

Manuel Rodríguez Sánchez

Educación inclusiva del alumnado con trastornos del lenguaje y la comunicación

TRASTORNOS DEL LENGUAJE



Educación inclusiva del alumnado con trastornos del lenguaje y la comunicación

TRASTORNOS DEL LENGUAJE

PROYECTO EDITORIAL
TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Serie
GUÍAS TÉCNICAS

Directores:
Carlos Gallego
Miguel Lázaro



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Manuel Rodríguez Sánchez

Educación inclusiva del alumnado
con trastornos del lenguaje
y la comunicación

TRASTORNOS DEL LENGUAJE



EDITORIAL
SÍNTESIS

Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

© Manuel Rodríguez Sánchez

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-1357-119-5
Depósito Legal: M-22.819-2021

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

| | |
|--|----|
| Capítulo 1. Logopedia y educación | 11 |
| 1.1. Perfil profesional del logopeda | 12 |
| 1.2. Carácter educador del logopeda | 13 |
| 1.3. De la educación especial a la educación inclusiva | 15 |
| 1.3.1. <i>Notas históricas sobre la discapacidad y la atención a los trastornos del lenguaje</i> | 16 |
| 1.3.2. <i>Nueva visión de la educación: el camino hacia la inclusión</i> | 20 |
| 1.4. Conceptualización actual de la discapacidad | 23 |
| 1.4.1. <i>Deficiencia, discapacidad y minusvalía</i> | 23 |
| 1.4.2. <i>El modelo biopsicosocial. La importancia del contexto</i> .. | 24 |
| 1.5. Los trastornos del lenguaje y el rendimiento escolar | 28 |
| Preguntas de autoevaluación | 29 |
| Capítulo 2. Trastornos de la comunicación y el lenguaje frecuen- tes en los contextos educativos | 33 |
| 2.1. Trastornos del lenguaje oral | 34 |
| 2.1.1. <i>Disfonías</i> | 34 |
| 2.1.2. <i>Disartrias</i> | 37 |
| 2.1.3. <i>Disglosias</i> | 40 |
| 2.1.4. <i>Dislalia</i> | 42 |
| 2.1.5. <i>Retraso del lenguaje</i> | 45 |
| 2.1.6. <i>Trastorno específico del lenguaje (TEL)</i> | 49 |

6 | Educación inclusiva del alumnado con trastornos del lenguaje y la comunicación

| | |
|---|-----------|
| 2.1.7. Afasia | 54 |
| 2.1.8. Disfemia | 57 |
| 2.1.9. Mutismo electivo | 63 |
| 2.2. Trastornos del lenguaje escrito | 65 |
| 2.2.1. Dislexia | 69 |
| 2.2.2. Disgrafía | 72 |
| Preguntas de autoevaluación | 77 |
| Capítulo 3. Modelos y contextos de intervención logopédica educativa | 79 |
| 3.1. Modelos de intervención | 80 |
| 3.1.1. Modelo clínico | 80 |
| 3.1.2. Modelos psicoeducativos | 81 |
| 3.1.3. Modelo naturalista | 83 |
| 3.2. Ámbitos de actuación | 84 |
| 3.2.1. Sanitario | 84 |
| 3.2.2. Educativo | 85 |
| 3.2.3. Socioasistencial | 86 |
| 3.3. El trabajo en equipos multidisciplinares | 87 |
| Preguntas de autoevaluación | 89 |
| Capítulo 4. Evaluación de las necesidades educativas especiales ... | 93 |
| 4.1. La educación especial y las necesidades educativas especiales | 93 |
| 4.2. La evaluación de las necesidades educativas especiales en las diferentes formas de discapacidad | 98 |
| 4.2.1. Adaptaciones en los elementos de acceso al currículo .. | 98 |
| 4.2.2. Adaptaciones en los elementos básicos del currículo .. | 99 |
| 4.3. Necesidades especiales de alumnos con discapacidad física | 100 |
| 4.3.1. Parálisis cerebral infantil (PCI) | 101 |
| 4.3.2. Necesidades educativas especiales en el ámbito de la comunicación y el lenguaje con PCI y la respuesta educativa | 105 |
| 4.4. Necesidades especiales de alumnos con discapacidad sensorial | 109 |
| 4.4.1. Caracterización de la discapacidad auditiva | 109 |
| 4.4.2. Necesidades educativas especiales del niño con hipoacusia | 113 |

