



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA DE LA DISLALIA FUNCIONAL
EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DEL PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER AÑO DE
BÁSICA EN LA ESCUELA "HERNÁN CRESPO CORDERO", SEPTIEMBRE
2012—FEBRERO 2013.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN
FONOAUDIOLOGÍA**

AUTORA: MAREL KATHERINE QUINTANILLA CASTRO

DIRECTOR: LCDO. EDGAR CARVAJAL FLOR

ASESORA: DRA. NANCY EULALIA AUQUILLA DÍAZ.

**CUENCA – ECUADOR
2013**



RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo Transversal con intervención logopédica, mediante la aplicación del Test de Articulación Reducido y el Test de Mecanismo Oral Periférico en 281 niños de la escuela “Hernán Cordero Crespo”. Luego de aplicar los test el 10,67% de los niños presentaron dislalia, el 89,33% no presentaron dislalia funcional. La edad media de los niños fue de 6,20 con un desvío estándar de $\pm 0,70\%$.

Se aplicó la intervención logopédica a los 30 niños, obteniéndose los siguientes resultados: la dislalia disminuyó en el 70%. Los niños de 5 años fueron quienes más superaron las dificultades con la intervención: el 85,71% supero el rotacismo, el 50,0% superaron el sigmatismo, el 66,66% el landacismo, el 100% superaron el yeísmo. En los niños de 6 años el 60,0% supero el rotacismo, el 100% el sigmatismo y el 50,0% con landacismo superaron su problema de articulación. Con respecto a los niños de 7 años el 50,0% supero el rotacismo, el 100% el sigmatismo, el 66,66% el landacismo.

DeCS: TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN-EPIDEMIOLOGÍA; TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN-TERAPIA; LOGOTERAPIA-MÉTODOS; PREESCOLAR; NIÑO; ESTUDIANTES-ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; CUENCA-ECUADOR



ABSTRACT

We performed a cross-sectional study with speech therapy, by applying the Reduced Joint Test and the Test of Oral Peripheral Mechanism in 281 school children "Hernan Crespo Cordero." After applying the test of the 10.67% children had dislalia, the 89.33% had no functional dislalia. The average age of the children was 6.20 with a standard deviation of $\pm 0.70\%$.

Speech therapy was applied to 30 children, with the following results: dislalia decreased in 70%. Children 5 years were those most difficult to beat intervention: 85.71% exceeded the rotacismo, 50.0% exceeded sigmatismo the landacismo 66.66%, 100% passed yeismo. In children 6 years of 60.0% exceeded the rotacismo; the sigmatismo 100% and 50.0% with landacismo overcame their joint problem. With regard to children of 7 years 50.0% exceeded the rotacismo, 100% the sigmatismo, the landacismo 66.66%.

DeCS: ARTICULATION DISORDERS-EPIDEMIOLOGY; ARTICULATION DISORDERS-THERAPY; SPEECH THERAPY-METHODS; CHILD, PRESCHOOL; CHILD; STUDENTS-STATISTICS & NUMERICAL DATA; CUENCA-ECUADOR



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I.....	11
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 2.....	14
MARCO TEÓRICO	14
HABLA.....	14
ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LOS ÓRGANOS QUE INTERVIENEN EN EL HABLA.....	15
TRASTORNOS DEL HABLA	26
DISLALIAS:	26
CONCEPTO	28
CONCEPTOS DE DISLALIA	28
CLASIFICACIÓN	32
DISLALIA FUNCIONAL	35
DISLALIA ORGÁNICA.....	38
DISLALIA FUNCIONAL	40
DISLALIA Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS.....	41
DIAGNÓSTICO DE LAS DISLALIAS.....	42
TIPOS DE ERRORES	44
EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS DISLALIAS.....	44
TRATAMIENTO	46
CAPÍTULO 3.....	62
OBJETIVOS.....	62
OBJETIVO GENERAL.....	62
OBJETIVOS ESPECIFICOS	62
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	63
CUADRO DE ACTIVIDADES	66
CAPÍTULO 4.....	68
RESULTADOS ESTADÍSTICOS	68
EVALUACIÓN.....	68
CAPÍTULO 5.....	78



CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS.....	84



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Marel Katherine Quintanilla Castro, autora de la tesis **"EVALUACION E INTERVENCION LOGOPEDICA DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DEL PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER AÑO DE BÁSICA EN LA ESCUELA "HERNAN CRESPO CORDERO", SEPTIEMBRE 2012— FEBRERO 2013"**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Fonoaudiología. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Julio del 2013

Marel Katherine Quintanilla Castro

CI.0705161651

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Marel Katherine Quintanilla Castro, autora de la tesis **"EVALUACION E INTERVENCION LOGOPEDICA DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DEL PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER AÑO DE BÁSICA EN LA ESCUELA "HERNAN CRESPO CORDERO", SEPTIEMBRE 2012— FEBRERO 2013"**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Julio del 2013

Marel Katherine Quintanilla Castro

CI.0705161651

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mis padres por ser el pilar más importante en mi vida y por mostrarme siempre su cariño y amor incondicional, sin importar nuestras diferencias de opiniones, por apoyarme con mi hija haberme enseñado a ser una mejor persona para ella y por ella. Este trabajo está dedicado a mi hija Kireyka Fiorell con quien me he desplazado en todo momento durante esta investigación.

Marel Katherine Quintanilla Castro.



AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios de manera infinita por poder alcanzar una de mis metas la cual es el inicio de seguir superándome como persona y profesional, para así poder ser una mejor madre para mi hija y un ejemplo para mi hermana.

A mis padres, Ing. Héctor G. Quintanilla y Lcda. Blanca A. Castro, que siempre me han dado su apoyo incondicional y a quienes debo este triunfo profesional, por todo su trabajo y dedicación para darme una formación académica y sobre todo humanista y espiritual. De ellos es este triunfo y para ellos es todo mi agradecimiento.

Para mis hermanos, Andrés y Ninel, para que también continúen superándose.

A la Universidad Estatal de Cuenca, la Máxima Casa de Estudios, y a la Escuela de Tecnología Médica que con el apoyo de sus docentes me permitieron desarrollar este trabajo de tesis y adquirir mucha experiencia profesional. Al Dr. Hugo Cañar por el apoyo en espacios y equipo para el desarrollo de la investigación los cuales han sido de gran ayuda y apoyo.

Un agradecimiento especial a la Dra. Nancy Auquilla por su ayuda y apoyo durante toda la investigación, siendo una persona muy humanista y excepcional hacia mi persona.



A todos mis amigos, amigas y todas aquellas personas que han sido importantes para mí durante todo este tiempo. A todos mis maestros que aportaron a mi formación. Para quienes me enseñaron más que el saber científico, a quienes me enseñaron a ser lo que no se aprende en salón de clase y a compartir el conocimiento con los demás y a mi director de tesis, Lcdo. Edgar Carvajal F. por su confianza y apoyo en mi investigación.

GRACIAS

Marel Quintanilla Castro



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El lenguaje es algo tan esencial para nuestra existencia que es difícil imaginar la vida sin palabras. Hablar, escuchar, leer y escribir son aspectos tan básicos en nuestra vida cotidiana, el uso del lenguaje nos guía a lo largo del día. Los trastornos del habla y del lenguaje son una patología relativamente frecuente en la infancia, que ocupa a padres y profesionales de la salud; tienen una prevalencia cercana al 5-8% en preescolares y un 4% en escolares; y su mayor importancia radica en el hecho que altera la capacidad de comunicación del niño con sus padres y tutores.

“Los trastornos del habla se refieren a varias afecciones en las cuales la persona tiene problemas para crear o formar los sonidos del habla para comunicarse con otros”.⁽¹⁾

Debido a que no se ha encontrado ningún estudio realizado en la escuela “Hernán Cordero Crespo” de la provincia del Azuay he creído conveniente realizar una investigación para Evaluar y Aplicar la Intervención logopédica de la dislalia funcional en niños de 5 a 7 años de edad. En Ecuador según los resultados de una investigación que culminó en 1996, realizada por el CONADIS, WA e IMSERSO de España Instituto de Migración y Servicios Sociales, el 20% de patologías en niños menores de cinco años corresponden a los trastornos del lenguaje.. En otros países como México se realizó un estudio en niños pre-escolares de 4 a 6 años dando como resultado que el 42% presentan trastornos del habla.

“En la etapa escolar, los trastornos antes mencionados pueden asociarse a dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura, a un rendimiento escolar deficiente, y en forma secundaria a trastornos en la esfera conductual y emocional” (2). Cuando un niño no logra expresar sus emociones por medio del lenguaje expresivo, lo hará a través de la acción y pueden entonces aparecer problemas de la comunicación, de conducta, de adaptación social, agresividad, frustración, negativismo.



Estos trastornos se hacen evidentes cuando el infante ingresa a un centro educativo, porque es ahí que se dan cuenta que presenta problemas para comunicarse con sus pares y maestros.

Al ser el habla la expresión física del lenguaje, se comprometen los órganos de respiración, fonación y articulación, ***“Para poder emitir un sonido concreto, es decir, para que la “fonación” tenga lugar, son necesarias***

- Una fuente de energía (aire a presión que se expulsa en la espiración)***
- Un órgano vibratorio (las cuerdas vocales)***
- Una caja de resonancia (fosas nasales, boca y faringe)***
- Un sistema de articulación del sonido (labios, lengua, dientes, paladar)***
- Un sistema regulador y sincronizador de todo el conjunto”⁽³⁾.***

Al haber un daño en estos se puede producir dificultad ya sea en la articulación o fluidez del habla. Entre otras causas para éstos trastornos tenemos la escasa habilidad motora, dificultades en la percepción espacio-tiempo, falta de comprensión o discriminación auditiva, factores psicológicos, factores ambientales, factores hereditarios, deficiencia intelectual.



JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Por esta razón he creído conveniente realizar una investigación para la Evaluación e Intervención logopédica de la dislalia funcional en niños de 5 a 7 años de edad matriculados en primero, segundo y tercer año de básica en la escuela "Hernán Cordero Crespo", ya que no se han encontrado estudios o trabajos en este centro educativo.

“Internacionalmente se han realizado estudios de esta patología encontrando un 42% en niños de 4 a 6 años como se reporta en la ciudad de México.”(4) (Taboada 2011), en Cuba fue 24%. En Buenos Aires fue 5.8%, y en Chile es el 13.9%. En la ciudad Quito- Ecuador se encontró 12.3%. ***“En la ciudad de Cuenca se realizaron estudios encontrándose un 8.4 %” (Abril Valery 2010) y 5.9%(Bermeo 2011) de niños con dislalias.(5)*** Los resultados serán difundidos a través de la institución participante, en este caso, la escuela que se integra en este estudio y los beneficiarios serán la institución, profesionales estudiantes y familiares.

“En la etapa escolar, los trastornos del habla y del lenguaje pueden asociarse a dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura, a un rendimiento escolar deficiente, y en forma secundaria a trastornos en la esfera conductual y emocional. Estos trastornos suelen presentar un curso crónico; así, sin un diagnóstico y tratamiento adecuados, la patología persiste en el 40 - 60% de los casos” (6).



CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

HABLA

¿Qué es el habla?

“Acto neuromotor en el cual se expresan sonidos con significado. Es el resultado de la planeación y ejecución de secuencias motoras específicas y requiere una coordinación neuromuscular muy precisa”(7)

Es la materialización individual de los pensamientos de una persona, sirviéndose del modelo o sistema que facilita la lengua. Es decir la expresión física del lenguaje.

Desde el punto de vista antropológico y etnológico, es indudable que el lenguaje articulado constituye una de las manifestaciones características que separan al hombre de los seres irracionales. Éstos últimos expresan y comunican sus sensaciones por medios instintivos, pero no hablan, a diferencia de los seres dotados de conciencia. Por lo tanto, si tuviésemos que añadir un sexto sentido a los cinco tradicionales, sin duda alguna ésta sería el habla, ya que la lengua, además de servir para el sentido del gusto y otras funciones cotidianas, tiene la aplicación de emitir sonidos articulados(8)

Es la expresión oral del lenguaje. Según Perelló, el habla es la realización del lenguaje. Saussure dice: “El habla es un acto individual de voluntad y de inteligencia, en el cual conviene distinguir: a) las combinaciones por las que el sujeto hablante utiliza el código de la lengua con miras a expresar su pensamiento personal; b) el mecanismo psicofísico que le permite exteriorizar esas combinaciones. ***“Es el hecho real de producir un código de lenguaje por medio de la emisión de los patrones correspondientes al sonido vocal”(9)*** (Ruiz 2006).



Anatomía y fisiología de los órganos que intervienen en el habla.

El conjunto de órganos que intervienen en la articulación de los fonemas se pueden dividir en tres grupos y son:

1. Órganos de la respiración.
2. Órganos de la fonación.
3. Órganos de la articulación.

1. ÓRGANOS DE LA RESPIRACIÓN:

“Los órganos propios de la respiración son los pulmones, los bronquios y la tráquea, siendo los primeros los que tienen un papel más fundamental.”⁽¹⁰⁾

La respiración tiene una doble función:

- Aportar oxígeno necesario a la sangre.
- Proporcionar la cantidad de aire suficiente para poder fonar y vencer los órganos articulatorios.

En una respiración normal, la inspiración se produce de la siguiente manera: el aire entra por las fosas nasales, faringe, laringe, tráquea, bronquios y pulmones; y en la espiración el aire va por: pulmones, bronquios, tráquea, laringe, parte de la faringe, boca y fosas nasales así para articular los fonemas.

Los órganos que participan en el proceso de la respiración son:

Nariz: Constituye el comienzo de las vías respiratorias.

La porción ósea es su parte superior. Está formada por los huesos nasales, la apófisis frontal o ascendente del maxilar y la porción nasal del hueso frontal. La porción cartilaginosa consta del cartílago del tabique nasal, de los cartílagos laterales, y de los cartílagos alares mayor y menor. Están conectados entre sí y con los huesos mediante la continuidad del pericondrio y del periostio.

La inervación sensitiva se la reparten ramas de los nervios oftálmico y maxilar del trigémino. La irrigación es por vasos nasales tributarios de los vasos faciales.



Diafragma: Músculo que separa la cavidad torácica de la abdominal. De este músculo depende la mayor o menor presión con que el aire llega y pasa por las cuerdas vocales produciendo la voz de mayor o menor intensidad.

Las enfermedades respiratorias no suelen afectar al diafragma.

Pulmones: Son dos y se consideran un almacén de aire se ubican en la caja torácica y están protegidos por las costillas. Durante la inspiración el aire entra, los pulmones se expanden aumentando su volumen y durante la espiración el aire sale y los pulmones se contraen. Su peso en el adulto es promedio 1100 a 1200gramos y en cuanto al color es rosado en el recién nacido, grisáceo en el adulto y en el viejo es gris.

Bronquios: Son conductos tubulares fibrocartilaginosos y su función es conducir el aire de la tráquea a los alveolos pulmonares y viceversa, se dividen en ramificaciones más pequeñas llamadas bronquios segmentario que a su vez se dividen en bronquiolos.

Tráquea: Va desde la laringe a los bronquios. Su función es brindar una vía abierta al aire inhalado y exhalado desde los pulmones, es decir se encarga de conducir el aire.

Tipos de respiración:

Respiración costal superior o clavicular: El aire inspirado se concentra en la parte superior del tórax, elevando la clavícula y los hombros y hundiendo el abdomen; este tipo de respiración es más frecuente en la mujer.

Respiración abdominal o diafragmática: Durante la inspiración el aire se concentra en la parte anterior del abdomen y se hunde durante la espiración permaneciendo inmóvil la parte superior del tórax.

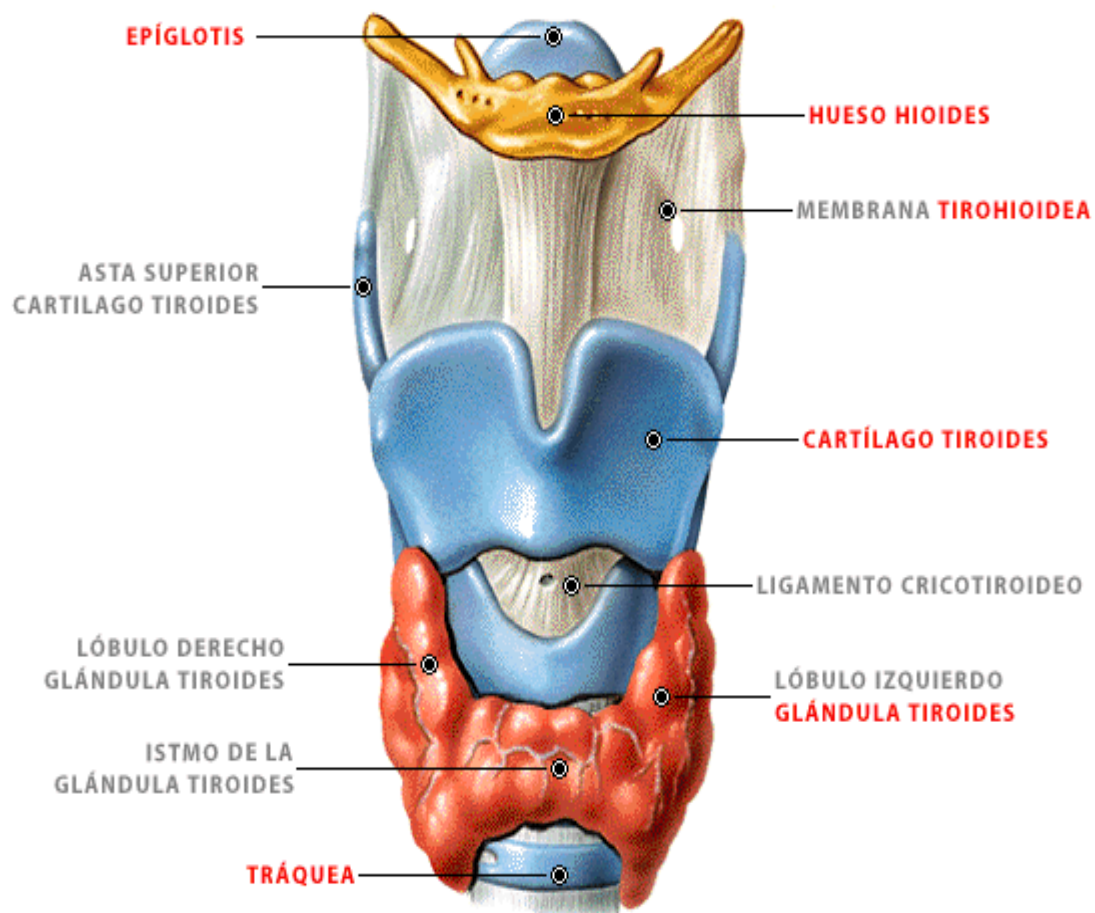
Respiración costo abdominal: Existe una gran movilidad lateral de las costillas inferiores de la parte superior del abdomen. Este tipo de respiración es la más recomendable para la fonación.

