



RESUMEN

La presente investigación utilizó un estudio descriptivo, prospectivo con intervención logopédica.

El objetivo general fue evaluar e intervenir logopédicamente los trastornos del habla en niños/as de 5 a 7 años en la escuela rural "MANUEL GUERRERO" de la parroquia el Valle y en la escuela rural mixta "JOEL MONROY" de la parroquia Baños de la provincia del Azuay. Periodo 2011-2012.

Para la evaluación se aplicó los test de Articulación, Mecanismo Oral Periférico (M.O.P) y de Disfemia, con los siguientes resultados: En dislalia los trastornos más frecuentes fueron: Sílabas inversas con el 40,4%, Dífonos con (L) con el 32,7%, Yeyismo con el 32,5% y Gamacismo se presentó sólo con el 1,1%; las Disglosias más frecuentes fueron: Palatal con un 29,7%, Velar con un 8,1%, Dental con un 6,8% y Lingual con un 2,7%; Disfemia con el 1,4%. No se observó ningún caso de disartria.

Luego de la intervención logopédica se obtuvieron los siguientes resultados: Dislalia: en Sílabas inversas hubo un descenso del 40,4% al 10,4%, en Dífonos con (L) del 32,7% al 2,7% y en Yeyismo del 32,5% al 8,1%, sin embargo en el Rotacismo se obtuvo sólo una disminución del 23,7% al 11,4%; Disglosia: en la Dental hubo un descenso del 6,8% al 1,2%, mientras que en los otros tipos de Disglosia no existió ninguna mejoría, debido a que presentaban: anquiloglosia, paladar ojival, úvula pequeña, bífida o ausencia de la misma; Disfemia: se mantuvo la patología en el niño, pero cabe recalcar que integró técnicas, que le ayudaron a mejorar su fluidez.

PALABRAS CLAVES: ALTERACIONES DEL HABLA, INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA

DeCS: TRASTORNOS DEL HABLA-EPIDEMIOLOGÍA; LOGOTERAPIA-MÉTODOS; LOGOTERAPIA-ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; PRUEBAS DE ARTICULACIÓN DEL HABLA-UTILIZACIÓN; NIÑO; ESTUDIANTES-ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; ZONAS RURALES, AZUAY-ECUADOR.

**INDICE**

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	12
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
MARCO TEÓRICO	16
ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LOS ÓRGANOS QUE INTERVIENEN EN LA ARTICULACIÓN DEL HABLA.	16
DISLALIA	22
Definición	22
CLASIFICACIÓN.....	22
ETIOLOGÍA.....	23
SINTOMATOLOGÍA.....	24
DIAGNÓSTICO	24
INFLUENCIA DEL LENGUAJE EN EL APRENDIZAJE ESCOLAR	28
TRATAMIENTO.....	32
PREVENCIÓN.....	39
DISFEMIA	40
CONCEPTO.....	40
DESARROLLO DEL TRASTORNO	41
ETIOLOGÍA.....	42
CLASIFICACIÓN.....	43
CARACTERÍSTICAS.....	44
SINTOMATOLOGÍA.....	45
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	46
TRATAMIENTO.....	49
DISGLOSIA	53
Embriología y anatomía de los órganos articulatorios.....	53
ETIOLOGÍA.....	62
CLASIFICACIÓN.....	63
CONSECUENCIAS	77
TRATAMIENTO.....	77
DISARTRIA	81
MORFOLOGÍA.....	83
SEMIOLOGÍA.....	87



ETIOLOGÍA.....	93
CLASIFICACIÓN.....	94
TRATAMIENTO.....	100
OBJETIVOS	107
OBJETIVO GENERAL	107
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	107
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	107
Tipo y diseño general del estudio.....	107
UNIVERSO Y MUESTRA.....	107
Criterios de inclusión	108
Criterios de exclusión	108
MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	108
CUADRO DE ACTIVIDADES	112
RESULTADOS ESTADÍSTICOS.....	113
CONCLUSIONES.....	129
RECOMENDACIONES	131
BIBLIOGRAFÍA:.....	132
ANEXOS.....	134
GLOSARIO.....	148



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Sandra Magaly Lima Lucero, autora de la tesis "EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICAMENTE LOS TRASTORNOS DEL HABLA EN NIÑOS/AS DE 5 A 7 AÑOS EN LA ESCUELA RURAL "MANUEL GUERRERO" DE LA PARROQUIA EL VALLE Y EN LA ESCUELA RURAL MIXTA "JOEL MONROY" DE LA PARROQUIA BAÑOS DE LA PROVINCIA DEL AZUAY. PERIODO ABRIL - OCTUBRE 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 hiciera de este trabajo, no implicará afeción alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Enero de 2013

Sandra Magaly Lima Lucero

C.I.: 010582734-9

AUTORAS: LOURDES MARIBEL PILLAJO CRIOLLO y SANDRA MAGALY LIMA LUCERO



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Lourdes Maribel Pillajo Criollo, autora de la tesis "EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICAMENTE LOS TRASTORNOS DEL HABLA EN NIÑOS/AS DE 5 A 7 AÑOS EN LA ESCUELA RURAL "MANUEL GUERRERO" DE LA PARROQUIA EL VALLE Y EN LA ESCUELA RURAL MIXTA "JOEL MONROY" DE LA PARROQUIA BAÑOS DE LA PROVINCIA DEL AZUAY. PERIODO ABRIL - OCTUBRE 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 autora.

Cuenca, Enero de 2013

Lourdes Maribel Pillajo Criollo

C.I.: 010459803-2

AUTORAS: LOURDES MARIBEL PILLAJO CRIOLLO y SANDRA MAGALY LIMA LUCERO



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Sandra Magaly Lima Lucero, autora de la tesis "EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICAMENTE LOS TRASTORNOS DEL HABLA EN NIÑOS/AS DE 5 A 7 AÑOS EN LA ESCUELA RURAL "MANUEL GUERRERO" DE LA PARROQUIA EL VALLE Y EN LA ESCUELA RURAL MIXTA "JOEL MONROY" DE LA PARROQUIA BAÑOS DE LA PROVINCIA DEL AZUAY. PERIODO ABRIL - OCTUBRE 2012", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Enero de 2013

Sandra Magaly Lima Lucero

C.I.: 010582734-9

AUTORAS: LOURDES MARIBEL PILLAJO CRIOLLO y SANDRA MAGALY LIMA LUCERO



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Lourdes Maribel Pillajo Criollo, autora de la tesis "EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICAMENTE LOS TRASTORNOS DEL HABLA EN NIÑOS/AS DE 5 A 7 AÑOS EN LA ESCUELA RURAL "MANUEL GUERRERO" DE LA PARROQUIA EL VALLE Y EN LA ESCUELA RURAL MIXTA "JOEL MONROY" DE LA PARROQUIA BAÑOS DE LA PROVINCIA DEL AZUAY. PERIODO ABRIL - OCTUBRE 2012", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Enero de 2013

Lourdes Maribel Pillajo Criollo

C.I.: 010459803-2

AUTORAS: LOURDES MARIBEL PILLAJO CRIOLLO y SANDRA MAGALY LIMA LUCERO



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

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA DE LOS TRASTORNOS DEL
HABLA EN NIÑOS/AS DE 5 A 7 AÑOS EN LA ESCUELA RURAL “MANUEL
GUERRERO” DE LA PARROQUIA EL VALLE Y EN LA ESCUELA RURAL MIXTA
“JOEL MONROY” DE LA PARROQUIA BAÑOS DE LA PROVINCIA DEL AZUAY.**

PERIODO

ABRIL 2011- OCTUBRE 2012

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN
FONOAUDIOLÓGIA.**

AUTORAS: SANDRA MAGALY LIMA LUCERO

LOURDES MARIBEL PILLAJO CRIOLLO

DIRECTOR: LCDO. EDGAR CARVAJAL FLOR

ASESOR: DR. HUGO CAÑAR L.

CUENCA-ECUADOR

2013



DEDICATORIA

Éste triunfo va dedicado a Dios porque me lo ha dado todo: a mis padres Rosita e Iván, a mi esposo Lizandro y a mi hija Jossy, a mis hermanos y cuñado, a los cuales los lleno de sabiduría, paciencia y amor, para apoyarme durante todo éste tiempo, ya que eso me ayudo a alcanzar la meta que ahora estoy cumpliendo.

Gracias a toda mi familia, los quiero,

Lourdes Pillajo Criollo.



DEDICATORIA

A mis padres Luis y Lucia, por darme la vida y por enseñarme el camino.

A María Magdalena por acompañarme y ayudarme a transitarlo.

A mi hija Melany, por lo que me enseña cada día.

A Juan, por apoyarme en cada momento.

A mis hermanos Henry y Luis, por estar siempre ahí.

A ellos, porque son mi inspiración y mi guía.

Sandra Lima Lucero



AGRADECIMIENTO

Esta tesis es el fruto de nuestra carrera académica y de nuestras investigaciones en el campo de los trastornos del habla a nivel rural.

A lo largo de esta etapa en nuestras vidas, numerosas personas nos han prestado su apoyo y nos han animado a continuar: amigos y familiares; de hecho son tantas personas que nos resulta imposible nombrarlas a todas. No obstante, nos gustaría dar las gracias en especial a Dios, al Licenciado Edgar Carvajal Flor y al Doctor Hugo Cañar, por su ayuda y consejos.

Gracias a todos nuestros maestros y compañeros, por las enseñanzas y experiencias que hoy son parte de nuestras vidas y por todas las anécdotas que quedarán por siempre grabadas en nuestra mente y corazón.

LAS AUTORAS



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del habla, comprende cuatro patologías importantes: Dislalia (Trastorno de la articulación del habla debido a una función anómala de los órganos periféricos activos que intervienen en el habla), Disfemia (Trastorno del ritmo y elides del habla), Disglosia (Trastorno de la articulación del habla, debido a una alteración anatómica y funcional de los órganos periféricos activos y pasivos que intervienen en el habla.) y Disartria (trastorno de la articulación del habla asociado a un daño neurológico).

Las dificultades articulatorias acarrear problemas sociales en las que el niño es sujeto a burlas de las personas que le rodean, a más de las grandes dificultades en el proceso de aprendizaje escolar, donde se puede notar que su escritura y lectura está acorde a su manera de hablar.

De ahí la importancia del tratamiento fonoaudiológico precoz, formando un equipo multidisciplinario donde sean incluidos sus padres que son los principales desencadenantes de estas patologías a través del exceso de la sobreprotección, mimos, y permisibilidad, lo que permite que el niño no madure su lenguaje expresivo y quede estancado en etapas inferiores en relación con su edad cronológica.

“Se demostró que los trastornos del habla pueden afectar al conjunto del desarrollo motor y sensorial del niño. Incluso tras años de tratamiento terapéutico, la mayoría de los niños aun muestran déficits notables, como dificultades con la ortografía, problemas del desarrollo de la memoria de acontecimientos cercanos y del manejo de las estructuras de la oración. En la mayoría de los casos se producen además limitaciones motrices.”

“De acuerdo con el Instituto Nacional de la Sordera y Otros Trastornos de la Comunicación (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders - NIDCD), en los Estados Unidos hay entre 6 y 8 millones de personas con algún tipo de trastorno del lenguaje.”



“Un estudio realizado en la ciudad de Cuenca en el año 2001, nos indica que de 2368 alumnos estudiados, 289 niños presentaron algún tipo de trastorno en el habla. Siendo la patología más frecuente: la dislalia (96.15%), siguiéndole la disfemia (2.76%), disglosias (1.09%), y por último la disartria (0%), justifica la ausencia de esta patología, debido a que estos casos se observa mas en instituciones de educación especial.

Los trastornos del habla en especial la dislalia se presenta con mas frecuencia en los varones con el 63.73%, que en las mujeres 36.36% siendo más evidente en la etapa escolar puesto que pueden asociarse a dificultades en el proceso del aprendizaje, provocando un rendimiento escolar deficiente, trastornos en la esfera conductual y emocional”.

Los principales factores de riesgo que existen para los trastornos del habla son múltiples, especialmente los conductuales desencadenados del medio ambiente familiar, así como también puede deberse a factores orgánicos.



JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Preocupadas por el alto índice de alteraciones del habla en los niños de la zona urbana, especialmente en los primeros años de educación básica, hemos creído importante realizar un estudio fonoaudiológico en el sector rural, que permita investigar las diversas patologías del habla y su grado de afección, que estén dificultando el aprendizaje escolar y su rehabilitación.

Es importante destacar que estos trastornos del habla nunca vienen solos, siempre están ligados a otros factores como: maltrato infantil, falta de autoridad en el hogar, sobreprotección, hogares disfuncionales, etc., por lo que es sumamente importante la integración de los padres en todo este proceso de rehabilitación fonoaudiológica.

La alteración del sistema fonoarticulatorio de los niños y niñas, acarrea como consecuencia una incorrecta articulación de las palabras, siendo éste, un problema que afecta integralmente al niño y que muchas veces pasan desapercibidos, por lo que es importante realizar la detección y diagnóstico temprano para poder encaminar el oportuno y adecuado tratamiento, que permitirá mejorar la calidad de vida de los menores y prevenir los futuros problemas en el aprendizaje escolar.

Estas patologías del habla en muchas ocasiones son consideradas normales en el sector rural, ignorando las consecuencias que traen consigo éstos trastornos del habla.

En la zona urbana es notorio la falta de profesionales en el área, y no se diga aún a nivel rural, lo que a permitido que los niños con patologías del habla perdure por muchos años, e incluso fijen a nivel cerebral patrones articulatorios del habla patológicos, lo que a la postre trae graves conflictos en su personalidad, ante la exigencia del medio social. Ante todo lo mencionado es necesario la intervención de nuestra especialidad, con propuestas claras, científicas, técnicas y humanas, en la zona rural por lo que hemos escogido a los niños/as entre 5 a 7 años que asisten a la Escuela Rural "Manuel Guerrero" de la Parroquia el Valle y de la Escuela Rural Mixta "JOEL MONROY" de la Parroquia Baños de la provincia del Azuay. Periodo 2011-2012.



Realizaremos una evaluación diagnóstica para identificar las patologías del habla existentes y poder aplicar un plan de intervención fonoaudiológico para cada caso en específico, pudiendo ésta ser utilizada para futuras investigaciones.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Para conocer con claridad los trastornos del habla, es necesario estudiar la anatomía y fisiología de los órganos periféricos activos y pasivos que intervienen en su producción.

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LOS ÓRGANOS QUE INTERVIENEN EN LA ARTICULACIÓN DEL HABLA.

El conjunto de órganos que intervienen en la articulación de los fonemas, se dividen en:

1. ÓRGANOS DE LA RESPIRACIÓN.

Las vías normales por el cual se da el paso del aire son: fosas nasales, faringe, laringe, tráquea, bronquios y pulmones.

Órganos que participan en la respiración:

Diafragma: Es un músculo que separa el tórax del abdomen. Del diafragma depende la mayor o menor presión con que el aire llega a los pulmones y en su retorno pasa por las cuerdas vocales produciendo la voz de mayor o menor intensidad.

Pulmones: Son un almacén de aire. 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.

Bronquios: Son dos tubos y su función es conducir el aire de la tráquea a los pulmones y viceversa.



Tráquea: Se encarga de conducir el aire.

Función de la Respiración

La respiración tiene doble función: aportar el oxígeno necesario a la sangre y proporcionar la cantidad de aire suficiente para poder realizar el acto de la fonación.

Tipos de respiración.

a. Respiración costal superior o clavicular: El aire inspirado se concentra en la zona de las costillas superiores y de la clavícula, produciendo un hundimiento del abdomen. Este tipo de respiración es de mayor frecuencia en las mujeres, siendo la menos adecuada.

b. Respiración abdominal o diafragmática: Es funcionalmente correcta, y se produce como consecuencia de una vigorosa movilidad diafragmática, durante la inspiración se abomba la parte anterior del abdomen y se hunde durante la espiración, permaneciendo inmóvil la parte superior del tórax.

c. Respiración costo abdominal: Existe mayor movilidad lateral de las costillas inferiores y 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. En tal sentido, los órganos de la fonación son:

Laringe: Es el órgano esencial de la fonación. Situada en la zona media anterior del cuello entre 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 de forma secundaria, participa en la deglución y protección de los órganos de la respiración.

En la constitución anatómica de la laringe se distinguen tres zonas:

1. Las cuerdas – ligamentos vocales: Presenta cuatro repliegues membranosos, dos superiores denominados falsas cuerdas y dos inferiores denominadas cuerdas verdaderas o cuerdas vocales.



- Cuerdas Vocales Verdaderas: Se extienden desde los cartílagos aritenoides hasta el cartílago tiroideo.

La presión del aire abre la glotis y hace vibrar las cuerdas vocales.

- Falsos Repliegues Vocales: También llamados bandas ventriculares, situadas sobre los repliegues vocales.

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

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

Condiciones para la producción del sonido

- 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.

Aquí el sonido adquiere color y timbre, lo cual depende del tamaño, forma y textura de las cavidades.

Elementos Resonánticos:

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.

b. Cavidad Nasal: Formada por las fosas nasales, se conecta con la faringe por su parte posterior.



c. Cavidad Oral: Se extiende desde la faringe hasta los labios, en ella se articula la mayoría de los sonidos del habla.

3. ÓRGANOS DE LA ARTICULACIÓN:

Son las estructuras anatómicas que participan en la articulación del habla. Se divide en dos grupos:

1. Órganos activos de la articulación: Son estructuras anatómicas que durante el habla realizan movimientos para modificar la corriente de aire en sonidos consonánticos; estos son:

a. Labios: Intervienen en la articulación de los fonemas bilabiales, labiodentales y vocales.

b. Lengua: Es el órgano fundamental del habla, desempeña otras funciones como la masticación, deglución y sentido del gusto. La lengua en su cara superior o dorso se divide de adelante hacia atrás en:

- Ápice o punta lingual.
- Predorso: Zona anterior.
- Medio-dorso: Centro.
- Post-dorso: Zona posterior.

La lengua está inervada motrizmente por ramas del hipogloso y del glossofaríngeo, y sensitivamente por el nervio lingual y el neumogástrico.

c. Velo del paladar o paladar blando: Su función es evitar que el aire espirado continúe su trayecto hacia la nariz en el momento de la emisión vocal. Se divide en:

- Zona pre-velar.
- Zona post-velar.

La inervación motora del velo del paladar está conformado por el neumogástrico, el plexo faríngeo y el periestafilino interno y sensitivamente por los nervios palatinos anterior, medio y posterior que son ramas del nervio maxilar superior.

d. Mandíbula (maxilar inferior): Abre o cierra la boca.

2. Órganos pasivos de la articulación: Estructuras anatómicas que durante el habla no cambian de posición; se dividen en:

a. Paladar duro: Comienza detrás de los alvéolos y termina en el velo del paladar.

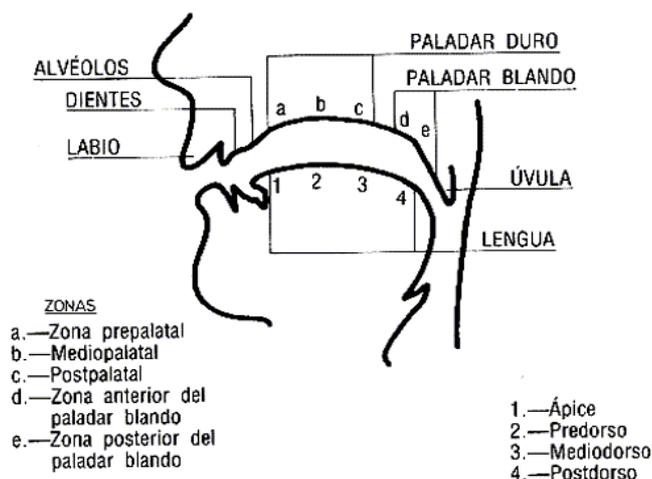
Se divide en tres zonas:

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

b. Alvéolos: Zona de transición entre la parte posterior de los incisivos y el paladar duro. Sirve para la producción de los fonemas apicoalveolares.

c. Dientes: Órganos necesarios para la articulación de los fonemas labiodentales e interdentes.

d. Fosas Nasales: Son importantes para la articulación de los fonemas nasales.





TRASTORNOS DEL HABLA

Los trastornos del habla hacen referencia a los trastornos de la mecánica articuladora y/o rítmica de la palabra como unidad de expresión verbal.

El Habla: Es un acto individual y voluntario, en el que a través del acto neumofonoarticulatorio el hablante utiliza la lengua para comunicarse.

El habla es una de las formas primarias, que sirve para comunicarse de una manera directa con las personas que se encuentran a su alrededor y es una forma efectiva de vigilar el crecimiento y desarrollo normal, así como de identificar problemas potenciales.

Mecanismos de Producción del habla:

Respiración: Es un proceso biológico primario en el cual el organismo realiza un intercambio entre dos componentes químicos: oxígeno y gas carbónico.

Fonación: Es la emisión de sonidos con la ayuda de las cuerdas vocales.

Articulación: Es el proceso motor del habla en el cual son modificados los sonidos, mediante los movimientos de las estructuras articulatorias: labios, lengua, dientes, faringe, paladar duro y blando.

Resonancia: Es la capacidad que tiene un cuerpo hueco (resonador) para que el aire que contiene entre en vibración por simpatía, cuando en las proximidades se encuentra un productor de vibraciones sonoras (resonante). Ocurre en los senos paranasales, la faringe, la boca y las fosas nasales con el tono fundamental producido en las cuerdas vocales.

Prosodia: Proceso motor del habla que comprende las variaciones en tiempo, tono e intensidad que dan énfasis e interés al habla y caracterizan los modos de expresión individuales y propios de un dialecto.

Clasificación de los trastornos del habla

- Dislalia.
- Disfemia.
- Disglosia.
- Disartria.

DISLALIA

Definición

Es el trastorno articulatorio, por la función anómala de los órganos periféricos activos y pasivos que intervienen en el habla, sin estar ligado a una lesión a nivel del Sistema Nervioso Central, y a una alteración anatómica de los órganos fonoarticulatorios.

Ésta incapacidad o dificultad para producir algunos fonemas o grupo de fonemas se le llama dislalia. Éstas alteraciones pueden presentarse en consonantes, vocales, dífonos (pl, bl, cl, fl, gl, pr, br, cr, fr, gr, dr, tr), diptongos (au, ei, ai, ue, ie) y sílaba inversa (al, ar, en, es, am).

Éste tipo de trastornos se presenta con mayor frecuencia en la etapa preescolar y escolar, con mayor incidencia en el sexo masculino.

CLASIFICACIÓN

“Las dislalias pueden clasificarse según el tipo de fonema alterado, el tipo de error, la cantidad de fonemas alterados y por su etiología”.

Diversos enfoques de clasificación han sido ensayados desde la intervención de los primeros fonoaudiólogos en el campo teórico del lenguaje. Se considera adecuada la utilización de la clasificación etiológica de las dislalias según Pilar Pascual (1988), debido a que otras clasificaciones no abarcan toda la sintomatología, lo cual se presta para confusión y no describen todos los casos.

a. Dislalia Evolutiva: Existen fases en el desarrollo del lenguaje infantil en las que el niño no es capaz de repetir por imitación, las palabras que escucha para formar los estereotipos acústico-articulatorios correctos. Dentro de una evolución normal en la madurez del niño.

b. Dislalia Funcional: Trastorno articulatorio debido a una función anómala de los órganos periféricos activos y pasivos que intervienen en el habla. Este tipo de dislalia se da cuando persiste la dificultad articulatoria, dependiendo la edad que se considere normal para la producción de fonemas.

0 a 2 años las vocales
2 y 3 años: t, d, n, x, y, g, p, m b, k, ch, f, j, q, v, w.
4 años: r, s.
4 años y medio y 5 años: dífonos
6 años: silabas inversas

c. Dislalia Audiógena: Alteración de la articulación, producida por una audición defectuosa, que repercutirá en el desarrollo normal del habla. Se producen alteraciones de la voz y del ritmo.

d. Dislalia Orgánica: Trastorno de la articulación producido por alteraciones orgánicas. Puede deberse a lesiones del sistema nervioso que afectan al habla (disartrias), anomalías anatómicas o malformaciones de los órganos que intervienen en el habla (disglosia).

ETIOLOGÍA

Estas anomalías funcionales se deben, por lo general a una combinación de factores que están incidiendo sobre el niño, las más comunes son:

- Escasa habilidad motora:
- Dificultad en la percepción tiempo y espacio.
- Falta de comprensión y discriminación auditiva.



