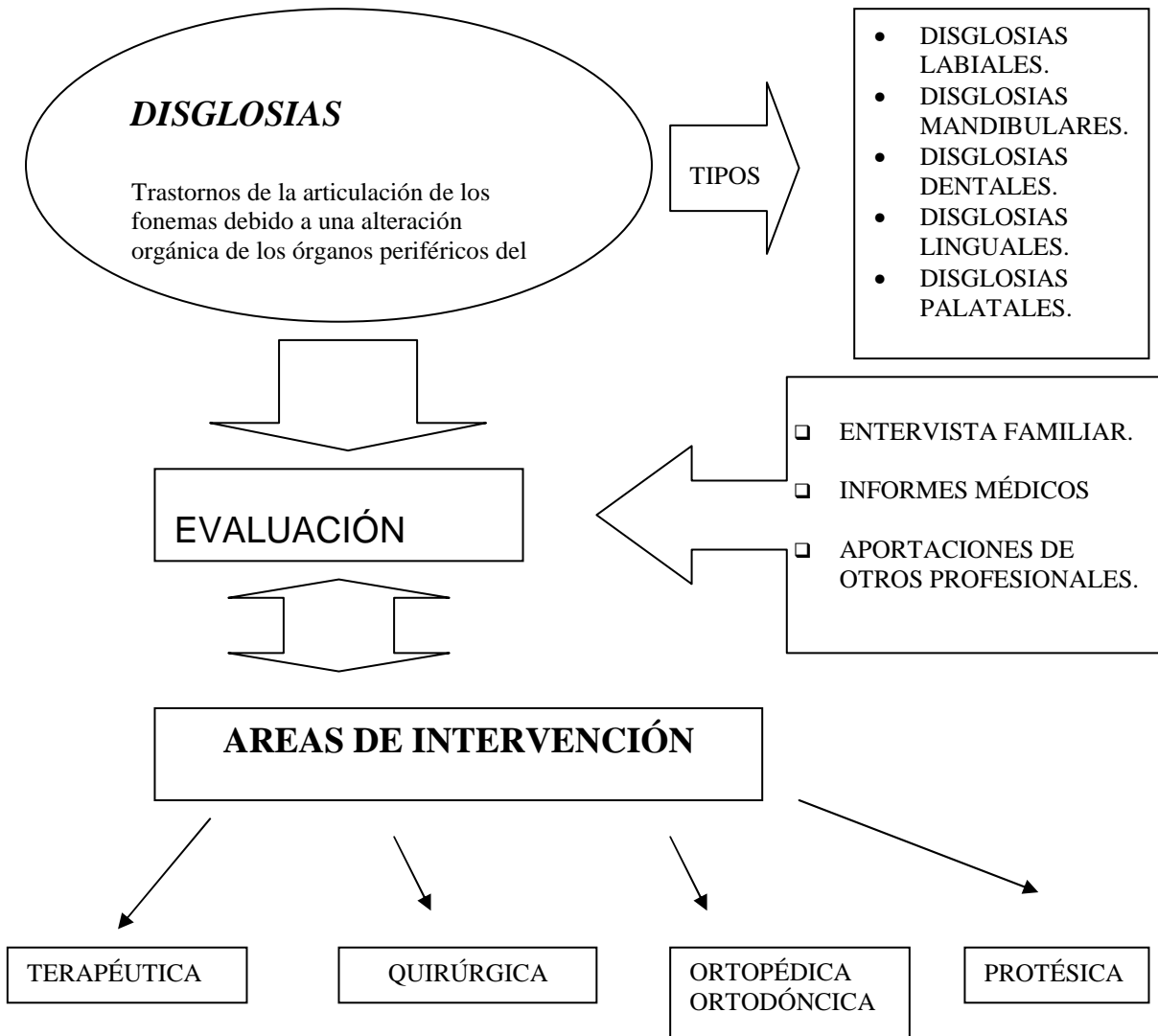
**M<sup>a</sup> José Yolanda Hernández Moreno**  
**Francisco Javier Toro Moreno**  
Especialistas en Psicología y Pedagogía

## INDICE DE LA UNIDAD 4

RESUMEN DE LA UNIDAD 4.....	161
DESARROLLO DE LA UNIDAD 4 .....	162
1. Disartrias. Concepto y clasificación .....	162
2. Disglosias. Concepto y clasificación .....	164
3. Evaluación y diagnóstico de las disglosias.....	178
4. Intervención logopédica .....	179
4.1.- Disglosias labiales.....	179
4.2.- Disglosias mandibulares.....	181
4.3.- Disglosias dentales .....	182
4.4.- Disglosias linguales.....	182
4.5.- Disglosias palatales .....	183
4.6.- Programas específicos de reeducación.....	183
AUTOEVALUACION DE LA UNIDAD 4 .....	187
CLAVE DE LA AUTOEVALUACION DE LA UNIDAD 4 .....	189
ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE LA UNIDAD 4.....	190
BIBLIOGRAFIA DE AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD 4 .....	191



## RESUMEN DE LA UNIDAD 4



## DESARROLLO DE LA UNIDAD 4

### **1.- Disartrias. Concepto y clasificación.**

Entendemos por disartria: “Alteración de la articulación propia de lesiones del sistema nervioso central, así como enfermedades de los nervios o de los músculos de la lengua, faringe y laringe, responsables del habla. Produciendo debilidad, lentitud, incoordinación y alteración tonal.”

#### ***Clasificación:***

- *Disartria flácida.*

Lesión localizada en la neurona motriz inferior.

Características:

- Alteración del movimiento voluntario, automático y reflejo.
- Flacidez y parálisis con disminución de los movimientos musculares.
- Debilidad o fatiga durante el ejercicio.
- Afectación de la lengua.
- Alteraciones respiratorias.
- Hipernasalidad.
- Articulación consonántica distorsionada.
- Voz ronca y poco intensa.

- *Disartria espástica.*

Alteración a nivel de la neurona motriz superior.

Características:

- Debilidad y espasticidad de un lado del cuerpo, en los músculos distales de las extremidades, lengua y labios.
  - Resistencia al movimiento pasivo de un grupo muscular.
  - Los reflejos de estiramiento muscular están exagerados.
  - Presencia de reflejos patológicos.
  - La respiración y la fonación no suelen afectarse.
  - Disfunción articulatoria.
  - Emisión de frases cortas, tono bajo y monótono.
  - Lentitud del habla.
  - En ocasiones se producen interrupciones tonales o de la respiración.
  - Articulación poco precisa en consonantes y a veces distorsiones vocálicas.
- *Disartria atáxica.*

Afectación cerebelosa.

Características:

- Hipotonía de los músculos afectados.
  - Dirección, duración o intensidad de movimientos lentos e inapropiados en la fuerza.
  - Disfunción faríngea caracterizada por la voz áspera y una monotonía en el tono con escasas variaciones en la intensidad.
  - Disfunción articulatoria mediante distorsiones.
  - Alteraciones prosódicas por énfasis en determinadas sílabas.
  - No controlan la emotividad.
- *Disartria por lesiones del sistema extrapiramidal.*

Ocasionan dos tipos de disartrias:

- Hipocinéticas:  
Muy característica de la enfermedad de Parkinson.

Características:

- Movimientos lentos, limitados y rígidos.
- Movimientos repetitivos en los músculos del habla.
- Voz débil, articulación defectuosa, falta de inflexión.
- Frases cortas.
- Falta de flexibilidad y control de los centros faríngeos.
- Variabilidad en el ritmo articulatorio.

○ Hipercinéticas:

Todas las funciones motóricas básicas (respiración, fonación, resonancia y articulación) pueden estar afectadas de forma sucesiva o simultánea, siendo imposible predecir su ocurrencia en el tiempo.

Para ver diagnóstico e intervención en disartrias, remitimos a la lectura de la Unidad Didáctica 15 del Módulo V “Trastornos del lenguaje en la discapacidad motora. Diagnóstico e intervención logopédica.”

## 2.- Disglosias. Concepto y clasificación.

Las disglosias o dislalias orgánicas son trastornos en la articulación de los fonemas debidos a una alteración orgánica de los órganos periféricos del habla y de origen no neurológico central.

### *Clasificación:*

## CLASIFICACIÓN

<i>LABIALES</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Labio leporino.</li><li>• Frenillo labial superior hipertrófico.</li><li>• Frenillo labial inferior.</li><li>• Parálisis facial.</li><li>• Macrostomía.</li><li>• Heridas labiales.</li><li>• Neuralgia del trigémino.</li></ul>
MANDIBULARES	<ul style="list-style-type: none"><li>• Resección de maxilares.</li><li>• Atrexia mandibular.</li><li>• Disostosis maxilofacial.</li><li>• Progenie.</li></ul>
DENTALES	<ul style="list-style-type: none"><li>• Herencia.</li><li>• Desequilibrios hormonales.</li><li>• Alimentación.</li><li>• Ortodoncias.</li><li>• Prótesis.</li></ul>
LINGUALES	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anquiloglosia o frenillo corto.</li><li>• Glosectomía.</li><li>• Macroglosia.</li><li>• Malformaciones congénitas.</li><li>• Microglosia.</li><li>• Parálisis unilateral y bilateral.</li><li>• Fulguración lingual.</li><li>• Protrusión lingual.</li><li>• Glosoptosis.</li></ul>
PALATALES	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fisura palatina.</li><li>• Fisura submucosa del paladar.</li><li>• Paladar ojival.</li><li>• Otras.</li></ul>

➤ **Disglosias labiales.**

La dificultad articulatoria se produce como consecuencia de una alteración en la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios.

Entre las causas más frecuentes de la disglosia labial, podemos mencionar las siguientes:

- **Labio leporino.**

Es una malformación congénita de diversos grados, que abarca desde la simple depresión del labio superior hasta su total hendidura, la cual suele ir asociada a fisura palatina o hendidura alveolar. La malformación puede ser unilateral o bilateral, según la afectación se produzca en uno o ambos lados a la vez. La manifestación más grave de fisuras labiales es el labio leporino central o medio, es una malformación rara caracterizada por la falta de unión de los mamelones nasales internos.

Como consecuencia de esta malformación congénita, labio leporino en cualquiera de sus formas, el habla del sujeto se verá especialmente afectada tanto en la articulación de los fonemas vocálicos posteriores o velares (/o/, /u/) como en los fonemas consonánticos bilabiales (/p/, /b/, /m/).

Se hace necesaria una intervención logopédica, señalándose como edad ideal de la misma los seis meses de edad.

- **Frenillo superior hipertrófico.**

Malformación frecuente que dificulta el movimiento normal del labio superior, produciendo un diastema (espacio entre dos dientes contiguos) entre los incisivos centrales.

Un espacio entre los incisivos centrales, tanto temporales como permanentes, es común y puede ser absolutamente normal en la época previa a la erupción de los incisivos laterales.

Como consecuencia aparece una dificultad en la articulación de los siguientes fonemas /p/, /b/, /m/, /u/,...

Las bilabiales son sustituidas por la labiodental /f/. También el sorber líquidos a través de un tubo es casi imposible.

El tratamiento es quirúrgico. Se realiza la resección y alargamiento del frenillo por procedimiento de plastia en Z.

La simple presión hacia la línea media que ejercen los incisivos laterales y los caninos temporales en el momento de su erupción, suele causar el cierre del diastema central sin necesidad de intervención ortodóncica ni quirúrgica.

- **Frenillo del labio inferior.**

Esta malformación, se puede llamar labio leporino inferior, se acompaña generalmente del labio leporino superior, pero también se puede observar aisladamente. Casi siempre aparece en la línea media.

- **Parálisis facial.**

Suele producirse en la población infantil por diversas causas:

- Trauma obstétrico (forceps).
- Afecciones supuradas del oído medio.
- Asociada a poliomeilitis o difteria.

La parálisis puede afectar a uno o ambos lados de la cara.

En las parálisis unilaterales la disglosia suele ser poco perceptible, mientras que en las bilaterales la articulación de los fonemas suele estar muy afectada en los siguientes sonidos: /f/ en lugar de /p/; /n/ en lugar de /m/; /o/, /u/ con poca claridad.

- **Macrostomía.**

El alargamiento de la hendidura bucal o macrostomía suele asociarse a malformaciones del pabellón auricular. En ocasiones puede verse afectado las mandíbulas y los ojos.

La fisura suele comenzar en el ángulo de la boca, según su extensión se distinguen:

- Macrostomía incompleta, cuando se prolonga a lo largo de la cara pero en poca extensión. La boca aparece grande con un labio inferior ancho y prominente.
- Macrostomía completa, cuando la fisura se prolonga hasta el borde anterior del mesetero o incluso más.

En general se acompaña de atrofia maxilar inferior o anomalías del oído externo y medio.

- **Heridas labiales.**

Las heridas en los labios se pueden producir por arma blanca, de fuego o traumatismos.

Las heridas en los labios producen una palabra borrosa. Más intensa es la disglosia por pérdida de labio a consecuencia de una herida de guerra o resección por cáncer. En estos casos la /p/ suena como la /f/ borrosa y la /m/ es sustituida por un sonido nasal impreciso. En la pérdida del labio superior, para articularla /b/, /p/ y /m/ el



labio inferior contacta con los incisivos, como en /f/, o a veces llega hasta detrás de ellos.

- **Neuralgia del trigémino.**

Bell y Magendie (1821), demuestran que el nervio trigémino es el responsable de la sensibilidad de la cara y no el facial, por lo que los síndromes dolorosos de la cara se deben principalmente a alteraciones de las diversas ramas del trigémino. Se trata de un dolor brusco, muy intenso y de corta duración, que aparece en cualquiera de las zonas de la cara inervadas por las tres ramas sensitivas del trigémino (oftálmica, maxilar superior y maxilar inferior).

- ***Disglosias mandibulares.***

Se trata de un trastorno de la articulación de los fonemas debido a una alteración en la forma de uno o varios maxilares.

El origen puede ser congénito, del desarrollo, quirúrgico o traumático.

Las causas más frecuentes de las disglosias mandibulares serían:

- **Resección del maxilar superior.**

Esta operación se lleva a cabo en los procesos neoplásicos expansivos del maxilar superior. Después de la operación queda la cavidad bucal comunicando con otra cavidad formada por el seno maxilar y la fosa nasal.

Falta además, la mitad del paladar óseo y puede faltar parte del velo.

La palabra resultante tiene mucha resonancia nasal y se oyen también dislalias variadas por ausencia de un punto fijo de articulación.

Desde el punto de vista foniatrico es importante el tratamiento protésico previo o consecutivo.

- **Atresia mandibular.**

Es la anomalía congénita consistente en un empequeñecimiento, que puede ser muy acentuado, de la mandíbula, resultante de una detención en el desarrollo del maxilar inferior por causas congénitas. La mandíbula queda detenida en su desarrollo y la barbilla está hundida. Se dice que tienen cara de pájaro.

La atresia mandibular determina una desproporción de dimensiones entre la lengua y la cavidad bucal. La lengua resulta muy voluminosa, como si se tratase de una macroglosia; es empujada hacia la faringe porque todas sus inserciones han sido arrastradas hacia atrás. Es la llamada glosoptosis o deglución de la lengua. En ciertos casos se puede dar una insuficiencia respiratoria alta.

De igual forma se producen anomalías en la posición de los dientes.

- **Disostosis maxilofacial.**

Una forma particular de malformación mandibular y asociada a otras anomalías constituye el síndrome de Franceschetti, descrito en 1944.

Franceschetti y Klein (1949), describen la disostosis maxilofacial como compuesta por los siguientes síntomas:

- Abertura parpebral dirigida hacia fuera y abajo.
- Hipoplasia de los huesos de la cara.
- Microtía, a veces con malformaciones en el oído medio e interno. Sordera de transmisión mixta.

- Paladar ojival, anomalías en la implantación dentaria con mordida abierta, macrostomía.
- Fisura ciega preauricular.
- Otras anomalías: vertebrales, fisuras del paladar, fisura submucosas, hipoplasia del hueso hioides y de la laringe, agenesi pulmonar, atrexia coanal.

Existen dislalias orgánicas por anomalías dentarias, linguales y palatales.

Esta malformación empieza en la séptima semana de vida embrionaria.

Se recomienda ortodoncia y cirugía plástica para volver a la mayor normalidad posible esta disostosis.

- **Progenie.**

Consiste en la mandíbula inferior muy prominente, por ello se crea una anormal relación entre los maxilares superiores e inferiores y se pierde la articulación entre los dientes.

En las formas extremas impide la masticación normal por la maloclusión dentaria y predispone a la caída prematura de dientes por piorrea alveolar. En cuanto a la articulación, está se hace demasiado anterior, da la impresión de hablar con la boca llena y se hace evidente el sigmatismo interdental.

La progenie hace difícil la articulación de las sibilantes y las labiodentales.