2. ÓRGANOS DE LA FONACIÓN:

Cuando hablamos de la fonación nos referimos al mecanismo fisiológico que produce los sonidos lingüísticos. Los órganos que intervienen en la fonación son:

Laringe: Es el órgano esencial de la fonación, es tubular, de forma triangular truncada con la base hacia arriba, constituido por varios cartílagos (tiroides, cricoides, ariteniodes, corniculados, cuneiformes y tritíceos), está situada en la zona media anterior del cuello altura de las vértebras cervicales C3, C4, C5 y C6 comunica a la faringe y la tráquea, está separada de la faringe por la epiglotis.

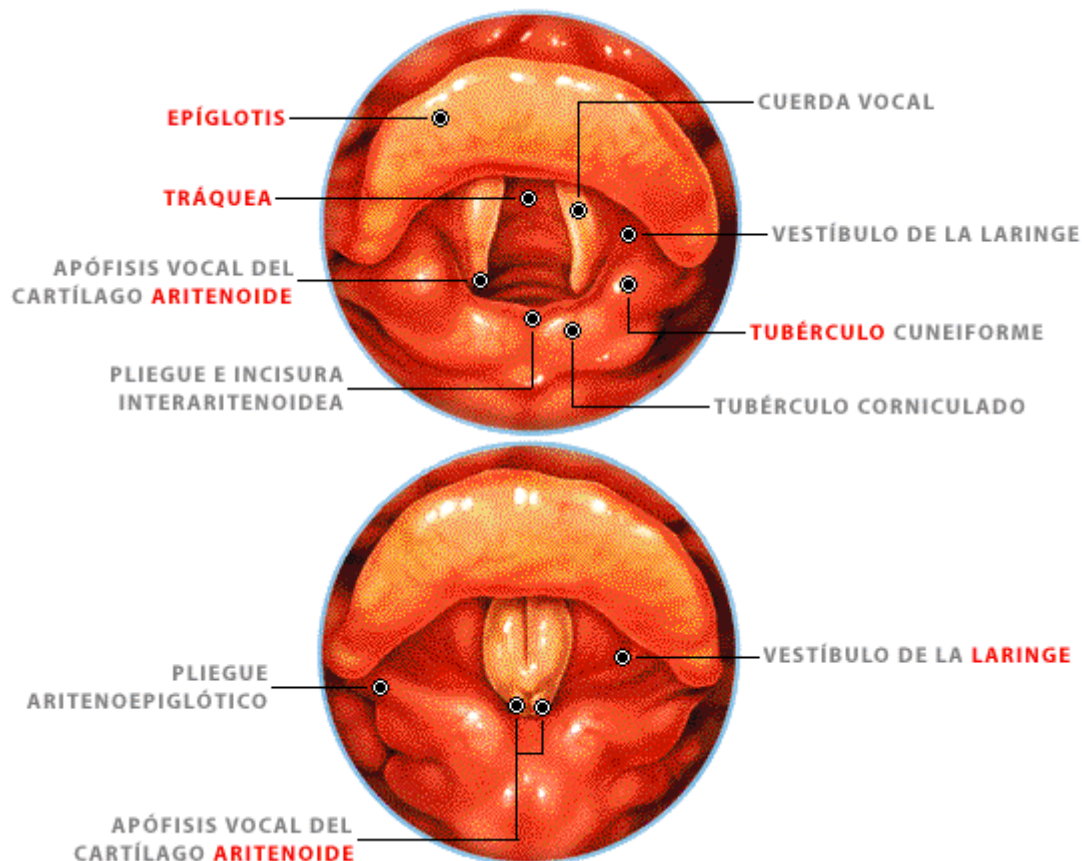
Las funciones primarias de este órgano son: la respiratoria, esfinteriana y de fonación y las secundarias: participa en la deglución y protección de los órganos de la respiración.



Constitución anatómica de la laringe:

Zona glótica es fundamental ya que aquí se produce el sonido laríngeo, presenta cuatro repliegues membranosos, dos superiores son las falsas cuerdas y dos inferiores denominadas cuerdas vocales verdaderas o ligamentos vocales.

* **Cuerdas Vocales Verdaderas** son dos y están situadas horizontalmente en dirección anteroposterior se extiende desde el cartílago tiroides hasta los cartílagos aritenoides. Son más gruesas que las falsas cuerdas. La presión del aire abre la glotis y hace vibrar las cuerdas vocales. Su tamaño es de unos 20 mm de longitud en el hombre y en las mujeres de unos 16 mm.



Cuerdas vocales falsas o también llamadas bandas ventriculares. Son dos y descansan sobre las cuerdas vocales verdaderas. Se fijan por delante en el cartílago tiroides y por detrás en los aritenoides.

BN Entre las cuerdas vocales existe un espacio denominado el ventrículo de Morgagni.

Vestíbulo laríngeo o región supraglótica: Se encuentra por encima de la glotis y de las cuerdas vocales.

Está formada por las cavidades de resonancia.

Región infraglótica o subglotis: Se encuentra por debajo de las cuerdas vocales.

En las cavidades situadas debajo de la glotis se encuentran los órganos de la respiración: diafragma, pulmones, bronquios y tráquea.

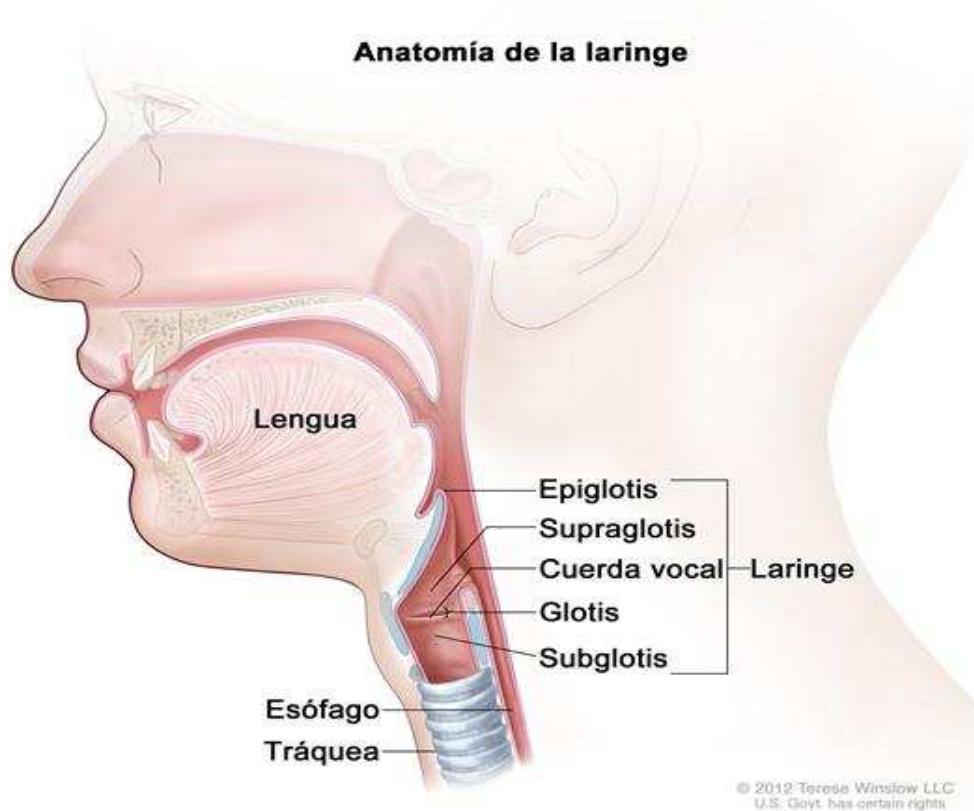
Para que el sonido pueda producirse es necesario:

Que la corriente de aire tenga la fuerza suficiente para separar las cuerdas vocales de su posición de descenso.

Que las cuerdas vocales se aproximen lo suficiente para cerrar el orificio glótico.

Que las cuerdas vocales estén tensas.

Una vez producido el sonido fundamental a nivel glótico, dicho sonido llegará a las cavidades de resonancia donde será modificado por la adaptación de diferentes órganos móviles y fijos.

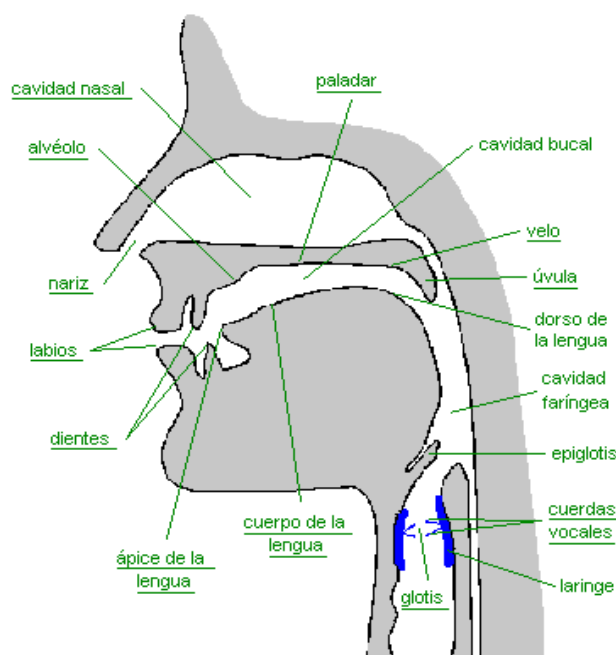


Cavidades de resonancia: Son espacios vacíos de la vía respiratoria, donde contribuyen al efecto expansivo del sonido. Aquí el sonido adquiere color y timbre, lo cual depende del tamaño, forma y textura de las cavidades.

La vibración del timbre depende de la caja de resonancia.

Las cavidades de resonancia son:

- a. **Cavidad Faríngea:** Está situada entre la laringe y el velo del paladar. Su función es conectar la laringe con las cavidades oral y nasal. La faringe tampoco actúa como resonador pero si llevamos la laringe a una posición muy baja está actuará como tal y se oirá lo que se denomina una voz angulada.
- b. **Cavidad Nasal:** Formada por las fosas nasales, se conecta con la faringe por su parte posterior. Se utilizan muy pocas veces como resonadores. La principal función de la nariz es la de calentar el aire que está a diferente temperatura que nuestro interior, para que cuando éste llegue a las cuerdas vocales no pueda dañarlas
- c. **Cavidad Oral:** la boca es el principal resonador ya que puede variar su abertura y a través de la lengua, labios, dientes y mandíbula se articula y modifica el sonido. Se extiende desde la faringe hasta los labios., en ella se articula la mayoría de los sonidos del habla.



3. ÓRGANOS DE LA ARTICULACIÓN:

La boca: La cavidad oral es la primera porción del tubo digestivo esta cumple las funciones de masticación, deglución, articulación y resonancia del habla y en la mímica, para que estas funciones se realicen, se divide en: el vestíbulo, la cavidad bucal y suelo de la boca.

- **Vestíbulo bucal:** Espacio que se encuentra entre los labios y mejillas; está constituido por los labios superior e inferior y este forma la comisura de los labios.
- **Cavidad bucal:** Se sitúa por dentro de las arcadas gingivodentarias y se extiende hasta su límite posterior, el istmo de las fauces, formado por la úvula, los pilares anteriores del velo del paladar y dorso de la lengua. Por arriba está limitada por el paladar e inferiormente por el suelo de la boca.
- **Suelo de la boca:** El suelo de la boca está tapizado por mucosa, continuación de las encías. En la parte media existe el frenillo de la lengua, que cuando es muy desarrollado puede dificultar el habla. La musculatura del suelo de la boca está formada por el milohioideo, el vientre anterior del digástrico.

Órganos activos de la articulación:

Estos son: labios, lengua, velo del paladar y mandíbula.

Labios: son 2 pliegues músculo–membranosos, sensibles, elásticos y muy móviles que permiten abrir y cerrar el orificio bucal, que además de las funciones vegetativas son órganos fonéticos de gran importancia, intervienen en la articulación de los fonemas bilabiales, labiodentales y vocales.

Inervación e irrigación de los labios: Todos los músculos de labios y mejillas están inervados motoramente por el nervio facial que constituye al VII par craneal. La inervación sensitiva de la cara es recogida por las tres ramas del nervio trigémino o V par craneal.



Músculos:

M. orbicular de los labios: cierra los labios y proyecta hacia adelante.

M. bucinador: músculo principal de las mejillas.

M. risorio: su acción es tirar los labios en dirección lateral.

M. elevador del labio superior: eleva el labio superior.

M. cigomático menor: tira el labio superior y del surco nasolabial da la expresión de tristeza.

M. depresor de labio inferior: descender el labio inferior.

M. mentoniano: su acción es en replegar el mentón y hacer avanzar el labio inferior.

M. elevador del ángulo de la boca: consiste en elevar el ángulo de la boca.

Lengua: es el que presenta mayor movilidad, es uno de los órganos más fundamentales del habla y desempeña otras funciones como la masticación, deglución, succión y sentido del gusto. La cara superior o dorso de la lengua se puede dividir en:

Ápice o punta lingual.

Predorso: Zona anterior.

Medio-dorso: Centro.

Post-dorso: Zona posterior.

Inervación, vascularización y drenaje linfático de la lengua: El nervio motor de los músculos de la lengua es el nervio hipogloso excepto el músculo palatogloso que es inervado por ramas vágales. La vascularización arterial de la lengua proviene de la arteria lingual. Los ganglios linfáticos de la lengua se drenan en los ganglios de la cadena yugular interna.

Músculos intrínsecos: son músculos que modifican la forma de la lengua.

M. longitudinal superior de la lengua: eleva y retracta la lengua.

M. longitudinal inferior de la lengua: depresor y retractor de la punta de la lengua.

M. transverso de la lengua: alargan y estrechan la lengua cuando se contraen.

M. vertical de la lengua: eleva la base de la lengua.



Músculos extrínsecos: son pares y simétricos.

M. palatogloso: deprime, eleva y retrae la lengua, además de estrechar el istmo de las fauces.

M. estilogloso: eleva la parte posterior, aproxima a los palares anteriores cerrando el istmo (boca-faringe), eleva y retrae a la lengua en la deglución.

M. hiogloso: deprime y retrae la lengua.

M. geniogloso: protruye y deprime el centro de la lengua.

Velo del paladar o paladar blando: consiste en un tejido blando, situado en la parte más posterior del paladar, que termina en un pliegue denominado úvula. Su función es evitar que el aire espirado continúe su trayecto hacia la nariz en el momento de la emisión vocal.

Músculos:

M. periestafilino interno o elevador del paladar: contribuye a dilatar la abertura de la trompa de Eustaquio para la ventilación del oído medio.

M. periestafilino externo o tensor del paladar: su acción principal es dilatar a la trompa de Eustaquio, puede también tensar al paladar.

M. palatogloso o glosostafilino: puede hacer descender los lados del paladar blando o tirar los lados de la lengua hacia arriba y atrás.

M. palatofaríngeo: desciende el paladar blando y eleva la faringe y laringe en la deglución.

M. palatostafilino o ácidos de la úvula: eleva el paladar blando.

Mandíbula (maxilar inferior): se encuentra situado en la parte inferior y anterior de la cara, abre o cierra la boca.

Articulación temporo-mandibular y músculos de la masticación: Son estructuras que intervienen en la apertura y cierre de la boca, por lo que tienen funciones en la masticación y en la articulación de la palabra.

Articulación temporo-mandibular: Actúa como una bisagra deslizante al abrir la cavidad bucal, los movimientos de la mandíbula durante la masticación son:



elevación, descenso, retracción, protrusión y lateralidad. La elevación y el descenso son los más implicados en el habla.

Músculos:

M. masetero: eleva y protruye la mandíbula.

M. temporal: contribuye al movimiento lateral, eleva y retrae la mandíbula.

M. pterigoideo medial o interno: músculo elevador y lateral de la mandíbula.

M. de abertura de la mandíbula: proyección hacia adelante.

M. digástrico: hace descender a la mandíbula.

M. milohioideo: contribuye a descender la mandíbula cuando el hueso hioides está en una posición fija.

M. geniohioideo: ayuda a desplazar a la mandíbula hacia atrás y a descender.

Órganos pasivos de la articulación.

“Como su nombre indica estos órganos intervienen de forma pasiva, con una movilidad muy escasa en la articulación de los fonemas, al ponerse en contacto con ellos los órganos activos anteriormente descritos”⁽¹¹⁾, estos son:

a. Paladar duro: se encuentra en la parte superior de la cavidad bucal, comienza detrás de los alveolos y termina en el velo del paladar. Se divide en tres zonas:

- Pre-paladar.
- Medio-paladar.
- Post-paladar.

Está inervada sensitivamente por el nervio palatino menor, rama del nervio maxilar del trigémino.

b. Alvéolos: Zona de transición entre la parte posterior de los incisivos superiores y el paladar duro, cuando reciben contacto con la lengua constituyen el punto de articulación de los fonemas alveolares.

c. Dientes: Órganos necesarios para una correcta articulación de los fonemas labiodentales e interdentes, la carencia o mala posición de los mismos se puede apreciar fallas articulatorias.



Riego de los dientes: dependen de las arterias alveolares superior e inferior, la innervación sensitiva es recogida por los nervios alveolares superiores e inferiores, ramas del nervio maxilar y mandibular del trigémino.

Tipos de dientes: Se clasifican en cuatro categorías:

Incisivos: Se localizan a cada lado de la línea media. Son cuatro superiores y cuatro inferiores, sus funciones más importantes son: la de masticar (cortar) y la emisión de fonemas.

Caninos: dos superiores y dos inferiores, son perforadores y su principal función es desgarrar la comida.

Premolares: cuatro superiores y cuatro inferiores, apropiadas para la trituración del alimento.

Molares: seis superiores y seis inferiores. La función fundamental es la de moler y triturar.

Denticiones: la dentición primaria, está formada por veinte dientes, La dentición definitiva consta de treinta y dos dientes.

d. Fosas Nasales: forman parte del sistema respiratorio, fonatorio y del sentido del olfato, su importante funcionamiento es el calentamiento, humidificación limpieza del aire inspirado y la resonancia de sonidos, ya que al cerrarse los órganos bucales el aire atraviesa el conducto nasal y produce los fonemas nasales (m,n,ñ).