| | |
|--|-----|
| 4.5. Necesidades especiales de alumnos con discapacidad intelectual | 116 |
| 4.5.1. <i>Caracterización y tipología de la discapacidad intelectual</i> | 116 |
| 4.5.2. <i>Necesidades educativas especiales en el área del lenguaje</i> | 119 |
| 4.6. Los equipos de orientación educativa y psicopedagógica | 123 |
| Preguntas de autoevaluación | 126 |
| Capítulo 5. Didáctica y currículum adaptado | 129 |
| 5.1. La didáctica como ciencia de la educación, técnica y arte ... | 130 |
| 5.2. El currículum | 132 |
| 5.3. Las fuentes del currículum | 136 |
| 5.3.1. <i>La fuente sociológica</i> | 136 |
| 5.3.2. <i>La fuente epistemológica</i> | 137 |
| 5.3.3. <i>La fuente psicopedagógica</i> | 139 |
| 5.4. Los elementos básicos del currículum | 148 |
| 5.4.1. <i>Los objetivos</i> | 149 |
| 5.4.2. <i>Las competencias</i> | 150 |
| 5.4.3. <i>Los contenidos</i> | 152 |
| 5.4.4. <i>La metodología</i> | 154 |
| 5.4.5. <i>La evaluación</i> | 156 |
| 5.5. Niveles de concreción curricular | 160 |
| 5.6. La adaptación del currículum | 162 |
| 5.7. Niveles y tipos de adaptación curricular | 165 |
| 5.7.1. <i>Adaptaciones curriculares de acceso al currículum</i> | 165 |
| 5.7.2. <i>Adaptaciones de los elementos básicos del currículum</i> | 167 |
| Preguntas de autoevaluación | 171 |
| Capítulo 6. Diseño didáctico de la intervención logopédica | 173 |
| 6.1. La intervención logopédica en los procesos de enseñanza-aprendizaje | 173 |
| 6.2. Formas de intervención logopédica | 175 |
| 6.2.1. <i>Intervención directa</i> | 175 |
| 6.2.2. <i>Intervención indirecta</i> | 177 |
| 6.3. Conceptualización operativa de los elementos curriculares | 178 |
| 6.4. El informe psicopedagógico | 180 |
| 6.5. El documento individual de adaptación curricular (DIAC) ... | 183 |
| 6.6. El Programa de Intervención Logopédica | 190 |

| | |
|---|------------|
| 6.6.1. Formulación de los objetivos | 191 |
| 6.6.2. Selección de los contenidos | 192 |
| 6.6.3. Metodología | 193 |
| 6.6.4. Evaluación | 195 |
| Preguntas de autoevaluación | 198 |
| Capítulo 7. El centro escolar | 201 |
| 7.1. Organización del centro escolar | 201 |
| 7.2. Organización general de centros educativos | 204 |
| 7.2.1. Órganos de gobierno unipersonales | 204 |
| 7.2.2. Órganos de gobierno colegiados | 206 |
| 7.2.3. Órganos de coordinación docente | 208 |
| 7.3. Los documentos institucionales del centro escolar | 210 |
| 7.3.1. El Proyecto Educativo de Centro (PEC) | 211 |
| 7.3.2. El Reglamento de Régimen Interior (RRI) | 212 |
| 7.3.3. El Plan de Atención a la Diversidad (PAD) | 213 |
| 7.3.4. La Programación General Anual (PGA) | 215 |
| 7.3.5. La memoria anual | 215 |
| 7.4. La respuesta a la diversidad y organización de la educa- ción especial. Modalidades de escolarización | 216 |
| Preguntas de autoevaluación | 219 |
| Capítulo 8. La práctica educativa en el aula | 223 |
| 8.1. Criterios de agrupamiento del alumnado | 224 |
| 8.1.1. Organización vertical del alumnado | 225 |
| 8.1.2. Organización horizontal del alumnado | 227 |
| 8.1.3. Agrupamientos flexibles | 227 |
| 8.2. Organización del aula | 228 |
| 8.3. Estrategias metodológicas para la inclusión | 233 |
| 8.3.1. Aprendizaje cooperativo | 235 |
| 8.3.2. Centros de interés | 236 |
| 8.3.3. Aprendizaje Basado en Proyectos (ABP) | 238 |
| 8.3.4. Rincones | 239 |
| 8.3.5. Docencia compartida | 239 |
| 8.4. Estrategias centradas en el alumnado: mejora del autocon- cepto y de la competencia social | 240 |
| 8.5. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).. | 244 |
| 8.6. Productos de apoyo para la intervención logopédica | 250 |
| Preguntas de autoevaluación | 257 |

