RESUMEN

Introducción: Los trastornos del habla y del lenguaje son patologías frecuentes en la infancia, que ocupa a padres y profesionales de la salud; tienen una prevalencia cercana al 5-8% en pre-escolares y un 4% en escolares; en México con una prevalencia del 42% y su mayor importancia radica en el hecho que altera la capacidad de comunicación del niño con sus padres y tutores. Detectar estos trastornos a tiempo es un deber.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la Dislalia Funcional en niños/as de 5 años a 8 años matriculados en primero, segundo y tercer año de básica en la escuela "Ciudad de Azogues", durante el periodo Febrero – Agosto 2012.

Metodología: Se trata de un estudio de prevalencia, en una población de 113 estudiantes, se evalúa la dislalia mediante el test TAR y mediante un formulario se recogieron datos demográficos, se utilizó la estadística descriptiva e inferencial para el análisis de los resultados.

Resultados: La prevalencia de la dislalia fue del 36%, la media de edad de la población se ubicó en 6.23 años con un DS de 0.908 años; el sexo de mayor prevalencia fue el femenino con un 52% y el sexo masculino con un 48%; el 67% fueron de estudiantes cuyos padres tienen una instrucción educativa primaria; el 23% secundaria, el 5% superior y con igual porcentaje padres que no tienen instrucción educativa.

Conclusiones: La edad se asocia para presencia de la dislalia en esta población, el sexo y la instrucción educativa de los padres no se asocian con esta patología.

PALABRAS CLAVE: PREVALENCIA, TRASTORNOS DEL HABLA-PREVALENCIA Y CONTROL, TRASTORNOS DEL HABLA-DIAGNOSTICO, TRASTORNOS DEL HABLA-CLASIFICACIÓN, DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO, NIÑO, EDUCACIÓN.

ABSTRACT

Introduction: the speech and language disorders are pathology frequents in the childhood, which occupies to parents and health professionals; had a prevalence of around 5-8% in pre-school and 4% in schoolchildren, in Mexico the prevalence is 42%, and their more important is the alters in the child communication with our parents and guardians. To detect the disorders time is obligation.

Objective: determined the dyslalia functional prevalence in children of 5 years to 8 years enrolled in first enrolled in first, second and third basic of “Azogues City” school in the period from February to August 2012.

Methodology: Is a study of prevalence in a population of 113 students, was detected the dyslalia by the TAR test and were collected form demographic data, used descriptive and inferential statistics to analyze the results.

Results: The prevalence of dyslalia was 36%, the average age of the population stood at 6.23 years old with a SD of 0,908 years, the most prevalent sex was female with a 52% and males sex is 48%, the 67% were parental have primary education, the 23% high, the 5% and with same percentage no amount of instruction education.

Conclusions: Age is associated with the presence of dyslalia in this population; sex and parental education are not associated with this disease.

KEYWORDS: PREVALENCE, SPEECH DISORDERS, PREVALENCE AND CONTROL, SLURRED SPEECH, DIAGNOSIS, SLURRED SPEECH-CLASSIFICATION, DISTRIBUTION BY AGE AND SEX, CHILD EDUCATION.

INDICE

RESUMEN..... 1
ABSTRACT..... 2
CAPÍTULO I 19
1. INTRODUCCIÓN 19
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. 19
1.2 JUSTIFICACIÓN. 20
CAPÍTULO II 21
2. MARCO TEÓRICO..... 21
2.1 LENGUAJE. 21
2.1.1 CONCEPTO. 21
2.1.2. DESARROLLO PSICOLINGÜÍSTICO EN LOS PRIMEROS AÑOS (0-5AÑOS). 21
2.1.2.1. CUADRO DE LA ETAPA PRE-LINGÜÍSTICA (SERRANO 2006). . 22
2.1.3 ETAPA LINGÜÍSTICA O VERBAL..... 23
2.1.3.1. CUADRO DE LA ETAPA LINGÜÍSTICA O VERBAL..... 24
2.1.4 HABLA. 25
2.1.4.1 CONCEPTO. 25
2.1.5 DISLALIA. 25
2.1.5.1 CONCEPTO. 25
2.1.5.2 CLASIFICACIÓN DE LA DISLALIA. 25
2.1.6 DISLALIA FUNCIONAL. 26
2.1.6.1CONCEPTO. 26
2.1.6.2 DENTRO DE ELLA DISTINGUIMOS: 26
2.1.6.3 DISLALIA Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS. 27
2.1.6.4 ETIOLOGÍA DE LA DISLALIA POR PASCUAL..... 27
2.1.6.5 TIPOS DE ERRORES. 27
2.1.6.6 DIAGNÓSTICO DE LA DISLALIA FUNCIONAL..... 28
CAPÍTULO III 30
3. OBJETIVOS, DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES. 30
3.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 30
3.1.1 OBJETIVO GENERAL:..... 30

3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:..... 30
3.2 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES: 30
3.2.1 INDEPENDIENTES 30
3.2.2 DEPENDIENTES..... 30
3.2.3 RELACIÓN EMPÍRICA DE LAS VARIABLES..... 30
CAPÍTULO IV..... 31
4. METODOLOGÍA..... 31
4.1 TIPO DE ESTUDIO..... 31
4.2 UNIVERSO. 31
4.3 MUESTRA. 31
4.4 MUESTREO..... 31
4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN. 32
4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN..... 32
4.7 MÉTODOS Y MODELOS DE ANÁLISIS DE DATOS. 32
4.8 PLAN DE ANÁLISIS Y TABULACIÓN. 32
5. PRESUPUESTO. 33
6. RECURSOS..... 33
6.1 DIRECTOS 33
6.2 INDIRECTOS..... 33
CAPÍTULO IV..... 34
7. RESULTADOS..... 34
7.1 FASE DESCRIPTIVA..... 34
7.1.1. EDAD..... 34
7.1.2 SEXO..... 34
7.1.3 INSTRUCCIÓN EDUCATIVA DE LOS PADRES..... 35
7.1.4 DISLALIA..... 35
7.1.5 DISLALIA FUNCIONAL, FONEMAS ALTERADOS..... 36
7.2 FASE ANALITICA. 37
7.2.1 EDAD, SEXO E INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES COMO FACTORES DE RIESGO..... 37
8. DISCUSIÓN. 39

CAPÍTULO V 42
9. CONCLUSIONES..... 42
10. RECOMENDACIONES. 43
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 44
12. ANEXOS. 50
12.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO 50
12.2 FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS..... 51
12.3 TEST DE ARTICULACIÓN A LA REPETICIÓN (REDUCIDO). 52
12.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES. 54
13. GRÁFICOS COMPLEMENTARIOS. 56

UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Cristhian Stalin Calderón Cango, autor de la tesis **"PREVALENCIA DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN NIÑOS/AS DE 5 AÑOS A 8 AÑOS MATRICULADOS EN PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER AÑO DE BÁSICA EN LA ESCUELA "CIUDAD DE AZOGUES", DURANTE EL PERIODO FEBRERO – AGOSTO 2012."**, 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 Licenciatura en Fonoaudiología. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, Noviembre del 2012

Cristhian Stalin Calderón Cango
CI. 070520239-8

UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Luis Armando Quizhpi Arichábala, autor de la tesis **"PREVALENCIA DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN NIÑOS/AS DE 5 AÑOS A 8 AÑOS MATRICULADOS EN PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER AÑO DE BÁSICA EN LA ESCUELA "CIUDAD DE AZOGUES", DURANTE EL PERIODO FEBRERO – AGOSTO 2012."**, 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 Licenciatura en Fonoaudiología. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, Noviembre del 2012

Luis Armando Quizhpi Arichábala.

CI.010473319-1

UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Cristhian Stalin Calderón Cango, autor de la tesis **"PREVALENCIA DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN NIÑOS/AS DE 5 AÑOS A 8 AÑOS MATRICULADOS EN PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER AÑO DE BÁSICA EN LA ESCUELA "CIUDAD DE AZOGUES", DURANTE EL PERIODO FEBRERO – AGOSTO 2012."**, 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 Licenciatura en Fonoaudiología. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, Noviembre del 2012

Cristhian Stalin Calderón Cango

CI. 070520239-8

UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Juan Carlos Medina Valenzuela, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Juan Carlos Medina Valenzuela.

CI. 010266339-0

UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Luis Armando Quizhpi Arichábala, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Luis Armando Quizhpi Arichábala.

CI.010473319-1

UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Cristhian Stalin Calderón Cango, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cristhian Stalin Calderón Cango

CI. 070520239-8

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

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

"PREVALENCIA DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN NIÑOS/AS DE 5 AÑOS A 8 AÑOS MATRICULADOS EN PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER AÑO DE BÁSICA EN LA ESCUELA "CIUDAD DE AZOGUES", DURANTE EL PERIODO FEBRERO – AGOSTO 2012."

