

# Universidad de Cuenca



## Facultad de Psicología Carrera de Psicología Clínica

---

### **“Prevalencia del trastorno de los sonidos del habla en niños de 6 a 12 años”.**

Trabajo de titulación previo  
a la obtención del título de  
Psicólogo Clínico

**Autor:**

Luis Armando Quizhpi Arichábala.

CI: 0104733191

**Tutor:**

Mgt. María Marcela Cabrera Vélez.

CI: 0104168349

Cuenca – Ecuador

2018



## RESUMEN

El trastorno de los sonidos del habla (TSH), es una problemática de la comunicación que se da cuando el infante no puede pronunciar correctamente las palabras, generando consecuencias emocionales, conductuales y socioafectivas; por lo que la presente investigación tiene como objetivo principal encontrar la prevalencia del TSH en niños/as de 6 a 12 años de una Institución Educativa de la Ciudad de Cuenca-Ecuador durante el periodo lectivo 2016-2017. Ésta se caracterizó por tener un enfoque cuantitativo, con un tipo de diseño no experimental transversal y de un alcance descriptivo. Para cumplir con este propósito se utilizó el Test de Articulación a la Repetición (TAR) de Edith Schwalm Arteaga (1981), ya que permite identificar la presencia del trastorno. La muestra se obtuvo a través de un muestreo aleatorio sistémico no probabilístico en el programa EPIDAT 4.2. con un 95% de confiabilidad y de un 5% de error, estableciendo a 102 participantes, 53 niñas y 49 niños. Para el análisis de datos se exhibieron frecuencias absolutas y porcentajes, así como la prueba del chi cuadrado de Pearson. Los resultados indican que el 28% de los niños/as presentan el trastorno y se identifica que el género masculino, las edades de 6 y 7 años y el tener padres que han tenido una instrucción académica baja (primaria o ninguna) son considerados como factores de riesgo para la presencia del trastorno de igual manera se demuestra que el tener padres que han obtenido una instrucción superior o universitaria tiende a ser un factor de protección.

**PALABRAS CLAVES:** NIÑOS/AS, PRONUNCIACIÓN, SONIDOS, HABLA, PREVALENCIA.



## ABSTRACT

Speech sound disorder (SSD), is a communication problem that occurs when an infant cannot pronounce the words properly producing emotional, behavioral and socio-affective consequences, so the main objective of this study is to find the prevalence of SSD in children between 6 and 12 years old who were attending an Educational Institution in Cuenca-Ecuador during the 2016-2017 school year. This study was characterized to have a quantitative approach, with a type of transverse non- experimental design and descriptive approach. To fulfill this purpose, this study used the “Test de Articulación a la Repetición” (TAR) of Edith Schwalm Arteaga (1981), because it allows to identify the presence of this disorder. The sample was obtained through a random non-probabilistic systemic sampling in the program EPIDAT 4.2. with 95% reliability and 5% error with 102 participants, 53 girls and 49 boys. The data analysis exposed as absolute frequencies and percentages as Pearson chi-square test. The results indicate that 28% of the children have the disorder, identifying in male gender between the ages of 6 and 7 years and parents with a low academic instruction (primary school or none) are considered as risk factor; likewise, the academic instruction of parents shows that a higher education or university tends to be a factor of protection.

**KEYWORDS:** CHILDREN, PRONUNCIATION, SOUNDS, SPEAKING, PREVALENCE.



**ÍNDICE:**

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA ..... 5

PROCESO METODOLÓGICO ..... 13

RESULTADOS ..... 16

CONCLUSIONES..... 21

RECOMENDACIONES ..... 24

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 25

ANEXOS ..... 29

**LISTADO DE TABLAS**

Tabla 1 (Estadísticas de Confiabilidad) ..... 17

Tabla 2 (Presencia del TSH entre los infantes de 6 a 12 años)..... 17

Tabla 3 (Presencia del TSH según en las diferentes edades de 6 a 12 años) ..... 18

Tabla 4 (Presencia del TSH según el género) ..... 19

Tabla 5 (Presencia del TSH según el nivel de instrucción académica de los padres) ..... 19

Tabla 6 (Prueba del chi cuadrado entre las variables de estudio) ..... 21

Tabla 7 (Tasa media del TSH entre los niños/as de 6 a 12 años) ..... 21



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio  
Institucional

---

Luis Armando Quizhpi Arichábala, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE LOS SONIDOS DEL HABLA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS”**., de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 18 de abril de 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Luis Armando Quizhpi Arichábala", written over a horizontal line.

Luis Armando Quizhpi Arichábala.

CI: 0104733191



Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Luis Armando Quizhpi Arichábala, autor del trabajo de titulación **“PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE LOS SONIDOS DEL HABLA EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 18 de abril de 2018

A handwritten signature in blue ink, written over a horizontal line.

Luis Armando Quizhpi Arichábala.

CI: 0104733191

## **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.**

Los sonidos del habla no solo están relacionados con la comunicación sino también con la realización de las actividades cognoscitivas y con el desarrollo psicológico, por lo tanto, si un infante ha desarrollado el Trastorno de los Sonidos del Habla (TSH), ya sea por factores endógenos (propios del niño) o por factores exógenos (causas externas al niño), tendrá problemas de comunicación y una inadecuada formación del autoconcepto que afecta el autoestima e incluso al desarrollo armónico de la personalidad (Cuestos, González y De Vega, 2015).

Antes de conceptualizar al TSH, se debe tener en cuenta, que la terminología de los sonidos del habla hace referencia a la producción oral de los fonemas; y fonema a la representación gráfica de la escritura. Entonces, al trastorno, se le entiende como la incapacidad para producir oralmente un determinado fonema o grupo de fonemas que se pueden encontrar dentro de una sílaba, palabra, oración o propiamente dentro del lenguaje verbal afectando la inteligibilidad del habla (Susanibar, Dioses y Tordera, 2016). Además, Maggiolo (2017) describe que este trastorno, se puede evidenciar cuando el infante o adulto emite palabras a base de:

- Sustituciones, por ejemplo, el infante pronuncia “poto” en lugar de “poco” o “prato” en lugar de “plato”.
- Omisiones, por ejemplo, el infante pronuncia “libo” en lugar de “libro” o “epejo” en lugar de “espejo” o “pato” en lugar de “plato”.
- Inserciones o Adiciones, por ejemplo, el infante pronuncia “droto” en lugar de “roto” o “shaco” en lugar de “saco” o “palato” en lugar de “plato”.
- Distorsiones, por ejemplo, el infante pronuncia “luenga” en lugar de “lengua” o “murciégalo” en lugar de “murciélago”.

Según Pascual (2012), el TSH, se da gracias a la incoordinación existente entre los movimientos que realizan los órganos bucofonatorios<sup>1</sup> u orofaciales con la respiración y la vocalización, en la cual, no es atribuible a un daño o problema neurológico o de alguna otra

---

<sup>1</sup> Bucofonatorios: Son los órganos que intervienen en la producción de los sonidos del habla. Tales como: la lengua, labios, mandíbula, paladar, mejillas y dientes.



condición anatómica o médica. Así mismo, la 5° edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) describe que es la inexistencia de la articulación (producción) clara de los sonidos del habla y le identifica como un Trastorno de la comunicación de los Trastornos del Neurodesarrollo (Asociación Americana de la Psiquiatría-APA, 2014).

Si bien es cierto, la pronunciación incorrecta de los fonemas puede conllevar a tener un TSH, el enfoque evolutivo ha proporcionado pautas claras de evaluación para la población infantil, ya que permite distinguir aquello que simplemente es un proceso normal con uno que no lo es; por ejemplo, los niños de 2 o 3 años pueden cometer errores en el habla “espontánea”, que por supuesto, no indica ningún tipo de trastorno, pero, si hasta los 6 años en adelante los fonemas son pronunciados erróneamente, se induce a la presencia de este trastorno (Aguado, 2014; Bosch, 2004). De la misma manera, algunos autores han determinado que cada fonema puede ser evaluado a una edad determinada (Ver Anexo 1) desde los 2 años hasta los 6 años, sin embargo, hay que destacar que estos autores han realizado sus estudios con muestras no muy grandes, por lo que, no se puede generalizar con certeza sus resultados (Susanibar, et al., 2016).