| | |
|---|-----|
| Capítulo 9. El contexto familiar | 259 |
| 9.1. La familia como sistema de apoyo y agente educador | 259 |
| 9.2. La colaboración escuela, familia y comunidad | 263 |
| 9.3. Familia y discapacidad. Del impacto a la normalización | 266 |
| 9.4. Sistemas de atención y orientación a la familia | 271 |
| Preguntas de autoevaluación | 275 |
| Solucionario | 277 |
| Bibliografía | 279 |

Trastornos de la comunicación y el lenguaje frecuentes en los contextos educativos

2

La escuela actual acoge a todos los niños desde los seis a los dieciséis años, sin distinción de sus circunstancias personales, biológicas, sociales o culturales. Aunque el nivel de la Educación Infantil no es obligatorio, lo cierto es que prácticamente todos los niños se encuentran escolarizados desde los tres años. Por tanto, en la escuela se encuentran todos los casos de trastornos comunicativo-lingüísticos y es allí donde debe dárseles la respuesta educativa adecuada. Los trastornos del lenguaje oral y escrito son los que presentan mayor trascendencia en el desarrollo educativo por ser los responsa-

Cuadro 2.1. Trastornos frecuentes en contextos escolares

| | <i>Afectación</i> | <i>Trastornos</i> |
|---|--------------------------------|------------------------------|
| Lenguaje oral | Voz | Disfonías |
| | Articulación y expresión oral | Disartrias |
| | | Disglosias |
| | | Dislalias |
| | Adquisición del lenguaje | Retrasos del lenguaje TEL |
| | Lenguaje expresivo-comprensivo | Afasia |
| | Fluidez del habla | Disfemia |
| Problemas asociados a trastornos psicológicos | Mutismo electivo | |
| Lenguaje escrito | Lectura | Dislexias |
| | Escritura | Disgrafías |

bles principales de las dificultades de aprendizaje de los alumnos afectados y condicionantes de su éxito o fracaso escolar.

El origen de los trastornos del lenguaje puede ser variado. En general, cuando la causa puede localizarse en una lesión o disfunción neurológica, se emplea el término *orgánico*, y si no es posible descubrir causas de este tipo se consideran trastornos *funcionales*. En el cuadro 2.1 se muestra la clasificación general de los trastornos que siguen en este capítulo.

2.1. Trastornos del lenguaje oral

Las alteraciones o trastornos del lenguaje son patologías que dificultan, de manera más o menos permanente y de forma más o menos severa la comunicación lingüística, afectando no solo a aspectos lingüísticos (fonológicos, sintácticos, pragmáticos o semánticos, tanto en el nivel de comprensión y decodificación como de expresión o producción-codificación), sino también intelectuales y de la personalidad, interfiriendo en el rendimiento escolar y en las relaciones y vida social y familiar de los individuos afectados.