Innervación de las fosas nasales

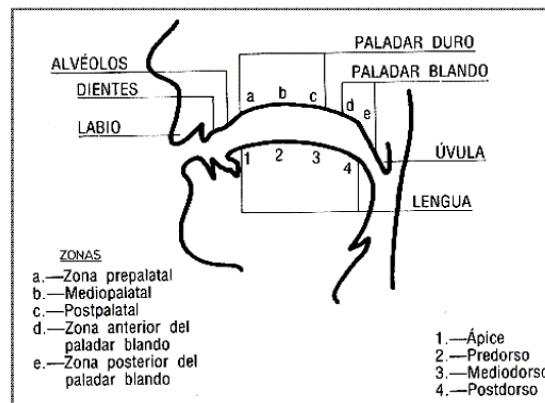
Inervación sensitiva.- Corresponde a los nervios nasopalatina y nasales posteriores, ramas del nervio maxilar del trigémino y nervio oftálmico del trigémino.

Inervación parasimpática.- Aumenta la secreción de moco, depende del ganglio pterigopalatino.

Inervación simpática.- Inhibe la secreción de moco, llega a la mucosa nasal desde el ganglio cervical superior de la cadena laterovertebral.

Senos paranasales o faciales: Son cavidades neumáticas que prolongan las fosas nasales, con las que comunican. Los senos, que se denominan de acuerdo con los

huesos en donde asientan, son cuatro: frontales, etmoidales, esfenoidales, maxilares.



TRASTORNOS DEL HABLA

El término trastorno del habla se puede emplear cada vez que se manifiesta una anomalía en la expresión oral. Ésta puede estar relacionada con la edad; no es lo mismo articular mal a los dos años que a los ocho.

Puede deberse a una causa sensorial, orgánica (malformación o trastorno neurológico) o simplemente funcional (no haber descubierto el movimiento adecuado para emitir el sonido) o incluso perceptivo (falta de apreciación de la estructura fonética o de la secuencia de los fonemas).

Se le puede añadir un factor afectivo, rara vez como causa pero sí complicando el tratamiento. La debilidad mental profunda evidentemente repercute sobre la palabra, como su razón de ser, que es la posibilidad de aprender y comprender una lengua. Son alteraciones de la articulación:

DISLALIAS: Falla en la articulación de algún fonema, es un error constante, permanente e independiente del lugar que ocupe dentro de la palabra.

La hallamos clasificada, con frecuencia, según su etiología en:

DISLALIA AUDIÓGENA: Consecuencia secundaria de alguna alteración auditiva.

DISLALIA EVOLUTIVA: o del desarrollo, esperada en los pre-escolares.



DISLALIA FUNCIONAL: todas las estructuras que intervienen en la ejecución de un fonema están indemnes. Puede ser por un mal patrón, problemas emocionales, sobreprotección, estancamiento de la evolución, ambiente sociocultural.

DISLALIA FONÉTICA: Alteración en la producción, la dificultad está en el aspecto motriz, articulatorio, no hay confusiones de percepción y discriminación auditiva.

Hay errores estables:

De omisión: falta la producción del sonido (ej: "cao" en lugar de "carro")

De sustitución: sustitución de un sonido por otro, los más frecuentes son los seseos o ceceos. (ej: "caza" por "casa").

De distorsión: sustitución de un sonido por otro que no pertenece al sistema fonético del idioma. (ej: rotacismo cultural: R francesa)

DISLALIA FONOLÓGICA: Dificultades del habla en niños que no tienen alteradas otras habilidades lingüísticas, las alteraciones son en el nivel perceptivo y organizativo, el niño puede producir bien el fonema aislado, pero la pronunciación de la palabra suele estar alterada.

La clara distinción teórica entre trastornos de tipo fonético y fonológico no se dan tan fácilmente en la práctica, nos encontramos con que un importante número de niños con dificultades de pronunciación tienen un trastorno combinado fonético? fonológico.

En el trastorno fonético, el problema se centra en la dificultad de coordinación motriz y, en el fonológico, en la dificultad de la discriminación auditiva.

Desde un punto de vista fonético: la omisión, sustitución o distorsión de un fonema determinado en la lengua oral en cualquiera de sus manifestaciones (repetición, inducción o lenguaje espontáneo) más allá de la edad de adquisición esperada para dicho fonema.

Desde un punto de vista fonológico: la confusión, sustitución u omisión de fonemas, la alteración, reduplicación u omisión de sílabas. Estas dificultades se observan preferentemente en el habla espontánea o inducida y mejoran sensiblemente en el lenguaje repetido, en el que, en numerosas ocasiones, no se observan errores.



3.3. DISLALIA.

“Si nos paramos a escuchar con detenimiento el habla de un niño con trastornos en la pronunciación observamos que cambia unos sonidos por otros (tota-tola por coca-cola), a veces los omite (caetera por cafetera) y en ocasiones quiere imitar el sonido correcto pero no lo consigue: el resultado es una distorsión o deformación del mismo.

A esta dificultad o incapacidad para pronunciar ciertos sonidos hablados o grupos de sonidos se le llama dislalia. Los problemas pueden darse en consonantes, vocales o afectar solo a la asociación de consonantes (tra-pla-cla...) o de vocales (au-ei...)”

Concepto:

Es el trastorno de algún o algunos fonemas, ya sea por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos del habla, o por la sustitución de éstos por otros, de una manera inadecuada, improcedente, en personas que no muestran patologías comprometidas con el Sistema Nervioso Central, ni en los órganos fono-articulatorios a nivel anatómico.

“La dislalia es el trastorno en la articulación de los fonemas o grupos de fonemas por alteraciones funcionales de los órganos periféricos del habla lengua, labios, paladar, mejillas y dientes”.(12)

CONCEPTOS DE DISLALIA

Trastorno de pronunciación sistemática que puede afectar a uno o varios fonemas y que no obedece a patología del sistema nervioso central.

“Es el trastorno en la articulación de los fonemas por alteraciones de los órganos periféricos del habla”.

“Es la dificultad que tienen algunos niños para lograr una articulación correcta... producto de un funcionamiento anómalo en el proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje”.

“La dislalia consiste en la presencia de errores en la articulación de los sonidos del habla, en personas que no muestran patología comprometida con el Sistema Nervioso Central pero sí con los órganos fono articulatorios”.

3.3.2 ETIOLOGÍA

Existe una serie de causas que determinan unos mismos efectos de articulación defectuosa. Estas anomalías funcionales se deben, por lo general a una combinación de factores que están incidiendo sobre el niño.

Las causas más comunes de mayor a menor frecuencia son:

En cualquier caso, la dislalia funcional nunca es producida por una lesión del Sistema Nervioso Central.

- Escasa habilidad motora

Existe una relación directa entre el grado de retraso motor y el grado de retraso del habla. Los defectos van desapareciendo al tiempo que adquiere mayor habilidad en las destrezas motoras finas. El tratamiento irá enfocado no solo en orden a enseñar a articular, sino a desarrollar todo el aspecto psicomotor del sujeto, educando todos los movimientos, aunque no sean inmediatamente utilizados en la articulación de la palabra, y organizando su esquema corporal. Esta causa es la que se encuentra más frecuente en los casos de dislalias funcionales, pues, aunque se den asociados otros factores que facilitan la generación del trastorno, la mayoría de estos niños tienen torpeza en los movimientos de los órganos del aparato fonador y una falta de coordinación motriz general, aunque ésta sólo se manifieste en los movimientos de destreza final.

- Dificultades respiratorias

Por la relación que tiene la función respiratoria con la realización del acto de la fonación y la articulación del lenguaje. Las dificultades o anomalías en esta función pueden estar en parte alterando la pronunciación de la palabra y creando distorsiones en los sonidos por una salida anómala del aire fonador, principalmente en los fonemas fricativos.

- Dificultades en la percepción espacio-temporal

En muchos casos el trastorno de la articulación está asociado a trastornos de la percepción y a la organización espacio-temporal, siendo difícil llegar a un desarrollo del lenguaje sin una evolución correcta de la percepción. El lenguaje comienza a surgir en el niño por imitación de movimientos y sonidos. Es muy difícil que puedan darse los



primeros si el niño no es capaz de percibirlos tal como son, si no tiene interior-rizadas las nociones del espacio y el tiempo. En ocasiones el niño ve un movimiento, pero no lo percibe tal y como es y no es capaz de diferenciar una articulación de otra, porque él las percibe de forma semejante sin lograr captar los matices que las distinguen por falta de desarrollo de la capacidad perceptiva. El desarrollo de la percepción tiene un interés extraordinario para la necesaria evolución del lenguaje, encontrándose muchos niños dislálicos con dificultades en este aspecto.

El niño debe ser capaz de percibir los movimientos implicados en los sonidos y captar los matices que los distinguen. Si esto falla, falta por desarrollar la capacidad perceptiva. Por ello, es muy importante para favorecer un buen desarrollo del lenguaje trabajar el aspecto perceptivo.

- Falta de comprensión o discriminación auditiva

Algunos niños tienen dificultades en cuanto a la discriminación acústica de los fonemas por capacidad insuficiente de diferenciación de unos a otros. El niño no podrá imitar los sonidos diferentes, porque no es capaz de discriminarlos como tales. En estos casos falta capacidad para discernir los intervalos entre dos sonidos, las diferencias de intensidad y las duraciones, como igualmente el sentido rítmico es muy imperfecto. Cuando estas causas aparecen pueden generar una dislalia producida, no porque el niño no oiga, sino por una falta de comprensión auditiva, creando un fallo en la exacta imitación de los fonemas oídos. El niño oye bien, pero analiza o integra mal los fonemas correctos que oye. La educación auditiva y rítmica será, por tanto, un medio para lograr hablar con perfección.

Constituye junto con la escasa habilidad motriz, una de las principales causas de las dislalias funcionales, sobre todo en aquellas en las que destaca el trastorno fonológico. Hay niños que oyendo bien, analizan o integran mal los fonemas correctos que oyen, al tener dificultades para la discriminación acústica de los fonemas con incapacidad para diferenciar unos de otros.

La educación auditiva y rítmica será un medio para lograr hablar con perfección.

- Factores psicológicos

Cualquier trastorno de tipo afectivo (falta de cariño, inadaptación familiar, celos, un hermano pequeño...) puede incidir sobre el lenguaje del niño haciendo que quede

fijado en etapas anteriores, impidiendo una normal evolución en su desarrollo. En estos casos falta o está perturbada la necesidad emocional de comunicarse, que es un elemento básico para el desarrollo del habla en el niño, puede provocar un trastorno en el desarrollo de la personalidad del niño que se refleje en la expresión de su lenguaje, ya que existe una interacción continuada entre el lenguaje y el desarrollo de la personalidad. Así, toda perturbación psico afectiva de la primera infancia retarda y perturba la normal evolución del lenguaje. En estos casos falta la necesidad emocional de comunicarse, que es un elemento básico para el desarrollo del habla en el niño.

- Factores ambientales

El ambiente en el que se desarrolla un niño junto con sus capacidades personales irá determinando su desarrollo y maduración. Las situaciones ambientales que más negativamente pueden influir en un mal desarrollo lingüístico son: carencia de un ambiente familiar (centros de acogida...), bajo nivel cultural (fluidez de vocabulario, de expresión, modo de articulación), bilingüismo mal integrado, sobreprotección, desequilibrio o desunión familiar, etc.

- Factores hereditarios

Puede existir una predisposición al trastorno articulatorio que estará reforzado por la imitación de los errores que cometen los familiares al hablar.

- Factores intelectuales

La deficiencia intelectual presenta como síntoma, en muchas ocasiones, una alteración en el lenguaje con dificultades para su articulación. La dislalia será igualmente tratada pero sin perder de vista que aparece enmarcada dentro de problemas más complejos y que las posibilidades de reeducación estarán condicionadas por la capacidad del sujeto. Una manifestación muy frecuente en la deficiencia intelectual es la alteración del lenguaje con dificultades para su articulación. En estos casos no se puede hablar tan sólo de dislalia funcional, sino que son problemas más complejos, donde aparece la dislalia como un síntoma más, y como tal, puede ser igualmente tratada, aunque en estos casos las posibilidades de reeducación estén más limitadas y condicionadas a la capacidad intelectual del sujeto.

CLASIFICACIÓN

Diversos enfoques de clasificación han sido ensayados desde la intervención de los primeros fonoaudiólogos en el campo teórico del lenguaje. Las divisiones tradicionales presentan matices muy organicistas, y los criterios de clasificación desde un punto de vista psicológico olvidan a menudo la etiología a favor de la comprensión lingüística.

La clasificación que aceptamos como más satisfactoria es la desarrollada por Issler (1983), que comprende:

- Dislalias Fonológicas,
- Dislalias Fonéticas.

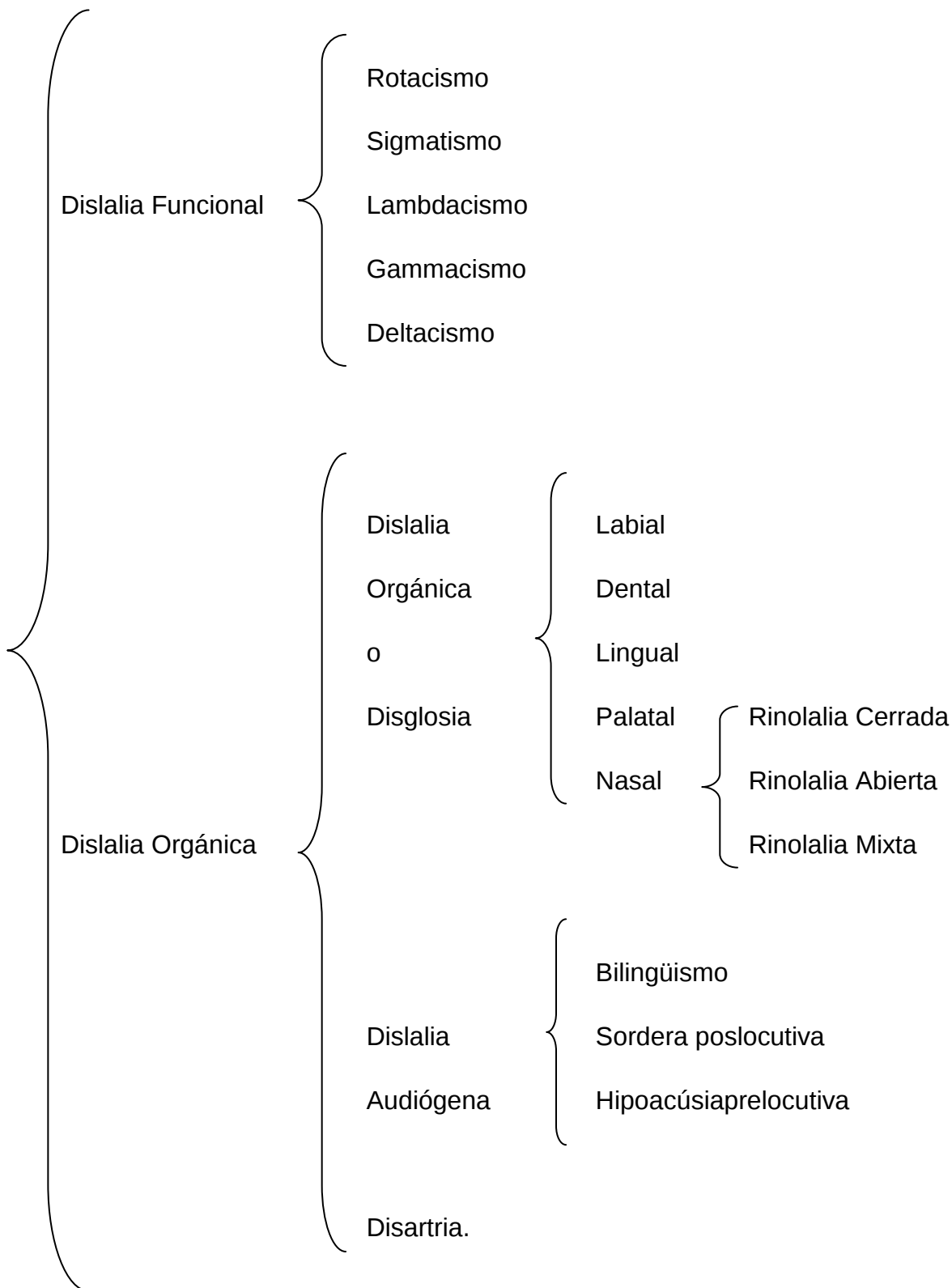
Los rasgos característicos de las primeras se verían involucrados dentro de los procesos de discriminación auditiva, afectando a los mecanismos de conceptualización de los sonidos y las relaciones entre los significados.

Los procesos que determinan las segundas son fisiológicos, de realización articulatoria con unos rasgos característicos de “insensibilización orgánica” y de incoordinación motriz. El ritmo vocálico queda alterado por la inconsistencia de la praxis fonatoria y la imprecisión al producir sonidos contrastados.

El modo de producción de las dislalias le sirvió a Perelló para la descripción detallada de este trastorno del habla.

Y lo clasifica en:

1. Dislalias funcionales.
2. Dislalias orgánicas.



Para clasificar las Dislalias tomaremos en cuenta las causas que las generan, ya que los síntomas de los defectos son comunes a ellos.

Atendiendo a sus causas, se clasifican las dislalias en:

1. Dislalia Evolutiva:

El niño, en el proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje, va pasando por etapas en las cuales, aunque su expresión oral es correcta por ser la adecuada a su edad, el dominio de las articulaciones no es total, sino que va siendo progresivo.

Adquiere primero aquellos sonidos que son más fáciles de imitar porque el punto de articulación es más visible o porque exigen menos habilidad en los movimientos que se requieren para su ejecución. Siguiendo un proceso de dificultad creciente. Así, por lo general, el sonido /r/ o los grupos silábicos de consonante doble o sinfonos son los últimos que suele dominar el niño, por ser los que entrañan mayor dificultad para su ejecución.

En esta etapa va pasando por momentos en los que, los sonidos que no sabe articular son omitidos o sustituidos, dándose con ellos una expresión dislállica evolutiva que no tiene carácter patológico, pero que la podemos considerar dentro del grupo de las dislalias.