- Factores Psicológicos.
- Factores ambientales.
- Deficiencia Intelectual.

SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas que aparecen en las dislalias son:

a. Sustitución: Error en el que un fonema se sustituye por otro.

Ejemplo: la /r/ por /d/, diciendo “cada” por “cara”.

b. Adición: Es un síntoma en el cual el niño al no poder pronunciar una palabra se apoya adicionando un fonema. Ejemplo: “arata” por “rata” o “canramelo” por “caramelo”. Puede presentarse también en dífonos.

c. Omisión: El niño omite el sonido que no puede pronunciar. Ejemplo: “paza” en lugar de “plaza”.

d. Distorsión: Se habla de sonido distorsionado cuando se da de forma incorrecta o deformada, pudiéndose aproximar más o menos a la articulación correspondiente. Ejemplo: “zapato” por “patato”.

La distorsión junto con la sustitución son los errores más frecuentes.

DIAGNÓSTICO

Para la elaboración de correcto diagnóstico es necesario realizar una correcta historia clínica.

Para el diagnóstico de las dislalias se lleva a cabo el siguiente procedimiento:



1. Anamnesis.

A través de la entrevista que se lleva a cabo con los padres de familia se recogerán todos los datos significativos que puedan orientar sobre el desarrollo del trastorno del habla.

La anamnesis debe tener los siguientes parámetros:

- Datos personales del niño y la familia.
- Motivo de consulta.
- Antecedentes patológicos familiares.
- Desarrollo del niño:
 - Periodo prenatal
 - Periodo neonatal
 - Periodo posnatal
 - Alimentación
 - Desarrollo motor
 - Desarrollo del lenguaje
 - Audición

2. Evaluación de la estructura y función oral (MOP).

El Mecanismo Oral Periférico evalúa la estructura y funcionamiento de los órganos activos y pasivos que intervienen en el habla.

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

No existe una edad límite en su aplicación.

3. Articulación.

Es necesario utilizar el test de articulación, debido a que éste evalúa todos los fonemas, diptongos, dífonos y sílabas inversas y en base de esto se podrá diagnosticar que tipo de dislalia presenta el niño, dependiendo el fonema afectado, la posición del fonema y la forma en la que se presente la pronunciación.

Éste test se puede aplicar utilizando tres métodos:

- **Lenguaje Repetitivo:** el logopeda interviene de manera directa en este tipo de evaluación, ya que el niño tendrá que repetir las palabras que diga el terapeuta, palabras que han sido previamente seleccionadas para analizar cada uno de los parámetros que contiene el test de articulación.
- **Lenguaje Dirigido:** Se evalúa la forma de expresión libre del niño, sin que intervenga el logopeda con un modelo de pronunciación, para ello el terapeuta le presentara láminas que contengan el sonido que queremos analizar, y el paciente tendrá que reconocer y nombrar la imagen.

En caso de que el niño pueda leer, se le dará un texto que contenga los sonidos a evaluar.



- **Lenguaje Espontáneo:** Finalmente, para completar la valoración de la expresión hablada del niño, se entablará un diálogo espontáneo con el mismo, el cual estará dirigido a los fonemas que queremos evaluar.



4. Percepción y Orientación Espacial:

El tiempo y el espacio están estrechamente relacionados en la articulación del habla. Pues si el niño no ha logrado una madurez perceptiva motora presentará dificultades de omisión, adición y sustitución.

5. Discriminación Auditiva:

Mediante esta prueba se hará una valoración de la capacidad perceptivo-auditiva, tomando en cuenta la discriminación de: pares mínimos.

6. Personalidad: Un trastorno de la personalidad del niño o un desajuste en su adaptación, puede ocasionar una alteración o detención en la normal evolución de su lenguaje.

7. Exámenes Complementarios: éstos orientaran a descartar si existen problemas de tipo: neurológico, auditivo, malformaciones anatómicas de los órganos que intervienen en el habla o por déficit intelectual.

Efectos Psicológicos de las Dislalias

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

La escuela también influye 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.



Describiremos y analizaremos los estados que contribuyen en gran manera al desarrollo de los problemas del habla:

- **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 facilitarse 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.

INFLUENCIA DEL LENGUAJE EN EL APRENDIZAJE ESCOLAR

Las dificultades para poder leer producen complicaciones en el aprendizaje escolar e inciden en el diagnóstico de los niños con problemas de adaptaciones. El niño que no puede leer, o que lee con dificultad fracasa en la mayoría de las materias escolares, no puede desenvolverse normalmente en un medio que le exige leer señalizaciones, advertencias, avisos, instrucciones, noticias, cartas y se ve impedido de desarrollarse plenamente desde un punto de vista intelectual, social y emocional.



Dado que la lectura no constituye una destreza aislada, sino que pertenece a un proceso lingüístico complejo, el terapeuta de lenguaje al enfrentar el estudio de un deficiente lector, se ve abocado a la tarea de investigar los estratos básicos subyacentes al proceso como lo es el lenguaje.

Thomsom define a la dislexia: “es una grave dificultad con la forma escrita del lenguaje, que es independiente de cualquier causa intelectual, cultural y emocional, es un problema de índole cognitivo, que afecta a aquellas habilidades lingüísticas asociadas con la modalidad escrita”.

En ocasiones la dislexia va unida a dificultades de pronunciación, con mayor incidencia en la dificultad de pronunciación de palabras nuevas, largas o que contengan combinaciones de letras de tipo de las que le producen dificultades en la lectura.

La dislexia se presenta en muchos grados, desde pequeños problemas superables en breve plazo, hasta una dificultad que se arrastra de por vida y que se aproxima como en un continuo hacia la disfasia, que será un problema mas grave y profundo de todas las áreas del lenguaje.

Profundizando en la detección de los niños con problemas de dislexia, de acuerdo con los criterios de la Asociación Británica de Dislexia y con otras fuentes, los signos que pueden tener los niños según la edad sería los siguientes:

Niños de Preescolar:

- Retraso en aprender a hablar con claridad.
- Confusiones en la pronunciación de palabras que se asemejan por su fonética.
- Confusiones en el vocabulario que tiene que ver con la orientación espacial.
- Dificultad para aprender las rimas típicas del preescolar.
- Dificultad con las palabras rimadas.
- Dificultades con las secuencias.



Niños entre 9 y 12 años

- Dificultad para seguir instrucciones orales.
- Problemas de comprensión del lenguaje oral e impreso.

Niños de 12 años en adelante:

- Dificultad en la percepción del lenguaje, por ejemplo en seguir instrucciones.
- Tendencia a confundir las instrucciones verbales y los números de teléfono.
- Dislexia con alteraciones fundamentalmente verbales y de ritmo, que se caracterizaría por trastornos del lenguaje: dislalias, inversiones, pobreza de expresión, poca fluidez verbal, baja comprensión de las reglas sintácticas, dificultad para redactar y relatar oralmente.

Precisamente donde la dislexia se manifiesta de una forma concreta; donde se suele empezar a detectar los síntomas y los problemas, es en la escuela, en algunos estudios se agrupan los niños con este problema en tres niveles de edad o mas bien de etapas de evolución.

Niños en edades comprendidas entre los 4 y los 6 años.

Los niños se inician en la adquisición de la lectura y la escritura, mediante ejercicios preparatorios, pero todavía no se puede hablar de lectura y escritura como tales salvo al final del periodo. En este nivel se puede hablar de predislexia, posible predisposición a que aparezca el trastorno o indicios que hacen temer que se vaya a producir el problema. Las alteraciones tienden a aparecer más en al esfera del lenguaje:

- Dislalias.
- Omisiones de fonemas, principalmente en las sílabas compuestas e inversas.



- Confusiones de fonemas que a veces van acompañadas de lenguaje borroso. Puede hablar claro si se le invita a hablar despacio, pero su lenguaje espontáneo es confuso.
- Inversiones, que pueden ser de fonemas dentro de una sílaba o de sílabas dentro de una palabra.
- En general, pobreza de vocabulario y de expresión.

Niños de edades comprendidas entre los 6 y 9 años.

En estos niveles de edad es cuando con más frecuencia se detecta el problema y se solicita la ayuda del especialista.

En el lenguaje, las dislalias y omisiones del periodo anterior se suelen haber superado o están en fase de superación, más fácilmente si se han abordado a tiempo y no responden a una dislalia verdadera, a veces de más difícil superación inicial o espontánea. Sin embargo las inversiones y confusiones de fonemas aumentan. Se observa expresión verbal pobre y dificultad de aprender palabras nuevas, en especial los polisílabos, las palabras nuevas o las fonéticamente complicadas. En general el rendimiento en las áreas lingüísticas es bajo. Pese a ello, si se le explican las cosas verbalmente, éste es más capaz de aprender que si se le exige que adquiera los conocimientos mediante la lectura o la escritura repetida.

En la lectura las confusiones se producen sobre todo en las letras que tienen cierta similitud morfológica o fonética. A nivel fonético se produce también la confusión entre p, b y m; en ocasiones confusión también con la n.

Se producen, de otro lado, omisiones de letras, adiciones, principalmente al final de palabra y en sílabas compuestas.

En las palabras se producen: omisiones, reiteraciones y sustituciones de una sílaba por otra que empieza por la misma sílaba o tiene un sonido parecido; por ejemplo: lagarto por letargo. A veces la palabra solo tiene en común la primera letra. Lo que ocurre es que el disléxico no tiene la capacidad de “prever” lo que viene a continuación, capacidad que los buenos lectores si tienen.



En la escritura se suelen presentar omisiones similares a las que se dan en su lectura, de letras, sílabas o palabras.

Se producen agrupaciones y separaciones incorrectas, partiendo palabras o uniendo varias palabras en una sola.

Niños mayores de 9 años.

La variabilidad que el trastorno presenta en las características individuales que acompañan al problema fundamentalmente de dificultad lecto-escritora, se hace mayor a medida que el niño crece.

Las alteraciones profundas son más difíciles de superar que las leves. Según algunos autores de dislexia forma un continuo con la disfasia, un trastorno del área del lenguaje más profundo y con mayor correlato con disfunciones cerebrales.

Los trastornos típicos de esta edad y que a veces permanecen son: Dificultades para elaborar y estructurar correctamente las frases, para estructurar relatos y por lo tanto para exponer conocimientos de una forma autónoma. Dificultad para expresarse con términos precisos. Dificultad en el uso adecuado de los tiempos del verbo. En general continúa la pobreza de expresión oral. La comprensión verbal continúa en desnivel con la capacidad intelectual.

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 concienticen.

El tratamiento debe tener un enfoque pluridimensional, donde exista una buena relación entre el logopeda y el niño y la colaboración adecuada de los padres.



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.

Para una perfecta articulación del lenguaje es necesario una buena función respiratoria, un cierto nivel de madurez psicomotriz, una buena percepción y discriminación auditiva, así como agilidad buco-facial que facilitará la articulación. A continuación se describe una serie de ejercicios que se utilizan en el tratamiento indirecto:

a. Ejercicios Respiratorios.

La función respiratoria tiene como objetivo lograr la coordinación entre la inspiración, retención y espiración, localizada en la zona costodiafragmática. Tiene como objetivo realizar el acto de la fonación.

Los ejercicios podemos realizarlos acostando al niño en una colchoneta o también de pie, siempre con ropa floja.

Para percibir el movimiento costo-diafragmático podemos poner un objeto encima del abdomen o bien las propias manos.

“Para 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 que pueden entorpecer el proceso de la reeducación.” 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 el desarrollo de las funciones motrices y psíquicas.

Los ejercicios de relajación pueden ser globales, los cuales proporcionan una distensión que favorece el equilibrio emocional, o segmentarios, que facilitan la percepción de los diversos elementos de su propio cuerpo, para llegar a la elaboración de la imagen corporal y el dominio y control de su propio cuerpo.

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
- delante-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.

• 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 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 realizar ejercicios que demuestren el punto y modo de articulación de 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. Otro medio son las gnosias táctiles en las mejillas, labios, etc.

Los ejercicios de articulación deben ser breves, con una duración de dos a tres minutos, con pausas intermedias, para evitar que el niño se fatigue y así poder repetir el ejercicio varias veces.

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 reeducación es preciso conocer la clasificación y las características de cada fonema:



A. Características de las Vocales: “Las vocales son sonidos producidos por la vibración de las cuerdas vocales, con resonancia en la cavidad faringo-bucal, sin que haya contacto de la lengua con la bóveda palatina y sin participación activa de la punta de la lengua, siendo los sonidos que presentan la mayor abertura de los órganos articulatorios. La abertura (modo de articulación), permite distinguir una vocal abierta /a/, las vocales de abertura media /e/, /o/ y las vocales cerradas /i/, /u/.”

B. Características de las consonantes: “Las consonantes son ruidos formados por el choque de la corriente espiratoria en su canal de salida en puntos diferentes. Cada fonema se define por sus características de emisión, teniendo en cuenta cuatro parámetros:

a. El punto de articulación: Nos indica la posición y punto de contacto de los órganos fonoarticulatorios durante la emisión de un fonema, estos son:

• Bilabiales: El contacto es sólo entre los labios (m, p, b, v).

• Labio dentales: El contacto es entre el labio inferior y los incisivos superiores (f).

• Linguodentales o dentales: Contactan la punta de la lengua y los dientes superiores (t,d).

• Linguoalveolares o alveolares: Contactan la punta lengua y los alvéolos (l, n, s, r, rr).

• Linguovelares o velares: El contacto se produce entre el dorso de la lengua y el velo del paladar (k, j, g).

• Linguopalatales o palatales: Contactan el dorso de la lengua con el paladar. (ch, ñ, ll, y).

• Linguointerdentales o interdentales: la lengua contacta con los incisivos superiores e inferiores (c, z, d).

b. El modo de articulación: Es el que nos indica la forma en que sale el aire durante la emisión del fonema, los clasificamos en:



- Oclusivas, explosivas o instantáneas: porque se produce un cierre entre los órganos articulatorios, que, al abrirse rápidamente, genera un sonido explosivo. (p, t, k, b, g, d, m, n).
 - Fricativas o continuas: se genera por la aproximación de las estructuras orofaríngeas donde, al salir lentamente el aire, genera un sonido de roce o fricción (c, z, f, y).
 - Africadas u oclusivo-fricativas: donde se produce un sonido oclusivo seguido de uno fricativo (ch, x).
 - Laterales: cuando el aire fonado sale por ambos lados de la boca (l, ll).
 - Vibrantes: cuando por acción de la lengua se produce una o más vibraciones en el aire exhalado (r, rr).
- c. 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, se clasifican en:
- Sonido articulado sonoro: sonido producido cuando las cuerdas vocales se aproximan y comienzan a vibrar (b, d, g, m, n, l, r, rr, ñ).
 - Sonido articulado sordo: cuando no hay vibración de las cuerdas vocales (p, t, k, f, y, ch, x).
- d. Por Resonancia:** nos indica por dónde se produce la salida del aire al emitir un fonema.
- Orales o bucales: cuando la totalidad del aire sale por la boca por obstrucción del velo del paladar hacia la nariz.
 - Nasales: cuando el velo del paladar cierra la salida del aire por la boca y el sonido formado sale por la nariz.”



	Bi labiales		Labio dentales		Dentales		Alveolares		Palatales		Velares	
	Sordas	Sonoras	Sordas	Sonoras	Sordas	Sonoras	Sordas	Sonoras	Sordas	Sonoras	Sordas	Sonoras
Oclusivas	p	b			t	d					k	
Fricativas			f				s		y		j	g
Africadas									ch		x	
Laterales								l				
Vibrantes								r-r̄				
Nasales		m						n				ñ

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 sentara junto al niño frente al espejo y le hará articular para el grupo /bl/ la /l/. Sin mover la lengua de la posición de éste fonema, se le hará llevar los labios a la posición de la /b/, tratando de que pronuncie los fonemas al mismo tiempo y de forma continuada: l – b – l – bl - bl, de esta manera se conseguirá fácilmente los sinfones propuestos.”
- El segundo grupo está constituido por 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.

Utilización del ritmo como medio de automatización de la articulación correcta.

“El ritmo es un medio idóneo para integrar la articulación correcta en el lenguaje espontáneo del niño, ya que flexibiliza el movimiento y permite, con un mínimo de fatiga, automatizar e interiorizar los que se precisan para cada articulación correcta, hasta llegar a incorporarla en el lenguaje espontáneo.

El tratamiento directo tiene una primera fase en la cual se enseña la perfecta articulación de todos los fonemas que estaban ausentes o distorsionados, pero con esta fase no está terminado el proceso de reeducación. Es necesario que la forma correcta de expresión que el niño consigue ya, pero de forma aislada o por imitación, entre a formar parte de su lenguaje dialogal en todos los niveles.”

PREVENCIÓN

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 facilitará 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 infantil.
- 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.

DISFEMIA

CONCEPTO

“La disfemia es una alteración patológica del ritmo de la palabra, representada por la presencia de bloqueos o repeticiones, acompañado de gestos faciales, o cambios en la frecuencia respiratoria”.

Hace referencia a una forma de hablar interrumpida por una serie de alteraciones como: repeticiones de sonidos, palabras o frases, prolongación de sonidos, bloqueos o pausas inadecuadas en el discurso.

Este problema se presenta en momentos de ansiedad, estrés, miedo social y por pensamientos negativos. Los padres y su entorno son elementales en el desarrollo para una correcta fluidez verbal.

CONDUCTAS ASOCIADAS AL TARTAMUDEO

- Esfuerzo y tensión muscular en órganos fonoarticulatorios o en el cuerpo.
- Evitan hablar por las dificultades en su fluidez.
- Pensamientos negativos de anticipación a la dificultad.
- Sentimientos negativos de desvalorización, baja autoestima.
- Habilidades sociales escasas, por evitar situaciones de interacción y comunicación.

DESARROLLO DEL TRASTORNO

- “El desarrollo del habla y del lenguaje puede favorecer la aparición de las primeras disfluencias.
- El tipo de errores difieren de un niño a otro y varían a lo largo del desarrollo.
- Entre los 3 y los 5 años el problema puede remitir espontáneamente o desaparecer al año o año y medio de haber comenzado.
- Los factores ambientales y de estrés en la vida del niño repercuten en el mantenimiento y cronicidad de la tartamudez.
- La historia de experiencias negativas en la comunicación influye en el niño para desarrollar sentimientos negativos asociados al habla y a situaciones comunicativas.
- Gran parte de los niños disfluentes llegan a adquirir la fluidez antes de la adolescencia. “

PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN SEGÚN EL MOMENTO DE INTERVENCIÓN

- “Es alto (82%) si se orienta a los padres antes de los 5 años.
- Es más bajo (37%) si la evaluación es posterior del inicio del trastorno.
- Se recupera antes si se evalúa 4 meses después del inicio del trastorno.
- No se recuperaron los evaluados 19 meses después del inicio del trastorno.”

ETIOLOGÍA

“Las investigaciones apuntan a que el origen del problema se debe a múltiples factores que hacen referencia a aspectos fisiológicos, genéticos y ambientales, como la cognición, la emoción, el lenguaje y las habilidades motoras del niño. Los aspectos citados pueden ser la causa del problema y también el efecto del mismo.”

Factores Genéticos:

- Parece existir una predisposición genética para adquirir la disfemia.
- El tartamudeo es tres veces más común en familias de tartamudos.
- Hay más riesgo de que sus familiares sufran tartamudez si la persona tartamuda es mujer.
- No existe relación entre la gravedad del tartamudeo y el número de familiares que tartamudean.
- Las mujeres tienden a recuperarse espontáneamente más que los hombres.

Factores Fisiológicos:

- Dificultad en la planificación y ejecución de los movimientos del habla, debido a que existe una mayor lentitud en los tiempos de reacción y dificultades respiratorias y articulatorias.
- Diferencias en el procesamiento hemisférico del habla, es decir durante el procesamiento de información verbal, el hemisferio no dominante está más implicado.
- No aparecen anomalías estructurales del cerebro.
- No se han evidenciado lesiones cerebrales, ni signos de enfermedad degenerativa.

Factores psicosociales:

- “Actitud negativa de los padres o del interlocutor hacia el habla del niño.
- La atención prestada a los errores puede generar temor y ansiedad.
- El proceso de aprendizaje de las habilidades comunicativas se puede alterar.
- Un alto nivel de exigencia de los padres puede mantener el problema.
- La escasa habilidad social, el retraimiento o ansiedad social y la baja autoestima en el niño son factores de riesgo.
- Las situaciones de estrés o conflictivas que viva el niño pueden ser factores desencadenantes de la dificultad.

Factores lingüísticos:

- “Relación entre las disfluencias y posibles problemas en el desarrollo del lenguaje.
- Etapa de amplio desarrollo lingüístico y cognitivo entre los dos y los cinco años.
- Los estudios indican más dificultades en el área del lenguaje (retraso, problemas de pronunciación, etc.) en los niños tartamudos que en los niños que no presentan tartamudez.
- En medidas de lenguaje (test de lenguaje) las puntuaciones son más bajas en niños tartamudos que en niños no tartamudos.”

Bilingüismo.

Imitación.

CLASIFICACIÓN

Existen varias clasificaciones para la tartamudez, entre las cuales esta:



Tartamudez del Desarrollo: Es el tipo más común de tartamudez que afecta a los niños. A medida que desarrollan los procesos del habla y el lenguaje, es posible que los niños no logren pronunciar todos los sonidos.

Tartamudez Neurogénica: también es un trastorno común y se produce debido a problemas de comunicación entre el cerebro, los nervios y los músculos.

Tartamudez Psicogénica: Se cree que la tartamudez psicogénica se origina en el área del cerebro responsable del pensamiento y el razonamiento, y puede presentarse en personas que padecen una enfermedad mental o que hayan experimentado angustia o estrés mental excesivo. Sin embargo, aunque es posible que la tartamudez provoque problemas emocionales, generalmente no se la asocia con ellos.

Clasificación tradicional:

- *Disfemia Tónica:* llamada también disfemia espástica o abierta, produce una inmovilización muscular fonatoria, que impide en absoluto la palabra, cuando este espasmo cede, la palabra sale rápido, precipitada y desbordante.
- *Disfemia Clónica:* se producen repeticiones convulsivas de sílabas o palabras, sin contracciones anormales de los órganos fonadores, los accesos prefieren las consonantes más que las vocales, consonantes iniciales más que las interiores y fonemas oclusivos más que los restantes.
- *Disfemia Mixta:* posee características de los tipos mencionados anteriormente.

CARACTERÍSTICAS

- 1- Prolongación o repetición de palabras, sílabas, sonidos, etc.
- 2- Cambios en la velocidad del habla.
- 3- Alteración en el tono de la conversación.
- 4- Alteración de la respiración.
- 5- Excesiva tensión muscular en los órganos usados para el habla.



- 6- Aceleración en el ritmo cardíaco.
- 7- Temblores y nerviosismo.
- 8- Vergüenza, ansiedad y frustración en cuanto al habla.

SINTOMATOLOGÍA

El síntoma más sobresaliente es el bloqueo espasmódico que interrumpe o impide la emisión de la palabra. El espasmo puede ser tónico (lapso de tiempo antes de comenzar el discurso que, una vez iniciado, ya fluye bien) o clónico (repetición de letras o sílabas al principio, centro o final de las palabras) o mixto.

Además el paciente se muestra ansioso, angustiado y, en su esfuerzo por vencer el espasmo, presa de una gran tensión muscular y emocional, con rictus faciales, rubor y transpiración excesiva (sobre todo en manos). Como reacción, puede aparecer miedo a hablar con evitación de situaciones donde es preciso hacerlo, sobre todo, si son nuevas o con personas especiales, mutismo defensivo, tendencia al aislamiento, acentuación de la timidez y reacciones depresivas de distinto grado. Es frecuente, además, encontrar en estos niños cuadros agregados de enuresis y trastornos del sueño.

Según Garde:

- Organización defectuosa de la frase.
- Un debito muy rápido al principio.
- Faltas de unión y concordancias de tiempo.
- Fases hechas, estereotipadas, que sirven para tapar huecos.
- Movimiento del ala nasal.
- Pliegues en la frente.
- Parpadeo.
- Movimientos espasmódicos en todo el cuerpo.
- Trastornos vasomotores: enrojecimiento de la cara, sudor de la frente y manos.
- Trastornos de apetito, sueño, humor y emotividad.