2.1.1. Disfonías

A) Caracterización

Las disfonías son trastornos de la voz de origen orgánico o funcional que afectan al timbre, la intensidad, la extensión y la duración de la voz. Se manifiestan por el enronquecimiento del timbre de la voz. El habla se ve forzada con una excesiva tensión en los músculos de la cara, cuello, hombros o tórax. La respiración suele ser torácica superficial y el flujo aéreo espirado débil.

Las dificultades fonatorias más características son ataques de voz (golpe de glotis), gallos, sonidos inaudibles y forzados, respiración ruidosa y fatiga vocal; sensación de esfuerzo desmedido al hablar; descoordinación motriz sobre los órganos de articulación y la respiración; voz monótona y falta de armónicos y extensión de voz muy reducida a registros graves.

La conversación normal requiere mucho esfuerzo, por lo que el paciente procura utilizar frases cortas y buscar la mayor economía de aire. Los finales de las frases son generalmente inaudibles o terminan sin aliento y sin voz.

Los niños con predisposición a la aparición de las disfonías infantiles son niños con tendencia a juegos físicos violentos; los de alto riesgo a trastornos ORL (rinitis, otitis de repetición, laringitis); con trastornos pulmonares (asma, tos ferina, bronquitis), niños intervenidos quirúrgicamente; con malformaciones laríngeas congénitas o con déficits auditivos que dificulten el control auditivo de la propia voz.

B) Clasificación de la las disfonías

En función de su etiología, las disfonías de mayor interés por su mayor incidencia y buena respuesta al tratamiento logopédico son las disfonías *orgánicas* y las disfonías *funcionales* y a ellas nos referiremos, no sin hacer mención de otros tipos de disfonías menos frecuentes, como las *traumáticas*, provocadas por traumatismos externos (accidentes o agresiones) o internos (como las producidas por las sondas nasogástricas); *psicógenas*, producidas por un trastorno psicológico y *audiógenas*, alteraciones de la voz como consecuencia de un déficit auditivo.

- Disfonías orgánicas

Son alteraciones de la voz causadas por lesiones anatómicas en los órganos fonatorios, tales como inflamaciones e infecciones; artritis o artrosis, propias de adultos de cierta edad o edad avanzada; enfermedades del aparato respiratorio, como bronquitis o asma; enfermedades endocrinológicas, hipotiroidismo e hipertiroidismo, tumores; alteraciones de las cuerdas vocales, paresias y parálisis por afecciones musculares o del nervio recurrente o malformaciones congénitas.

Generalmente este tipo de disfonías responde bien a la intervención logopédica, si bien en muchos casos la inter-

vención debe ir asociada a un tratamiento médico o farmacológico.

- **Disfonías funcionales**

Constituyen una alteración de la voz sin que exista una lesión anatómica en los órganos fonatorios. Pueden ser producidas por *abuso vocal*, relacionadas con una mala higiene vocal, como es hablar excesivamente, chillar, gritar, aclaramiento excesivo de la garganta o tos excesiva, vocalizaciones forzadas, cantar con una técnica inadecuada, inhalación de polvo, humo y gases nocivos, entre otras posibles; *mal uso vocal*, hablar con una intensidad o tono más altos de lo necesario. El abuso y mal uso vocal conjunto se conoce como *fonoponís*.

El tratamiento logopédico es eficaz si se corrigen los malos hábitos o se eliminan las causas que las producen.

C) *Manifestaciones en el contexto escolar y pautas de actuación*

La intervención logopédica en disfonías tiene como objetivo la mejora de la calidad vocal y la inteligibilidad de la emisión. La disfonía es un trastorno que puede afectar tanto a los alumnos como a los docentes, por lo que en los contextos escolares el logopeda desempeña un papel destacado, tanto en la intervención directa como en el asesoramiento de docentes y familias. La recomendación general es que se observen normas estrictas de higiene vocal y se eviten sobreesfuerzos, no hablar en ambientes ruidosos o en ambientes inadecuados o poco saludables. Algunas pautas de actuación para la prevención son las siguientes:

- Promover que las actividades escolares se realicen en ambientes poco ruidosos, con el fin de que tanto los alumnos como los docentes no deban forzar la voz, gritar o chillar.
- Enseñar a los niños a hablar sin agotar el aire de los pulmones y a realizar una respiración correcta.

