

LAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE ORAL

El lenguaje oral es el modo de comunicación y representación más utilizado, aunque la comunicación sea posible sin el lenguaje. La comunicación no se limita al lenguaje verbal, sino que podemos utilizar cualquiera de nuestros sentidos. Sin embargo, el lenguaje oral es el medio de comunicación y representación por excelencia.

Entendemos por lenguaje la capacidad exclusivamente humana que sirve para la representación, expresión y comunicación de pensamientos o ideas mediante un sistema de símbolos (acústicos o gráficos).

1. Alteraciones de la voz:

Cualquier alteración laríngea ocasiona trastornos en la emisión de la voz. De los cuatro elementos constitutivos del sonido (intensidad, tono, timbre y duración), los tres primeros tienen su origen en la laringe.

Entre las causas que suelen generar alteraciones en la voz podemos señalar: bronquitis crónica, asma, vegetaciones, laringitis. En ocasiones, el origen de los problemas de voz es traumático (accidentes, sustos), ambiental (elevación de la voz en situaciones ruidosas), funcional (pólipos, nódulos en la garganta) o orgánico (malformaciones laríngeas).

Podemos dividir las alteraciones de la voz en:

- ***Disfonía:*** Alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades (intensidad, tono o timbre) debido a un trastorno orgánico o a una incorrecta utilización de la voz.
- ***Afonía:*** Es la ausencia total de la voz aunque de forma temporal.

2. Alteraciones de la articulación:

Existen tres trastornos específicos:

2.1. Dislalias.

Son trastornos en la articulación de uno o varios fonemas por sustitución (elexante en lugar de elefante), omisión (efante en lugar de elefante), inserción (elefrante en lugar de elefante) o distorsión (elerrrrante en lugar de elefante) de los mismos.

Pascual clasifica las Dislalias en:

- ***Dislalia evolutiva/fisiológica:*** Es una alteración que tiene que ver con la **madurez** del niño: hasta los 4 ó 5 años de vida, los niños no son capaces de articular correctamente ciertos fonemas debido a la etapa lingüística en la que se encuentran. Son defectos articulatorios inherentes al proceso de aprendizaje. Este tipo de dislalia suele remitir o desaparecer con el tiempo espontáneamente sin mayor importancia.
- ***Dislalia audiógena:*** Su origen se debe a una **deficiencia auditiva** que impide captar adecuadamente el fonema y, con ello, su reproducción (el niño que no oye bien no articula correctamente). Es muy importante la detección precoz (este problema tiene una razón de peso, no es un capricho del niño).
- ***Dislalia funcional:*** Es una alteración producida por un **mal funcionamiento** de los órganos articulatorios **sin** que exista etiología orgánica.
- ***Dislalia orgánica/Disglosia:*** La alteración de la articulación se debe a **malformaciones de los órganos** del habla que suelen ser innatas. En función del órgano afectado podemos hablar de disglosias labiales, mandibulares, dentales, linguales o palatales.

2.2. Disartrias.

Son trastornos en la articulación de la palabra debido a **lesiones en el SNC** que afectan a la articulación de todos los fonemas en que interviene la zona lesionada. **La gravedad va a depender de la zona lesionada y de su extensión** (el caso más extenso sería la **anartria** o incapacidad para articular los fonemas de las palabras).

En función de las lesiones producidas en el SNC hablamos de:

- **Disartria flácida:** Se localiza en la neurona motriz inferior.
- **Disartria espástica:** Se localiza en la neurona motriz superior.
- **Disartria atáxica:** Se localiza en el cerebelo.
- **Disartria hipocinética/hipercinética:** Se localizan en el sistema extrapiramidal (la diferencia entre ambas son muy sutiles).

3. Alteraciones de la fluidez verbal:

3.1. Disfemia.

Es una alteración en el ritmo del habla que se caracteriza por la existencia de repeticiones de sonidos y de bloqueos que se producen en una situación comunicativa. Los síntomas de este trastorno varían según el caso, el interlocutor, el contenido del discurso, el contexto, etc. Las manifestaciones disfémicas se pueden agrupar en torno a tres aspectos:

- Aspectos lingüísticos: Uno de muletillas, abuso de sinónimos, discurso incoherente, desorganización entre pensamiento y lenguaje
- Aspectos conductuales: Mutismo, ansiedad, bloqueos, conductas de evitación conversacional
- Aspectos corporales y respiratorios: Tics, espasmos, alteración respiratoria, rigidez facial...

Algunos de estos síntomas suelen aparecer a edades tempranas, pero no deben preocuparnos en exceso, pues no implican fijación disfémica. Estas manifestaciones deben ser consideradas como normales, ya que el niño está desarrollando su lenguaje. **La verdadera tartamudez habría que situarla alrededor de los 10 años**, donde se aconseja una intervención logopédica.