- **Disglosias dentales.**

Los trastornos de la articulación como consecuencia de una alteración en la forma o posición de las piezas dentarias se denominan disglosia dental. Las causas de las anomalías son diversas: hereditarias, generales y locales.

A veces la intervención del ortodoncista y del protésico generan la aparición de disglosias que suelen aparecer a los pocos días.

- **Herencia.**

La forma de la cara se transmite por herencia y muchas anomalías dentarias obedecen a este tipo, otras veces no se hereda la forma, sino la función (tono muscular, actitud postural, movilidad lingual viciosa...).

- **Causas generales.**

Los desequilibrios hormonales, la mala alimentación, la oligofrenia, producen anomalías dentarias.

- **Causas locales.**

Las causas de la maloclusión pueden residir en los propios dientes o en los malos hábitos, como el chupete o la succión del pulgar, la respiración bucal. Hay un 40% de niños de edad escolar que aún degluten como los bebés, esto produce un desequilibrio en las fuerzas musculares de la boca y por tanto una desviación de la posición dentaría normal.

La mayoría de este 40% de niños que degluten mal, articulan mal la palabra.

En las oclusivas apicales, la lengua se interpone entre las arcadas dentarias, en la zona de los molares, toma puntos de articulación anómalos y los orbiculares de los labios y los músculos de la mejilla se contraen exageradamente.

En los fonemas fricativos, el ápex lingual se hace interdental.

Autores como Psaume, dicen que el papel que una articulación defectuosa podría producir sobre la dentadura es de muy escasa importancia.

- **Ortodoncia.**

La ortodoncia establece la estética del perfil y mejora de la función dentaria y la articulación.

- Directamente, reforzando la potencia del soplo expirado, aumentando el volumen de las cavidades de resonancia.
- Indirectamente, permite el mejor emplazamiento centrado de la lengua y de la laringe, renueva el estado general y el tono nervioso central, sana las mucosas respiratorias.

Para corregir la maloclusión dentaria existen aparatos fijos y móviles. Estos solamente actúan sobre los dientes y el hueso alveolar, pero no sobre el hueso basal.

- **Prótesis.**

Al colocar una placa de ortodoncia se produce una alteración en la configuración bucal. Estos aparatos interfieren en la lengua, los dientes, el paladar, los labios y la mandíbula. Los puntos y contacto varían, y la lengua debe aprender a modificar su actuación, en el sentido de dirección, distancia, presión y rapidez. Es posible que el ortodoncista al querer arreglar una dentadura, provoque disglosia protésica.

En estos casos el uso del aparato hace surgir, trastornos en la articulación de la /t/ que cambia por la /p/, /d/ por /b/ y /n/ por /m/.

➤ ***Disglosias linguales.***

La lengua, es el órgano activo de la articulación de los fonemas, precisa de una extraordinaria sincronía de sus movimientos durante el habla.

Cuando la articulación se ve alterada como consecuencia de un trastorno orgánico de la lengua nos encontramos con una disgllosia lingual.

La motilidad lingual puede verse alterada por:

- **Anquiloglosia o frenillo corto.**

No es muy frecuente. Suele ocasionar rotacismo.

- **Glosectomía.**

Consiste en la extirpación total o parcial de la lengua mediante intervención quirúrgica.

- **Macroglosia.**

Aumento desmesurado del tamaño de la lengua. Esta anomalía lingual genera una disminución de movimientos produciendo alteraciones articulatorias.

- **Malformaciones congénitas de la lengua.**

Son debidas a una detención en el desarrollo embriológico.

- **Parálisis uni-bilateral del hipogloso.**

Con pocas molestias en el primero de los casos y con alteraciones más serias al hablar y al masticar en el segundo.

En las parálisis bilaterales la lengua permanece inmóvil en el suelo de la boca. Casi todos los fonemas quedan desdibujados, especialmente /d/, /t/, /l/, /n/, /s/, /g/, /k/, entre otras consonantes y /e/, /i/ entre las vocales.

- **Fulguración lingual.**

Esta lesión producida alrededor de los 12 meses de edad, es relativamente frecuente al meter la punta de la lengua en un enchufe eléctrico. Debido a la humedad se produce una descarga eléctrica que quema la punta de la lengua.

Esto dificulta la articulación de los siguientes fonemas: /s/, /l/, /z/, líquidas y la /r/.

- **Protrusión lingual.**

En algunos niños se produce una deglución atípica. En ellos, y en el momento de tragar, el ápex lingual se coloca entre los dientes incisivos. Esto puede ser debido a la persistencia de la acción de mamar, al uso del chupete, al hábito de succionar el dedo pulgar o a una mala oclusión dentaria hereditaria. Va acompañado de una respiración de tipo bucal.

- **Glosoptosis.**

La caída de la lengua hacia la faringe puede producir serias dificultades respiratorias. Acostumbra ir acompañada de otras malformaciones bucales.

- ***Disglosias palatinas.***

La disglosia palatina es la alteración de la articulación de los fonemas causada por alteraciones orgánicas del paladar óseo y del velo del paladar.

Desde el punto de vista anatómico, estudiaremos la fisura palatina, malformación frecuente, la fisura submucosa y el paladar corto.

- **Fisura palatina.**

Es una malformación congénita en la cual las dos mitades laterales del paladar no se unen en la línea media. La fisura puede abarcar el velo del paladar, el paladar óseo y la apófisis alveolar del maxilar superior.

En la mitad de los casos la fisura palatina se asocia al labio leporino.

Esta malformación repercute de una manera muy intensa sobre la deglución y más tarde sobre el habla.

Las causas de esta fisura palatina son:

- De carácter exógeno: alcoholismo, radiaciones, virus, carencia de vitamina A y B.
- De carácter endógeno: herencia.

Los trastornos articulatorios de las hendiduras palatinas son:

- *Golpe de glotis*: la sustitución de los fonemas /p/, /t/, /k/, /b/, /d/, /g/ es sustituida por un pequeño ruido sin vibración, en función de la sonoridad o sordéz del fonema.
- *Ronquido faríngeo*: a veces se acompaña de vibraciones laríngeas y reemplaza las consonantes /s/, /ch/, /x/, /z/ y en ocasiones /f/ y /r/.
- *Soplo nasal*: escape de aire por la nariz durante la emisión de las palabras, produciendo alteración de todos los fonemas excepto las nasales.
- *Rinofonía*: la mayoría de las fisuras palatinas presentan rinofonía mixta debido a una obstrucción nasal y a la insuficiencia del velo del paladar.



- **Fisura submucosa del paladar.**

Se trata de una malformación congénita por la que el paladar óseo no se ha unido en la línea media pero sí en la mucosa que la recubre. Es una afección muy poco frecuente y suele encontrarse un acortamiento global de todo el paladar.

- **Paladar ojival.**

El paladar ojival puede producir distorsiones en la articulación de los fonemas /t/, /d/ y /l/. Sin embargo son muchos los niños con esta patología orgánica y que no han visto alterada su articulación como consecuencia del mismo.

- **Paladar corto.**

Lermoyez lo describió como un estado congénito en el que el velo, aunque se mueve bien, no alcanza la pared posterior de la faringe.

El paciente tiene un gran escape de aire nasal durante el habla. Es incapaz de soplar con fuerza. A pesar de la falta de cierre nasofaríngeo algunos de estos respiran por la boca. Puede existir cierto retraso mental.

Los fonemas más alterados son /k/, /g/ y /x/. Es frecuente el sigmatismo.

- **Úvula bífida.**

La úvula bífida aislada no tiene ningún efecto sobre el habla. A veces, pocas, se asocia a rinofaringe muy amplia, puede resultar una rinofonía.

La úvula bífida se encuentra constantemente en la fisura submucosa del velo.

### **3.- Evaluación y diagnóstico de las disglosias.**

El diagnóstico nunca debe plantearse de forma aislada, en el caso de la disglosia esta necesidad se ve incrementada por las interrelaciones e influencia que, debido a los factores etiológicos que las desencadenan. Los datos obtenidos en la entrevista familiar, las aportaciones de los profesores y los informes que aportan los profesionales de la medicina, constituyen un imprescindible punto de partida para la evaluación e intervención de esta alteración articulatoria.

El logopeda deberá tener en cuenta el conjunto de los órganos que intervienen en la articulación del lenguaje (respiratorios, fonadores y articulatorios). Por ello 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; recomendamos CASTILLA VALCÁRCEL .

El logopeda habrá de analizar la anatomía y la fisiología de los órganos que interviene en función de la dificultad articulatoria que presenten, sin olvidar que de las disglosias, las aportaciones de la medicina son de vital importancia para planificar la intervención logopédica en razón al diagnóstico médico de la alteración orgánica, como por ejemplo, de los órganos periféricos del habla y, sobre todo, de aquellas zonas de difícil acceso: laringe, faringe y cavidades nasales.

Por tanto, el logopeda deberá obtener datos sobre los siguientes órganos:

- **Labios:** Tamaño, forma, simetría / asimetría, malformaciones, tono muscular motilidad, existencia de frenillo.....
- **Maxilares:** Tamaño, forma, malformaciones, progenie, alineamiento de los dientes, falta de piezas dentarias.....
- **Lenguas:** Tamaño, forma, malformaciones, flexibilidad, precisión, motilidad, parálisis, rigidez, glosectomía, frenillo lingual, movimientos distónicos.....

- **Paladar:** Tamaño, forma, malformaciones del paladar duro, coloración del paladar blando (en caso de ser rosado, posible fisura submucosa del paladar), funcionalidad del velo del paladar.....
- **Cavidad oral:** Tamaño, forma, espacio para los movimientos linguales....
- **Dientes.**

Basándose en el diagnóstico médico, en las aportaciones, en su caso, de otros Servicios de Apoyo escolar y en el conocimientos, previa exploración de los órganos reseñados, el logopeda esta en condiciones de establecer la línea base desde la que plantear la intervención logopédica correspondiente y el pronóstico que presenta el sujeto, ya que la disglosia es una alteración articulatoria debida a lesiones o malformaciones de los órganos articulatorios, para la evaluación de estos defectos de pronunciación procederemos de manera similar a los reseñados en las dislalias (Tratamiento Indirecto y Directo ).

#### 4.- Intervención logopedia.

La intervención va a depender directamente del tipo de alteración orgánica que presente el sujeto, teniendo en cuenta que las disglosias presentan diversos factores etiológicos y, por tanto, requieren distintos tratamientos, según las características de cada caso. Dichas terapias pueden aplicarse de forma unilateral o interdisciplinario que posibilite la normalización del habla.

##### 4.1. Disglosia labiales

En el caso de labios leporinos, la primera intervención que se precisa es la quirúrgica. La intervención logopédica temprana irá encaminada a facilitar la actividad del labio superior, para lo cual realizamos las siguientes actividades:

- masajes.
- movilización pasiva.

- soplo.
- movimientos labiales.
- succión.
- específicas para la correcta articulación de los fonemas bilabiales /p/, /b/, /m/ afectados por esta anomalía. Para las actividades de soplo, labiales y articulaciones, ver "Dislalias".

Si la disglosia ha sido producida por la existencia de un frenillo labial superior hipertrófico, la primera intervención podría ser quirúrgica debido a la deficiente motilidad del labio superior y a la presencia de un diastema entre los incisivos centrales. Después se precisa de una intervención logopédica similar a la del labio leporino.

En casos de macrostomía, el tratamiento es quirúrgico y la intervención deberá realizarse con anterioridad a que el niño comience a hablar. Los posibles problemas de voz y de articulación derivados de tal anomalía orgánica requerirán de una intervención logopédica aplicada de forma similar a como hemos procedido en el caso de las dislalias.

Cuando la parálisis facial es bilateral adquirida, las alteraciones articulatorias suelen ser considerables y la intervención logopédica podría abarcar los siguientes aspectos:

- electroterapia.
- masajes digitales.
- movimientos bucofaciales.
- movimientos labiales.
- actividades articulatorias de los fonemas /o/,/u/, /p/, /b/, /m/, generalmente afectados (ver tratamiento indirecto o directo de las dislalias).

Las neuralgias del trigémino y las heridas en los labios no suelen producir alteraciones articulatorias.

#### **4.2. Disglosias mandibulares.**

En las resecciones de los maxilares una primera intervención sería la quirúrgica plástica, seguido de un tratamiento protésico. Paralelamente se procederá a una rehabilitación logopédica.

Mediante la ejercitación motriz de los órganos activos de la articulación intentaremos que el sujeto vaya asimilando puntos alternativos de pronunciación hasta conseguir un habla lo más normalizado posible. Dicha rehabilitación se centrará en:

- actividades labiales
- actividades linguales.
- actividades mandibulares.
- actividades articulatorias. ( ver apartado de dislalias )

Respecto a los casos de atresias (disostosis mandibulares) y dada la desproporción de dimensiones entre la lengua y la cavidad bucal que en esta anomalía congénita tiene lugar, suelen provocarse dificultades respiratorias importantes agravadas por una ausencia del reflejo de succión. Por ello la intervención logopédica planificará actividades:

- respiración.
- succión.
- labiolinguales.
- Articulatorias encaminadas a pronunciar lo más inteligible posible los fonemas más alterados.

En el caso de progenie señalaremos que no siempre ocasionan perturbaciones en las articulaciones. A veces pudiera ser necesaria una corrección ortodóncica e incluso quirúrgica, la intervención logopédica en los casos que sea necesario será para los fonemas /z/, /c/ y /f/ en cuyos casos procederemos a su reeducación en lo propuesto en las dislalias.

### **4.3. Disglosias dentales.**

En las anomalías dentarias la primera intervención es la ortodóncica. De ahí que en caso de implantación conviene una reeducación paralela para que la lengua se habitúela órgano extraño introducido en la boca.

En general, podemos decir que las disglosias protésicas se corrigen espontáneamente con el paso del tiempo al producirse una acomodación del sujeto al aparato ortodóncico.

### **4.4. Disglosias linguales.**

Cuando exista frenillo lingual pudiera ser aconsejable una intervención quirúrgica para facilitar la corrección articulatoria de los fonemas, pero en niños y niñas con este tipo de frenillo pueden llegar a articular correctamente con una intervención logopédica adecuada sin necesidad de recurrir al quirófano, por lo que, siempre que sea posible, evitaremos el uso quirúrgico mediante un tratamiento logopédico consistente en un entrenamiento del control motor que facilite una motilidad suficiente a la lengua para poder adaptarse a las posiciones cambiantes necesarias que la producción verbal requiere.

La intervención quirúrgica mediante un corte en el frenillo lingual para liberar la punta de la lengua no implica una automática desaparición de esa alteración articulatoria. La intervención logopédica es imprescindible, pudiendo consistir ésta en el entrenamiento motor, o bien en lo propuesto en el tratamiento de la dislalia.

Cuando hay pérdida de una gran porción lingual (glosectomía) el habla se ve seriamente afectada, aunque su severidad depende de la extensión de la resección, de la movilidad de la punta lingual y del funcionamiento del velo del paladar.

Respecto a las malformaciones linguales (macroglosia...) las intervenciones quirúrgicas deberían practicarse sólo en casos de trastornos asociados a los logopédicos. La

movilidad de la lengua puede reforzarse mediante masajes y gimnasia activa que se realizará mediante espátulas guialenguas.

En general, todas las alteraciones derivadas de las diglosias labiales deberían abordarse de manera similar a lo propuestos en las dislalias, independiente de que una primera intervención médica se lleve a cabo o no.

#### **4.5. Diglosias palatales.**

La etiología más común de la diglosia palatal es la fisura palatina. El tratamiento de la misma puede dividirse (Perelló, 1990) en cuatro apartados: tratamiento quirúrgico, foniatrico, ortopédico-ortodóncico y protésico.

En los fisurados palatinos, estén operados o no, usen o no prótesis, es fundamental la intervención logopédica con el fin de facilitar la recuperación de la producción verbal al paciente.

La intervención logopédica debe iniciarse a una edad temprana. Los niños con fisura palatina no sólo van a plantear problemas en la articulación sino también en la voz, en la respiración y en la funcionalidad de los músculos fonadores. La intervención logopédica deberá abordar los siguientes programas:

#### **4.6.- Programas específicos de reeducación.**

##### **4.6.1.- Programa para la reeducación de la respiración y soplo:**

En los fisurados hay escape de aire por la nariz durante la emisión verbal. Comenzaremos por un control del tiempo de la espiración mediante la combinación de actividades respiratorias y de soplo con el fin de aumentar la capacidad pulmonar.

Como posibles actividades señalamos:

- Inspiración nasal lenta y profunda.
- Espiración bucal mantenida con emisión de /a/.
- Repetimos la actividad anterior pero con /e/.
- Repetimos la actividad anterior pero con /i/, /o/, /u/.
- Repetimos la actividad anterior pero con /f/.
- Repetimos la actividad anterior pero con /s/.
- Repetimos la actividad anterior con otros fonemas sordos.

