

receptivo del lenguaje (en sus aspectos semántico, morfosintáctico y fonológico), el habla (aspecto fonético) y la comunicación (pragmática). Asimismo, será necesaria una valoración de las estructuras y los sistemas que intervienen en la producción de la articulación.

A continuación se presentan una serie de apartados necesarios para una exploración minuciosa e integral de las características del lenguaje, el habla y la comunicación del niño.

### CARACTERÍSTICAS ANATOMOFUNCIONALES DE LAS ESTRUCTURAS OROLINGUOFACIALES

En este apartado debe explorarse la estructura y la tonicidad de los labios (normales, hipotónicos, hipertónicos, evertidos, si hay fisura), la lengua (si es normal, festoneada, hipotónica, hipertónica, si hay parálisis o paresia), el velo del paladar (si es normal, corto, si hay fisura, si hay parálisis o paresia, si es hipotónico), las amígdalas (normales, hipertróficas), el frenillo lingual (si tiene una longitud adecuada o es corto), el paladar duro (si hay fisura, si es estrecho, alto, ojival), la dentición (si es normal, hay caries, apiñamiento, diastemas, si la dentición es decidua o mixta, si faltan piezas, si hay signos de bruxismo) y la oclusión (si hay normocclusión o malocclusión, de qué tipo y si permite el cierre labial).

También es importante evaluar las praxias orolingüofaciales (gestos complejos de la boca, la lengua y la cara), ya que resultan fundamentales para el diagnóstico diferencial con la dispraxia verbal.

Por último, para el diagnóstico de dispraxia verbal, es interesante observar si el niño logra realizar adecuadamente la diadococinesia verbal a partir de la repetición rápida y continuada, de una secuencia silábica compuesta por sonidos que el niño sea capaz de producir de manera aislada (p. ej., «pataca, pataca, pataca, pataca...»).

### PATRÓN RESPIRATORIO

Es preciso observar el modo respiratorio (nasal, oral o mixto), el tipo (completo, superior o clavicular, abdominal), la frecuencia (medida en ciclos por minuto), el ritmo (normal o acelerado, regular o irregular) y la amplitud (normal, disminuida o aumentada).

### PERMEABILIDAD NASAL

Si bien lo ideal sería que todo niño que llegue a la consulta haya sido evaluado previamente por

un otorrinolaringólogo, en la práctica clínica esto no siempre sucede.

### Prueba de Glatzel

Con una prueba sencilla, como la prueba descrita por Zwaardemaker y popularizada por Glatzel (o sus modificaciones), se puede observar si hay obstrucciones o malformaciones respiratorias y si es necesario realizar una interconsulta. La prueba del espejo de Glatzel (espejo nasográfico) consiste en colocar un espejo pulimentado con marcas semicirculares en paralelo bajo la nariz del paciente; luego se le indicará que respire naturalmente con la boca cerrada. En caso de no haber obstrucciones (pólipos nasales, tabique desviado, hipertrofia de cornetes, etc.), el espejo debería empañarse de manera simétrica. A pesar de la popularidad y la sencillez de la prueba, cuando se ha estudiado sistemáticamente se han observado variabilidades en los resultados (test-retest) y que no existe una correlación con la percepción de la apertura nasal (para más detalles, v. [Brescovic y Roithmann, 2008](#)).

### FUNCIONALIDAD RESPIRATORIA

La funcionalidad respiratoria se puede explorar de forma sencilla mediante la prueba de Rosenthal, también llamada prueba de la fatiga.