“La dislalia evolutiva no requiere tratamiento directo como tal, ya que forma parte del desarrollo normal del niño; pero hay que mantener con el niño un comportamiento adecuado que ayude a su desarrollo adecuado y así evitar futuros problemas, además de evitar una fijación de la forma defectuosa, que en ese momento es normal para él, de pronunciación.” ⁽¹³⁾

Todos los niños no tienen el mismo ritmo de superación de estas dislalias evolutivas, pero en todos los casos, en el proceso normal de maduración, estas dificultades que en momentos presentan se van superando y sólo si persisten pasados los cuatro o cinco años necesitarán una atención o tratamiento especial, al haber pasado ya la etapa de proceso y mantener la dificultad articulatoria.

Aunque la dislalia evolutiva no tiene un carácter patológico, sino forma parte de un proceso normal de desarrollo, es conveniente mantener con el niño un comportamiento adecuado que facilite su maduración general y la evolución correcta de su lenguaje. En este sentido su expresión de “media lengua” nunca

deber ser acogida de forma complaciente por la familia porque el niño, inconscientemente, al darse cuenta que hace gracias su manera de hablar puede fijar estos patrones articulatorios incorrectos. Otro error que pueden cometer los adultos que rodean al niño es dirigirse a él hablando con las mismas ecolalias o abreviaciones que él utiliza, ya que el lenguaje se adquiere por imitación.

2. Dislalia Funcional:

Concepto.- La dislalia funcional es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje en sujetos que no presentan ningún tipo de alteración o malformación anatómica. Ni lesión neurológica o pérdida de audición que lo genere.

“El fonema es el resultado final de la acción de la respiración, de la fonación y de la articulación. Pero en estos casos existe una incapacidad o dificultad funcional en cualquiera de estos aspectos que impide la perfecta articulación”.⁽¹⁴⁾

En estos casos, el niño es incapaz de lograr la posición y los movimientos adecuados de los órganos de la articulación o de realizar una emisión correcta aire fonador. También puede suceder que el niño no tenga fijadas de imágenes acústicas correctas y esto le lleve una confusión de sonidos en el habla.

La expresión de un fonema es el resultado final de la acción de la respiración, la fonación y la articulación. En esta forma de dislalia existe una dificultad o incapacidad funcional, en cualquiera de estos aspectos, que impide la perfecta articulación. La pronunciación defectuosa que se inicia se va fijando y automatizando, llegando a constituir el habla habitual del niño.

Síntomas:

Solo se observa la omisión, sustitución, adición o deformación de los fonemas. En general la palabra es fluida, aunque a veces ininteligible y el desarrollo del lenguaje puede no estar interrumpido o retrasado. No se observa ninguna dificultad en los movimientos de los músculos del habla. La mayoría de veces las



vocales y los diptongos son normales. La habilidad para imitar sonidos es también normal. No hay disfonía o ronquera.

La exploración demuestra niños intranquilos distraídos, a veces apáticos, sin interés, a menudo tímidos tanto que a veces es difícil que hablen delante del foniatra. El examen consistirá en la prueba de articulación, palatografía, test mental, audiometría pruebas motoras, etc.

El niño está convencido que habla bien y el mismo no se da cuenta de sus errores. Con frecuencia también sucede que los padres se han acostumbrado a esta manera de hablar y no se dan cuenta del defecto.

a. Sustitución:

Se denomina sustitución de error de articulación en que un sonido, dentro de la palabra, es reemplazado por otro correctamente emitido.

En unos casos, ante la incapacidad que siente el niño para pronunciar una articulación concreta, esta la sustituye por otra que le resulta más fácil y asequible.

Así con frecuencia, la /r/ es cambiada por /g/ o /d/, diciendo “cada” y “carga” en lugar de “cara” y “carro”. La /k/ suele ser reemplazado por /t/, expresando “tama” por “cama”.

En otras ocasiones, la falta de control de la lengua, el niño al cambiar el punto de articulación o la forma de salida del aire fonador, obtiene una articulación distinta de la que quiere imitar. De esta forma puede sustituir la /d/ por la /l/, al permitir una salida lateral del aire, diciendo “tolo” en lugar de “todo”, o pronunciar la /s/ de forma interdental, emitiendo en su lugar /z/, y así dirá “caza” por “casa”.

b. Distorsión:

Con frecuencia el niño dislábico emite sonidos distorsionados, es decir de forma incorrecta o deformada, pudiéndose dar esta distorsión de manera más

o menos acusada. Esta alteración es debida a un imperfecta posición de los órganos de la articulación, a la falta de control de los movimientos que ha de realizar y así partiendo de la posición correcta, luego puede deformar el sonido en su ejecución o a la forma impropia de salida del aire fonador, produciendo lateralizaciones o nasalizaciones incorrectas.

Las distorsiones pueden ser muy personales y así, cada sujeto que presenta este error manifiesta en ocasiones deformaciones muy particulares, las cuales pueden llegar a ser chocantes o llamativas al oído de los demás, siendo en estos casos la forma que más afecta al sujeto que las padece, por la acogida que pueda tener en el entorno.

c. Adición:

La adición es un síntoma de la dislalia, en la cual el niño al no poder pronunciar una palabra correctamente se apoya adicionando un fonema.

Es muy común encontrar esta sintomatología en los niños que tienen cierta dificultad en la pronunciación de los fonemas /r/ y /s/; así dirá “arata” por “rata” o “canramelo” por “caramelo”. También esta adición se puede encontrar en la pronunciación de fonemas dobles o dífonos.

d. Omisión:

Otro síntoma que se puede presentar ante la dificultad articulatoria es el de la omisión del fonema que no se sabe realizar. En unas ocasiones esta omisión afecta solo a la consonante y así dirá “caeta” por “carreta” o “enama” por “semana”, pero también suele omitir en estos casos la sílaba completa que contiene el fonema conflictivo, diciendo “camelo” por “caramelo”.

Cuando se trata de sílabas de consonantes dobles o sínfonos, es frecuente la omisión de la consonante medial, bien porque el niño no sepa pronunciarla o, aunque pueda articularla de forma aislada, por dificultad que supone la emisión continuada de dos consonantes sin vocal intermedia. Así dirá “pato” por “plato” o “futa” por “fruta”.

Otra emisión frecuente es la de las consonantes que aparezcan en sílaba inversa, especialmente si van al final de la palabra, aunque en otras posiciones sepa pronunciarlas.

Pronóstico:

Con una inteligencia suficiente, buena audición, edad correspondiente, medio ambiente familiar adecuado, el interés del niño por recuperar su trastorno y el tiempo suficiente (varios meses), es siempre posible la curación completa. Las recaídas son excepcionales.

Hay una opinión extendida de que las dislalias desaparecen espontáneamente. Esto no es así. A partir de una cierta edad, alrededor de los 7 años el defecto se afianza y el niño por si mismo no puede corregirlos. Esperar su desaparición solo significa entorpecer el desarrollo psíquico y el proceso escolar. Si el enfermo conoce su defecto y no le molesta, es un mal caso para reeducar. Si el enfermo es consciente del defecto y sufre por ello, la educación será fructífera.

3. Dislalia Orgánica:

Concepto.- Podemos englobar en este grupo todos los trastornos de articulación que estén motivados por una causa orgánica.

a) Dislalia Audiógena:

Para la elaboración y desarrollo del lenguaje es necesaria una audición correcta, por el papel que la imitación tiene en su adquisición. El niño aprende a hablar imitando movimientos y sonidos; y para repetir estos es necesario que los oiga correctamente. Así, el niño que no oye nada, no hablará nada espontáneamente, sino a través de un aprendizaje específico; y el que tiene una pérdida de audición lo manifestará en una habla defectuosa, siendo la audición un requisito indispensable para captar los estímulos sonoro-verbales y del medio externo y poderlos imitar.

Síntomas:

El síntoma más llamativo es el retraso en la adquisición del lenguaje y cuando éste se adquiere (si se adquiere) se presenta lleno de dislalia.

Las vocales poseen también un fundamental y muchos armónicos que las caracterizan. Una sordera de agudo produce un cambio en este aspecto sonoro y por lo tanto la vocal también es irreconocible.

La voz presenta alteraciones en el timbre, modificaciones en la altura tonal y de intensidad. Puede presentar rinofonía, privación de los armónicos agudos.

Así, se comprende que el niño medio sordo, oiga un lenguaje incomprensible y que, a su vez, su propia expresión fónica sea totalmente inservible para la comunicación con sus semejantes. La mayor dificultad de comprensión es para la /s/, que es la que tiene más armónicos agudos.

Entre las vocales es la /u/ la peor oída. En cambio, la /a/ no se confunde casi nunca. GENELLI dice que la /a/ es la menos hábil y la más difícil de perder su características constitutivas. Llama la atención que una consonante sujeta a un gran porcentaje de errores como es la /t/ 45 por 100 es pronunciada por el niño medio sordo con mucha frecuencia y en sustitución.

Pronóstico:

El pronóstico depende del grado de hipoacusia, de la capacidad intelectual del niño y de su aceptación en el medio familiar.

En los casos de hipoacusia de conducción el pronóstico es bastante mejor en relación a las lesiones cocleares: siempre hay posibilidad de mejorar la audición por medio quirúrgico y farmacológico.

De todas formas con el uso del audífono y la reeducación logopédica el pronóstico es muy satisfactorio.

**b) Disglosia**

Para que la expresión hablada sea correcta se requiere que todos los órganos que intervienen en ella tengan la estructura adecuada. Por tanto, toda anomalía o malformación de los mismos da como resultado un habla defectuosa, con alteraciones dislálicas, que recibe el nombre específico de disglosia.

c) Disartria

El término disartria se emplea para designar las anomalías del habla de naturaleza motriz, secundarias a lesiones del sistema nervioso, las cuales provocan trastornos del tono y del movimiento de los músculos fonoarticulatorios generándose así una forma de dislalia orgánica... en estos las lesiones afectan las zonas del sistema nervioso que gobiernan los músculos de los órganos de la fonación y de la articulación.

El concepto de disartria engloba problemas muy variados, que revisten distintas gravedades y pronósticos diversos, por la complejidad de las lesiones que la provocan y las distintas limitaciones, más o menos graves, que quedan.

DISLALIA FUNCIONAL**Concepto**

Etimológicamente significa dificultad en el habla, del **griego dis**, dificultad, **lalein**, hablar, pudiendo definirse como los trastornos de la articulación en los sonidos del habla (pronunciación), donde no exista como base una entidad neurológica.

Es la alteración de la articulación producida por un mal funcionamiento de los órganos articulatorios. El niño/a con dislalia funcional no usa correctamente dichos órganos a la hora de articular un fonema a pesar de no existir ninguna causa de tipo orgánico



DENTRO DE ELLA DISTINGUIMOS:

Trastornos fonéticos: alteraciones de la producción. La dificultad está centrada en el aspecto motriz, articulatorio. Son niños/as con errores estables, que cometen siempre el mismo error cuando emiten el sonido o sonidos problemáticos.

Trastornos fonológicos: *“la alteración se produce a nivel perceptivo y organizativo, es decir, en los procesos de discriminación auditiva, afectando a los mecanismos de conceptualización de los sonidos y a la relación entre significante y significado”*(15)(Alonso 2011).

DISLALIA Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS

La dislalia funcional conlleva a dificultades en el contexto familiar, escolar y social; en la etapa escolar están asociados con problemas de aprendizaje, baja autoestima y futuros problemas de personalidad, por lo que su pronta detección y tratamiento es muy importante para el buen desarrollo del niño.

Problemas de aprendizaje:

. ETIOLOGÍA DE LA DISLALIA POR PASCUAL

. Falta de control en la psicomotricidad: la articulación del lenguaje requiere una gran habilidad motora. Prueba de ello es que aquellos fonemas que precisan un mayor control de los órganos articulatorios, especialmente del lenguaje, son los últimos que aparecen (/l/, /s/, /r/, /rr/, y sinfonos).

Déficit en la discriminación auditiva: el niño/a no decodifica correctamente los elementos fonéticos de su idioma y no percibe diferenciaciones fonológicas del tipo sordo/sonoro, dental/velar, oclusivo/fricativo, etc., produciendo errores en la imitación oral.

Errores perceptivos e imposibilidad de imitación de movimientos.

Estimulación lingüística deficitaria: ello explica la frecuencia de dislalias en niños/as de ambientes socioculturales deprivados. Abandonados, en situaciones de bilingüismo, etc.

Tipo psicológico: sobreprotección, excesos de mimos, traumas, etc., que hacen persistir modelos articulares infantiles.

Deficiencia intelectual: ***“las dislalias son un problema añadido a los del lenguaje del niño o de la niña deficiente. Su corrección hay que plantearla a más largo plazo, es más lenta y estará condicionada por su capacidad de discriminación auditiva y su habilidad motora”***(16) (Rivera 2009).

Diagnóstico de las Dislalias

Ante un problema de articulación que presenta un niño y, antes de iniciar un tratamiento de recuperación, es preciso llevar a cabo una valoración diagnóstica que indique, en cada caso, cuales son los factores etiológicos responsables del problema.

Para el diagnóstico de la dislalia funcional se sigue este procedimiento:

a. Anamnesis.

A través de la entrevista que se lleva a cabo con los padres se recogerán todos los datos significativos que la familia pueda aportar y puedan orientar sobre el problema.

b. Articulación.

Es necesario realizar la aplicación del test de articulación al niño, para conocer exactamente los defectos de la pronunciación. Mediante este test se precisará la situación del fonema problema, si es inicial, intermedia o final.

- **Lenguaje Repetitivo:** Es conveniente que el examinador y el niño estén sentados ante el espejo, con el fin de que el pequeño pueda verse como imita los movimientos bucales del terapeuta y facilitará así su reproducción.
- **Lenguaje Dirigido:** Es necesario valorar también el habla del niño en una forma de expresión más libre, sin que medie un modelo de pronunciación dado para imitar y así, conocer si tiene generalizada la articulación correcta en aquellos sonidos que supo emitir bien por repetición. Se irá conduciendo al niño a decir palabras con el sonido que se quiere analizar, sin darle el modelo

previo, mostrándole una serie de dibujos de objetos conocidos y cuya denominación contiene el sonido, para que los vaya nombrando.

- **Lenguaje Espontáneo:** Finalmente, para completar la valoración de la expresión hablada del niño, se llevará a cabo una observación de las mismas en el diálogo espontáneo, entablado con él una conversación dirigida a los datos que queremos analizar.

c. Motricidad Buco-Facial:

La agilidad, rapidez y coordinación en los movimientos de la lengua y labios será un factor fundamental para facilitar el habla y su valoración un dato clave en la elaboración del diagnóstico.

d. Percepción temporal y espacial:

El espacio y el tiempo guardan estrecha relación con el lenguaje. La ordenación en el tiempo y en el espacio es de gran importancia pues cuando el niño no ha madurado en este aspecto, puede tener errores de omisión, inserción o sustitución en su lenguaje y no sabrá llevar un ritmo adecuado.

e. Ritmo:

El ritmo, además de ser una propiedad propia del lenguaje, va a suponer una gran ayuda a la hora de fijar y automatizar los esquemas posturales de la correcta articulación, una vez que ésta se logra emitir. El ritmo flexibiliza el movimiento facilitando su interiorización.

f. Percepción y discriminación auditiva:

Es indispensable esta prueba, que se realiza en 3 aspectos fundamentales:

- **Discriminación de sonidos ambientales:** Se dará al niño pares de sonidos ambientales que ofrezcan semejanza entre sí, para que sean identificados y diferenciados solo por la audición. El niño estará de espaldas al examinador; los sonidos que se produzcan deben ser familiares para el niño, siendo la consecuencia de acciones que él mismo realice habitualmente y que por lo tanto tenga motivos para reconocerlos si tiene una percepción auditiva normal.
- **Discriminación de articulaciones:** Con esta prueba conocemos la capacidad que tiene el niño para diferenciar sonidos articulados semejantes

y para la identificación de los sonidos que se propongan, dentro de las palabras.

- **Discriminación de las palabras:** A través de esta prueba también se va a explorar la capacidad que tiene el niño para discriminar los sonidos de la articulación, pero ahora integrados dentro de las palabras. Para ello se le pedirá que vaya repitiendo los pares de palabras que se le van diciendo, sin indicarle previamente si son distinta o es la misma palabra repetida.

g. Exámenes Complementarios:

Los exámenes complementarios, de carácter clínico o psicológico, solo se solicitarán en aquellos casos en los que, a través del historial y de las diversas pruebas realizadas para el diagnóstico y valoración del caso, se sospecha o percibe que existe algún problema que afecta a su lenguaje y que debe ser tratado clínicamente.

Tipos de errores

La distorsión o deformación ocurre cuando se coloca una posición intermedia entre dos fonemas, lo que da lugar a un sonido indefinido debido a que se produce un sonido poco claro (ej. el ceceo ante la s). La omisión corresponde a cuando algunos sonidos requeridos no son pronunciados como suele ocurrir en las consonantes iniciales (ej. "libo" por "libro"). Inserciones o adiciones que consiste en pronunciar algún sonido de más (ej. "boroma" por "broma"). Y las inversiones que consiste en cambiar el orden de determinados fonemas (ej. "cocholate" por "chocolate"). Existen algunos fonemas que presentan un número mayor de problemas, y que al mismo tiempo coinciden en ser los últimos en adquirirse en la cadena evolutiva (estos fonemas son: l, r, s, z, ch). Se han establecido diversos nombres para nombrar las alteraciones de un determinado fonema, de esta forma cuando el problema surge con el fonema /l/ se denomina lambdacismo, con la /r/ rotacismo, con la /s/ Sigmatismo, con la /g/, /k/, /q/ Gammacismo, con la /d/, /t/ deltacismo, etc. Un tipo particular y muy frecuente es el ceceo.

Efectos Psicológicos de las Dislalias

El hogar es el factor más decisivo en el desarrollo emocional del niño. La conducta emotiva de los padres se refleja muy cerca en la de sus hijos. Este aspecto debe ser tenido en cuenta por los padres quienes deberán tratar de lograr una madurez



emocional adecuada. Esta graduación de la conducta humana significa el grado hasta el que la persona ha desarrollado sus potencias y experiencias para realizar una vida plena.

La escuela ejerce también una poderosa influencia en el proceso emocional del niño. El maestro puede ayudar a sus alumnos a vencer sus miedos o inhibiciones y sus experiencias frustratorias, pero para ello es necesario un equilibrio emocional capaz de vencer todos los obstáculos que presenta la conducta de un niño resentido por conflictos emotivos. Mediante la labor escolar debe tratarse de moderar esos problemas, dando al niño oportunidad de surgir, de luchar, de vencer y de estar seguro de sí mismo. Los éxitos y los fracasos en la vida del niño, ya sea familiar o escolar, producen estados de placer y de pesar.