#### **4.6.2.- Programa para la reeducación motriz del velo palatino:**

A mayor movilidad del velo, menor nasalización, cuanto más elevado esté dicho velo, menor escape de aire se producirá por la nariz. Para facilitar esta movilidad podemos realizar actividades como:

- Juegos de soplo.
- Juegos de succión.
- Beber y trasvasar agua a través de tubitos.
- Bostezar.
- Hacer gárgaras.
- Pronunciar alternativa de vocal y fonema sordo.

#### **4.6.3.- Programa para la reeducación motriz del labio superior:**

Por lo general el labio superior de los fisurados tiene muy poca movilidad o se mantiene inmóvil aunque no esté afectado. En un primer momento son muy aconsejables los masajes labiales para después realizar una serie de movimientos con o sin la ayuda de la espátula. Entre estas actividades señalamos:

- Cubrir los incisivos superiores con el labio inferior.
- Sacar "morro".



- Elevar el labio superior.
- Separar lentamente las comisuras labiales.
- Sostener un lápiz entre los labios.
- Movimientos linguales, pues en la mayoría de los casos la lengua está inerte.

#### **4.6.4.- Programa para la reeducación de las alteraciones propias de la hendidura palatina:**

- Golpe de glotis:

Tan pronto como se corrige la articulación de los fonemas oclusivos se corrige el golpe de glotis.

Se hace necesario controlar la posición de la lengua evitando su retracción. Como actividades podemos señalar:

- Inspiración nasal profunda. Retención del aire y obstrucción de las ventanas nasales. Expulsión del aire entreabriendo los labios y emitiendo el fonema /p/.
  - Conseguir una correcta articulación de /p/, con la nariz tapada articular /p/, pausa y vocal.
  - Repetiremos la actividad anterior con una sola fosa nasal tapada.
  - Procederemos de igual manera sin oclusión nasal.
  - Articulación de /pa/.
  - Articulación del sífon /pla/.
  - Procederemos de igual forma con el resto de los fonemas oclusivos.
- Corrección de la fuga de aire nasal y de la rinolalia

Es el trastorno más común entre los fisurados lo cual les impide articular los fonemas oclusivos. La posibilidad de recuperación depende casi exclusivamente de la movilidad que haya conseguido el velo del paladar. Será necesario que el niño/a

emita sílabas como /pa,po,pu/ tras permanecer durante unos segundos con los carrillos inflados.

Como actividades adecuadas podemos sugerir:

- Hinchar al máximo los carrillos.
  - Provocar excitaciones de la úvula.
  - Facilitar una posición más baja de la lengua.
  - Masajes de la pared faríngea.
- 
- Programa para la reeducación de la articulación:

Es la consecuencia final de la aplicación de los programas anteriores. Tan pronto como el sujeto es capaz de controlar los órganos articulatorios no le causará gran dificultad dirigir los mismos hacia las posiciones concretas. Para ello remitimos ver lo referente a las dislalias.

## AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 4

1. La Disartria Espástica se encuentra alterada a nivel de:
  - a. la neurona motriz inferior.
  - b. la neurona motriz superior.
  - c. la afectación cerebelosa.
  - d. la enfermedad de Parkinson.
  
2. Franceschetti y Klein (1949), describe la:
  - a. Atrexia mandibular.
  - b. Resección de maxilar superior.
  - c. Disostosis maxilofacial.
  - d. Progenie.
  
3. “La extirpación total o parcial de la lengua mediante intervención quirúrgica”.  
Se denomina:
  - a. Glosectomía.
  - b. Macroglosia.
  - c. Aquiloglosia o frenillo corto.
  - d. Malformación congénita de la lengua.
  
4. “La malformación congénita en el cual las dos mitades laterales del paladar no se unen en la línea media”. Se denomina:
  - a. Fisura palatina.
  - b. Paladar corto.

- c. Paladar ojival.
  - d. Úvula Bífida.
5. En los casos de Progenie, la intervención logopédica en los casos que sea necesario será para los fonemas:
- a. /b/, /d/ y /g/.
  - b. /z/, /c/ y /f/.
  - c. /p/, /m/ y /l/.
  - d. Todas las anteriores son falsas.
6. En las Disglosias Labiales cuales son las articulaciones afectadas por esta anomalía:
- a. /t/, /g/ y /z/.
  - b. /c/, /z/ y /j/.
  - c. /p/, /z/ y /m/.
  - d. Todas las anteriores son falsas.
7. ¿Cuál es la disglosia donde los niños no sólo van a plantear problemas en la articulación sino también en la voz, en la respiración y en la funcionalidad de los músculos fonadores?
- a. Disglosia dentales.
  - b. Disglosia linguales.
  - c. Disglosia labiales.
  - d. Disglosia palatales.

#### **CLAVE DE AUTOEVALUACIÓN UNIDAD 4**

1.-Opción “b”(epígrafe 1.).

2.-Opción “c” (epígrafe 2.).

3.- Opción “a” (epígrafe 2.).

4.- Opción “a” (epígrafe 2.).

5.- Opción “b” (epígrafe 4.2.).

6.- Opción “c” (epígrafe 4.1.).

7.- Opción “d” (epígrafe 4.5.).

#### **ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE LA UNIDAD 4**

1. Disglosia. Concepto y Clasificación: Disglosia Labiales (epígrafe 2.).
2. Intervención: Disglosia Labiales (epígrafe 4.1.).
3. Intervención: Programas Específicos de Reeducción para niños con Fisura Palatina (epígrafe 4.6.).

#### **BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD 4**

BRUNO, C y SÁNCHEZ, M (1990): *Disglosias*. Ed Peña Casanova,J.(Ed): Manual de Logopedia. Barcelona:Masson.

BUSTO, C.: *Manual de logopedia escolar*. Ed. CEPE. Madrid 1995.

CRISTAL,D.: *Patologías del lenguaje*. Ed Médica-Técnica.1983.

GALLARDO RUIZ; GALLEGO ORTEGA: *Manual de logopedia escolar*. Ed Aljibe. Malaga, 1995.

MONFORT, M: *La intervención logopédica*. Ed CEPE. Madrid, 1998.

PERELLÓ, GILBERGA,J. (1990): *Trastorno del habla*. Barcelona: Masson





## **UNIDAD DIDÁCTICA 5**

### **ALTERACIONES DE LA FLUIDEZ VERBAL**

### **DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA**

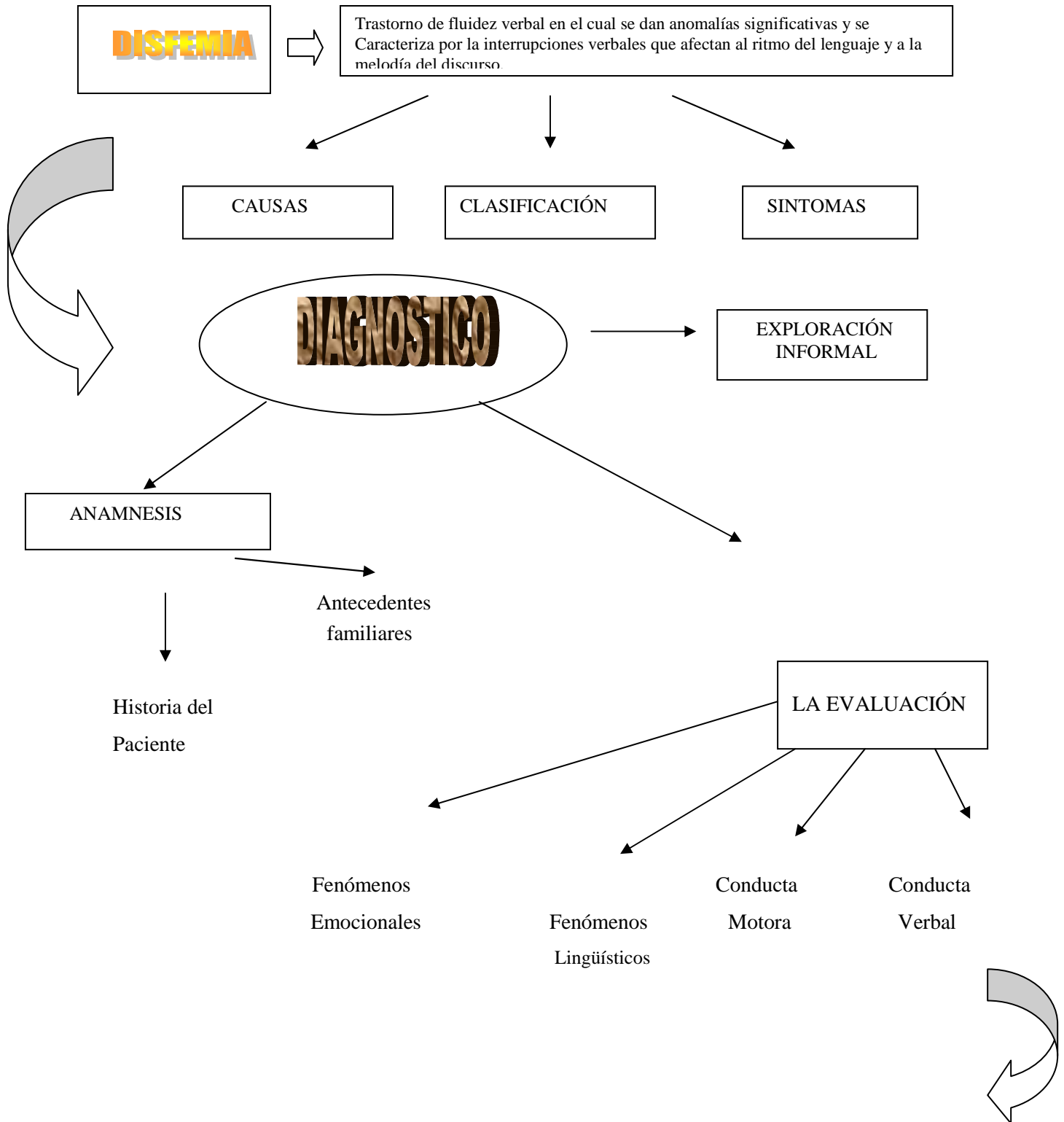
**Francisco Javier Toro Moreno**  
Especialistas en Psicología y Pedagogía

## CONTENIDOS DE LA UNIDAD 5.

RESUMEN DE LA UNIDAD 5.....	196
 DESARROLLO DE LA UNIDAD 5 .....	 198
1. Definición y datos generales.....	198
2. Etiología .....	199
3. Clasificación y sintomatología .....	201
3.1. Clasificación .....	201
3.2. Sintomatología.....	202
4. Diagnóstico.....	204
5. Tratamiento.....	206
5.1. Pautas de Conductas para el Disfémico.....	207
5.2. Pautas de Conductas para Padres, Familiares, Profesionales, etc .....	207
5.3. Técnicas Auxiliares y Procedimientos Terapéuticos.....	208
5.3.1- Empleo de gesto acompañado de habla.....	209
5.3.2- Técnica de soplo.....	209
5.3.3- Técnica de seguimiento. Habla en sombra o Eco.....	209
5.3.4- Técnica de encubrimiento o Enmascaramiento.....	209
5.3.5- Habla rítmica o Silabeo o Metrónomo .....	210
5.3.6- Retroalimentación auditiva demorada o Habla retardada .....	210
5.3.7- Desensibilización sistemática.....	210
5.3.8- Entrenamiento en habilidades sociales.....	211
5.3.9- Técnica de relajación.....	211
5.4. Métodos para el Tratamiento de la Disfemia.....	211
5.4.1. Métodos reflexivos .....	211

5.4.2- Métodos Diversivos.....	216
AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 5 .....	218
CLAVE DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 5 .....	221
ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE LA AUTOEVALUACIÓN 5 .....	222
REFERENCIAS DE INFORMACIÓN DE LA UNIDAD 5 .....	223
GLOSARIO DE TÉRMINOS DE LA UNIDAD 5.....	225

### RESUMEN DE LA UNIDAD 5





## DESARROLLO DE LA UNIDAD 5.

### 1. Definición y datos generales.

Conceptualmente podemos definir la disfemia como un trastorno de la fluidez verbal en el cual se dan anomalías orgánicas y se caracteriza por las interrupciones verbales que afectan al ritmo del lenguaje y a la melodía del discurso.

Perelló, J. 1986 define la disfemia como el defecto de la elocución( expresión verbal), caracterizado por la repetición de sílabas o palabras, o por paros espasmódicos que interrumpen la fluidez verbal, acompañada de angustia.

Wingate. 1977: la tartamudez es una perturbación de la fluidez de la expresión verbal caracterizada por repeticiones o prolongaciones involuntarias, audibles o silenciosas, durante la emisión de cortas unidades del habla. Estas perturbaciones se manifiestan habitualmente de manera muy frecuente y no son fácilmente controlables. A veces estas perturbaciones van acompañadas de movimientos que afectan al aparato bucal o a otras estructuras anatómicas relacionadas o no relacionadas con el aparato bucal, o de enunciados verbales estereotipados.

La disfemia es un fenómeno universal que se encuentra en todos los pueblos y en todas las partes del mundo. Referente a la edad, parece ser que el mayor porcentaje de casos se desarrollan antes de los 7-8 años, siendo más frecuentes entre los 3 y 5 años. En edades mayores los síntomas son más disimulados y menos marcados.

Respecto al sexo, un dato sobre el que hay un acuerdo entre todos los investigadores es el de que existen más hombres que mujeres disfémicos. Al parecer, estos datos se sustentan en que las niñas suelen empezar a hablar antes, debido a una mayor facilidad de articulación y a una más rápida maduración de los órganos competentes.

Los comportamientos de una persona disfémica podrían ser tales como:

- Temblor muscular.
- Bloqueos.
- Tensión bucal.
- Repeticiones.
- Uso del aire residual. Continúan hablando tras la espiración normal.
- Usos de camuflaje: taparse la boca, girar la cabeza, reírse, etc...
- Evitación de la comunicación. Evitaran palabras difíciles.
- Retraso en la emisión de la palabra. Piensa mucho antes de responder.
- Reacciones internas: miedo, malestar, vergüenza y culpabilidad.

Ciertos autores consideran como datos significativos en el disfémico aquellos relativos a: herencia, retraso del habla, trastorno neurológicos....

## **2. Etiología**

A pesar de las muchas experiencias e investigaciones, lo cierto es que no existen una opinión o teoría clara sobre qué es, a qué se debe y cuál es lo mejor para el tratamiento de la disfemia.

Muchas son las teorías propuestas (neurológicas, psicogenéticas, lingüísticas, psicológicas,...) aunque parece ser una realidad la no existencia de un único factor responsable. Más bien se trata de un conjunto de factores asociados con algún predominio de uno sobre los demás según los casos; podríamos decir que la disfemia se presenta como una etiología multifactorial.

Como posibles causas de la disfemia podemos señalar las siguientes:

- Herencia  
El papel de la herencia es comúnmente aceptado como una posible causa de la disfemia, no se puede considerar como una variable desencadenante, pero si que desempeña un papel genéticamente importante

- Sexo

Los investigadores coinciden que el porcentaje de varones es muy superior al de mujeres. Algunos autores tratan de explicar este hecho como consecuencia de una mayor facilidad de las niñas para la articulación.

- Trastornos de la lateralización

Según los estudios aportados parece que existe una clara relación entre la disfemia y los sujetos zurdos y, sobre todo, los mal lateralizados.

- Trastornos orgánicos

Las investigaciones han puesto de manifiesto multitud de posibles explicaciones fisiológicas de la disfemia, debidas a diferentes causas. Principalmente: causas neurológicas, neurovegetativas, cerebrales, audiógenas, infecciosas, respiratorias y metabólicas.

- Alteraciones lingüísticas

No existe una correlación causa-efecto entre el desarrollo del lenguaje y una alteración en la fluidez verbal, pues la mayoría de los niños y niñas con retrasos del lenguaje no tartamudean y, por otro lado, la mayoría de los niños/as con disfemia ha seguido un desarrollo del lenguaje aparentemente normal, pero se acepta el hecho de que la mayoría de los niños/as disfémicos han tenido dificultades en la estructuración sintácticas, la adquisición semántica y las primeras articulaciones de los fonemas.

- Alteraciones Psicológicas

Perdoncini e Yvon (1968) mantienen que factores psicológicos desfavorables puede ser la causa del tartamudeo en los casos de perturbaciones básicas (afectivo-evolutivas con emotividad y falta de estructuración psicológicas). En suma, la personalidad del niño/a disfémico repercutirá más o menos negativamente en su habla en función del propio equilibrio emocional y afectivo del sujeto y de los comportamientos de los demás hacia su forma de hablar.