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE LICENCIATURA EN FONOAUDIOLOGÍA

AUTORES: CRISTHIAN STALIN CALDERÓN CANGO.
LUIS ARMANDO QUIZHPI ARICHÁBALA.
JUAN CARLOS MEDINA VALENZUELA.

DIRECTOR: LIC. EDGAR CARVAJAL FLOR.

ASESOR: DR. SANTIAGO RON.

CUENCA – ECUADOR

Septiembre-2012

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo de investigación a mis queridos padres, hermanos y amigos quienes han puesto su grandioso sacrificio para ayudarme en mis estudios y a Dios por haberme guiado por en el camino del bien.

Por lo mismo este trabajo es el símbolo de gratitud y amor por lo maravilloso que me han dado, con su excelente labor desde mis estudios primarios, secundario y ahora el superior, las cuales me servirán en el desenvolvimiento en el futuro y en una sociedad desconocido que tendré que atravesar.

STALIN CALDERÓN CANGO.

DEDICATORIA.

Bueno la presente tesis es dedicada a mis profesores, tutores, compañeros y amigos que han confiado en mí.

También esta tesis es dedicada a todas las personas que me brindaron su amistad y me ayudaron a crecer como persona.

ARMANDO QUIZHPI ARICHABALA.

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo investigación a Dios que siempre es mi apoyo, a mi familia que siempre me inculco a seguir en el estudio y de manera especial a Verito la mujer que me acompaña cada día y me apoya a cumplir metas para un futuro mejor.

También este trabajo investigativo es dedicado para mis amigos ya que ellos supieron estar conmigo en las buenas y en las malas.

JUAN MEDINA VALENZUELA.

AGRADECIMIENTO.

Mis sentimientos de gratitud primeramente a DIOS por ser mi guía, el que nunca me ha dejado de proteger en los momentos que he tenido que pasar.

A mis PADRES que con sus sabias experiencias han podido educarme y apoyarme para salir adelante.

A mis AMIGOS que siempre han estado conmigo en las buenas y en la malas, aquellos que me han aconsejado por el camino del bien.

A mis docentes de la UNIVERSIDAD DE CUENCA, de manera especial quien conformaban el área de FONOAUDIOLOGIA.

STALIN CALDERÓN CANGO.

AGRADECIMIENTO.

Al finalizar este trabajo dificultoso como es el de una tesis debo agradecer a todos mis profesores y tutores de la universidad quienes con su apoyo me ubicaron en el campo fonoaudiológico y con su ayuda inalcanzable pude descubrir lo que es ser un fonoaudiólogo lleno de ética y profesionalismo.

También agradezco a mis compañeros y amigos que me supieron orientar y guiarme en el estudio, pero específicamente a los que me tuvieron paciencia y estaban atentos de mi persona.

Particularmente agradezco a mi familia por estar conmigo.

ARMANDO QUIZHPI ARICHABALA.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios por ayudarme a finalizar mis estudios.

A mis dos compañeros Stalin Calderón Cango y Armando Quizhpi Arichabala ya que con ellos pude finalizar mi carrera universitaria realizando el trabajo investigativo.

A mis profesores de la universidad de cuenca por enseñarme la materia de la fonoaudiología.

JUAN MEDINA VALENZUELA.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

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 pre-escolares 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. (Bolte 2010).

En Ecuador según los resultados de una investigación que culminó en 1996, realizada por el CONADIS, INFA 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. (Conadis 1996). 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 (Taboada 2011).

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 (Bolte 2010). Se ha demostrado también que los niños presentan ansiedad, tensión e inseguridad; lo cual puede llevar a problemas de la personalidad (Moreno 2005). Si los efectos de estas experiencias negativas son bastante traumatizantes, se propone que no solamente le harán disminuir su rendimiento escolar, sino también le generarán otros desajustes de conducta, incluso comportamientos fóbicos a la escuela y a las relaciones sociales. (Félix Pablo 1999).

1.2 JUSTIFICACIÓN.

Por las razones antes mencionadas se planteó realizar una investigación para determinar la prevalencia de dislalia funcional en escolares de un centro educativo de la ciudad de Azogues, ya que no se han encontrado estudios o trabajos.

Internacionalmente se han hecho estudios de esta patología encontrando un 42% en niños de 4 a 6 años como se reporta en la ciudad de México. (Taboada 2011), en Cuba fue 24% (Simón Nitza 2008). En Buenos Aires fue 5.8% (Regatky 2008), y en Chile es el 13.9% (Schonhaut2007). En la ciudad Quito- Ecuador se encontró 12.3% (Salvador Carolina 2009). En Cuenca se realizaron estudios encontrándose un 8.4 % (Abril Valery 2010) y 5.9% (Bermeo 2011).

Una razón para hacer esta investigación es que en la ciudad de Azogues no existe el personal para la atención en patologías del lenguaje y del habla en escuelas, ya que en algunos casos las escuelas o centros especiales de esta ciudad solicitan especialistas a la ciudad de Cuenca, esto nos hace pensar que es necesario determinar la prevalencia de la dislalia funcional.

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.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 LENGUAJE.

2.1.1 Concepto.

El lenguaje es el resultado de una actividad nerviosa compleja que permite la comunicación interindividual de estado psíquico a través de la materialización de signos multimodales que simbolizan estos estados de acuerdo con una convención propia de una comunidad lingüística. (Peña 2006).

2.1.2. DESARROLLO PSICOLINGÜÍSTICO EN LOS PRIMEROS AÑOS (0-5años).

En la evolución del lenguaje podemos considerar dos etapas diferenciadas: una pre-lingüística y otra lingüística o verbal. En un principio, el niño/a se comunica por movimientos y gestos, con la finalidad de atraer la atención, lograr una respuesta o manifestar una conducta.

Pronto, antes de que pueda emitir las primeras palabras, comienza a comprender el lenguaje de los adultos cuando se dirigen a él. Poco a poco, manifiesta interés por reproducir los sonidos que oye, es la etapa de los laleos o balbuceos en que el niño/a emite silabas en un estado placentero (parloteo).

2.1.2.1. CUADRO DE LA ETAPA PRE-LINGÜÍSTICA (Serrano 2006).

1º MES.	2º MES.	3º MES.
Manifiesta sensibilidad por el ruido. Discrimina sonidos. Llora. Emite sonidos guturales. Inicia la fase de contemplación del sonido. Muestra un rostro inexpresivo, mirada vaga e indirecta.	**Expresión:** La mirada es directa y definida, sonríe con viveza a las personas conocidas. **Articulación:** Emite las vocales a-e-u. **Sociabilidad:** Respuesta inicial social.	**Articulación:** Emite muy diversos sonidos, murmullos, cloqueos. **Sociabilidad:** La respuesta social comienza a darse a través de la expresión oral.
4-5º MES.	**6º MES.**	**7º MES.**
Expresión: El rostro es expresivo de estados de entusiasmo: Respira y ríe fuertemente. Escucha con atención todos los ruidos y en especial la voz humana. **Sociabilidad**: Ríe espontáneamente.	**Articulación:** Emite chillidos, gruñidos, parloteos espontáneos. **Sociabilidad:** Al escuchar sonidos vuelve la cabeza hacia el lugar de donde provienen. Sonríe y parlotea.	**Articulación:** con frecuencia emite el sonido labial mmm cuando llora. Se inicia en los sonidos vocales poli-silábicos. **Sociabilidad:** Sintoniza con el medio social.
8º MES.	**9º MES.**	**10º AL 12º MESES.**
Articulación: Articula sílabas simples como ba, ca, de, te, ma, pa, etc.	**Articulación:** Pronuncia dada o sílabas de dificultad equivalente. Imita los sonidos. **Comprensión:** Responde por su nombre.	**Articulación:** Maneja todos los músculos bucales. **Comprensión:** Da palmadas, dice adiós, entiende su nombre y las negaciones. **Vocabulario:** Pronuncia las primeras palabras; una o dos. Imita de modo sistemático.

12º MESES.	13 – 15º MESES.	16 – 18º MESES.
Vocabulario: Pronuncia dos o tres palabras. **Comprensión:** Reclama los objetos que le atraen mediante gestos y la expresión oral. Muestra los juguetes cuando se le piden.	**Comprensión:** Indica algunos objetos por el nombre. **Vocabulario:** Pronuncia tres o cuatro palabras. Aparece la jerga infantil.	**Vocabulario:** Pronuncia cinco palabras incluyendo su nombre. **Observación:** Inicia el contacto con los libros observando los dibujos. **Sociabilidad:** Dice "tata" o equivalente, señala, parlotea.
19- 21º MESES.	**22 – 2º AÑO.**	
Comprensión: Comienza la primera edad preguntadora; se interesa por el nombre de las cosas. **Vocabulario:** Puede pronunciar unas diez palabras. Nombra y señala los objetos y dibujos. **Expresión:** Es el comienzo de la pre frase.	**Comprensión:** Responde a tres órdenes. **Vocabulario:** Alrededor de veinte palabras. **Expresión:** Combina dos y tres palabras espontáneamente formando frases gramaticales. **Sociabilidad:** Pide comida; repite con frecuencia las últimas palabras que dicen otras personas.	