Signos y Síntomas Psíquicos:

Lalofobia: miedo a hablar:

- Algunos evitan pronunciar ciertas palabras que temen o prefieren callar.
- El miedo a hablar hace que el enfermo fije la atención sobre el mecanismo de la palabra y por lo tanto la expresión del pensamiento se encuentra frenada.
- En enfermos poco dotados intelectualmente no se observa lalofobia.

Personalidad

- Algunos evitan las situaciones que requieren hablar en su vida social o trabajo.
- Trastornos de carácter, agresividad, irritabilidad, simulación, etc.
- Trastornos de la memoria.
- El disfémico es: poco sociable, introspectivo, sin voluntad, negativista, deprimido, nervioso, tenso, aprensivo. Tiene el sentimiento de inferioridad, sueña realizar grandes cosas, si no fuese por el habla.

Inteligencia: La mayoría son más inteligentes que el promedio de la población. La capacidad de concentración es mayor en el disfémico.

Sueño: Los disfémicos cuando hablan en sueños nunca presentan tartamudez.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Para poder realizar un buen diagnóstico, el primer encuentro que se tiene con el niño debe ser de manera informal, logrando un buen contacto terapéutico con el paciente (la familia si se trata de un niño), y buscando los siguientes objetivos:



- Obtener una impresión diagnóstica fiable: si se trata o no de una disfemia, que gravedad reviste y si el tartamudeo es o no el núcleo del problema.
- Informar brevemente al paciente de las características del trastorno, despejando incógnitas, interpretaciones erróneas y eliminando posibles sentimientos de culpabilidad.
- Esbozar la orientación terapéutica a seguir, así como una primera impresión de pronóstico sin dar antes falsas expectativas de solución.

El diagnóstico requiere de unas cuantas sesiones; en el caso de los niños es aconsejable su observación dentro del ambiente familiar para evaluar la interacción con los padres.

En la valoración de la disfemia se aplican pruebas del lenguaje oral para evaluar el tipo y gravedad del trastorno de modo objetivo, cuantificando la frecuencia e intensidad de errores; describiendo el tipo y características de los mismos con todos los síntomas asociados observables.

¿CUÁNDO EVALUAR?

- Cuando los padres o el profesor muestren preocupación por el habla del niño.
- En el caso de que en el niño se observe esfuerzo o tensión al hablar, con bloqueos.
- Si por parte del niño existe evitación del habla o de situaciones en las que tenga que hablar.
- Cuando el niño sea motivo de bromas o burlas por su forma de hablar por parte de allegados o compañeros.
- En el caso de que el niño presente cambios en su comportamiento o en la comunicación, mostrándose más callado, retraído, triste o agresivo.
- Asimismo, la advertencia por parte del niño de que no puede controlar su habla, debe considerarse un signo de alerta.



ANAMNESIS

Antecedentes familiares:

- Tartamudez.
- Otros trastornos del habla.
- Zurdería.
- Trastornos psíquicos.
- Circunstancias en la relación niños, padres y entorno.
- Problemas de ajuste psicosocial.
- Inicio y evolución del problema.
- Tratamientos anteriores.
- Actuación del entorno como reforzador del tartamudeo.
- Actitudes y conducta del paciente.
- Conciencia e imagen del propio problema.

La evaluación también puede agruparse en 4 categorías:

Conducta Verbal:

- Consiente, inconsciente, voluntario, involuntario.
- Bloqueo tónico.
- Repetición tónica.
- Taquilalia.
- Pausas, prolongaciones.
- Economía de la expresión.

Conducta motora:

- Espasmo.
- Tensión Muscular.



- Tics.
- Alteración fonorespiratoria.
- Ausencia de gestualidad.

Fenómenos lingüísticos:

- Abuso de sinónimos.
- Expresión redundante.
- Muletillas verbales.
- Monotonía de la voz.
- Dificultad linguoespeculativa.

Fenómenos Emocionales:

- Retraimiento.
- Logofobia.
- Fobia a determinados vocablos.

TRATAMIENTO

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

“1. Con el niño:

- a) Conocer en qué consiste la producción de un habla normal.
- b) Aprender a diferenciar los errores producidos en el habla disfluyente.
- c) Entrenar en recursos para mejorar el control motor del habla.
- d) Manejar las sensaciones físicas que acompañan a la tartamudez.
- e) Aprender a identificar los pensamientos negativos que dificultan la comunicación y a generar otros más adecuados.
- f) Identificar y modificar sentimientos asociados al habla.
- g) Entrenar en recursos para la relación social.



h) El éxito de la terapia depende de la puesta en práctica fuera de la sesión, lo aprendido en ella y extender el resultado a otros contextos de la vida del niño.

2. Con los padres:

- a) Modificar actitudes negativas.
- b) Practicar diariamente en casa con el niño.
- c) Mostrar estilos que favorezcan la fluidez.
- d) Colaborar en la terapia para generalizar y mantener lo entrenado en la sesión.

3. Con el profesor

- a) Mantener una actitud que favorezca el habla fluida en el aula.
- b) Ayudar en el manejo de situaciones problemáticas.”

FACTORES QUE INDICAN UN BUEN PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN

- La dificultad del habla disminuye en los primeros 12 meses.
- Las niñas tienen más facilidad para recuperar el habla fluida.
- No tener familiares con tartamudez o que éstos lo hayan superado.
- Tener buenas habilidades de lenguaje expresivo y articulatorio.
- Buenas puntuaciones en inteligencia normal.
- Tartamudear en determinadas circunstancias de emoción o con determinadas personas y hablar fluido en otros momentos o cuando se habla a si mismo.
- Buenas habilidades sociales y de comunicación.
- Sentirse seguro de sí mismo y confiado.
- La menor gravedad de la disfemia.
- La mayor colaboración del paciente (y de la familia si se trata de un niño).
- La menor importancia de factores de la esfera emocional asociados a la disfemia.
- La edad del paciente: El pronóstico será mejor si se trata de un niño pequeño.



El logopeda debe dirigir sus esfuerzos a curar al disfémico tanto o más que a la propia tartamudez.

- **Ejercicios Respiratorios:** Se practica durante muchos meses, con el fin de educar la voluntad y de aumentar la asimilación y estimular el sistema vegetativo. Es necesario que la voz salga tranquila, sin vacilaciones pulsátiles. Es necesario realizar ejercicios respiratorios regulares, de 10 a 15 minutos, tres veces por día, no solo durante el tratamiento, sino aún durante meses después de su terminación.
- **Ejercicios de Relajación:** Debe prohibirse todo esfuerzo interior o exterior destinado a producir un sonido o palabra, no hay que hablar en hipertensión, sino en hipotensión.
- **Ejercicios de asociación:** Tiene por objetivo movilizar y perfeccionar todas las facultades psíquicas que entran en juego en la producción del lenguaje.

Las asociaciones en el lenguaje desempeñan en la palabra un papel importante. Cuando hablamos transformamos las ideas en palabras y por otra parte las palabras evocan nuevas asociaciones.

- **Ejercicios de lectura:** Se practican con los niños y adultos y este estará adaptado a las necesidades individuales de cada paciente, es necesario también entrenarse en la conversación. La lectura y la reproducción de textos leídos representan una adquisición de palabras más recientes que el lenguaje informativo, por ello se consigue más pronto suprimir la tartamudez durante la lectura y el recitado que en la conversación y el lenguaje informativo.

TÉCNICAS AUXILIARES Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

- *Empleo del gesto acompañado al habla:* el uso de gestos elocuentes con las manos y brazos al hablar de una manera armónica y expresamente exagerada, junto con una entonación más marcada puede favorecer la fluidez.
- *Técnica del soplo:* Consiste en habituar al paciente a tomar aliento antes de iniciar la emisión vocal. Esta comenzara sin interrumpir la corriente de aire que pone en actividad suavemente las cuerdas vocales, eliminando el

bloqueo inicial de la expresión. Mantener la vibración de las cuerdas vocales mientras dura la dicción de la frase. Es efectiva siempre y cuando el paciente utilice al hablar.

- *Habla rítmica:* el aprendizaje de un patrón rítmico aplicado al habla proporciona un mantenimiento de ritmo y por tanto mayor fluidez.
- *Audición retardada:* mediante un aparato retrasa la audición de la propia habla a los oídos del paciente. Su aprendizaje se basa en 2 factores:
 - 1- Habituarse a un patrón de habla más lento.
 - 2- Prolongación de unidades fónicas.
- *Enmascaramiento del habla:* consiste en enviar un ruido a los oídos del disfémico mientras habla, de modo que enmascare por completo y no la escuche, con lo que desaparece uno de los feed-back más importantes en el mantenimiento de la ansiedad.
- *Habla en sombra:* se entrena al disfémico para que hable a la sombra del terapeuta. Posteriormente se invierte el orden.
- *Habla negativa:* Esta técnica está basada en el concepto de inhibición condicionada y pretende inhibir el tartamudeo por el tartamudeo. Su aprendizaje es difícil y requiere un gran esfuerzo de concentración y auto observación; se interrumpe el ejercicio cada vez que aparece un síntoma no controlado. El paciente aprende a sustituir la ansiedad ante el problema por la intencionalidad paradójica del tartamudear expresamente.
- *Técnicas conductuales:* se da instrucciones al niño mostrando un modelo para controlar la fluidez, tras lo cual se anima al niño a ejercitar los distintos recursos para conseguir un habla fluida y así valorar la practica correcta.
- *Técnicas cognitivas:* facilita que el niño entienda conceptos abstractos que son necesarios para la terapia, tales como estirar/aflojar, fuerte/flojo, tensión/relajación, pensamientos/sentimientos. Antes de utilizarlos el niño debe haber comprendido su significado para después emplearlos en la modificación de la conducta.



- Técnicas sociales y de comunicación: Se entrenan habilidades sociales conflictivas, como las derivadas de enfrentarse a momentos comunicativos difíciles y a solucionar problemas con otros niños.

DISGLOSIA

Es un trastorno de la articulación del habla debido a alteraciones orgánicas y/o fisiológicas de los órganos periféricos activos y/o pasivos que intervienen en el habla y de origen no neurológico central.

Embriología y anatomía de los órganos articulatorios

Embriología de los procesos faciales y labio superior: Al final de la cuarta semana, el centro de las estructuras faciales en desarrollo, está formado por una depresión ectodérmica, llamado ESTOMODEO. En el embrión de cuatro y media semanas de edad, pueden identificarse cinco elevaciones formadas por proliferación del mesénquima.

Durante la quinta semana aparecen dos pliegues de crecimiento rápido: los procesos nasolateral y nasomediano, que formaran la fosita nasal. Los procesos nasolaterales forman las alas de la nariz y los nasomedianos originan las porciones medias de nariz, labio superior y maxilar y todo el paladar primario.

A las dos semanas siguientes, se modifica mucho el aspecto de la cara, los procesos maxilares siguen creciendo.

El labio superior es formado por los dos procesos nasomedianos y los dos procesos maxilares. El mesénquima del segundo arco faríngeo o braquial, originará los músculos de mejillas y labios.

Segmento intermaxilar.- Los procesos nasomedianos se fusionan en la superficie y también a nivel más profundo, formando el segmento intermaxilar.

Consiste en lo siguiente:



- El componente labial, llamado también filtrum.
- Componente maxilar superior, que lleva los cuatro incisivos.
- Componente palatino, que forma el paladar primario triangular.

Paladar secundario.- La porción principal del paladar definitivo, es formado por las crestas palatinas, aparecen en el embrión de seis semanas y descienden oblicuamente hacia ambos lados de la lengua. Pero en la séptima semana, la lengua se desplaza hacia abajo y las crestas palatinas ascienden y se tornan horizontales por arriba de la lengua y se fusionan una con otra, formando así el paladar secundario.

Durante la octava semana, las prolongaciones palatinas se acercan entre sí en la línea media, se fusionan y forman el paladar secundario. Al tiempo en que se fusionan las prolongaciones palatinas, el tabique nasal crece hacia abajo y se une con la superficie cefálica del paladar neoformado.

La mayor parte de las hendiduras labiales y palatinas, se deben a una falta de fusión de los centros de crecimiento maxilar y nasal. En el labio leporino se presenta una falta de unión del mesodermo en uno o ambos centros de crecimiento maxilar, con el centro nasal mediano.

La fusión en el labio se complementa alrededor de la octava semana del embrión y en el paladar un poco más tarde, entre la octava y la décima semana, lo cual explica la existencia de hendidura palatina sin labio leporino.

Embriología de la lengua.- La lengua se ubica sobre el piso de la faringe hacia la cuarta semana.

El precoz desarrollo de la lengua le permite ser funcional temporalmente. Una de las funciones primordiales de la lengua antes del nacimiento, es la deglución del líquido amniótico. La lengua participa en forma permanente en el equilibrio neuromuscular de la región facial.



Anatomía

Boca: La cavidad oral es la primera porción del tubo digestivo, esta cumple las funciones de masticación, deglución, articulación y resonancia del habla, para que estas funciones se realicen la boca se divide en 2 partes: el vestíbulo y la cavidad bucal.

Labios: Son dos pliegues músculo-membranosos, flexibles, elásticos muy móviles, el principal músculo de los labios es el orbicular que tiene como función principal la articulación de la palabra, la mímica y la succión.

Inervación e irrigación de los labios: Todos los músculos de los 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.

Arcada Gingivodentales: Están formadas por las encías y los dientes, constituyendo la barrera que separa el vestíbulo de la cavidad bucal propiamente dicha.

Encías.- Son de color rosado y están recubiertas de tejido fibroso y una mucosa muy vascularizada, que se inserta en ambos maxilares y se interrumpen en los bordes de las apófisis alveolares, lugar donde se implantan los dientes.

Dientes.- Incrustados en los alvéolos dentarios de la mandíbula y del maxilar superior, sirven para la masticación y para la articulación del habla.

Tipos de dientes.- Se clasifican en cuatro categorías:

a) Incisivos.- Se localizan a cada lado de la línea media. Son en total, cuatro superiores y cuatro inferiores, su función masticatoria es la de cortar y en la emisión de sonidos son los más importantes y son primordiales como puntos de apoyo de los labios y de la punta de la lengua (fonemas dentales e interdentes).



b) Caninos.- Son dos superiores y dos inferiores, son perforadores y su función fundamental es desgarrar.

c) Premolares.- Son cuatro superiores y cuatro inferiores, apropiados para la trituración.

d) Molares.- Son seis superiores y seis inferiores. La función fundamental es la de moler y triturar.

• **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.

Paladar: Tiene dos porciones:

- Paladar duro.- Formado por las apófisis palatinas de los maxilares y las láminas horizontales de ambos huesos palatinos, que por detrás forman la espina nasal posterior que sirve de paso para el nervio nasopalatino, que recoge la sensibilidad del paladar y de los dientes.
- Paladar blando o velo del paladar.- Es un tabique músculo membranoso, de forma cuadrilátera, que cuelga de la parte posterior del paladar duro donde destaca, en la línea media, la úvula.

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



Músculos	Acción
Periestafilino externo o tensor del paladar.	Tensa el paladar; dilatación de la pared media de la trompa de Eustaquio.
Periestafilino interno o elevador del paladar.	Elevación del paladar blando durante la deglución y el bostezo; dilatación de la trompa de Eustaquio.
Glosoestafilino o palatogloso	Levanta la lengua y la tira hacia atrás; estrecha el istmo de las fauces (parte anterior de la orofaringe).
Palatofaríngeo.	Desciende el velo del paladar, eleva la faringe y la laringe, facilita la conducción del alimento hacia el interior de la faringe durante la deglución.

Suelo de la boca: El suelo de la boca está tapizado por mucosa. 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 y el vientre anterior del digástrico.

Lengua: Es un órgano musculoso, extraordinariamente móvil, recubierto de mucosa. Interviene en la masticación, degustación, deglución, articulación de las palabras, limpieza de la boca y gestos mímicos.

Morfología de la lengua: En la lengua se diferencian tres partes:

- Raíz: es una parte fija, se une mediante numerosos músculos, al hueso hioides, a la mandíbula, a la apófisis estiloides y al paladar.
- Cuerpo.
- Punta, llena la cavidad bucal y la ocupa totalmente en reposo.



En su cara inferior existe un pliegue de mucosa, el frenillo de la lengua. A cada lado del frenillo, hasta la punta de la lengua, existe un pliegue fimbriado y discurre una vena lingual profunda cubierta por la mucosa.

En la cara superior destaca un surco en forma de V abierto hacia delante que la divide en una parte anterior bucal y en una posterior faríngea. La cara superior de la lengua está cubierta, en toda su extensión, por pequeñas protuberancias que constituyen las papilas linguales. La parte posterior o faríngea de la lengua contiene la amígdala lingual.

Músculos de la lengua: En la lengua se distinguen los siguientes músculos:

- Extrínsecos: Tienen su origen e inserción en el exterior de la lengua y su inserción en el interior de la misma, son pares y simétricos.
- Intrínsecos: Tienen su origen e inserción en el interior de la lengua, son músculos que modifican la forma de la lengua.

Músculos Extrínsecos	
Músculos	Acción
Geniogloso	Empuja la lengua hacia delante y apoya la lengua al suelo de la boca.
Estilogloso	Levanta los lados de la lengua y la desplaza hacia atrás.
Palatogloso	Levanta la lengua y la desplaza hacia atrás.
Hiogloso	Hace descender los lados de la lengua y hace que ésta se desplace hacia atrás.

Músculos Intrínsecos	
Músculos	Acción
Superior longitudinal lingual	Alarga y acorta la lengua, dirige el vértice hacia arriba.
Inferior longitudinal lingual	Alarga y acorta la lengua, dirige el vértice hacia abajo.
Transverso lingual	Hace la lengua más estrecha y gruesa.
Vertical lingual	Aplana y hace más gruesa la lengua.

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.

Mandíbula

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 de la apertura bucal: Intervienen el vientre anterior del músculo milohioideo y el músculo geniohioideo. El músculo pterigoideo lateral tiene una actividad inicial en la apertura de la boca, que luego se sostiene y es inervado por ramas del nervio mandibular del trigémino.



- Músculos del cierre bucal: Es el movimiento de elevación de la mandíbula, intervienen los músculos masetero, pterigoideo medial y temporal.

a) Músculo temporal: Es fuerte e inervado por varios nervios temporales profundos procedentes del nervio mandibular del trigémino.

b) Músculo masetero: es importante para mantener la presión masticatoria.

c) Músculo pterigoideo medial: Actúa sinérgicamente con el músculo temporal y el masetero.

- Músculo de la protrusión mandibular.- Son los músculos pterigoideo lateral, medial y masetero.

- Músculos de la retracción mandibular.- Son los músculos digástrico y las fibras posteriores del músculo temporal. Además participan los músculos infrahioideos.

- Músculos de los movimientos laterales de la mandíbula.- Los movimientos de lateralidad de la mandíbula se realizan por contracción de las fibras posteriores del músculo temporal y de los músculos pterigoideo medial y masetero del lado opuesto.

Fosas nasales y nariz: Las fosas nasales y la nariz forman parte del sistema respiratorio, fonatorio y del sentido del olfato. Su especial configuración permite el calentamiento, humidificación, limpieza del aire inspirado y la resonancia del habla.

Constitución de las fosas nasales: Son dos cavidades separadas por el tabique nasal, están en estrecha relación y comunicación con los senos paranasales, rino y orofaringe, forman la caja de resonancia o instrumento fonatorio, formado por los pulmones, bronquios, tráquea y laringe. Dependiendo de su amplitud, forma y textura, se elaboran los diferentes tonos armónicos que conforman al final aquello que se denomina timbre de voz, el mismo que a su vez da las características peculiares fonatorias de cada ser humano. Cada una de las fosas nasales consta de tres regiones: vestibular, olfatoria y respiratoria.

a) Vestíbulo nasal: Es una ligera dilatación por dentro de la abertura del orificio nasal. Está cubierto por piel con glándulas sebáceas, sudoríparas y gruesos pelos que dificultan el paso de impurezas contenidas en el aire inspirado.



b) Región olfatoria: La región se circunscribe al cornete superior y zona intermedia del techo, en cuya mucosa se localiza las células receptoras del olfato. Los axones de estas células atraviesan los orificios de la lámina cribosa del hueso etmoides y forman el nervio olfatorio (I par craneal).

c) Región respiratoria: la región respiratoria comprende el resto de la fosa nasal.

Vascularización e inervación de las fosas nasales

La Vascularización arterial: Es debida a la existencia de una red de vasos situada debajo de la mucosa.

Las venas de las fosas nasales forman un plexo cerrado, situado debajo de la mucosa, especialmente evidente en la parte inferior del tabique y en los cornetes medios e inferiores.

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 latero vertebral.

Senos paranasales o faciales: Son cavidades neumáticas que prolongan las fosas nasales, con las que se comunican. Los senos, que se denominan de acuerdo con los huesos en donde se asientan, son cuatro: frontales, etmoidales, esfenoidales y maxilares.

Hay diferentes hipótesis que les confieren las siguientes funciones: estética, aligeramiento del hueso, protección, aislamiento térmico, regulación de la presión nasal y fonatoria. En realidad, no se ha demostrado ninguna de estas funciones y en cuanto a la fonación no está clara su función de resonancia, aunque es posible que



puedan tener una función de aislamiento fónico frenando las vibraciones óseas hacia la cóclea.

Nariz: Es la parte superior del tracto respiratorio y contiene el órgano del olfato.

Estructura de la nariz: 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 las ramas de los nervios oftálmico y maxilar del trigémino. La irrigación es por vasos nasales tributarios de los vasos faciales.

ETIOLOGÍA

La génesis causal de estas malformaciones no está todavía aclarada por completo, pero se puede demostrar una aparición familiar de estas anomalías.

Según LAGMAN el labio fisurado, con o sin paladar es de carácter hereditario y de preferencia en el sexo masculino.

Factores hereditarios: Por lo general se acepta que el factor etiológico principal del labio fisurado y factores hereditarios tienen carácter genético, aunque en algunos casos este ha sugerido como causa combinada genética y ambiental.

Factores ambientales: La administración de medicación, como cortisona y anticonvulsivos durante el primer trimestre de gestación aumenta el peligro de fisuras labio-palatales. Otra causa probable es el alcoholismo, radiaciones y virus. Algunos autores dan mucha importancia a la carencia de vitaminas A y B, al déficit de ácido fólico y la hipervitaminosis.

Stress Intrauterino: Ingalls afirma que las anomalías son malformaciones tardías por el stress intrauterino, ocurrido durante el desarrollo prenatal.

Combinación con otras deformaciones: Se dice que cerca de un 10% de los casos se hallan asociadas a otras malformaciones congénitas como hidrocefalias, defectos cerebrales, defectos cardiacos y malformaciones de las extremidades.

Por consiguiente no es de extrañar que la malformación de hendiduras, pueda ir acompañada de trastornos psíquicos, pero sin duda la gran mayoría de niños con hendiduras son normalmente dotados.

CLASIFICACIÓN

1. Disglosia Labial

Trastorno de la articulación de los fonemas por alteración de la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios. Pueden ser:

a) Fisura Labial o Labio Leporino: El labio leporino es una malformación congénita que abarca toda la escala de variedades, desde la simple depresión del labio hasta su hendidura total, estas últimas van asociadas a la hendidura alveolar y generalmente a la fisura palatina. Es considerada como una anomalía del desarrollo físico, tanto antes como después del nacimiento.

El labio leporino se desarrolla hacia la tercera semana fetal en embriones de 13mm y la hendidura palatina en la octava semana fetal en embriones de 30mm.

Clasificación de las fisuras labiales: Existen tantas clasificaciones como autores que han tratado este tema:

- ❖ Fisura unilateral incompleta con deformidad nasal.
- ❖ Fisura unilateral completa con deformidad nasal.
- ❖ Fisura bilateral incompleta con columela normal o sin ella.
- ❖ Fisura bilateral completa de un lado e incompleta del otro.
- ❖ Fisura bilateral completa con alteración de la columela y los focos frecuentes (fisuras medias).



EDAD IDEAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA FISURA DE LABIO

En la actualidad la tendencia mundial es operar el labio fisurado entre los 3 y los 6 meses de edad por las siguientes razones:

- Es menor el riesgo del niño en la intervención quirúrgica.
- Hay tiempo para estudiar al niño en forma completa.
- Permite el tratamiento ortopédico pre-operatorio especialmente en las formas bilaterales.
- Se puede operar sobre un labio más desarrollado.

Se toma en cuenta los siguientes requisitos:

- Operar entre los 3 y 6 meses.
- Alcanzar 5 Kg. de peso.
- Estado clínico normal.
- Estado proteico normal.
- Índice normal de hemoglobina (+10g).
- Maduración muscular del orbicular de los labios optima.