- Procurar ambientes limpios, exentos de partículas de polvo u otras sustancias nocivas.
- Promover que los niños tengan una adecuada hidratación de las cuerdas vocales, beban agua con cierta frecuencia y evitar que los ambientes sean demasiado secos.
- Enseñar a los niños a no toser con fuerza excesiva para aclarar la voz, sino espirando el aire mediante una tos productiva, después de una respiración profunda y produciendo un sonido de “H” silenciosa y forzada mientras se expulsa el aire.
- Resaltar la importancia del adecuado descanso nocturno de los niños, respetando el número de horas de sueño que cada niño necesita.
- Informar a las familias sobre la necesidad de vigilar en sus hijos hábitos de buena higiene vocal y dar pautas para los casos en los que se observen malas prácticas vocales.

2.1.2. *Disartrias*

A) *Caracterización*

La disartria es un trastorno motor del habla causado por una lesión del sistema nervioso central o periférico que implica alteraciones motrices de respiración, fonación, articulación, resonancia y prosodia. Suele coincidir con cierto grado de debilidad, lentitud, incoordinación y alteración del tono muscular.

No existe alteración de la comprensión lingüística, sino solo afectación del componente motor, por lo que el nivel intelectual no es un elemento diagnóstico. La *anartria* es el caso extremo, cuando existe una imposibilidad absoluta de articular distintamente los sonidos.

Desde el punto de vista educativo, la disartria suele tener como consecuencia un rendimiento escolar bajo. Los niños que la padecen pueden creer hablar bien sin darse cuenta de sus errores y en otras ocasiones, aunque sean conscientes de ellos, son incapaces por sí solos de superarlos.

Los errores característicos son:

1. *Sustituciones*. Es el error de articulación que consiste en que un sonido es reemplazado por otro. Ante la dificultad para realizar una articulación el niño la sustituye por otra que le resulta más fácil o bien percibe mal el sonido y lo reproduce tal como él lo discrimina. Es el error más frecuente dentro de las disartrias funcionales y el que presenta más dificultades para su corrección. Las formas más frecuentes son la sustitución de //r// por //d// o por //g//; //s// por //θ// y del sonido //k// por //t//
2. *Omisiones*. Se omite el fonema (“ata” por pata), o toda la sílaba en que se encuentra el fonema (“lota” por pelota).
3. *Inserciones*. Se intercala un sonido que no corresponde a esa palabra para apoyar y resolver la articulación del dificultoso (por ej. “Enerique” por Enrique).
4. *Distorsiones*. Se articula el sonido de forma incorrecta pero aproximada a la adecuada y sin llegar a ser una sustitución.

B) Clasificación

1. *Disartria flácida*: la lesión se localiza en la neurona motriz inferior, con afectación de los movimientos voluntario, automático y reflejo. Tiene como notas descriptivas:
 - Flacidez y parálisis con disminución de reflejos musculares.
 - Atrofia de las fibras musculares.
 - Debilidad o fatiga durante el ejercicio de la musculatura ocular y escapular.
 - Posible afectación de la musculatura respiratoria.
 - Afectación de la lengua.
 - Afectación de los movimientos del paladar.
 - Disminución del reflejo nauseoso.
 - Deglución dificultosa.
 - Debilidad de las cuerdas vocales, paladar y laringe.
 - Alteraciones respiratorias (rápida y superficial).
 - Voz ronca y poco intensa.