En cuanto a los factores etiológicos, cabe señalar que no existe uno único, sino un conjunto de ellos. **No existe una causa, sino una variedad de factores que pueden interaccionar de diferente forma.**

Podemos hablar de tres tipos de disfemia:

- Disfemia clónica: Repeticiones silábicas y ligeros espasmos repetitivos (Ej: Mamamamamañana).
- Disfemia tónica: Bloqueos iniciales y fuertes espasmos (Ej:MMMMMañana).
- Disfemia mixta: Sintomatología de las dos anteriores: al niño le cuesta arrancar y, una vez arranca, lo suelta de golpe, sin control (Ej: MMMMMañañañañana).

En general, la disfemia provoca angustia y estrés no sólo en la persona que la padece, sino también en la que la escucha.

4. Alteraciones del lenguaje.

4.1. Mutismo.

Este trastorno consiste en la desaparición total del lenguaje, de forma repentina o progresiva. Puede ser tras un choque afectivo, histérico, por enfermedad laríngea o de unos días.

Podemos diferenciar entre:

- **Mutismo neurótico:** Lo explican más aspectos ambientales (vivencias, experiencias) que psicóticos. Si persiste más allá de los 6 años crea importantes limitaciones. El mutismo total es excepcional.
- **Mutismo psicótico:** Es más grave. El niño de 3 a 6 años se asemeja al autista. Entre los 6 años y la pubertad es difícil comenzar una evolución psicótica; más bien se trata de un problema de tipo psiquiátrico.

4.2. Retraso en el desarrollo del lenguaje.

Es un término amplio empleado para englobar aquellos retrasos en la aparición y/o desarrollo del lenguaje SIN que existan síntomas de déficits intelectuales, sensoriales o motrices. Se trata de niños cuyo proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje no se realiza conforme a las etapas que suelen establecerse como normales. Entre las características que consideramos más importantes destacamos:

- Aparición de las primeras palabras después de los 2 años (lo normal sería antes del año y medio).
- La unión de palabras no aparece hasta los 3 años.
- Vocabulario reducido a los 4 años.
- Comprensión del lenguaje superior a la expresión.
- Desinterés comunicativo, poca receptividad.
- Importante desarrollo comunicativo del gesto (lo emplea como recurso).
- Inmadurez en la lateralidad.

Las causas que provocan esta alteración lingüística son muy diferentes: variables del entorno familiar (sobrepotección familiar, atención excesiva, abandono familiar, separaciones, drogadicción, fallecimiento de algún miembro, déficits lingüísticos), variables socioculturales (nivel sociocultural bajo, situaciones de bilingüismo mal integrado) o de otro tipo (como factores hereditarios).

Existen diversos grados de severidad de los retrasos del lenguaje:

- Dificultades articulatorias asociadas a una alteración en la construcción de frases.
- Dificultades articulatorias asociadas a un desarrollo verbal lento.
- Dificultades articulatorias asociadas a déficits expresivos y comunicativos.

4.3. Afasias.

Son trastornos de origen cerebral SIN que haya lesión en las vías motoras o auditivas, pero sí en las vías expresivas y comunicativas. La afasia ha sido definida como el trastorno de lenguaje producido por una alteración del hemisferio cerebral izquierdo cuya función principal es el procesamiento del lenguaje.

Al hablar de este trastorno en la etapa infantil se establece una distinción entre la afasia adquirida (tumores, accidentes, golpes traumáticos, caídas que afecten al hemisferio cerebral izquierdo, etc.), la afasia congénita (mucho más difícil de tratar, intervenir, y rehabilitar) y la afasia del desarrollo, también llamada disfasia. Ésta se caracteriza por:

- * Dificultades para la interpretación del lenguaje oral.
- * Incoordinación dinámica general.
- * Habla en jerga.

* Lenguaje telegráfico, ecolalia (repetición de los últimos fonemas o frases: Me llamo Inma Inma Inma, Ecolalia alia alia alia).

* Hemiplejia (paralización del cuerpo).

Teniendo en cuenta las áreas del lenguaje afectado distinguimos:

- Afasia sensorial o receptiva: la lesión está en la zona de Wernicke. Los niños que la padecen no comprenden el significado de las palabras y hablan con dificultad.
- Afasias motora o expresiva: la lesión está en la zona de Broca. Los niños que la padecen comprenden el significado de las palabras, pero no pueden expresarse.
- Afasia mixta: lesión más amplia que afecta a las zonas receptivas y motoras del lenguaje.