Cuidados postoperatorios después de la corrección de la fisura de labio

Después de la operación, se aplica antibióticos en todas las suturas de la piel, tres veces al día hasta el quinto día postoperatorio para proteger los agujeros de la sutura de una contaminación por las secreciones nasales. Un arco de logan con gran tensión mejorara el contacto entre las superficies y será de gran ayuda.



Se coloca férulas en los brazos con el fin de impedir que el niño se toque las heridas al despertar del sueño anestésico.

La alimentación se deberá administrar con una cuchara, vaso o jeringa aséptica.

Alimentación-Lenguaje-Habla: El niño con labio fisurado no puede succionar bien como los otros bebés, ni siquiera se le brinda la oportunidad de mamar por lo que ve imposibilitado realizar esta función teniendo que recurrir al uso de la sonda nasogástrica. De este modo los músculos de la succión, masticación y deglución, no serán sometidos a la ejercitación como en la mayoría de los bebés, por lo que más tarde presentaran problemas del lenguaje y habla.

Los procedimientos anormales de alimentación disminuyen las probabilidades de un aumento de peso y de un desarrollo fisiológico general normal siendo el niño propenso a sufrir resfríos e infecciones y así su desarrollo puede verse interrumpido por enfermedades frecuentes y graves, afecciones del oído que pueden conducir a una pérdida auditiva permanente que entorpecería el desarrollo lingüístico y social. Se puede observar que la mayoría de niños con este tipo de patología presentan retraso en el desarrollo del lenguaje, el mismo que puede ser producto del trauma psicológico de las cirugías, la sobreprotección, mimos y exceso de permisibilidad de los padres hacia el niño, lo que da como resultado alteraciones en la conducta y por ende en su personalidad.

Durante el habla, el labio superior queda inmóvil, mientras que el inferior tiene una movilidad normal. La situación de los músculos labiales hace que su contracción tienda a superar las comisuras labiales, pero la producción del labio superior hacia delante (o, u) es imposible. Es necesario mucho tiempo de ejercitación y masaje para obtener su movilidad.

b) Frenillo labial superior o hipertrófico: Es bastante frecuente e impide la movilidad normal del labio superior y produce un diastema entre los incisivos centrales.

Como consecuencia aparece una dificultad en la articulación de la /u/ /p/ /b/ y /m/. Las bilabiales son sustituidas por la labiodental /f/. También al absorber líquidos a través de un sorbete es imposible o difícil. El tratamiento es quirúrgico.



c) Fisuras del labio inferior: Esta malformación podría llamarse también **labio leporino inferior**, se acompaña generalmente de labio leporino superior, pero también se puede observar aisladamente, casi siempre aparece en la línea media.

d) Macrostomía o alargamiento de la hendidura bucal: Acostumbra ir siempre asociada a malformaciones de la oreja, como lesiones auriculares, atresia de pabellón auditivo externo y lesiones mandibulares. El tratamiento de esta patología es quirúrgico, la misma que debe efectuarse antes de que el niño comience a hablar.

e) Parálisis facial: Es frecuente en niños y resulta de un trauma obstétrico producido por el fórceps o por la compresión contra los huesos pelvianos o como consecuencia de afecciones supuradas del oído medio y de la mastoides.

La parálisis facial bilateral provoca trastornos articulatorios, la /p/ suena como /f/, la /m/ como /n/.

Las vocales también están afectadas por que las mejillas no tienen ninguna tensión y al faltar el movimiento labial de protrusión, la /o/ y la /u/ suenan impuras.



f) Neuralgia del trigémino: Las formas sintomáticas pueden ser debidas a afecciones dentarias o sinusales, afecciones óseas de la base del cráneo, tumores, abscesos o aneurismas intracraneales, meningitis y esclerosis de placas.

El síntoma característico es el dolor brusco, intenso, de una rama del trigémino, acompañado de vabicundez de la mitad de la cara, lagrimeo y sialorrea. El dolor puede ser provocado al masticar o al hablar.



g) Heridas: Las heridas de los labios producen una palabra borrosa ya que se encuentran afectados los fonemas bilabiales. Como tratamiento, se puede practicar masajes y ejercicios gimnásticos de los labios, procurando buscar el efecto compensador de las partes sanas.

B) Disglosia Mandibular

Es un trastorno de la articulación de los fonemas por alteración de la forma de uno o ambos maxilares. Puede ser de origen congénito, del desarrollo, quirúrgico y traumático. Dentro de esta patología tenemos:

a) Resección del maxilar superior: Esta operación se lleva a cabo en los procesos neoplásicos expansivos del maxilar superior. En algunas ocasiones puede faltar la mitad del paladar óseo y también parte del velo.

La palabra resultante tiene mucha resonancia nasal.

Tanto desde el punto de vista fonológico como estético es muy importante el tratamiento protésico previo o consecutivo.



b) Resección de la mandíbula: La resección del maxilar inferior puede ser ocasionado por heridas de guerra, accidentes de tránsito y por cirugía a causa de cáncer. En éstos pacientes se realiza primero una reconstrucción plástica y luego una rehabilitación logopédica.

c) Atresia mandibular: Es una anomalía congénita que consiste en un empequeñecimiento, que puede ser muy acentuado, de la mandíbula resultante de una detención en el desarrollo del maxilar inferior por causas congénitas. La atresia mandibular causa una desproporción de dimensiones entre la lengua y la cavidad bucal. La lengua resulta voluminosa en exceso, como si se tratase de una macroglosia (lengua grande); es empujada hacia la faringe porque todas sus inserciones han sido arrastradas hacia atrás, a la cual se le conoce como glosoptosis o deglución de la lengua. En ciertos casos puede representar un serio impedimento para la respiración.

d) Progenie: Consiste en la mandíbula inferior muy prominente y se pierde la articulación entre los dientes. Esta deformación impide una masticación normal por la mala oclusión dentaria y predispone a la caída prematura de los dientes por piorrea alveolar. En cuanto a la articulación se hace evidente el sigmatismo interdental. Si esta progenie produce importantes perturbaciones en la articulación habrá que pensar en una corrección de tipo ortodontista o quirúrgica y logopédica.

e) Disostosis maxilofacial: Es una particular malformación mandibular y asociada a otras anomalías, esta malformación empieza en la séptima semana de vida embrionaria.

C) Disglosias Dentales

Son trastornos de la articulación del habla por anomalías de la forma, presencia o posición de las piezas dentales.

Los trastornos de habla más frecuentes son los sigmatismos.

La formación de los dientes empieza al segundo mes de vida intrauterina, la clasificación de la zona inicia al cuarto mes, lo demás a partir del quinto mes hasta los tres años que deberá estar terminada la erupción temporal.

Las alteraciones más importantes son las anomalías ubicadas en la posición dentaria, la pérdida fisiológica en la primera dentición y en la vejez, los traumatismos o enfermedades de los maxilares y dientes.

DEGLUCION ATIPICA

Es la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias durante la deglución.

Si la lengua en reposo adopta la postura baja y adelantada durante la deglución hará una proyección anterior

Consecuencias de la deglución atípica en el habla

- Habla imprecisa, exceso de salivación, sigmatismo anterior o lateral.
- Alteraciones en cuanto al punto de articulación de fonemas anteriores.



Pronóstico: Las disglosias dentales tienen un buen pronóstico gracias al avance tecnológico de la odontología y las prótesis, pero además, habrá que mejorar los movimientos articulatorios.

Tratamiento: Deberá llevarse a cabo primeramente con el odontólogo, quien regularizará con ortodoncia los defectos o los suplirá por la prótesis. En otros casos habrá que hacer una reeducación de las posiciones articulatorias falsas.

D) Disglosia Lingual

La disglosia lingual es la alteración de la articulación de los fonemas por un trastorno orgánico de la lengua.

La rapidez, exactitud y sincronismo de los movimientos de la lengua son de vital importancia para la articulación.

a) Anquiloglosia: La punta de la lengua es relativamente muy corta, el frenillo parece por ello llegar a la punta de la lengua; sin embargo, el niño puede mover la lengua entre las encías.

El frenillo lingual corto, puede ocasionar un rotacismo. Aunque en la práctica se ha podido observar, niños con frenillo lingual sin ningún trastorno articulatorio. Actualmente se tiende a realizar primero el tratamiento logopédico y en caso de no superar el problema es sometido a frenulectomía y luego remitido nuevamente a terapia.



b) Parálisis unilateral: Se puede presentar parálisis de la lengua por lesión del nervio hipogloso. La parálisis unilateral del hipogloso ocasiona pocas molestias en los sonidos /d/, /t/, /l/, /s/.

La /r/ desaparece en todos los casos y es sustituida por un lambdacismo lateral, los sonidos linguales posteriores /g/ y /k/, pueden ser dificultosos; las vocales que se alteran son la /e/ /i/ y /o/, por ello el habla en general aparece borrosa, débil y de difícil comprensión.

c) Parálisis bilateral: La parálisis bilateral de la lengua puede ser producida por: siringobulbia, esclerosis lateral amiotrófica, parálisis bulbar, parálisis pseudobulbar y más raramente la tabes por neuritis de hipogloso.

La parálisis bilateral del hipogloso produce una alteración al masticar y en el hablar.

La lengua permanece inmóvil en el suelo de la boca. Casi todos los fonemas quedan desdibujados o confusos.

d) Fulguración lingual: Esta lesión es relativamente frecuente por introducir la punta de la lengua en un enchufe eléctrico. Debido a la humedad se produce una descarga eléctrica que quema la punta de la lengua y a los pocos días desaparece la escama y se producen serias hemorragias. Luego queda una pérdida de sustancia y una cicatriz que dificulta la articulación de los fonemas /s/, /l/, y /r/.

e) Glosectomía: Desprendimiento de escaras por quemaduras, por mordeduras del propio sujeto o amputaciones quirúrgicas generalmente por cáncer.

La porción amputada puede ser: la punta de la lengua, una mitad que es la semiglosectomía o toda la lengua que se conoce como glosectomía total. La pérdida total de la lengua produce una dificultad intensa para la emisión del habla.

Además en ocasiones los movimientos linguales producen dolor.



f) Malformaciones de la lengua: Las malformaciones congénitas de la lengua son debidas a una detención en el desarrollo embriológico. Los grados extremos se ven en recién nacidos no viables o monstruos. La detención en épocas más posteriores

se acompaña frecuentemente de anomalías en el sistema nervioso, en las extremidades o en el paladar.

g) Macroglosia: La lengua puede estar exageradamente aumentada de tamaño, fundamentalmente por tres razones:

1. Porque se haya instaurado un proceso patológico intrínseco en la musculatura lingual, como puede ser un proceso tumoral.
2. Por un proceso infeccioso inflamatorio (glotitis: inflamación de la lengua).
3. O por que la lengua da la impresión de ser grande, debido a que la cavidad bucal es pequeña.

Existe la macroglosia esencial, que se trata de una hipertrofia simple de la musculatura estriada de la lengua. Esta es constante en los niños mongólicos y en algunos oligofrénicos.

Esta lengua voluminosa va acompañada de una contextura rugosa y aframbusada de su mucosa.

Ésta patología obliga a mantener la cavidad bucal abierta y por lo tanto como consecuencia presenta sialorrea. La articulación de los fonemas está alterada en su precisión y rapidez.

Su tratamiento en todos los casos es la glosectomía parcial, para luego ser sometido a un proceso de rehabilitación logopédica.

Macroglosia (lengua más grande de lo normal)





h) Glosoptosis: Es la pérdida de la lengua hacia la faringe, puede producir serias dificultades respiratorias. Acostumbra ir acompañada de otras malformaciones bucales.

Pronóstico: El pronóstico de las logopatías por lesiones linguales es en general bueno. La suplencia de otras masas musculares mejora mucho la palabra, incluso la masticación y la deglución.

Tratamiento: La musculatura lingual restante, puede reforzarse con masajes y gimnasia activa, contra resistencias que ejercemos por medio de baja lenguas.

E) Disglosia Palatal

Es la alteración de la articulación de los fonemas causada por trastornos orgánicos del paladar óseo y del velo del paladar.

a) Fisura Prepalatina: Comprenden el paladar anterior, los alvéolos, el labio, el suelo del orificio nasal y el ala de la nariz. Son unilaterales o bilaterales, aunque raramente inciden en la línea media. Probablemente puede cerrarse en cualquier momento antes de los cuatro o cinco años de edad, según las prioridades. Entre estas prioridades figuran las probabilidades quirúrgicas, el defecto de una abertura anterior sobre la fonación, los proyectos de movilización de segmentos alveolares en esta edad, la facilidad y eficacia de mantener la obturación con una concha dental y las decisiones relativas al injerto óseo precoz o al cierre con el denominado injerto óseo sin hueso.

El retraso en el cierre de las fisuras da lugar a considerables dificultades para mantener la obturación protésica, y ocasiona también problemas para la articulación anterior del lenguaje, pero no evita los problemas de la mala oclusión.

b) Fisuras Palatinas: Situadas detrás del agujero incisivo, se clasifican también en completas o incompletas, totales y subtotales, según se prolonguen por toda la extensión del paladar blando y duro o solo parte de ellas.



Cierre del paladar blando: Se cierra quirúrgicamente entre los 3 y 6 meses de edad. Según han señalado SEHWECKENDIEK y SLAUGHTRE, esto podría tener una ventaja efectiva en el desarrollo funcional del mecanismo del lenguaje. Además del cierre del paladar blando parece tener efecto favorable sobre la incidencia de la otitis media, el cierre precoz podría ser beneficioso en este aspecto.

La colocación de una prótesis dentaria es otra forma de cerrar el paladar blando y se aconseja en los casos de defectos muy amplios y en los que se disponen de poco tejido para la reconstrucción. También es aconsejable la prótesis dentaria en los pacientes de más edad, cuyos tejidos han sufrido una atrofia como consecuencia del mal uso, en los enfermos, cuyo paladar ha sido mutilado por una cirugía incompetente y en los pacientes que presentan problemas médicos tan graves que contraindican el tratamiento quirúrgico. En general la fonación ha sido mejor en un más alto porcentaje de enfermos en los que el paladar fue cerrado quirúrgicamente que en los tratados con prótesis dentarias.

c) Paladar Corto: Es un estado congénito en el que el paladar corto aunque se mueve bien no alcanza la pared posterior de la faringe. El paciente tiene un gran escape de aire nasal durante el habla, es incapaz de soplar con fuerza, a pesar de la falta de cierre nasofaríngeo algunos de ellos respiran por la boca, los fonemas más alterados son: /k/, /g/, /x/, el trastorno fonético no es proporcional a la insuficiencia. Los pacientes no pueden soplar o silbar; en cambio, pueden hacerlo cuando se pinzan las narinas. A veces se observa muecas cuando hablan; no pueden beber rápidamente, son frecuentes las afecciones del oído medio y cierto retraso mental.

d) Paladar Largo: Son aquellos velos que se insertan muy bajos en el pilar posterior, gruesos y poco móviles, provocan con facilidad la rinolalia cerrada y sobre todo, ronquidos durante el sueño, en estos casos la úvula contacta con la base de la lengua y la epiglotis, lo que produce un cosquilleo incesante, tos, irritación de la laringe, sensación de cuerpo extraño, etc. El velo muy fuerte y engrosado puede producir una rinofonía cerrada funcional. Puede verse acompañada de una leptopropia con fosas nasales estrechas y cavum pequeño y aplanado, que favorece más la rinofonía cerrada.

e) Úvula bífida: No se acompaña de una incompetencia velofaríngea y puede heredarse en forma de una fisura palatina.

f) Fisura Submucosa: Durante la exploración se puede observar la parte media del tercio posterior del paladar blando, tiene un aspecto muy delgado, además puede palpase una escotadura en el borde posterior del paladar duro.

g) Paladar Ojival: Indica la existencia de una insuficiencia respiratoria nasal por una probable existencia de adenoides. El paladar ojival puede favorecer la producción de dislalias en la /t/, /d/, /l/ y /r/



Alteraciones que acompañan a la fisura palatina:

- Alimentación
- Permeabilidad de las vías respiratorias.
- Audición.
- Trastornos en el lenguaje, habla y resonancia.
- Posibilidad de otras malformaciones.

Alimentación

La alimentación en estos niños con paladar fisurado es muy difícil porque causa una incapacidad en la succión, aunque el niño realice los movimientos adecuados. Puesto que la deglución no suele estar afectada, es posible administrar una adecuada nutrición cuando la leche u otros alimentos blandos se depositan en la parte posterior de la cavidad bucal.

En este tema, es muy importante instruir a las madres para que tomen parte activa y enseñar cuán difícil puede resultar una alimentación adecuada. En este momento el niño, para sobrevivir depende más de su madre que de cualquier otra persona.

Permeabilidad de las vías respiratorias: La respiración suele ser un problema, especialmente si el mentón se halla en retroposición, mentón corto, micrognatia y mandíbula saliente. La función del geniogloso se pierde y la lengua cae hacia atrás, en parte o en su totalidad obstruyendo las vías respiratorias durante la inspiración.

Enfermedades del oído medio: El oído medio suele estar afectado si hay una fisura palatina. Un examen minucioso nos puede revelar la presencia de un líquido anormal más allá del tímpano en un 99% o un 100% de los casos. En la mayoría de los casos este líquido es muy espeso pero estéril, también se encuentra a menudo pruebas de una infección prolongada, en niños mayores. Una mal función de la trompa de Eustaquio, parece ser la causa de este trastorno.

Los niños con fisura palatina tienen una pérdida auditiva permanente de los 30 a 40 dB., con una incidencia del 40 al 50% en uno o en ambos oídos.

F) Disglosia Nasal

a) Desviación Septal: Son por causas traumáticas y en baja proporción por malformaciones congénitas. Esta patología produce una rinolalia cerrada.

**b) Rinitis**

Son todas aquellas afecciones inflamatorias, alérgicas o infecciosas de las fosas nasales, que pueden ser agudas o crónicas, produciendo una rinolalia cerrada.

c) Cuerpos extraños

Durante la edad pre-escolar, las fosas nasales se encuentra obstruidas por pedazos de esponja, algodón, borradores, bolitas, pepas de naranja, etc. Produciendo una rinolalia cerrada.

d) Tumoraciones

Pueden ser benignas o malignas produciendo una rinolalia cerrada.

CONSECUENCIAS

- Físicas: Pueden ser las cicatrices debido a intervenciones o extirpaciones quirúrgicas.
- Psicológicas: Puede verse afectado por el aislamiento social y/o exclusión, depresión o complejos.

TRATAMIENTO

Los integrantes del equipo multidisciplinario están de acuerdo en la intervención temprana del logopeda en cada uno de los trastornos orgánicos que causan disglosias.

- **Labios:** En los labios es importante tener en cuenta la cantidad de tejido que poseen, así como la presencia de cualquier asimetría. Puede haber evidencia de un labio leporino reparado.

Además se debe observar la estructura, el tono muscular y la motricidad adecuada para la correcta pronunciación de los diferentes sonidos. Se debe realizar los siguientes ejercicios para el tratamiento logopédico de los labios, con la finalidad de lograr el máximo funcionamiento, el mismo que facilitará la articulación de los fonemas:



- Apretar los labios y aflojarlos sin abrir la boca.
- Proyectar los labios unidos y seguidamente, manteniéndolos unidos, estirar la boca como si fuera a sonreír.
- Morderse el labio inferior con los dientes superiores e inversa.
- Sostener una paja, un pito o cualquier otro objeto, solo con los labios.
- Rápidos movimientos de unión y separación de los labios articulando la /p/.
- Inflar las mejillas y apretarlas con las manos y hacer explosión con los labios.
- Hacer chasquear los labios con el sonido del beso.
- Vibración de los labios imitando el sonido de la moto.
- Ejercicios de soplo (velas, papel picado, sorbete, etc.).
- Juego de botones: Consiste en coger dos botones y juntarlos mediante un hilo largo. El niño se introduce uno de los botones entre los labios y los dientes tratando de sujetarlo bien con los labios para que la persona que tiene el otro botón al tirar, no se lo quite.

• **Lengua:** La lengua juega un papel fundamental en la articulación de los fonemas. Debemos tener en cuenta el tamaño de la lengua en relación al tamaño de la cavidad oral, así como su configuración especialmente en casos en los que se ha realizado una glosectomía por tratamiento de cáncer.

El logopeda debe observar la flexibilidad y agilidad con que el paciente puede mover la lengua en todas las direcciones para descartar un signo de parálisis, dispraxia lingual o disartria, además hay que observar si existe temblor, movimientos distónicos o de rigidez de la misma.

Los ejercicios que se pueden realizar son los siguientes:

- Sacar la lengua lo máximo posible y volverla a dentro de la boca en movimientos repetidos a distintos ritmos.
- Sacar lo mínimo posible sin abrir la boca de forma que solo aparezca la punta entre los labios.



- Realizar movimientos verticales de la lengua, subiéndola y bajándola y apoyando su punta en el centro del labio superior e inferior respectivamente.
- Sacar la lengua y doblarla juntando sus bordes laterales, formando un canal longitudinal.
- Con la boca abierta, pasar la punta de la lengua por el borde de los incisivos superiores e inferiores, como si estuviéramos limpiándolos.
- Dirigir la lengua a los lados de la boca apoyando la punta en la cara interna de las mejillas sucesivamente (caramelito).
- Movimiento giratorio de la lengua con la punta entre los labios y el sistema dentario. Primero se realiza en un sentido y luego en el contrario.

Tratamiento Logopédico en la Fisura Palatina:

El tratamiento de las fisuras palatinas es facilitar la recuperación de la palabra normal en el paciente.

Es importante que el niño desde el nacimiento sea valorado por el logopeda, quien será la persona encargada de instruir a los padres en la manera de como deberán alimentarlo y de esa manera estimular las funciones prelingüísticas (succión, deglución y masticación) que serán necesarias para la adquisición y desarrollo normal del lenguaje expresivo.

En los niños operados de fisura palatina además de la reeducación de la articulación y el timbre nasal, hay que hacer la corrección de los trastornos sobreañadidos que son:

- **La reeducación de la respiración**

Los niños tienen una respiración insuficiente, debido a una inercia de los músculos respiratorios, muchos de ellos presentan adenoides.

La técnica de respiración, empieza por aumentar la capacidad respiratoria y controlar el tiempo de espiración, luego enseñamos al niño a soplar y por último aplicamos este aire vocal a la fonación.



Ejercicios a realizarse:

- Luego de trabajar en inspiraciones lentas y profundas hacemos que emita la /a/. Hacemos el mismo ejercicio con la /m/.
- Después de una inspiración lenta y profunda, retener el aire en los pulmones con la nariz y boca abierta.
- Soplar entre el labio inferior y los incisivos superiores para obtener una /f/.
- Realizar ejercicios de gárgaras con agua.

Funcionamiento anormal de los músculos fonatorios.

Audición insuficiente: Es importante enseñar ritmo, entonación y cantar canciones sencillas, todo lo que ayude a educar el oído musical del niño, una buena discriminación auditiva tiene una gran importancia para la mejoría del habla.

Corrección del Golpe Glótico:

- ❖ Inspirar por la nariz.
- ❖ Emitir la /p/ deliberadamente, entreabriendo los labios.
- ❖ Con la nariz ocluida pronunciar /a/, /p/, /a/, /p/.
- ❖ Pronunciar /p/, /la/, /p/, /la/.

Corrección de la Fuga de Aire Nasal:

- ❖ Expulsar el aire por la boca haciendo vibrar los labios brrrrrrrr.
- ❖ Retener el aire por el solo esfuerzo de los músculos respiratorios.

Corrección de la Rinofonía:

- Provocar excitaciones de la úvula para producir un movimiento nauseoso y la elevación del velo.



- Hinchar las mejillas a toda presión con los labios bien cerrados.
- Emitir vocales a grandes gritos.
- Masajes en la pared faríngea, para desarrollar el rodete de Passavant.

Corrección del Ronquido Nasal:

Para eliminar el ronquido nasal, hay que evitar; que la lengua se coloque demasiado atrás, separar los dientes para que el niño no hable con los dientes apretados y evitar que el labio superior descienda.