- Hipernasalidad.
 - Articulación consonántica distorsionada.
2. *Disartria espástica.* La afectación se produce a nivel de la neurona motriz superior, ocasionando debilidad y espasticidad en un lado del cuerpo, en los músculos distales de las extremidades, la lengua y los labios; resistencia al movimiento pasivo de un grupo muscular; reflejos de estiramiento muscular exagerados; presencia de reflejos patológicos; afectación de la respiración y la fonación, con tono bajo y monótono y voz ronca; dificultades en la articulación y lentitud en el habla; producción de frases cortas con interrupciones tonales o de la respiración y alteración del control emocional con inicio repentino de llanto o risa excesivos y sin ningún motivo.
 3. *Disartria atáxica.* Se debe a lesiones en el cerebelo, órgano que regula la fuerza, velocidad, duración y dirección de los movimientos ocasionados en otros sistemas motores, produciendo hipotonía de los músculos afectados, posible irregularidad de los movimientos oculares, afectación de la fonación con una voz áspera, monótona y con escasas variaciones en la intensidad, distorsiones en la articulación del habla y alteraciones de la prosodia.
 4. *Disartrias por lesiones en el sistema extrapiramidal.* El sistema motor extrapiramidal, constituido por los núcleos grises subcorticales, es el responsable de regular el tono muscular necesario para mantener una postura o cambiarla, organiza los movimientos asociados a la marcha y facilita el automatismo en los actos voluntarios que requieren destreza. Es el encargado de la regulación del tono muscular en reposo y de los músculos antagonistas cuando hay movimiento, de la regulación de los movimientos automáticos, así como del ajuste entre la mímica facial y las sincinesias ópticas. Las lesiones en el sistema extrapiramidal pueden ocasionar dos tipos de disartrias:
 - *Hipocinéticas:* caracterizadas por movimientos lentos, limitados y rígidos, movimientos repetitivos en los músculos del habla, voz débil, articulación defectuosa y

carente de inflexión, frases cortas, monotonía tonal y variabilidad en el ritmo articulatorio.

- *Hipercinéticas*: movimientos rígidos y excesivos de la musculatura orofacial que afecta a todas las funciones motóricas básicas, como la respiración, fonación, articulación y resonancia, que pueden resultar afectadas aleatoriamente de forma sucesiva o simultánea de manera que no es posible prever el momento de su aparición.
5. *Disartria mixta*. Es la forma más compleja, ya que es resultado de la combinación de las alteraciones propias de los sistemas motores afectados.

C) Manifestaciones escolares y pautas de actuación

El tratamiento logopédico debe orientarse hacia la superación de las dificultades en la producción del habla, con el objetivo de mejorar la articulación y modificar los síntomas que inciden en la inteligibilidad y, consecuentemente, de la funcionalidad comunicativa de la persona. Para ello es preciso intervenir en varios campos, tales como la postura, el tono y la fuerza muscular, la mecánica respiratoria, las deficiencias laríngeas durante la fonación, el exceso de resonancia o hipernasalidad, los defectos en la articulación y la alteración de la prosodia.

2.1.3. Disglosias

A) Caracterización

La disglosia es un trastorno de la articulación que afecta a distintos fonemas producida por alteraciones anatómicas o fisiológicas de los órganos periféricos del habla sin que exista trastorno neurológico. Se caracteriza por:

- Una malformación orgánica evidente o que está claramente descrita en los informes clínicos.

- No aparecen déficits auditivos graves.
- Las alteraciones en la articulación son causadas por malformaciones orgánicas congénitas, malformaciones orgánicas periféricas, déficit en el desarrollo de los órganos periféricos o traumatismos.
- Agilidad reducida en el movimiento de los órganos fonarticulatorios.
- Sustituciones de unos fonemas por otros.
- Ininteligibilidad de las palabras, que depende de los casos y del grado de afectación, que puede variar desde un lenguaje prácticamente normal hasta llegar a ser prácticamente incomprensible.
- Pueden aparecer alteraciones de la voz asociadas.
- Genera dificultades en la lectoescritura que generalmente conducen a un retraso escolar.