Además, se debe hacer mención que este trastorno se puede presentar desde el error en la pronunciación de un solo segmento (fonema único) hasta casos en los que se da un hotentotismo (error en todos los fonemas), por lo que, algunos autores le han categorizado dependiendo del sonido del habla mal pronunciado, tal es el caso, que la mala pronunciación de la /R/ se le denomina Rotacismo o la mala pronunciación de la /L/ se le denomina Lambdacismo, etc. (Ver anexo 2) (Campos y Campos, 2014; Pascual, 2012; Peña-Casanova 2013; Seivane, 2005; Susanibar, et al., 2016).

De acuerdo a Gallego, Gómez y Ayllón (2017), se debe tener en cuenta que la forma de emitir los sonidos del habla está relacionada con las características propias del dialecto de un hablante, tales como un sistema psicolingüístico gobernado por los antecedentes regionales y sociales de sus hablantes, por ejemplo: en España el fonema /Z/ es producido de manera diferente al fonema /S/ y en Sudamérica es producido de igual manera; u otro caso, en zonas Hispanoamericanas el fonema /R/ inicial es pronunciado de igual forma que el fonema /RR/ y en España no; esto, se debe a que la interacción adulto-niño juega un papel





importante para la adquisición de estos sonidos, dado que el niño concientiza las particularidades de como producir un determinado fonema.

Dicho esto, no se debe obviar que un infante que ha desarrollado el TSH, sí tiende a rehabilitarse con un tratamiento pertinente, sin embargo, a futuro todavía tendrá inconvenientes para expresarse de forma clara, ya sea al momento de iniciar o mantener una conversación (Bosch, 2004; Aguado, 2014; Pascual, 2012; Susanibar, et al., 2016; Ygual-Fernández y Cervera-Mérida, 2016).

Hay que tener en cuenta, que el TSH puede tener algunos factores de riesgo, por lo que, se entiende que la pronunciación clara de los fonemas, es decir ser un “hablante nativo de una lengua”, no solo está asociada a la edad, sino también a otras variables como el género o del nivel de instrucción académica de los padres (Campbell et al., 2003; Fox, Dodd, y Howard, 2002; Harrison y McLeod, 2010; Owens, 2003).

Para Aguado (2014), el género debe ser considerado como un factor a tener en cuenta para la pronunciación clara de los sonidos del habla, ya que las niñas logran hablar antes de que los niños debido a factores fisiológicos que se producen en el cerebro. En cambio, otros autores se inclinan a factores socio relacionales existentes entre madres e hijos, llegando a establecer que sí los descendientes son niñas suele existir mejores interacciones lingüísticas, es decir, estimulan, de una manera u otra, el surgimiento de los distintos sonidos del habla, de forma correcta; pero sí los descendientes son niños suele existir una interacción lingüística inadecuada, es decir, no hay estimulación correcta para el surgimiento de los sonidos del habla, ya que tienden a sobreprotegerlos por lo que están predispuestos a presentar el TSH (Campbell et al., 2003; Hoff y Tian, 2005; Puyuelo y Rondan, 2003).

En cuanto al nivel de instrucción académica de los padres, también, es considerado como otra variable que determina la pronunciación adecuada de los fonemas, sin errores, ya que la enseñanza de los padres, se le ha considerado como un elemento que guía la concientización, estimulación, modulación y corrección de la forma de emitir los distintos sonidos del habla de los hijos. (Campbell et al., 2003; Hoff y Tian, 2005).

Entonces, se puede afirmar que, si bien es cierto, este trastorno posee factores de riesgo para su aparición, también, tiende a presentar consecuencias a nivel psicológico,



emocional, conductual, socioafectiva, entre otros aspectos que se pueden relacionar con el desarrollo normal del infante, como en el nivel educativo, ya que afecta al aprendizaje y a la esfera cognoscitiva (Gómez, 2012; Pérez, 2004).

Los problemas psicológicos empiezan a surgir, cuando el niño/a con TSH ingresa a la escuela, ya que se convierte en un ambiente nuevo dado que por un lado abandona a su familia, quienes le entendían, y por el otro, empieza a generar nuevas relaciones sociales, en lo que, su único medio de comunicación es la emisión de sus propios sonidos del habla, es decir una pronunciación incorrecta de las palabras, por lo que, se convierte en víctima de risas, críticas, sobrenombres e incluso de humillaciones avergonzándose de su forma de comunicarse (Moreno y Mateos, 2005).

Al ser, el “blanco de burlas”, se sentirá marginado, por lo que conscientemente se aísla de la sociedad con comportamientos evitativos pues así logra reducir el malestar que se le ha generado por no poder expresarse correctamente, incluso tiende a concientizar que tiene una limitación para realizar alguna actividad que implica una comunicación oral, como contestar un teléfono, el pedir la hora o de iniciar alguna conversación; esto nos hace entender que el presentar el TSH, no solo provoca un deterioro en el aspecto social (debido a que no ha podido establecer relaciones satisfactorias) sino también un malestar psicológico, ya que ha empezado a compararse con sus pares, llegando a creer que su forma de actuar es diferente a los demás, provocándole sentimientos de inferioridad, inseguridad, frustración y tensión que incluso afecta en un futuro a que no puedan expresar lo que sienten, piensen o deseen (Gómez, 2012).

Otra de las características entre los infantes con TSH, es la presencia de conductas agresivas y de una baja tolerancia para el control emocional dado que han surgido como modo de respuestas por sentirse imposibilitado de hacerse comprender (Castañeda, 1999); incluso una investigación ha demostrado, que los problemas comportamentales que han incidido en un trastorno de la personalidad han sido debido a la presencia de este trastorno (Pérez, 2004). También, se debe hacer mención, que la inestabilidad emocional que han desarrollado provocará que tenga una gran dependencia hacia el adulto (padres o maestros), así como también altos niveles de ansiedad repercutiendo negativamente en el desarrollo



psicológico y conduciendo posiblemente a una tristeza (Gómez, 2012; Moreno y Mateos, 2005).

El nivel educativo es afectado dado que un infante que ha desarrollado el TSH, también crea dificultades en la decodificación (asociación entre sonido del habla y fonema) repercutiendo negativamente en la aprehensión de la lectoescritura. Esto, se da porque el estudiante aprende a escribir y a leer una sílaba o palabra, del mismo modo, de cómo la pronuncia; por lo tanto, un niño/a con este trastorno tendrá deficiencias en la aprehensión de estas actividades desencadenando así una desincronización fonémica, en la cual puede determinar en un trastorno del aprendizaje (Gómez, 2012). Además, esto, no solo afecta al ámbito escolar, sino que también generan desajustes de conducta tales como comportamientos fóbicos a la escuela y a las relaciones sociales con sus compañeros y profesores (Pérez, 2004).

Hay que señalar, que el TSH, también, repercute en la eficacia de las habilidades metalingüísticas como en la memoria de trabajo y en los procesos cognitivos, dando lugar a múltiples problemas de aprendizaje que dificultan la adquisición de nuevos conocimientos y crean irregularidades en la autoconfianza; incluso, una investigación ha demostrado que las personas que han tenido menos oportunidades en el área laboral han sido quienes han padecido este trastorno (Alessandri, 2007).