Tratamiento Logopédico del Velo del Paladar:

- Los ejercicios de soplo son muy divertidos para los niños, por lo que se recomienda utilizar burbujas de jabón, inflar globos, soplar papel picado, soplar molinos de viento, etc. Esto nos ayuda y obliga a los niños a tener una respiración lenta, regular y controlada.
- El bostezo estira y ejercita el músculo del velo del paladar, por lo que le pedimos al niño que al momento de bostezar emita las vocales.
- La movilidad del velo se estimula haciendo pronunciar alternadamente una vocal y una nasal (aaa, ñññ, aaa, ñññ).
- Silbar melodías sencillas primero con la nariz ocluida y luego destapada.
- Beber líquido con ayuda de un sorbete, puesto que nos ayuda a la sincronización de la respiración (boca- nariz).
- Los ejercicios de ronquido son muy útiles para aprender a corregir la corriente aérea y manejar el esfínter nasofaríngeo.

DISARTRIA

Etimológicamente el término disartria se deriva del griego dys = defecto y arthon =articulación. Así pues definimos a la disartria como una alteración de la articulación



propia de lesiones en el Sistema Nervioso Central (SNC), así como de enfermedades de los nervios o de los músculos de la lengua, faringe y laringe, responsables del habla.

Darley define a la disartria como un trastorno del habla secundario a una parálisis, debilidad o incoordinación de los músculos del habla, y debido a un problema neurológico. Esta definición incluye cualquier síntoma secundario a un trastorno motor de la respiración, la fonación, la resonancia, la articulación y la prosodia.

Los músculos fonatorios pueden presentar los mismos trastornos de la motricidad que los músculos esqueléticos, flacidez y espasticidad.

La respiración proporciona la materia prima para el habla. Los músculos espiratorios producen la exhalación de la corriente de aire. El ciclo inspiración-espriación de la respiración se encuentra alterado durante el habla. Durante la fonación, el aire de la espriación provoca la vibración de las cuerdas vocales de la laringe en aducción.

La resonancia es amplificación selectiva del tono vocal; la faringe, la cavidad bucal y la cavidad nasal sirven como resonadores. Si la cavidad nasal se junta con otras cavidades, el resultado es un tono nasal definido.

La corriente de aire productora de sonido pasa de la zona laríngea a la región laríngeo-faríngea y a la faringe oral, donde se va a realizar toda la división del material fónico. En estas zonas se encuentran los órganos, por medio de los cuales se va a producir la articulación del sonido, siendo la boca el centro de todos ellos.

La articulación consiste en contracciones de la faringe, el paladar, lengua y labios que interrumpen o alteran los sonidos; el defecto articulatorio y de fonación se reconoce durante la conversación o la lectura en voz alta.

Disprosodia es el trastorno del acento, del ritmo, la rapidez y el tono.

La prosodia comprende todo lo relacionado con ritmo y rapidez del acento y del tono de los fonemas, las sílabas y las palabras.

MORFOLOGÍA

Para clasificar a la disartria se toma en consideración la ubicación de la lesión, por este motivo es necesario hacer un breve estudio de la anatomía de las estructuras de la neurona motriz superior e inferior (vía piramidal), los ganglios basales (vía extra piramidal), cerebelo y pares craneales, que intervienen en el habla; estructuras que están afectadas en la disartria.

Vía Piramidal: o neurona motora superior

Tiene su soma en la circunvolución precentral. A nivel del bulbo, la mayoría de los axones se cruzan al lado opuesto; los axones descienden por la médula, haciendo sinapsis en el asta anterior con la neurona motora inferior. Varias raíces pueden unirse formando plexos de donde salen nervios. La lesión de la neurona motora superior puede provocar una parálisis espástica y reflejos hiperactivos.

Función de la vía piramidal o neurona motora superior

Regula la motilidad muscular, tiene el control y regulación del funcionamiento de las astas anteriores de la médula espinal, cuya función es mantener una hipertonía, hiperreflexia y trofismo muscular. Al lesionarse el circuito piramidal hay aumento de las funciones: hipertonía e hiperreflexía.

La neurona motora inferior

Se localiza en los núcleos motores somáticos de los nervios craneales y en las astas anteriores de la medula espinal. Toda lesión de la neurona motora inferior deteriora las vías finales que provocan las contracciones musculares, los músculos presentan hipotonía o flacidez.

Vía Extrapiramidal

Este sistema motor está formado por los núcleos de la base que se encuentran alojados en los hemisferios cerebrales, los núcleos y los tractos extrapiramidales que se encargan de regular el tono muscular, necesarios para la postura y el cambio de posición. A este nivel las lesiones causan movimientos discinéticos y pueden desembocar en dos tipos de disartrias: hipocinética y la hipercinética. La enfermedad



de Parkinson es un ejemplo de enfermedad del sistema extrapiramidal, se caracteriza por alteración del tono muscular, temblor y rigidez.

Función de la vía extrapiramidal: Mantiene el balance, postura y equilibrio mientras se realizan movimientos voluntarios. También controla movimientos asociados o involuntarios. Este sistema tiene por función el control automático del tono muscular y de los movimientos asociados que acompañan a los movimientos voluntarios.

Cerebelo: El cerebelo es una región del encéfalo cuya función principal es la de integrar las vías sensitivas y las vías motoras. Precisa y controla las órdenes de la corteza cerebral. Toda lesión dirigida al cerebelo y/o a sus tractos provoca un cuadro llamado ataxia y los síntomas motores del habla se denominan disartria atáxica.

Pares craneales que intervienen en el habla

Los pares craneales son de mucha importancia en el estudio de las patologías del habla, lenguaje y audición, debido a que los siete de estos se encuentran vinculados directamente con estos procesos.

a) Nervio Trigémino (V par)

Es un nervio de carácter sensitivo y motor. Las fibras sensitivas recogen la sensibilidad de toda la cara, mucosas y dientes. Las fibras motoras del V par inervan los siguientes músculos:

- Masticatorio (masetero, temporal y pterigoideo).
- Periestafilino lateral o tensor del velo del paladar.
- Milohioideo, o músculo del suelo de la boca.
- Parte del digástrico.
- Músculo del martillo.

El papel de este nervio es indispensable en los actos comunicativos.



b) Nervio Facial (VII par): Es un nervio con componente motor, sensorial y secretor. Establece estrechas relaciones topográficas con el odio medio e interno, lo que explica su vulnerabilidad en afecciones o intervenciones quirúrgicas del órgano de la audición.

El núcleo motor del VII par craneal envía fibras nerviosas para inervar toda la musculatura de la cara. Las fibras motoras del facial desempeñan un papel comunicativo importante, los movimientos labiales son esenciales para la realización de los fonemas anteriores, por el soplo y la succión. La expresividad mímica corre a cargo por entero del facial, con ayuda del V para craneal, para los movimientos mandibulares.

c) Nervio Auditivo o Vestíbulooclear (VIII par): Está constituido por dos sistemas de fibras que se encuentran “unidas” en un único tronco nervioso; estos son el nervio coclear o nervio de la audición y el nervio vestibular o nervio del equilibrio, coordinación y orientación en el espacio. Estos nervios se originan en receptores periféricos separados y tienen distintas y difusas conexiones centrales.

Nervio Vestibular: Se sitúan en el neuroepitelio de las crestas ampulares de los canales semicirculares y en la mácula del utrículo y sáculo en el oído interno.

Estos órganos están situados en el interior del peñasco del hueso temporal, forman parte del laberinto membranoso en estrecha relación con el caracol y ocupados por la endolinfa. Las fibras de los canales semicirculares se estimulan por la posición de la cabeza y las del utrículo y sáculo por la acción de la gravedad directamente. Las lesiones del aparato vestibular originan vértigos, disequilibrios posicionales del cuerpo y nistágmus o movimientos rítmicos, involuntarios y conjugados de los globos oculares.

Nervio Coclear: Se localiza en el órgano de Corti dentro de la cóclea en el oído interno. Esta vía es tanto homolateral y parcialmente cruzada; en su trayecto emite una serie de reflejos auditivos:



- Volver la cabeza y ojos hacia la dirección del ruido.
- Movimientos mímicos (cierre ocular) de la hemicara del lado de procedencia del ruido.
- Orientación del pabellón auricular (animales). Estos reflejos son posibles gracias al VI, III, IV, VII, XI pares y nervios cervicales.
- Contracción del músculo del martillo (tensor del tímpano) a cargo del V par.
- Contracción del músculo del estribo (estapedio), a cargo del VII par. Son reflejos de protección ante estímulos sónicos muy intensos.
- Reflejos vegetativos, vasomotores, etc., ante ruidos intensos, imprevistos, terroríficos. Interviene el hipotálamo.
- Miccional. A través de la sustancia reticular.
- Afectivo-emocionales.

d) Nervio Glosofaríngeo (IX par): Se distribuye principalmente en la lengua y la faringe. Este nervio comparte núcleos y funciones con el nervio vago (X) y el accesorio (XI). Tiene una porción motora, sensitiva y vegetativa. La parte motora inerva el músculo estilofaríngeo y constrictor medio de la faringe. La parte sensorial lleva aferencias de carácter gustativo y exteroceptivas generales procedentes de la faringe y velo del paladar, amígdalas, trompa de Eustaquio, oído medio, laringe, tráquea, bronquios y esófago. Participa en un gran número de mecanismos reflejos del organismo, como la tos, la deglución y las náuseas.

e) Nervio Neumogástrico o Vago (X par): Tiene componente motor, sensitivo y vegetativo parasimpático. La parte motor, inerva los músculos estriados del paladar blando, faringe y laringe, por lo que tiene a su cargo la contracción del velo del paladar, de las cuerdas vocales y de la faringe en colaboración con el nervio glosofaríngeo. La parte sensitiva transmite sensaciones gustativas procedentes de todas las vísceras.

f) Nervio Espinal o Accesorio (XI par): Es un nervio exclusivamente motor. Las fibras de origen bulbar se unen al nervio vago, de ahí su denominación alternativa de accesorio del vago, y son las que realmente inervan la laringe. Las fibras de origen



medular controlan el movimiento de los músculos esternocleidomastoideo del cuello y trapecio del hombro.

Las relaciones tanto anatómicas como funcionales de los nervios craneales IX, X y XI par son muy estrechas y tienen una gran repercusión sobre los mecanismos de producción del habla.

g) Nervio Hipogloso (XII Par): Es el nervio motor de la lengua.

De todos los músculos de la lengua los más importantes son.

Geniogloso: lleva la raíz de la lengua hacia delante y protruye la punta.

Hipogloso: Retrae la lengua.

Estilogloso: lleva la lengua hacia arriba y atrás.

SEMIOLOGÍA

Las formas de enfermar del sistema nervioso se pueden englobar en un conjunto de síndromes, que se manifiestan en los músculos de los órganos de la fonación.

1. Síndromes Periféricos:

a) Miopatías:

Síndrome Miasténico: La característica esencial de este síndrome, es la disminución de la potencia muscular, que va progresando y aumentando con el ejercicio. En el habla la reacción miasténica se pone de manifiesto en que el enfermo se fatiga progresivamente en la conversación.

Va disminuyendo su emisión de voz, apagándose lentamente y haciéndose muchas veces nasal por la parálisis velopalatina. La lengua casi nunca se afecta.



Síndrome Miopático-Paralítico: Este casi nunca afecta los órganos fonatorios. El trastorno viene determinado por la parálisis de la musculatura de los labios, con una dificultad para las oclusivas bilabiales.

b) Neuropatías:

Síndrome Sensitivo: Se caracteriza por una anestesia del territorio correspondiente a la inervación sensitiva del nervio. Se pone de manifiesto en la musculatura de la cara, pero no en los órganos de la fonación.

Síndrome Motor: Se caracteriza por: parálisis, hipotonía, atrofia muscular y fibrilaciones o fasciculaciones.

Parálisis: La pérdida de la potencia muscular depende del número de neuronas o de fibras nerviosas destruidas puede o no existir una recuperación neuronal, el tiempo máximo probable de esta recuperación es de seis meses; si transcurrido este tiempo el músculo no se recupera, podemos considerar que la recuperación ya no se producirá.

Hipotonía: Este trastorno se presenta cuando el tono muscular está disminuido o ausente, quiere decir que el músculo que da sin tono, flácido y sin oponer resistencia en su estiramiento.

Atrofia Muscular: Otra de las consecuencias de la interrupción del impulso nervioso es la atrofia de las fibras musculares. La atrofia no aparece en el mismo momento en que se produce la denervación, sino que se va produciendo lentamente. Las fibras musculares degeneran, el músculo se va adelgazando y desapareciendo su relieve.

Fasciculaciones: Las fasciculaciones son contracciones aisladas y espontáneas de algunas fibras de un músculo, visibles a través de la piel o de las mucosas. Se llaman fibrilaciones cuando se contraen solo escasas fibras, y fasciculaciones cuando es mayor el número de ellas.



2. Síndromes Centrales: Los trastornos motrices secundarios a una lesión del sistema nervioso central hacen referencia a alteraciones del tono muscular, a alteraciones del movimiento o a fallos o detenciones de la madurez psicomotriz.

Los tipos de trastornos que pueden manifestarse en los órganos fonatorios son los siguientes:

a) Trastornos del Tono Muscular:

Hipertonía: La hipertonía consiste en aumentos del tono muscular que se ponen de manifiesto tanto en el tono de reposo como en el de actividad.

Esencialmente son de tres tipos: la espasticidad, la rigidez y la tensión.

La **espasticidad** consiste en un aumento del tono muscular de tipo elástico, es decir, que si flexionamos un músculo y lo soltamos, éste vuelve a su posición inicial.

La **rigidez** es también un aumento permanente del tono pero la resistencia al estiramiento se presenta en todas direcciones. Esta situación da lugar a una hipocinesia (disminución del movimiento), una bradicinesia (lentitud del movimiento) y una hipomimia o una completa amimia (disminución o pérdida de la expresividad).

La lengua rígida es una lengua “perezosa”, dura al tacto, que presenta grandes dificultades de desplazamiento activo, pero cuando lo realiza, lo hace con lentitud; no obstante, alcanza el punto deseado.

La **tensión** se caracteriza por ser una hipertonía variable, que aparece y desaparece en determinadas situaciones.

Hipotonía: La hipotonía consiste en una anormal disminución del tono muscular permanente. Se pone de manifiesto por el aumento de la pasividad muscular, es decir, por una disminución de la resistencia que opone a su estiramiento.



Distonías y Espasmos: Las distonías consisten en aumento exagerado del tono de un grupo de músculos. Cuando aparecen de forma brusca se les denomina espasmos. Pueden afectar a los músculos de la cara, labios, lengua, glotis, laringe y diafragma.

Actividad Tónico postural Anormal: La actividad tónica mediante la cual, normalmente permanecemos con la boca cerrada y los labios en contacto, falla. Conjuntamente se produce en estos casos un fallo de la deglución espontánea de la saliva, provocando el babeo frecuente.

Dismimia: Son las alteraciones de la expresión gestual, se aprecian exageraciones del gesto y una actividad mímica anormal.

Trastornos del Movimiento

a) Movimientos Anormales: Se les llama también involuntarios porque aparecen “espontáneamente”, escapando al control de la voluntad. Carecen de finalidad objetiva e incluyen:

- ❖ *Movimientos Coreicos:* Son movimientos bruscos, breves, irregulares y desordenados, discontinuos, súbitos y sin ritmo.
- ❖ *Movimientos Atetósicos:* Son movimientos disrítmicos involuntarios lentos y continuos y desaparecen durante el sueño. Se aprecian en los dedos de las manos, en cara, labios y lengua, y en los dedos del pie.
- ❖ *Temblor:* El temblor es definido como movimientos involuntarios alternantes, agonistas-antagonistas, de amplitud limitada y ritmo poco variable. Desaparecen con el reposo absoluto y con el sueño y se exageran con las emociones y la tensión psíquica

b) Paresias y Parálisis: Se llama paresia a la disminución de la fuerza muscular, y parálisis a la pérdida completa de dicha fuerza. El músculo o músculos paralizados pueden poseer una potencia normal cuando realizan movimientos involuntarios o bien toman parte en un espasmo y, no obstante, son capaces de contraerse voluntariamente, o lo hacen con poca fuerza.



c) Sincinesias: Las sincinesias son movimientos involuntarios que ocurren en una parte del cuerpo, al momento que ocurren movimientos voluntarios o reflejos de otros segmentos. Son una manifestación característica de una organización anómala de la motricidad.

d) Ataxia: La ataxia es un fallo de la coordinación de los músculos que intervienen en cada movimiento. Cada músculo, o no realiza su cometido, o lo realiza en un momento inadecuado. El movimiento resultante aparece incordiando, sin seguir una dirección adecuada, con sacudidas y oscilaciones o no alcanzando el punto final preciso. La ataxia o incoordinación del movimiento puede ser debida:

Fallo de información: Cuando existe un trastorno de la sensibilidad profunda, el sistema nervioso cerebral carece de información precisa de la situación de cada músculo y por consiguiente no puede ajustar con corrección, la actividad que debe realizar.

Fallo de la coordinación: Se debe a que en el cerebelo existe un fallo, dando lugar a una incoordinación o ataxia en sentido estricto. Este tipo de ataxia provoca un fallo de las sinergias motoras (asinergia), un fallo de la magnitud de la contracción muscular (dismetría), y un fallo en el tiempo, decir, del momento adecuado en que debe producirse cada acción muscular (diadococinesia).

La incoordinación o ataxia de los músculos fonatorios da como resultado un lenguaje lento, con interrupciones silábicas, disprosódico, explosivo y a veces confuso y pastoso, que recibe el nombre de la palabra escandida.

e) Apraxias y Dispraxias: *“La apraxia consiste en un trastorno de la motricidad que no se refiere ya a un fallo de la realización del acto motriz, ni a la persistencia de esquemas motrices anómalos, sino a un fallo de la propia organización del acto motriz”.* No se realiza por que el enfermo no es capaz de organizarlo, a pesar de que “puede hacerlo, por la indemnidad de los elementos que deben ejecutar la acción” y a pesar de “que sabe lo que quiere hacer”. No es, pues, un fallo de comprensión, ni un fallo de acción. Se describe las variedades de la apraxia de la siguiente manera:



Apraxia Sensoriocinética: Se manifiesta en un sujeto que conoce la finalidad de la acción y que puede describir su desarrollo, pero no puede realizar el acto.

Apractognosia Somatospinal: Se caracteriza por una desorganización de las relaciones del cuerpo con el espacio, implicando un desorden en el desarrollo espacial del acto, mientras que la sensoriomotricidad se conserva.

Apraxia de la Formulación Simbólica, está ligada a una desorganización general de la actividad simbólica y categorial, con alteración del proceso de abstracción que frecuentemente va unida a trastornos de la formulación verbal.

El trastorno práxico es siempre bilateral.

Si la apraxia es motora, el enfermo realiza movimientos inadecuados para el acto motriz que pretende realizar. Cuando la apraxia es ideatoria, se omiten partes de la acción o bien se realizan en una sucesión errónea. Se llama parapraxia cuando el enfermo realiza el movimiento correcto en sí mismo pero no tiene relación con la orden que se le ha dado, por ejemplo, él paciente saca la lengua cuando se le pide que cierre los párpados.

La dispraxiabucolingoufacial da lugar a una dificultad o imposibilidad de realizar un conjunto de actividades gestuales y mímicas voluntarias.

Klein y Mayer –Gros (1960) sugieren la siguiente lista de actos de difícil realización por el apráxico, que es utilizable semiológicamente como ficha exploratoria:

“Silbar, sacar los labios hacia adelante; movimientos expresivos como reír o gritar, guiñar los ojos, cerrar un ojo separadamente; gestos de olfatear, mirar con el ceño, hinchar las mejillas. Sacar la lengua, movimientos laterales de la misma, tomar con la punta de este órgano el paladar, abrir y cerrar la boca, movimientos laterales del mentón, rechinar los dientes, carraspear, inclinar y extender la cabeza, toser, etc.”

Cuando la apraxia es la responsable de la alteración del lenguaje, va acompañada de estas manifestaciones de apraxia bucofacial. El enfermo no puede o le es difícil organizar los fonemas o las palabras. No obstante el acto motriz fonético

espontaneo lo realiza mejor que cuando se le sugiere detalladamente la colocación de la lengua, de los labios, etc. Esta diferencia hace patente su imposibilidad para organizar el esquema motriz que da como fruto el fonema.

Trastornos de la maduración psicomotriz

Los niños cuya lesión cerebral ocurre en la vida intrauterina, en el nacimiento, o bien en la primera infancia, presentan perturbaciones secundarias a la localización de sus lesiones y un retraso o detención de la maduración del lenguaje. Todas las actividades orofaríngeas están alteradas. Las experiencias orales del niño son distintas a las del normal. Tanto la calidad psicológica como la gnósica de su oralidad son significativamente diferentes. El “ejercicio” de la musculatura orofaríngea se circunscribe a actos muy elementales y, motrizmente poco elaborados. Se comprende, pues, que la propia actividad fonatoria, independientemente de los trastornos motores concretos que la dificultan, no realicen el proceso madurativo normal.

ETIOLOGÍA

Las dificultades en la elocución del lenguaje por trastornos neurológicos pueden ser originadas por todas las causas capaces de enfermar el sistema nervioso. Así, pues, una disartria puede ser secundaria a un proceso traumático craneo cervical, a la tumoración benigna o maligna del cerebro, cerebelo o tronco encefálico, a una lesión vascular encefálica, a enfermedades infecciosas, metabólicas, tóxicas o degenerativas del sistema nervioso o del músculo e incluso formar parte de los complejos síntomas ocasionados por una anomalía nerviosa congénita.

Las alteraciones neurológicas de la fonación tienen interés logopédico cuando constituyen secuelas, una vez que ha desaparecido la acción del morbo etiopatogénico que causó la enfermedad neurológica.



CLASIFICACIÓN

Según la ubicación de la afectación a nivel neurológico son.

- Lesiones en la Neurona Motora Superior, (Disartria Espástica).
- Lesiones en la Neurona Motora Inferior, (Disartria Flácida).
- Lesiones en las Neuronas Superior e Inferior, (Disartria Mixta).
- Lesiones del Sistema Cerebeloso, (Disartria Atáxica).
- Lesiones a nivel del Sistema Extrapiramidal.

Lesiones a nivel de la Neurona Motora Superior: Puede provocar una parálisis espástica y reflejos hiperactivos.

Disartria por Lesiones Unilaterales de la Motoneurona Superior: Está disartria presenta síntomas que generalmente son leves y a veces transitorios posteriores a accidentes cerebrovasculares que causan traumas difusos. Produce debilidad del lado opuesto de la lengua, de los labios parte inferior de la cara y a veces, una leve debilidad para cerrar los ojos; también puede observarse trastornos de la articulación, sin menoscabo de la respiración, la fonación o la resonancia. Es necesario que se produzcan lesiones corticobulbares bilaterales para que haya una disartria permanente o espástica.

Disartrias por Lesiones Bilaterales de la Motoneurona Superior (Disartria

Espástica: pueden ser el resultado de un accidente cerebrovascular, un trauma en la cabeza, un tumor, una infección, una enfermedad degenerativa o enfermedades metabólico-toxico o inflamatorias.

Cuando existe una lesión bilateral, se manifiesta generalmente como debilidad y espasticidad en el lado opuesto a la lesión con una predominancia presente en los músculos distales de las extremidades, la lengua y los labios.



La espasticidad se hace evidente por la resistencia de un grupo muscular al movimiento pasivo, exageración de los reflejos de estiramiento muscular y la presencia de reflejos patológicos, principalmente el signo de Babinsky.

El paciente con este tipo de problemas presenta disfagia (dificultad para tragar), disfonía y disartria acompañada de lentitud de movimientos de la lengua, el velo del paladar y de los músculos faciales.

Los pacientes emiten frases cortas, la voz es ronca y se asocia con frecuencia a un tono bajo y monótono, en la fonación se da acortamiento de las frases por el esfuerzo en la fonación como método compensatorio, con interrupciones tonales o de la respiración, la debilidad y lentitud muscular afecta a los mecanismos articulatorios y palatofaríngeos, muchos pacientes presentan hipernasalidad.

Características del habla de las Disartrias Espásticas:

Disartria Espástica: Se da cuando hay afectación de la corteza motora o vías subcorticales intracerebrales, principalmente de la vía piramidal.

Su principal característica es la hipertonía, que puede ser tanto espasticidad como rigidez. Se reconoce cuando al realizar resistencia continua a un estiramiento pasivo en toda la extensión del movimiento. Se observa signos de piramidismo: hipertonía, hiperreflexión e hiperextensión, umbral de excitación bajo y clonus. Los movimientos son rígidos, bruscos y lentos. Cuando ambas piernas se afectan de espasticidad, estas pueden encorvarse y cruzarse las rodillas, esta postura tiene la forma de tijera y puede interferir al caminar. La debilidad de los movimientos voluntarios afecta también a los labios y lengua.

