

Educación, Grado Infantil y Primaria

**M<sup>a</sup> Carmen Lamata Molina**

Grado Educación Infantil/Grado Educación Primaria  
Alteraciones de la voz y la articulación



# ALTERACIONES DE LA VOZ Y LA ARTICULACIÓN

## LA DISLALIA. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

<b>Indice</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1. ¿Cómo estudiar el tema?	¡Error! Marcador no definido.
2. Esquema del tema	4
3. Desarrollo de contenidos:	5
3.1. Evaluación de la Dislalia	5
3.2. Modelos de intervención	5
4. Referencias bibliográficas	27
5. Bibliografía	27

<b>Indice de Tablas</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 1. Adaptado de Hoja de Registro Fonológico. Hernández, H. y Toro, J. 2007	9
Tabla 2. Proceso de evaluación de las dislalias. Gallardo, J. Gallego, J. 1993: p.175	15
Tabla 3. Praxias orofaciales en función de la edad. Adaptado de Hernández y Toro, 2007	16
Tabla 4. Hoja de registro para programas conductuales de articulación. Gallardo, J. y Gallego, J. 1993	26

## 1. ¿Cómo estudiar este tema?

En el presente tema se aborda propiamente **la evaluación y tratamiento** de la dislalia. El objetivo del tema es presentar un marco de referencia útil, fundamentado en la teoría pero que ofrezca estrategias y modelos de aplicación práctica. En el tema anterior se dedicó el último apartado a afianzar nociones básicas que son necesarias para la buena comprensión del tema. De ahí que para iniciar su estudio se recomienda haber leído el tema anterior y tener además una visión clara del concepto y las características del trastorno.

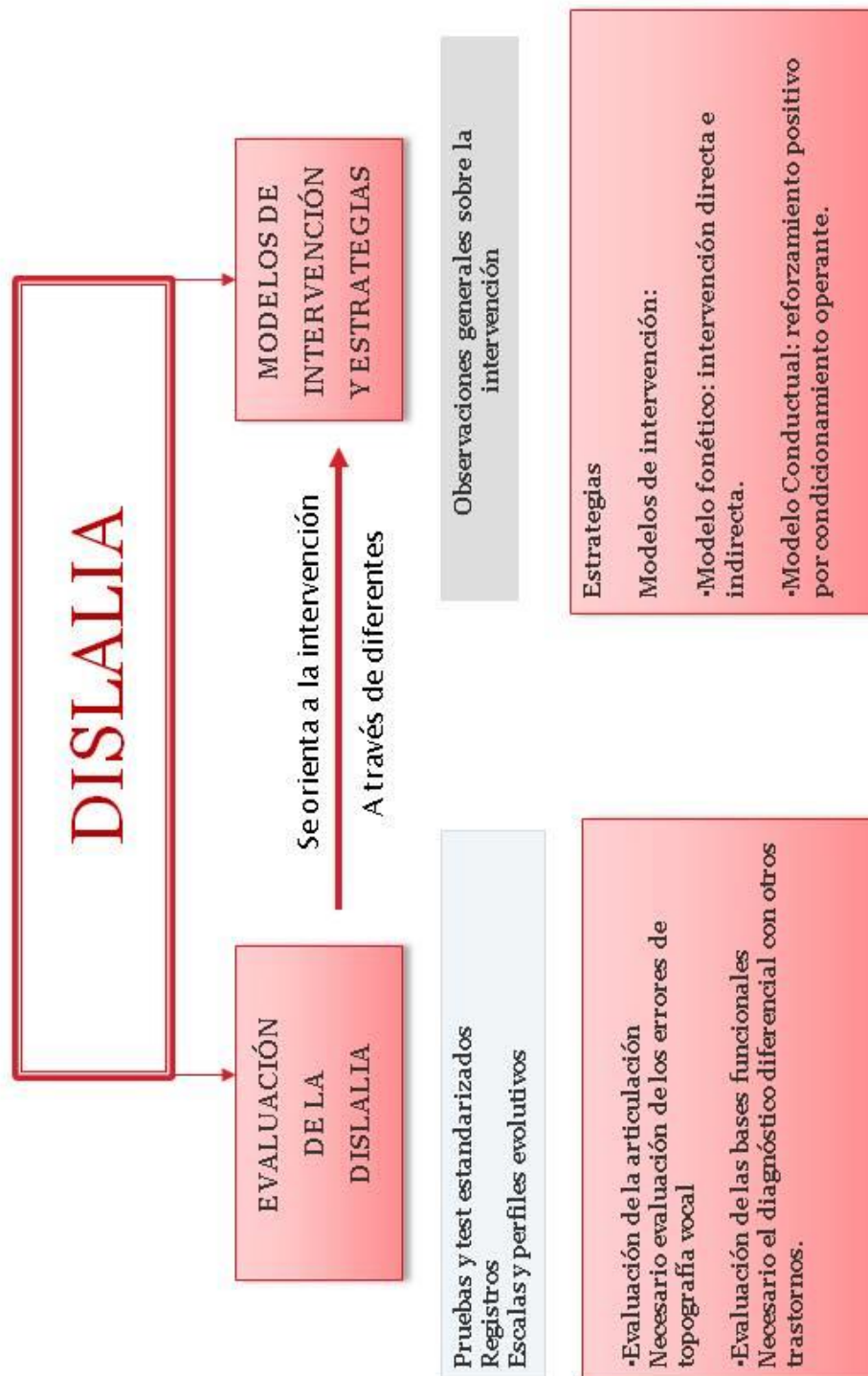
Este tema comienza con la evaluación de la dislalia. Se realiza una breve exposición de los principios y fundamentos de la misma y se incluyen algunos protocolos aplicables en la dislalia para evaluar el lenguaje oral. Seguidamente se señalan los dos modelos principales de intervención y se presentan ejemplos para facilitar la comprensión de los mismos. .

Para facilitar el estudio, fíjate antes de comenzar en el esquema del tema. Después lee detenidamente cada uno de los apartados que se desarrollan. Pon atención a las ideas destacadas en negrita y los cuadros donde se enfatizan conceptos clave. Después realiza las preguntas del test y la actividad propuesta.

A final del tema encontrarás las referencias bibliográficas de los autores que se han mencionado así como la bibliografía básica por si quieres ampliar o saber más sobre el tema.

## **2. Esquema del tema**

---



### 3. Desarrollo del tema

---

#### 3. 1. Evaluación de la dislalia.

El **principio que guía** la evaluación de un trastorno del lenguaje, en este caso de la dislalia, es poder **diseñar con posterioridad una intervención** acertada para mejorar la calidad de las competencias lingüísticas y comunicativas del niño o del sujeto. Para ello hemos de conocer la naturaleza y las manifestaciones del trastorno y realizar un buen diagnóstico.