El niño que es mucho más sensible que el hombre está expuesto a choques emocionales que por su naturaleza resultan más intensos que en el adulto. No obstante pueden resultar más intensos a veces por la falta de comprensión y por su posición frente al mundo.

A continuación se describe y se analiza los estados que contribuyen en gran manera al desarrollo de los problemas del habla.

- **El miedo y la timidez:** El niño tiene una necesidad nata de protección por su natural debilidad; esta necesidad puede ser contrariada violentamente por las circunstancias, esta contrariedad puede venir de una persona y entonces surge la timidez. Estas emociones determinan en el niño un retroceso psíquico, un retraimiento peculiar porque él iba confiado y directamente hacia las cosas, pero ha sido defraudado y entonces se vuelve, se repliega en sí mismo, tiene miedo de las personas, de las cosas y de sí mismo, comienza a silenciar sus apetencias, sus deseos y sus inquietudes; de esta manera evita el ataque desde fuera. Se convierte en un niño tímido que transita calladamente por la infancia. A veces el impacto de una madre y un padre muy severos, puede determinar esa actitud.

- **La sobreprotección:** Un niño sobreprotegido es definido como aquel que está excesivamente centrado en sí mismo, inmaduro, manipulador, poco considerado con los demás, de temperamento que llega al exceso de cólera y generalmente desagradable. Este comportamiento es el resultado de padres que fracasan a la hora de establecer límites para un comportamiento aceptable. Ante tantas presiones a las que los nuevos padres están sometidos prematuramente, tienden a sobreproteger al niño volviéndolo inseguro, con un habla ininteligible e infantil, a pesar de mantener en buena funcionalidad sus órganos orofonatorios.
- **Crisis de celos:** Los niños pequeños se resisten a menudo a la llegada del nuevo bebé, especialmente si son hijos únicos. Sin embargo, esta situación puede simplificarse y convertirse en algo natural si se prepara a los niños anticipadamente a la llegada del nuevo hermano. Durante los primeros tiempos de convivencia podrán observarse reacciones de protesta, o inclusive en algunos casos más extremos, se darán regresiones en su habla, en el aspecto conductual, tratarán de imitar las conductas del hermanito menor, pudiéndose decir que los trastornos más importantes del comportamiento pueden verse en niños de edades comprendidas entre los cinco y ocho años.
- **La agresividad:** La agresividad infantil es tan común, que se puede pensar que se trata de un fenómeno casi universal. Dentro de los problemas del lenguaje el niño se vuelve agresivo para encubrir sus errores articulatorios pues como no se dan a entender, compensan su frustración llegando a los golpes.

Tratamiento

El tratamiento estará dirigido a las funciones que inciden en la expresión del lenguaje, así como el tratamiento directo de la articulación y la integración del lenguaje espontáneo, debiéndose iniciar la reeducación lo más pronto posible para evitar que los defectos de articulación se fijen.

Tratamiento Indirecto.- Se refiere a ejercicios dirigidos a mejorar las funciones que inciden en la expresión oral del lenguaje. Tiene por objeto conseguir la maduración



de los órganos fonatorios. A continuación se describe una serie de ejercicios que se utilizan en el tratamiento indirecto:

- a. **Ejercicios Respiratorios.** La ejecución de estos ejercicios se debe tomar en cuenta lo siguiente:
 - La posición del niño
 - La forma de respirar. (costo-abdominal)
 - La duración de cada ejercicio.
 - El número de veces que se hará repetir el ejercicio.
- b. **Ejercicios de Relajación.** La relajación posibilita el descubrimiento del cuerpo y sus funciones, haciendo disminuir a la vez, los estados de tensión muscular; además, facilita una situación básica para que el niño pueda mejorar su actitud fonatoria.
- c. **Ejercicios de Psicomotricidad.** La educación psicomotriz posibilitará el control mental de toda la expresión motora, ya que se da un estrecho paralelismo entre desarrollo de las funciones motrices y el desarrollo de las funciones psíquicas.
- d. **Ejercicios de percepción y orientación espacial.** El tiempo y el espacio son los dos aspectos que permiten la organización del esquema corporal. El conocimiento del cuerpo y la utilización del mismo, se lleva a cabo dentro de estos aspectos. Entre los ejercicios de percepción y orientación espacial se encuentran: nociones de arriba-abajo, adelante-detrás, horizontal-vertical, derecha-izquierda, corto-largo, dentro-fuera, cerca-lejos, tamaños, velocidad, junto-separado, encima-debajo, presente-antes-después; etc.
- e. **Ejercicios de Ritmo.** El niño desarrolla la imagen de su cuerpo por medio del movimiento, de aquí la necesidad del ritmo que permita automatizar los movimientos, hasta llegar a la interiorización de los mismos.
- f. **Ejercicios de percepción y discriminación auditiva.** Una buena percepción y discriminación auditiva es de gran importancia para lograr una correcta articulación del lenguaje. En algunos casos el niño dislábico no tiene ningún déficit en su audición pero presenta dificultad para reconocer los sonidos y diferenciarlos.

g. Ejercicios buco-faciales. Para facilitar una correcta articulación es necesario ejercitar y agilizar los órganos que intervienen en la misma, ya que una articulación imperfecta puede deberse a una falta de desarrollo y habilidad motriz general que afecta también a los órganos buco-faciales.

Ejercicios de lengua.

Ejercicios de labios.

Ejercicios de mandíbula

Ejercicios del velo del paladar.

Tratamiento directo.- Tiene como finalidad enseñar al niño dislábico una correcta articulación y su automatización, para ser integrado en su lenguaje espontáneo. Al igual que en el tratamiento indirecto se expone una serie de ejercicios que se puede seguir en cualquier tipo de dislalia.

Ejercicios de articulación.- Consiste en mostrar todas las posiciones y movimientos de los órganos que deben darse por cada fonema. Deben ser precisos para que puedan ser observados e imitados por el niño; si no se realizará con exactitud, el logopeda debe ayudarlo a adquirir las posiciones deseadas. Se iniciará el tratamiento con los fonemas sordos, que por tener un mecanismo más simple, al no tener que utilizar las cuerdas vocales son más fáciles de ejecutar para seguir con las sonoras.

Antes de iniciar la re-educación es preciso conocer las características de cada fonema y su clasificación:

Clasificación de los fonemas:

1. Vocálicos: La articulación de las vocales consta de un movimiento de abertura seguido de otro de cierre, con un mínimo articulatorio entre uno y otro.

En la articulación de las vocales el aire espirado no encuentra obstáculos a su paso. Desde el punto de vista fonético, las vocales son los sonidos que presentan mayor abertura de los órganos articulatorios, el mayor número de vibraciones de las



cuerdas en unidad de tiempo (frecuencia) y la mayor musicalidad de todo el material fonético.

Punto de articulación: Es el rasgo que reciben las vocales según se articulen en la parte anterior, media o posterior de la cavidad bucal. Según este rasgo, se distinguen las vocales anteriores /i/, /e/, las vocales posteriores /u/, /o/, y la vocal central o media /a/.

Las vocales anteriores se consideran deslabializadas y las posteriores labializadas porque vienen acompañadas de abocinamientos.

Modo de articulación: permite distinguir una vocal abierta /a/, las vocales de abertura media /e/, /o/ y las vocales cerradas /y/, /u/.

Combinándose ambos rasgos se obtiene, en español, un subsistema vocálico triangular.

	Abertura			Localización		
				Anterior (palatal)	Central	Posterior (velar)
Cerrada				i		u
Media				e		o
Abierta					a	

Otros rasgos no son pertinentes en el sistema vocálico español, ya que todas las vocales son *sonoras* y *orales*. No obstante, las vocales /i/ y /e/ se consideran agudas; la /a/ neutra y la /u/ y la /o/ graves.

2. Consonánticos: Las consonantes son ruidos formados por el choque de la corriente espiratoria en su canal de salida, en puntos diferentes, más o menos estrechos que se llaman zonas de articulación.

Se distinguen: consonantes verdaderas y semivocales o consonantes líquidas. El mecanismo de articulación es en éstas en parte vocal y en parte consonante,

porque se agregan frecuencias sonoras periódicas propias de las vocales.

Según el punto de articulación: Es el lugar de la cavidad bucal donde un órgano articulatorio activo se aproxima a otro. Estos son:

- **Bilabiales (m, p, b, v):** entran en contacto los dos labios.
- **Labiodental (f):** entra en contacto el labio inferior con los dientes superiores.
- **Linguodentales o dentales (t):** la lengua toca con los dientes superiores.
- **Linguoalveolares o alveolares (l, n, s, r, rr):** la punta de la lengua toca los alveolos.
- **Linguovelares o velares (c, j, g):** Cuando se acerca el postdorso de la lengua al paladar blando o velo del paladar.
- **Linguopalatales o palatales (ch, ñ, ll, y):** la lengua se adhiere a la parte media y anterior del paladar duro, dejando en el medio un pequeño canal por donde pasa el aire.
- **Linguointerdentales o interdentales (c, z, d):** la lengua contacta con los incisivos superiores e inferiores.

Por el modo de articulación: es la manera en que se realiza el contacto o aproximación de los órganos articulatorios en cuanto a su mayor o menor abertura:

- **Oclusivas, explosivas o instantáneas (p, t, k):** cuando hay un cierre completo de los órganos de articulación. El aire espirado empuja al obstáculo que cierra su salida y le hace saltar.
- **Fricativas o continuas (c, z, f):** si el sonido se forma por un estrechamiento de los órganos articulatorios, sin que lleguen a juntarse. Este estrechamiento produce un ruido de fricción o rozamiento característico.

- **Africadas u oclusivo-fricativas (ch):** se forman por la combinación entre oclusivas y fricativas, con las características comunes de ambas, dándose un cierre completo de los órganos articulatorios, seguido de una pequeña abertura, por donde se desliza el aire contenido, dando ambos movimientos en el mismo punto articulatorio.
- **Nasales (m, n, ñ):** la salida del aire se efectúa por las fosas nasales
- **Laterales (l, ll):** la corriente fonatoria se escapa, por uno solo o por los dos lados de la lengua, ocupando la línea media del canal bucal en contacto con el paladar.
- **Vibrantes (r, rr):** producidas por interrupciones intermitentes del aire sonoro, por una serie de vibraciones de la punta de la lengua.

Por la acción de las cuerdas: Si en la emisión del aire, las cuerdas vocales se aproximan y comienzan a vibrar o por el contrario, se acercan pero no vibran, clasifican en:

- **Sonido articulado sonoro:** sonido producido cuando las cuerdas vocales se aproximan y comienzan a vibrar.
- **Sonido articulado sordo:** sonido producido cuando las cuerdas vocales se acercan pero no vibran.

Por la acción del velo del paladar: según la posición del velo del paladar, los fonemas pueden ser orales o nasales.

Fonemas orales se producen cuando el velo del paladar se encuentra adherido a la pared faríngea y el aire sale completamente a través de la cavidad bucal.

Fonemas nasales se originan cuando el velo del paladar está separado de la pared faríngea, saliendo el aire solamente a través de la cavidad nasal. Los fonemas nasales en español son: /m/, /n/ y /ñ/. Los demás fonemas del español son orales.



CUADRO DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS FONEMAS

Punto de articulación	Abiertos		Labiales				Dentales		Alveolares		Palatales		Velares		Glotal	
MODO DE ARTICULACIÓN	S N	S R	S N	S R	S N	S R	S N	S R	SN R	S R	S N	S R	S N	S R	S N	S R
Plosivas			B	p					d	T			G	k		
Nasales			M						n							
Laterales									l							
Fricativas						F				S	Y			x		h
Vibr simple									r							
v. comp.									r							
Africadas												c				
Vocales	a										E,i		O, u			
Semivocales			W								J					

Tratamiento directo de las dislalias en vocales:

Fonema /a/

Características: vocal media, abierta.

Mecanismo-tipo:

Labios: separados, siguen el movimiento de los maxilares.

Dientes: separados, con la boca muy abierta.

Lengua: extendida en el piso de la boca. La punta detrás de los incisivos inferiores, pero más baja que su borde libre. Los bordes de la lengua tocan los maxilares inferiores. El dorso un poco más elevado en la parte media.

Velo: levantado, glotis sonora, resonancia en la caja torácica.

Fonema /o/

Características: vocal posterior, semiabierta, redondeada.

Mecanismo-tipo:

Labios: el músculo orbicular se contrae; los labios se aproximan un poco avanzan dejando una abertura ovalada. Los maxilares están un poco más juntos que para la /a/.

Lengua: recogida hacia el fondo de la boca. Su punta toca la protuberancia de los incisivos inferiores. El dorso elevado hacia el paladar.

Velo: elevación máxima, glotis sonora.

Fonema /u/

Características: vocal posterior, cerrada, redondeada.

Mecanismo-tipo:

Labios: más juntos que para la /o/. Abertura ovalada, bastante pequeña. Avanzan, separándose de la cara anterior de los dientes, que no se ven.

Lengua: detrás de los incisivos inferiores, pero separada de ellos, se retira hacia el fondo de la boca, estrechando más el canal de paso. No es visible.

Velo: levantado, glotis sonora.

Fonema /e/

Características: vocal anterior, media cerrada.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos, permiten ver los dientes y la lengua. Las comisuras están separadas.

Dientes: separados, en distinto plano vertical, los inferiores un poco más adelantados.

Lengua: la punta se coloca detrás de los incisivos inferiores y se apoya en la cara interna de estos. Los bordes se elevan y tocan el paladar. Entre el paladar y la lengua queda un canal amplio. La lengua descende en su base.

Velo: levantado, glotis sonora.



Fonema /i/

Características: vocal anterior, cerrada.

Mecanismo-tipo:

Labios: abertura alargada y comisuras un poco retiradas hacia atrás.

Dientes: muy próximos, sin tocarse. Situados en distinto plano vertical.

Lengua: apoyada con fuerza en la cara posterior de los incisivos inferiores y fuertemente arqueada, hasta tocar con su dorso el paladar óseo en ambos lados, dejando en el centro un canal relativamente estrecho. Se producen vibraciones muy fuertes, sensibles al tacto en el mentón y regiones temporales.

Velo: levantado, glotis sonora.

Tratamiento directo de las dislalias en consonantes:

o Articulaciones oclusivas:

Fonema /p/

Características: bilabial, oclusivo, sordo, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: juntos y un poco fruncidos. Se separan ligeramente en su centro en el momento de la oclusión.

Dientes: algo separados, pero no visibles.

Lengua: ningún movimiento, la punta detrás de los incisivos inferiores.

Velo: levantado, el aire sale totalmente por la boca, glotis muda. No hay ninguna vibración faríngea.

Fonema /b/

Características: bilabial, oclusivo (fricativo), sonoro, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: algo contraídos y ligeramente separados en la región central. El aire espirado sonoro provoca en los labios un ligero temblor.

Dientes: algo separados, pero no visibles.

Lengua: la punta detrás de los incisivos inferiores y el resto en el suelo de la boca, ligeramente encorvada.

Velo: levantado, glotis sonora.

Fonema /c/ (a, o, u) /k/ (e, i) /q/ (ue, ui)

Características: velar, oclusiva (explosiva), sorda, bucal.



Mecanismo-tipo:

Labios: separados, permiten ver los dientes y la lengua.

Dientes: se separan algo más de un centímetro.

Lengua: detrás de los incisivos inferiores tocando la encía, retirada de los dientes y por debajo de su nivel, la parte posterior se levanta y se apoya con fuerza en el velo del paladar, cerrando por oclusión el paso del aire..

Velo: levantado, sale todo el aire por la boca. La glotis no entra en acción.

o Articulaciones fricativas

Fonema /d/

Características: interdental, fricativo, sonoro, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos, permitiendo ver los dientes y la punta de la lengua.

Dientes: algo más separados que para el fonema /t/.

Lengua: se coloca entre las arcadas dentales, ejerciendo presión sobre la parte superior, fonema visible.

Velo: levantado, glotis sonora.

Fonema /f/

Características: labiodental, fricativo, sordo, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: el superior se levanta y deja ver los incisivos superiores, el inferior se repliega bajo los dientes superiores y toca con la parte inferior de su borde, el filo de los incisivos.

Dientes: incisivos inferiores ocultos por su labio, el aire sale entre el borde de los superiores y los inferiores, por el centro.

Lengua: la punta detrás de los incisivos inferiores y levantada en sus bordes y base, haciendo un surco central.

Velo: elevado, glotis muda.



Fonema /s/

Características: fricativo, dental, sordo, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos, con las comisuras hacia atrás permitiendo ver los dientes.

Dientes: levemente separados y el maxilar inferior “avanza” un poco.

Lengua: arqueada, con la punta apoyada detrás de los incisivos inferiores.

Velo: levantado, glotis muda; el aire roza con fuerza el borde de los incisivos.

Fonema /g/

Características: velar, fricativo, sonoro, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: medianamente separados, dejan ver la lengua y los dientes.

Dientes: separación de más de un centímetro.

Lengua: punta detrás de los incisivos inferiores, apoyada en los alveolos.

Velo: levantado, glotis sonora.

Fonema /j/

Características: velar, fricativa, sorda, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos, permiten ver los dientes y la lengua.

Dientes: incisivos separados, poco más de medio centímetro.

Lengua: la punta detrás de los incisivos inferiores, pero alejada de ellos y más baja que el nivel de sus bordes libres. La lengua se arquea y sus bordes tocan los tres últimos molares de la arcada superior. El post-dorso toca parte del velo del paladar.

Velo: levantado, glotis muda.

Fonema /y/

Características: palatal, fricativo, sonoro, bucal.



Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos, permiten ver los incisivos, separándose algo de la cara anterior de estos.

Dientes: pequeña separación entre las arcadas dentales. Los incisivos inferiores detrás o en el mismo plano vertical que los superiores.

Lengua: la punta detrás de los incisivos inferiores apoyándose contra su cara interna.

Velo: levantado, glotis sonora.

o Articulaciones africadas u oclusivo fricativas

Fonema /ch/

Características: palatal, africada, sorda, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: avanzan separándose entre sí y de la cara anterior de los dientes, permiten ver los incisivos superiores e inferiores.

Dientes: en un mismo plano vertical, con separación de uno a dos milímetros, entre ambas arcadas dentarias.

Lengua: la parte anterior, convexa, se apoya en el paladar y las protuberancias alveolares de los incisivos, los bordes sobre los molares.

Velo: levantado, glotis muda.

o Articulaciones nasales

Fonema /m/

Características: bilabial, fricativa, sonora, nasal.