Fonación: La voz del paciente afectado de esta disartria es ronca y muchas veces con una cualidad característica que puede clasificarse como de “tensa y estrangulada”. A menudo se puede escuchar un gruñido forzado al final de las vocalizaciones. La impostación vocal es baja, con cambios súbitos de la misma. También se observa pocas variaciones en el volumen (monovolumen) y una disminución en la acentuación. En ocasiones se observa una acentuación excesiva y

homogénea, es decir una acentuación inadecuada en las palabras monosilábicas y en la pronunciación de palabras polisilábicas no están acentuadas.

Resonancia: La hipernasalidad es un componente frecuente de la disartria espástica, No obstante, es infrecuente la emisión nasal de la voz.

Articulación: La producción es imprecisa en consonantes, y en algunos casos existe distorsión de las vocales.

Deglución: Los síntomas que se observan son reducción en el vigor y sensación de los labios, lengua y mandíbula; retraso en la respuesta deglutoria. La disfagia leve, el paciente puede modificar de manera inconsciente su patrón de consumo de alimentos, de manera que come con mayor lentitud y cuidado, al tiempo que niega presentar cualquier tipo de dificultad, también la disfagia puede ser grave y el babeo persistente.



Lesiones a nivel de la Neurona Motora Inferior

Disartria Flácida: Toda lesión de la neurona motora inferior deteriora las vías finales que provocan las contracciones musculares, los músculos presentan hipotonía o flacidez, como consecuencia de tal lesión todo tipo de movimiento se ve afectado.

El tono muscular es flácido o hipotónico. Los músculos están debilitados. En caso de debilidad bilateral, es toda la boca la que cuelga y el labio inferior puede estar tan debilitado que habitualmente la boca permanece abierta. El paciente puede experimentar dificultad para fruncir los labios o para elevar las comisuras de los labios al intentar sonreír.



Características del habla de la Disartria Flácida:

Fonación: La parálisis unilateral de las cuerdas vocales es relativamente infrecuente en los procesos patológicos que afectan a los núcleos del tronco encefálico. Si se ha producido una lesión unilateral, las características de la fonación depende de la posición de la cuerda vocal. Cuando queda paralizada en una posición de aducción, la voz es áspera y de bajo volumen. Si queda paralizada en una posición de abducción, el paciente presenta una dificultad mayor en la disminución del volumen. Si la parálisis es bilateral la voz es entrecortada, estridor inspiratorio (o inhalación audible) y frases excesivamente cortas.

Resonancia: La característica de la disartria flácida es la hipernasalidad.

Articulación: La emisión imprecisa de consonantes puede ir de leve a intenso (caso del habla ininteligible). Particularmente las consonantes oclusivas (p, t, k) y las fricativas (f, s), están afectadas con frecuencia debido a la falta de una presión intraoral que es consecuencia de la disfunción del paladar.

Deglución: Puede presentarse debilidad o inmovilidad del velo del paladar, con un reflejo de vómito reducido o ausente. También puede estar afectada la laringe, lo que dificulta en la deglución y la posibilidad de regurgitación nasal de los fluidos.

Lesiones Neuromotoras Mixtas

Una lesión o enfermedad en este nivel afecta a ambos sistemas motores: superior e inferior, el síndrome más característico lo constituye la Esclerosis Lateral Amiotrófica, que provoca una degeneración progresiva de las neuronas del sistema neuromotor superior e inferior y su etiología es idiopática. Se inicia alrededor de los cincuenta años.

Sus síntomas iniciales son variantes, si se encuentra afectados los núcleos del tronco encefálico sus señales son: farfalleo al hablar y disfagia y si la lesión es a nivel del bulbo, la comunicación verbal y la alimentación se vuelven imposibles, los pacientes con este tipo de lesión pueden sobrevivir no más allá de los tres años.



La musculatura oral presenta debilidad generalizada en los labios, lengua y paladar, reducida amplitud de movimientos, existe presencia de fasciculaciones de la lengua y en casos graves se atrofia.

Los trastornos a nivel del habla son voz ronca, hipernasalidad, emisión imprecisa de consonantes y vocales.

Esclerosis Múltiple: Su etiología no ha sido descubierta. Es un mal complejo que causa la desmielinización de varios tractos, principalmente de la sustancia blanca. Las lesiones afectan a todo el sistema nervioso central aunque, prácticamente el sistema nervioso periférico esté afectado. Dadas las múltiples zonas cerebrales que pueden estar lesionadas en este trastorno son posibles diversas disartrias. Con frecuencia nos encontramos con disartrias espásticas, atáxicas o una mezcla de estas disartrias.

Lesiones en los Ganglios Basales (Sistema Extrapiramidal)

Disartrias Discinéticas: Los ganglios basales se encargan del control e inhibición de los movimientos no planificados. A este nivel las lesiones causan movimientos discinéticos y pueden desembocar en dos tipos de disartrias: hipocinética y la hipercinética.

Disartria Hipocinética: Su cuadro característico lo constituye la enfermedad de Parkinson por cambios degenerativos en la sustancia negra, lo que provoca la deficiencia del trasmisor neuroquímico conocido como la dopamina en el núcleo caudado y el putamen. La etiología es idiopática.

Características del habla en las Disartrias Hipocinéticas:

La musculatura oral presentará lentitud en los movimientos de labios, lengua y velo del paladar. Deterioro progresivo en la emisión de sílabas. Durante la fonación su voz se presenta ronca, jadeante y temblorosa, disfunción laríngea traducida en disfonía o afonía. El tono monótono y sin modulación, no mantiene la intensidad. La articulación está alterada con relación al punto en los fonemas oclusivos, africados y

fricativos. Puede presentaren ciertos casos hipernasalidad. En ocasiones existe insuficiencia prosódica y con mucha frecuencia se observa palilalia (es la repetición de frases y de palabras). Se han identificado síntomas disfágicos.

Disartria Hipercinetica: Se refiere al aumento de los movimientos. Los trastornos de los movimientos involuntarios como el temblor, la corea, la atetosis y la distonía, también tienen su origen en la lesión extrapiramidal.

Lesiones del Cerebelo y del Tracto Cerebeloso:

Disartria Atáxica: Toda lesión dirigida al cerebelo y/o a sus tractos provoca un cuadro llamado ataxia y los síntomas motores del habla se denominan disartria atáxica.

La etiología abarca enfermedades degenerativas, accidente cerebrovascular, traumatismos, tumores, alcoholismo, y neurotoxicidad inducida por fármacos, encefalitis, cáncer de pulmón e hipotiroidismo grave.

La ataxia es una alteración de la coordinación armoniosa de los movimientos. Que al querer agarrar un objeto, la mano puede pasar de largo.



Características del habla en la Disartria Atáxica:

En la fonación la voz es aproximadamente normal o bien presenta variaciones excesivas de volumen, también pueden notarse una calidad ronca. En ocasiones



hay resonancia hipernasal. El habla está marcada por emisión imprecisa de las consonantes, distorsión de las vocales y pausas irregulares articulatorias, también se presentan cambios prosódicos.

TRATAMIENTO

La rehabilitación consiste en corregir el defecto en la producción articulatoria de las palabras (omisión, sustitución, distorsión, etc.), tratando de mejorar la articulación.

Será necesario realizar una correcta evaluación de la disartria, observando el funcionamiento y estado de todos los órganos y músculos implicados en el habla, así también, respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia.

El tratamiento logopédico deberá iniciarse en todos los casos lo más pronto posible y es sobre la secuela ulterior en la que actuará la reeducación. Se considera inútil el accionar sobre las disartrias que se acompañan con enfermedades progresivas o procesos regresivos.

La reeducación debe adaptarse en cada caso a la situación, al diagnóstico y pronóstico del paciente que puede variar de un caso a otro. El tratamiento siempre irá dirigido, tanto a los aspectos funcionales que intervienen en la expresión del lenguaje, para lograr su desarrollo y rehabilitación, como a la articulación de la palabra directamente.

Básicamente en todo tratamiento se debe evitar cansar al paciente teniendo en cuenta que los niños disártricos se fatigan rápidamente, se deberá realizar sesiones cortas, adaptadas a las posibilidades y colaboración del niño.

Estimulación Precoz del lenguaje

El diagnóstico clínico del niño puede o debe ser realizado en una edad muy temprana, ya que las lesiones cerebrales se fraguan en el embarazo, en el parto o en periodo posnatal (durante los primeros seis meses de vida) y solamente el 6 al 10% tienen una etiología posterior a los seis meses de vida.



No será la acción directa del logopeda ni del equipo multidisciplinario la que actúe en estos primeros años, sino será necesario ayudar y guiar a los padres que van a ser los que inicialmente estimulen y favorezcan el despertar del lenguaje de sus niños. La deglución y la masticación son actividades llamadas prefónicas.

Métodos que se utilizan en la terapia del habla, y que pueden servir de ayuda a los pacientes pequeños con todo tipo de disartria:

- Se estimulara el balbuceo y vocalizaciones del niño, dando respuesta a ellas para que sean repetidos.
- La madre debe mostrarse muy expresiva con el niño hablándole continuamente.
- Buscar las posiciones en las que el niño consiga el balbuceo y la vocalización con la mayor facilidad.
- En la etapa prefónica se deberá conseguir mejorar los hábitos en orden a la deglución y a la masticación, buscando las posturas adecuadas que faciliten estas actividades.
- Otro aspecto importante es el accionar de la familia, por ejemplo en la elaboración y comprensión del vocabulario, al nombrar las cosas que le rodea.
- Participación del equipo multidisciplinario para facilitar la estimulación del movimiento, que permita su evolución psicomotriz y evitar la aparición de grandes anomalías, facilitando su recuperación funcional.

A continuación se describen los apartados del tratamiento logofoniatrico de la disartria:

Relajación: En primer lugar es necesario crear un ambiente agradable, sereno y relajante, que libere al paciente de toda excitación, facilitándole la situación básica de tranquilidad. Estos ejercicios pueden realizarse en distintas posiciones y en ocasiones un cambio de postura puede facilitar una relajación mayor; por ello el terapeuta debe estar atento a los defectos de las distintas posturas.



La fase de contracción y distensión muscular se empezara siempre por los músculos menos afectados y luego se realizan los movimientos de articulación y masticación.

Respiración: En el tratamiento la respiración es fundamental, el primer problema es el de controlar la respiración. Es necesario en primer lugar, la toma de conciencia de los tiempos respiratorios. En ocasiones existen bloqueos en los músculos intercostales e inspiradores, en estos casos hay que insistir en la respiración diafragmática, cuyos movimientos se facilitaran al paciente presionando y aflojando con sus manos sobre la zona alta del abdomen en la inspiración y espiración respectivamente, ayudando a la movilidad del diafragma.

Al paciente disártrico le falta por lo general un control activo en la respiración y el mejor medio para obtenerlo es utilizar la vía con distinto material y técnicas como:

- ✓ Soplar velas.
- ✓ Inflar globos.
- ✓ Oler colonia.
- ✓ Soplar pitos, plumas, papelitos, etc.
- ✓ Inflar la cara para retener lo más posible el aire.
- ✓ Relajar abdomen en inspiración y contraer durante la espiración.
- ✓ Toma de aire con control espiratorio abdominal.
- ✓ Hacer pompas de jabón.

Fonación: Una actividad anterior a la consecución de la fonación y la articulación es la imitación de onomatopeyas emisión de tonos prolongados o decrecientes en una espiración (coordinación neumofónica) y ejercicios de coordinación de la espiración sonora con la articulación.

La práctica en la adaptación del tono, intensidad y carácter de la voz es una parte valiosa del programa correctivo.



- *Tono:* Se podrá ejercitar sobre los modelos de inflexión que comprenden toda una oración, contraponiendo inflexiones en ascenso con inflexiones en descenso y uniformes.
- *Intensidad:* A estos pacientes con descenso y ascenso de intensidad se les ayudara a que reconozcan el grado de esfuerzo necesario para sostener un nivel de intensidad adecuado a la conversación.
- *Carácter vocal:* La bronquedad y el carácter forzado-estrangulado de algunos pacientes disártricos pueden ser reducidos en severidad enseñando al paciente una forma menos agresiva de ataque global. Se le puede ayudar a producir la voz en un suspiro y pasar a una fonación aspirada sostenida que evite la estenosis de la corriente de aire responsable de la mala calidad de la voz.

Resonancia: El objetivo de la terapia es, lograr el más completo cierre, con la consiguiente reducción de la hipernasalidad y de la emisión nasal de aire. Las técnicas lingüísticas para corregir lo anteriormente dicho son limitadas lo que se puede indicar al paciente es que aumente la actividad bucal en el habla de esta manera se facilitará el egreso bucal y reducir en cierto grado la resonancia nasal. Cuando esto resulta ineficaz se puede pensar en el empleo de una prótesis para la elevación del paladar.

Algunos ejercicios para la resonancia nasal aumentada:

- ❖ Soplos de jadeos.
- ❖ Cuchicheo intenso.
- ❖ Sobre articulación.
- ❖ Aumento de la intensidad.
- ❖ Modificación de la posición de la lengua.
- ❖ Disminución del tono.
- ❖ Retroalimentación auditiva.



Articulación: En los pacientes que presentan problemas de articulación, deben practicarse los siguientes aspectos de la ejecución.

Retardo en la frecuencia del habla: El paciente deberá esforzarse por desarrollar una frecuencia deliberada y siempre lenta, porque si persiste en la velocidad y ritmo previos a su enfermedad; no podrá efectuar los contactos precisos necesarios para la correcta producción consonántica.

Ataque sílaba por sílaba: Se le sugiere al paciente que hable como siguiendo el ritmo de un metrónomo, con un golpe separado para cada sílaba de manera que ninguna resulte apresurada y no se elidan las sílabas adyacentes.

Exageración consonántica: Tal vez el paciente precise aprender a articular con exceso para evitar pasar por alto las consonantes. Se le ayudará a que tome la máxima conciencia de los fonemas finales y mediales.

Fonemas difíciles: Los fonemas consonantes que requieren la elevación de la punta de la lengua ofrecen especial dificultad para estos pacientes disártricos. Puede ser necesario trabajar en forma aislada con dichos fonemas, antes de practicarlos en palabras y frases.

Prosodia: En algunas de las disartrias, con excepción de la disartria hipocinética del parkinsonismo, es característico cierto retardo en la frecuencia. Se tratará de identificar palabras claves y de practicar los cambios de intensidad y de tono adecuados, lo más importante será enseñar al paciente que las variaciones de duración pueden lograrse variando la longitud de las vocales en las sílabas. Las vocales en las sílabas y palabras clave deberán mantener su duración normal o prolongada, mientras que las vocales de palabras y sílabas átonas se mantienen lo menos posible.

Ejercicios motrices:

- ✓ Fortalecimiento de mejillas, labios, lengua y velo.
- ✓ Ejercicios de mímica facial.



- ✓ Movimientos linguales en las 4 direcciones.
- ✓ Gimnasia respiratoria.
- ✓ Espiración prolongada sin y con vocalizaciones.
- ✓ Habla silabeada.
- ✓ Habla sobre articulada.
- ✓ Cuchicheo extenso e intenso.
- ✓ Sincronización entre la escritura y el habla.
- ✓ Habla con lentitud exagerada.

Ejercicios para el control del aumento de la intensidad

- ✓ Retroalimentación auditiva.
- ✓ Contraste de intensidades.
- ✓ Técnica de bostezo-suspiro.
- ✓ Siquinesiamáximo-vocal.
- ✓ Susurro.

Ejercicios para mejorar la monotonía

- Terapia de canto.
- Conversación mediante canto.
- Repetición de oraciones marcando entonación, oraciones interrogativas, afirmativas y contrastantes.
- Retroalimentación.

Ejercicios para la disentonía

- Habla monótona.
- Técnicas relajatorias.



- Cuchicheo.
- Retroalimentación auditiva.

Ejercicios para la fluidez

- ✓ Técnicas espiratorias
- ✓ Técnicas de ritmo.
- ✓ Técnicas de entonación (marcar entonación en palabras, frases y oraciones).

Terapia para la deglución

- ✓ Estimular los labios, la lengua y la faringe.
- ✓ Ejercicios de mímica facial.
- ✓ Técnicas masticatorias.
- ✓ Postura corporal adecuada.
- ✓ Adecuación de la dieta.



CAPÍTULO III

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar e Intervenir logopédicamente los trastornos del habla en niños/as de 5 a 7 años en la escuela rural “MANUEL GUERRERO” de la parroquia el Valle y en la escuela rural mixta “JOEL MONROY” de la parroquia Baños de la provincia del Azuay. Periodo 2011-2012

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Evaluar y diagnosticar a los niños, a través de los test de: Articulación, M.O.P y el de Disfemia.
2. Intervenir logopédicamente a los niños que presenten trastornos del habla.
3. Evaluar la intervención logopédica.
4. Relacionar los resultados con las variables de: edad, sexo, escolaridad, procedencia y trastorno del habla.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo y diseño general del estudio

La presente investigación utilizará el estudio descriptivo, prospectivo con intervención.

UNIVERSO Y MUESTRA

La muestra será propositiva ya que la intervención se realizará en el universo heterogéneo y finito constituido por los 241 niños/as de 5 a 7 años de la Escuela Rural “Manuel Guerrero” de la Parroquia el Valle y de la Escuela Rural Mixta “JOEL MONROY” de la Parroquia Baños de la provincia del Azuay. Periodo 2011-2012

Criterios de inclusión

Participarán en esta investigación todos los niños/as entre 5 a 7 años que asisten a la Escuela Rural “Manuel Guerrero” de la Parroquia el Valle y de la Escuela Rural Mixta “JOEL MONROY” de la Parroquia Baños de la provincia del Azuay. Periodo 2011-2012.

Criterios de exclusión

Se excluirá a aquellos niños/as cuyos padres no firmen el consentimiento entregado con anterioridad.

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

-Esta investigación se realizó luego de seleccionar las escuelas rurales de forma propositiva.

- Se envió una solicitud a los directores de las instituciones a investigarse, la autorización de la realización de ésta investigación.

- Llegamos a un acuerdo con los profesores de cada aula, para establecer un horario y de esta manera poder aplicar los test de Articulación, M.O.P y de Disfemia en todos los niños.

- Se nos proporciono un aula para las evaluaciones logopédicas.

- Previo a la evaluación fonoaudiológica se llevaron a cabo sesiones terapéuticas que permitan lograr una empatía entre el niño y los investigadores, a través del juego, cuentos, etc.

- El test de Mecanismo Oral Periférico (M.O.P.), se aplicó de la siguiente manera:

- Como primer punto se evaluó la parte anatómica de los órganos periféricos activos (lengua, labios, paladar blando y maxilar inferior) y pasivos (dientes y paladar duro) que intervienen en el habla.



- El funcionamiento de los órganos activos se valora de manera imitativa, frente a un espejo en la que el niño tendrá que realizar los diversos movimientos que realiza el terapeuta.

-El test de Articulación se aplicó de la siguiente manera:

- De manera dirigida: el niño tiene que responder verbalmente ante estímulo visual. Ejemplo: figura de un sol, el niño tiene que nombrar. Hay que tener en cuenta que las imágenes son de acuerdo al orden de adquisición de los fonemas, de lo más fácil de articular (m) a los más difícil (r).
- En algunos niños el test se aplicó de manera repetitiva: el niño repite la palabra que el evaluador expresa.
- Al escuchar la articulación de cada palabra, el logopeda transcribe la pronunciación, identificando si existe: omisión, sustitución, adición o distorsión.

-El test de Disfemia se aplicó de la siguiente manera:

- Se entabló una conversación con el niño, para poder identificar si existía alguna dificultad en la fluidez de su habla.
- Luego de comprobada su disfemia, se le proporciono un texto para que lo leyera, de ésta manera pudimos observar que tipo de disfemia presentaba (tónica, clónica, mixta).

- La evaluación duró aproximadamente dos semanas, realizándola 3 días a la semana, durante todo el día.

- Cada evaluación duró 20 minutos.

- A petición de los Directores de las instituciones, se realizó un informe de cada niño, para ser enviado a los padres de familia, indicando los resultados de la evaluación. No fue posible tener una reunión con los padres de familia, ya que justifican que es imposible por motivos de trabajo.

- Posteriormente se llevo a cabo la intervención logopédica.



- Se organizó un horario conjuntamente con los maestros de cada grado. Cada sesión tenía un tiempo de duración de 40 minutos, en grupos de 5 niños, los cuales fueron establecidos según la similitud de trastorno que presentaban.

- El plan de intervención se aplicó de manera indirecta y directa.

- El tratamiento indirecto consiste en mejorar el funcionamiento de los órganos que intervienen en el mecanismo de la producción del habla:

- Ejercicios respiratorios
- Ejercicios fonatorios
- Ejercicios articulatorios:
 - Praxias linguales
 - Praxias labiales
 - Praxias velares
 - Praxias mandibulares
- Discriminación auditiva
- Nociones espaciales
- Lateralidad
- Ritmo

- El tratamiento directo fue dirigido a conseguir el punto y modo de articulación de cada uno de los fonemas afectados, para que posteriormente el niño las utilice en su lenguaje conversacional.

- Frente a un espejo, se le invita al niño a imitar los movimientos del órgano articulatorio móvil y su contacto con el órgano pasivo para la producción del fonema afectado.



- La sesión de terapia se distribuyó de la siguiente manera: Los primeros 5 minutos empatía con el niño, 15 minutos motricidad (M.O.P), 5 minutos discriminación auditiva, 5 minutos lateralidad, 5 minutos ritmo y 5 minutos punto y modo de articulación.
- El material de apoyo que se utilizó fue: ostias, baja lenguas, Nutella (chocolate), paños húmedos, bombas, papel picado, etc., debido a que el material y las actividades deben ser diversas, para mantener la atención y el interés del niño.

- Luego de cuatro meses y medio de tratamiento, se reevaluó a los niños con los test anteriormente mencionados, para poder concluir si el tratamiento fue o no exitoso.

- Los resultados fueron satisfactorios, por lo cual se consideró a la intervención logopédica como exitosa si el niño superaba todas sus dificultades articulatorias, lo cual fue posible en algunos casos a pesar del corto tiempo de tratamiento. Cabe recalcar que la intervención no fue del todo exitosa debido a que los padres no participaron responsablemente y algunos continuaban pensando que los trastornos del habla era algo normal. Muchos padres supieron agradecer nuestro trabajo y valoraron la especialidad.