### **3. Clasificación y sintomatología**

#### **3.1.- Clasificación.**

Podemos clasificar la tartamudez desde diferentes perspectivas: según factores psicológicos, según la causa, según el momento de la aparición y según las características del habla.

- Según Factores Psicológicos:
  - Tartamudeo Primario: Repeticiones cortas y sin esfuerzo y las prolongaciones inconscientes (el sujeto no es consciente de las anomalías de su habla).
  - Tartamudeo Secundario: Presenta conductas de evitación ante determinados fonemas, palabras, personas y situaciones (es consciente de su habla y toma estrategia para poder hablar).
  
- Según la Causa:
  - Tartamudeo Orgánicas: Las causas están en la herencia, en las alteraciones del mecanismo de feedback auditivo, en las interferencias en el proceso natural de codificación, en problemas de lateralización, etc.
  - Tartamudeo Psicológicos. El origen esta en la alteración emocional, en la afectividad, en la inseguridad o ansiedad del sujeto, en la motivación, en la estimulación, etc.
  
- Según el Momento de la Aparición:
  - Tartamudeo Inicial: Aparecería hacia los tres años de edad, coincidiendo con la estructura sintáctica del lenguaje infantil. Muchos sujetos a estas edades manifiestan detenciones, corte verbales, repeticiones silábicas,... que tiene que ver con proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje que con problema de tartamudez.  
  
La simple manifestación a esta edad no debe ser etiquetado con disfemia, pues la tartamudez sólo existe si aparece una tensión o bloqueo espasmódico.

- Tartamudeo Episódico: A partir de los cinco años el niño puede articular todos los fonemas. Puede hablar con una construcción gramatical correcta y una preparación neuromotriz para el aprendizaje de la lectoescritura. El alejamiento temporal, compartir con sus iguales, exigencia escolares, disciplinas más restrictivas, personalidad, emociones,....., son circunstancias que podrían favorecer el tartamudeo episódico, produciéndose la tensión y el bloque espasmódico. A estas edades es suficiente con una intervención orientativa para evitar situaciones de angustia y ansiedad a los niños/as.
- Tartamudeo Propiamente Dicho: Se produciría alrededor de los 10 años como consecuencia de una emoción fuerte, de una experiencia no grata para el niño con una predisposición emocional o por causa imprecisas. A estas edades podemos hablar de tartamudez, siendo evidente la toma de conciencia o la agravación de anomalías.
- Según la Característica del Habla:
  - Disfemia Clónica: Se caracteriza por repeticiones convulsivas de sílabas y/o de elementos fónicos mínimo, producidos antes de que se inicie o continúe la emisión de una frase. El ritmo articulatorio tiene una apariencia normalizada y las contracciones de la musculatura labial se suceden de forma breve y rápida.
  - Disfemia Tónica: Caracterizada por bloqueos iniciales y fuertes espasmos, el sujeto se muestra incapaz de emitir sonidos cuando empieza a hablar y luego lo hace de forma entrecortada y con un ritmo rápido. Se aprecia un estado inicial de inmovilidad muscular que impide el habla, el cual cesa rápidamente para que la emisión del discurso salga precipitadamente. La tensión muscular es prolongada
  - Disfemia Mixta: Se dan las características de las dos anteriores ( clónico/tónico o tónico/clónico ).

### **3.2.- Sintomatología**

Los síntomas más característicos de la disfemia (bloqueo espasmódico, repeticiones) suelen estar acompañados por:

- Manifestaciones Lingüísticas:
  - Uso de muletillas verbales y embolofrasías, que parecen ayudar al disfémico a enlazar la frases con más fluidez.
  - Perífrasis y lenguaje redundante.
  - Alteraciones sintácticas, frases incompletas.
  - Abuso de sinónimos. Discurso sin coherencia.
  - Desorganización entre el pensamiento y el lenguaje.
  - Exceso de presión lingual, labial o velar, sobre todo al intentar pronunciar.
  - Presenta más dificultades en la articulación de las consonantes que en las vocales.
  - Con carácter permanente se da una asincronía entre los diversos tiempos articulatorios, produciendo la falta de ritmo y los accidentes tónicos.
  
- Manifestaciones Conductuales:
  - Mutismo e inhibiciones temporales.
  - Retraimiento y logofobia (miedo a hablar).
  - Reacciones de angustia y ansiedad a la hora de comunicarse.
  - Conductas de evitación en situaciones en las que debe comunicarse.
  - Reacciones anormales e inmadurez afectiva.
  - A veces, se da aceptación de su tartamudeo, sin apenas influencia en su personalidad.
  
- Manifestaciones Corporales y Respiratorias:
  - Sincinesias corporales (movimientos del tronco, cabeza, brazos, pies,...)
  - Tics.
  - Espasmos y rigidez facial.
  - Hipertensión muscular.
  - Alteraciones fonorespiratoria funcional
  - Respuesta psicogalvánicas como sudoración excesiva, enrojecimiento, palidez del rostro, etc.

No siempre se dan todos estos síntomas, ni en la misma intensidad y frecuencia.

#### **4. Diagnóstico**

En el primer momento de la exploración con una persona que tartamudea puede realizarse de modo informal logrando un buen contacto entre terapeuta y paciente ( con la familia si se trata de un niño ). El objetivo es esbozar la orientación terapéutica , así como una primera impresión del pronóstico, sin dar a priori falsas expectativas de solución.

La exploración completa requerirá unas cuantas sesiones, no por la duración de las pruebas sino por la variabilidad del tartamudeo de unos momentos a otros. En caso niños pequeños se recomienda que se realice la observación en el ambiente familiar para evaluar la interacción verbal con los padres.

La observación se podrá recoger en la anamnesis con arreglo a los siguientes puntos:

- Antecedente familiares: de tartamudez, de otros trastornos del habla, de zurdería, de trastornos psíquicos, de trastornos neurológicos,..... .
- Historia del paciente destacando: desarrollo del lenguaje, circunstancia peculiares en relación niño-padres y entorno, enfermedades (neurológica, problema de ajuste psicosocial,....), inicio y evolución del problema, actuación del entorno como reforzador del tartamudeo o de la fluidez, actitudes y conductas del paciente en relación con su conducta verbal, conciencia e imagen del propio problema,...

En el diagnóstico de la disfemia se realizarán principalmente pruebas del lenguaje oral para evaluar el tipo y gravedad del trastorno de un modo objetivo, viendo la frecuencia e intensidad de los errores, así como describiendo el tipo y característica de los mismos.

La evaluación incluye los siguientes puntos, agrupándose en cuatro categorías:

- Conducta verbal:
  - Bloqueo tónico

- Repetición clónica
- Taquilalia
- Pausas, prolongaciones
  
- Conducta motora:
  - Espasmo
  - Tensión muscular
  - Tics
  - Alteración fenorrespiratoria
  - Ausencia de gesto
  
- Fenómeno lingüístico:
  - Abuso de sinónimos
  - Perífrasis. Expresión redundante
  - Saltos sintácticos
  - Embolofrasia, muletillas verbales
  - Monotonía de la voz
  
- Fenómeno emocionales:
  - Retraimiento
  - Logofobia
  - Fobia a determinados vocablos
  - Ansiedad
  - Sudoración excesivas, enrojecimiento, palidez,.....

La intensidad de cada uno de los signos observados pueden evaluarse como ligera, moderada o grave. También debemos de registrar si los signos anómalos son conscientes o no, voluntario o involuntarios.

El examen incluye varios procedimientos (que coincidirán con algunas de las técnicas auxiliares que se utilicen en el tratamiento). En estos procedimientos se utiliza el lenguaje de diálogo y la exposición de temas (narración, descripción) además de la

lectura en voz alta. Se registra el habla del paciente en distintas modalidades. Expresión libre; habla en voz cuchicheada; habla en sombra; habla enmascarada; habla en audición retardada; habla rítmica, acompañada por un metrónomo.

Las pruebas se registran en un magnetófono o preferentemente en vídeo a fin de tener datos objetivos que, a su vez, sirvan para mostrar al paciente los detalles de su trastorno.

Otros instrumentos para la exploración y escalas de valoración serían tales como:

- Cuestionario para la recogida inicial de datos (Santacreu y Fdez. Zúñiga, 1991 )
- Cuadro-guía para la evaluación de la gravedad de la tartamudez. (Wingate, 1977).
- Cuestionario de tartamudez para padres. (Cooper, 1979).
- Evaluación de la tartamudez. (Wingate, 1977).
- Disfemia. Guía de detección y encuadre. ( Moreo, 2001. Proyecto Aidex ).
- Planificación de las sesiones y evaluaciones periódicas. (Monge y Peralta, 1997).

## **5. Tratamiento**

Desde el punto de vista terapéutico al tratar la disfemia es el buscar eliminar al máximo la sintomatología asociada al tartamudeo, y en el caso de niños pequeños tratar de evitar que la disfemia se complique. Respecto al habla se trata de reducir la tasa (intensidad y frecuencia) de errores, o si se prefiere, aumentar la fluidez.

Los campos de acción a trabajar en el tratamiento sería los siguientes:

1. Reducir el tartamudeo mediante el empleo de técnicas auxiliares.
2. Eliminar el habla que provoca los factores externos en el tartamudeo, y de la respuesta de ansiedad.
3. Modificar las actitudes y conducta verbal-social del disfémico.
4. Mantener y extender el habla fluida en situaciones verbales cada vez más comprometidas.

### **5.1.- Pautas de Conductas para el disfémico**

Los objetivos pueden resumirse en algunas normas de conducta que sustituyan la que comúnmente suelen tener los disfémicos. Según sean los casos haremos más hincapié en una que en otras:

- Hablar con calma, sin precipitación.
- Poner en práctica la autoobservación del habla cuando es fluida para aprender los mecanismos de la fluidez espontánea.
- No rehuir de las situaciones verbales. Hablar siempre que sea necesario. Afrontar el riesgo de tartamudear, aprendiendo a perder sensibilidad al problema.
- No desviar la mirada del interlocutor.
- Ir eliminando movimientos indeseados, que resultan improductivos y que ni son necesarios para tener un lenguaje fluido.
- Utilizar una gesticulación armónica que acompañe el habla facilitando la fluidez.
- Observar y definir lo que sucede al tartamudear para conocer mejor el trastorno y poderlo tratar en sus diferentes planos.
- Ir eliminando el uso de sinónimos. Decir las palabras que se quieren decir y no rehuirlas.
- Hablar lo más posible. No economizar la expresión verbal.

### **5.2.- Pautas de Conductas para Padres, Familiares, Profesionales, etc....**

El papel del adulto (padres, familiares, etc.) es de suma importancia, tanto en lo referente a la actitud a mantener ante el niño que tartamudea, como a la colaboración para su rehabilitación. Así, resulta importante disponer de unas orientaciones precisas tales como:

- Es fundamental no reaccionar negativamente ante las dificultades del niño, debemos evitar manifestar signos de ansiedad o impaciencia. Las "regañinas", críticas y censuras en este aspecto deben de olvidarse por completo.
- Potenciar situaciones para conversar y hablar en un ambiente relajado y tranquilo, sin prestar demasiada atención a sus fallos. Debemos escuchar con atención lo que el niño dice y responder a eso, no a su tartamudez. Se procurará evitar las situaciones o personas que el niño le produzcan tensión, pues las alusiones negativas al modo de hablar del niño por parte de familiares y amigos no lo benefician en nada.
- Conservar el contacto visual natural cuando el niño esté hablando reforzando la conversación con el lenguaje gestual.
- Evitar las correcciones continuas exigiendo la repetición de las palabras o frases problemáticas. No tenemos que pedirle que hable más tranquilo o despacio, pues lo único que conseguiremos es aumentar su ansiedad y nerviosismo.
- Se le dará el tiempo que necesite para expresarse, no adelantándose adivinando qué quiere decir y no interrumpiéndolo a cada momento, evitaremos completar o expresar las ideas que quiere transmitirnos dejando que él lo haga utilizando sus propias palabras.
- Es importante hablar al niño despacio, con tranquilidad, pronunciando claramente y formulando frases sencillas.
- Leer cuentos junto con el niño, comentar lo que se ve en la TV, hablarle de cosas que le interesen, haciéndolo despacio, con pronunciación clara y frases sencillas.
- Procurar que cada noche se acueste contento y relajado.

### **5.3.- Técnicas Auxiliares y Procedimientos Terapéuticos**

Las distintas teorías existentes sobre la tartamudez han dado lugar al desarrollo de diversas técnicas de tratamiento. Si bien se ha descrito y utilizado gran variedad de ellos, cabe referirse a los de mayor influencia en la reducción del tartamudeo.



### **5.3.1- Empleo de Gesto Acompañado al Habla**

Se enseña al paciente para desinhibir su actitud estática y tensa al hablar. El uso de gestos elocuentes con las manos y brazos al hablar, de manera armónica, junto con una entonación más marcada, puede favorecer la fluidez (Calavrezo 1973).

### **5.3.2- Técnica del Soplo**

Consiste en habituar al paciente a echar el aire antes de iniciar la emisión vocal. Ésta comenzará sin interrumpir la corriente de aire que pone en actividad suavemente las cuerdas vocales. Se ha de mantener la vibración de las cuerdas mientras dura la dicción de las frases (Schwartz, 1977).

### **5.3.3- Técnica de seguimiento, habla en sombra o eco**

Se intenta que la persona tartamuda repita las palabras dichas por el logopeda mientras habla o lee un texto. Lo que se pretende es conseguir que la persona tartamuda atienda prioritariamente a la información que le llega por el canal auditivo de lo que esta leyendo o diciendo el modelo. Por otra parte, el tartamudo al imitar parece olvidar de sus dificultades y deja de cometer errores.

### **5.3.4- Técnicas de encubrimiento o enmascaramiento**

Se somete a la persona a un ruido blanco (ruido con una amplia gama de tonos) mediante unos auriculares al tiempo que lee o habla, por lo que no puede oírse a si mismo (Yates, 1970 y 1975). Cuando no podemos escucharnos modificamos nuestro patrón de habla relentizándolo y se produce una reducción de sus errores.

### **5.3.5- El habla rítmica, silabeo o metrónomo**

Se pretende enseñar a hablar a la persona con un ritmo determinado, generalmente más lento que el habitual, que se le va marcando. La introducción de un ritmo en el habla reduce en gran medida las dificultades, ese ritmo se puede producir mediante un metrónomo, balanceo rítmico de los brazos, palmadas.... . El ritmo permite la distracción, y deja de atender a su propio tartamudeo.

El metrónomo es un buen método para conseguir cambiar el patrón de habla tartamuda. Permite dotar al disfémico de un ritmo al hablar, haciendo coincidir sus sílabas, palabras o frases con el golpeteo regular de un aparato (Brandy, 1971). El uso del metrónomo va siendo reemplazado por un metrónomo "imaginario", marcando el ritmo con el dedo, con el pie, y finalmente interiorizando la acción rítmica estructurada sin que sea perceptible para los demás.

### **5.3.6- Retroalimentación Auditiva Demorada o Habla Retardada**

Consiste en presentar por medio de unos auriculares el discurso que el niño/a acaba de decir, escuchando de esta manera su propia voz unos segundos después.

### **5.3.7- Desensibilización sistemática**

Consiste en descubrir a la persona tartamuda durante las sesiones, las situaciones que le producen mayor ansiedad y por lo tanto mayor número de disfluencias, simulando y analizando cada situación.

### **5.3.8- Entrenamiento en habilidades sociales**

Supone el entrenamiento en técnicas de relación social y asertividad que le van a servir como recurso específicos para desenvolverse en aquellas situaciones que más tensión le provocan.

### **5.3.9- Técnica de relajación**

Se utiliza el método autógeno de Schulz y la relajación muscular progresiva de Jakobson, poniendo especial atención en la respiración tranquila y profunda que el paciente aprenderá a manejar con facilidad a la hora de hablar, con ello pretendemos conseguir que el paciente:

- Obtenga una expresión tranquila y relajada durante toda el tiempo.
- Modificar los ocasionales estados de tensión por una relajación mediante una inspiración profunda seguida de una espiración prolongada que produzca un efecto fisiológico de relajación.

### **5.4.- Métodos para el tratamiento de la disfemia**

Entre los diferentes especialistas, investigadores y autores existen dos escuelas: 1ª, los partidarios del aprendizaje analítico del proceso de hablar, y 2ª, los partidarios de distraer la atención del enfermo sobre su manera de hablar y disminuir la logofobia. Distinguiremos, pues unos métodos reflexivos y unos métodos diversivos.

#### **5.4.1- Métodos reflexivos**

En estos métodos se hacen seguir ejercicios sistemáticos de todos los movimientos articulatorios, primero de una manera aislada y luego asociados del acto fonatorio;

suprimir todos los movimientos patológicos; aprender una correcta coordinación muscular y llegar a la automatización del habla.