B) Clasificación

1. *Disglosia labial*. Trastorno de la articulación de los fonemas por la alteración de la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios. Las más frecuentes se deben a los labios leporinos, frenillo labial superior y neuralgia del trigémino.
2. *Disglosia mandibular*. Trastorno de la articulación producido por alteración de la forma de uno o ambos maxilares. Los más frecuentes son el prognatismo, el retroprognatismo, las resecciones de una, otra o ambas mandíbulas y las anomalías dentarias.
3. *Disglosia lingual*. Alteración de la articulación por un trastorno orgánico de la lengua que afecta a la rapidez, exactitud y sincronismo de los movimientos de la lengua. Las más frecuentes son el frenillo lingual, parálisis del hipogloso, macroglosias y microglosias.
4. *Disglosias palatinas*. Alteración de la articulación causada por alteraciones orgánicas del paladar óseo y del velo del paladar. Las más frecuentes son la fisura del paladar, el velo largo o corto del paladar y la rinolalia abierta o cerrada.

C) Manifestaciones escolares y pautas de actuación

La intervención logopédica parte de una exploración exhaustiva de los órganos bucofonatorios y la localización del órgano responsable de la disfunción articulatoria, con el fin de determinar el grado de afectación y las características que presente el paciente. El tipo de malformación condiciona el tratamiento a seguir, aunque en la mayor parte de los casos es preciso entrenar las funciones motoras y neurovegetativas, los órganos fonoarticulatorios y la articulación del habla. Están recomendados los ejercicios linguales de tensión y relajación, agilidad, alargamiento del frenillo lingual, fuerza y vibración; ejercicios labiales de cierre, agilidad, tensión y relajación; del velo del paladar para su sensibilización, agilidad y control de la fuga nasal, ejercicios con la mandíbula de movilidad fronto-posterior y lateral, apertura y cierre, así como ejercicios de los músculos de la cara.

2.1.4. Dislalia

A) Caracterización

La dislalia es un trastorno en la articulación de uno o varios fonemas que se manifiesta por la ausencia o la alteración de algunos sonidos concretos del habla o por la sustitución de estos por otros de forma impropia en personas que no muestran patologías comprometidas con el sistema nervioso central ni en los órganos fonoarticulatorios a nivel anatómico (Peña-Casanova, 2013). Es más frecuente en los niños que en las niñas y puede considerarse normal hasta los cuatro o cinco años de edad, momento en el que la mayoría de los niños han adquirido una pronunciación correcta de los fonemas.

B) Clasificación

Por la causa que las produce, las dislalias se clasifican en:

- *Orgánicas*

Están originadas por una alteración o malformación de los órganos fonoarticulatorios que impiden una articulación correcta, tales como fisura palatina, labio leporino o frenillo lingual. Las características de este trastorno son agilidad reducida en el movimiento de los órganos fonoarticulatorios; aparición de sustituciones frecuentes de unos fonemas por otros; se comprenden mal las palabras emitidas, desde un lenguaje prácticamente normal hasta llegar a ser prácticamente ininteligible; pueden aparecer alteraciones de la voz asociadas (disfonías).

Provoca dificultades de aprendizaje, en la lectoescritura y es causa de retraso escolar.

- *Evolutiva*

Supone el retraso en la aparición del habla, produciéndose errores sin causa patológica manifiesta. Hay dificultades en la articulación de algunos fonemas. La discriminación y producción de sonidos aislados se da sin dificultad y la comprensión es prácticamente normal. Los errores son de tipo fonológico exclusivamente; el nivel del vocabulario se encuentra dentro de patrones normales y la estructuración morfosintáctica es correcta. El niño es capaz de describir sucesos y explicar acontecimientos, pero su habla es difícil de entender. Normalmente desaparecen con el tiempo y no deben ser intervenidas antes de los cuatro años.

- *Audiógena*

Causada por una deficiencia auditiva, por lo que el niño que no oye bien no articula correctamente al no tener una adecuada discriminación auditiva y confunde unos fonemas con otros, sobre todo con los más semejantes. La intervención debe estar orientada a mejorar la discriminación auditiva, corregir los fonemas alterados e implantar los inexistentes.