### Prueba de Rosenthal

Esta prueba permite saber si el niño padece insuficiencia nasal, es decir, si existe alguna dificultad o problema que le obligue a tomar aire por la boca. Antes de realizar esta prueba es preciso descartar cualquier proceso nasofaríngeo agudo, como un resfriado común. La prueba consiste en respirar 20 veces seguidas por las dos fosas nasales y otras 20 por cada una de ellas, mientras se mantiene presionada la contraria. En concreto, la prueba consta de los tres pasos que se exponen a continuación:

1. *Primer paso:* se solicita al niño que se mantenga con la boca cerrada hasta que se le indique. En tal situación se cuentan 20 respiraciones completas, observando los movimientos respiratorios de expansión de la caja torácica. Este proceso debe pasar inadvertido para el niño para que no modifique involuntariamente su ritmo respiratorio.
2. *Segundo paso:* se continúa con la indicación de que mantenga la boca cerrada, pero en esta ocasión se le pide que con la yema de su dedo

pulgar ocluya la narina derecha, de forma suave para evitar desviaciones del tabique nasal. En tal situación se observan 20 respiraciones completas.

3. *Tercer paso:* se realiza la misma tarea que en el paso anterior, pero esta vez con la narina izquierda ocluida.

Si el niño es capaz de realizar las 60 respiraciones completas usando primero ambas fosas nasales y después una sola fosa nasal, este hecho es indicativo de que existe un pasaje aéreo suficiente, aunque en algún momento se haya observado una verdadera aceleración del ritmo respiratorio (Ruiz y Cerecedo, 2002). Si existe una obstrucción significativa, el niño no tarda en acelerar de forma creciente su ritmo de respiración hasta llegar a abrir la boca, a pesar de los esfuerzos para obedecer la indicación de no abrirla. En el primer caso se trata de una respiración oral por un mal hábito. En el segundo caso se debería realizar un estudio ORL, pues lo más probable es que exista un problema orgánico.

En general es conveniente repetir la prueba invirtiendo el orden de la oclusión —primero la narina izquierda y luego la derecha—, pues podría darse el caso de que la prueba se interrumpiera debido a la obstrucción de un solo conducto. En este caso hay que constatar la suficiencia respiratoria del conducto libre para mantener las necesidades respiratorias del paciente. Si la obstrucción es de un solo conducto, y el otro es suficiente, debe realizarse un estudio ORL, sin perjuicio de plantear e iniciar la reeducación de la respiración bucal.

### PATRÓN DEGLUTORIO

Se trata de determinar si el niño presenta un patrón deglutorio normal o disfuncional. Hay que tener en cuenta que los niños menores a 4-5 años todavía presentan un patrón deglutorio infantil, por lo que sólo podremos hablar de deglución disfuncional a partir de la edad mencionada. Como vimos en el capítulo de las disglosias, hay una estrecha relación entre la maloclusión, la respiración bucal y la deglución disfuncional.

### CARACTERÍSTICAS DE LA VOZ

Es preciso observar la intensidad (media, aumentada, disminuida), la altura tonal (acorde al sexo y la edad, agudizada, agravada), el timbre (claro, opaco, velado, etc.) y la resonancia (hiponasal, hipernasal, laríngea, palatal, etc.).

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación de los apartados mencionados anteriormente, se dispone de información para diferenciar si se trata de una dislalia funcional u orgánica, ya sea por una malformación de los órganos fonoarticulatorios (disglosia) o por una lesión neuromuscular (disartria).

### LENGUAJE, HABLA Y COMUNICACIÓN

En este ámbito deben explorarse, como mínimo, los aspectos que a continuación se especifican:

- **Aspectos semántico y morfosintáctico.** Estos aspectos deben evaluarse en los diferentes niveles lingüísticos (morfema, palabra, frase, discurso) y en las vertientes receptiva y expresiva. Para llevarlo a cabo, hay diferentes pruebas disponibles, que no se mencionarán aquí al tratarse en otros capítulos de la presente obra. Asimismo, la obtención de una muestra de lenguaje resulta vital a la hora de valorar las dificultades en la vertiente expresiva.
- **Aspecto fonético-fonológico.** Por cuestiones didácticas, la evaluación de estos dos aspectos se describirá de manera conjunta. La producción del niño tiene que analizarse en tres modalidades distintas: repetición, lenguaje dirigido y lenguaje espontáneo. La comparación entre los defectos hallados en estas modalidades nos permitirá diferenciar entre un trastorno fonético, uno fonológico o uno mixto.
  - *Repetición:* se solicitará tanto la repetición de sílabas como de sonidos aislados. Aquí evaluaremos específicamente las praxias articulatorias o fonéticas. Si el niño no logra la producción aislada del sonido, estaremos frente a un trastorno fonético o articulatorio. A partir de esto, no podemos conocer si existen conjuntamente dificultades fonológicas, sino que tendremos que esperar a evaluar las otras modalidades para ver cómo soluciona estas dificultades en el lenguaje dirigido y en el espontáneo. La forma en que resuelva estas dificultades y el patrón de sustituciones encontrados nos permitirán diferenciar si es un trastorno fonético puro (dislalia) o mixto (con componente fonológico).
  - *Lenguaje dirigido:* se evaluará a partir de la presentación de diferentes imágenes que inducirán al niño a denominarlas sin que medie ningún tipo de imitación. Para esto