#### **5.4.1.1. Método de Gutzmann**

Está basado en el ejercicio consciente de todos los movimientos asociados y patológicos. Es necesario que los movimientos fonadores se hagan absolutamente automáticos.

Los ejercicios hacen referencia a la respiración, fonación y articulación. Se combinan los ejercicios respiratorios con los de la fonación pasando del soplo a la voz.

Los ejercicios de articulación se practican primero sin voz y luego con voz sonora, empezando por sílabas para llegar a las palabras. Hay que elegir adecuadamente los ejercicios para acrecentar la confianza del paciente en si mismo, demostrándole que es capaz de pronunciar sin ninguna dificultad los sonidos más difíciles.

Por último, a los ejercicios de palabras, frases, párrafos cortos y finalmente narraciones.

#### **5.4.1.2. Método de Froeschels**

Se basa sobre bases psicológicas y fisiológicas. Explica al disfémico la fisiología del lenguaje; indica que está producido por la voz y que la voz modificada constituye la palabra. Los ejercicios consisten en pronunciar tantas sílabas como sea posible sin interrupción en una sola espiración.

#### **5.4.1.3. Método de Boberg**

El método se divide en siete fases:

1. Motivación hacia situaciones de lenguaje conversacional con otros disfémicos.
2. Está destinada a el disfémico descubra por sí mismo y describa la conducta que él trata de cambiar. Identificándola, se implica activamente en el tratamiento.
3. En ella se explica al paciente cómo se produce el habla y cómo puede ser perturbada. Cuando el paciente puede articular las vocales correctamente en un 80%, se empieza a combinarlas con consonantes y luego palabras de una y dos sílabas. Se insiste en el inicio de la fonación relajada y en que se ha de parar cuando se nota el primer signo de tensión o esfuerzo. La velocidad de articulación debe ser de 30 sílabas por minutos. En algún caso se ayuda con el habla retardada o con movimiento rítmicos corporales.
4. Se titula de prolongación. El objetivo es que el disfémico hable de una manera prolongada entre 60 y 20 sílabas por minutos. Se insiste en el habla relajada
5. Se aumenta la velocidad de articulación a 150 sílabas por minutos. Si el sujeto recae, se vuelve a reducir la velocidad.
6. Aprendizaje del habla con ritmo normal.
7. Generalización del habla en los diferentes contextos.

#### **5.4.1.4. Método de Borel-Maisonny**

El método de Borel se basa:

1. Emisión de sílabas sin sentido, con velocidad se 80 a 200 del metrónomo. En estos casos se empieza pro recurrir a sonidos no fonéticos hasta conseguir un sonido no tartamudeado.
2. Introducción de palabras entre las sílabas sin sentidos.

3. Control de la velocidad de articulación. El sujeto lee un texto sin preocuparse del sentido ni de la puntuación y lo va emitiendo como una sola palabra, fonéticamente bien ligada, hasta agotar el aire espirado.
4. Introducción de pausas arbitrarias. Hay que habituar al sujeto a introducir pausas en medio de las palabras. Así , durante el ejercicio se da un golpe y el sujeto debe pararse, aun medio de una palabra. Otro golpe ordena al sujeto seguir su lectura en el sitio donde la había dejado.
5. Introducción de pausas correctas. El sujeto puede reemprender la lectura de un texto en voz monótona, con un ritmo igual, pero introduciendo las pausas en los sitios exigidos. Si se manifiesta alguna vacilación en el ataque que sigue a un silencio, se vuelve al ejercicio anterior.
6. Integración de la melodía. Acento de tono añadido al ritmo.
7. Adquisición de ritmos normales de la palabra.
8. Ejercicios de concentración de pensamiento. Este ejercicio se presenta con modalidades diferentes según la edad y la cultura del sujeto. Se ofrece al sujeto un tema de pensamiento, de preferencia con sus gustos. El sujeto se concentra sobre el tema expuesto. No debe hacerlo de una manera intelectual, sino visual y auditiva. Cuando el sujeto nos comunica que ha terminado, le pedimos que nos diga el orden que se presentaba las palabras y las frases que estas imágenes mentales le sugiere.
9. Ejercicio de atención a las imágenes mentales. El sujeto cierra los ojos y no debe hacer ningún esfuerzo intelectual de construcción lingüística. Cuando tenga una imagen visual o auditiva, lo debe de manifestar con un movimiento de la mano. En seguida se le ruega traducir en palabras estas imágenes de la manera más sencilla y espontánea.

#### **5.4.1.5. Método de Ryan**

Este autor propone el método gradual en longitud y complejidad de la pronunciación. Primero presenta una lista de palabras usuales monosílabas y luego listas de palabras más largas, hasta terminar progresivamente en frases más largas y más elaboradas.

#### **5.4.1.6. Método de Sheehan**

El autor propone cuatro etapas. La primera etapa intenta la propia aceptación del defecto. Recomienda el contacto visual antes de empezar a hablar.

La segunda etapa es simplemente de monitorización. Tomar conciencia de los que hace y en el momento en que lo hace.

La tercera etapa es buscar las situaciones en las que el sujeto es propenso a tartamudear, con ello, se pretende de analizar lo que sucede y cómo lograr modificarlo.

La cuarta etapa es aceptación de su posible habla disfémica.

#### **5.4.1.7. Método de Seeman**

Este método comprende tratamiento psicoterápica y pedagógica, y un tratamiento farmacológico.

#### **5.4.1.8. Método de Stein**

El autor llama a este método el tratamiento bio-psicológico-recreativa. El paciente debe imaginarse que se ha vuelto niño y que empieza a balbucear repitiendo las sílabas, articulación, etc.

## **5.4.2- Métodos Diversivos**

En estos métodos lo que se pretende conseguir es que la atención del enfermo, cuando habla, debe desviarse del simple acto mecánico y dirigirse a la actividad intelectual, evitando el miedo a hablar (logofobia).

### **5.4.2.1. Método de Liebmann**

Rechaza los ejercicios sistemáticos y empieza inmediatamente con frases cortas y lectura. Todo ello practicado lentamente con las vocales prolongadas. El logopeda habla y lee simultáneamente con el disfémico, más tarde su voz se hace cada vez más débil, hasta que el paciente continúa hablando solo. Prohíbe toda autoobservación sobre el mecanismo fonador y la preocupación de los sonidos difíciles; impide hablar demasiado rápido y movimientos auxiliares superfluos.

### **5.4.2.2. Método de Hilarante**

Bloch (1957) observa que cuando se ríe, el diafragma presenta movimientos rítmicos, el sistema nervioso se relaja, se modifica la actitud mental y se liberan las contracciones.

El procedimiento es el siguiente:

1. Se inicia con ejercicios de relajación seguidos de ejercicios respiratorios y finalmente espiración sonora.
2. Posteriormente, ejercicios de risa con la boca cerrada.
3. Reír al compás del metrónomo a distintas velocidades de éste y distintas intensidades de la voz.
4. Reír al ritmo del metrónomo a distintas velocidades de éste y distintas intensidades de la voz.
5. Risas y frases alternativamente.
6. Finalmente, emisión de frases con la actitud mental de risa.



#### **5.4.2.3. Método monorrítmico**

Este procedimiento consiste en hacer hablar al enfermo y simultáneamente llevar un ritmo regular con la mano. La obligación de hablar con ritmo lento y silabeante posibilita un hablar mejor.

El método puede facilitarse con el uso de un metrónomo y, más recientemente, con aparatos en el conducto auditivo parecidos a un audífono que marcan un ritmo variable a voluntad.

#### **5.4.2.4. Método musical**

Es muy posible que la técnica del canto con la respiración nasal profunda, regularización de los movimientos respiratorios, la unión de las sílabas, la articulación lenta, la fijación de la atención sobre la melodía pueden corregir los síntomas (Rousselot 1856, Viela 1934, Mathur 1945 y Betes 1960 ).

### AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 5.

1. Según Factores Psicológicas la tartamudez puede ser:
  - a. Primario y Orgánico.
  - b. Secundario y Psicológico.
  - c. Primario y Secundario.
  - d. Ninguna de las anteriores es correcta.
  
2. Una persona que manifiesta repeticiones convulsivas de sílabas y/o de elementos fónicos mínimo, producidos antes de que se inicie o continúe la emisión de una frase, presenta una disfonía.
  - a. Tónica.
  - b. Clónica.
  - c. Mixta.
  - d. Ninguna de las anteriores es correcta.
  
3. En el diagnóstico de la disfemia se realizarán principalmente pruebas de:
  - a. Lenguaje Auditivo.
  - b. Lenguaje Escrito.
  - c. Lenguaje Oral.
  - d. A y B son correcta.
  
4. Respecto al habla dentro de la disfemia lo que se pretende es de:
  - a. Reducir la intensidad y frecuencia de errores.
  - b. Aumentar la intensidad y frecuencia de errores.

- c. Mantener la intensidad y frecuencia de errores.
  - d. B y C son correctas.
5. Cuando a un paciente se le enseña a echar el aire antes de iniciar la emisión, estaríamos utilizando la técnica de:
- a. Habla rítmica, silabeo o metrónomo.
  - b. Retroalimentación Auditiva demorada o habla retardada.
  - c. Desensibilización sistemática
  - d. Soplo.
6. En la Técnica de Relajación se utiliza la relajación muscular progresiva de:
- a. Schulz.
  - b. Gutzman.
  - c. Jakobson.
  - d. Schwartz.
7. Cuando a una persona tartamuda se le intenta descubrir durante las sesiones, las situaciones que le producen mayor ansiedad y por lo tanto mayor número de disfluencias, simulando y analizando cada situación, estaríamos utilizando la técnica de:
- a. Técnica de Relajación.
  - b. Técnica de Desensibilización Sistemática.
  - c. Entrenamiento en Habilidades Sociales.
  - d. Técnica de Soplo.

8. De los siguientes métodos. Cual es un método reflexivo.

- a. Método Musical.
- b. Método Monorrítmico.
- c. Método Hilarante.
- d. Método Borel – Maissonny.

9. De los siguientes métodos. Cual es un método diversivo.

- a. Método Seeman.
- b. Método Liebmann.
- c. Método Gutzman.
- d. Método Froeschels.

**CLAVE DE AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD 5.**

1. Opción “c” (Epígrafe 3.1.)
2. Opción “b” (Epígrafe 3.1.)
3. Opción “c” (Epígrafe 4.)
4. Opción “a” (Epígrafe 5.)
5. Opción “d” (Epígrafe 5.3.2.)
6. Opción “c” (Epígrafe 5.3.9.)
7. Opción “b” (Epígrafe 5.3.7)
8. Opción “d” (Epígrafe 5.4.1)
9. Opción “b” (Epígrafe 5.4.2)

## **ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE LA UNIDAD 5.**

1. Clasificación de la disfemia. (Epígrafe 3.1.)
2. Desarrolla las pautas de conductas para el disfémico. (Epígrafe 5.1.)
3. Técnicas Auxiliares y Procedimientos Terapéuticos para la reducción de la tartamudez. (Epígrafe 5.3.)
4. Métodos Reflexivos. (Epígrafe 5.4.1.)
5. Métodos Diversivos (Epígrafe 5.4.2.)

## REFERENCIAS DE INFORMACIÓN DE LA UNIDAD 5

### BIBLIOGRAFÍA

AJURIAGUERRA, J (1980). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona. Toray Masson.

COUNTURE, E. G (1 987). *Tratamiento de la disfemia en el niño*. Salamanca .Amarú.

CRISTAL, D. (1983). *Patología del lenguaje*. Madrid. Cátedra.

DINVILLE, C (1982). *La tartamudez. Sintomatología y tratamiento*. Barcelona. Masson.

DINVILLE, C. Y GACHES (1989). La disfemia. Barcelona. Masson.

GALLARDO RUIZ Y GALLEGO ORTEGA. (1985). *Manual de logopedia escolar*. Málaga. Aljibe.

MONGE DIEZ. (2000). *Disfemias en la prácticas clínica*. Barcelona. Isep Intervención.

PAYUELO, M Y OTROS. (1997). *Casos clínicos de logopedia*. Barcelona. Masson.

PERELLÓ, J. (1990). *Trastorno del habla*. Barcelona. Masson.

PEÑA CASANOVA, J. (1988). *Manual de logopedia*. Barcelona. Masson.

SANTACREU, J. Y FERNÁNDEZ-ZUÑIGA, A. (1991). *Tratamiento de la tartamudez*. Valencia. Promolibro.

SANTACREU, J. Y FORJAN. (1997). *La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil*. Madrid. Pirámide.

SANTECREU, J. (1985). *Tratamiento conductual de la tartamudez*. Valencia. Promolibro.

#### **DIRECCIONES DE INTERNET SOBRE LA TARTAMUDEZ**

- [http:// www.saludline.com.ar/articulos/ver\\_articulo.as](http://www.saludline.com.ar/articulos/ver_articulo.as)
- [http:// www.psicología-online.com/formación/online/clinica/tartamudez](http://www.psicología-online.com/formación/online/clinica/tartamudez)
- [http:// www.psicologiainfantil.com/traslengu.htm](http://www.psicologiainfantil.com/traslengu.htm)
- [http:// www.logopedia.net](http://www.logopedia.net)
- [http:// www.aidex.es/lenguaje/index.html](http://www.aidex.es/lenguaje/index.html)
- [http:// www.tach.ula.ve/online/tartamudez/tratamiento.htm](http://www.tach.ula.ve/online/tartamudez/tratamiento.htm)
- [http:// www.espaciologopedico.com/](http://www.espaciologopedico.com/)



## **GLOSARIO DE TÉRMINOS DE LA UNIDAD 5.**

**Perífrasis:** El decir con varias palabras lo que podría decirse con una sola o de forma más sencilla.

**Logofobia:** Miedo a hablar.

**Taquilalia:** Rapidez y volubilidad del Lenguaje.

## REFERENCIAS DE INFORMACIÓN DEL MÓDULO

- ABELLÓ, P. y PIQUER, M. (1994). *Manual de Otorrino-laringología*. Barcelona. Publicaciones Universidad de Barcelona.
- AGUADO ALONSO, G. (1989). *El desarrollo de la morfosintaxis en el niño. (TSA)*. Madrid. CEPE.
- AGUINAGA, G. Y col *Prueba del lenguaje oral de Navarra. Orientación educativa*. Departamento de Educación y Cultura. Pamplona. Gobierno de Navarra.
- AJURIAGUERRA, J (1980). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona. Toray Masson.
- ALIÓ, M. (1984). *Reflexiones sobre la voz*. Barcelona. Clivis publicaciones.
- ARIAS, C. (1993). *Parálisis laríngeas. Diagnóstico y tratamiento foniátrico de las parálisis cordales unilaterales en abducción*. Barcelona. Masson.
- BOEHM, A.E. (1970). *Test Boehm de conceptos básicos*. Madrid. Tea.
- BOONE, D. (1983). *La voz y el tratamiento de sus alteraciones*. Buenos Aires. Editorial Panamericana.
- BOREL- MAISONNY, S. (1973). *Laangage oral et écrit- II*. Neuchatel. Delachaux et Niestlé.
- BOSCH, L. (1983) "Identificación de procesos fonológicos de simplificación en el habla infantil". *Revista logopedia y fonoaudiología*. Volumen III. (96- 102).
- BOSCH, L. (1984) "El desarrollo fonológico infantil: una prueba para su evaluación" en SINGUAN: "Estudios sobre psicología infantil". Ed: Pirámide.

BOSCH, L. "Trastornos fonológicos" (1987). Revista de logopedia y fonoaudiología.  
Vol. VII, nº 4 (195- 200)

BOSCH, L. Y HERRERO, V. (1988) "Discriminación auditiva y análisis de los  
componentes fónicos de las palabras". Vol. III (134- 139).

BRENNAN, R. (1992). *La técnica Alexander. Posturas naturales para la salud.*  
Barcelona. Plural.

BRUNO, C y SÁNCHEZ, M (1990): Disglosias. En Peña Casanova,J.(Ed): Manual de  
Logopedia. Barcelona:Masson.

BUSTOS, I. (1991). (4ª ed) *Reeducación de los problemas de la voz*. Madrid.  
CEPE.BUSTOS, I. (1995). Tratamiento de los problemas de la voz. Nuevos  
enfoques. Madrid. CEPE.

BUSTO, C.: *Manual de logopedia escolar*. Ed. CEPE. Madrid 1995.

COOPER, M. (1979). *Modernas técnicas de rehabilitación vocal*. Buenos Aires.  
Panamericana.

CORNUT, G. (1985). *La voz*. México. Fondo de cultura económica.

COUNTURE, E. G (1987). *Tratamiento de la disfemia en el niño*. Salamanca .Amarú.

CRISTAL, D. (1983). *Patología del lenguaje*. Madrid. Cátedra.