- *Funcional*

Trastorno de la articulación de alguno o algunos fonemas. La sintomatología responde a las siguientes características: edad superior a los cuatro años; habla ininteligible, muchos fonemas se encuentran alterados por distorsión, sustitución u omisión de fonemas en el principio, medio o final de palabra, en habla coloquial y/o en repetida; la comprensión del lenguaje es normal, la discriminación auditiva es adecuada y no es una característica cultural o regional de la zona donde se habita.

Según Gallardo y Gallego (2003), los errores característicos son los de omisión, sustitución, distorsión e inserción (véase el apartado 2.1.2). Estos autores proponen para la evaluación un proceso que incluye la evaluación de la articulación y la evaluación de las bases funcionales de la articulación (cuadro 2.2). Las observaciones se han de ir anotando en una hoja de evaluación en la que han de estar reflejados los fonemas alterados.

Cuadro 2.2. Proceso de evaluación de la dislalia (Gallardo y Gallego, 2003)

| <i>Objetivo</i> | <i>Aspecto a evaluar</i> | | <i>Estímulo - material</i> | |
|--|--------------------------|-------------------------|----------------------------|---------------------|
| Evaluación de la articulación | Lenguaje espontáneo | | Conversación libre | |
| | Lenguaje dirigido | Sin referencia visual | Preguntas inductoras | |
| | | Con referencia visual | Objetos - fotos | |
| Lenguaje repetido (imitación provocada) | | Frases, palabras, etc. | | |
| Evaluación de las bases funcionales de la articulación | Audición | Discriminación auditiva | Sonidos - palabras | |
| | Aparato articulador | Habilidad motora | Lengua | Imitación |
| | | | Labios | Órdenes |
| | | | Paladar blando | |
| | Soplo | | Cantidad | Imitación |
| | | | Control | Órdenes |
| | | | Dirección | Materiales de soplo |
| Respiración | | Capacidad | Imitación | |
| | | Tipo | Exploración | |

C) *Manifestaciones escolares y pautas de actuación*

Los niños dislálicos muestran problemas al iniciar el aprendizaje de la lectoescritura, mostrándose distraídos, desinteresados y tímidos, lo que tiene una repercusión importante en el rendimiento escolar actual y futuro. El tratamiento logopédico suele tener buenos resultados en la enseñanza de los sonidos adecuados y la reeducación de los afectados. Algunas recomendaciones son las siguientes: tratar con presteza las infecciones de oído y los catarros; fomentar la respiración nasal en el niño y fortalecer los músculos articulatorios de la boca vigilando una correcta masticación de alimentos sólidos y realizar praxias bucales como soplar velas, silbatos o globos, absorber agua con pajita, producir onomatopeyas o hacer pedorretas.

El adulto debe ser ejemplo a seguir, por lo que ha de evitar un lenguaje infantilizado, no celebrar los errores articulatorios del niño como cosa graciosa, no abusar de los diminutivos y articular de manera clara.

El juego y la música deben utilizarse como instrumentos de motivación con el objeto de que el niño aprenda a distinguir los sonidos de manera divertida, lúdica, relajada y sin presión emocional.

2.1.5. *Retraso del lenguaje*

A) *Caracterización del trastorno*

Consiste en un retraso en la aparición o en el desarrollo de todos los niveles del lenguaje, fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático, si bien las conductas más llamativas son las alteraciones fonológicas y un léxico muy limitado. El acceso al lenguaje oral se inicia con un desfase de un año o año y medio más tarde de lo habitual y afecta principalmente a la expresión y en menor medida a la comprensión, sin que pueda achacarse a un trastorno del desarrollo, déficit auditivo o trastornos neurológicos. Normalmente, a pesar del desfase cronológico, se observa una evolución paralela a la estándar en los rasgos característicos de cada una de las etapas.

Un entorno estimulante y una buena capacidad intelectual pueden compensar el desajuste cronológico. Los niños con retraso simple