se puede optar por la utilización del Registro Fonológico Inducido (Monfort y Juárez, 1990), que es una prueba que evalúa los aspectos fonológicos del habla infantil a través de la producción inducida de palabras (denominación de 57 dibujos que contienen la totalidad de sonidos del español en diferentes posiciones dentro de la palabra, incluyendo diptongos y grupos consonánticos), seguida de la repetición en cada error. A partir de esta muestra veremos el patrón de errores, y también si son sistemáticos o no. Recordemos que en la dislalia el sonido que no se puede producir es omitido, distorsionado o sustituido, y que en el caso de ser sustituido, siempre lo será por el mismo sonido sea cual fuere el contexto fonético (error sistemático). También veremos en la dislalia que la articulación del sonido no mejora con la repetición de la palabra. En el caso de encontrarnos con dificultades fonológicas, es asimismo conveniente evaluar la discriminación auditiva de fonemas, lo cual podemos realizar, por ejemplo, mediante la Prueba de Percepción Fonológica (Graciano y Kornuta, 2005).

- **Lenguaje espontáneo:** el análisis del lenguaje espontáneo permitirá ver si los errores hallados tanto en la repetición como en el lenguaje espontáneo se incrementan o no, al aumentar la longitud de la palabra y la frase. Recordemos que en la dislalia los errores son consistentes y no aumentan con la mayor longitud de la frase, cosa que sí sucede en otros trastornos, como en los trastornos fonológicos, en la dispraxia verbal y en la disartria (v. tabla 9-1).
- **Aspecto pragmático.** En el lenguaje infantil, el estudio de la pragmática se centra en al menos dos aspectos: las habilidades o funciones comunicativas y las habilidades conversacionales que el niño posee. Para evaluar la pragmática, actualmente se cuenta con diversas listas de conductas comunicativas que permiten recoger la información que debe investigarse.
- **Fluidez.** A partir de una muestra de lenguaje se evaluará la fluidez del habla con el fin de detectar disfluencias atípicas (tartamudez). La detección de disfluencias atípicas en el habla de un niño que tiene dislalia o trastornos fonológicos obligará a analizar cada caso en particular para establecer prioridades dentro del tratamiento. Es bien sabido que

el aumento de la demanda y las exigencias sobre el lenguaje y el habla suelen incrementar la disfluencia, motivo por el cual habrá que actuar con mucha cautela.

- **Lectoescritura.** En todo niño en edad escolar que haya comenzado su proceso de escolarización será preciso evaluar la lectoescritura. En el proceso de aprendizaje, los trastornos fonéticos y fonológicos pueden favorecer la aparición de confusiones tanto en la lectura como en la escritura. Si bien esta situación no es tan común en la dislalia, sí lo es en los trastornos fonológicos.

## TRATAMIENTO

Cuando las alteraciones del habla no impiden que el interlocutor entienda el mensaje, con lo cual el hablante no se siente directamente «obligado» a cambiar su forma de hablar, es muy probable que la eficacia comunicativa prime sobre la corrección formal (Juárez y Monfort, 2002). En estos casos, una intervención interactiva (funcional) suele ser insuficiente. Por este motivo, las dislalias funcionales, al menos cuando no están asociadas a otro trastorno, deben abordarse a partir de una intervención formal, donde la actividad se encuentre dirigida directamente al aprendizaje de los puntos y modos articulatorios correctos de los sonidos alterados. En el tratamiento de las dislalias es posible distinguir diferentes componentes o etapas.