CRISTAL,D (1983): *Patologías del lenguaje*. Ed Médica-Técnica.

DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO DE EDUCACIÓN ESPECIAL. (1985). Madrid.  
Diagonal/Santillana.

DUNN, L.M. (1986). *Test de vocabulario en imágenes Peabody*. Madrid. Mepsa.

DINVILLE, C. (1978). *Trastornos de la voz y su reeducación*. Barcelona. Masson.

DINVILLE, C (1982). *La tartamudez. Sintomatología y tratamiento*. Barcelona. Masson.

DINVILLE, C. Y GACHES (1989). *La disfemia*. Barcelona. Masson.

ECHEVARRÍA, S. (1994). *La voz infantil*. Educación y reeducación. Madrid. CEPE.

ESCUADERO, M.P. (1982). *Educación de la voz*. Madrid. Real Musical.

GALLARDO RUIZ Y GALLEGO ORTEGA. (1985). *Manual de logopedia escolar*. Málaga. Aljibe.

GALLARDO RUIZ; GALLEGO ORTEGA: *Manual de logopedia escolar*. Ed Aljibe. Malaga, 1995.

GARCÍA- TAPIA, R. y Cobeta, I. (1996). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz*. Madrid. Garsí SEORL.

GONZÁLEZ, J. (1973). *Fonación y alteraciones de la laringe*. Buenos Aires. Panamericana.

INGRAM, D. (1983) "*Trastornos fonológicos en el niño*" Madrid. Ed. Médico y Técnica.

JIMENEZ, J.M. (1988) "*Implicación de la memoria en la génesis de la dislalia funcional*". Revista de logopedia y fonoaudiología. Vol.VII, nº3 (173- 182)

LAUNAY y BOREL- MAISSONY. (1977). *Los trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño* Barcelona. Toray-Masson.

LE HUCHE, F. y ALLALI, A. *La voz* (1993- 1994). Masson . Barcelona.

- Tomo I: Anatomía y Fisiología de los órganos de la voz y del habla.

- Tomo II: Patología vocal. Semiología y disfonías disfuncionales.
- Tomo III: Terapéutica de los trastornos vocales.

LODES, H. (1990). *Aprende a respirar*. Barcelona. Integral.

MARTÍNEZ CELDRÁN, E. (1996). *El sonido en la comunicación humana*. Madrid. Octaedro.

MC. CALLION, M. (1998). *El libro de la voz*. Barcelona. Urano.

MELGAR DE GONZALEZ, M. (1976) “*Como detectar al niño con problemas de habla*”. México. Ed. Trillas.

MENA, A. de (1994). *Educación de la voz: principios fundamentales de ortofonía*. Málaga. Aljibe.

MENALDI, J. (1992). *La voz normal*. Buenos Aires. Panamericana.

MENDOZA, E. (1992). *Terapia vocal. Revisión. Revista de logopedia, Foniatría y Audiología*. Vol. X, nº 2.

MONFORT, M. (1982). *Los trastornos de la comunicación en el niño*. Madrid. CEPE.

MONFORT, M. y col. (1986). *La Intervención logopédica. II Simposio de logopedia*. Madrid. CEPE.

MONFORT, M y col. (1988). *La intervención logopédica. III Simposio de logopedia*. Madrid. CEPE.

MONFORT, M. y JUAREZ, A. (1989) “*Registro fonológico inducido*”. Madrid. Ed. CEPE.

MONFORT, M. y JUAREZ, A. (1989) "*Estimulación del lenguaje oral*". Madrid. Ed. Santillana.

MONFORT, M: *La intervención logopédica*. Ed CEPE. Madrid, 1998.

MONGE DIEZ. (2000). *Disfemias en la prácticas clínica*. Barcelona. Isep Intervención.

MORRINSON, M y RAMMAGE, L. (1996). *Tratamiento de los trastornos e la voz*. Barcelona. Masson.

MURA, S. (1987) "*La dinámica articulatoria*". Buenos Aires. Ed. Puma

PASCUAL, P. (1978) "*La dislalia: naturaleza, diagnóstico y rehabilitación*". Madrid. Ed. CEPE.

PAYUELO, M Y OTROS. (1997). *Casos clínicos de logopedia*. Barcelona. Masson.

PEÑA CASANOVA, J. (1988). *Manual de logopedia*. Barcelona. Masson.

PERELLÓ, J. y SALVA, J.M. (1980). *Alteraciones de la voz*. Madrid. Científico Médica.

PERELLÓ, J. y MAS DALMAU, J. (1980). *Exploración Audiofoniátrica*. Madrid. Científico Médica.

PERELLÓ, J., CABALLÉ, M. y GUITART, E. (1982). *Canto- Dicción*. Madrid. Científico Médica.

PERELLO, J. (1990) "*Transtornos del habla*". Barcelona. Masson.

PRATTER, R.J. y SWIFT, R.W. (1998). *Manual de Terapéutica de la Voz*. Barcelona. Salvat

QUIÑONES, C. (1997). *El cuidado de la voz*. Madrid. Escuela española.

SANTECREU, J. (1985). *Tratamiento conductual de la tartamudez*. Valencia. Promolibro.

SANTACREU, J. Y FERNÁNDEZ-ZUÑIGA, A. (1991). *Tratamiento de la tartamudez*. Valencia. Promolibro.

SANTACREU, J. Y FORJAN. (1997). *La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil*. Madrid. Pirámide.

SCHIEFELBUSH, R.L. (1986). *Bases de la intervención en el lenguaje*. Alambra. Universidad.

SEGRE, R. y NAIDICH, S. (1981). *Principios de Foniatría. Para alumnos y profesionales de canto y dicción*. Buenos Aires. Panamericana.

TERMAN, L.M. y MERRIL, M.A. (1989). *Medida de la inteligencia*. Madrid. Espasa Calpe.

VALLES ARANDIGA, A. (1990) " *Evaluación de la dislalia*". Madrid. ED. CEPE.

VILA, J.M. (1998). *Elementos para una psicopedagogía de la rehabilitación vocal*. En ISEP. III Jornadas Internacionales de Logopedia. Intervención en patologías del lenguaje y del habla. Barcelona.

VILLIERS, P.A. y VILLIERS, J.B. (1980) " *Primer lenguaje*". Madrid. Ed. Mora

WECHSLER, D. (1974). *Escala de inteligencia Wechsler para niños*. (Wisc). Madrid. Tea.

## ANEXO

### EJERCICIOS PRÁCTICOS PARA LLEVAR A CABO EN LA INTERVENCIÓN LOGOPEDIA DE ALTERACIONES DE LA ARTICULACIÓN

#### A. *INTERVENCIÓN INDIRECTA*

##### 1. Ejercicios respiratorios

Es fundamental, para la realización de cualquier tipo de ejercicio respiratorio, partir de una situación o postura de relajación, ya que la tensión muscular dificultará todo el proceso bloqueándolo e impidiendo conseguir una mayor capacidad respiratoria.

1. La toma de conciencia, por parte del niño, de su propia respiración. Ésta es un acto inconsciente y automático y lo primero que necesitamos conseguir, es hacer que se convierta en algo consciente y vivenciado. Llegar a sentir cómo su cuerpo respira, cómo, de forma rítmica, el aire entra y sale en él.
2. Inspiración nasal lenta y profunda, retención del aire y espiración prolongada del mismo modo.
3. Inspiración lenta y profunda por el conducto nasal derecho obstruyendo con el dedo el izquierdo, y después de una breve retención del aire, expulsión del mismo por el conducto izquierdo, taponando entonces el orificio derecho, después en el sentido inverso.
4. Inspiración nasal lenta y profunda, retención del aire y, manteniendo la boca entreabierta, expulsión bucal del aire de forma suave y cálida percibida sobre la mano.
5. Inspiración nasal lenta y profunda, retención del aire y espiración soplante abucinando los labios y percibiendo en el dorso de la mano cómo el aire sale con fuerza y es fresco, prolongando lo más posible la espiración.



6. Los ejercicios respiratorios de uno u otro tipo como los visto hasta aquí, se trabajarán inicialmente de forma lenta, prolongando lo más posible tanto la inspiración como la espiración, para favorecer la distensión y aumentar la capacidad respiratoria.
7. Inspiración nasal rápida, retención del aire y espiración lenta y prolongada, tanto nasal como de cualquiera de las forma bucales.
8. Inspiración nasal rápida, retención del aire algo más prolongado que en los otros ejercicios y espiración también rápida y explosión por nariz o boca, de cualquiera de las forma propuestas.
9. Inspiración nasal lenta y profunda, retención del aire seguida de espiración silbante, entrecortada en dos o tres tiempo, hasta expulsar la mayor cantidad de aire pero sin volver a inspirar entre ellos.
10. Inspiración nasal profunda y prolongada unida a elevación de brazos, paro respiratorio y espiración soplante o silbante con descenso de brazos a la posición inicial.
11. Con las manos en la cintura, se elevará el niño sobre las puntas de los pies en la inspiración y volverá a la posición inicial en la espiración.

### **1.1. Ejercicios de soplo**

Con estos ejercicios, además de actuar sobre la función respiratoria y la mejora de su capacidad, también se trabaja el control en la direccionalidad del soplo, y la modulación del mismo, que tiene relación con la emisión del aire fonador.

1. En primer lugar, si el niño tiene dificultad para emitir el soplo porque no sabe abucinar los labios, se le facilitará haciéndole soplar por una paja. Cuando está soplando se le retira la paja, pidiéndole que continúe soplando igual.
2. Inflar las mejillas y soplar directamente.
3. Para que el niño controle las distintas intensidades del soplo es necesario que antes las discrimine al tacto. El reeducador soplará sobre la mano del niño con intensidad fuerte o floja, para que él perciba las diferencias y a continuación pueda repetirlo.

4. Otro ejercicio es pedir al niño que sople su flequillo o su nariz.
5. se suspende frente a la boca del niño una tira de papel pidiendo que sople a la parte baja de la misma para moverla y levantarla. Se puede ir contando, mientras la tira está en movimiento para controlar cómo se va prolongando la emisión del soplo. También se puede ir distanciando de la boca la tira de papel de forma progresiva, para estimular y aumentar la fuerza de soplo.
6. Con la misma tira de papel , sostenerla sobre un espejo y pedir al niño que sople al centro de la misma, para que sólo con la fuerza del soplo quede adherida al mismo.
7. Se esparcirán trocitos de papel o pequeñas bolitas del mismo material sobre una mesa en un radio pequeño para que el niño las haga volar de un soplo, poniendo su boca al ras de la mesa.
8. También se puede presentar una bandeja con confetis para que el niño, de un soplo, haga volar los más posibles.
9. Se colocará un barquito de papel sobre un recipiente con agua para que el niño lo haga avanzar con el soplo.
10. Hacer burbujas en el agua de un vaso donde esté sumergida una paja por la que se sopla.
11. Hacer girar molinillos, de forma cada vez más rápida, por medio del soplo.
12. Soplar con un matasuegras para mantenerlo extendido al máximo el mayor tiempo posible.
13. Como el ejercicio anterior soplará con el matasuegras, pero ahora se le pedirá que lo extienda sólo hasta la mitad, para controlar la modulación de la expulsión del aire.
14. Situar frente a la boca del niño una vela encendida para que la apague con un soplo a distintas distancias.
15. Se puede realizar el ejercicio anterior pero apagando a la vez dos o tres velas, situadas en fila sobre una tabla.
16. Hacer soplar al niño una vela situada frente a su boca, pero diciéndole que no la puede apagar, sino solamente hacer que oscile la llama.
17. Superando el ejercicio anterior, se irá distanciando y acercando la vela, siempre con la advertencia de que no puede ser apagada.
18. Inflar globos de distintos tamaños.

19. Utilización de diversos instrumentos musicales de vientos.

## **2. Ejercicios de relajación**

Los ejercicios de relajación son los que van dirigidos a la distensión total del cuerpo, ayudando también a superar la hiperactividad y las tensiones emocionales que pueda tener el sujeto.

1. Estirarse, poniéndose de puntillas y levantando los brazos como si quisiera llegar al techo, manteniendo todo el cuerpo en tensión, para dejarse caer después con el tronco doblado hacia delante.
2. Jugar a representar muñecos de madera, que están duros y tiesos y muñecos de trapo que se quedan blandos.
3. Jugar a convertirse en un muñeco de pilas que al quitarle éstas se queda inmóvil y en total pasividad.
4. Unir la respiración a la relajación haciendo una inspiración profunda unida a un movimiento de desperezarse estirando los brazos, que implica una tensión muscular general, seguido de una explosión suspirosa en la espiración, con una caída del tronco y los brazos quedando aquel doblado hacia delante y los brazos pendiendo de forma flácida.
5. Tumbado el niño en la colchoneta, ir nombrándole las distintas partes del cuerpo.
6. También en esta posición y con los ojos cerrados, pedir que visualice su propia imagen.
7. Tumbado en la colchoneta con los ojos cerrados, propiciar la distensión con la idea de la ligereza de su cuerpo: “Eres un muñeco de papel que no pesa nada y como no tienes peso vuelas, vuelas, vas montado sobre una nube”.

## **3. Ejercicios de Discriminación Auditiva.**

Una adecuada percepción y discriminación auditiva tiene una gran importancia para lograr una correcta articulación del lenguaje. Cuando aparece fallo en este aspecto en la

valoración inicial, es necesario, trabajar con el niño para ayudarle a fijar las imágenes acústicas y conseguir así una perfecta comprensión auditiva que permitirá una expresión articulatoria adecuada.

### **3.1 Ejercicios reconocimiento de sonidos ambientales**

1. Inicialmente ejercicios de silencio y escucha con los ojos cerrados para facilitarle la concentración en la atención auditiva y la diferenciación de sonido-silencio. El tiempo que mantenemos la escucha, ha de ser corto.
2. En ejercicios sucesivos y manteniéndose el niño de espaldas, se producirán todo tipo de sonidos ocasionalmente que puedan ser efectuados en la sala. Estas acciones pueden ser: Tocar palmas, tocar pitos, patear, toser, carraspear, sonar la nariz, botar una pelota, romper papeles, echar agua a un vaso, dar vueltas con una cucharilla en el vaso, bostezar, silbar etc. .
3. Localización del punto de producción de un sonido en su entorno: delante, detrás, derecha o izquierda, con los ojos cerrados.
4. Existen una serie de sonidos ambientales que el niño debe reconocer, para la identificación de los mismos se debe utilizar grabaciones. Estas grabaciones estarán recogidos sonidos ambientales, como los producidos por el tren, el coche, la moto, etc.; los fenómenos de la naturaleza, los emitidos por los distintos animales etc.
5. También se puede proponer dos sonidos superpuestos para la identificación de ambos.

### **3.2. Ejercicios de discriminación de articulaciones**

El trabajo para el reconocimiento auditivo de la articulación se llevará a cabo siempre con aquellos fonemas que sabe realizar, **no** con los que presentan dislalias. El niño tiene que aprender primero a pronunciar correctamente cada sonido y una vez que esto se consigue se pasará al reconocimiento o discriminación auditiva del mismo.

Con cada dislalia corregida, hay que trabajar la identificación del nuevo sonido adquirido, para que sea reconocido dentro de la palabra.

1. Inicialmente viendo el niño la boca del reeducador y el punto de articulación, se propondrán, un par de articulaciones, en forma de sílaba directa con la misma vocal, pero sin formar con ellas una palabra, utilizando sonidos muy distintos por el modo y punto de articulación, para que sean fácilmente diferenciados.
2. En ejercicios sucesivos poner una hoja de papel ante la boca del reeducador, para quitar el apoyo visual y conseguir el reconocimiento de los sonidos sólo por la audición.
3. Poco a poco, se van introduciendo dificultades en los ejercicios de reconocimiento y repetición de articulaciones. Variables como:
  - Utilización de distintas vocales en los grupos silábicos propuestos.
  - Mezclar sílabas directas e inversas para su repetición.
  - Introducir sílabas cerradas (pas) o de consonante doble (pla), siempre que el niño sepa pronunciarlas.
  - Proponer grupos de tres sílabas que no formen palabras para su memorización y repetición.
  - Dar grupos de articulaciones cada vez más semejantes por el modo y punto de articulación, que exijan una mayor agudeza perceptiva-auditiva para su identificación
  - Llegar a los pares de sonidos que sólo presenten la diferencia de sorda-sonora, que son las más semejantes, como pe-be, te-de y que-gue.