**CUADRO DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	RESPONSABLES
Autorización y respuesta para el estudio en cada escuela.	1 semana	Oficio	- Director de Tesis - Director de la escuela. - Estudiantes asignadas.
Coordinación con la profesora de cada aula para la evaluación.	1 día	Ninguno	- Profesora del aula. - Estudiantes asignadas.
Evaluación	2 semanas	- Test de Mecanismo Oral Periférico. - Hoja de registro y folleto del Test de Articulación. - Test de Evaluación de la Disfemia.	- Estudiantes asignadas.
Envío de informes	2 días	- Informes - Hoja del consentimiento informado.	- Director de la escuela. - Estudiantes asignadas.
Intervención Logopédica	4 meses 15 días	- Láminas de diferentes campos semánticos. - Material didáctico. - Fósforos. - Ostias. - Velas. - Baja lenguas. – Nutella- - Burbujas de jabón. - Bombas. - Paños Húmedos. - Objetos. - Cuaderno. - Títeres. - Marcadores. - Pizarrón.	- Estudiantes asignadas.
Reevaluación	1 semana	- Hoja de registro y folleto del Test de Articulación. - Test de Mecanismo Oral Periférico. - Test de Evaluación de la Disfemia.	- Estudiantes asignadas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS ESTADÍSTICOS

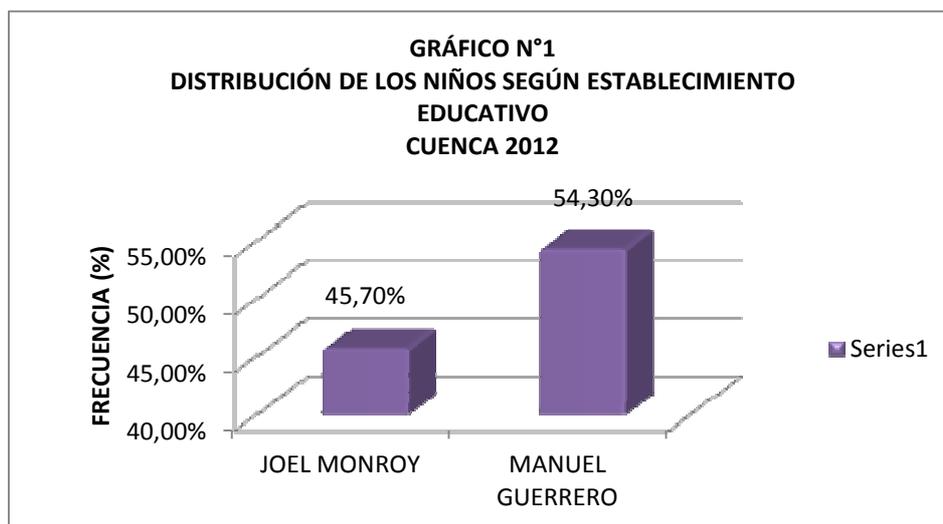
Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, cuyo objetivo fue evaluar e intervenir logopédicamente a los niños que presenten trastornos del habla, obteniéndose los siguientes resultados:

EVALUACIÓN

ESCUELAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
JOEL MONROY	74	45,7%
MANUEL GUERRERO	88	54,3%
TOTAL	162	100,0%

FUENTE: ENCUESTA
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

GRÁFICO N°1 DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO CUENCA 2012



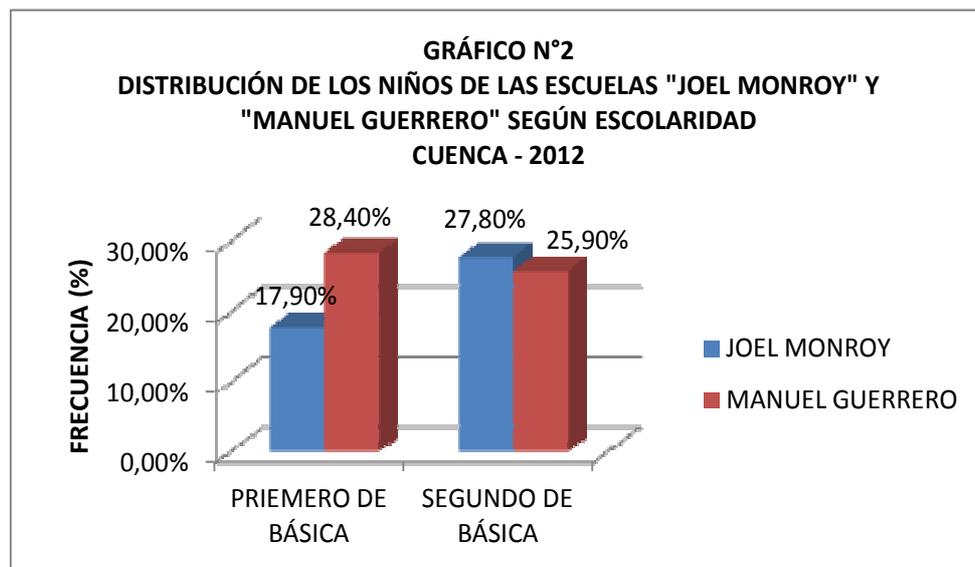
FUENTE: ENCUESTA
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

El 54,3% de los niños pertenece a la escuela Manuel Guerrero y el 45,70% a la escuela Joel Monroy.

GRÁFICO N°2
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DE LAS ESCUELAS "JOEL MONROY" Y
"MANUEL GUERRERO" SEGÚN ESCOLARIDAD
CUENCA - 2012

ESCUELAS	ESCOLARIDAD					
	PRIMERO DE BÁSICA		SEGUNDO DE BÁSICA		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
JOEL MONROY	29	17,9%	45	27,8%	74	45,7%
MANUEL GUERRERO	46	28,4%	42	25,9%	88	54,3%
TOTAL	75	46,3%	87	53,7%	162	100,0%

FUENTE: ENCUESTA
REALIZADO POR: LAS AUTORAS



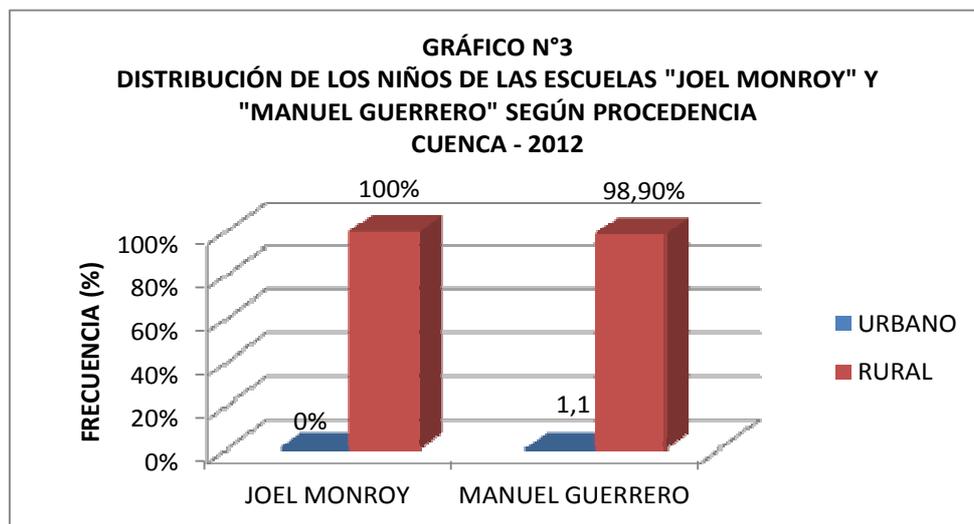
FUENTE: ENCUESTA
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

El 53,7% de los niños cursan el Segundo de Básica y el 46,3% al Primero de Básica.

GRÁFICO N°3
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DE LAS ESCUELAS "JOEL MONROY" Y
"MANUEL GUERRERO" SEGÚN PROCEDENCIA
CUENCA – 2012

ESCUELAS	PROCEDENCIA					
	URBANO		RURAL		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
JOEL MONROY	0	0%	74	100%	74	100%
MANUEL GUERRERO	1	1.1%	87	98,9%	88	100%
TOTAL	1	0,6%	161	99,4%	162	100%

FUENTE: ENCUESTA
REALIZADO POR: LAS AUTORAS



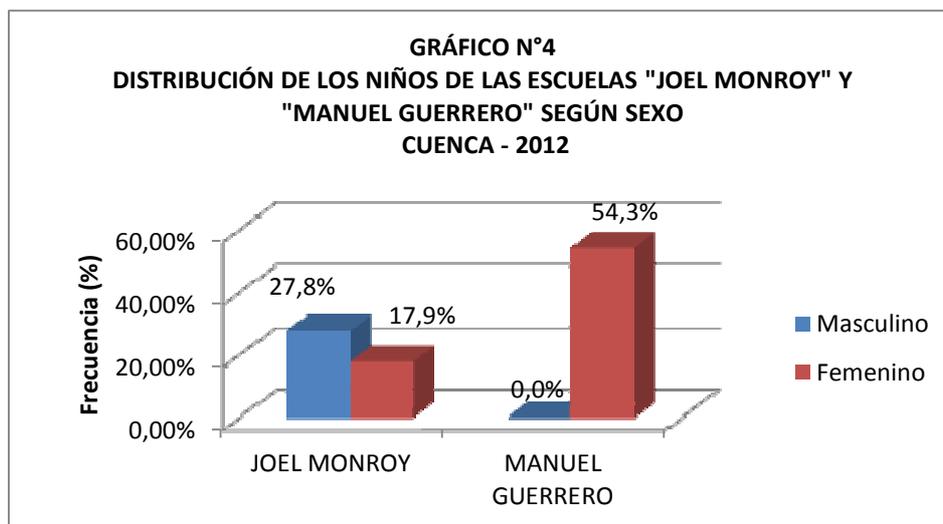
FUENTE: ENCUESTA
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

El 99,4% de los niños y niñas pertenece al sector rural.

GRÁFICO N°4
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DE LAS ESCUELAS "JOEL MONROY" Y
"MANUEL GUERRERO" SEGÚN SEXO
CUENCA - 2012

ESCUELAS	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
JOEL MONROY	45	27,8%	29	17,9%	74	45,7%
MANUEL GUERRERO	0	,0%	88	54,3%	88	54,3%
TOTAL	45	27,8%	117	72,2%	162	100,0%

FUENTE: ENCUESTA
REALIZADO POR: LAS AUTORAS



FUENTE: ENCUESTA
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

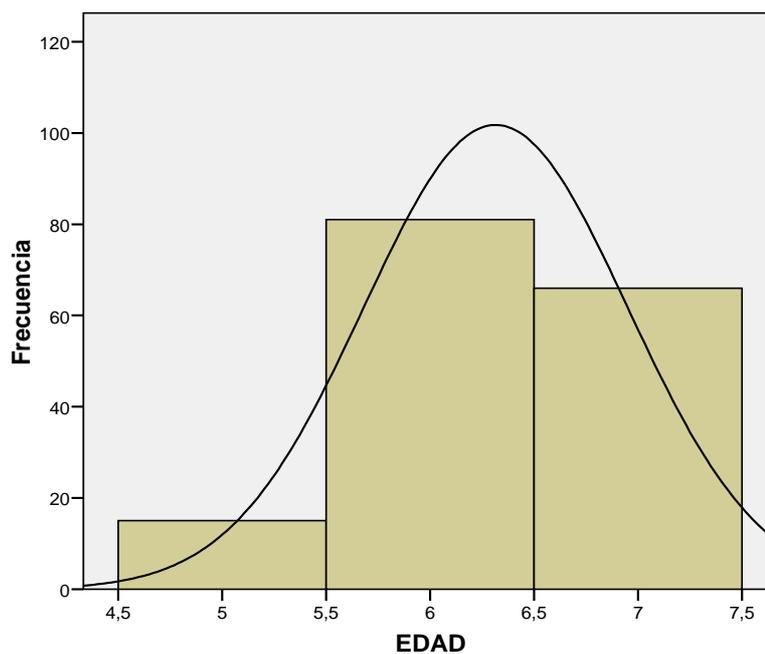
El 72,2% de niños pertenece al sexo femenino y el 27,8% al sexo masculino.

GRÁFICO N°5
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DE LAS ESCUELAS "JOEL MONROY" Y
"MANUEL GUERRERO" SEGÚN EDAD
CUENCA-2012

ESCUELAS	EDAD EN AÑOS							
	5		6		7		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
JOEL MONROY	14	8,6%	36	22,2%	24	14,8%	74	45,7%
MANUEL GUERRERO	1	0,6%	45	27,8%	42	25,9%	88	54,3%
TOTAL	15	9,3%	81	50,0%	66	40,7%	162	100,0%

FUENTE: ENCUESTA
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

Histograma



FUENTE: ENCUESTA
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

La Edad Media de los niños fue de 6,3 años, la Varianza 0.4 y el Desvió Estándar +- 0,6.

GRÁFICO N°6
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DE LAS ESCUELAS "JOEL MONROY" Y
"MANUEL GUERRERO" SEGÚN LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN CON
EL TEST DE ARTICULACIÓN
CUENCA- 2012

TIPO DE DISLALIA	ESCUELAS							
	JOEL MONROY				MANUEL GUERRERO			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
SIGMATISMO	13	17,6%	61	82,4%	8	9,1%	80	90,9%
ROTACISMO	15	20,3%	59	79,7%	3	3,4%	85	96,6%
YEYISMO	19	25,7%	55	74,3%	6	6,8%	82	93,2%
LAMBACISMO	2	2,7%	72	97,3%	0	0%	88	100%
GAMACISMO	0	0%	74	100%	1	1,1%	87	98,9%
DELTACISMO	2	2,7%	72	97,3%	3	3,4%	85	96,6%
DIFONOS (L)	20	27,0%	54	73,0%	5	5,7%	83	94,3%
DIFONOS (R)	15	20,3%	59	79,7%	9	10,2%	79	89,8%
SILABA INVERSA	24	32,4%	50	67,6%	7	8,0%	81	92,0%
DIPTONGOS	6	8,1%	68	91,9%	6	6,8%	82	93,2%

FUENTE: TEST DE ARTICULACIÓN
 REALIZADO POR: LAS AUTORAS

Luego de la aplicación del test de articulación se presentaron los siguientes trastornos del habla: Sílabas inversas 32,4%, Dífonos con (L) 27,0%, Yeyismo 25,7% y el Gamacismo 0%.

GRÁFICO N°7
TIPOS DE DISLALIAS EN LOS NIÑOS DE LAS ESCUELAS "JOEL MONROY" Y
"MANUEL GUERRERO" SEGÚN EDAD. CUENCA - 2012

TIPO DE DISLALIA	EDAD EN AÑOS											
	5				6				7			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
SIGMATISMO	5	33,3%	10	66,7%	8	9,9%	73	90,1%	8	12,1%	58	87,9%
ROTACISMO	5	33,3%	10	66,7%	7	8,6%	74	91,4%	6	9,1%	60	90,9%
YEYISMO	4	26,7%	11	73,3%	12	14,8%	69	85,2%	9	13,6%	57	86,4%
LAMBACISMO	1	6,7%	14	93,3%	1	12%	80	98,8%	0	0%	66	100%
GAMACISMO	0	0%	15	100%	1	1,2%	80	98,8%	0	0%	66	100%
DELTACISMO	1	6,7%	14	93,3%	4	4,9%	77	95,1%	0	0%	66	100%
DIFONOS (L)	4	26,7%	11	73,3%	18	22,2%	63	77,8%	3	4,5%	63	95,5%
DIFONOS (R)	6	40,0%	9	60,0%	8	9,9%	73	90,1%	10	15,2%	56	84,8%
SILABA INVERSA	7	46,7%	8	53,3%	17	21,0%	64	79,0%	7	10,6%	59	89,4%
DIPTONGOS	2	13,3%	13	86,7%	6	7,4%	75	92,6%	4	6,1%	62	93,9%

FUENTE: TEST DE ARTICULACIÓN
 REALIZADO POR: LAS AUTORAS

Luego de aplicado el test se presentó: Sigmatismo y Rotacismo con mayor frecuencia en los niños de 5 años con el 33,3%, Dífonos con (R) con el 40,0% y sílabas inversas con el 46,7% en niños de 5 años. El Gamacismo se presentó con menor frecuencia en todas las edades con el 1,2%.

GRÁFICO N°8
TIPOS DE DISLALIAS EN LOS NIÑOS DE LAS ESCUELAS "JOEL MONROY" Y
"MANUEL GUERRERO" SEGÚN SEXO
CUENCA - 2012

TIPO DE DISLALIA	SEXO							
	MASCULINO				FEMENINO			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
SIGMATISMO	7	15,6%	38	84,4%	14	12,0%	103	88,0%
ROTACISMO	10	22,2%	35	77,8%	8	6,8%	109	93,2%
YEYISMO	9	20,0%	36	80,0%	16	13,7%	101	86,3%
LAMBDA CISMO	1	2,2%	44	97,8%	1	0,9%	116	99,1%
GAMACISMO	0	0%	45	100%	1	0,9%	116	99,1%
DELTACISMO	1	2,2%	44	97,8%	4	3,4%	113	96,6%
DIFONOS (L)	10	22,2%	35	77,8%	15	12,8%	102	87,2%
DIFONOS (R)	10	22,2%	35	77,8%	14	12,0%	103	88,0%
SILABA INVERSA	12	26,7%	33	73,3%	19	16,2%	98	83,8%
DIPTONGOS	2	4,4%	43	95,6%	10	8,5%	107	91,5%

FUENTE: TEST DE ARTICULACIÓN
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

Las siguientes alteraciones se presentaron con mayor frecuencia en el sexo masculino: Sílabas inversas con el 26,7%, seguido de Dífonos con (r), (l), y Rotacismo con el 22,2% respectivamente, en el sexo femenino el 16,2% presenta trastorno en Sílabas inversas.

GRÁFICO N°9
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DE LAS ESCUELAS "JOEL MONROY" Y
"MANUEL GUERRERO" SEGÚN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL TEST DE
DISFEMIA
CUENCA - 2012

TIPO DE DISFEMIA	ESCUELAS							
	JOEL MONROY				MANUEL GUERRERO			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
CLÓNICA	1	1,4%	73	98,6%	0	0%	88	100%
TÓNICA	0	0%	74	100%	0	0%	88	100%
MIXTA	0	0%	74	100%	0	0%	88	100%

FUENTE: TEST DE DISFEMIA
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

Según la evaluación, la Disfemia Clónica se presentó en un niño de 5 años que representa el 1,4%.

GRÁFICO N°10
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DE LAS ESCUELAS "JOEL MONROY" Y
"MANUEL GUERRERO" SEGÚN LOS RESULTADOS DEL TEST DE DISGLOSIA
CUENCA - 2012

TIPO DE DISGLOSIA	ESCUELAS							
	JOEL MONROY				MANUEL GUERRERO			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
LABIAL	0	0%	74	100%	0	0%	88	100%
PALATAL	22	29,7%	52	70,3%	0	0%	88	100%
LINGUAL	2	2,7%	72	97,3%	0	0%	88	100%
VELAR	6	8,1%	68	91,9%	0	0%	88	100%
DENTAL	5	6,8%	69	93,2%	0	0%	88	100%
MANDIBULAR	0	0%	74	100%	0	0%	88	100%

FUENTE: TEST DE M.O.P.

REALIZADO POR: LAS AUTORAS

Según los resultados las Disglosias más frecuentes son: Palatal con un 29,7%, Velar con un 8,1%, Dental con un 6,8% y Lingual con un 2,7%.

GRÁFICO N°1
TIPOS DE DISGLOSIAS EN LOS NIÑOS DE LAS ESCUELAS "JOEL MONROY" Y
"MANUEL GUERRERO" SEGÚN EDAD
CUENCA - 2012

TIPO DE DISGLOSIA	EDAD EN AÑOS											
	5				6				7			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
LABIAL	0	0%	15	100%	0	%	81	100%	0	0%	66	100%
PALATAL	5	33%	10	66,7%	8	9,9%	73	90,1%	9	13,6%	57	86,4%
LINGUAL	0	0%	15	100%	1	1,2%	80	98,5%	1	1,5%	65	98,5%
VELAR	1	6,7%	14	93,3%	2	2,5%	79	97,5%	3	4,5%	63	95,5%
DENTAL	1	6,7%	14	93,3%	2	2,5%	79	97,5%	2	3,0%	64	97,0%
MANDIBULAR	0	0%	15	100%	0	0%	81	100%	0	0%	66	100%

FUENTE: TEST DE M.O.P.

REALIZADO POR: LAS AUTORAS

La Disglosia Palatal es más frecuente en los niños de 5 años con el 33%, seguido del 13,6% en los de 7 años y de 9,9% en los de 6 años. No se presentaron casos de Disglosia Labial y Mandibular.

GRÁFICO N°2
TIPOS DE DISGLOSIAS EN LOS NIÑOS DE LAS ESCUELAS "JOEL MONROY" Y
"MANUEL GUERRERO" SEGÚN SEXO
CUENCA – 2012

TIPO DE DISGLOSIA	SEXO							
	MASCULINO				FEMENINO			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
LABIAL	0	0%	45	100%	0	0%	117	100%
PALATAL	14	31,1%	31	68,9%	8	6,8%	109	93,2%
LINGUAL	1	2,2%	44	97,8%	1	0,9%	116	99,1%
VELAR	4	8,9%	41	91,1%	2	1,7%	115	98,3%
DENTAL	0	0%	45	100%	5	4,3%	112	95,7%
MANDIBULAR	0	0%	45	100%	0	0%	117	100%

FUENTE: TEST DE M.O.P.

REALIZADO POR: LAS AUTORAS

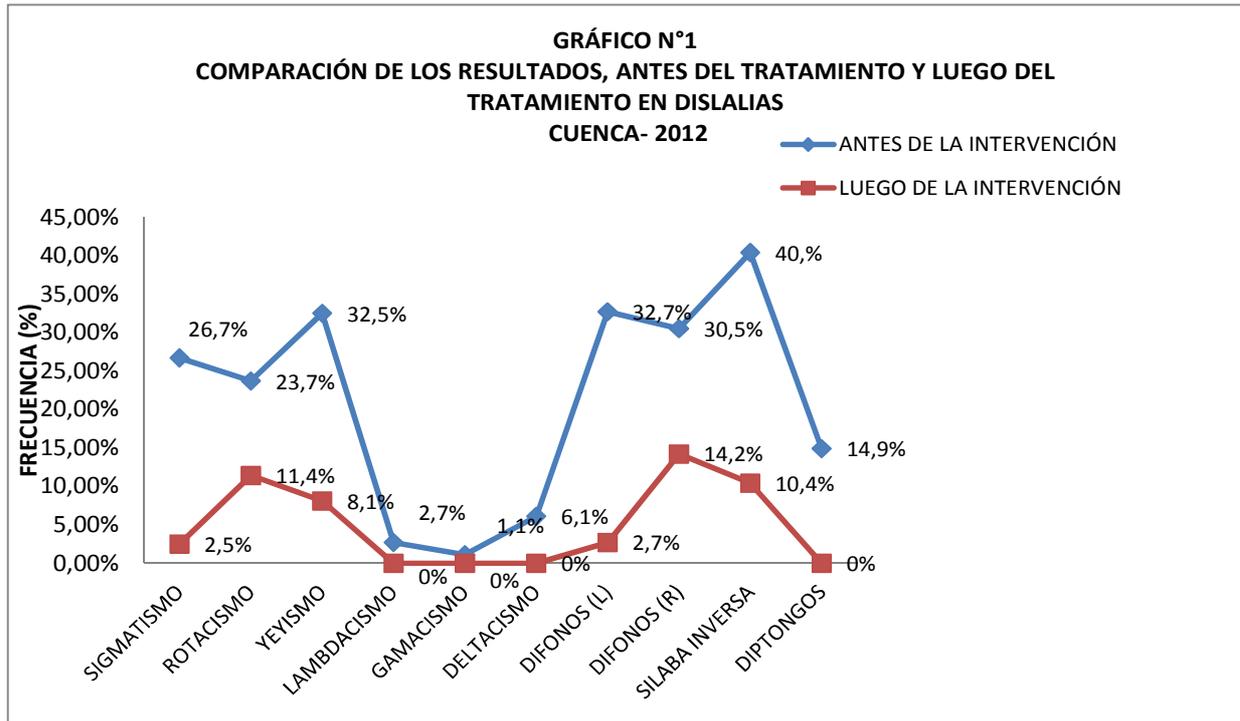
Las Disglosias Palatal y Lingual son más frecuentes en el sexo masculino con el 31,1% y 8,9% respectivamente.

RE-EVALUACIÓN
RESULTADOS OBTENIDOS LUEGO DE LA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA

GRÁFICO N°1
COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS, ANTES DEL TRATAMIENTO Y LUEGO
DEL TRATAMIENTO EN DISLALIAS
CUENCA- 2012

TIPO DE DISLALIA	ESCUELAS							
	JOEL MONROY				MANUEL GUERRERO			
	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	%	LUEGO DE LA INTERVENCIÓN	%	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	%	LUEGO DE LA INTERVENCIÓN	%
SIGMATISMO	13	17,6%	1	1,4%	8	9,1%	1	1,1%
ROTACISMO	15	20,3%	8	10,8%	3	3,4%	1	0,6%
YEYISMO	19	25,7%	6	8,1%	6	6,8%	0	0%
LAMBdacismo	2	2,7%	0	0%	0	0%	0	0%
GAMACISMO	0	0%	0	0%	1	1,1%	0	0%
DELTACISMO	2	2,7%	0	0%	3	3,4%	0	0%
DIFONOS (L)	20	27,0%	2	2,7%	5	5,7%	0	0%
DIFONOS (R)	15	20,3%	8	10,8%	9	10,2%	3	3,4%
SILABA INVERSA	24	32,4%	6	8,1%	7	8,0%	2	2,3%
DIPTONGOS	6	8,1%	0	0%	6	6,8%	0	0%

FUENTE: TEST DE ARTICULACIÓN
REALIZADO POR: LAS AUTORAS



FUENTE: TEST DE ARTICULACIÓN
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

Luego de aplicado el tratamiento se observa que en todos los trastornos del habla hubo una notable mejoría, obteniendo los siguientes resultados: en Sílabas inversas un descenso del 29,6%, en Difonos con (L) un 30% y en Yeyismo un 24,4%, sin embargo se obtuvo sólo un 12,3% en el Rotacismo.