2.1.3 ETAPA LINGÜÍSTICA O VERBAL.

En esta etapa, el niño/a dispone ya de un lenguaje bastante comprensible que irá ampliándose paulatinamente. Realmente comienza a finales del segundo año. Diferencia los fonemas, aunque con alguna dificultad, la ecolalia o emisión de las sílabas finales de cada palabra desaparece, aunque en momentos de tensión puede volver a aparecer; asocia palabras oídas con objetos que le rodean, inventa palabras nuevas cuando tiene dificultad para articular una en concreto (Serrano 2006).

2.1.3.1. CUADRO DE LA ETAPA LINGÜÍSTICA O VERBAL.

2 AÑOS.	2 AÑOS 6 MESES.	3 AÑOS.
Articulación: Acusa fuertemente la influencia del medio que le rodea. **Vocabulario:** Varia de trescientas a mil palabras, dependiendo del entorno lingüístico. **Expresión:** Realiza algunas combinaciones cortas y estereotipadas. Escasas oraciones compuestas. Frases de tres palabras. Expresa experiencias simples. **Sociabilidad:** Emplea el habla como medio de comunicación. Descarta la jerga, se refiere a sí mismo en tercera persona. **Observación:** Nombra tres o cuatro imágenes de una lámina.	**Comprensión:** Segunda edad interrogadora. Le interesa el "por qué". **Expresión:** Indica el uso de los objetos. Dice su nombre completo. **Observación:** Nombra cinco imágenes en láminas, aunque identifica más. **Sociabilidad:** Se refiere a sí mismo por el pronombre más que por el nombre.	**Comprensión:** Entiende las preguntas y responde y realiza dos órdenes sucesivas. **Observación:** Explica acciones representadas en láminas. Segunda edad. **Interrogadora:** Muestra interés por él "para qué" de las cosas y observa si las respuestas coinciden con sus propios planteamientos. **Vocabulario:** Entre novecientas y mil doscientas palabras. **Expresión:** Usa oraciones compuestas y complejas. Manifiesta capacidad de contar historias mezclando ficción y realidad. **Sociabilidad:** Comienza el monólogo colectivo.
3 AÑOS 6 MESES.	**4 AÑOS.**	**5 AÑOS.**
Comprensión: Contesta a dos preguntas seguidas. Puede realizar tres órdenes consecutivas. **Observación:** Puede	**Comprensión**: Culmina el empleo de la interrogación, el cómo y el porqué. **Expresión:** Tiende a superar el estadio infantil del lenguaje.	**Articulación:** Desaparece el carácter infantil. **Vocabulario:** Entre dos mil y dos mil quinientas palabras. **Sociabilidad:** Realiza

nombrar todas las imágenes conocidas y representadas en una lámina.	Realiza combinaciones gramaticales de estructura compleja y compuesta, formando oraciones largas de alrededor de diez palabras.	preguntas que denotan tendencia al paso del egocentrismo a la socialización, aunque condicionado por sus propios puntos de vista.

2.1.4 HABLA.

2.1.4.1 Concepto.

"Es la expresión oral del lenguaje. Según Perelló, el habla es la realización motriz 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 (Bustos 1984). Es el hecho real de producir un código de lenguaje por medio de la emisión de los patrones correspondientes al sonido vocal (Ruiz 2006).

2.1.5 DISLALIA.

2.1.5.1 CONCEPTO.

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. Puede afectar a cualquier consonante o vocal y son muy frecuentes en la infancia, sobro todo en los primeros años escolares. Con una adecuada intervención la mayoría de ellas desaparecen (Rodríguez 2010).

2.1.5.2 CLASIFICACIÓN DE LA DISLALIA.

a) **Dislalia evolutiva o fisiológica:** son anomalías articulatorias que se manifiestan en edades tempranas, propias del desarrollo evolutivo del niño.

Se consideran normales porque el niño aún está inmerso en la adquisición del lenguaje y no es capaz de reproducir con exactitud lo que escucha, de formar los estereotipos acústicos-articularios correctos.

b) Dislalia audiógena: es un trastorno articulatorio debido a un déficit auditivo. Los niños que no oyen bien tenderán a cometer errores en su pronunciación, pues las conductas de atención y escuchar son necesarias para una buena discriminación auditiva.

c) Dislalia orgánica o disglosia: son trastornos de la articulación fonemáticas producidas por la existencia de lesiones o malformaciones anatómico-patológicas en los órganos periféricos que intervienen en el habla.

d) Dislalia funcional: denominada así porque no existe ningún trastorno ni físico, ni orgánico que la justifique, sino solo una incapacidad funcional (Céspedes 2011).

2.1.6 DISLALIA FUNCIONAL.

2.1.6.1CONCEPTO.

Es la alteración de la articulación debido al mal funcionamiento de los órganos articulatorios.

2.1.6.2 DENTRO DE ELLA DISTINGUIMOS:

a) **Trastornos fonéticos:** alteraciones de la producción. La dificultad está centrada en el aspecto motriz, articulatorio, es decir, no hay confusiones de percepción y discriminación auditiva. Son niños/as con errores estables, que cometen siempre el mismo error cuando emiten el sonido o sonidos problemáticos.

b) **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 (Alonso 2011).

2.1.6.3 DISLALIA Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS.

La dislalia funcional conllevan 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 (Moreno 2005), por lo que su pronta detección y tratamiento es muy importante para el buen desarrollo del niño.

2.1.6.4 ETIOLOGÍA DE LA DISLALIA POR PASCUAL.

a) **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 sinfones o dífonos).

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

c) **Errores perceptivos e imposibilidad de imitación de movimientos.**

c.1) Estimulación lingüística deficitaria: ello explica la frecuencia de dislalias en niños/as de ambientes socioculturales depravados, abandonados, en situaciones de bilingüismo, etc.

c.2) Tipo psicológico: sobreprotección, excesos de mimos, traumas, etc., que hacen persistir modelos articularios infantiles.

c.3) 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 (Rivera 2009).

2.1.6.5 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. (Ladron 2010); con la /g/, /k/, /q/ Gammacismo, con la /d/, /t/ Deltacismo, con la /p/,/b/Betacismo. (Céspedes 2011).

2.1.6.6 DIAGNÓSTICO DE LA DISLALIA FUNCIONAL.

2.1.6.6.1 TEST DE ARTICULACIÓN A LA REPETICIÓN T.A.R. (REDUCIDO).

El test T.A.R. reducido fue creado en el año de 1981 por la Fonoaudióloga Edith Schwalm, desde entonces se está aplicando en el país de Chile (Schwalm 2005).

Se han realizado varias investigaciones con este test, en el 2001 otro estudio fue para evaluar e intervenir las patologías fonológicas con riesgos de dificultades en el aprendizaje como la lectura y la escritura. (Cervera 2001); en niños de 4 años para las habilidades de procesamiento auditivos con trastornos específicos del lenguaje (Maggiolo 2005); en hipoacusias neurosensorial bilateral del prematuro (Gobierno de Chile 2005); fue utilizado este test en niños de 3 a 6 años para observar el desarrollo fonológico (Pavez 2009); en estudiantes del colegio La Salle de Chile se obtuvieron resultados para ver los fonemas y difonos alterados (La Salle 2011).

Este test es una prueba de articulación que permite la detección de dificultades articulatorias y deformaciones de palabras. Consta de varios ítems (fonemas en posición inicial, media, final, difonos vocálicos, difonos consonánticos, y polisílabos) y se aplica en forma individual, mediante la modalidad de “repetición inmediata” (Babysitters 2004).

El Test de Articulación a la Repetición T.A.R. reducido evalúa los fonemas agrupados en las siguientes categorías: bilabiales, labiodentales, dentales, alveolares, palatales y velares. El rango de aplicación del T.A.R. reducido es aplicable desde que el niño tiene un lenguaje y es capaz de repetir palabras. No tiene límite de edad (Scribd 2011).

2.1.6.6.2CUADRO DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS FONEMAS (Ruíz 2005).

		Modo de Articulación											
		Oclusiva		Fricativa		Africada		Vibrante		Lateral		Nasal	
Acción Laríngea1[1]		Sr	Sn	Sr	Sn	Sr	Sn	Sr	Sn	Sr	Sn	Sr	Sn
Punto de articulación	Bilabial	p	b										m
	Labiodental			f									
	Interdental	t	d	z									
	Dento alveolar			s					r, rr		l		n
	palatal					ch					ll		ñ
	Velar	k, c, q	g	j									

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS, DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

3.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1.1 Objetivo general:

Determinar la prevalencia de la Dislalia Funcional en niños/as de 5 años a 8 años matriculados en primero, segundo y tercer año de básica en la escuela "Ciudad de Azogues", durante el periodo Febrero – Agosto 2012.