Las investigaciones que se han realizado sobre el tema de la prevalencia de este trastorno han indicado que se encuentra entre el 8 y el 10% de la población (Andrade, 1997; Shriberg, Tomblin y Mcsweeny, 1999). Sin embargo, datos recientes han evidenciado porcentajes más altos, tal es el caso, de la investigación realizada en Barueri (Brasil) en la que demostró una prevalencia del 27% en niños de 6 a 12 años (Goulart y Ferreira, 2009) o la de São Paulo (Brasil) en niños de 5 a 11 años en la que obtuvo un 25% (Goulart y Chiari, 2007); pero, hay que tener en cuenta, que según los resultados de estas investigaciones, se ha presentado más entre los infantes con edades menores, dado que ha estado entre el 47% de los casos presentes en comparación de las edades mayores que ha estado entre el 4%.

También, se destaca las investigaciones que se han realizado a niños de 4 a 6 años, dado que han evidenciado porcentajes muy altos sobre la presencia del TSH, como la del



Oriente de la Delegación Iztapalapa (México) en la que indicó un 42% (Taboada, Torres, Cazares y Orozco, 2011) o la de Puebla (México) que tuvo un 51% (Vázquez, et al., 2014) y la de Canoas (Brasil) que encontró el 55% (Indrusiak y Rockenbach, 2012).

Se debe agregar que se ha identificado que existe más casos de niños, es decir, entre el 54% en comparación de las niñas que ha estado entre el 46% de los casos presentes (Goulart y Chiari, 2007; Indrusiak y Rockenbach, 2012; Taboada, et al., 2011; Vázquez et al., 2014). Así mismo, se debe mencionar que una investigación ha descrito que se presenta más entre los niños que tienen padres con un nivel de instrucción secundaria (Goulart y Chiari, 2007) y otras demuestran lo contrario pues han identificado que se puede presentar más entre los niños que tienen padres con instrucción primaria (Karbasi, Fallah y Golestam, 2011; Regatky, Lamy y Salamanca, 2008).

En nuestro país, también se han realizado investigaciones, que corresponden a trabajos de titulación de grado, tal es el caso, en la ciudad de Quito en el 2008 que encontró una prevalencia entre el 12% en infantes de 2 a 5 años (Salvador, 2008) e investigaciones recientes realizadas en la ciudad de Cuenca encontraron que está entre el 23% (Maldonado, Ochoa y Vanegas, 2010) y el 26% (Peñañiel, 2010) entre los infantes de 4 a 10 años; sin embargo, hay que indicar, que en la investigación de Maldonado, et al., (2010) se ha encontrado más casos de niños, es decir, es un dato similar a las investigaciones que se nombraron anteriormente, entre un 54% vs el 46% de las niñas, y la de Peñañiel (2010) más casos de niñas, un 59% vs el 41% de los niños.

El aumento de casos con TSH entre los niños/as mayores se ha convertido en un factor que preocupa a padres, educadores y profesionales de la salud como logopedas, médicos y psicólogos debido que sí el infante ha desarrollado el trastorno está predispuesto a desencadenar fracasos, aislamiento o un inadecuado desenvolvimiento social entre otros factores negativos que han impedido un desarrollo psicológico adecuado, tales como se han mencionado anteriormente; por lo que, recomiendan detectarlos a temprana edad para que así sea más fácil corregir o sobrellevar el trastorno, es decir, tener un mejor pronóstico de recuperación, reduciendo o eliminando las comorbilidades asociadas, para que puedan enfrentar o neutralizar los efectos negativos y traumatizantes de las actitudes despreciables o criticables de los demás infantes (Quintero y Molina, 2012).



Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) recomiendan que las valoraciones o campañas deban ser realizadas en instituciones educativas ya que es un espacio propicio para las acciones de promoción de salud. Además, se debe enfatizar que entre los 6 y 12 años (segunda infancia) es en donde los sonidos del habla se empiezan a automatizar en el lenguaje espontáneo o conversacional determinando así el modo de expresarse o de comunicarse (Craig y Baucum, 2009; Vivar y León, 2009; Crespo-Allende y Alfaro-Faccio, 2010).

Por lo que, para el desarrollo de la presente investigación se ha planteado la siguiente pregunta: ¿Cuál es la prevalencia del TSH en niños de 6 a 12 años?, por ello el objetivo general es: Determinar la prevalencia del TSH en niños/as de 6 a 12 años; con objetivos específicos, que se enfocaron en comparar la prevalencia del TSH según la edad y según el género de los infantes, así como, el de identificar la prevalencia del TSH de los infantes según el nivel de instrucción académica de sus padres. De tal manera que se puedan precisar intervenciones preventivas tanto en la institución participante, como en otras evitando los problemas antes mencionados ya que se contribuye al conocimiento de docentes, autoridades y profesionales de la salud que trabajan con niños y niñas.

## **PROCESO METODOLÓGICO.**

La presente investigación corresponde a un estudio con un enfoque cuantitativo, ya que conduce a responder el objetivo general. El tipo de diseño es no experimental transversal, a consecuencia de que los datos se tomaron en un solo periodo de tiempo. Así mismo, se optó por un alcance descriptivo pues la temática de estudio expone las propiedades específicas del fenómeno investigado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### **Población.**

Estuvo conformada por los alumnos del centro educativo de la Comunidad Educativa Bilingüe Cristiana Israel (CEBCI) de la ciudad de Cuenca del Ecuador del periodo lectivo 2016-2017.



Para poder establecer la muestra se tuvo en consideración criterios de inclusión como tener una edad entre los 6 a 12 años, estar matriculados con una asistencia regular y tener aprobado el consentimiento y asentimiento informados; así mismo se tomaron como criterios de exclusión, presentar algún daño o problema neurológico o de alguna otra condición anatómica o médica y quienes no deseen participar. Además,

Para seleccionar la muestra se realizó un muestreo aleatorio sistémico no probabilístico en el programa Epi-dat 4.1. con un 95% de confiabilidad y un 5% de error dando como resultado, que de 138 participantes seleccionados, solo participaron 102, entre ellos 53 niñas (51.9%) y 49 niños (48.1%) con una edad máxima de 12 años, una edad mínima de 6 años, con una media ( $\bar{X}$ ) de 9.1 y una desviación estándar (DS) de 2.1; de los cuales el 60.8% de niños/as han tenido padres que han alcanzado una instrucción primaria, el 27.5% de los niños/as han tenido padres que han obtenido una instrucción secundaria, el 6.9% de niños/as tienen padres con un nivel de instrucción superior y el 4.9% ha representado a los padres que no han tenido ningún nivel de instrucción.

## **Instrumento.**

Para la presente investigación se consideraron dos instrumentos el Test de Articulación a la Repetición (TAR) creada por Edith Schwalm Arteaga en la ciudad de Santiago de Chile, en el año de 1981 y una ficha sociodemográfica.

El TAR se caracteriza por tener una facilidad para comprender su uso; cuyo tiempo de aplicación e interpretación es breve para identificar al Trastorno del Desarrollo de la Articulación, como anteriormente se le conocía al TSH o Dislalia según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) (Ver anexo 3). Su rango de aplicación no tiene límite de edad, pero se puede iniciar desde que el sujeto ya pueda pronunciar los distintos sonidos del habla. La administración es de forma individual mediante repetición inmediata en donde la calificación se señala como correcta o incorrecta según la pronunciación adecuada o inadecuada de un fonema (Maggiolo, 2017).

Además, se debe tener en cuenta, que el TAR, por su naturaleza y finalidad, no es una prueba psicométrica sino una de conducta psicolingüística, es decir, es una prueba de ejecución verbal, en la que revela pautas de intervención, hacia un tratamiento correctivo



(Maggiolo, 2017). Se han realizado varios estudios demostrando su eficiencia, en los cuales, cada uno de los estudios ha tenido entre un alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) de 0.81 hasta uno de 0.89, lo que ha significado una adecuada consistencia interna entre cada uno de los ítems (Ministerio de Salud-Subsecretaría de Salud Pública, 2010; Maggiolo, 2017; Timbi-Sisalima, et al., 2015; Villanueva, Morán, Lizana y Palomino, 2009).