Para evaluar la dislalia se pueden emplear los métodos típicos de evaluación del lenguaje oral. Normalmente se recurre a emplear **pruebas o test estandarizados, analizar registros de interacción más o menos espontáneos y utilizar perfiles evolutivos estándar** en función de la edad del niño o sujeto. En todos los casos la evaluación persigue analizar la comunicación oral, que es una conducta dinámica, tomando como referencia características fónicas estáticas del lenguaje.

Al plantearnos qué procedimiento seguir para evaluar una posible dislalia, es bueno conocer las **ventajas e inconvenientes** de los diferentes métodos. En este sentido Monfort, M y Juárez, A. (1996) señalan ciertas ventajas de la aplicación de test de lenguaje. Los test facilitan la aplicación por su sencillez, dan estabilidad formal, posibilitan una mayor rapidez de corrección y, cuando están baremados, aportan una valoración numérica muy clara. No obstante; también presentan inconvenientes asociados. Los test se realizan en situaciones artificiales, miden aspectos limitados de la función lingüística y se prestan a generalizaciones excesivas en los resultados. Dentro de la aplicación de los test, los autores **recomiendan decantarse por emplear pruebas específicas de determinados aspectos del lenguaje** (Ej. pruebas de expresión lingüística). Algunos ejemplos de estas pruebas son:

Pruebas o instrumentos de evaluación en castellano **con baremación española** son:

- **Prueba de Articulación Fonemática. Vallés, (1990).** Específicamente dirigida a la detección de dislalia de tipo funcional, evalúa las dificultades articulatorias en diferentes dimensiones: respiración, habilidad bucolingual, discriminación auditiva, articulación de fonemas en lenguaje espontáneo, etc...
- **Registro fonológico inducido. CEPE** (Evalúa pronunciación en población infantil de 3-6 años. Aplicación individual).
- **Prueba de Evaluación del Desarrollo Articulatorio. Miras y Fernández, (1998).** Se trata de un instrumento para el seguimiento del habla en edades tempranas y la

consiguiente estimación de si requiere apoyo o intervención para mejorar su desarrollo

- **Test Illinois de aptitudes psicolingüísticas ITPA. TEA** (10 subtest de recepción y de producción. Evalúa población infantil de 3-9 años. Aplicación individual).
- **Reynell Developmental Language Scales. MEPSA.** (Evalúa expresión y comprensión verbal con objetos y dibujos en población infantil de 1-3 años. Aplicación individual).
- **Prueba de lenguaje oral PLON del Departamento de educación y Cultura del gobierno de Navarra.** (Evalúa aspectos fonológicos, morfosintácticos, léxicos y pragmáticos. en población infantil de 3-7 años. Aplicación individual)

Pruebas o instrumentos de evaluación en castellano con **baremación hispanoamericana** son:

- **Batería de pruebas para el desarrollo del lenguaje del niño de acuerdo con el modelo de Spreen y Bneton. MENDILAHARSU, 1981** (Evalúa comprensión y expresión en población infantil de 6-13 años. Aplicación individual).
- **Prueba de lenguaje oral MENH. Ed. Méndez Oteo. México** (14 pruebas de discriminación, comprensión y expresión. Evalúa población infantil de 6-12 años. Aplicación individual).
- **Screening test of Spanish Grammmar.** (Evalúa comprensión y expresión a través de elementos gráficos en población infantil de 3-7 años. Aplicación individual).
- **Development Assesment of Spanish Grammar.** (Análisis de registro en población infantil de 3-7 años. Aplicación individual).

Otra posibilidad es proceder al **registro y posterior análisis de las conductas espontáneas del niño**, tanto las de carácter lingüístico como otras manifestaciones no verbales y observaciones relevantes para la evaluación. En cuanto a la **muestra de enunciados**, en general se trata de recoger entre 50-100 enunciados consecutivos. Si es posible la grabación se facilita la transcripción. Por último se estudian en función de los parámetros que nos interesan. Este tipo de técnica presenta las ventajas de superar la artificialidad y reduccionismo de los test formales pero implica mayor coste de tiempo de análisis, mayor imprecisión en las condiciones de registro y su aplicación suele ceñirse a las primeras edades por falta de referencias normativas precisas sobre el desarrollo lingüístico a partir de los cinco años. Para realizar las grabaciones puede ser de ayuda recurrir a programas informáticos que agilizan el registro. Monfort, M y Juárez, A. (1996) proponen el Programa CLEAR -

computerized Language Error Analysis Report- de Baker-Van de Goorberg, 1990 o el programa informatizado para el Larsp de Criystal en Bishop, 1984.

También es posible **utilizar las escalas evolutivas**. En este caso se trata de evaluar utilizando normas estándar ya publicadas donde figuran listados de conductas observables ordenadas jerárquicamente en función de su aparición cronológica en el desarrollo. A través de cuestionarios que cumplimenta el evaluador y la familia, o en su caso se le puede pedir también al profesor de aula, se establece un perfil evolutivo del niño y éste se **compara con el estándar** propio de su edad. Tienen la ventaja de que sirven de referencia para la posterior intervención, la programación pedagógica y la posterior reevaluación del caso. Algunas de las más utilizadas en población infantil de 0 a 6 años y que resulta aplicable en lengua castellana es La Guía Portage de Educación Preescolar (Bluma y col., 1978). Esta guía se compone de 578 fichas que resumen los comportamientos más relevantes de dicho período y se organizan en 5 áreas de desarrollo entre las que se encuentra el lenguaje, la cognición y el desarrollo motoriz (de especial relevancia para la evaluación de la dislalia).

Con todo, para garantizar una evaluación completa y rigurosa, se considera que **el diagnóstico y las conclusiones de la evaluación han de extraerse del análisis de un conjunto de informaciones** obtenidas de la anamnesis, informes médicos, informe psicopedagógico, pruebas específicas aplicadas y observación clínica del caso. El test confirma y ayuda a fijar numéricamente en el tiempo las conclusiones obtenidas. Pero los cuestionarios, escalas evolutivas y la observación mejoran notablemente la riqueza de la información y la fidelidad de lo registrado. De ahí que, comp propuesta de evaluación de la dislalia, convenga aplicar pruebas específicas y triangular los resultados con otros métodos de registro, observación, etc... **La calidad de la evaluación depende directamente de la buena recogida de información y la experiencia del evaluador** en el estudio del trastorno y sus manifestaciones así como su capacidad para discriminar si existe diferencia significativa conforme a la norma, en qué aspectos, en qué situaciones o contextos así como su capacidad para identificar otros factores o conductas que refuerzan los errores detectados o pueden obstaculizar la mejora.