### **3.3. Ejercicios de discriminación de palabras**

1. Proponer al niño pares de palabras cortas que ofrecen semejanza al oído. Al principio el niño verá la boca del reeducador cuando las articula, para comenzar con un apoyo visual. Más adelante se retirará éste, al poner un papel ante la boca del reeducador para que los movimientos de la articulación sean reconocidas sólo

por la audición. Se utilizarán palabras que el niño sabe pronunciar. Los pares de palabras propuestos pueden ser los siguientes:

**P – B**

poca – boca  
 pino – vino  
 pesa – besa

**P – F**

pino – fino  
 puente – fuente  
 presa – fresa

**P – M**

pozo – mozo  
 pala – mala  
 pato – mato

**P – T**

pinta – tinta  
 mapa – mata  
 poca – toca

**P – K**

peso – queso  
 pasa – casa  
 puente – cuenta

**B – M**

besa – mesa  
 bar – mar  
 vuela – muela

**B – F**

boca – foca  
 boto – foto  
 borro – forro

**B – D**

bate – date  
 bota – dota  
 calvo – caldo

**B – G**

bata – gata  
 robar – rogar  
 bota – gota

**T – D**

seta – seda  
 soltado – soldado  
 mota – moda

**T – K**

torre – corre  
 tarro – carro  
 taza – caza

**T – Z**

moto – mozo  
 enterrar – encerrar  
 mato – mazo

**D – Z**

deja – ceja  
 cada – caza  
 moda – moza

**D – G**

doce – goce  
 lado – lago  
 mida – miga

**D – L**

cada – cala  
 moda – mola  
 dado – lado

**K – G**

coma – goma  
 casa – gasa

**K – J**

carro – jarro  
 paca – paja

**G – J**

gota – jota  
 digo – dijo

**F – Z**

forro – zorro

café – cacé

**F – S**

fiesta – siesta

feria – seria

**F – J**

fuego – juego

fondo – jondo

**F – K**

faja – caja

filo – kilo

**Z – S**

cocer – coser

caza – casa

**Z – J**

mozo – mojo

cocer - coger

**S – J**

coser –coger

oso – ojo

**S- CH**

peso – pecho

oso – ocho

**Y – CH**

raya – racha

mayo – macho

**Y – Ñ**

mayo – maño

huya – uña

**CH – P**

choza – poza

chino – pino

**CH –T**

chapa – tapa

pincho – pinto

**CH – K**

pecho – peco

tacho – taco

**CH –Ñ**

lecho – leño

pichón – piñón

**M – N**

muevo – nuevo

rama – rana

**M –Ñ**

amo – año

dama – dañá

**N – Ñ**

sonar – soñar

mono – moño

**L – LL**

loro – lloro

velo – vello

**LL – R**

milla – mira

calla – cara

**LL – RR**

valla – barra

llana – rana

**LL – Ñ**

pilla – piña

callada – cañada

**R – RR**

coral – corral

pera – perra

carreta – carreta

**R – D**

cara – cada

miro – mido

parecer – padecer

**R – L**

pero – pelo

para – pala

cara – cala

<p><b>Pra – Par</b> prado – pardo</p>	<p><b>Bra – Bar</b> brasa – barsa</p>	<p><b>Cla – Cal</b> clavo – calvo</p>
<p><b>Tro – Tor</b> trono – torno</p>	<p><b>Gra – Gar</b> gravo – garvo</p>	<p><b>Blo – Bol</b> bloque – volqué</p>
<p><b>Flo – Fro</b> flota – frota</p>	<p><b>Pli – Pri</b> plisa – prisa</p>	<p><b>Ble – Bre</b> hable – abre</p>

2. Proponer al niño, para su repetición, palabras fáciles de pronunciar pero que no pertenezcan a su vocabulario habitual.
3. pedir al niño la repetición de una frase corta que se le diga.

#### **4.- Ritmo**

En lo referente al lenguaje, por una parte, el ritmo es una cualidad propia del mismo, ya que la expresión hablada ha de tener un componente rítmico y por otra parte, a la hora de trabajar la interiorización y automatización de la correcta articulación adquirida, el ritmo será un apoyo valioso para conseguirlo. Por todo ello interesa desarrollar la expresión rítmica en el niño.

##### **A) Adquisición de la noción de ritmo:**

1. Escuchar el ritmo marcado con un tambor o un pandero y seguirlo a la vez golpeando con una mano sobre la mesa, primero mirando la acción del reeducador y luego escuchándola solamente.
2. Repetir el ejercicio a ritmo más rápido y a ritmo más lento.
3. escuchar ritmos distintos para reconocer cuándo es más rápido y cuándo es más lento.
4. golpear el niño el tambor, pidiéndole que lo haga siempre igual y continuación decirle. “siempre igual pero más deprisa”, y luego: “siempre igual pero más despacio”.



5. iniciarle un ritmo con el tambor que el niño seguirá marcando golpeando con la mano. Cesar los golpes de tambor y pedirle que los siga marcando igual, con la mano, para conseguir su interiorización.

**B) Combinación de movimientos con ritmos:**

1. Caminar siguiendo el ritmo que se le marque.
2. Señalar la marcha y el paro con el ritmo.
3. Hacer movimientos de brazos siguiendo el ritmo marcado.
4. Combinar el paro y la marcha, caminando, por ejemplo, mientras se marcan tres tiempos y parando los tres siguientes.
5. Marcar un ritmo para que el niño lo siga con los pies sin moverse del sitio.
6. Botar una pelota en el suelo siguiendo los golpes del tambor.
7. Caminar tres pasos al frente y en el tiempo cuarto dar media vuelta a la derecha; de nuevo tres pasos al frente y en el cuarto media vuelta a la izquierda.

**C) Estructura rítmicas:**

Otra forma de trabajar la expresión rítmica, al mismo tiempo que se ejercita la atención y memoria auditiva, es por medio de las estructuras rítmicas, que el reeducador realiza golpeando sobre la mesa, para que el niño reproduzca después los golpes y las pausas, tal como lo escuchó. Se comenzará por esquemas de ritmo muy simples, en la medida en que éstos van siendo superados, se le irán proponiendo estructuras más complicadas.

También se podrán realizar estos ejercicios mostrando al niño la representación gráfica del esquema que ha de reproducir, con la explicación previa del mismo.

1. Se podrá realizar o presentar gráficamente para su ejecución, la serie progresiva de estructuras rítmicas de Mira Stambak. (\*)

2. También se pueden llevar a cabo esquemas de ritmo en los que intervengan golpes suaves y fuertes, que se pueden representar gráficamente con trazos cortos y largos o con círculos pequeños y grandes.
3. Otra forma gráfica de representación de un esquema rítmico, en cuya realización han de intervenir ambas manos, es mostrarlo codificado, explicando previamente que la cruz ( + ) corresponde al golpe dado con la mano derecha y la línea ( - ) al dado con la izquierda, interviniendo así también la orientación espacial.

### ESTRUCTURA RÍTMICAS (Mira Stambak )(\*)

Pruebas:

1. **000**
2. **00      00**
3. **0      00**
4. **0      0      0**
5. **0000**
6. **0      000**
7. **00      0      0**
8. **00      00      00**
9. **00      000**
10. **0      0      0      0**
11. **0      0000**
12. **00000**
13. **00      0      00**
14. **0000      00**
15. **0      0      0      00**
16. **00      000      0**
17. **0      0000      00**
18. **00      0      0      00**
19. **000      0      00      0**
20. **0      00      000      00**
21. **0      00      00      0      00**

Los niños de 6 años deben superar hasta la prueba 7. A los 8 años llegarán hasta la 13. A los 10 años harán una reproducción exitosa hasta la estructura 16. de 12 años en adelante deberán superar todas las pruebas.

## **Instrucciones**

Para todas las pruebas se coloca al sujeto frente al examinador.

### **1.- Tiempo espontáneo**

El examinador pone un lápiz ante el niño y le dice: “Toma este lápiz con la mano, y golpea con el sobre la mesa como quieras, pero siempre igual, ¿vale?, ¡Vamos!”. (después de 5 ó 6 golpes, poner en marchas el cronómetro y anotar el tiempo que ha tardado en dar 21 golpes. A notar también el mayor número de observaciones: aceleraciones, retardo, irregularidades, golpes entrecortados, demasiado fuertes, apenas perceptibles.).

### **2.- Reproducción de estructuras rítmicas vía auditiva**

Importante: el sujeto no puede ver tu mano, al indicarle la estructura que él tendrá que repetir.

- “Ahora escucha bien cómo golpeo yo. Después golpearás exactamente como yo. ¡Escucha bien, ¿eh? ¡” ( se golpea la 1ª estructura de ensayo ( O O ) ). “ Vamos, golpea igual, ¡ muy bien!”). Ahora golpearemos la 2º estructura ( O O ) . Si ambos tiempos son reproducidos bien por el niño, seguimos. En caso contrario, repetiremos el ensayo.

- “Muy bien. Ahora será un poco más difícil. ¡ escucha bien y haz exactamente como yo!”

(si el niño fracasa, anotamos el número de la estructura; hacemos un segundo ensayo de esa estructura, y si el fracaso se repite, hacemos un círculo alrededor del número. suspendemos después de 4 estructuras fracasadas en ambos ensayos, pero

obligatoriamente hay que llegar hasta la número 12. contamos como fracasos sólo las estructuras malogradas en ambos ensayos).

### **3.- Comprensión del simbolismo de las estructuras rítmicas y su reproducción.**

#### **Comprensión del simbolismo**

- Mostrar al sujeto la hoja de las estructuras. Mostrar la 1º estructura de aprendizaje ( O O ) y preguntar: ¿ Cómo crees tú que hay que golpear esto? ¿ Cuántos golpes?. Suelen contestar 2. Está bien.
- Mostrar la 2º estructura ( O O ). ¿Y esto?. Contestara también 2. Se le dice: ¿Pero son iguales? ¿Hay que golpear igual aquí y allí? ( mostrar las dos). Si el sujeto responde: No, seguimos. Golpea 1º una y después la otra.  
(Anotamos en la hoja si el sujeto ha comprendido el simbolismo. Si no lo comprende, se le explica que O O es "Dos veces rápido" y O O es "Dos veces lento").

#### **Reproducción**

Se dice al sujeto que golpee él mismo las estructuras, mirándolas él. Anotar la calidadde la estructura reproducida.

### **4.- Tiempo espontáneo**

Al final de la prueba rítmica, se hace por 2º vez esta prueba con idénticas instrucciones que al principio.

## **5.- Ejercicios buco-facial.**

### **5.1. Ejercicios de lengua**

La lengua es el órgano más móvil, participando activamente en todas las articulaciones linguales y entrando también en juego en los procesos de succión, deglución y masticación, previos a la aparición del habla y considerados como actividades prefónicos, ya que preparan para la realización posterior de la articulación del lenguaje.

Los ejercicios de lengua podemos dividir en movimientos internos y externos, según se realicen dentro o fuera de la cavidad bucal, existe un paralelismo entre las dos formas de seguir los movimientos, los cuales pueden ser laterales, verticales, semicirculares o circulares, realizados tanto a nivel interno como externo de la boca.

#### **A) Movimientos Externos:**

1. Sacar la lengua lo máximo posible y volverla dentro de la boca, cerrando ésta, en movimientos repetidos al ritmo marcado. Se pedirá al niño que al sacarla moje con la punta la barbilla lo más abajo que pueda, para que así, al esforzarse por conseguirlo, vaya agilizando la lengua.
2. Manteniendo los labios relajados y sin abrir la boca, asomar tan sólo el apéndice en movimientos pequeños y rápidos
3. Sacar la lengua lo máximo posible en posición horizontal, sin tocar los labios ni los dientes y mantenerla así inmóvil unos momentos antes de volverla dentro de la lengua.
4. Manteniendo la boca entreabierta, llevar la punta de la lengua de una comisura labial a la otra de un salto, en un movimiento continuado.
5. Con la boca abierta, realizar movimientos verticales de la lengua, sin sujetarla con los dientes, tocando con el apéndice el labio superior e inferior sucesivamente.
6. Con la boca entreabierta, deslizar la lengua por el labio inferior, de una comisura a otra, chupando y mojando el labio. Después repetir el mismo movimiento sobre el labio superior.

7. Con la boca abierta, realizar movimientos de giro de la lengua sobre los labios, primero en un sentido y luego en el contrario.
8. Con la boca ligeramente abierta, hacer movimientos rápidos y pequeños con la punta de la lengua, haciéndola entrar y salir golpeando ambos lados del labio superior, para facilitar la vibración del ápice.
9. Sujetar la lengua dentro de la boca, estando los labios entreabiertos, y doblarla hacia arriba mantenida por los incisivos superiores y desde esta postura impulsarla con fuerza hacia fuera.

#### **B) Movimientos internos:**

1. Dirigir la lengua a los lados de la boca, apoyando la punta en la cara interna de las mejillas.
2. Si un niño presentara mucha dificultad para los movimientos linguales, se puede estimular éstos poniéndole trocitos de bizcocho entre dientes y labios o bajo la lengua, para que con los movimientos de ésta pueda sacarlo y comerlo. También se podrá trabajar indirectamente la movilidad lingual utilizando caramelos.
3. Con la boca abierta, pasar la punta de la lengua por el borde de los incisivos superiores.
4. Con la boca abierta, realizar movimientos verticales de la lengua, tocando con el ápice la cara interna de los incisivos superiores e inferiores.
5. Situar la punta de la lengua entre los incisivos y el labio superior e inferior sucesivamente.
6. Pasar el ápice de la lengua por la parte interna del labio.
7. Repetir el ejercicio anterior, pero ahora deslizando la punta de la lengua entre los labios y los dientes.
8. Movimientos giratorios de la lengua, con la punta entre los labios y los dientes.
9. Movimientos laterales, pasando el ápice de la lengua por la cara interna de la implantación dentaria superior e inferior.
10. Pasar la punta de la lengua por el centro del paladar de delante hacia atrás y a la inversa, primero con la boca abierta y luego cerrada.
11. Ejercicios de gárgaras, para facilitar la movilidad y el control del postdorso de la lengua y su puesta en contacto con el velo del paladar.

## 5.2. Ejercicios de labios

Los labios, como órganos activos de la articulación, sólo intervienen directamente en los fonemas bilabiales y labiodental, pero dada su participación en la emisión de las vocales, su movilidad y control tiene una gran importancia en la expresión hablada.

Por todo ello, para mejorar la expresión del lenguaje es necesario lograr la agilidad labial, a través de los ejercicios adecuados que faciliten la movilidad, fuerza, tono muscular y destreza que precisan los labios mantener una expresión oral adecuada.

1. Sin abrir la boca, apretar y aflojar éstos de forma sucesiva, para controlar el tono y aumentar la fuerza labial.
2. Separar y juntar los labios ligeramente de forma repetida, con la mayor rapidez posible.
3. Iniciar al niño a la risa, empezando por la sonrisa, para acabar riendo abiertamente.
4. Manteniendo los labios unidos, estirarlos hacia las comisuras, pidiendo que ponga la boca de la risa
5. Encoger los labios y proyectarlos unidos.
6. Unir en continuidad los dos ejercicios anteriores, encogiendo y estirando los labios unidos.
7. Repetir con los labios entreabiertos.
8. Sostener una paja exclusivamente con los labios, de forma que, por la fuerza de éstos, la paja se mantenga totalmente horizontal.
9. Sostener entre la nariz y el labio superior, elevando éste, una paja o un lápiz a modo de bigote.
10. Dejando el labio inferior inmóvil, elevar el superior para enseñar los incisivos superiores.
11. Montar el labio superior sobre el inferior y después montar el inferior sobre el superior.
12. Morder el labio inferior con los incisivos superiores y posteriormente a la inversa.
13. Inflar las mejillas y al apretarlas con las manos hacer explosión con los labios.
14. Inflar alternativamente una y otra mejilla.



15. Hacer sonidos con los labios, como el chasqueo del beso, zumbido, vibración y silbido.
16. Los ejercicios de soplo de todo tipo serán a la vez ejercicios de labios.
17. Ejercicios de vocalización, pasando de un sonido vocálico a otro.

### **5.3. \_Ejercicios de mandíbula**

Participación menos activa que la lengua y los labios en la articulación, pero puede presentar falta de movilidad o exceso de tensión, dificultando la apertura y claridad del habla.

1. Se cierra con fuerza la boca, apretando los dientes, para pasar a continuación a aflojarlos, quedando la boca entreabierta, la mandíbula caída y relajada.
2. Abrir y cerrar la boca a distintos ritmos y con distinto tamaño de abertura.
3. Imitar el movimiento del bostezo.
4. Ejercicios de mascar o realizar movimientos similares.
5. Apretar y aflojar los dientes sucesivamente.
6. Realizar movimientos laterales de la mandíbula.
7. Los ejercicios de vocalización.

## ***B) INTERVENCIÓN DIRECTA***

### **1. Enseñanza de las articulaciones**

Los ejercicios articulatorios serán individuales, sentados el reeducador y el niño ante el espejo, para que pueda observar e imitar los movimientos y posiciones que se requieran para la emisión de cada sonido. El reeducador se puede ayudar en su trabajo de depresores o palillos para facilitar las posiciones deseadas, así como de la percepción táctil, por parte del niño, de las vibraciones en las mejillas, la nariz, los labios o la garganta.