También, se utilizó una ficha sociodemográfica debido a que es una encuesta que puede ayudar a obtener la información pertinente de cada niño o niña, ya que ésta estuvo compuesta por los ítems de edad, género y del nivel de instrucción académica de los padres.

### **Procedimiento.**

Se empezó coordinando con la institución para poder revisar la documentación de cada infante, con el objetivo de cumplir de manera cuidadosa y exhaustiva los criterios de inclusión y exclusión que se establecieron en el presente estudio, así como también el día u horario para la evaluación y recepción de la información; estableciéndose 6 momentos: 1) El respectivo envió de los consentimientos informados a los padres de familia con los infantes; 2) La recepción y revisión de la aprobación o no de los consentimientos; 3) Envío del formulario de recolección de los datos; 4) Recepción y revisión del formulario; 5) Tener el asentimiento de los niños; 6) Aplicación del instrumento.

La aplicación del instrumento se caracterizó por ser aplicada de forma individual en una sala en la que se evitaron al máximo los distractores visuales y auditivos, en el que se estableció un rapport adecuado, además, el examinador se ubicó junto o frente al niño/a para explicarle las instrucciones pertinentes, y al terminar, se realizó una calificación e interpretación del instrumento para así poder identificar la existencia o no del TSH.

Por último, se ejecutó el procesamiento y la tabulación de los datos obtenidos, los cuales nos guiaron para la elaboración del informe final con los respectivos resultados y las conclusiones a obtenerse.



## **Análisis de los datos.**

Se realizó una base de datos en el paquete estadístico Microsoft Office Excel 2016 para Windows 10, con lo que la caracterización de los resultados se exhibió con frecuencias absolutas y porcentajes mediante la obtención de tablas estadísticas descriptivas y de gráficos de dispersión. También, se debe hacer mención, que el ingreso de la información fue de manera individual para facilitar la comparación e identificación de las variables independientes (género, edad e instrucción académica de los padres) con la variable dependiente (el TSH). Por último, se aplicó una prueba estadística (el Chi-cuadrado de Pearson) para poder determinar la existencia o no de una significancia, entre las variables del estudio, de tal manera que permita confirmar la relación entre las mismas.

## **Aspectos Éticos.**

Se dejó en constancia que toda la información obtenida en la investigación de campo fue manejada con la mayor confidencialidad, respetando la integridad de los participantes y una vez terminado el análisis se eliminará toda la información que permita la posible identificación del infante.

## **RESULTADOS.**

Antes de presentar los resultados que conciernen a los objetivos plantados en esta investigación, parece importante señalar en primer lugar el análisis de la validez y confiabilidad del instrumento TAR mediante el cálculo del coeficiente del alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) en el software IBM-SPSS Statistics 23.0 (Ver Tabla 1).



**Tabla 1.**
**Estadísticas de Confiabilidad.**

Alfa de Cronbach	Numero de ítems
0.843	19

Fuente: Quizhpi, 2018.

Con este hallazgo se puede evidenciar que el TAR tiene una buena consistencia interna entre todos los ítems debido que ha obteniendo un  $\alpha$  0.843, entre todos los casos investigados; además, hay que indicar que ningún caso ha sido excluido por el programa dándose a evidenciar que aparte de tener una buena consistencia entre cada uno de sus diferentes ítems es una herramienta útil para poder evaluar este trastorno. Tal como se evidencia en algunas investigaciones (Ministerio de Salud-Subsecretaría de Salud Pública, 2010; Maggiolo, 2017; Timbi-Sisalima, et al., 2015; Villanueva, et al., 2009).

En cuanto al objetivo general, el cual estuvo orientado a determinar la prevalencia del TSH en niños/as que se encuentran entre las edades de 6 a 12 años de la unidad educativa CEBCI, da como resultado, que el trastorno se presentó en un 28% (n=29 infantes) de casos existentes (Ver Tabla 2).

**Tabla 2.**
**Presencia del TSH entre los infantes de 6 a 12 años.**

Población.	Categorías:		Total:
102 infantes	Con Trastorno de los sonidos del habla	N	29
	Porcentaje	%	28%
	Sin Trastorno de los sonidos del habla	N	73
	Porcentaje	%	72%
	Total	N	102
		%	100%

Fuente: Quizhpi, 2018. N=número de infantes. %=porcentaje.

A este resultado, se le puede indicar, que representa un porcentaje importante de niños/as con TSH por lo que se da a entender que existe un gran número de casos que puedan presentar problemas psicológicos, de aprendizaje u otras consecuencias que se han

mencionado. Además, se debe indicar que este 28% es similar a los resultados de las investigaciones que han sido realizadas por Goulart y Chiari (2007) o por la de Goulart y Ferreira (2009), ya que han encontrado una prevalencia del 27% en niños/as de 6 a 12 años y del 25% entre niños/as de 5 a 11 años, respectivamente. De la misma manera, se asemeja a los estudios realizados en Cuenca, ya que han evidenciado una existencia entre el 23% (Maldonado, et al., 2010) y del 26% Peñafiel (2010) en niños/as de 4 a 10 años, demostrando así, que estos datos son casi similares, ya que se debe tener en cuenta que los resultados van a depender de la variación del proceso metodológico que se utilizó en cada una de las distintas investigaciones.

En relación, a los objetivos específicos, se ha podido identificar que este trastorno se presenta más entre los niños/as que tienen 6 y 7 años dado que se ha encontrado un porcentaje de 1.8 veces más que en las otras edades (Tabla 3).

**Tabla 3.**

**Presencia del TSH según en las diferentes edades de 6 a 12 años.**

		<b>Categorías:</b>							
		<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>Total:</b>
		<b>años</b>	<b>Años</b>	<b>Años</b>	<b>años</b>	<b>años</b>	<b>años</b>	<b>años</b>	
Con TSH	N	7	4	5	5	3	3	2	29
Porcentaje.	%	41%	44%	33%	31%	21%	18%	13%	28%
Sin TSH	N	10	5	10	11	11	13	13	73
Porcentaje.	%	59%	56%	67%	69%	79%	82%	87%	72%
Total.	N	17	9	15	16	14	16	15	102
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Quizhpi, 2018. N=número de infantes. %=porcentaje.

Estos hallazgos son similares a estudios que han identificado que en las edades menores se presenta más el TSH, es decir, entre un 47% vs un 4% que ha sido representado entre los que tienen edades mayores, independientemente en las edades que se hayan investigado (Goulart y Chiari, 2007; Goulart y Ferreira, 2009). Así mismo, a investigaciones que se han realizado a niños/as que se encuentran entre las edades de 6 años, ya que han

obtenido el 55%, el 42% y el 51%, respectivamente (Indrusiak y Rockenbach, 2012; Taboada, et al., 2011; Vázquez et al., 2014), es decir porcentajes altos en esta edad.

Para mostrar los resultados según el género, se procedió a realizar una tabla, la cual fue elaborada tomando en cuenta solo los casos que presentaron el TSH con el fin de poder explicar si existe alguna predominancia de algún género (Ver Tabla 4).

**Tabla 4.**  
**Presencia del TSH según el género.**

		Categorías		Total:
		Masculino	Femenino	
Con Trastorno del Sonido del Habla	N	16	13	29
Porcentaje	%	55%	45%	100%

Fuente: Quizhpi, 2018. N=número de infantes. %=porcentaje.

Estos datos, son similares a investigaciones que han encontrado que en el género masculino se presentan con más casos, es decir entre un 54% vs un 46% del femenino (Goulart y Chiari, 2007; Maldonado, et al., 2010; Indrusiak y Rockenbach, 2012; Taboada, et al., 2011; Vázquez et al., 2014); además, hay que indicar que este resultado es diferente a la investigación realizada por Peñafiel (2010) ya que ha evidenciado más casos con TSH en el género femenino, con un 59% vs el 41% del masculino.