Mecanismo-tipo:

Labios: unidos sin contracción.

Dientes: casi juntos. Los incisivos inferiores, detrás de los superiores.



Lengua: la punta casi detrás de los incisivos inferiores, el resto extendida en el piso de la boca.

Velo: descendido, deja paso al aire sonoro por la nariz, glotis sonora, resonancia nasal.

Fonema /n/

Características: alveolar, oclusiva, sonora, nasal.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos (con la lengua levantada hacia el paladar).

Dientes: algo separados y en distinto plano vertical.

Lengua: la punta levantada y apoyada en los incisivos superiores, los bordes tocan los molares impidiendo la salida lateral del aire por la boca, el dorso toca una pequeña parte del paladar.

Velo: descendido, sale el aire por la nariz, glotis sonora.

Fonema /ñ/

Características: palatal, sonora, nasal.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos, dejan ver los incisivos superiores e inferiores.

Dientes: separados los incisivos inferiores detrás de los superiores.

Lengua: el dorso aplicado ampliamente al paladar óseo, desde los incisivos hasta los molares, los bordes tocan la arcada dental superior, la punta de la lengua detrás de los incisivos, contraída con violencia.

Velo: descendida, glotis sonora.

o Articulaciones laterales

Fonema //

Características: palatal, lateral, sonoro, bucal.

Mecanismo-tipo:



Labios: separados (permiten ver los dientes).

Dientes: arcadas dentales ligeramente separadas.

Lengua: se apoya la punta en los alveolos de los incisivos superiores.

Velo: levantado, glotis sonora.

Fonema /ll/

Características: palatal, lateral, sonoro, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos, permitiendo ver los dientes.

Dientes: arcadas entreabiertas ligeramente separadas.

Lengua: punta detrás de los incisivos superiores, el dorso ampliamente aplicado contra el paladar, mejillas en vibración.

Velo: levantado, glotis sonora.

o Articulaciones vibrantes

Fonema /r/ (simple)

Características: interdental, fricativo, sonoro, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos, diez a veinte milímetros y sin contracción, se ven todos los incisivos.

Dientes: los incisivos inferiores situados cinco milímetros por detrás de los superiores, dejan ver la cara inferior de la lengua.

Lengua: la punta apoyada suavemente en la protuberancia alveolar de los incisivos superiores, los bordes tocan la cara interna de los molares, impidiendo la salida lateral del aire.

Velo: levantado, glotis sonora; para pronunciar el fonema la punta de la lengua se separa de la protuberancia, saliendo el aire en forma de pequeña explosión.

Fonema /rr/ (múltiple)

Características: alveolar vibrante-múltiple, sonora, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: como en la “r” simple.

Dientes: igual que en la “r” simple.

Lengua: como en la “r” simple, pero la punta apoyada con fuerza en la protuberancia alveolar de los incisivos superiores.

Velo: levantado, glotis sonora. El aire se acumula en la cavidad formada entre el paladar y dorso de la lengua, su punta, apoyada fuertemente sobre la protuberancia alveolar, es vencida por la fuerza del aire.

Tratamiento en Sinfones o Dífonos.

Se denominan sinfones a aquellos grupos fónicos en los que aparecen dos consonantes seguidas de una vocal.

Para su corrección se puede clasificar todas estas combinaciones en dos grupos:

- Aquellos sinfones en cuya articulación intervienen órganos articulatorios diferentes, como puede ser /bl/, ya que el fonema /b/ será dado por la separación de los labios y el /l/ por la posición que toma la lengua. A este grupo pertenecen los sinfones: /pr/, /br/, /fr/, /pl/, /bl/ y /fl/. En el tratamiento para este tipo de sinfones, el fonoaudiólogo/a se sentará junto al niño frente al espejo y le hará articular el fonema /l/, sin mover la lengua de su posición, llevar los labios a la posición del fonema que se está rehabilitando. De esta manera se conseguirá fácilmente los sinfones propuestos.
- El segundo grupo lo constituyen aquellos en los que interviene el mismo órgano: la lengua, la cual entra en actividad, variando solo su posición por uno u otro fonema, presentando una dificultad mayor que los anteriores. Además de utilizar el procedimiento anterior, que en algunos casos puede dar buenos resultados; en la práctica resulta muy positivo el introducir una vocal auxiliar que irá desapareciendo poco a poco.

Prevención de las dislalias.

Es indudable que la capacidad de expresarse de un modo claro y comprensible es un requisito imprescindible en nuestra sociedad. Cuando en la familia existe un ambiente estimulante y educativo del lenguaje que favorece el desarrollo lingüístico del niño estamos contribuyendo a proporcionarle un instrumento que le facilitara la adaptación social y su desarrollo personal.

- Es fundamental dar buenos modelos de pronunciación y no festejar los errores cometidos.
- Frente a una palabra mal pronunciada debe darse la articulación correcta o frente a una frase mal construida. Dar la construcción correcta y no reír ante estas incorrecciones.
- Utilizar un lenguaje claro y adulto, evitando los diminutivos y el lenguaje infantilizado.
- Respetar el ritmo personal del niño cuando se expresa. No interrumpirle.
- Fomentar seguridad. El niño necesita un equilibrio emocional para adaptar su conducta al medio en el que se desarrolla.
- No anticipar su respuesta, aunque demore en darla.
- Asegurarse de que el niño no tenga una pérdida auditiva y/o malformaciones en los órganos del habla.
- La ejercitación motriz de los órganos que intervienen en el habla mejorará la coordinación y precisión de los movimientos que son indispensables en la emisión del lenguaje y será capaz de prevenir futuras dislalias.
- Estimular lúdicamente la percepción y discriminación auditiva, ya que es fundamental en el aprendizaje de la palabra desde edades muy tempranas.
- Ofrecer a los niños experiencias frecuentes y variadas dentro y fuera de casa.



CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar e Intervenir logopèdicamente en la Dislalia Funcional en niños de 5 a 7 años del primero, segundo y tercer año de básica en la escuela "Hernán Crespo Cordero", durante el periodo Septiembre 2012 — Febrero 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Evaluar la dislalia funcional a los niños de 5 a 7 años matriculados en primer a tercer año de básica en la escuela mediante la aplicación del Test de Articulación Reducido, el Test de Mecanismo Oral Periférico.
- 2.- Intervenir logopèdicamente a los niños que presenten dislalia funcional.
- 3.- Relacionar estadísticamente las variables, dislalia funcional, edad, habilidad motora, dificultad respiratoria.



METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo y diseño general del estudio

Se realizó un estudio de tipo Transversal con intervención logopédica

Universo

El universo homogéneo y finito el cual estuvo constituido por 282 niños de 5 a 7 años de edad matriculados en primero, segundo y tercer año de básica de la escuela "Hernán Cordero Crespo".

La intervención se realizó en 30 niños con Dislalia Funcional, reportada a través de los test aplicados.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a todos los niños entre la edad de 5 a 7 años que se encontraban matriculados y asistiendo a clases, cuyos padres firmaron el consentimiento de los padres.

Criterios de exclusión

Se excluyeron a los estudiantes que no cumplieron con los criterios de inclusión

Métodos, técnicas e instrumentos

Para llevar a cabo este estudio, se solicitó al director de la escuela la autorización respectiva para desarrollar el estudio (Anexo 1).

Se trabajó conjuntamente con la profesora de aula de apoyo (de primero a tercer año de básica) en la aplicación de los Test de Articulación Reducido (T.A.R), Mecanismo oral periférico (Anexo 2) en la recolección de los datos personales.

La aplicación de los diferentes test se llevó a cabo en cada una de las aulas de la escuela, la misma que contaba con materiales y espacio necesario para dicho procedimiento, tales como: sillas, mesas, pizarrón, marcadores y material didáctico.



Antes de iniciar la aplicación de los test, tuve una interacción con los estudiantes, para crear un ambiente de confianza para evitar falsos positivos.

Para la obtención de los datos requeridos en el estudio se realizó lo siguiente:

- o Datos personales:

A cada estudiante se le pregunto la edad y se le aplico el test de articulación de forma directa, si el estudiante no sabía su edad se confirmaba con la profesora del aula.

- o Mecanismo Oral Periférico

El niño fue ubicado frente a la terapeuta explicando que debía imitar todos los movimientos y gestos indicados.

Con la ayuda de un baja-lenguas se realizó una exploración física de la anatomía de los órganos pasivos y activos que intervienen en el habla (lengua, dientes, labios, úvula, maxilares, paladar blando y duro), para determinar si existió una buena función fono articulatoria.

Luego se evaluó la funcionalidad de los órganos fono articulatorios activos mediante movimientos de protrucción, retracción, lateralización, elevación, vibración y movimientos alternos.

- o Test de articulación reducido

Permite la detección de dificultades articulatorias y deformaciones de palabras. Consta de varios ítems (fonemas en posición inicial, media, final y trabantes, dífonos vocálicos y consonánticos, y polisílabos) y se aplicó en forma individual, mediante la modalidad de "repetición inmediata".

El período de evaluación duro 2 semanas, con 5 días a la semana con el horario de 07:50 am a 12:00 pm, cada valoración se realizó con una duración de 15 a 20 minutos.

Posterior a la evaluación se convocó a una reunión de los padres de familia de los niños que presentaron Dislalia Funcional, en la cual se les indicó el diagnóstico,

explicando la dificultad que presento su niño, y dando recomendaciones para practicar en casa y notificándoles el horario para la intervención.

Las sesiones de intervención logopédica, se llevaron a cabo en cada una de las aulas de la escuela coordinando los horarios con la profesora.

Las terapias se realizaron por la mañana de 8:30 a 11:30 am los días martes, miércoles y viernes, cada sesión tuvo una duración de 40 minutos, tres veces por semana cada grupo. Estos grupos fueron seleccionados según su año de educación básica y edad que presentaban.

La intervención se realizó de modo directo e indirecto

- **Tratamiento indirecto:** fue dirigido para conseguir la mejora de las funciones que inciden en la expresión del lenguaje oral, con ejercicios de respiración, relajación, psicomotricidad, percepción y orientación espacial, ritmo, discriminación auditiva, ejercicios buco-faciales. Es necesaria una base de maduración previa antes de comenzar con el tratamiento directo.
- **Tratamiento directo:** estos ejercicios tuvieron la finalidad de conseguir una perfecta articulación y su automatización en el lenguaje espontáneo. Los niños se sentaban frente a la terapeuta e imitaron los movimientos y sonidos que realizaba.

Se indicaron las posiciones y movimientos característicos de los órganos de la articulación, necesarios para cada fonema de esta forma el niño pudo observar e imitar. En ocasiones se utilizó un baja-lenguas para ayudar a concientizar el correcto punto y modo del fonema alterado.

Después de 3 meses y medio de intervención logopédica se realizó la re-evaluación (una semana) aplicando los test mencionados con anterioridad para determinar si persiste o no la Dislalia Funcional.

**CUADRO DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	RESPONSABLES
Autorización y respuesta para el estudio en la escuela	2 días	Oficio	Coordinador del Área Estudiante asignada
Coordinación con la profesora para establecer horarios para la evaluación	1 día	Papel y esfero	Profesora del aula de apoyo Estudiante asignada
Evaluaciones	2 semanas	Datos personales Test de mecanismo oral periférico Test de Articulación Reducido Paletas	Estudiante asignada
Reunión de padres de familia	1 día	Informe Pizarra Marcadores Bancos Mesas	Padres de familia Estudiante asignada



Intervención logopédica	3 meses 15 días	Campo semántico Baja-lenguas Burbujas Mermelada Pizarrón Marcadores Material didáctico	Estudiante asignada Niños en intervención
Reevaluación	1 semana	Hoja de registro de los niños que presentaron Dislalia Funcional Test de articulación reducido Test de mecanismo oral periférico	Estudiante asignada Niños en tratamiento

CAPÍTULO 4

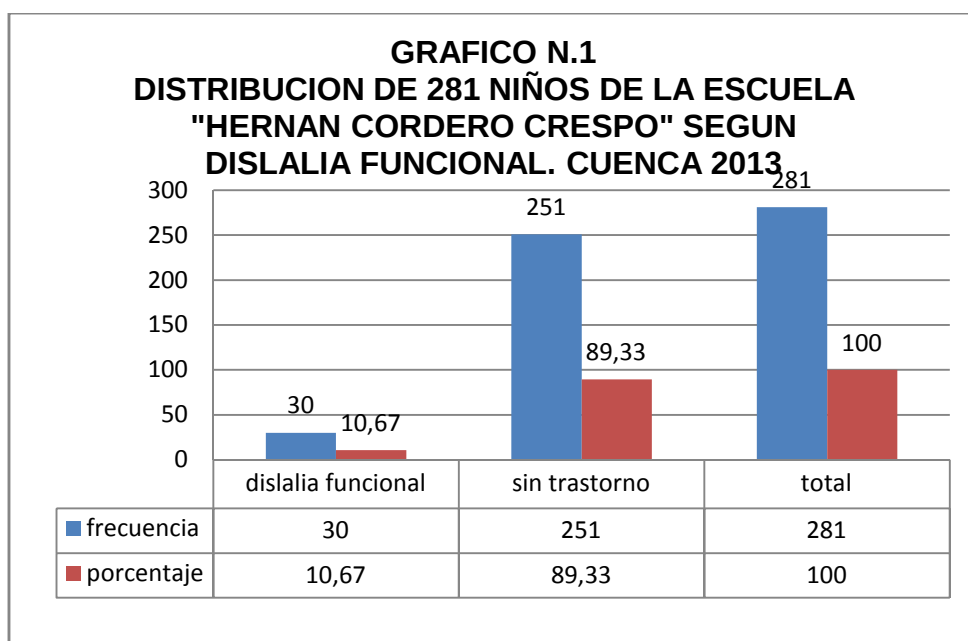
RESULTADOS ESTADÍSTICOS

Se realizó una evaluación de la dislalia funcional a los 281 niños de 5 a 7 años de la escuela “Hernán Cordero Crespo” obteniéndose los siguientes resultados:

EVALUACIÓN

TABLA N.1

DISTRIBUCION DE 281 NIÑOS DE LA ESCUELA “HERNAN CORDERO CRESPO”, SEGÚN DISLALIA FUNCIONAL. CUENCA 2013

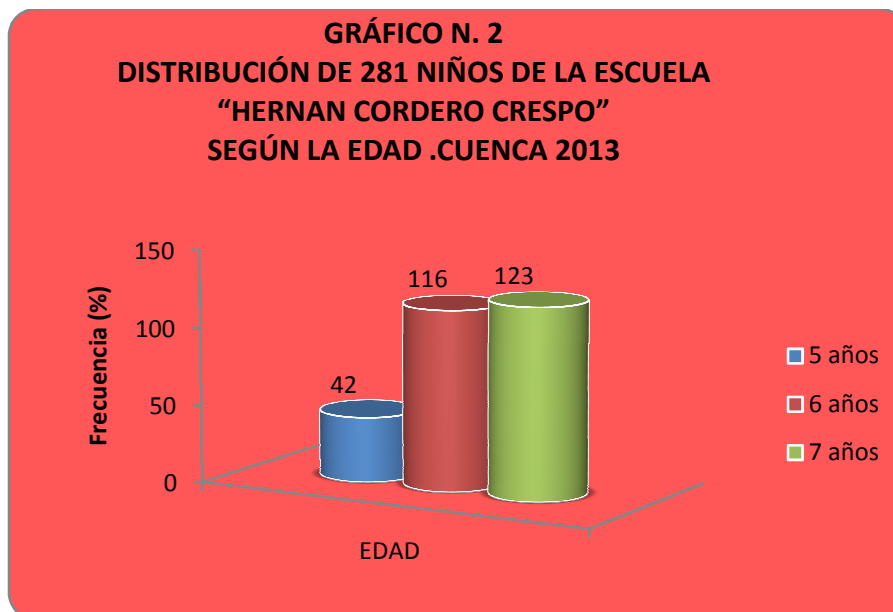


Fuente: test de articulación

Elaborado por: la autora

La distribución general de los niños indica que del 100% (281) de los niños, el 10,67% (30) presenta dislalia funcional, y el 89,33% (251) no presentan dislalia funcional.

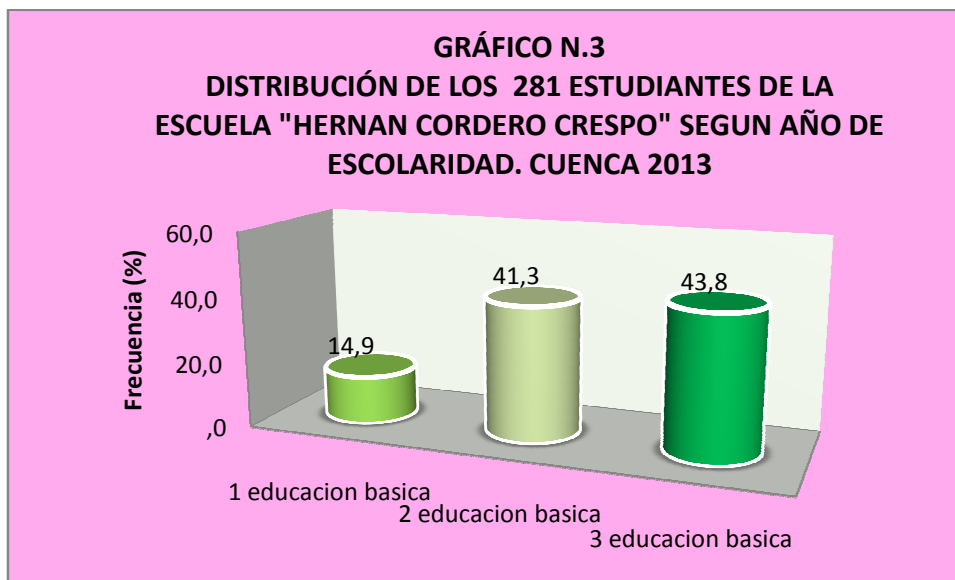
TABLA N.2
DISTRIBUCION DE 281 NIÑOS DE LA ESCUELA “HERNAN CORDERO
CRESPO” SEGÚN EDAD. CUENCA 2013



Fuente: Datos Personales.
Elaborado por: la autora

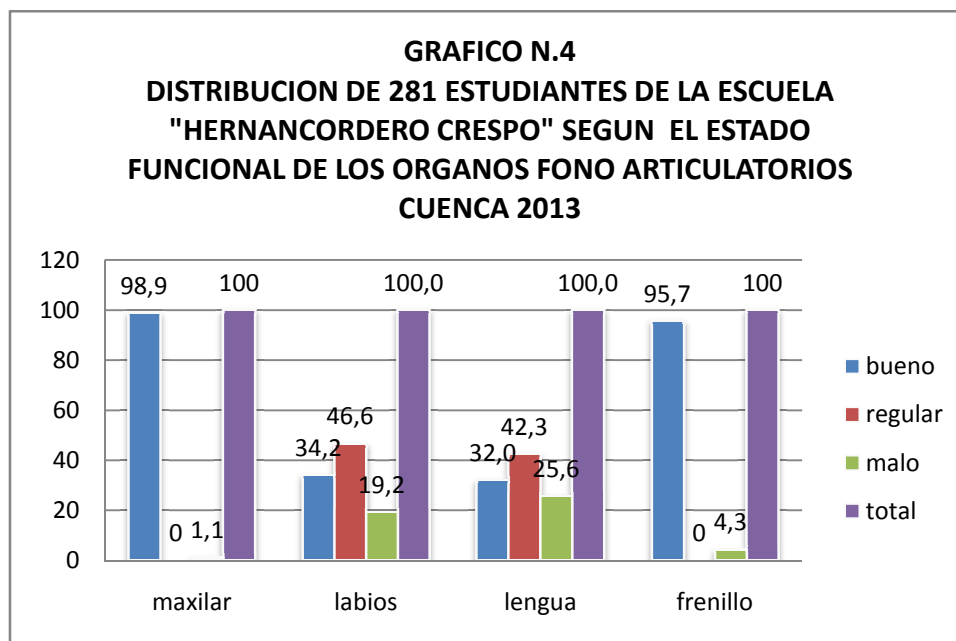
La edad media de los niños fue de 6,20 con un desvío estándar de $\pm 0,70\%$.