Las **dificultades articulatorias** se evalúan en el nivel fonético, normalmente ordenadas en base a los **cinco tipos de errores de topografía vocal: sustitución, distorsión, omisión, inserción o adición, e inversión**. Estos errores no son excluyentes. Un niño con dislalia puede cometer errores en uno o varios de ellos.

Gallardo, J. y Gallego, J. (1993), en base a la experiencia clínica, señalan sobre la evaluación de estos errores lo siguiente:

- **Sustitución:** el niño articula un fonema en lugar de otros. Cuando no puede articular bien un fonema determinado lo reemplaza por otro conocido que le presenta menor dificultad. En algunas ocasiones el error se debe a una mala percepción auditiva, el niño no discrimina la diferencia entre ambos fonemas sustituyendo uno por el otro. Es **el error más frecuente y más difícil de corregir**, porque el niño suele tener asentado el hábito de articulación errónea. Las sustituciones más frecuentes son:



- /l/, /d/, /g/ y /r/ en lugar de /r/. Ej. "Damón tene uno toche"
- /t/ en lugar de /k/
- Sinfón con /l/ por sinfón con /r/
- /θ/ por /f/
- /d/ por /l/

Ej. "Damón tene uno toche" por Ramón tiene un coche.

Estos errores tienen **denominación específica** en función de los fonemas implicados en la sustitución: frontalización (ej. "boro" por "gorro"), posteriorización ("caza" por "taza"), oclusivización de fricativa ("plecha" por "flecha"), etc... También se habla de errores de asimilación cuando la sustitución se realiza "contagiada" por un fonema o sonido posterior. Ej. "bobo" por "globo" (asimilación labial), "gojo" por "rojo" (asimilación verlar).

- **Distorsión:** es el **segundo de los errores en la dislalia por orden de frecuencia**. El niño articula un fonema de forma incorrecta produciendo un sonido distorsionado que se aproxima pero no es el fonema correcto. Se da más en posición intravocálica, suele deberse a una posición o movimiento incorrecto de los órganos articulatorios, a falta de control del soplo espiratorio o falta de vibración en las cuerdas vocales.

Ej. El niño no pronuncia adecuadamente la palabra "perro", realiza movimientos extraños sacando la lengua o haciendo vibrar los labios en lugar de la lengua, pero no llega a articular "pelo o pedo o pello" en sustitución.

- **Omisión:** el niño no articula el fonema que le presenta dificultad. Este error es muy **frecuente en los niños con retraso en el desarrollo del lenguaje, privación afectiva y/o sociocultural**. También se da la omisión de sílabas enteras o el fonema de enmedio de la palabra en polisílabas o palabras de difícil articulación. Lo más frecuente es omitir un fonema cuando está en situación implosiva, cerrando la sílaba y en los sinfonos. "cuato" por "cuarto", "fesa" por "fresa", "tefeco" por "teleférico".
- **Inserción:** es un **error menos frecuente**. El niño añade un fonema como apoyo a la articulación de otro que le presenta dificultad. Es común que se dé en los **sinfones** y en el lenguaje vulgarizado. Ej.: "palato" por "plato".

- **Inversión, Metátesis:** Consiste en **cambiar el orden** de los sonidos. Ej. El niño dice “comolotora” en lugar de “locomotora”.

A modo de ejemplo se presenta un fragmento de una hoja de registro fonológico para hacer anotaciones de sustituciones, omisiones y distorsiones (Hernández, H. y Toro, J. 2007):

HOJA DE REGISTRO FONOLÓGICO							
Nombre: Curso escolar: Fecha de la evaluación:				Edad: Idioma materno: Observaciones:			
Cara	Cara	Lápiz	Lápiz	Plancha	Plancha	Piedra	Piedra
k_____	_____	p_____	_____	pl_____	_____	p_____	_____
r_____	_____	z_____	_____	cl_____	_____	dr_____	_____
Peine	Peine	Cielo	Cielo	Diente	Diente	Globo	Globo
ei_____	_____	z_____	_____	d_____	_____	g_____	_____
n_____	_____	ie_____	_____	t_____	_____	b_____	_____
		l_____	_____				

(Tabla 1. Adaptado de Hoja de Registro Fonológico para hacer anotaciones de sustituciones, omisiones, distorsiones. Hernández, H. y Toro, J. 2007: p.133).

Como parte de la evaluación de la dislalia es **indispensable** el **diagnóstico diferencial con otros trastornos**. Ante la dificultad de articulación hay que comprobar si existen malformaciones orgánicas, lesiones del sistema nervioso central o incoordinación de los

órganos articulatorios o dificultades de audición. También hemos de discriminar si estamos ante una dislalia funcional o las alteraciones del niño o sujeto están asociadas a trastornos más complejos del lenguaje. En base a ello las líneas de intervención cobran matices diferentes. Por ejemplo, como parte de la evaluación de la dislalia puede valorarse a nivel anatómico:

- Si existe labio superior corto, labio normotónico, hipertónico, hipotónico o labio leporino.
- Si se presenta normoglosia, macroglosia, frenillo, tonismo.
- Si la conformación del paladar óseo es ojival o figurado.
- Si existe prognatismo o retroprognatismo de la mandíbula.
- Si se da implantación y correcta articulación dentaria, normoclusión, vestibuloclusión o infraoclusión.

Según Hernández, M. y Toro, F. (2007, 2009) **objetivos principales** de la evaluación de la dislalia son los siguientes:

1. Determinar si el niño o adulto presenta un problema o no.
2. Determinar si se trata de un problema de articulación o existe un déficit más general del lenguaje.
3. Determinar las líneas base al comienzo de la intervención.
4. Determinar factores que mantienen o refuerzan el problema (anomalías estructurales, factores emocionales, patología O.R.L., etc).

Existe cierto consenso en los autores (Monfort, 1984; Gallego, J. y Gallardo, J. 1993; Hernández, M. y Toro, F. 2007, 2009, Coll-Florit, M. 2013; Monfort, M. Juárez, A, 2013) en proponer que **el proceso de evaluación de las dislalias** se realice atendiendo dos aspectos principales: la evaluación **de la articulación** en diferentes situaciones así como la evaluación de **las bases funcionales** de la misma. En base a su revisión se describen a continuación el modo de proceder en ambos aspectos.