**Tabla 5.**

Población		Categorías:				Total:	
		Ninguna	Primaria	Secundaria	Superior		
102 infantes	Con TSH	N	3	16	8	2	29
	Porcentaje.	%	37.50%	38.09%	22.22%	12.50%	28%
	Sin TSH	N	5	26	28	14	73
	Porcentaje.	%	62.50%	61.91%	77.78%	87.50%	72%
	Total	N	8	42	36	16	102



% 100% 100% 100% 100% 100%

**Presencia del TSH según el nivel de instrucción académica de los padres.**

Fuente: Quizhpi, 2018. N=número de infantes. %=porcentaje.

Con respecto a la presencia del TSH, según el nivel de instrucción académica de los padres, se identifica, que existe un mayor porcentaje entre los niños/as que tienen padres con un nivel de instrucción baja (primaria y ninguna), especialmente en los que tienen un nivel de educación de primaria en comparación de los padres que tienen un nivel de instrucción alta (secundaria y superior), incluso se observa que en el nivel de instrucción superior o universitaria hay pocos casos (Ver Tabla 5).

Estos hallazgos, son similares a investigaciones en donde han demostrado que existen más casos con el TSH entre los niños/as que tienen padres con un nivel de instrucción primaria, entre el 55% (Regatky, et al., 2008) y el 17% (Karbasi, et al., 2011) en comparación de las otras instrucciones que se han encontrado con menores porcentajes. Así mismo, se debe indicar que es diferente a la investigación de Goulart y Chiari (2007), pues ha evidenciado un mayor porcentaje entre los niños/as que tienen padres con una instrucción secundaria, entre el 55%. Sin embargo, hay que indicar, que en estas investigaciones se ha observado menos casos entre los niños/as que tienen padres con un nivel de instrucción superior/universitaria (Goulart y Chiari, 2007; Karbasi, et al., 2011; Regatky, et al., 2008) siendo un resultado similar con la presente investigación.

Una vez presentados los resultados en base a los objetivos, parece importante indicar que se aplicó el chi cuadrado de Pearson con las variables de estudio (género, edad y nivel de instrucción académica de los padres) para encontrar si es que existe alguna significancia que indique que la relación entre alguna de éstas es importante para la presencia o no del TSH, dando como resultado, que ninguna variable es significativa debido que los datos son mayores a 0.005 (Ver Tabla 6).

**Tabla 6.**
**Prueba del chi cuadrado entre las variables de estudio.**

Prueba del Chi cuadrado.	Variables:			
	Intervalo de confianza	Sexo	Edad	Instrucción de los padres
	95 %	0.363	0.957	0.581

Fuente: Quizhpi, 2018.

Por último, se ve importante reportar la tasa media en cuanto a la posible presencia del TSH entre los niños/as de 6 a 12 años de la presente investigación, dando como resultado que de cada 5 niños con el género femenino 1 presenta este trastorno y que de cada 3 del género masculino 1 tiene el trastorno; dándose a entender que existe un promedio de que 1 niño o niña de cada 4 presenta dicho trastorno (Ver Tabla 7).

**Tabla 7.**
**Tasa media del TSH entre los infantes de 6 a 12 años.**

Con Trastorno del sonido del habla	(%) (Tasa media)	Categoría:		Total:
		Femenino.	Masculino.	
		12.74%	15.68%	28%
		1 de cada 5	1 de cada 3	1 de cada 4

Fuente: Quizhpi, 2018.

**CONCLUSIONES.**

Al inicio de la presente investigación se planteó como objetivo general determinar la presencia del TSH en un grupo de infantes de 6 a 12 años que estuvieron asistiendo a la unidad educativa (CEBCI), de la ciudad de Cuenca del Ecuador durante el periodo 2016-2017, con lo que, al finalizar la investigación, se ha podido concluir que ha existido un 28% de casos existentes, quienes posiblemente están predispuestos a desencadenar problemas de comunicación, sociales, emocionales, conductuales, de aprendizaje entre otras áreas que influyen negativamente al desarrollo psicológico, además, hay que indicar que éste resultado nos ayuda a evidenciar que existe un número alto, por lo que, con el presente estudio



podremos plantear que el TSH es una patología evidente durante infancia, específicamente en la segunda infancia.

Entre las distintas variables, que se han descrito en el estudio, tales como la edad, el género y el nivel de instrucción académica de los padres se ha determinado que no hay ninguna significancia con el trastorno. Sin embargo, se ha podido observar que el género masculino, las edades de 6 y 7 años (que son las edades menores de la población), y los niveles de educación bajos (primaria y ninguna) de los padres, se han mostrado como factores de riesgo para la presencia del TSH.

Además, se debe mencionar que el nivel de educación superior (una escolaridad alta) de los padres se muestra como un factor protector para no desarrollar este trastorno, pues se ha evidenciado un porcentaje significativo, del 87.50% entre los que no tienen el TSH, es decir que entre estos padres puede existir una concientización, estimulación, modulación y corrección adecuada en la pronunciación de los distintos sonidos del habla de sus hijos.

También, se indica que el porcentaje del TSH entre los niños/as va disminuyendo a medida como aumenta la edad, presentándose una relación inversamente proporcional, ya que en la edad de 6 o 7 años han tenido entre un 41.16% y un 44.44% de presencia entre los casos vs un 17.66% o de un 16.66% en edades mayores, es decir ha tenido 1.8 veces más que en las otras edades.

Para la investigación se utilizó el instrumento TAR (Test de Articulación a la Repetición) y con el desarrollo de la presente investigación se puede considerar que es una gran herramienta que ayuda a evaluar la existencia del TSH, ya que sí indica verídicamente el o los sonidos del habla mal pronunciados, entre todos los fonemas del idioma español, de la misma manera, se pudo evidenciar que aparte de tener una buena consistencia interna entre sus ítems puede indicar el tratamiento pertinente a seguir, con el fin de rehabilitar el o los fonemas errados; de la misma forma, se debe recalcar, que este sí ha sido un instrumento con un tiempo de aplicación e interpretación breve, sin mayores complicaciones.

Se cree conveniente mencionar que los niños que han tenido dificultad para emitir claramente los sonidos del habla son los que menciona que no pueden, es decir, que ya tienen conciencia de su problema, por ende, las consecuencias mencionados en la teoría ya pueden



estar presentes, por lo que necesitan, aparte, de un tratamiento fonoaudiológico, un tratamiento psicológico, además, se debe concluir que el TSH se ha presentado en 1 infante de cada 4, es decir que se presenta como una problemática, en la cual, se debe intervenir.

Una de las limitaciones para la investigación fue la población, ya que por el lado positivo fue heterogéneo y finito, y por el lado negativo no fue un número igual de participantes para cada edad, por lo que, para el procesamiento y análisis de datos surgieron complicaciones pudiendo alterar los resultados pertinentes de la investigación.

Otra de las limitaciones, es de que el TSH, a lo largo del tiempo, ha tenido distintas denominaciones, según las influencias de los autores y a las áreas que pertenecían, ya sea medicina, psicología o lingüística, dando como resultado que todavía en la actualidad en algunos países se sigan utilizando denominaciones anteriores.



## RECOMENDACIONES.

Una vez finalizado el presente trabajo investigativo, se puede considerar que es un estudio base para las futuras investigaciones ya que la información, así como también los resultados obtenidos son relevantes para el tema del TSH.

Para la realización de estudios a posteriori, se considera que estas se deban realizar con un número mayor de muestra, para que la obtención de los datos a requerirse, puedan ser más precisos; así como también tratar de emprender nuevas líneas de investigación con el fin de que se pueda determinar con mayor exactitud los factores causales, o a su vez de estrategias o técnicas pertinentes de intervención para que de esta manera se pueda reducir o erradicar las comorbilidades asociadas a este trastorno.