TABLA N. 3
DISTRIBUCION GRAFICA DE 281 NIÑOS DE LA ESCUELA "HERNAN CORDERO CRESPO" SEGÚN AÑO DE ESCOLARIDAD CUENCA 2013



Fuente: Datos Personales.
Elaborado por: la autora

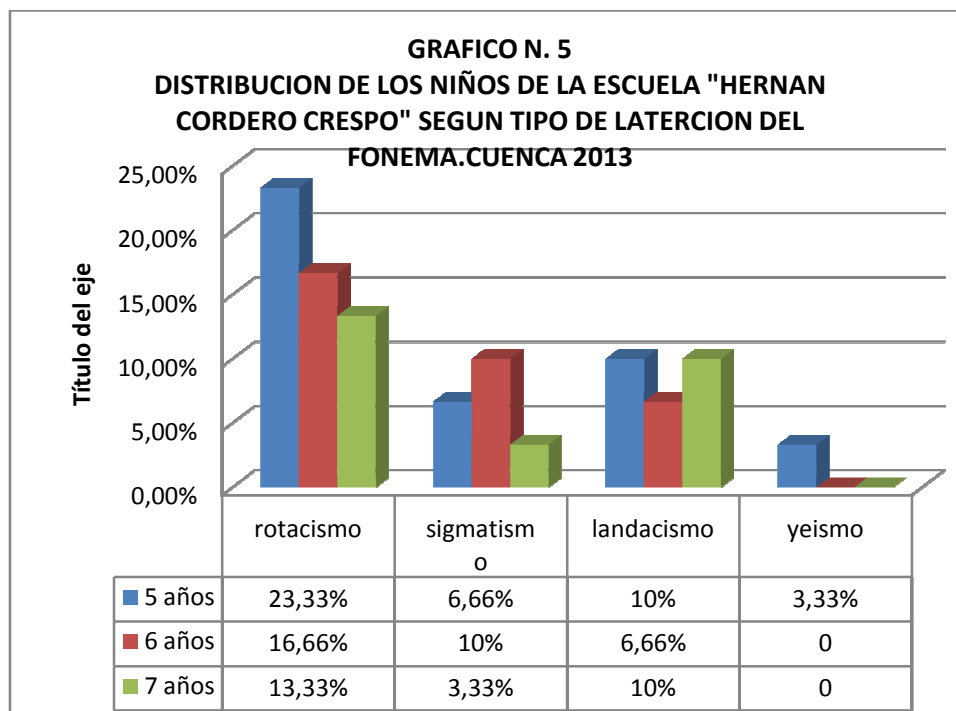
El mayor porcentaje se ubicó en los niños de tercer año de básica, con el 43,8% , el 41,3% se ubicó luego con el 41,3% de los niños, siendo el primer año un 14,9% de niños.

GRAFICO N.4**DISTRIBUCION DE 281 DE LA ESCUELA "HERNANA CORDERO CRESPO" SEGÚN EL ESTADO FUNCIONAL DE LOS ORGANOS FONO ARTICULATORIOS. CUENCA 2013**

Fuente: Test de mecanismo oral periférico.
Elaborado por: la autora

Se aplicó el test de mecanismo oral periférico, dando como resultado: 98,9% presentaron un estado funcional bueno del maxilar; él 34,2% presento un estado funcional bueno de los labios, el 46,6% presentaron un estado funcional regular de los labios, el 19,2% presentaron un estado funcional malo de los labios. El 32,0% presentaron u estado funcional bueno de la lengua, el 42,3% presento un estado regular de la lengua y el 25,6% presentaron estado funcional malo de la lengua. El frenillo lingual se presentó en un 4,3 % de los niños.

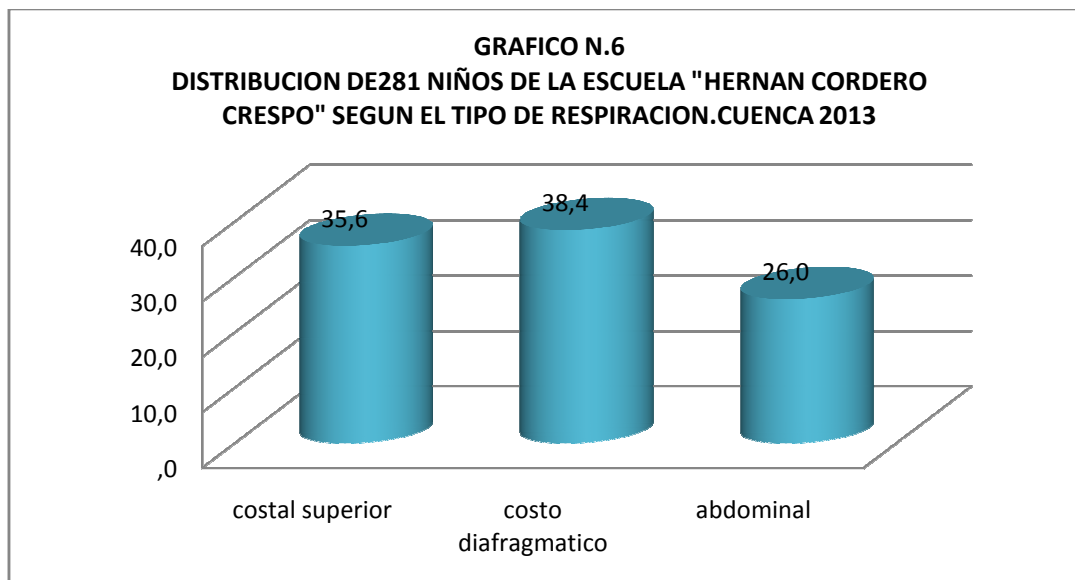
TABLA N. 5
DISTRIBUCION GRAFICA DE 30 NIÑOS CON DISLALAI FUNCIONAL
DE LA ESCUELA "HERNAN CORDERO CRESPO" SEGÚN TIPO
ALTERACION DEL FONEMA. CUENCA 2013



Fuente: Test de articulación
Elaborado por: la autora

Se aplicó la intervención logopédica a los 30 niños, obteniéndose los siguientes resultados: en los niños de 5 años rotacismo, el 23,33%, el sigmatismo, el 6,66% el landacismo, el 10%, el yeísmo 3,33% de los niños. En los niños de 6 años el rotacismo 16,66%, el 10% el sigmatismo y el 6,66% con landacismo. Con respecto a los niños de 7 años el 13,33% el rotacismo, el 3,33% el sigmatismo, el 6,66% el landacismo.

TABLA N.6
DISTRIBUCION DE 281 NIÑOS DE LA ESCUELA "HERNAN CORDERO
CRESPO" SEGÚN EL TIPO DE RESPIRACION CUENCA 2013

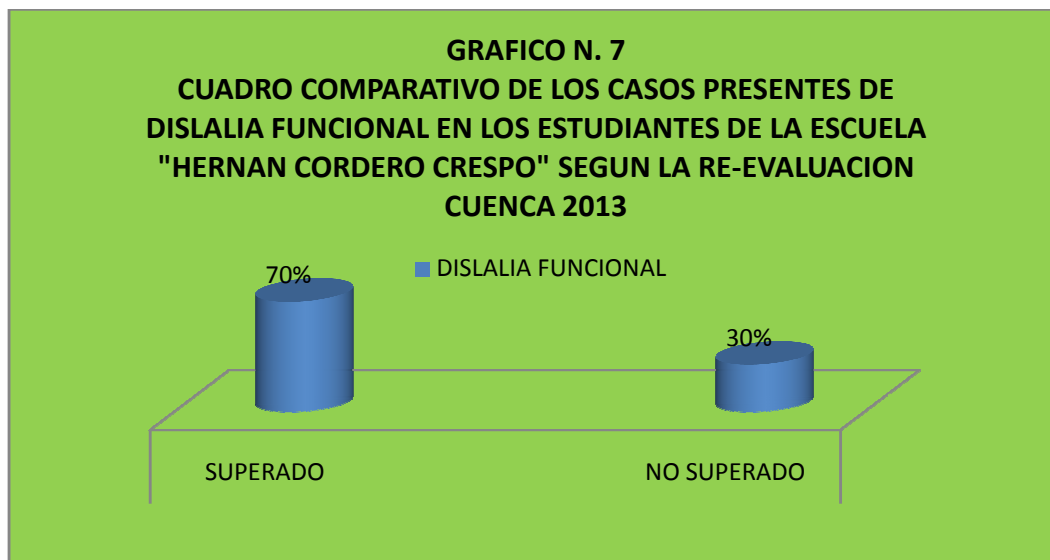


Fuente: test de mecanismo oral periférico
Elaborado por: la autora

Se aplicó el test dando como resultado el 35,6% presento un tipo de respiración costal superior, 38,4% presento un tipo de respiración costo diafragmático, 26,0% presenta un tipo de respiración abdominal.

TABLAN.7

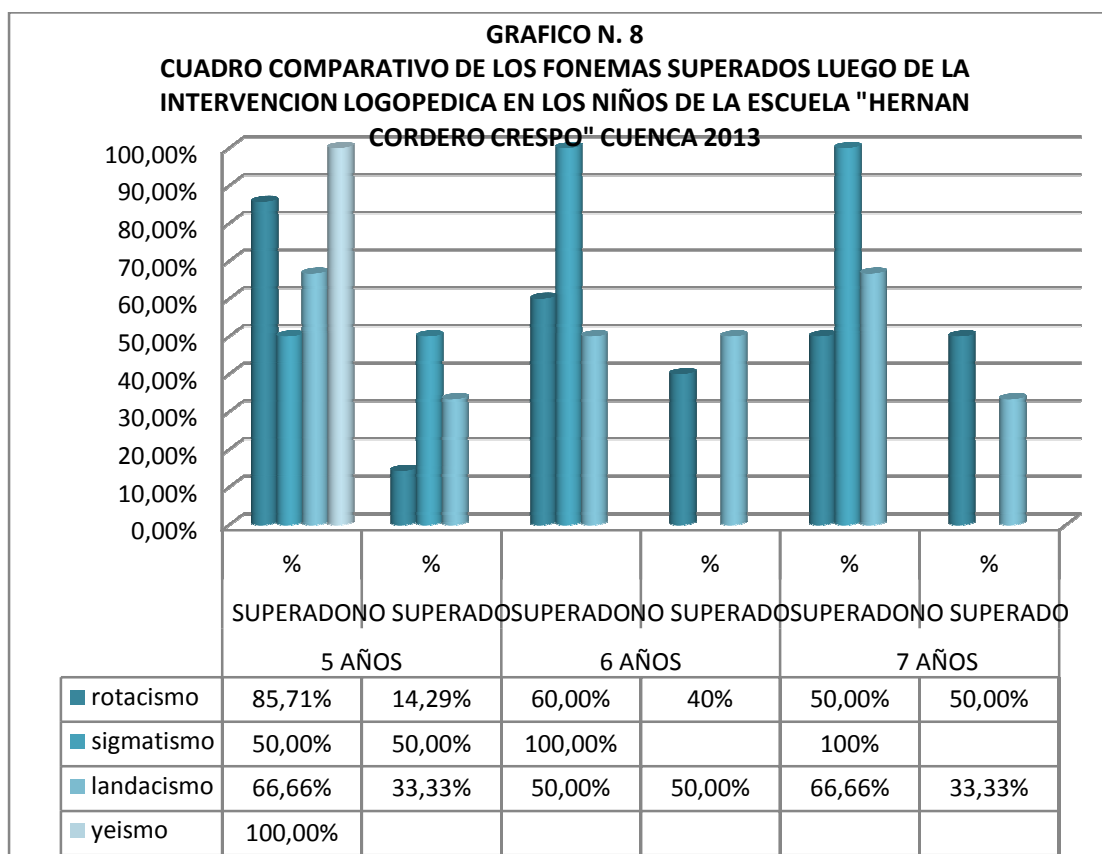
CUADRO COMPARATIVO DE LOS CASOS PRESENTES DE DISLALIA FUNCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA "HERNAN CORDERO CRESPO" SEGÚN LA RE- EVALUACION LUEGO DE LA INTERVENCION LOGOPEDICA. CUENCA 2013



FUENTE: TEST DE ARTICULACION
ELABORADO POR: LA AUTORA

El 70% de los niños con dislalia superaron su problema de articulación, el 30% de los niños con dislalia funcional no lograron superar su problema de articulación.

TABLA N.8
DISTRIBUCION DE 30 NIÑOS DE LA ESCUELA "HERNAN CORDERO
CRESPO" SEGÚN LA RE-EVALUACION DE LOS FONEMAS SUPERADOS
CUENCA 2013



Fuente: test de articulación
 Elaborado por: la autora

Luego de la intervención logopédica se obtuvieron los siguientes resultados:

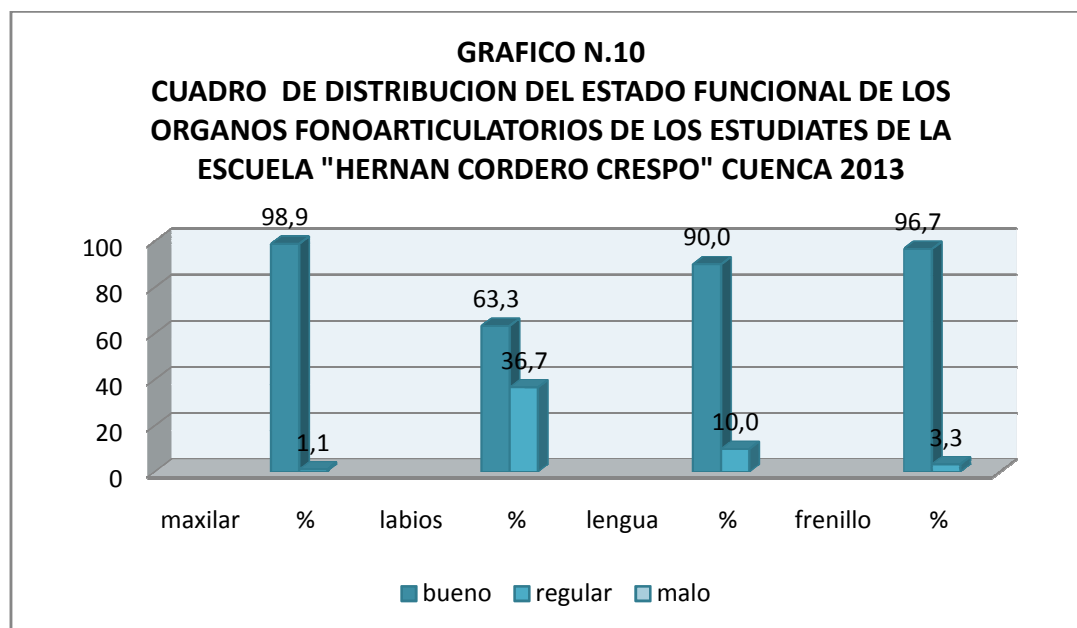
85,71% de los niños de 5 años, con rotacismo superaron su problema de articulación. El 50,0% de los niños de 5 años, con sigmatismo superaron, el 50,0% . El 66,66% de los niños de 5 años, con landacismo superaron. El 100% de los niños de 5 años con yeísmo superaron su problema de articulación

El 60,0% de los niños de 6 años, con rotacismo superaron. El 100% de los niños de 6 años, con sigmatismo superaron. El 50,0% de los niños de 6 años, con landacismo superaron su problema de articulación.