**Concienciación.** Se tratará de que el niño sea consciente del motivo y de los objetivos del tratamiento. Si bien esto podría parecer una tarea menor, resulta sumamente importante establecer desde el principio cuál es motivo por el que el niño va a someterse a un tratamiento con el fin de conseguir una mayor predisposición y colaboración por su parte. El tema deberá abordarse de manera didáctica mediante diferentes recursos que resulten efectivos pero, a la vez, atractivos para el niño. Se explicará todas las veces que sea necesario, sin importar en qué etapa del tratamiento nos encontremos. El niño deberá ser consciente de que el objetivo del tratamiento es aprender a hablar mejor.

**Eliminación de los hábitos orales inadecuados** (succión digital o labial, uso prolongado del chupete o el biberón). Como se ha mencionado anteriormente, la persistencia de hábitos inapropiados puede conducir al desarrollo de

maloclusiones generando un desajuste muscular de las estructuras orolinguofaciales que favorecerán la aparición de dislalias orgánicas (disglosia). Estén o no presentes en el momento actual estas alteraciones orgánicas, hay que intentar eliminar estos malos hábitos pues actuarán como obstáculos en el tratamiento; todos los esfuerzos por parte de los reeducadores serán en vano si estos hábitos persisten. En este punto resulta fundamental el trabajo en estrecha colaboración con los padres y con el niño. De lograr la concienciación y la colaboración de los padres, dependerá el éxito o el fracaso de nuestra intervención. Debemos dejar muy claro los efectos negativos de la persistencia de estos hábitos, a través de explicaciones claras y sencillas con la ayuda de material gráfico (láminas y dibujos) contundente. Es importante que los padres no se sientan juzgados, sino más bien acompañados en este proceso. Se les brindarán pautas y, de ser necesario, se solicitará una interconsulta con un odontopediatra y/o psicólogo si la problemática excede el campo logoterapéutico. Resulta primordial realizar un seguimiento continuado del tema.

**Fomento de la integración del esquema corporal de la zona orofacial.** Se trata de conseguir que el niño logre un mayor conocimiento de las diferentes partes del sistema estomatognático, con el fin de reforzar las sensaciones propioceptivas y obtener un mayor control voluntario e individual de los órganos fonoarticulatorios. Se podrán abordar estos contenidos a partir de la observación y el reconocimiento de las diferentes partes que componen la cavidad bucal, la cara y el cuello a través de ayudas multisensoriales (auditivas, visuales y táctiles). Para ello, pueden utilizarse diferentes recursos, como láminas, espejos, dibujos, linterna de mano, depresores de lenguas, juegos, etc.

**Agilización de las sinergias musculares que intervienen en la articulación.** Se trata de ejercitar la musculatura que interviene en la articulación del habla a partir de la realización de actividades para el entrenamiento de la motricidad bucofacial, mediante juegos en los que deban realizar diferentes praxias orolinguofaciales, con el fin de desarrollar un mayor control muscular y la fijación de patrones motores más eficaces a la hora de hablar.

Para ejercitar estas praxias, pueden llevarse a cabo diferentes juegos reglados (oca con tablero

o con dados que contengan imágenes de las praxias que hay que realizar, memotest, etc.), o bien diferentes juegos competitivos con elementos como velas, depresores de lenguas, botones, etc. Se deben trabajar en especial las praxias labiales, linguales, mandibulares y velares de los órganos fonoarticulatorios que intervienen en la articulación de los sonidos alterados.

**Enseñanza directa y explícita del punto y el modo articulatorio del sonido alterado.** Se abordarán las praxias articulatorias o fonéticas a partir de la explicación y la demostración del punto y el modo correctos de producción del sonido deficitario.