Una línea específica en la que se pueda trabajar este tema es el buscar contextos causales que puedan afectar al TSH, como podría ser las distintas zonas de vivienda (rural o urbana), factor económico, integración familiar, cuidadores de los niños, así como también la personalidad presente de sus progenitores o tutores.

Si bien es cierto, la herramienta TAR puede detectar el TSH en el transcurso de la aplicación se detectó palabras que estaban contextualizadas, según el país de creación, por lo que surgieron complicaciones para pronunciar un determinado fonema, por lo que se recomienda que, en las futuras investigaciones, se pueda modificar algunas palabras al contexto a utilizarse.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aguado, G. (2014). Trastornos de habla y articulación. En Coll-Florit, M., Aguado, G., Fernández-Zúñiga, A., Gamba, S., Perelló, E., Vila-Rovira, J.M. (Eds.), *Trastornos del habla y de la voz* (pp. 13-61). Barcelona: UOC.
- Alessandri, M.L. (2012). *Trastornos del lenguaje detección y tratamiento en el aula*. Buenos Aires: Lexus.
- Andrade, C.R. (1997). Prevalência das desordens idiopáticas da fala e da linguagem em crianças de um a onze anos de idade [Prevalencia de los desórdenes idiopáticos del habla y del lenguaje en niños de uno a once años de edad]. *Revista de Saúde Pública [Revista de Salud Pública]*, 31(5), 495-501. doi: 10.1590/S0034-89101997000600008.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5°)*. Arlington: Médica Panamericana.
- Bosch, L. (2004). *Evaluación fonológica del habla infantil*. Barcelona: Editorial Masson.
- Campbell, T.F., Dollaghan, C.A., Rockette, H.E., Paradise, J.L., Feldman, H.M., Shriberg, L.D., Sabo, D.L., & Kurs-Lasky M. (2003). Risk factors for speech delay of unknown origin in 3-year-old children [Factores de riesgo para el retraso del habla de origen desconocido en niños de 3 años]. *Child Development [Desarrollo Infantil]*, 74(2), 346-357. doi: 10.1111/1467-8624.7402002.
- Campos, Á.D., & Campos, L.D. (2014). Patologías de la comunicación. Proyecto docente para enfermería infantil. Dislalias. *Enfermería Global*, 13(34), 444-452. doi: 10.6018/eglobal.13.2.164041.
- Castañeda, P. F. (1999). *El lenguaje verbal del niño: ¿cómo estimular, corregir y ayudar para que aprenda a hablar bien?*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Crespo-Allende, N., & Alfaro-Faccio, P. (2010). Desarrollo tardío del lenguaje: la conciencia metapragmática en la edad escolar. *Universitas Psychologica*, 9(1), 229-240. Craig, G.C., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico novena edición*. México D.F.: Pearson Educación. doi: 92672010000100018.
- Cuestos, F., González, J., & De Vega, M. (2015). *Psicología del Lenguaje*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Fox, A.V., Dodd, B., & Howard, D. (2002). Risk factors for speech disorders in children [Factores de riesgo para trastornos del habla en niños]. *International Journal of Language & Communication Disorders [Revista Internacional de Trastornos del Lenguaje y la Comunicación]*, 37(2), 117-131. doi: 10.1080/13682820110116776.
- Gallego, J.S., Gómez, I.A., & Ayllón, M.F. (2017). Valoración de un programa escolar para el desarrollo de habilidades fonológicas en niños españoles. *Revista Brasileira de Educação*, 22(71), 1-27. doi: 10.1590/s1413-24782017227167.
- Gómez, I.A. (2012). *Diseño y evaluación de un programa de intervención didáctica para alumnado de educación infantil y primaria con trastorno fonológico*. (Tesis Doctoral). Granada: Universidad de Granada. doi: 10481/23989.



- Goulart, B.N., & Chiari, B.M. (2007). Prevalência de desordens de fala em escolares e fatores associados [Prevalencia de desórdenes de habla en escolares y factores asociados]. *Revista de Saúde Pública [Revista de Salud Pública]*, 41(5), 726-731. doi: 10.1590/S0034-89102007000500006.
- Goulart, B.N., & Ferreira, J. (2009). Teste de rastreamento de alterações de fala para crianças [Prueba de detección de los trastornos del habla para los niños]. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica [Pro-Fono Revista de Actualización Científica]*, 21(3), 231-236. doi: 10.1590/S0104-56872009000300009
- Harrison, L.J., & McLeod, S. (2010). Risk and protective factors associated with speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children [Factores de riesgo y de protección asociados con el deterioro del habla y del lenguaje en una muestra representativa a nivel nacional de niños de 4 a 5 años]. *Journal of Speech Language and Hearing Research [Revista de Habla Lenguaje y Audición]*, 53(2), 508-529. doi: 10.1044/1092-4388(2009/08-0086).
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación quinta edición*. México D.F.: Mc. Graw Hill Educación.
- Hoff, E., & Tian, C. (2005). Socioeconomic status and cultural influences on language [Estado socioeconómico e influencias culturales en el lenguaje]. *Journal of Communication Disorders [Revista de Trastornos de la Comunicación]*, 38(4), 271-278. doi: 10.1016/j.jcomdis.2005.02.003.
- Indrusiak, C.S., & Rockenbach, S.P. (2012). Prevalência de desvio fonológico em crianças de 4 a 6 anos de escolas municipais de educação infantil de Canoas RS [Prevalencia de desviaciones fonológicas en niños de 4 a 6 años de un jardín de infantes en Canoas RS]. *Revista CEFAC-Atualizacao Cientifica em Fonoaudiologia e Educacao [Revista CEFAC- Actualización Científica en Fonoaudiología y Educación]*, 14(5), 943-951. Recuperada de <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2012nahead/30-11.pdf>
- Karbasi, S.A., Fallah, R., & Golestam, M. (2011). The prevalence of speech disorder in primary school students in Yazd-Iran [La prevalencia del trastorno del habla en estudiantes de primaria en Yazd-Irán]. *Acta Medica Iranica [Acta Medica de Irán]*, 49(1), 33-37. Recuperada de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.911.9553&rep=rep1&type=pdf>
- Maggiolo, M. (2017). Test de articulación a la repetición (TAR): un legado de la profesora fonoaudióloga Edith Schwalm. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 16(1), 1-14. doi:10.5354/0719-4692.2017.47557.
- Maldonado, S., Ochoa, L., & Vanegas, S. (2010). *Evaluación e intervención logopédica de dislalias funcionales en niños y niñas de primero a tercer año de educación básica, unidades educativas "Manuela Cañizares", "Ignacio Escandón" y "Fe y Alegría"*. (Tesis previa a la obtención del Título de Licenciada en Fonoaudiología). Cuenca: Universidad de Cuenca. Recuperada de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3785/1/TECF061pdf>
- Ministerio de Salud-Subsecretaría de Salud Pública. (2010). *Guía Clínica auge Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro*. Santiago: Minsal.