Los niños de 7 años con rotacismo superaron el 66,66% .El 100% de los niños con sigmatismo superaron .el 66,66% de los niños con sigmatismo superaron

TABLA N. 9

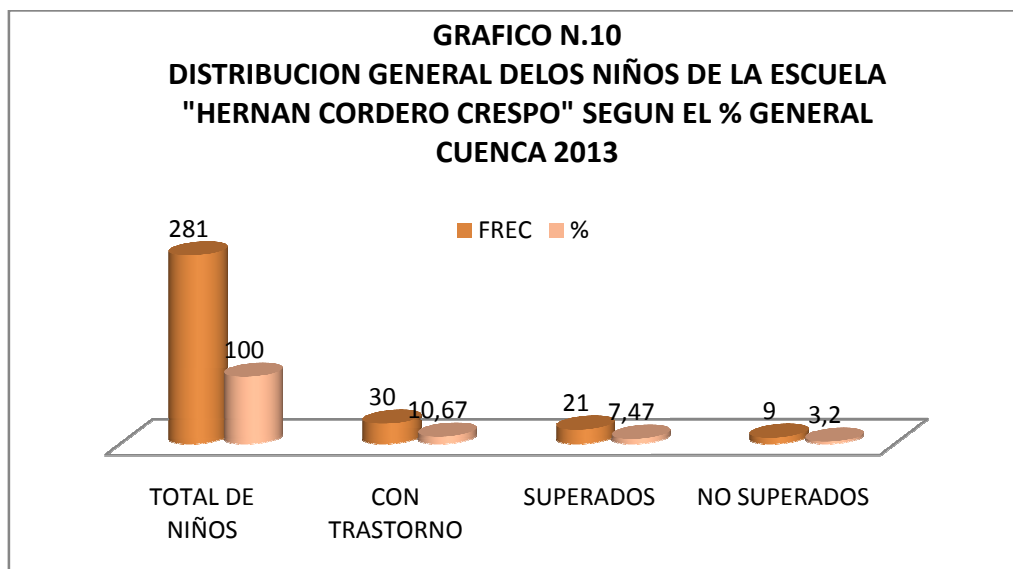
DISTRIBUCION DEL ESTADO FUNCIONAL DE LOS ORGANOS FONOARTICULATORIOS LUEGO DE LA INETRVCION LOGOPEDICA EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA "HERNAN CORDERO CRESPO" CUENCA 2013



FUENTE: TEST DE MECANISMO ORAL PERIFERICO
ELABORADO POR: LA AUTORA

Luego de la intervención logopédica de los niños con dislalia funcional el 98,9% presentaron un estado funcional bueno del maxilar; él 63,3% presento un estado funcional bueno de los labios, el 36,7% presentaron un estado funcional regular de los labios. El 90,0% presentaron un estado funcional bueno de la lengua, el 10,0% presento un estado regular de la lengua. El frenillo lingual se presentó funcional 96,7%, en un 3,3 % de los niños se presentó de manera no funcional.

TABLA N. 10
DISTRIBUCION GENARAL DE LOS NIÑOS DE LA ESCUELA “HERNAN CORDERO CRESPO” SEGÚN EL % GENERAL DE LOS NIÑOS. CUENCA 2013



FUENTE: DATOS ESTADISTICOS
 ELABORADO POR: LA AUTORA

Luego de la aplicación del test se estableció que del 100% de los niños(281) el 10,67% de niños presento dislalia funcional, siendo el 7,47% (21) de los niños a nivel general(281) los que superaron este problema de articulación, el 3,2% de los niños no superaron este problema(9).



CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

Se evaluaron a 281 niños de la escuela “Hernán Cordero Crespo”, en el período septiembre 2012 – febrero 2013, obteniéndose los siguientes resultados:

- La edad media fue de 6,20 con un desvío estándar de $\pm 0,70\%$.
- Luego de la aplicación de los test de articulación y mecanismo oral periférico el 10,67% de los niños presentaron dislalia funcional, y el 89,33% no presentaron dislalia funcional
- La dislalia se presenta con mayor frecuencia en el primer año de educación básica, el 28,42%.
- Luego de haber aplicado el test, los niños que presentaron dislalia funcional mostraron un 16,66% de rotacismo, en niños de 5 años de edad; el 4,31% de rotacismo en niños de 6 años de edad y el 3,25% de rotacismo en niños de 7 años.
- El 4,76% de niños de 5 años presento sigmatismo, el 2,58% de niños de 6 años presento sigmatismo y el 0,81% de 7 años de edad presento sigmatismo.
- El 7,14% de niños de 5 años presento lambdacismo, el 1,72% de niños de 6 años presento lambdacismo y el 2,43% de 7 años de edad presento lambdacismo. El 2,38% de niños de 5 años presento yeísmo.
- El 69,04% de niños de 5 años no presentaron dislalia funcional, el 91,37% de niños de 6 años no presentaron dislalia funcional y el 93,49% no presentan dislalia funcional,



Luego de la intervención logopédica a los 30 niños, se obtuvieron los siguientes resultados:

- La dislalia disminuyó del 10,67% al 3,20%.
- El 85,71% de los niños de 5 años, con rotacismo superaron su problema de articulación, siendo el 14,29% los niños que no superaron su problema de articulación. El 50,0% de los niños de 5 años, con sigmatismo superaron su problema de articulación, siendo el 50,0% los niños que no superaron su problema de articulación. El 66,66% de los niños de 5 años, con landacismo superaron su problema de articulación, siendo el 33,33% los niños que no superaron su problema de articulación. El 100% de los niños de 5 años con yeísmo superaron su problema de articulación
- El 60,0% de los niños de 6 años, con rotacismo superaron su problema de articulación, siendo el 40,0% los niños que no superaron su problema de articulación. El 100% de los niños de 6 años, con sigmatismo superaron su problema de articulación. El 50,0% de los niños de 6 años, con landacismo superaron su problema de articulación.
- El 50,0% de los niños de 7 años con problemas de rotacismo superaron su problema de articulación siendo el 50% de los niños que no superaron su problema de articulación. El 100% de los niños de 7 años con problemas de sigmatismo superaron su problema a de articulación. El 66,66% de los niños con landacismo superaron su problema de articulación, siendo el 33,33% de los niños no superaron su problema de landacismo.



RECOMENDACIONES

- Orientar a los docentes de las instituciones educativas, en especial a los que están en relación directa y continua con los niños que presentan algún tipo de trastorno del habla, sobre la importancia de la detección y rehabilitación fonoaudiológica.
- Concientizar a la población sobre la necesidad de un conocimiento sobre las causas que pueden generar dichos trastornos para así evitar dificultades futuras en el aprendizaje
- Educar a la familia de los niños que adolecen de estos trastornos acerca de cómo deben ser tratados y estimulados en su habla dentro del hogar.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) **Trastornos del habla en niños:** MedlinePlus enciclopedia médica, disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001430.htm>
- (2) **Psicopedagogía, Lenguaje y Pensamiento;** disponible en
<http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=343>
- (3) **Educación y psicología,** disponible en:
http://www.down21.org/educ_psc/educacion/comunicacion/nociones.htm
- (4) **TRASTORNOS DEL HABLA Y DEL LENGUAJE INFANTIL** <http://www.medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/123.html>
- (5) **Trastornos del habla y lenguaje:** disponibles en
<http://ensenemasamemas.org/SpecialNeedsDetails.asp?id=10>
- (6) Castañeda Pablo Félix, **El lenguaje Verbal del Niño**, disponible en :
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/linguistica/leng_ni%C3%B1o/ni%C3%B1o_tras_habla.htm
- (7) PASCUAL García. **La dislalia naturaleza, diagnóstico y rehabilitación.** Editorial CEPE, S.A. 95 – Madrid – 6. Pág.: 17
- (8) PASCUAL García. **La dislalia naturaleza, diagnóstico y rehabilitación.** Editorial CEPE, S.A. 95 – Madrid – 6. Pág.: 22
- (9) Pascual García Pilar, **LA DISLALIA**, editorial CEPE S.A. Pág. 28-29
- (10) Pascual García Pilar, **LA DISLALIA**, editorial CEPE S.A. Pág. 33
- (11) **Trastornos del habla:dislalia (III)** véase en:
<http://www.bebesymas.com/desarrollo/trastornos-del-habladislalia-iii>
- (12) Pascual García Pilar, **LA DISLALIA**, editorial CEPE S.A. Pág. 28-29
- (13) Pascual García Pilar, **LA DISLALIA**, editorial CEPE S.A. Pág. 33



- (14) Perelló, J. **TRASTORNOS DEL HABLA**. Ed. Científico Médica- Barcelona 1973. Pág. 262
- (15) FERNANDEZ Alicia, ZÚÑIGA Marcos de León. **Tratamiento de la tartamudez en los niños, programa de intervención para profesionales y padres**. Editorial ElsevierMasson, España, S.L. 2008. Pág.: 4
- (16) A. Fernandez-Zuñiga.R. Caja. **Tratamiento de la tartamudez en niños programa de intervención para profesionales y padres**. Editorial ElsevierMasson, España. S.L. Pág. 10
- (17) PAUCUAL García. **La dislalia naturaleza, diagnóstico y rehabilitación**. Editorial CEPE, S.A. 95 – Madrid – 6. Pág.: 34

- ✓ INEC, Censo de población y vivienda 2010; disponible en:
<http://redatam.inec.gob.ec/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>
- ✓ T.Navarro Tomas. MANUAL DE PTRONUNCIACION ESPAÑOLA. 6ta Edición. Madrid 1950. Editorial Tipografía FLO-REZ. Pag: 10-20
- ✓ Pascual Garcia Pilar. LA DISLALIA. Editorial CEPE.S.A. Pag: 20-40
- ✓ Océano. CONSULTOR DE PSICOLOGÍA INFANTIL Y JUVENIL, TRASTORNOS DEL DESARROLLO. Ediciones Océano éxito, S.A. España. Pág.: 30-66
- ✓ <http://www.bebesymas.com/desarrollo/trastornos-del-habla-tipos-de-disglosias>. 22 de Septiembre del 2011
- ✓ Pascual García Pilar, LA DISLALIA, editorial CEPE S.A. Pág. 27-34
- ✓ AlfonsoGarcía.Página2de25
- ✓ Sobre Disfemia, disponible en; <http://cyberpediatria.com/disfemia2.htm>
- ✓ A. Fernandez-Zuñiga.R. Caja. Tratamiento de la tartamudez en niños programa de intervención para profesionales y padres. Editorial ElsevierMasson, España. S.L.



- ✓ David H. McFariand. Atlas de anatomía en ortofonía. Ed.ELSEVIER MASSON. Año 2008.



ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA FONOAUDIOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES DE FAMILIA

Por medio de la presente me dirijo a Ud. Señor Padre de Familia para informarle que se llevará a cabo un estudio sobre la evaluación e intervención logopédica de la dislalia funcional en niños, de la escuela "Hernán Crespo Cordero". Esta investigación consiste en la aplicación de un test de mecanismo oral periférico, Test de Articulación Reducido.

Ya que los niños en etapa escolar son especialmente vulnerables a padecer estos trastornos en el desarrollo del habla..

Procedimientos

- Los padres de familia de los niños involucrados en la investigación firmarán el Consentimiento Informado.
- A todos los estudiantes se les aplicará un Test de Articulación Reducido para detectar posibles casos de Dislalias así como el test de Mecanismo Oral Periférico.
- Los test no implica ningún riesgo para los niños.
- El programa es absolutamente gratuito.

Yo **Padre del niño**..... libremente y sin ninguna presión, acepto que se les aplique el test articulación a la repetición. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Padre de familia o Huella digital

**TEST DE ARTICULACIÓN A LA REPETICIÓN (Reducido)**

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha del examen: _____ Examinador: _____

/b/	Bote	Cabeza	Nube	Objeto
/p/	Pato	Zapato	Copa	Apto
/m/	Mano	Camisa	Suma	Campo
Labiodentales:				
/f/	Foca	Búfalo	Café	Aftosa
Post-dentales:				
/d/	Dama	Cadena	Codo	Pared
/t/	Tapa	Botella	Mata	Etna
Alveolares:				
/s/	Sapo	Cocina	Tasa	Pasto
/n/	Nido	Panera	Maní	Canto
/l/	Luna	Caluga	Pala	Dulce
/r/	Rosa	Marino	Pera	Corto
/rr/		Carreta	Perro	
Palatales:				
/y/	Llave	Payaso	Malla	
/ñ/	Ñato	Puñete	Caña	
/c/	Chala	Lechuga	Noche	
Velares:				
/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 Niña 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: _____



TEST DE MECANISMO ORAL PERIFERICO

EVALUACIÓN DE LOS ÓRGANOS FONARTICULATORIOS

Nombre:

Edad:

Grado:

Fecha:

ÓRGANOS FONARTICULATORIOS

Maxilar

Estructura:

Simetría _____

Tamaño _____

Funcionalidad:

Protrusión _____ Retracción _____

Ascenso _____ Descenso _____

Lateralización _____

Mordida

Abierta _____ Cruzada _____

Bis a bis _____ Normal _____

Labios

Estructura:

Fisura _____ Simetría _____

Adherencias _____ Cicatrices _____

Funcionalidad:

Protrusión _____ Retracción _____

Ascenso _____ Descenso _____

Lateraliza _____ Vibración _____

Tono:

Hipertónico _____ Inferior _____ Superior _____

Hipotónico _____ Inferior _____ Superior _____

Normal _____ Inferior _____ Superior _____

Lengua

Estructura:



Tamaño: grande _____ Mediano _____ Pequeño _____

Bífida: _____ Geográfica: _____

Frenillo: funcional _____ No funcional _____

Adherencias _____

~~Funcionalidad:~~

Protrusión _____ Retracción _____

Ascenso _____ Descenso _____

Lateraliza _____ Afuera _____

Piso boca _____ Cont. Paladar _____

Alvéolos _____ Doblarla _____

Acanalarla _____ Punta _____

Ancharla _____ Vibración _____

Tono

Hipertónico _____ Hipotónico _____ Normal _____

Paladar Duro

~~Estructura:~~

Tamaño _____ Alto _____ Ojival _____

Plano _____ Fisuras _____

Adherencias _____

Velo Del Paladar

~~Estructura:~~

Tamaño: largo _____ corto _____

Uvula: bífida _____ lateralizada _____ normal _____

Fisuras _____

Adherencias _____

Neoformaciones _____

~~Funcionalidad:~~

Movilidad _____

Ascenso _____ Descenso _____

Insuficiencia _____



Parálisis _____

Dientes

Estado:

Bueno _____ Malo _____

Color _____

Caries _____

Halitosis _____

Posición:

Implantación _____

Supernumeración _____

Superpuestos _____

Ausencias _____

Diastemas _____

Adherencias _____

EXAMENES DE LA FORMULACION LINGÜÍSTICA

Respiración:

Frecuencia Respiratoria:

Tipo Respiratorio: Costal Sup. Costo –Diafrag. Abdominal

Simetría torácica: Asimetría

Obstrucción Nasal:

Duración: Inspiración Retención Espiración Respiración

sincronizada con fonación: /a/ /i/

/m/ /s/

**PLANIFICACIÓN DE TERAPIA DE LENGUAJE**

NOMBRE: N.N.

DIAGNÓSTICO: Dislalia

OBJETIVO: Lograr que el niño adquiriera una correcta articulación del habla.

ÁREA: Habla

FECHA INICIAL:

FECHA FINAL:

SUBÁREA	DESTREZA	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACIÓN
Respiración	Concienciar tiempos y tipos de respiración. (Abdominal)	-Frente a un espejo y con la ayuda de: velas, papel picado, rosa de los vientos, burbujas de jabón, etc., ayudamos al niño a que adquiriera adecuadamente una respiración correcta. -Recostado sobre una colchoneta colocamos sobre su abdomen una pelota tratando de que el niño observe el	-Velas -Tiras de papel -Juguetes -papel picado -Sorbete -Vaso -Agua	



		momento de la inspiración como se eleva la pelota cuando adquirimos una respiración abdominal. - Colocamos su mano sobre el abdomen de la terapeuta y le hacemos sentir los movimientos respiratorios abdominales, para luego aplicarlos en su propio cuerpo. Soplar con la ayuda de un sorbete en un vaso de agua.		
Relajación	Mejorar el estado de relajación de los músculos bucolinguofaciales para la articulación correcta del	-Frente a un espejo masajear los músculos bucolinguofaciales, desde la parte proximal a la distal -Masajes faciales -Masajes corporales	-Crema -Espejo	



	habla y también del estado emocional.	-Mediante actividades lúdicas lograr la relajación emocional del niño.		
Mecanismo Oral Periférico	Lograr que el niño adquiera una perfecta motricidad de los órganos periféricos activos que intervienen en el habla.	-Lengua: Con la ayuda de mermelada, chocolate, velas, etc., practicamos la motricidad lingual: Protrucción retracción, lateralidad, elevación, chasquidos, acanalar, vibración. Posteriormente se practica los mismos ejercicios sin la ayuda de material. -Labios: con material o sin material practicamos: Protrucción, retracción, lateralidad, vibración, fuerza.	-Bombas -Lápiz -Objeto	



		Mandíbula: masticación de alimentos duros.		
Discriminación Auditiva	Concientizar la discriminación de sonidos, fonemas y palabras.	-Presencia y ausencia de sonidos -Duración del sonido (largo o corto) -Intensidad: fuerte y suave - Localización de la fuente sonora Discriminación de sonidos producidos con distintos objetos.(Observando y sin observar) -Discriminación de sonidos emitidos por diversos instrumentos musicales. -Discriminación de sonidos graves y	Instrumentos Musicales	



		agudos. Discriminación fonética: -Viendo la boca del reeducador, reproducción del punto y modo de articulación, luego sin observar la boca del reeducador. -Proponer al niño repetición de palabras que ofrecen cierta semejanza al oído ejem: pino – vino.		
Nociones Espaciales	Lograr en el niño la adquisición de las nociones: dentro, fuera, delante, detrás, al lado y debajo.	-Mediante juegos y la utilización de juguetes aprovechamos para que el niño ubique los mismos dentro, fuera, al lado, y detrás.	- Silla -Objetos -Pelota -Cubos	



Lateralidad	Alcanzar la discriminación apropiada de derecha e izquierda.	-Indicarle al niño la mano con la que se coge la cuchara, el pie con el que se pateo la pelota. -Darle órdenes sencillas como: tocarse la nariz con la mano derecha y luego vamos combinando de una forma más compleja.	- Pelota -Cuchara -Láminas	
Ritmo	Mejorar en el paciente la articulación dándole ritmo a las palabras.	- Hacer que el niño camine de acuerdo al ritmo de un tambor o golpes de la mano. (lento, rápido) -Dar palmadas en el momento que dice una palabra. -Cantar durante la terapia.	-Canciones -Tambor -Flauta	



Punto y modo de articulación	Conseguir los movimientos, agilidad y la coordinación perfecta que nos permita el punto y el modo de articulación de cada uno de los fonemas.	-Colocar mermelada en el labio superior para que eleve la lengua para facilitar el punto y modo del fonema /l/ y /r/ -Masticar una paleta y que emita el sonido del avión para mejorar la "s" -Colocar el dedo índice debajo de la lengua y que repita la, la, la o ra, ra, ra. -Hacer gárgaras para mejorar la /g/. -Sacar la lengua y hacerla vibrar. -Elevar la lengua y hacerla vibrar. -Colocar hostias en el paladar y que el niño se las quite con la	-Mermelada -Paleta -Gárgaras -Hostias	
------------------------------	---	--	---	--



		lengua.		
Lenguaje conversacional I	Conseguir que el niño tenga un habla inteligible y bien articulada para así conseguir un lenguaje conversacional claro.	Contar un cuento y luego decirle que relate lo que más le gusta del mismo. Establecer una conversación con el niño, preguntándole lo que más le gusta hacer, jugar, comer, etc.	Cuentos Grabadora.	