El niño deberá observar el modelo mostrado e imitar frente al espejo la producción del sonido. En esta etapa resulta sumamente importante el empleo de métodos multisensoriales (retroalimentación auditiva, táctil y visual), ya que permitirán una imitación más exacta del modelo debido a que cada sentido actuará como un refuerzo adicional que impactará en la situación de aprendizaje. El espejo y el depresor de lenguas serán fundamentales durante los ejercicios. Cuando el niño presente dificultad en posicionar los órganos fonoarticulatorios para la producción del sonido, se deberá guiar la posición correcta y la tensión adecuada mediante información exteroceptiva que se indicará por medio de la manipulación directa de los órganos fonoarticulatorios.

La ejercitación articulatoria deberá comenzar con la imitación del sonido aislado, para luego ir aumentando la complejidad al incorporarlo a la producción de sílabas (directas, inversas, complejas) y palabras bisílabas y polisílabas.

En muchas ocasiones puede resultar muy útil, sobre todo cuando se aborde la producción aislada del sonido, la asociación de éste a ciertos sonidos no verbales de animales, de vehículos o de objetos, e integrar así los ejercicios en actividades lúdicas más globales. Se pueden hallar diversas propuestas lúdicas diferenciadas por sonidos en Mura (1994) y Pascual (2001).

**Automatización.** Se trata de favorecer la estabilización de la producción del sonido y su posterior automatización en el habla espontánea. En una primera instancia se pueden realizar actividades de expresión controlada, a través de material gráfico, bajo la forma de diferentes juegos.

El objetivo de las actividades será que el niño tenga que utilizar con frecuencia palabras

que contengan el sonido en cuestión, pero sin partir de la imitación, sino de la evocación. Así, por ejemplo, por turnos extraen tarjetas de una baraja de cartas y ofrecen pistas para que el otro logre adivinar la palabra extraída. Mediante esta misma metodología se trabajarán frases (completar e inventar oraciones, adivinanzas, oraciones icónicas, teléfono descompuesto, juegos con uso de palabras claves). Una vez que se ha logrado que el niño utilice correctamente el sonido en situaciones controladas, se procederá a reforzar su producción en el habla espontánea mediante la realización de diversas actividades como inventar cuentos, adivinanzas, conversación espontánea o narración de situaciones vividas.

### Consideraciones específicas

Respecto a las tareas de discriminación auditiva, es necesario aclarar que no han sido mencionadas debido a que en las dislalias no suele haber dificultades de esta índole; no obstante, si durante la evaluación o durante el transcurso del tratamiento detectamos alguna dificultad en este aspecto, será conveniente abordarlo.

En cuanto al orden adecuado que debe seguirse para la corrección de las dislalias múltiples, hemos de tener en cuenta diferentes criterios: evolutivo (cronología normal de adquisición), accesibilidad o facilidad de la producción articulatoria e inteligibilidad (hay sonidos que afectan más que otros a la inteligibilidad del habla). Si bien el criterio a elegir dependerá de cada caso particular en función de los resultados de la evaluación realizada, podemos mencionar ciertos principios generales que debemos considerar en la elaboración del plan de tratamiento (Mura, 1994):

- En los casos de omisión de sonidos, comenzar la enseñanza de aquellos que comparten el punto de articulación con otro pronunciado correctamente.
- El sonido [r] (vibrante múltiple) se tratará al final, ya que su producción es la más compleja, y antes de abordarlo será conveniente que el paciente sepa emitir correctamente los sonidos [n], [r] (vibrante simple) y los sinfonos [tr] y [dr].
- Con respecto a los sinfonos, convendrá comenzar por los laterales (con [ʎ]) y, después de enseñar y afianzar la [r] (vibrante simple), seguir con los sinfonos centrales (con [r]).

Durante el transcurso del tratamiento será necesaria la implicación y la participación tanto del niño y de su familia como de la escuela, para que el proceso pueda ser seguido y complementado fuera del marco de la sesión logopédica. Por tal motivo, resulta conveniente utilizar un cuaderno donde quede registrada la ejercitación realizada con el fin de que tanto los padres como la maestra tengan interiorizado el tratamiento.