3.1.2 Objetivos específicos:

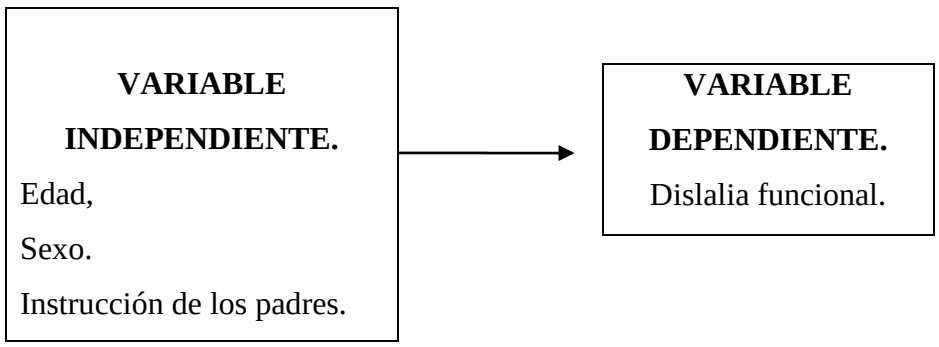
- Evaluar la dislalia funcional a los niños/as de 5 a 8 matriculados en primer a tercer año de básica en la escuela con el test T.A.R. reducido.
- Fomentar el test T.A.R. reducido como método de screening de la dislalia funcional.
- Determinar la asociación estadística de la dislalia funcional con la edad, sexo y nivel de instrucción de los padres.

3.2 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

3.2.1 Independientes: Edad, sexo e instrucción de los padres.

3.2.2 Dependientes: Dislalia funcional.

3.2.3 Relación empírica de las variables:



CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA.

4.1 Tipo de Estudio.

Se trata de un estudio trasversal de prevalencia realizando en la escuela "Ciudad de Azogues" en niños/as de 5 años a 8 años matriculados en primero, segundo y tercer año de educación básica.

4.2 Universo.

El universo es heterogéneo y finito ya que está constituido por los niños/as de 5 años a 8 años matriculados en primero, segundo y tercer año de básica de la escuela "Ciudad de Azogues".

4.3 Muestra.

Para el cálculo se consideró 113 estudiantes matriculados en la escuela "Ciudad de Azogues" en el año lectivo 2011 – 2012, comprendidos entre 5 años a 8 años.

Se calcula la muestra en el programa Epi-dat 4.1, con una de prevalencia proporcionada esperada de 17% y un intervalo de confianza del 95% con un índice de precisión del 5% siendo 75 estudiantes más un 20% de error esperado, 75 más 25 igual 100 estudiantes.

4.4 Muestreo.

El tamaño de la población es de 113 y el tamaño de la muestra es de 100.

Se realizó por muestreo aleatorio sistémico en Epi-dat 4.1. Dando resultado los siguientes números: 24- 94- 58- 76- 93- 47- 57- 72- 95- 34- 85- 40- 10-12- 11-3-107- 73- 62- 71- 66- 80- 38- 46- 2-28- 112- 96- 70- 100- 109- 22- 90- 61- 48-59- 32- 75- 21- 78- 56- 8- 54- 91- 33- 106- 5- 86- 35- 25- 9-67- 63- 16- 4- 50-51- 6- 29- 89- 69- 65- 110- 15- 20- 49- 68- 30- 36- 17- 88- 81- 83- 45- 103- 108-101- 7- 92- 37- 55- 102- 52-113- 53- 39- 23- 77- 13- 74- 60- 1- 26- 82- 43- 42-14- 87- 104- 111.

Posteriormente, se utilizó la lista de estudiantes de cada grado o curso por numeración.

4.5 Criterios de inclusión.

Participaron en esta investigación los niños/as que se encontraron matriculados en primer a tercer año de básica de la escuela.

Aquellos que tuvieron más de 5 años y menos de 8 años.

Niños que cuyos padres firmaron el consentimiento informado.

Niños que estuvieron matriculados en el año lectivo 2011-2012 y asistan regularmente a clases.

4.6 Criterios de exclusión.

Pacientes con enfermedades neurológicas u orgánicas que impidan la aplicación del test.

Aquellos que no desearon participar.

Niños/as que no asistieron a la evaluación y cuyos niños no presentaron el consentimiento informado.

4.7 Métodos y modelos de análisis de datos.

Se utilizó valor p para determinar asociación estadística entre la dislalia funcional y sexo, edad e instrucción de los padres. Los datos serán mostrados en tablas de tendencia central, media, mediana.

4.8 Plan de análisis y tabulación.

Para la tabulación de los datos se utilizó el programa SPSS versión 15.0 para Windows 7, Epi-dat, Epi-info y Microsoft Office Excel 2007. Para el análisis se utilizó estadísticas descriptiva y de asociación. Los resultados se entregan como porcentajes, medias, y desviación estándar. Para buscar la asociación estadística se utilizara la RP (razón de prevalencia) con un intervalo de confianza de un 95% y el Chi-cuadrado para buscar significancia estadística.

5. PRESUPUESTO.

MATERIALES.	PRECIO UNITARIO.	PRECIO TOTAL.
Empastado de Tesis.	25.00	100.00
Transporte.	90.00	270.00
Lápices.	2.00	6.00
Copias.	3.00	9.00
Hojas A4.	4.00	12.00
Impresiones.	10.00	30.00
TOTAL.	**134.00**	**402**

6. RECURSOS.

6.1 Directos:

Estudiantes: Stalin Calderón C.-Armando Quizhpi A.-Juan Medina V.

Director: Lcdo. Edgar Carvajal Flor.

Asesor: Dr. Santiago Ron.

6.2 Indirectos:

Profesores de primer a tercer año de básica de la escuela asignada.

Padres de familia y niños.

CAPÍTULO IV

7. RESULTADOS.

7.1 FASE DESCRIPTIVA.

7.1.1. Edad.

Tabla 1. Distribución de 100 estudiantes de la escuela “Ciudad de Azogues”, según la edad.

Edad en años.	Frecuencia.	Porcentaje.
5	26	26%
6	31	31%
7	37	37%
8	6	6%
Total	100	100%

$\bar{X}$= 6.23 años.
DS= 0.908.
Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: Los autores.

La tabla 1 muestra la distribución de los sujetos de estudio de acuerdo a la edad, los estudiantes de 7 años están con el 37%; en segundo lugar la edad de 6 años con el 31%; seguida de la edad de 5 años con el 26% y por último los estudiantes de la edad de 8 años con el 6%.

7.1.2 Sexo.

Tabla 2. Distribución de 100 estudiantes de la escuela “Ciudad de Azogues”, según el sexo.

Sexo.	Frecuencia.	Porcentaje.
Femenino.	52	52%
Masculino.	48	48%
Total.	100	100%

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: los autores.

La tabla 2 indica que el sexo el femenino esta con el 52%; mientras que el sexo masculino esta con el 48%.

7.1.3 Instrucción educativa de los padres.

Tabla 3. Distribución de 100 estudiantes de la escuela “Ciudad de Azogues”, según la instrucción educativa de los padres.

Instrucción educativa de los padres.	Frecuencia.	Porcentaje.
Ninguna.	5	5%
Primaria.	67	67%
Secundaria.	23	23%
Superior.	5	5%
Total.	100	100%

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: Los autores.

En la tabla 3 muestra que el 67% de los casos es de los padres cuya instrucción educativa es primaria; el 23% es secundaria; el 5% superior y con igual porcentaje los padres que no tienen instrucción educativa.

7.1.4 Dislalia.

Tabla 4. Distribución de 100 estudiantes de la escuela “Ciudad de Azogues”, según la prevalencia de la dislalia funcional.

Dislalia.	Frecuencia.	Porcentaje.
No.	64	64%
Si.	36	36%
Total.	100	100%

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: Los autores.

La prevalencia de la dislalia funcional en la población en estudio fue del 36%.

7.1.5 Dislalia funcional, fonemas alterados.

Tabla 5. Distribución de los fonemas alterados de los estudiantes que presentan dislalia funcional.

Fonema alterado.	Frecuencia.	Porcentaje.
Sigmatismo.	6	1.18%
Gammacismo.	18	3.56%
Jotacismo.	8	1.58%
Lambdacismo.	10	1.97%
Rotacismo.	17	3.36%
Yeyismo.	9	1.78%
Betacismo.	30	5.93%
Otentotismo.	0	0%
Deltacismo.	29	5.73%
Dífonos consonánticos.	36	7.12%
Dífonos vocálicos.	19	3.75%

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: Los autores.