- **Evaluación de la articulación:**

- **Lenguaje espontáneo:** se evalúa el lenguaje oral para detectar los distintos tipos de errores y su lugar de colocación dentro de la palabra en una

conversación libre. Se busca lograr que a través del intercambio comunicativo el niño articule los diferentes fonemas. Esta evaluación conviene realizarla **una vez que el niño nos conoce**. Se realiza de manera individual, buscando un ambiente de confianza y una conversación amena y agradable sobre temas que motiven al niño o hablar, hobbies o intereses que tenga. Puede ser de ayuda para la evaluación tener algún material como muñecos, peluches, marionetas, cuentos o láminas.

- **Lenguaje dirigido sin referencia visual (Intraverbales):** en una sesión evaluadora se realizan preguntas inductoras al niño o sujeto cuyas respuestas implican la articulación de el fonema que deseamos evaluar o de determinados fonemas. Ej. Para favorecer la producción del fonema /p/-/t/, se pregunta: ¿Para entrar en un coche hay que abrir la..."
- **Lenguaje dirigido con referencia visual:** con el objetivo de ir afinando más en la evaluación de la articulación de determinados fonemas y poder especificar el tipo de errores que se dan, se evalúa el lenguaje en base a la estrategia de usar un lenguaje dirigido con referencias visuales. Esto permite que la vía y procesos implicados varíe. Cuando presentamos un objeto para que diga su nombre no estamos apelando a la vía o ruta auditiva sino que los estímulos son visuales. (Ej. usar tectos, objetos, fotos; para que el niño los nombre, describa, hable sobre ellos).
- **Imitación provocada de frases, palabras y sílabas:** este es el procedimiento más extendido para la evaluación de las dislalias. El evaluador puede usar listados de palabras, escoger aquellas que son adecuadas para evaluar el fonema o los fonemas que le interesan y en función de la edad y nivel de madurez del niño formar con ellas frases sencillas para que las repita.

Gallardo y Gallego, (1993) aclaran que, aunque debe realizarse la evaluación de la articulación bajo las diferentes condiciones expuestas, la **valoración final de la evaluación articulatoria** tendrá como base la del **lenguaje espontáneo** del niño.

- **Evaluación de las bases funcionales de la articulación:**

- **Discriminación auditiva de fonemas, sonidos y palabras:** se recomienda comenzar la evaluación solicitando al niño que identifique sonidos y ruidos conocidos para él. Inicialmente se pide al niño que señale o nombre la fuente sonora y progresivamente se busca llegar a la discriminación auditiva de sonidos parecidos. Como método de evaluación a seguir es conveniente pedir al niño que la **respuesta a dar ante cada fonema sea motora y claramente diferenciada**. Ej. Para evaluar la discriminación de /l/ y /r/ pedir al sujeto que al oír "tala" /l/ levante un brazo y si escucha "tara" /r/ golpee el suelo con el pie. Para la selección de palabras en la discriminación auditiva se pueden usar como material las listas fonéticas de Quilis o manuales prácticos como el

manual de discriminación auditiva y logopédica de Bústos, I. CEPE (1986, 1995).

- **Habilidad motora de lengua, labios y paladar blando:** en función del tipo de dislalia se van a evaluar algunas o todas las capacidades motoras. Es frecuente que en niños que presentan muchas dislalias exista una inhabilidad general de los movimientos de labios y lengua. En esta evaluación conviene saber que presenta mayor dificultad realizar un movimiento cuando es lento que cuando es rápido, cuando es largo que corto y cuando es fuerte frente a cuando es débil. A nivel general se evalúa:

**a) Labios:**

- La capacidad de presión de los labios (apretar uno contra otro).
- La capacidad de realizar movimientos lentos.
- La capacidad de proyección de labios y de sonreír.

Todas ellas se evalúan tanto por imitación como a través de órdenes para garantizar el acceso por las vías visual y auditiva. A nivel funcional, en el examen fonoarticulatorio suele pedirse:

A los 3-4 años:

- Fruncir y distender los labios contactando.
- Abocinar los labios.
- Besar.
- Imitar vocales en formas aisladas.
- Sonrisa contactando y sin contactar labios.

A los 4-5 años:

- Fruncir y distender los labios sin contactar.

- Secuencias de esquemas de vocales.
- Vibración de labios.

A los 5-6 años:

- Distender la comisura izquierda.
- Llevar los labios a una y otra comisura.

b) **Lengua:** se trata de observar si existe incoordinación, tensión, falta de velocidad o si la lengua trabaja en bloque con la laringe.

- La capacidad de realizar con la lengua movimientos lentos laterales y verticales.
- La capacidad de realizar con la lengua movimientos rápidos.
- La capacidad de tensar y relajar la lengua.
- Propulsión y retropropulsión.
- La capacidad de doblar la lengua. Aplanar sobre el piso de la boca, deprimir la base de la lengua.
- La capacidad de hacer vibrar la lengua.
- Posibilidad de colocar la lengua en puntos concretos.

c) **Paladar blando:** junto a los aspectos orgánicos y la conformación del mismo, se evalúan los aspectos funcionales.

- La capacidad de movimiento del paladar blando.
- Comprobar el cierre velofaríngeo mediante la emisión prolongada de a vocal "a"; emisiones cortas y repetidas de la "a".

- **Cantidad, control y dirección del soplo:** se evalúa el soplo en las tres dimensiones señaladas especialmente cuando se detecta una articulación poco intensa o cuando hay alteración en los fonemas explosivos o vibrantes.
  - **Cantidad de soplo:** se pide al niño que apague una vela soplando y ésta se coloca a determinada distancia variando así la potencia de soplo que se requiere para apagarla.
  - **Control de soplo:** se evalúa la capacidad para emitir una cantidad determinada de aire y mantenerla o regularla a voluntad. Un ejercicio práctico es pedir al niño que sople la base de una llama con una pajita pero que no la apague. Cuanto menor distancia exista entre la salida de la pajita y la llama el niño tendrá que realizar mayor control del flujo del aire.
  - **Dirección:** se evalúa la capacidad del niño de dirigir la emisión de soplo espiratorio hacia una dirección concreta. Un ejercicio que divierte a los niños es soplar pelotitas pequeñas de ping-pong para tratar de meterlas en una portería pequeña fabricada para ello.

Estos ejercicios han de procurar presentarse tanto a través de órdenes verbales como mediante el ejemplo previo para la imitación y contando con materiales específicos. Habitualmente se evalúa el soplo espiratorio bucal pero en determinadas ocasiones puede ser necesario evaluar a su vez el soplo nasal. Especialmente cuando se dan dislalias en los fonemas /n/ /m/ y /n/.