### UNA NOTA FINAL SOBRE LAS DISLALIAS EN EL ADULTO

En los adultos es relativamente frecuente observar múltiples defectos de la articulación. El propio sujeto manifiesta que «produce mal tal o cual sonido». Los errores manifiestos del habla en los adultos se circunscriben básicamente al ámbito de los sonidos fricativos y vibrantes, en forma de sigmatismo y rotacismo.

Los síntomas patológicos de un individuo adulto aparecen con factores añadidos a las causas iniciales que los produjeron; en especial, cabe destacar la habituación o, dicho de otra forma, la progresiva acomodación de la producción anómala al conjunto de la expresión verbal. La conducta verbal del sujeto puede concatenarse con ciertas dificultades y desaliento en el ámbito social, y dar lugar a que modifique sus patrones lingüísticos evitando las palabras que le comprometen. Los síntomas se hacen más acuciantes en los sujetos cuya profesión implique la expresión verbal.

Cuando un adulto con dislalia siente la necesidad de corregir su producción anómala, acostumbra a hacerlo condicionado por cierto «desaliento» al ejecutar sus actividades de relación social y, especialmente, las laborales.

El sigmatismo, o la incorrecta producción de la [s], se relaciona con una indefinición motora de los puntos de articulación de la mayor parte de los sonidos fricativos. Se observa también una incapacidad en la delimitación de los campos de realización sonoro y sordo (Bruno y Sánchez, 2001). En la rehabilitación es fundamental que el adulto tome conciencia y se familiarice con los puntos de articulación fijos.

### Bibliografía

- Aguado G. Trastornos específicos del lenguaje. Archidona: Aljibe; 1999.
- Aguilar E, Serra M. Análisis del retraso del habla. 2.ª ed. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2007.

- Brescovici S, Roithmann R. Modified Glatzel mirror test reproducibility in the evaluation of nasal patency. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2008;74:215-22.
- Bruno C, Sánchez Hidalgo C. Dislalias. En: Peña-Casanova J, ed. *Manual de logopedia*. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2001. pp. 171-80.
- Carrió Rovira MT, Martí Barber R, Martí Martí MT. *Prevención de las dislalias*. Alcoy: Marfil; 1998.
- Gianni E. *La nuova ortognatodonzia*. Padova: Piccin; 1989.
- González N. *Alteraciones del habla en la infancia: aspectos clínicos*. Buenos Aires: Panamericana; 2003.
- Graciano C, Kornuta A. *Terapia fonológica*. Buenos Aires: Dunken; 2005.
- Iglesias M, Sánchez M. *Diagnóstico e intervención didáctica del lenguaje escolar*. A Coruña: Netbiblo; 2007.
- Jiménez J, Alonso J. *Superar las dificultades de lenguaje: hablar, leer y escribir*. Madrid: La Tierra Hoy; 2006.
- Juárez A, Monfort M. *Estimulación del lenguaje oral: un modelo interactivo para niños con dificultades*. Madrid: Santillana; 2002.
- Monfort M, Juárez A. *Los niños disfásicos*. Madrid: CEPE; 1997.
- Monfort M, Juárez A. *Registro fonológico inducido*. Madrid: CEPE; 1990.
- Mura S. *La dinámica articulatoria*. Buenos Aires: Puma; 1994.
- Ozanne A. The search for the developmental verbal dyspraxia. En: Dodd B (ed.). *Differential diagnosis and treatment of children with speech disorders*. San Diego: Singular Publishing Group; 1995. p. 231-247.
- Narbona J, Chevrie-Muller C. *El lenguaje del niño*. Barcelona: Masson; 1997.
- Pascual P. *La dislalia: naturaleza, diagnóstico y rehabilitación*. Madrid: CEPE; 2001.
- Perelló J. *Trastornos del habla*. Barcelona: Masson; 1995.
- Ruiz MA, Cerecedo A. Síndrome del respirador bucal. Aproximación teórica y observación experimental. *Cuadernos de Audición y Lenguaje*. 2002;3: 13-56.
- Soprano A. *La «hora de juego» lingüística*. Buenos Aires: Editorial Belgrano; 1997.