La tabla 5 indica los fonemas alterados de los estudiantes que presentan dislalia funcional, el porcentaje más alto se presento en losdífonos consonánticos con el 7.12% de la población afectada, seguido del Betacismo con el 5.93%,elDeltacismo con el 5.73%, los difonos vocálicos con el 3.75%, el Gammacismo con el 3.56%, el Rotacismo con el 3.36%; los demás fonemas se presentaron con porcentajes bajos como el Lambdacismo con el 1.97%, el Yeyismo con el 1.78%, el Jotacismo con el 1.58%, el Sigmatismo con el 1.18%; también se observa en esta tabla que no se registran casos de Otentotismo.

7.2 FASE ANALITICA.

7.2.1 Edad, sexo e instrucción de los padres como factores de riesgo.

Tabla 6. Distribución de 100 estudiantes de la escuela “Ciudad de Azogues”, según la edad, sexo e instrucción de los padres como factores de riesgo para la dislalia funcional.

Factor de riesgo.	Dislalia.				Total.	RP (IC 95%).	Valor de p.
	Con dislalia.		Sin dislalia.				
	N.	%.	N.	%.			
Edad en años*.							
5	18	69,2	8	30,8	26	2.85 (1.77-4.58)	0.0000407
6	10	32,3	21	67,7	31	0.86 (0.47-1.55)	0.601
7	7	18,9	30	81,1	37	0.41 (0.20-0.84)	0.006
8	1	16,7	5	83,3	6	0.45 (0.07-2.73)	0.308
Sexo.**							
Masculino.	19	39,6	29	60,4	48	1.21 (0.72-2.04)	0.473
Femenino.	17	32,7	35	67,3	52	0.83 (0.49-1.39)	
Instrucción de los padres*.**							
Ninguna.	2	40	3	60	5	1.12 (0.37-3.389	0.84
Primaria.	28	41,8	39	58,2	67	1.72 (0.89-3.36)	0.08
Secundaria.	6	26,1	17	73,9	23	0.67 (0.32-1.41)	0.259
Superior.	0	0	5	100	5	Indeterminada	0.08

* Chi cuadrado= 18.309 GL=3
** Chi cuadrado=0.514 GL=1
*** Chi cuadrado= 4.803 GL=3
Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: Los autores.

La prevalencia de la dislalia funcional en la población en estudio fue del 36%.

La tabla 6 nos indica las relaciones existentes entre la edad y la presencia de dislalia funcional, observamos que la mayor prevalencia de la dislalia funcional se presentó en el grupo de estudiantes de 5 años con el 69.2%, se verifica que la tendencia de la dislalia funcional va disminuyendo a medida que aumenta la edad presentándose esto una relación inversamente proporcional, mientras que los estudiantes de 8 años presentan un prevalencia de dislalia funcional del16.7%; se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la dislalia funcional (chi cuadrado significativo);el factor de riesgo es la edad de 5 años esto aumentando el riesgo de dislalia en 2.85 veces (IC 95% 1.77-4.58) en comparación con los demás grupos de edad; además se encontró que la edad de 7 años se comporta como factor protector para la dislalia funcional en comparación con las otras edades con una razón de prevalencia del 0.41 (IC95% 0.20-0.84); en ambos casos con un valor de $p<0.05$. Las edades de 6 y 8 años no presentan tamaños efectos significativos para la dislalia funcional.

En el sexo masculino se encontró un porcentaje de dislalia funcional del 39.6% mientras que en el sexo femenino fue del 32.7%; estas diferencias no fueron estadísticamente significativas y no se encontró asociación entre el sexo y la dislalia funcional; tampoco ningún sexo se comportó como factor de riesgo o de protección para la dislalia funcional ($p>0.05$).

En la instrucción educativa con mayor porcentaje de la dislalia funcional fueron en los estudiantes cuyos padres poseen un nivel de instrucción primaria con el 41.8% de los casos; el 40% de estudiantes cuyos padres no tienen instrucción educativa; el 26.1% de estudiantes cuyos padres tienen un nivel de instrucción secundaria y no se presentaron casos de dislalia en hijos de padres con educación superior. Sin embargo ningunas de estas diferencias fueron estadísticamente significativas ya que ningún grado de instrucción de los padres se comportó como factor de riesgo o protector estadísticamente significativo para la dislalia funcional.

8. DISCUSIÓN.

Al estudiar la edad, sexo y la instrucción educativa de los padres como factor de riesgo de la dislalia funcional en escolares de 5 a 8 años, se encontró que la media de edad es de 6.23 años con un desvío estándar de 0.908 años, el sexo femenino fue el más prevalente con el 52% y la instrucción de los padres más prevalente fue el de la instrucción primaria con el 67%.

La prevalencia de la dislalia funcional se ubicó en el 36% de la población; al comparar esta prevalencia con estudios a nivel local se encuentran diferencias como con lo encontrado por Abril Valery y Christian Loja, 2010;estos autores realizaron un estudio descriptivo prospectivo para evaluar e intervenir logo pedagógicamente las dislalias funcionales en 440 niños y niñas, en esta población se encontraron una prevalencia de la dislalia funcional del 8.4%, este estudio es comparable con este estudio pues la herramienta utilizada para la detección de dislalia es la misma utilizada por nuestro estudio; la diferencia entre las prevalencias encontradas entre este estudio y el nuestro porcentualmente es grande lo que nos indica la variabilidad de las poblaciones regionales, otro estudio en la Ciudad de Cuenca llevado a cabo por Bermeo, 2011con una muestra de 409 niños y niñas de primero a séptimo de básica se encontró que el 6.6% de esta población presentó trastornos del habla, y de éstos el 5.9% presentó dislalia, estos estudios fueron realizados en escuelas públicas de la ciudad de Cuenca.

Se han hecho estudios de esta patología encontrando un 42% en niños de 4 a 6 años como se reporta en la ciudad de México. (Taboada 2011), en Cuba fue 24% (Simón Nitza 2008). En Buenos Aires fue 5.8% (Regatky 2008, y en Chile es el 13.9% (Schonhaut 2007), al comparar los resultados internacionales se observaran prevalencias mayores a la registrada en nuestra población.

Los fonemas alterados en los estudiantes que presentan dislalia funcional se encuentra que los dífonos consonánticos tienen un porcentaje del 7.12% de la población afectada, seguido del Betacismo con el 5.93%, el Deltacismo con el 5.73%, los dífonos vocálicos con el 3.75%, el Gammacismo con el 3.56%, el Rotacismo con el 3.36%; los demás fonemas se presentan con porcentajes bajos tal

es el caso del fonema Lambdacismo con el 1.97%, el Yeyismo con el 1.78%, el Jotacismo con el 1.58%, el Sigmatismo con el 1.18%; también observamos que no se presentan casos de Otentotismo. Al comparar nuestro estudio con el estudio de Bermeo, 201; se observa datos diferentes a los encontrados en nuestro estudio ya que esta autora encuentra el fonema alterado más frecuente fue el Rotacismo con el 13.2%, seguido del Sigmatismo con el 5.3%. Los resultados son diferentes a los encontrados en nuestro estudio ya que se aplicó un test diferente.

Al relacionar la edad de los estudiantes con la presencia de dislalia funcional se encuentra que la prevalencia de dislalia funcional disminuye con la edad ya que los estudiantes de 5 años presentan una prevalencia del 69.2% y va disminuyendo hasta llegar al 16.7% en estudiantes de 8 años; si comparamos nuestro estudio con el estudio de Bermeo, 2001; encontramos resultados similares al nuestro estudio ya que esta autora encontró una prevalencia del 44.7% en niños menores y progresivamente va disminuyendo hasta llegar a un 0% en edades superiores.

Ríos, 1999; realizó un estudio con 200 alumnos entre 5 y 14 años, encontrando que la dislalia es más prevalente en edades menores, dato similar es encontrado en nuestro estudio; sin embargo no se determina el tamaño del efecto.

El sexo masculino fue el más afectado por la presencia de dislalia funcional en comparación con el sexo femenino (39.6% vs 32.7%); Barrena, 2006 determinó que los resultados de las experiencias y las estadísticas demuestran que se da una mayor incidencia de dislalias en el sexo masculino que en el femenino; dato similar encontrado en nuestra población. Bermeo, 2011 corrobora lo encontrado en nuestro estudio pues encontró que el sexo masculino se vio más afectado con el 6.9% que el femenino con el 4.7% de dislalia funcional.