- **Capacidad respiratoria y tipo de respiración:** esta evaluación es siempre interesante y más aún si se observa que la capacidad de soplo está disminuida o no hay un correcto control de la emisión espiratoria.

Para ello podemos utilizar un espirómetro o basarnos en la comparación del aumento de volumen del tórax, abdomen o ambos, respecto de otro niño o de nosotros mismos.

- Mediante espirómetro: se realizan varias mediciones (se aconseja usar boquillas diferentes en cada uso) posteriormente se toma la medida más elevada que logra el niño y se compara con las tablas de referencia por talla, peso, edad y sexo.
- Una referencia para valorar la capacidad respiratoria es saber que normalmente la **frecuencia respiratoria es de 25 a 30 por minuto en niños de 1 a 6 años.**

- En cuánto al tipo de respiración se puede comprobar el mediante el aumento de volumen de diferentes zonas. Ej. Con el niño de pie o tumbado en la camilla poner una mano en el vientre y otra sobre el pecho y pedirle que respire para ver cuál es la que se desplaza. Para evaluar la respiración torácica el evaluador puede colocar las dos manos con las palmas hacia el niño y los pulgares extendidos tocándose levemente ambos, sobre la espalda del niño bajo las axilas. Si los pulgares se desplazan tenemos una respiración torácica. De la misma forma, pero en la cintura podemos valorar la respiración abdominal. Si se separan en ambos casos la respiración será completa.

Habitualmente el niño presenta una respiración torácica y cuando se llega a la edad adulta se produce un cambio pasando a la abdominal.

A modo de resumen de la **evaluación de la dislalia** se presenta la siguiente tabla:

Objetivo	Aspecto a Evaluar			Estímulo-Material
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...
Evaluación de las bases funcionales de la articulación	Audición	Discriminación auditiva		Sonidos-Palabras
	Aparato Articulador	Habilidad Motora	Lengua	Imitación Órdenes
			Labios	
			Paladar blando	
		Soplo	Cantidad	Imitación Órdenes Materiales de soplo
			Control	
			Dirección	
		Respiración	Capacidad	Imitación Exploración
			Tipo	

(Tabla 2. Proceso de evaluación de las dislalias. Gallardo, J. Gallego, J. 1993: p.175).

Como parte del **examen fonoarticulatorio**. Hernández, M y Toro, F. 2007 proponen las siguientes práxias orofaciales a realizar en función de la edad. Recomiendan hacer hasta dos praxias a los 4 años y tres a los seis.



<b>PRAXIAS OROFACIALES</b>	
<b>A los 2 años:</b>	
	- Sacar la lengua.
	- Abrir la boca.
	- Soplar mímica de la risa
<b>A los 3 años:</b>	
	- Cerrar los ojos.
	- Lengua arriba hacia las comisuras.
	- Correcta deglución.
	- Besar.
	- Imitar vocales en formas aisladas.
	- Sonrisa contactando y sin contactar labios.
<b>A los 4 años:</b>	
	- Inflar las mejillas, mostrar los dientes, lengua sobre los dos dientes..
	- Ápice dentrás de los incisivos superiores, distender labios sin contacto y contactando.
	- Vibración de labios, morder labio inferior, mímica del llanto.
<b>A los 5 años:</b>	
	- Morder labio superior, mímica de sorpresa, suspiro y escupir.
	- Chasquido de la lengua.
	- Guiñar ojo.
	- Tos
<b>A los 6 años:</b>	
	- Elevar cejas, abrir la boca y cerrar los ojos.
	- Expresión de enfado, arrugar la frente, vibración de la lengua.

Tabla 3. Praxias orofaciales en función de la edad. Adaptado de Hernández y Toro, 2007

### 3. 2. Modelos de Intervención.

Una vez realizada la evaluación de la dislalia y constatadas las dificultades articulatorias de uno o varios fonemas, se puede diseñar el programa de intervención específico para el niño o sujeto.

Existen **dos modelos fundamentales para el trabajo con niños o personas con dislalia**. El modelo fonético y el modelo conductual. Cada uno de ellos requiere de determinados conocimientos por parte del profesional. El **modelo fonético** precisa de formación técnica sobre los conocimientos fonéticos. Así como el **modelo conductual** se basa en la teoría del aprendizaje y las estrategias y técnicas de modificación de conducta. En ambos modelos el profesional que interviene ha de conocer muy bien la posición articulatoria correcta de cada uno de los fonemas para poder inducir su logro en el niño así como reforzar la producción correcta del sonido. En este sentido, aunque se trata de dos modelos diferentes de intervención, en ambos casos se suele requerir a técnicas comunes. Es frecuente que en el modelo conductual se utilicen los procedimientos metodológicos del fonético añadiendo el registro y la utilización de reforzadores. De la misma forma, cuando se aplica el método fonético también se usa normalmente un registro de las sesiones de intervención y se recurre a reforzadores aunque su empleo se haga de forma menos consciente o programada que en el conductual.

Se intervenga desde un modelo u otro para corregir una dislalia se pueden realizar las siguientes **observaciones generales**:

1.- Ha de elegirse el momento más oportuno para intervenir. Como en todos los trastornos del lenguaje, una vez realizada la detección precoz u obtenido el diagnóstico de dislalia se ha de intervenir para favorecer la articulación correcta. Dicho esto, conviene tener en cuenta que **para intervenir el niño debe contar con la edad mental, capacidad de atención y voluntad de iniciar la reeducación**. Cabe señalar, que antes de alcanzar la madurez de los órganos fonoarticulatorios (antes de los 4 años) muchos autores desaconsejan realizar la intervención de la dislalia porque las alteraciones pueden ser de tipo fisiológico o evolutivo. En estos casos se realizaría un seguimiento y se darían pautas a los padres y en caso de que asista, al centro infantil, para que no se refuercen los errores sino que se favorezca una emisión correcta en el niño.

2.- El niño que presenta dislalia, especialmente si tiene más de cuatro años y medio, ha establecido **un hábito incorrecto de pronunciación y requiere de reeducación logopédica**. En la mayoría de los casos el niño ha interiorizado la palabra tal y como él la pronuncia relacionándola con su significado. De la misma forma, también la familia y su entorno se han habituado a su manera de pronunciar determinadas palabras formándose un "sistema dialectal" compartido. Es importante ser consciente de estos hechos para entender que en ocasiones existen relaciones fuertemente establecidas que por sí solas no van a desaparecer y

requieren de intervención profesional. A menudo, el niño dislálico considera que la palabra tal y como él la pronuncia suena correcta.