Los ejercicios articuladores nunca se realizarán de forma enérgica ni con movimientos bruscos o exagerados, que pueden dar lugar a una articulación excesivamente marcada y artificial, además de generar tensión en la zona bucal. La articulación debe ser abordada con voz y movimientos suaves.

Estos ejercicios deben ser de corta duración para evitar que el niño se fatigue, realizando pausas intermedias dedicadas a otra actividad, para volver al trabajo de la articulación cuando el niño esté en unas condiciones óptimas para fijar la atención.

### **1.1. Emisión de las vocales**

#### ***Emisión de la vocal /a/***

Para lograr la abertura adecuada de los labios se indicará al niño que debe bajar la mandíbula y abrir la boca en forma de óvalo, imaginando que con los labios está sujetando un huevo, para ayudarle así a mantener la postura labial y mandibular propuesta.

También se puede ayudar a la emisión de la /a/ pidiendo al niño que diga con fuerza y abriendo mucho la boca, el sonido “pa”.

#### ***Emisión de la vocal /o/***

La posición de los labios se puede conseguir haciendo que el niño sujete con ellos una bobina pequeña vacía, pidiéndola que permanezca igual cuando éste se retire, manteniendo así la posición y abertura que deben tener los labios.

#### ***Emisión de la vocal /u/***

Para conseguir la postura labial adecuada se pide al niño que sujete una paja con los labios y que al retirarla deje éstos en la misma posición, logrando así la postura correcta para la emisión de la /u/.

### ***Emisión de la vocal /e/***

Para conseguir la postura adecuada se pide al niño que se muerda un dedo en sentido longitudinal, manteniéndolo así sujeto con los dientes, para lo cual tendrá que estirar los labios hacia las comisuras.

### ***Emisión de la vocales /i/***

Para obtener este sonido podemos pedir al niño que sonrío y así situará los labios en la posición adecuada y a partir de la boca de la risa se podrá obtener fácilmente la emisión de la /i/.

## **1.2. Articulaciones de las consonantes**

### **1.2.1 Articulaciones oclusivas**

Para la realización de todas las articulaciones oclusivas se da un cierre completo de los órganos que interviene en su ejecución, que obstruye e interrumpe momentáneamente el paso del aire, seguido de una abertura brusca de los mismos, produciéndose una salida explosiva del aire fonador.

Cuando se trata de consonantes oclusivas sonoras, que van acompañadas de vibraciones de las cuerdas vocales, como /b/, /d/ y /g/, éstas se pueden realizar también de modo fricativo, sin que se modifique el sonido.

### ***Realización del fonema /p/***

Para la articulación de la /p/ se puede pinzar la nariz del niño, solicitándole que cierre con fuerza los labios y que infle los carrillos. Después se le pide que explote los labios, logrando así fácilmente el sonido deseado, siempre después de ver cómo lo realiza el reeducador.

Se puede utilizar como apoyo para lograr esta salida explosiva del aire la percepción táctil del mismo sobre el dorso de la mano o también realizando frente a la llama de una vela para que vea cómo oscila ésta.

### ***Realización del fonema /b/***

La /b/ se puede obtener a partir del sonido auxiliar /m/, que tiene una realización también bilabial y sonora, con la diferencia de que esta última es nasal. Se pide al niño que articule la sílaba “ma” repetida y en este proceso se le pinza la nariz, rogándole que continúe con la misma emisión, pero obligándole de este modo a la emisión bucal del sonido, que por ello se convierte en “ba”.

También se puede enseñar la /b/ realizada de modo fricativo, que en muchos casos resultará más fácil de obtener y conseguir a partir del sonido auxiliar de la /a/. se pedirá que emita esta vocal para ir cerrando paulatinamente la boca mientras se sigue produciendo el sonido hasta quedar en una pequeña abertura, por donde está percibe al tacto que se mantiene la salida del aire aunque parece que la boca está casi cerrada, consiguiendo así la realización del /b/ de modo fricativo.

### ***Realización del sonido /t/***

Para la enseñanza directa de la /t/ se pedirá al niño que asome ligeramente entre los dientes el borde de la lengua y sin mencionar el sonido que buscamos, se pedirá que haga explotar el aire espirado, haciéndole notar la fuerza de salida del mismo sobre el dorso de la mano y frente a la llama de una vela.

### ***Realización del fonema /d/***

Para facilitar la emisión de la /d/ se puede articular como ligeramente interdental, apoyando la punta de la lengua en el borde de los incisivos superiores de forma que se pueda ver un poco, en lugar de hacerlo en la cara posterior de los dientes y desde esta postura soltar suavemente el aire.

### ***Realización del fonema /k/***

Para obtener esta articulación nos valemos del sonido auxiliar /t/, pidiendo al niño que pronuncie con energía y de forma repetida “ta”. En ese momento se presiona sobre la punta de la lengua con el depresor, empujándola hacia el fondo de la cavidad bucal y de esa forma se eleva el postdorso y contacta con el velo del paladar, obteniendo así fácilmente el sonido deseado.

### ***Realización del fonema /g/***

Una forma de conseguirle sonido /g/ es con el sonido auxiliar de la /d/ y proceder como en la enseñanza de la /k/. Ahora se pedirá al niño que repita de forma continuada “da”, para en ese proceso empujar suavemente con el depresor la punta de la lengua y así hacer que el postdorso de la misma contacte con el velo del paladar.

Otra forma sencilla de conseguir la /g/ es gargarizando, ya que por medio de la gárgara el postdorso de la lengua se pone en contacto con el velo del paladar.

Se podrá obtener también esta articulación partiendo de la /a/, emitida de forma continuada y sin dejar de hacerlo empujar la lengua para llevarla a la posición velar de la /g/.

## **1.2.2 Articulaciones fricativas**

Para la realización de todas las consonantes fricativas se da una aproximación de los órganos que interviene en su articulación formándose un estrechamiento del canal bucal de salida sin llegar a cerrarse, produciéndose un sonido de fricción o frotamiento.

Será fundamental trabajar previamente la educación y control del soplo.

### ***Realización del fonema /f/***

Se puede conseguir haciendo soplar al niño de forma continuada y presionando ligeramente durante el soplo el labio inferior, para situarlo bajo los incisivos superiores, a la vez que se le pide que siga soplando, obteniendo de esta forma el sonido deseado.

### ***Realización del fonema /z/***

La /z/ es una articulación lingu interdental, fricativa sorda. Para su emisión la punta de la lengua se sitúa entre los incisivos superiores e inferiores, sin cerrar la salida del aire, tocando con los bordes los molares superiores para evitar el escape lateral del mismo, no dándose en su emisión vibración de las cuerdas vocales.

### ***Realización del fonema /s/***

Para conseguir esta articulación es, situada la lengua en la posición correcta ante el espejo, poner un palillo longitudinalmente sobre la lengua del niño, indicándole que vamos a imaginar que se trata de un pito, pidiéndole que lo sujete suavemente con los dientes y que sople para tocar el silbato, ayudándole con la mano a la extensión de los labios, ya que las comisuras deben de estar algo retiradas hacia los lados. El palillo ayudará a sujetar la lengua en su posición adecuada.

Una vez conseguida la emisión de la /s/ en sílaba directa, se tratará de lograr en sílaba inversa. Se pedirá al niño que repita, de forma rápida y continuada sa, sa, sa, llegando así al final a la emisión de la inversa “as”.

### ***Realización del fonema /y/***

Se puede conseguir esta articulación correcta pidiendo al niño que repita deprisa “ia ia ia” que fácilmente se convertirá en “ya” al irse estrechando el canal de salida del aire.

### ***Realización del fonema /j/***

La forma de conseguir la /j/ de forma indirecta es pedir al niño que, imaginando que se le ha quedado algo en la garganta, trate de expulsarlo con fuerza hacia fuera, logrando así fácilmente la articulación deseada, al acercarse el postdorso de la lengua a la zona velar.

### **1.2.3. Articulaciones africadas**

En la realización de la articulación africada se da un primer momento de oclusión o cierre de la salida del aire seguido de un segundo tiempo de fricación que permite su emisión. Tanto la oclusión como la fricación se realiza en el mismo punto.

### ***Realización del fonema /ch/***

Para conseguir la emisión de este sonido se puede partir de la /y/, /ñ/, o /ll/, ya que las tres tienen el mismo punto de articulación palatal que la /ch/, aunque se articulan de modo distinto, pero partiendo de su emisión se puede conseguirla postura lingual adecuada. Para ello se pide al niño que repita varias veces, por ejemplo, “ya” y al parar se le indica que deje la lengua en la misma postura para poder continuar, quedando así los órganos de la articulación en la posición adecuada para emitir la /ch/.

Otra forma de obtener la /ch/ es imitando el estornudo, percibiendo al tacto cómo el aire sale de forma explosiva.

### **1.2.4. Articulaciones nasales**

Las consonantes se caracterizan por el cierre del canal bucal de salida del aire, al descender el velo del paladar que se separa de la pared faríngea, dando paso al aire a través de las fosas nasales.

Las articulaciones nasales /m/, /n/ y /ñ/, por el canal de salida del aire en su emisión que es nasal, se oponen a las restantes consonantes, denominadas bucales, para cuya realización el aire sale por la boca.

### ***Realización del fonema /m/***

Para conseguir la realización de este fonema se pedirá al niño que cierre con fuerza los labios y que eche el aire por la nariz emitiendo sonido, haciendo que perciba las vibraciones que se producen en el ala de la nariz, colocando su dedo suavemente sobre la misma.

Se podrá también llegar a la realización de la /m/ a partir de la /a/, utilizando en este caso como sonido auxiliar. Se pedirá al niño la emisión de una /a/ de forma continuada mientras va cerrando los labios poco a poco, hasta llegar a la presión y cierre total de los mismos.

### ***Realización del fonema /n/***

La /n/ es una articulación linguoveolar, nasal, sonora. Para su articulación los labios y los dientes permanecen entreabiertos, permitiendo ver la cara posterior de la lengua que se eleva hacia el paladar y los alvéolos superiores, apoyando en éstos el ápice a la vez que adhiere sus bordes a la cara interna de los molares superiores, cerrando así el paso bucal del aire. Al mismo tiempo desciende el velo del paladar para permitir la salida de la corriente aérea por las fosas nasales.

### ***Realización del fonema /ñ/***

La emisión de la /ñ/ se puede conseguir a partir de la /n/, pidiendo al niño que repita con rapidez “nia”. La /i/ intermedia hace que se eleve el dorso de la lengua y así esta expresa se convierte fácilmente en “ña”.



### **1.2.5. Articulaciones laterales**

En la realización de las consonantes laterales se da contacto de la lengua con el paladar en el centro del canal que impide la salida del aire por la parte central, produciéndose ésta de forma lateral por ambos lados de la lengua, pudiéndose a veces realizar por uno sólo sin que se modifique el sonido.

#### ***Realización del fonema /l/***

La /l/ es una consonante linguoveolar, lateral, sonora. Para su articulación los labios permanecen entreabiertos y los dientes algo separados, permitiendo ver la cara posterior de la lengua, que se eleva apoyando el ápice en los alvéolos de los incisivos superiores impidiendo la salida central del aire. Entre los bordes de la lengua y los molares queda una abertura lateral, a ambos lados o a veces a uno sólo, por donde sale el aire fonador que al chocar con la cara interna de la mejillas las hace vibrar.

#### ***Realización del fonema /ll/***

La /ll/ es una articulación linguopalatal, lateral, sonora. En su realización los labios permanecen entreabiertos y los dientes ligeramente separados. La punta de la lengua se sitúa detrás de los incisivos inferiores elevándose el dorso hasta contactar ampliamente con el paladar, mientras que los bordes laterales de la lengua se separan ligeramente de los últimos molares dejando una pequeña abertura o canal de salida del aire a ambos lados. La salida lateral del aire al chocar contra las mejillas las hará vibrar, como en el caso de la /l/, pudiéndose también ahora percibir esta vibración al tacto.

### **1.2.6. Articulaciones vibrantes**

Las articulaciones vibrantes se caracterizan porque en su realización se dan una serie de interrupciones momentáneas de la salida del aire fonador, producidas por el contacto entre el ápice de la lengua y los alvéolos, estando siempre acompañada su emisión de vibración de las cuerdas vocales.

### ***Realización del fonema /r/ simple***

Para la obtención de la /r/ no se cuenta con ningún sonido auxiliar. La utilización de otras consonantes, como la /t/, /l/ o /d/, emitidas de forma rápida en continuidad tiene por finalidad solamente agilizar la punta de la lengua para facilitar la vibración.

Una vez conseguida la agilidad necesaria de la lengua. Se pedirá al niño que coloque la punta de la lengua en los alvéolos de los incisivos superiores y desde esa postura hacerle soplar con fuerza, para que el aire emitido haga vibrar a la lengua. Otra forma, si supiera pronunciar “tra”, consiste en alargar este sonido intermedio del sinfón para conseguirla.

### ***Realización del fonema /r/ múltiple***

Si están ausentes tanto la /r/ simple como la múltiple, se comenzará enseñando la primera, que es más fácil de conseguir y luego se utilizará ésta como sonido auxiliar para lograr la múltiple. Se pedirá al niño la emisión de una /r/ simple prolongada y realizada lo más anterior posible y en ese proceso se le ayudará presionándole con los dedos las mejillas y llevándole así los labios hacia delante mientras continúa con la pronunciación de la /r/ simple, que de esta forma se irá acercando cada vez más a la múltiple, al facilitararlo con la postura propuesta.

El proceso seguido para lograr convertir la /r/ simple en múltiple es progresivo, dándose un aumento paulatino en el número de vibraciones, acercándose así cada vez más a la forma adecuada, hasta conseguir al final la emisión totalmente correcta. También se puede utilizar este sonido de /r/ en sílaba inversa, para alargarlo y facilitar así el aumento de vibraciones.

### **1.2.7. Emisión de los sinfones**

Se denomina sinfones aquellos grupos silábicos que se realiza con la emisión continuada de dos consonantes seguidas de una vocal. La articulación intermedia, /l/ o

/r/, se denomina líquida porque se funde o licua con la consonante contigua, denominada licuante. Las articulaciones iniciales con las que se pueden formar estos grupos o sinfonos son: /p/, /b/, /f/, /t/, /d/, /k/ y /g/, las cuales se unen a la líquida intermedia /l/ o /r/.

La emisión de estos grupos silábicos presenta una mayor dificultad para el niño, por un a parte porque las articulaciones intermedia, son las más difíciles de realizar, al ser necesaria una mayor agilidad y control de la lengua para su ejecución y mientras no sea capaz de pronunciar este sonido intermedio de forma aislada y en sílaba directa, no se podrá integrar en esta combinación fónica.

La forma más frecuente de manifestarse esta dificultad, es con la omisión de la consonante medial. También sucede a veces, cuando la articulación intermedia es /r/ que tiende a sustituirla por /l/ al resultarle más fácil su emisión.

Para la enseñanza directa de los sinfonos, es conveniente clasificarlos en dos grupos atendiendo a los órganos que intervienen en su articulación.

### ***Primer grupo***

Está constituido por aquellos sinfonos en los que, en la articulación de las dos consonantes contiguas, interviene órganos distintos, por cuyo motivo son más fáciles de realizar.

La consonante medial, siempre /l/ o /r/, es lingual, por tanto pertenecen a este grupo los que comienza por una articulación que no se realiza con la lengua, como son los que empiezan por /p/ o /b/, ambas bilabiales o /f/ labiodental, ya que en la emisión de estos tres sonidos la lengua no interviene directamente. Pertenecen por tanto a este grupo los sinfonos pl, bl, fl y pr, br, fr.

Para su realización la introducción de una vocal auxiliar entre las dos consonantes para facilitar su emisión. Si se quiere lograr, el grupo “pla”, se pedirá al niño que repita con rapidez palá, palá, palá, haciendo la primera vocal átona y muy breve y poniendo toda la

fuerza tónica del acento en la última. Esta expresión pedida, se convertirá en el grupo silábico “pla” que se busca, procediendo igual con cualquier otro.

### ***Segundo grupo***

Este grupo está formado por todos aquellos sinfones para cuya realización es el mismo órgano, la lengua, la que entra en juego, variando su posición para la emisión de uno y otro sonido, teniendo que realizar para ello un rápido movimiento, al ser las dos consonantes contiguas linguales. Esta situación hace más difícil su emisión ya que requiere más agilidad en la lengua para lograr su correcta articulación.

Pertenece a este grupo los siguientes sinfones: tr, dr, cr, gr y tl, cl, gl.

Para su realización se hará exactamente igual que en el primer grupo, introduciendo un vocal auxiliar entre las dos consonantes para facilitar su emisión.