La mayor prevalencia de dislalia funcional se presentó en estudiantes cuyos padres poseen un nivel de educación primaria con el 41.8%; el 40% de los estudiantes cuyos padres no tienen instrucción educativa presentan dislalia; el 26.1% son para los estudiantes cuyos padres tienen un nivel de instrucción secundaria y no se presentaron casos de dislalia en hijos de padres con educación superior. Sin embargo ningunas de estas diferencias fueron estadísticamente significativas ya que

ningún grado de instrucción educativa de los padres se comportó como factor de riesgo o protector estadísticamente significativo para la dislalia funcional. No se encontraron estudios que señalen la posible relación entre el grado de instrucción educativa de los padres y la presencia de la dislalia funcional.

El porcentaje de niños detectados con dislalia funcional en nuestra población es alto, por lo tanto surge la necesidad de concientizar a padres, docentes y directivos de las escuelas, y profesionales de la salud sobre la importancia que cobra la detección y el tratamiento oportuno de dislalias, a fin de evitar posibles consecuencias en el desarrollo integral del niño.

CAPÍTULO V

9. CONCLUSIONES.

- La prevalencia de la dislalia funcional fue del 36% en estudiantes de primer a tercer año de básica aplicando el test T.A.R. reducido.
- El test T.A.R. reducido para la detección de dislalia parece ser una herramienta imprescindible.
- La edad más afectada fue la de 5 años, la dislalia funcional disminuye con la edad, es más prevalente en el sexo masculino y en hijos de padres que tienen una instrucción educativa primaria.
- La edad se asoció a la dislalia funcional, la edad de 5 años aumenta el riesgo de dislalia funcional.
- El sexo y la instrucción de los padres no presentaron asociación con dislalia funcional.
- La alteración de los fonemas de la dislalia funcional con mayor porcentaje fueron los dífonos consonánticos.

10. RECOMENDACIONES.

- Es necesario emprender tareas de detección temprana para la dislalia funcional, este estudio proporciona una línea de base en esta población para posteriores intervenciones.
- El test T.A.R. reducido es una herramienta que debería ser utilizada de manera rutinaria para el screening de dislalia en instituciones educativas.
- Se debe continuar con estudios para determinar otros factores de riesgo para dislalia funcional, se evidenció una baja cantidad de este tipo de estudios lo que revela el poco abordaje que se da al tema.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Abril Novillo Valery Alexandra, Loja Chumbay Cristhian Joffre. Evaluación e intervención logopédica de dislalias funcionales en niños y niñas de primero a tercer año de educación básica en las escuelas Francisca Dávila de Muñoz, Ezequiel Crespo Cuenca. Octubre 2009 a Marzo 2010. Tesis 2010.

2. Alonso Patricia. Proceso de Evaluación de las dislalias funcionales. Revista Arista Digital. Berriozar. ISSN 2172-4202. Enero 2011. Disponible en: http://www.afapna.es/web/aristadigital/archivos_revista/2011_enero_51.pdf.

3. Babysitters. Fonoaudiología. Página Digital 2004. Disponible en: http://www.babysitters.cl/fonoaudiologa.htm.

4. Barrena J. La dislalia. Marco conceptual, evaluación e intervención en el centro educativo. 2006. Disponible en: http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=1137.

5. Bermeo Salazar Alexandra. Determinar la eficacia del plan de intervención lopedica en los trastornos del habla, en los niños y niñas de la escuela “Luis Cordero Bravo” que pertenece al área de salud Nº 2 de la ciudad de Cuenca, periodo Julio 2010 a Enero 2011. Tesis 2011.

6. Bianchini Villanueva Pía; Fernández Gallardo María Angélica; Lizana Sánchez Maria Loreto; Palomino Hernán M. Procesos de simplificación fonológica en niños con fisura labiovelopalatina intervenidos quirúrgicamente. Rev. CEFAC, São Paulo. Santiago-Chile 2010. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/05-10.pdf.

7. Bolte Lilian, Rojas Pamela. Trastornos del habla y del lenguaje infantil: ¿Cómo los abordamo?. Web blog. 2010. Disponible en: http://debymigue.blogspot.com/2010/07/trastornos-del-habla-y-del-lenguaje.html.

8. Busto M. “Reeducación del habla y del lenguaje en el paralítico cerebral”. Madrid 1984. Editorial S.A. Impresa. Pág. 30.

9. Cervera José Fco; Ygual Amparo. Evaluación e intervención en niños con trastornos fonológicos y riesgo de dificultad de aprendizaje de la lectura y escritura. Valencia-España 2001. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionlogo/trastornos_fonologicos_y_aprendizaje.pdf.

10. Céspedes Cristina. Trastornos del lenguaje oral. Rev Digital Innovación y Experiencias Educativas. Granada. Enero 2011. ISSN 1988-6047. Disponible en: http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_38/CRISTINA_CESPEDES_2.pdf.

11. Conadis, Infa. Situaciones de las personas con discapacidades en el Ecuador 1996. Disponible en: http://www.conadis.gob.ec/images/g02_tipodeficienciamenores5.jpg.

12. Félix Castañeda Pablo. El Lenguaje Verbal del Niño. Perú 1999. Edición Fondo Editorial de la UNMSM. ISBN. 9972-46-073-8. Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=rPFgXp_iU4gC&pg=PA283&lpg=PA283&dq=Si+los+efectos+de+estas+experiencias+negativas+son+bastante+traumatizantes,&source=bl&ots=tlq0bVfOMd&sig=gGrCusdoTyRBLSI4nI7k7e9MSUM&hl=es&sa=X&ei=mfxLT8n_NIGygwekg5ygDg&ved=0CCUQ6AEwAQ#v=onepage&q=Si%20los%20efectos%20de%20estas%20experiencias%20negativas%20son%20bastante%20traumatizantes%2C&f=false.

13. García Cynthia. La Dislalia. Educación especial. Rev Digital Innovación y Experiencia Educativas. ISSN 1988-6047. Dep. Legal: Granada- España. Diciembre 2008. Disponible en: http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_13/CYNTHIA_GARCIA_2.pdf.

14. Gobierno de Chile. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro. Guía Clínica 2005. Disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/hipoacusia_prematuro.pdf.

15. La Salle- La Reina. Evaluaciones Externas. Chile 2011. Ppt. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=numeros%20de%20ni%C3%B1os%20evaluados%20con%20el%20test%20de%20articulacion%20a%20la%20repeticion%202008&source=web&cd=35&ved=0CDsQFjAEOB4&url=http%3A%2F%2Fwww.lasalle-lareina.cl%2Fdownload%2Finforme2011%2Fpresentacion.pps&ei=I1AOT5CBEoTAtgfP3tGgAg&usg=AFQjCNGD6v2cO6XMxnGnxpnJJ9VB2EtrQ&sig2=B5mWASeOFRankmZkvr7jgg.

16. Ladrón Alfonso. Psicopatología Infantil. Madrid 2011. Cede. Disponible en: http://www.pir.es/temas_muestra_2011/03.INFANTIL.pdf.

17. Maggiolo Landaeta Mariangela. Habilidades de procesamiento auditivo en niños con trastorno específico del lenguaje de 4 a 4 años 11 meses. Santiago-Chile 2005. Disponible en: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/ampuero_m/sources/ampuero_m.pdf.

18. Moreno Juan, Mateos María. Estudio sobre la interrelación entre la dislalia y la personalidad del niño . Revista científica E-revistas. España 2005. Disponible en: http://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai:www.investigacionpsicopedagogica.org/revista:7457&oai_iden=oai_revista92.

19. PavezMaria Mercedes. Desarrollo fonológico en niños de 3 a 6 años: incidencia de la edad, el género y el nivel socioeconómico. Concepción-Chile 2009. ISSN 0033-698X. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rla/v47n2/ART_06.pdf.

20. Peña, Casanova Jordi “Manual de logopedia”. 3º edición. Barcelona. Edit.Masson.2006. Pág. 1.

21. Regatky Natalia, Lamy Patricia, Salamanco Graciela. Evaluación preescolar. Una experiencia en el consultorio de seguimiento longitudinal del niño y la familia. Revista hospital del niño Ricardo Gutiérrez. Edision numero 277. Junio del 2008. Disponible en: http://www.revistahnrg.com.ar/contenido.asp?con=191&edicion=227.

22. Ríos V. Estudio descriptivo sobre la prevalencia de dislalias en alumnos de 1ero a 7mo año Escuela Número 1, "Melchor Echagüe", San Nicolás, 1999. Disponible en: http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=248514&indexSearch=ID.

23. Rivera Cristina. Intervención con alumnos que presentan dislalias. Rev digital Innovación y experiencias Educativas. Granada 2009. ISSN 1988-6047. Disponible en: http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_14/CRISTINA_RIVERA_2.pdf.

24. Rodríguez Elisabeth. Alumnos/as con dislalia: Evaluación e Intervención. Rev Digital “Reflexiones y Experiencias Innovadoras en el Aula”. Granada. 2010. ISSN 1989-2152. Disponible en: http://www.didacta21.com/documentos/revista/Octubre10_Rodriguez_Cuello_Elisabeth.rpdf.