**3.- El número y frecuencia de sesiones es variable.** Se aconseja una frecuencia de 3 sesiones semanales para obtener resultados más rápidamente. Si las sesiones se espacían en exceso, el niño suele olvidar las consignas dadas y retomar el hábito incorrecto de pronunciación. Si bien es cierto, que cuando los errores están asociados a determinados estado muscular sí conviene indicar ejercicios a realizar y distanciar las sesiones. Lo importante es poder realizar un trabajo de educación regular, que no fatigue al niño pero que le permita ir modificando hábitos articulatorios. Es muy difícil determinar un número de sesiones. Algunos autores sí se animan a aportar cuántas sesiones suelen conllevar la corrección de determinados problemas como referencia pero evidentemente existe una gran variabilidad individual sujeta a múltiples factores (capacidad intelectual, predisposición al tratamiento, número de fonemas alterados, apoyo familiar, etc...). Ej. Launay y Borel- Maissonny (1986) afirman que la reeducación de un sigmatismo es del orden de cinco a treinta sesiones, frente a ello la articulación gutural en el caso de un buen aislamiento de las cavidades nasales y orales y si el resto de la fonación es correcto, puede ser cuestión de tres o cuatro sesiones.

**4.- Duración de las sesiones:** las sesiones no deben extenderse más allá de la media hora de trabajo. Especialmente conviene que las primeras sesiones sean breves y no se prolonguen más allá de **20 minutos**. Inicialmente lo más importante es establecer una adecuada colaboración entre el profesional y el niño o sujeto así como un buen clima de trabajo caracterizado por la confianza y las expectativas de mejora.

4.- En el caso de niños la **colaboración de los padres es fundamental**. Cuando los padres colaboran en el tratamiento, éste es mejor y más rápido. El profesional ha de orientar a los padres para saber cómo pueden colaborar en la mejora del lenguaje oral del niño y qué reacciones, actitudes o conductas son contraproducentes. Como norma, mientras el niño no puede reproducir fácilmente el mecanismo articulatorio, es mejor que los padres no traten de repetir los ejercicios que realiza con el profesional. En esta etapa inicial con que presenten modelos adecuados de expresión y refuercen la emisión en caso de ser correcta es suficiente. Cuando el niño ya es capaz de repetir un mecanismo articulatorio bien constituido, el profesional puede indicar a los padres cómo realizar ejercicios de grupos fonéticos para progresar más deprisa. Pero la implicación en la realización de ejercicios por los padres ha de estar supeditada a su capacidad para seguir las consignas y procedimientos que se les dan y la coordinación con el profesional que diseña el programa de intervención.

**5.- El objetivo no es tanto corregir como enseñar de nuevo.** La reeducación de la dislalia se centra en enseñar de nuevo la articulación del fonema. El profesional no busca tanto el intentar corregir el fonema mal articulado, como ayudar al niño a olvidar la manera en que articula un fonema distorsionado y cuando esto se logra, iniciar el aprendizaje de la articulación correcta.

**6.- El proceso de reeducación se finaliza con la automatización del movimiento y su transferencia al lenguaje espontáneo.** Se da por finalizada la reeducación cuando el niño puede por sí mismo encontrar el mecanismo correcto para articular la palabra y esto se

generaliza a su conversación cotidiana. No es suficiente el logro de la emisión correcta de un fonema aislado, aunque sea el único alterado o el logro de su producción tras una tarea de imitación. No es suficiente con constatar que el niño ya pronuncia todos los fonemas sino que la clave es que lo automatice y que su emisión en la cadena hablada y en las múltiples combinaciones sea correcta.

**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.**

Teniendo en cuenta dichas nociones generales, podemos realizar la intervención logopédica de las dislalias funcionales en base a uno de los dos modelos principales.

#### **A) Modelo fonético.**

Dentro de este modelo, se emplean dos estrategias de intervención basadas en las características fonológicas o fonéticas del fonema a implantar.

- **Intervención indirecta:** se realiza como **paso previo** a la implantación del fonema. Su objetivo es desarrollar aquellas funciones fundamentales para poder realizar una expresión correcta del lenguaje hablado. Se orienta a establecer las **bases funcionales** de la articulación.
- **Intervención directa:** realización de actividades articulatorias. Se busca que el niño aprenda a pronunciar correctamente el fonema o fonemas que estaban alterados y avanzar con él hasta que logra automatizarlo, interiorizar los mecanismos articulatorios propios del mismo e integrarlo con naturalidad en su lenguaje espontáneo.

A continuación se recogen de manera esquemática ejercicios propios del modelo fonético tanto de intervención indirecta como de intervención directa. Para profundizar en los ejercicios a realizar puede consultarse Gallardo, J. y Gallego, J. 1993: pp.191-216, Monfort, M. y Juárez, a. 1995: pp.85-200 o Hernández, M. y Toro, F. 2007:pp. 135-147.

### a.1) Intervención indirecta.

**La correcta articulación del lenguaje requiere** del establecimiento de unas **condiciones y habilidades previas**. Antes de comenzar a intervenir de manera directa sobre una dislalia ha de establecerse una buena **función respiratoria**, alcanzar el suficiente nivel de **madurez psicomotriz**, asegurar una correcta **percepción y discriminación auditiva**, así como ganar en **agilidad bucofacial** para facilitar la articulación.

Tras la evaluación sabemos el tipo de error o dislalia concreta que presenta el niño o sujeto. En base a ello se seleccionarán las actividades de intervención indirecta que más favorezcan las bases funcionales para su posterior articulación.

Ej. Si un niño sustituye sordo/sonoro procede la realización de actividades de discriminación auditiva y del velo del paladar.

Gallardo y Gallego, 1993 proponen seguir el siguiente **orden en las actividades de intervención indirecta**:

- Actividades de discriminación auditiva.
- Actividades de movimientos de lengua, labios y paladar blando.
- Actividades de soplo.
- Actividades de respiración.

Hernández, M. y Toro, F. también recomiendan basar las **actividades en juegos** y dar a las sesiones un formato lúdico, especialmente si trabajamos con niños. En su manual proponen realizar:

- **Ejercicios respiratorios:** con el fin de que el niño o sujeto tome conciencia de la propia respiración, se pase de un acto inconsciente y automático a poder ser un proceso voluntario y disciplinado. Después trabajar la espiración nasal y bucal tanto en formas de silbante como soplante.
- **Ejercicios de relajación:** orientados a poner al niño o sujeto en una mejor disposición y actitud fonatoria. Gracias a la relajación se puede eliminar la tensión que en ocasiones presenta el niño o el sujeto. Dentro de este tipo de ejercicios cobran especial importancia los ejercicios de relajación buco-facial ya que cuando existe rigidez en los órganos de la articulación se impide o bloquea la articulación. Son muy utilizados los ejercicios basados en la coontracción y distensión de organos buco-fonatorios y musculatura facial.
- **Ejercicios de percepción y discriminación auditiva:** son ejercicios para favorecer una mejor percepción auditiva y la capacidad de identificar y diferenciar sonidos,

fonemas y palabras en niños que presentan dislalia y que no tienen déficit en la audición. Es imprescindible el logro de esta capacidad para poder aprender la articulación correcta de los fonemas. Como parte de este bloque también se propone realizar ejercicios para discriminar las cualidades sonoras: intensidad, duración, tono y timbre de los sonidos así como lograr la reproducción de estructuras rítmicas.