- Moreno, J.M., & Mateos, M.R. (2005). Estudio sobre la interrelación entre la dislalia y la personalidad del niño. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 3(7), 133-150. doi: 293121928008.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Más sano, más justo, más seguro: la travesía de la salud mundial 2007-2017*. Ginebra: Meditor.
- Owens, R.E. (2003). *Desarrollo del lenguaje quinta edición*. Madrid: Pearson Prentice Hall Educación.
- Pascual, P. (2012). *La dislalia*. Madrid: CEPE-Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Peña-Casanova, J. (2013). *Manual de logopedia cuarta edición*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Peñañiel, K. (2010). *Evaluación e intervención logopédica de dislalias funcionales en niños y niñas de primero a tercer año de educación básica, escuela fiscal mixta "Panamá"*. (Tesis previa a la obtención del Título de Licenciada en Fonoaudiología). Cuenca: Universidad de Cuenca. Recuperada de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3804/1/TECF59.pdf>
- Pérez, J.I. (2004). Hizkuntzaren garapenaren nahasteen komorbilitatea emozio-eta jokabide-arazoekin: aintzat hartu beharrekoak lehenbailehen hautemateko, ebaluatzeko eta esku hartzeko [Comorbilidad de los trastornos del desarrollo del lenguaje con problemas emocionales y de conducta: implicaciones para la detección temprana, la evaluación y la intervención]. En Aranburu, M., & Sansinenea, E. (Eds.), *Osasunaren psikologia [Psicología de la Salud]* (pp. 291-313). Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Puyuelo, M., & Rondal, J.A. (2003). *Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje aspectos evolutivos y patología en el niño y el adulto*. Barcelona: Masson.
- Quintero, E.Y., & Molina, E.S. (2012). Mundo virtual interactivo con actividades de articulación de fonemas y sílfones para niños con dislalia. *Píxel-Bit. Revista de Medios y Educación*, 1(41), 185-195. doi: 36828247014
- Regatky, N., Lamy, P., & Salamanco, G. (2008). Evaluación preescolar. Una experiencia en el consultorio de seguimiento longitudinal del niño y la familia. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 50(227), 70-78. Recuperada de [http://bibliomedicinadigital.fmed.uba.ar/medicina/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=catalogo&d=CatalogoRevar\\_29698](http://bibliomedicinadigital.fmed.uba.ar/medicina/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=catalogo&d=CatalogoRevar_29698)
- Salvador C. (2008). *Relación de los factores psicosociales con déficit sensorial en niños de edad preescolar en familias disfuncionales en zonas urbanas y rurales*. (Tesis de Grado presentada como requisito para la obtención de Título Médico). Quito: Universidad San Francisco de Quito. Recuperada de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/370/1/89990.pdf>
- Seivane, M. (2005). *Cicerón programa para el desarrollo y mejora de la capacidad articuladora*. Madrid: Psymtéc.
- Shriberg L.D., Tomblin J.B., & Mcsweeny J.L. (1999). Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment [Prevalencia del retraso del habla en niños de 6 años y comorbilidad con discapacidad del lenguaje]. *Journal of Speech Language and Hearing Research [Revista de Habla Lenguaje y Audición]*, 42(6), 1461-1481. doi: 10.1044/jslhr.4206.1461.



- Susanibar, F., Dioses, A., & Tordera, J.C. (2016). Principios para la evaluación e intervención de los trastornos de los sonidos del habla–TSH. En Susanibar, F., Dioses, A., Marchesan, I., Guzmán, M., Leal, G., Guitar, B., Junqueira-Bohnen, A. (Eds.), *Trastornos del Habla de los fundamentos a la evaluación* (pp. 47-124). Madrid: EOS.
- Taboada, O., Torres, A., Cazares, C.E., & Orozco, L. (2011). Prevalencia de maloclusiones y trastornos del habla en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 68(6), 425-430. doi: S1665-11462011000600004.
- Timbi-Sisalima, C., Robles-Bykbaev, V., Guiñansaca-Zhagüi, E., Capón-Albarracín, M., & Ochoa-Arévalo, G. (2015). Adacof: una aproximación educativa basada en TIC para el aprendizaje digital de la articulación del código fonético en niños con discapacidad. *Perfiles educativos*, 37(149), 187-202. doi: S0185-26982015000300011.
- Vázquez-Reyes A., Reyes, Z.A., Moyaho-Bernal, Á., Moreno-García, A., Montiel-Jarquín, Á.J., Hernández-Ruíz, A.K., Bejarano-Huertas, R., & López-Colombo A. (2014). Dislalias asociadas a maloclusión dental en escolares. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(5), 538-542. Recuperada de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im145o.pdf>
- Villanueva, P., Morán, D., Lizana, M.L., & Palomino, H.M. (2009). Articulación de fones en individuos clase esquelal I, II y III. *Revista CEFAC*, 11(3), 423-430. doi: 10.1590/S1516-18462009000300009.
- Vivar, P., & León, H. (2009). Desarrollo fonológico-fonético en un grupo de niños entre 3 y 5, 11 años. *Revista CEFAC*, 11(2), 190-198. doi: 10.1590/S1516-18462009000200003.
- Ygual-Fernández A., & Cervera-Mérida, J. (2016). Eficacia de los programas de ejercicios de motricidad oral para el tratamiento logopédico de las dificultades de habla. *Revista de Neurología*, 62(1), 59-64. Recuperada de <https://www.neurologia.com/articulo/2016018>.



# ANEXOS.

**Anexo 1: ADQUISICIÓN DE LOS DISTINTOS SONIDOS DEL HABLA.**

El niño empieza a pronunciar los fonemas bilabiales (m, p, b-v), ya que son los más simples, dado que no hay un movimiento lingual; luego, aprenderá a tener un movimiento lingual postero anterior, es decir, la adquisición de los sonidos del habla serán desde los que tienen un movimiento lingual posterior, como el fonema gutural o g (ya que se produce solo por el movimiento posterior de la lengua) hasta los que tienen un movimientos lingual anterior, como el fonema r (ya que se tiene que mover la parta más anterior de la lengua, como es el de la punta). Según Susanibar, et al., (2016), a la edad de 2 años ya debe estar adquirido, la producción de forma clara de todos los fonemas vocálicos para después poder pronunciar de forma secuencial los distintos sonidos del habla, es decir, a la edad de:

- **2 años 2 meses:** El Fonema: m.
- **2 años 4 meses:** El Fonema: p.
- **2 años 6 meses:** El Fonema: b-v.
- **2 años 8 meses:** El Fonema: t.
- **2 años 10 meses:** Los Fonemas: g.
- **3 años:** Los Fonemas: k-q-ca-co-cu.
- **3 años 1 mes:** Los Fonemas: j-x.
- **3 años 2 meses:** El fonema: f.
- **3 años 3 meses:** Dífonos vocálicos crecientes (ia, ie, io, iu, ua, ue, ui, uo).
- **3 años 4 meses:** Dífonos vocálicos decrecientes (ae, ai, ao, au, ea, ei, eo, eu, oa, oe, oi, ou).
- **3 años 5 meses:** Fonemas y-ll
- **3 años 6 meses:** El Fonema: ch.
- **3 años 7 meses:** El Fonema: ñ.
- **3 años 8 meses:** El fonema n.
- **3 años 9 meses:** El fonema l.
- **3 años 10 meses:** El fonema d.
- **3 años 11 meses:** El fonema s-ce-ci-z.
- **4 años:** Dífonos consonánticos del fonema L: pl, bl, tl, gl, cl, fl.
- **4 años 3 meses:** Silabas inversas del fonema s.
- **4 años 6 meses:** Todas la silabas inversas.
- **5 años:** Dífonos consonánticos del fonema R: pr, br, cr, gr, tr, fr, dr.
- **5 años 6 meses:** las silabas inversas del fonema r.
- **6 años:** El fonema R.

Es necesario recalcar, que estos datos fueron analizados con muestras no muy grandes, por lo que, se menciona que no se puede generalizar con certeza los resultados (Susanibar, et al., 2016).