25. Ruiz Mezcua Belén. La voz y su espectro. Madrid 2005. Disponible en: http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.net/r43573/es/contenidos/informacion/dia6_sigma/es_sigma/adjuntos/sigma_27/11_la_voz.pdf.

26. Ruiz Javier. Estimulación del lenguaje oral en educación infantil. Rev Digital “Practica Docente”. Numero 3. Cep de Granada. Julio-Septiembre 2006- ISSN 1885-6667. Disponible en: http://www.cepgranada.org/~jmedina/articulos/n3_06/n3_06_19.pdf.

27. Salvador Mora Carolina Tania. Relación de los factores psicosociales con déficit sensorial en niños de edad preescolar en familias disfuncionales en zonas urbanas y rurales en Quito. Año 2008. Disponible en: http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/370/1/89990.pdf.

28. Schonhaut Luisa, Maggiolo Mariangela., De Barbieri Zulema, Rojas Paulina, Salgado Ana María. Dificultades de lenguaje en preescolares: Concordancia

entre el test TEPSI y la evaluación fonoaudiológica. Revista Chilena de Pediatría. ISSN 0370-4106. Agosto 2007. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062007000400004.

29. Schwalm Edith. Prueba de articulación a la repetición reducido. Scribd 2005. Disponible en: http://es.scribd.com/doc/54482589/TAR-Reducido.

30. Scribd. Test de articulación a la repeticon (TAR). Chile. 2011. Disponible en: http://es.scribd.com/doc/59461070/TEST-DE-ARTICULACION-A-LA-REPETICION-1.

31. Serrano Gonzales Mila. Estimulación del lenguaje oral en educación infantil. Rev Digital "Investigación y Educación". Numero 22. 2006. ISSN 1696-7208. Disponible en: http://orientacionandujar.files.wordpress.com/2010/05/estimulacion-del-leguaje-oral-en-infantil-mila-serrano.pdf.

32. Simón Nitza y Pichel Vanja. Estudio Clínico-Epidemiológico y Logo foniátrico de niños operados por Fisura labio palatina. Revista digital. Año 2008 Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/tesis_logopedia_de_vanja_.pdf.

33. Toboada Olga, Torres Anabel, Cazares Claudia, Orozco Leticia. Prevalencia de maloclusiones y trastornos del habla en una población preescolar de oriente de la Ciudad de México. Editores Nieto. Volumen 68, Numero 6. Noviembre y diciembre 2011. Disponible en: http://www.nietoeditores.com.mx/boletin-medico-del-hospital-infantil-de-mexico/379-boletin-medico-del-hospital-infantil-de-mexico/4355-prevalencia-de-maloclusiones-y-trastornos-del-habla-en-una-poblacion-preescolar-del-oriente-de-la-ciudad-de-mexico.html.

34. Villanueva Pía; Loreto Lizana María; Huber Hinrich; Morán Daniel; Fernández María Angélica; Palomino Hernán M. Modificaciones en la articulación de fones en pacientes con aparato ortodóncico fijo lingual. Revista CEFAC, Vol. 9, Núm.

4, octubre-diciembre, 2007, pp. 483-489. Instituto Cefac Brasil 2007. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1693/169313373008.pdf.

35. Villanueva Pía; Morán Daniel; Loreto LizanaMaria; Palomino Hernán M. Articulación de fones en individuos clase esqueletal I, II y III. Rev. CEFAC vol.11 no.3 São Paulo July/Sept. 2009. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000300009.

12. ANEXOS.

12.1 Consentimiento informado.

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 nos es grato informarle que se llevará a cabo un estudio sobre la prevalencia de la dislalia funcional en niños/as, de la escuela “Ciudad de Azogues”. Esta investigación consiste en la aplicación de un test de evaluación de los problemas articulatorios T.A.R (reducido).

Ya que los niños/as en etapa escolar son especialmente vulnerables a padecer estos trastornos en el desarrollo del habla y en muchos casos pueden traer problemas de aprendizaje e incluso de socialización.

Dentro de este contexto pensamos que la evaluación del habla del niño para detectar problemas de Dislalia ayudará para dar mayor información de las necesidades de aquellos niños tanto a la institución como a los padres de familia.

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 T.A.R. para detectar posibles casos de Dislalias.

El 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.

12.2 Formulario para la recolección de datos.

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA.

FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

GRADO Y PARALELO: NOMBRE/REPRESENTANTE Y TELÉFONO:

_____ _____

1. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS: ☐

2. SEXO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐

3. INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES:

PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ SUPERIOR ☐

NINGUNA ☐

4. ERRORES ARTICULATORIOS:

Sigmatismo ☐

Gammacismo ☐

Jotacismo ☐

Lambdacismo ☐

Rotacismo ☐

Yeyísmo ☐

Betacismo ☐

Deltacismo ☐

Difonos vocálicos ☐

Difonos consonánticos ☐

Otentotismo ☐

12.3. Test de articulación a la repetición (reducido).

TEST DE ARTICULACIÓN A LA REPETICIÓN (Reducido).

Nombre: _____**Edad**: _____

Fecha del examen: _____ **Examinador:** _____

Fonemas:

/b/	Bote	Cabeza	Nube	Objeto
/p/	Pato	Zapato	Copa	Apto
/m/	Mano	Camisa	Suma	Campo

/f/	Foca	Búfalo	Café	Aftosa

/d/	Dama	Cadena	Codo	Pared
/t/	Tapa	Botella	Mata	Etna

/s/	Sapo	Cocina	Tasa	Pasto
/n/	Nido	Panera	Maní	Canto
/l/	Luna	Caluga	Pala	Dulce
/r/	Rosa	Marino	Pera	Corto
/rr/		Carreta	Perro	

/y/	Llave	Payaso	Malla	
/ñ/	Ñato	Puñete	Caña	
/c/	Chala	Lechuga	Noche	

/k/	Casa	Paquete	Taco	Acto
/g/	Gato	Laguna	Jugo	Signo
/x/	José	Tejido	Caja	Reloj

Difonos Vocálicos:

Piano	Violín	Diuca	Fui
Vaina	Auto		

Difonos Consonánticos:

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

Poli silábicas:

Carabinero	Ametralladora
Panadería	Helicóptero
Caperucita	Bicicleta

Oraciones:

El perro salta:_____

La niña rubia come:_____

Ana fue al jardín con su gatito:_____

La guagua lloraba porque tenía hambre:_____

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

_____

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

_____

Observaciones:_____

_____

Conclusiones: _____

_____

_____

Firma del examinador.

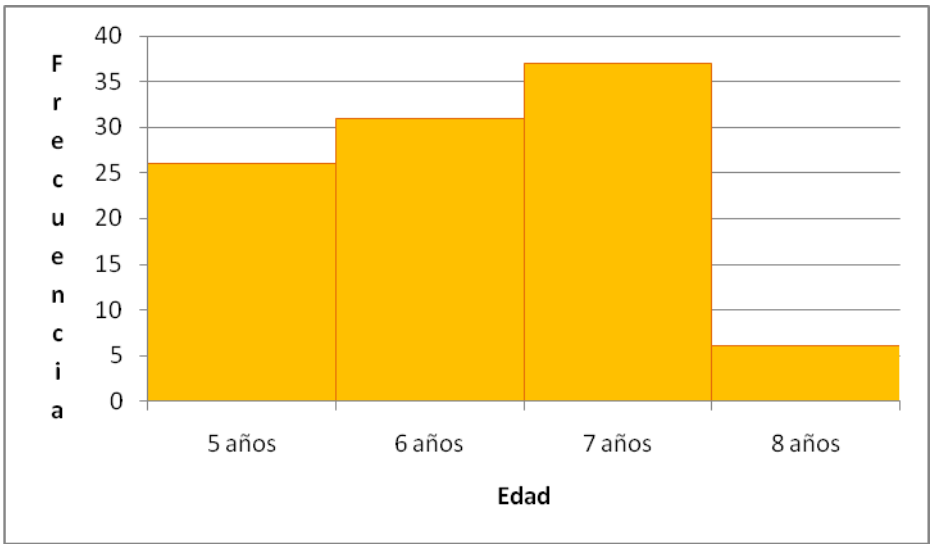
12.4 Operacionalización de variables.

NOMBRE DE LA VARIABLE.	CONCEPTO.	DIMENSIÓN.	INDICADOR.	ESCALA.
Edad.	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació, hasta la actualidad.	Años.	Años.	5años 6 años. 7 años. 8 años.
Sexo.	Conjunto de caracteres que diferencian a los varones de las mujeres en los organismos. heterogaméticos.	Masculino. Femenino.	Masculino. Femenino.	Masculino. Femenino.
Instrucción de los padres.	Nivel académico alcanzado por los padres.	Años de educación.	Primaria. Secundaria. Superior. Ninguna.	Primaria. Secundaria. Superior. Ninguna.