- **Ejercicios de ritmo:** el ritmo es un elemento esencial del lenguaje. La expresión del niño será más correcta y armónica en la medida que vaya mejorando su capacidad rítmica.
- **Ejercicios buco-faciales:** se orientan a desarrollar en el niño o persona con dislalia las funciones motrices implicadas en la articulación. Se trata de mejorar su motricidad fina e ir progresando en agilidad y coordinación de movimientos. Son parte de estos ejercicios los ejercicios con la lengua (el más móvil de estos órganos), los labios y la mandíbula (planteando ejercicios especialmente para lograr mayor agilidad-aunque es la parte menos móvil y eliminar el exceso de tensión).

#### a.2) Intervención directa.

**El tratamiento directo tiene como finalidad enseñar al niño dislábico la producción correcta del fonema o los fonemas alterados.**

Los ejercicios de intervención directa a realizar para intervenir en una dislalia son específicos de cada caso. Parten del diagnóstico realizado y se adaptan al perfil del niño o sujeto.

Un método habitual a seguir es basarse en las características fonológicas y fonéticas de los fonemas a intervenir así como en las estimulaciones corporales propias del método verbotonar de Petar Guberina. En base a esto, la articulación correcta de un fonema determinado se realiza favoreciendo la correcta posición y mecanismo de todos los órganos articulatorios implicados, pero además buscando las estimulaciones corporales mediante el acompañamiento del resto del cuerpo a la producción del fonema. Junto a la correcta posición y mecanismo articulatorio se busca la adecuación de los siguientes factores:

- La tensión: que puede ser grande Ej.: /p/, mediana Ej.: /d/, pequeña Ej.: /g/ o variar de grande a pequeña Ej.: /y/ ; según el fonema.
- La Intensidad: puede ser ligera Ej.: /g/, mediana Ej.: /j/, fuerte /ch/, ligera al inicio y pesada al final /b/ o fuerte inicialmente y luego ligera /s/.
- El tiempo: breve Ej.: /p/, mediano /θ/, largo /r/ o muy largo /m/
- El espacio (dirección): puede ser exterior /p/, central hacia atrás /c/, centrífugo /t/...

- La cualidad (esfuerzo): Ej.: /p/= salpicada, picada; /b/ = relajación balanceo. /n/=acariciar, deslizar, flotar...

**Normalmente las dislalias se producen en las consonantes.** Las vocales son más fáciles de articular y es excepcional su alteración. Cuando se dan dislalias vocálicas, la más frecuente es la dificultad para el sonido /e/ que tiende a sustituirse por /a/ o /i/, también se da la sustitución entre /o/ y /a/. En las dislalias de consonantes **no tienen todas la misma frecuencia**. La mayor dificultad es el rotacismo, para la pronunciación de /r/, le siguen en frecuencia las dislalias de /s/, /ch/ y /k/. Según el fonema o fonemas alterados se diseñarán los ejercicios para aprender su correcta articulación y llegar a automatizarla.

Por otra parte se contará con **estrategias de intervención directa diferenciadas** en función del **tipo de error** o simplificación fonológica:

- Estrategias para sustituciones: que parten de la comparación entre los fonemas implicados en la sustitución.
- Estrategias para omisiones y distorsiones: orientadas a la implantación de un nuevo fonema.
- Estrategias para las inserciones: se orientan a intensificar los fonemas adyacentes y desvanecer el fonema erróneamente añadido.

El trabajo se realiza frecuentemente ante un espejo ante el que profesional y niño o sujeto realizan los ejercicios. El profesional muestra al niño o al sujeto las posiciones y movimientos de los órganos articulatorios para la producción correcta de cada fonema. Además de la imitación resulta de ayuda utilizar medios como el depresor, guía lenguas, grabar las emisiones para su posterior audición y especialmente para ir reforzando los pequeños avances, provocar la percepción táctil de las vibraciones y praxias faciales que se realizan en la emisión del fonema o incluso contar con aparatos como el fonoaudioscopio o programas de ordenador que permiten amplificar la emisión y proporcionan una visualización del fonema para ayudar a comprender su diferencia o similitud con el habla normal.

Como estrategias **del método fonológico a señalar existe acuerdo en:**

- Comenzar enseñando las **consonantes análogas por su modo de articulación** (Ej.: ejercicios para oclusivas, ejercicios para fricativas, etc...).
- Dentro de las consonantes análogas, **iniciar el tratamiento con las sordas**. Esto es debido a que el mecanismo que subyace a la articulación de las consonantes sordas es más simple (no requiere vibración de las cuerdas vocales) para después proceder con las sonoras.

- **Se puede** realizar en una misma sesión el aprendizaje de **más de una articulación** fonemática para ejercitar la elasticidad y economizar el tiempo. Pero es necesario no combinar en la misma sesión fonemas cuyos movimientos pueden confundirse. Ej.: no es conveniente trabajar en la misma sesión la /l/ y la /n/, pero sí podemos combinar el aprendizaje de la /l/ con el de la /c/.
- Cada ejercicio debe ser de **dos o tres minutos de duración**, se han de hacer pausas intermedias entre ejercicios, y conviene repetirlos varias veces a lo largo de la sesión para generar asociaciones.
- En el método fonético puede ser de utilidad **emplear sonidos auxiliares** que el niño o sujeto sí es capaz de articular correctamente cuando a partir del trabajo con los mismos podemos llegar a la obtención del fonema que deseamos automatizar.
- Un fonema debe trabajarse siempre buscando su articulación **en diferentes posiciones** dentro de la palabra, en sílabas directas e indirectas, así como **variando los sonidos que le preceden y le siguen**.
- La reeducación no se da por terminada hasta comprobar que el niño o sujeto a interiorizado los mecanismos articulatorios y es capaz de producir el fonema correcto en su lenguaje espontáneo y hacerlo con naturalidad. Para lograrlo es conveniente realizar **ejercicios de ritmo, ejercicios de repetición y ejercicios de lenguaje espontáneo**.