**Anexo 2:**

**DENOMINACIÓN DE LOS DISTINTOS SONIDOS DEL HABLA MAL  
PRONUNCIADOS.**

Según, Seivane (2004) y Pascual (2012) cada sonido del habla mal articulado o pronunciado se debe a que el niño o niña no tiene el movimiento lingual específico para la producción de ese fonema, por lo que, categorizaron al TSH, en función del fonema errado, dado como resultado, lo siguiente:

- El error en la pronunciación del fonema M, se le denomina: Mitacismo.
- El error en la pronunciación del fonema P, se le denomina: Piscismo.
- El error en la pronunciación del fonema B, se le denomina: Betacismo.
- El error en la pronunciación del fonema T, se le denomina: Tetacismo.
- El error en la pronunciación del fonema G, se le denomina: Gammacismo.
- El error en la pronunciación del fonema K, se le denomina: Kappacismo.
- El error en la pronunciación del fonema J, se le denomina: Jotacismo.
- El error en la pronunciación del fonema F, se le denomina: Ficismo.
- El error en la pronunciación del fonema Y, se le denomina: Yeísmo.
- El error en la pronunciación del fonema CH, se le denomina: Chutismo.
- El error en la pronunciación del fonema Ñ, se le denomina: Ñunacion.
- El error en la pronunciación del fonema N, se le denomina: Nunacion.
- El error en la pronunciación del fonema L, se le denomina: Lambdacismo.
- El error en la pronunciación del fonema D, se le denomina: Deltacismo.
- El error en la pronunciación del fonema S, se le denomina: Sigmatismo-Seseo.
- El error en la pronunciación del fonema R, se le denomina: Rotacismo.
- El error en la pronunciación de los difonos de L, se le denomina: Lambdacismo en Difonos.
- El error en la pronunciación de los difonos de R, se le denomina: Rotacismo en Difonos.
- El error en la pronunciación de todos los fonemas, se le denomina: Otentotismo.





**Anexo 3:**

**TERMINOLOGÍAS UTILIZADAS.**

Según Susanibar, et al., (2016), a lo largo del tiempo, la nomenclatura o el término de trastorno de los sonidos del habla, ha tenido distintas denominaciones, según las influencias de los autores y a las áreas que pertenecían, ya sea medicina, psicología o lingüística. Siendo dislalia el primer término en surgir, dado por el colegio de logopedas de Europa en 1959 a partir de los estudios de Berkan (1892), Froschels (1928), Gutzman (1927), Kussmaul (1879), Liebmann (1924), Peacher (1946), Schuller (1830); sin embargo, Powers en EE. UU., en el mismo año, planteó que el término “dislalia” no abarcaba el concepto en su totalidad, por lo que le denominó “trastorno funcional de la articulación”; posteriormente aparecieron nuevas denominaciones como en:

- 1975, Grunwell, le denominó: trastorno de la articulación.
- 1976, Ingram, le denominó: trastorno fonológico.
- 1980, con el DSM-III de la APA, le denominaron: trastorno del desarrollo de la articulación.
- 1992, con el CIE-10 de la OMS, le denominaron: dislalia fonológica.
- 1994, con el DSM-IV, le denominaron: trastorno fonológico.
- 2010, con el CIE-10 (actualizado), le denominaron: trastorno específico de la pronunciación.
- 2014, con el DSM-5, le denominaron: trastorno de los sonidos del habla, encontrándose en el grupo de la clasificación de los trastornos de la comunicación dentro de los trastornos del neurodesarrollo (APA, 2014).





**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio de la presente, me es grato informarle que se llevará a cabo una investigación sobre la prevalencia del trastorno de los sonidos del habla en niños/as que se encuentran entre una edad de 6 a 12 años de la Comunidad Educativa Bilingüe Cristiana Israel (CEBCI). Por tal motivo, los niños/as serán evaluados con el instrumento denominado Test de Articulación a la Repetición (TAR).

Se debe mencionar, que esta investigación ha sido avalada y aprobada por los profesionales competentes de la institución dado que tiene el fin de encontrar todo lo relacionado con el tema a investigarse, en el cual no causarán daños físicos ni psicológicos a los niños/as.

La participación es completamente voluntaria dándose a entender que se encuentra en la libertad de decidir, en cualquier momento si así fuera, no participar si se siente incómodo(a) desde cualquier punto de vista. Esta libertad de participar o de retirarme, no involucra ningún tipo de sanción, ni tener que dar explicación y que una eventual no participación o retiro no tendrá ninguna repercusión en alguna área de mi vida. Además, con esta participación, no se percibirá ningún beneficio económico, será una participación que aportará, potencialmente, a aumentar el conocimiento científico.

Al firmar este documento, autorizó que el autor de esta investigación, así como auditores del mismo tengan acceso a la información y que los resultados que se deriven, puedan ser utilizados en publicaciones, en presentaciones de eventos científicos o en futuras investigaciones y que la identidad sea resguardada.

Yo, \_\_\_\_\_ con N° de cédula \_\_\_\_\_ y padre del niño \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo con la información que he recibido y aceptó libremente sin ninguna presión, que se realice la aplicación del instrumento a mi representado.

.....

**Firma o Huella digital.**



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
ASENTIMIENTO INFORMADO**

Este es un trabajo de investigación que consiste en explorar a niños y niñas como tú, en el cual, vamos a contestar y a participar en todas las actividades que tengamos que realizar en el momento dado.

Por este motivo, quiero saber si te gustaría participar con esta investigación. Tus padres han dado el consentimiento para que participes. Si no entiendes cualquier cosa puedes preguntar las veces que quieras y yo te explicaré lo que necesites.

Si decides no participar, no pasa nada, nadie se enojará o te retará por ello. Tampoco va a influir en tus notas estudiantiles. Aunque, ahora decidas participar y si más adelante ya no quieres continuar, puedes dejarlo cuando tú quieras, nadie se enfadará contigo.

Si quieres participar, haz un círculo o una marca al dibujo del dedo apuntando hacia arriba y si no quieres, haz la marca en el dedo apuntando hacia abajo. Con eso bastará para que nosotros sepamos tu preferencia.

Yo (Nombres y apellidos): \_\_\_\_\_

SI quiero participar



NO quiero participar



Firma y fecha del investigador: \_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

10.2. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE: \_\_\_\_\_

1. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS DEL NIÑO/A

2. GÉNERO DEL NIÑO/A:

MASCULINO

FEMENINO

3. INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES:

PRIMARIA

SECUNDARIA

SUPERIOR/UNIVERSITARIA

NINGUNA



TEST DE ARTICULACIÓN A LA REPETICIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha del examen: \_\_\_\_\_ Examinador: \_\_\_\_\_

Fonemas:

	(Inicial)	(Mediana)	(Final)	(Trabante)
/b/	Bote	Cabeza	Nube	Objeto
/p/	Pato	Zapato	Copa	Apto
/m/	Mano	Camisa	Suma	Campo
/f/	Foca	Búfalo	Café	Aftosa
/d/	Dama	Cadena	Codo	Pared
/t/	Tapa	Botella	Mata	Etna
/s/	Sapo	Cocina	Tasa	Pasto
/n/	Nido	Panera	Maní	Canto
/l/	Luna	Caluga	Pala	Dulce
/r/	Rosa	Marino	Pera	Corto
/rr/		Carreta	Perro	
/y/	Llave	Payaso	Malla	
/ñ/	Ñato	Puñete	Caña	
/c/	Chala	Lechuga	Noche	
/k/	Casa	Paquete	Taco	Acto
/g/	Gato	Laguna	Jugo	Signo
/x/	José	Tejido	Caja	Reloj



**Dífonos Vocálicos:**

Piano	Violín	Diuca	Fui
Vaina	Auto		

**Dífonos Consonánticos:**

Tabla	Clavo	Flecha	Dragón
Regla	Brazo	Fruta	Crema
Premio	Atlas	Tigre	Plato
Tren			

**Poli silábicas:**

Carabinero	Ametralladora
Panadería	Helicóptero
Caperucita	Bicicleta

**Oraciones:**

El perro salta: \_\_\_\_\_

La niña rubia come: \_\_\_\_\_

Ana fue al jardín con su gatito: \_\_\_\_\_

La guagua lloraba porque tenía hambre: \_\_\_\_\_

El mono que estaba dentro de la jaula se comió el maní: \_\_\_\_\_

Juanito se metió debajo de la cama para que no lo pillara su mamá: \_\_\_\_\_

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

**Conclusiones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del examinador