Dislalia Funcional.	Trastorno en la articulación de los fonemas, o bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por la sustitución de éstos por otros de forma improcedente.	Dislalia Funcional.	Fonemas alterados.	Sigmatismo: (s). Gammacismo:(g, k, q). Jotacismo: (x). Lambdacismo: (l). Rotacismo:(r, rr). Deltacismo: (d, t). Betacismo: (b,p,). Yeísmo: (y, ll). Dífonos vocálicos: (ia-io-iu-ui-ai-au). Dífonos consonánticos: (bl-cl-fl-gl-pl-tl-br-fr-dr-cr-pr-gr-tr). Otentotismo: (alteración de la mayoría de los fonemas).	Error: s. Errores: g-k-q. Error: x. Error: l. Error: r-rr. Error: d-t. Error:b-p. Error: y-ll. Error: ia-io-iu-ui-ai-au. Error: bl-cl-fl-gl-pl-tl-br-fr-dr-cr-pr-gr-tr. Error: todos los fonemas.

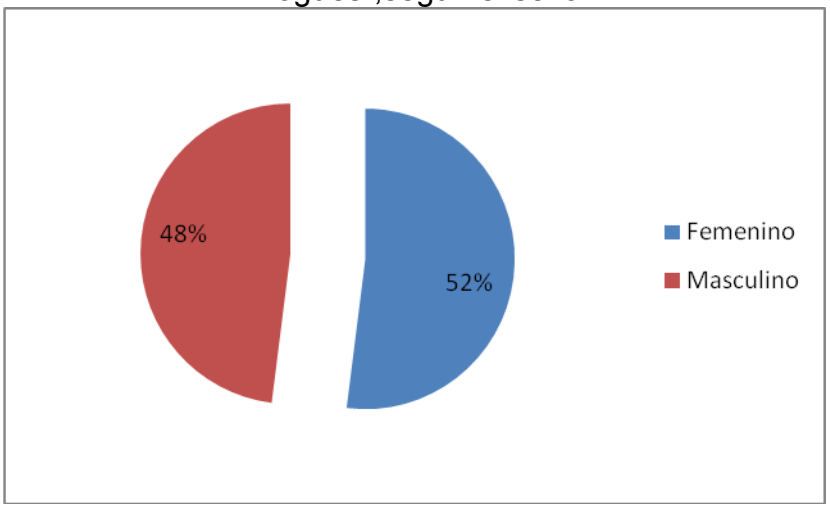
13. Gráficos complementarios.

Gráfico 1. Distribución de 100 estudiantes de la escuela “Ciudad de Azogues”, según la edad.



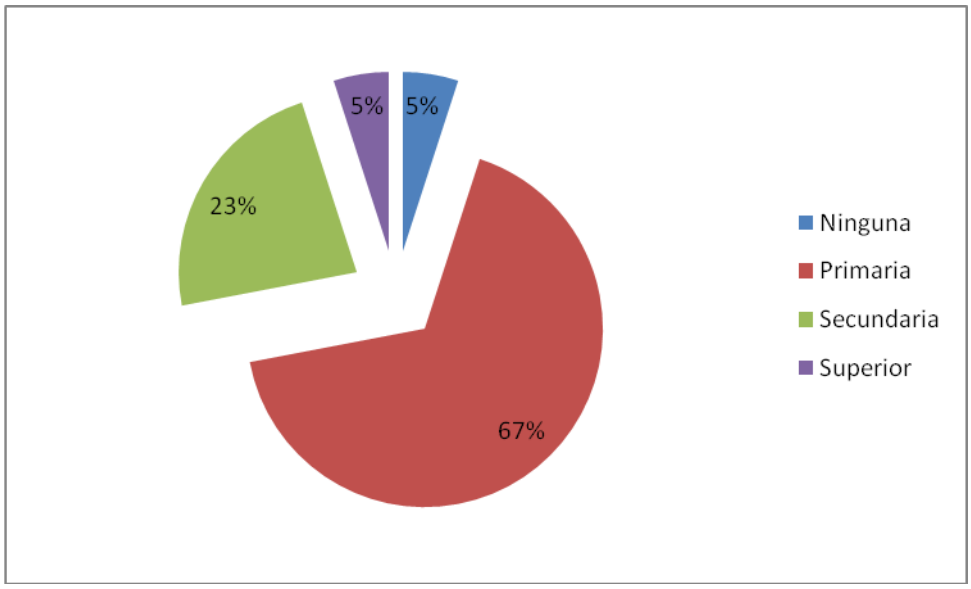
Fuente: Datos de Tabla 1.
Realizado por: Los autores.

Gráfico 2. Distribución de 100 estudiantes de la escuela “Ciudad de Azogues”,según el sexo.



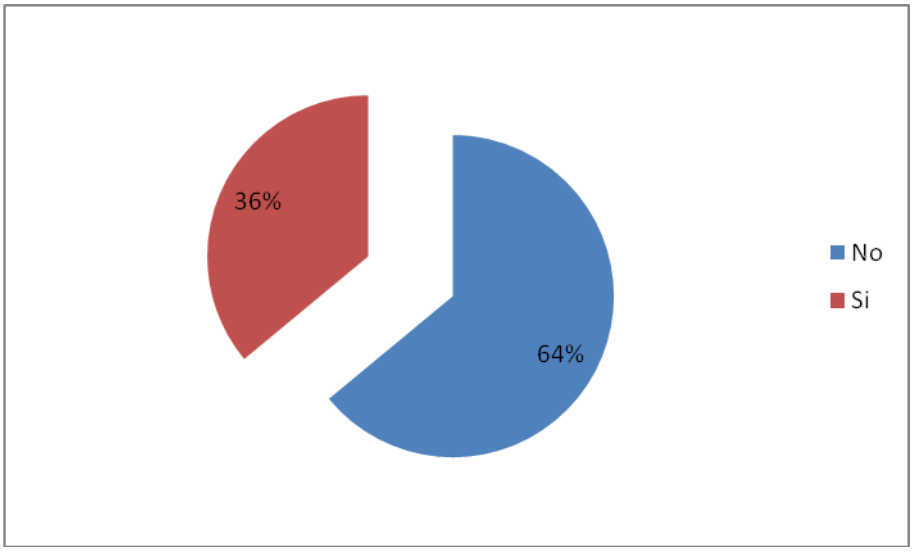
Fuente: Datos de Tabla 2
Realizado por: Los autores.

Gráfico 3. Distribución de 100 estudiantes de la escuela “Ciudad de Azogues”, según la instrucción educativa de los padres.



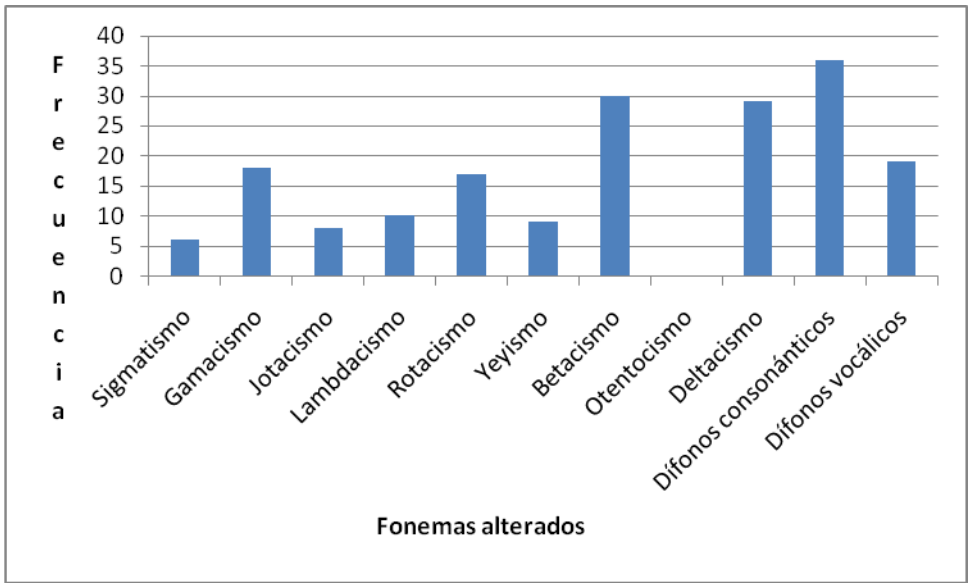
Fuente: Datos de Tabla 3
Realizado por: Los autores.

Gráfico 4. Distribución de 100 estudiantes de la escuela “Ciudad de Azogues”, prevalencia de la dislalia funcional.



Fuente: Datos de Tabla 4
Realizado por: Los autores.

Gráfico 5. Distribución de los fonemas alterados de los niños que presentan dislalia funcional.



Fuente: Datos de Tabla 5
Realizado por: Los autores.