## B) Modelo conductual.

Este modelo de intervención en la dislalia se fundamenta en la Psicología del Aprendizaje. Parte de considerar que las alteraciones articulatorias son conductas observables y por tanto pueden ser cambiadas utilizando los principios de la modificación de conducta.

Su **principal estrategia** se basa en el **principio de reforzamiento positivo del condicionamiento operante**: la probabilidad de que aparezca un comportamiento aumenta si ese comportamiento en concreto es seguido de una consecuencia agradable inmediata después de su primera aparición (Kent, L. 1982). En este sentido la pericia del profesional es clave a la hora de identificar y emplear un reforzador adecuado para el niño o sujeto con el que se interviene. Los reforzadores pueden ser sociales (una sonrisa, un gesto), materiales (una golosina, una pegatina), situaciones (juego posterior, escuchar una música, utilizar el ordenador).

Por otra parte es necesario tener presente los dos principios fundamentales para aprender una conducta compleja, ya que son necesarios para la enseñanza de conductas de articulación:



- 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 (Galindo, E. 1983).

Gallardo, J. y Gallego, (1993) señalan que dentro del modelo conductual para tratar las dislalias, el programa de articulación ha de incluir una serie de aspectos:

- **Objetivo:** el programa se diseña con el fin de que el niño o sujeto logre la correcta articulación del fonema o fonemas que no puede reproducir de forma adecuada en su lenguaje espontáneo.
- **Definición de la conducta:** se señala la articulación correcta del fonema o fonemas seleccionados.
- **Requisitos previos:** Tener cubiertos los objetivos de los prerequisites básicos (atención, imitación, seguimiento de órdenes), mutismo e imitación vocálica. Así como las bases funcionales y orgánicas para poder lograrlo. El aparato fonador y el oído deben funcionar con normalidad.
- **Fases:** en base a los modelos de modificación de conducta los autores proponen 8 fases diferenciadas:
  1. **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.

Se comienza la intervención por el fonema más fácil de articular y se selecciona la estrategia a seguir.

Se seleccionan diez palabras que contengan el fonema elegido en todas las posiciones para que las articule y se registran los errores indicando el porcentaje de respuestas correctas. Ésta será la línea base. En la evaluación final se deben articular correctamente las diez palabras. En esta fase no se usan reforzadores.

2. **Moldeamiento de la articulación del fonema:** en esta fase se pide al niño o sujeto que está ante el espejo que repita lo que va a decir el profesional. El profesional lo articula dos veces y a continuación lo hace el niño o sujeto. Si no lo logra correctamente se emplean dos procedimientos:
  - Presentar el fonema y modelar la articulación deseada mediante aproximaciones sucesivas reforzadas.

- Moldear la posición adecuada de los órganos articulatorios que intervienen en la producción del fonema.

En caso de no lograrlo tras varias sesiones se recomienda utilizar las técnicas de intervención indirecta, ya explicadas previamente en el tema.

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, depresor, percepción táctil de la garganta del profesional, etc...o e refuerzo de las aproximaciones sucesivas. El criterio para pasar a la siguiente fase es lograr la articulación correcta sin refuerzo ni apoyo 10 veces seguidas.

3. **Moldeamiento del fonema en lenguaje repetido:** el profesional elabora una lista de diez palabras y diez frases que incluyen el fonema intervenido en todas las posiciones detectadas como incorrectas en la línea base. Moldear cada respuesta en caso necesario. Al final de esta fase deberá articular el fonema en todos los items presentados.
4. **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.
5. **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.
6. **Evaluación final:** el profesional presenta las mismas palabras que en la línea base. Si el niño o sujeto las articula correctamente pasamos a la fase siguiente.
7. **Generalización:** se procede a la evaluación en otras situaciones y contextos. En el caso de niños se evalúa la producción del fonema en la clase, recreo y casa. Para ello contamos con la colaboración de padres y profesores observando, presentando estímulos y anotando respuestas. En esta fase se les pide que refuercen las correctas articulaciones del niño.
8. **Seguimiento** con una frecuencia quincenal se presentan nuevamente los estímulos de la línea base. Se anotar en una hoja de registro los resultados.

Como se observa, el criterio para pasar de una fase a otra es la producción adecuada del fonema. Si al iniciar una fase el niño o sujeto pronuncia adecuadamente dicho fonema, no es necesario el moldeamiento y se pasa a la fase siguiente.

A modo de ejemplo se presenta un modelo de hoja de registro:

---

La dislalia. Ev

[illegible]

## 4. Referencias bibliográficas

---

- Monfort, M y Juárez, A. (1996). *Estimulación del lenguaje oral. Un modelo interactivo para niños con dificultades*. Madrid: Aula XXI. Santillana.
- Gallardo, J. y Gallego, J. (1993). *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico*. Málaga: Aljibe.
- Hernández, M. y Toro, F. (2007) (2009). *Tratamiento Educativo de los trastornos de la audición y el Lenguaje. Módulo V (I)*. Sevilla: Publidisa.
- Monfort, M. (1984). *La Intervención Logopédica. II simposio de logopedia*. Madrid: CEPE.
- Coll Florit. M, (Coord.) (2013). *Trastornos del habla y de la voz*. Ed. Barcelona: UOC.
- Bustos, I. (1995) *Discriminación auditiva y logopédica. Manual de ejercicios de recuperación*. Madrid: CEPE.
- kent, L. Basil, C. del Río, M.J. (1982). *Programa para la adquisición de las primeras etapas del lenguaje*. Madrid: siglo XXI.
- Galindo, E. (1983). *Modificación de conducta en la educación especial*. México: Trillas.

## 5. Bibliografía

---

- Coll Florit. M, (Coord.) (2013). *Trastornos del habla y de la voz*. Ed. Barcelona: UOC.
- Gallardo, J. y Gallego, J. (1993). *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico*. Málaga: Aljibe.
- Gallego, J. (1999) *Calidad en la intervención logopédica. Estudio de casos*. Málaga: Aljibe.
- Gento (2003). *Educación Especial*. Madrid: Sanz y Torres.
- Hernández, Y. y Toro, J. (2007). *Tratamiento Educativo de los trastornos de la audición y el Lenguaje. Módulo V (I)*. Sevilla: Publidisa
- Launay, Cl. y Borel-Maisonny, S. (1986). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. 2ª ed. Barcelona: Masson.
- Monfort, M. (1984). *La intervención Logopédica II simposio de logopedia*. Madrid: CEPE.
- Monfort, M. Juárez, A. (2013). *El niño que habla*. Madrid: CEPE.