GRÁFICO N°2
COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS, ANTES DEL TRATAMIENTO Y LUEGO
DEL TRATAMIENTO EN DISLALIAS SEGÚN EDAD
CUENCA- 2012

TIPO DE DISLALIA	EDAD EN AÑOS											
	5				6				7			
	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	%	LUEGO DE LA INTERVENCIÓN	%	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	%	LUEGO DE LA INTERVENCIÓN	%	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	%	LUEGO DE LA INTERVENCIÓN	%
SIGMATISMO	5	33,3%	1	6,7%	8	9,9%	1	1,2%	8	12,1%	0	0%
ROTACISMO	5	33,3%	0	0%	7	8,6%	5	3,1%	6	9,1%	4	2,5%
YEYISMO	4	26,7%	1	6,7%	12	14,8%	5	6,2%	9	13,6%	0	0%
LAMBDAISMO	1	6,7%	0	0%	1	12%	0	0%	0	0%	0	0%
GAMACISMO	0	0%	0	0%	1	1,2%	0	0%	0	0%	0	0%
DELTACISMO	1	6,7%	0	0%	4	4,9%	0	0%	0	0%	0	0%
DIFONOS (L)	4	26,7%	0	0%	18	22,2%	2	2,5%	3	4,5%	0	0%
DIFONOS (R)	6	40,0%	0	0%	8	9,9%	5	6,2%	10	15,2%	6	9,1%
SILABA INVERSA	7	46,7%	2	13,3%	17	21,0%	5	6,2%	7	10,6%	1	1,5%
DIPTONGOS	2	13,3%	0	0%	6	7,4%	0	0%	4	6,1%	0	0%

FUENTE: TEST DE ARTICULACIÓN
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

Luego de la intervención logopédica, los niños de 5 años que presentaron Rotacismo y Sigmatismo con el 33,3% disminuyeron al 0% y 6,7% respectivamente. En los trastornos de Silaba inversa y Dífonos con (r) disminuyó del 46,7% y 40,0% al 13,3% y 0% respectivamente.

GRÁFICO N°3
COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS, ANTES DEL TRATAMIENTO Y LUEGO
DEL TRATAMIENTO EN DISLALIAS SEGÚN SEXO
CUENCA – 2012

TIPO DE DISLALIA	SEXO							
	MASCULINO				FEMENINO			
	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	%	LUEGO DE LA INTERVENCIÓN	%	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	%	LUEGO DE LA INTERVENCIÓN	%
SIGMATISMO	7	15,6%	1	1,2%	14	12,0%	1	0,9%
ROTACISMO	10	22,2%	5	3,1%	8	6,8%	4	2,5%
YEYISMO	9	20,0%	2	4,4%	16	13,7%	4	3,4%
LAMBDA CISMO	1	2,2%	0	0%	1	0,9%	0	0%
GAMACISMO	0	0%	0	0%	1	0,9%	0	0%
DELTACISMO	1	2,2%	0	0%	4	3,4%	0	0%
DIFONOS (L)	10	22,2%	2	4,4%	15	12,8%	0	0%
DIFONOS (R)	10	22,2%	6	13,3%	14	12,0%	5	4,3%
SILABA INVERSA	12	26,7%	4	8,9%	19	16,2%	4	3,4%
DIPTONGOS	2	4,4%	0	0%	10	8,5%	0	0%

FUENTE: TEST DE ARTICULACIÓN
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

En los tipos de dislalias luego de la intervención logopédica se observó mejores resultados en el sexo femenino con el 14,5%, mientras que el masculino con el 35,3%.



GRÁFICO N°4
COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS, ANTES DEL TRATAMIENTO Y LUEGO
DEL TRATAMIENTO EN DISFEMIAS
CUENCA – 2012

TIPO DE DISFEMIA	ESCUELAS							
	JOEL MONROY				MANUEL GUERRERO			
	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	%	LUEGO DE LA INTERVENCIÓN	%	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	%	LUEGO DE LA INTERVENCIÓN	%
CLÓNICA	1	1,4%	1	1,4%	0	0%	0	0%
TÓNICA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
MIXTA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

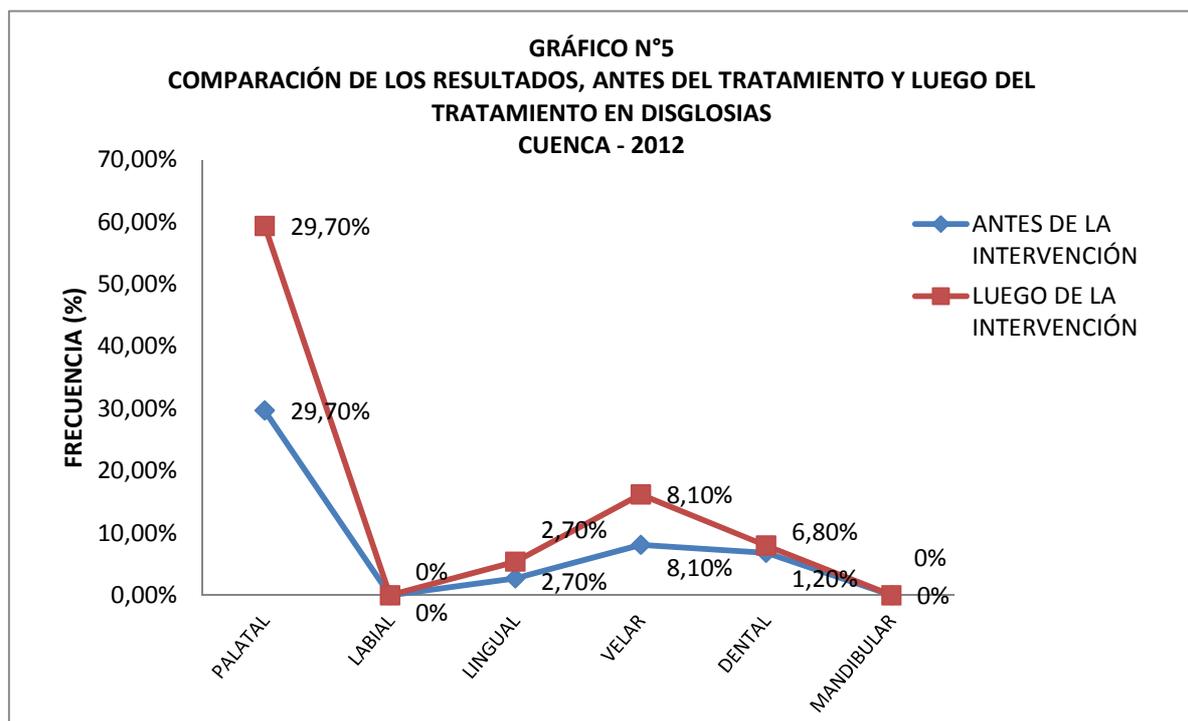
FUENTE: TEST DE DISFEMIA
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

Luego de la intervención logopédica el niño de 5 años no logró superar su disfemia. Pero logró integrar técnicas que le ayudaron a disminuir sus problemas de fluidez en el habla.

GRÁFICO N°5
COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS, ANTES DEL TRATAMIENTO Y LUEGO
DEL TRATAMIENTO EN DISGLOSIAS
CUENCA - 2012

TIPO DE DISGLOSIA	ESCUELAS							
	JOEL MONROY				MANUEL GUERRERO			
	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	%	LUEGO DE LA INTERVENCIÓN	%	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	%	LUEGO DE LA INTERVENCIÓN	%
LABIAL	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
PALATAL	22	29,7%	22	29,7%	0	0%	0	0%
LINGUAL	2	2,7%	2	2,7%	0	0%	0	0%
VELAR	6	8,1%	6	8,1%	0	0%	0	0%
DENTAL	5	6,8%	2	1,2%	0	0%	0	0%
MANDIBULAR	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

FUENTE: TEST DE M.O.P.
REALIZADO POR: LAS AUTORAS



FUENTE: TEST DE M.O.P.
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

Luego de la intervención logopédica en la Disglosia Dental hubo un descenso del 5,60%, mientras que en las otros tipos de Disglosia no existió ninguna mejoría.

GRÁFICO N°6
COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS, ANTES DEL TRATAMIENTO Y LUEGO
DEL TRATAMIENTO EN DISGLOSIAS SEGÚN EDAD
CUENCA - 2012

TIPO DE DISGLOSIA	EDAD EN AÑOS											
	5				6				7			
	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	%	LUEGO DE LA INTERVENCIÓN	%	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	%	LUEGO DE LA INTERVENCIÓN	%	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	%	LUEGO DE LA INTERVENCIÓN	%
LABIAL	0	0%	0	0%	0	%	0	%	0	0%	0	0%
PALATAL	5	33%	5	33%	8	9,9%	8	9,9%	9	13,6%	9	13,6%
LINGUAL	0	0%	0	0%	1	1,2%	1	1,2%	1	1,5%	1	1,5%
VELAR	1	6,7%	1	6,7%	2	2,5%	2	2,5%	3	4,5%	3	4,5%
DENTAL	1	6,7%	0	0%	2	2,5%	1	1,2%	2	3,0%	1	1,5%
MANDIBULAR	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

FUENTE: TEST DE M.O.P.
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

En los tipos de disglosia sólo hubo mejoría en la disglosia dental, mientras que el resto de alteraciones se mantuvieron debido a que presentaron: anquiloglosia, paladar ojival, úvula pequeña, bífida o ausencia de la misma.

GRÁFICO N°7
COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS, ANTES DEL TRATAMIENTO Y LUEGO
DEL TRATAMIENTO EN DISGLOSIAS SEGÚN SEXO
CUENCA - 2012

TIPO DE DISGLOSIA	SEXO							
	MASCULINO				FEMENINO			
	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	%	LUEGO DE LA INTERVENCIÓN	%	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	%	LUEGO DE LA INTERVENCIÓN	%
LABIAL	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
PALATAL	14	31,1%	14	31,1%	8	6,8%	8	6,8%
LINGUAL	1	2,2%	1	2,2%	1	0,9%	1	0,9%
VELAR	4	8,9%	4	8,9%	2	1,7%	2	1,7%
DENTAL	0	0%	0	0%	5	4,3%	2	1,7%
MANDIBULAR	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

FUENTE: TEST DE M.O.P.
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

Todas las alteraciones se mantuvieron, a excepción de la disglosia dental que disminuyó del 4,3% al 1,7%.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Se evaluaron 162 niños y niñas de 5 a 7 años en las escuelas rurales “Joel Monroy” y “Manuel Guerrero”, en el periodo Abril 2012– Septiembre 2012.

- El 54,3% de los niños pertenecieron a la escuela Manuel Guerrero y el 45,7% a la escuela Joel Monroy, de los cuales el 53,7% cursaban el segundo de básica y el 46,3% el primero de básica, el 99,4% pertenecieron al sector rural, el 72,2% perteneció al sexo femenino y el 27,8% al sexo masculino, la Edad Media de los niños fue de 6,3 años, la Varianza 0.4 y el Desvió Estándar $\pm 0,6$.
- Luego de aplicados los tests de Articulación, Mecanismo Oral Periférico (M.O.P) y de Disfemia, se observó que los niños y niñas de las escuelas “Joel Monroy” y “Manuel Guerrero” presentaron los siguientes trastornos del habla: En Dislalia las más frecuentes fueron: Sílabas inversas con el 40,4%, Dífonos con (L) con el 32,7%, Yeyismo con el 32,5% y Gamacismo se presentó sólo con el 1,1%; las Disglosias más frecuentes fueron: Palatal con un 29,7%, Velar con un 8,1%, Dental con un 6,8% y Lingual con un 2,7%; Disfemia con el 1,4%. No se observó ningún caso de disartria.
- Según edad: Dislalia: Sigmatismo y Rotacismo en los niños de 5 años con el 33,3%, Dífonos con (R) con el 40,0% y Sílabas inversas con el 46,7% en niños de 5 años, el Gamacismo se presentó con menor frecuencia en todas las edades con el 1,2%; Disglosia: La Palatal es más frecuente en los niños de 5 años con el 33%, no se presentaron casos de Disglosia Labial y Mandibular; Disfemia: Clónica en un niño de 5 años con el 1,4%.
- Según sexo: en dislalia: las siguientes alteraciones se presentaron con mayor frecuencia en el sexo masculino: Sílabas inversas con el 26,7%, seguido de Dífonos con (r), (l), y Rotacismo con el 22,2% respectivamente, en el sexo femenino el 16,2% presenta trastorno en Sílabas inversas; en Disglosia: la Palatal y Lingual son más frecuentes en el sexo masculino con el 31,1% y 8,9% respectivamente y Disfemia en el sexo masculino con el 1,4%.



- Luego de la intervención logopédica: Dislalia: en Sílabas inversas hubo un descenso del 40,4% al 10,4%, en Dífonos con (L) del 32,7% al 2,7% y en Yeyismo del 32,5% al 8,1%, sin embargo en el Rotacismo se obtuvo sólo una disminución del 23,7% al 11,4%; Disglosia: en la Dental hubo un descenso del 6,8% al 1,2%, mientras que en los otros tipos de Disglosia no existió ninguna mejoría, debido a que presentaban: anquiloglosia, paladar ojival, úvula pequeña, bífida o ausencia de la misma; Disfemia: se mantuvo la patología en el niño, pero cabe recalcar que integró técnicas, que le ayudaron a mejorar su fluidez.

RECOMENDACIONES

- Realizar prácticas con los estudiantes de Fonoaudiología a nivel del sector rural.
- Impulsar la realización del internado a nivel rural en la escuela de tecnología médica, en el área de Fonoaudiología.
- Dar mayor información a los maestros y otros profesionales que estén en relación directa con los niños con Trastornos del habla, sobre la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar trastornos en el aprendizaje.
- Concientizar a toda la comunidad sobre la importancia de recibir el tratamiento adecuado en los trastornos del habla.
- Comunicar a la comunidad sobre las consecuencias que conlleva los trastornos del habla no rehabilitados.
- Orientación familiar, destinada a mejorar el ambiente familiar, a través de eliminar sobreprotección, mimos, exceso de permisibilidad, maltrato, agresividad intrafamiliar, abandono, etc., lo que va a permitir un ambiente de tranquilidad y seguridad, proporcionando un desarrollo psicomotor normal, facilitando a futuro el proceso de aprendizaje escolar, y lo que es más prevenir los trastornos del habla.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. DARLEY. F, AROSON. A, BROWN. J, Alteraciones Motrices del Habla, Ediciones Panamericana, Argentina 1978, pág. 14.
2. GONZALEZ. J, Alteraciones del Habla en la Infancia, Ediciones Panamericana, Argentina 2003.
3. PASCUAL. P, La Dislalia, Ediciones CEPE, Madrid, España.
4. PEÑA. J, Manual de Logopedia, Ediciones Masson, Barcelona, España 1988.
5. Tesis, Trastornos del Habla, pág. 403.
6. NIETO. I, Dislalia, disponible en:
<http://www.cepbaza.com/~inicio/documentos/f9Dislalias.pdf>
7. Trastornos del Habla, disponible en <http://web.jet.es/pilisanjose/habla.htm>
8. CASTAÑEDA, P. "El lenguaje Verbal del Niño". Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/libros/linguistica/Leng_Ni%C3%B1o/Trast_Habla_medio_amb.htm
9. GARCIA. A, CALATRAVA. M, La Disfemia en la Escuela, disponible en
http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_7/VARIOS_DISFEMIA.pdf
10. NOGUEROLES. P, disponible en <http://psicologiaylenguaje.blogspot.es/>
11. CABRERA, N. "Disartria/Diagnóstico; Disartria/Terapia; Manifestaciones Neurológicas; Trastornos De La Articulación; Apraxia", disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_2_99/ord10299.htm
12. PARDO, N. "Dislalia. Abordaje Social y Educativo Desde la Terapia Del Lenguaje / Fonoaudiología", disponible en:
<http://espanol.geocities.com/sptl2002/dislalia.html>
13. Revista Medicina de Caldas, Grandes síndromes del lenguaje del Niño, disponible en
http://telesalud.ucaldas.edu.co/rmc/detallearticulo.asp?vol=1&ed=2&id_articulo=6
14. Trastornos de habla, disponible en:
http://html.rincondelvago.com/disfemias_intervencion-logopedica.html.



15. Diplomacia, disponible en: <http://www.rppnet.com.ar/oratoriayfonetica.htm>
16. Desarrollo del Lenguaje y Evolución, disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/desarrollo-del-lenguaje/desarrollo-del-lenguaje.shtml>
17. Anatomía de los Órganos Fonoarticulatorios disponible en: <http://html.rincondelvago.com/organos-fonoarticulatorios.html>
18. Tratamiento Centrado En La Persona, disponible en: http://anjanar5.blogspot.com/2008_11_01_archive.html
19. Disglosia “Concepto y Clasificación General”, disponible en: http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?id_articulo=61
20. Alteraciones del Habla y la Comunicación, disponible en: http://www.isftic.mepsyd.es/w3/recursos2/atencion_diversidad/02_03.htm
21. ALICIA FERNÁNDEZ Z, Tratamiento de la Tartamudez en Niños, Ed ELSEVIER MASSON, España 2008, Pag 13-17.
22. http://www.saberalternativo.es/spa/desarrollo_personal.asp?var1=&var2=Los%20trastornos%20en%20el%20desarrollo%20del%20habla%20en%20la%20etapa%20preescolar%20del%20ni%C3%B1o%20%281%20%AA%20PARTE%29&nar1=&nar2=825
23. <http://www.ensenemasamemas.org/SpecialNeedsDetails.asp?id=10>
24. TRASTORNOS DEL HABLA “Dr. JORGE PERELLO”
25. TRASTORNOS DEL LENGUAJE “María Laura Alessandri”.
26. CUADERNOS I.C.H. DE LOGOPEDIA
27. Atlas de anatomía en ortofonía “DAVID h. McFARLAND”.
28. SEMIOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO DEL ADULTO “DR. FERNANDO ESTÉVEZ A. Y DR. FERNANDO CASTRO”.
29. INTRODUCCION A LA MORFOLOGIA CARDIO-RESPIRATORIA “Dr. HERNAN
30. HEMIDA, DR. FERNANDO CASTRO, DR. EDUARDO BUENAÑO”.
31. Diccionario de Fonoaudiología “Martha Ortíz F. y Angélica Sepúlveda C.”

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA FONOAUDIOLOGÍA
PROTOCOLO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN
FONOAUDIOLOGÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES DE FAMILIA

Nosotras, LOURDES MARIBEL PILLAJO CRIOLLO y SANDRA MAGALY LIMA LUCERO; egresadas del área de Fonoaudiología de la Universidad de Cuenca, por medio de la presente nos es grato informarle que se llevará a cabo un estudio para evaluar a los niños y determinar si existe algún tipo de trastorno del habla, ya que la escuela “JOEL MONROY” y “MANUEL GUERRERO” han sido escogidas para participar en este estudio, los datos recolectados servirán para realizar una Tesis de Grado.

Esta investigación consiste en la aplicación de los test para la evaluación de los trastornos del habla (alteración funcional u orgánica de los órganos activos o pasivos que intervienen en la articulación del habla). 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 permitirá detectar trastornos existentes, esto dará mayor información referente a las necesidades de los niños que presentan la patología del habla respectiva.



Procedimientos

- A los niños/as se les aplicará; el test de articulación, que consiste en la identificación y articulación de imágenes expuestas al niño, para detectar en que letra está fallando la pronunciación, como la: /l, m, p, v-b, c-k-q, d, f, g, j, r, s-c-z, t; test de mecanismo oral periférico, para evaluar la movilidad y anatomía de lengua, labios, paladar, dientes, mandíbula y velo del paladar; y la evaluación de la disfemia o tartamudez, a través de un test que se basa en preguntas sobre datos personales generales del niño y en lectura, para de esta manera identificar el tipo de disfemia que presenta el niño/a.
- Los tests no implican ningún riesgo para los niños/as, ya que la evaluación se basa en la repetición de palabras y frases, identificación de dibujos para detectar el problema articulatorio y en conocer la motricidad bucolinguofacial, sin ningún instrumento que ponga en riesgo la integridad del niño.
- La información que se va a recolectar es de uso confidencial.
- El tiempo de evaluación será de dos meses.

Yo (..... padre del niño/a.....)
libremente y sin ninguna presión, acepto que se les aplique los tests de evaluación de trastornos del habla a mi hijo/a. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Padre de familia.

**DIENTES:**

35.- Implantación:	Completa	Incompleta	
36.- Estado:	Regular	Bueno	Malo
37.- Oclusión:		Bueno	Malo
Observaciones:			

MOVILIDAD MAXILAR:

38.- Derecha				0	1	2	3
39.- Izquierda				0	1	2	3
40.- Adelante				0	1	2	3
41.- Rotación				0	1	2	3

FUNCIONES BÁSICAS:

42.- Deglución: Voluntario				0	1	2	3
43.- Involuntario				0	1	2	3
44.- Masticación: Alimentos suaves				0	1	2	3
45.- Alimentos duros				0	1	2	3
46.- Presencia de sialorrea:	Si	No					
Observaciones:							



TEST DE ARTICULACIÓN

Nombre:

Edad:

Fecha de Evaluación:

Fonema	Estímulo	Transcripción	Omisión	Sustitución	Distorsión	Adición
/m/	Mano	-----				
	Cama	-----				
/p/	Pelo	-----				
	Lápiz	-----				
/b/, /v/	Vaso	-----				
	Uva	-----				
/f/	Foco	-----				
	Café	-----				
/t/	Taza	-----				
	Pato	-----				
/d/	Dedo	-----				
	Helado	-----				
	Pared	-----				
/n/	Nariz	-----				
	Mono	-----				
/l/	Luna	-----				
	Pelota	-----				
	Sol	-----				
/ll/	Llave	-----				
	Pollo	-----				
/s/	Sopa	-----				
	Mesa	-----				
	Bus	-----				
/r/	Ratón	-----				
	Pájaro	-----				
	Collar	-----				
	Perro	-----				
/y/	Payaso	-----				
	Yoyo	-----				
/c/	Casa	-----				
	Boca	-----				
/j/	Jabón	-----				
	Ojo	-----				
/ch/	Chancho	-----				



	Cuchara	-----
/ñ/	Uña	-----
	Ñaños	-----

Diptongos

/au/	Jaula	-----
/ei/	Peinilla	-----
/ie/	Pie	-----
/ue/	Huevo	-----
/io/	Avión	-----
/ai/	Bailar	-----

Dífonos

/pl/	Plato	-----
/bl/	Blusa	-----
/cl/	Chicle	-----
/fl/	Flor	-----
/gl/	Globo	-----
/br/	Brazo	-----
/cr/	Cruz	-----
/fr/	Frutilla	-----
/gr/	Tigre	-----
/tr/	Tren	-----
/pr/	Profesor	-----

Sílaba Inversa

/al/	almohada	-----
/an/	banco	-----
/en/	lengua	-----
/am/	tambor	-----
/ar/	barco	-----
/es/	espejo	-----

**EVALUACIÓN DE LA DISFEMIA****Nombre:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Edad:** _____**Fecha de evaluación:** _____

1.- Pregunte al niño el cuestionario de abajo, escriba cada letra que tartamudee y la sílaba en la que ocurrió. Atienda a la duración del bloqueo de la tartamudez.

¿Cómo se llama?

¿Cuántos años tiene?

¿Cómo se llama la ciudad donde vive usted?

¿Le gusta la escuela?

¿Cuál es el nombre de su mejor amigo /a/?

¿Qué juego le gusta más?

¿Cuál es su color favorito?

¿Qué número viene después del cuatro?

¿Cuál es el nombre del profesor /a/?

¿Qué día de la semana es hoy?

¿Quién es el presidente del Ecuador?

¿Cuál es el color de su cabello?

Número de sílabas que tartamudeó: _____

Cálculo de la duración del bloqueo: _____

2.- Que diga las letras del alfabeto, marque cada letra en la que el tartamudeo ocurrió: _____

Los números en caso de no conocer el alfabeto: _____

Conversación informal: _____

Tiempo requerido para decir el alfabeto o los números: _____

Número de respuestas en el tartamudeo: _____

Porcentaje de tartamudez: _____

Cálculo del promedio de duración de los bloqueos: _____

3.- Diga al paciente que lea un párrafo, marcar cada fila en la que ocurrió el tartamudeo, usar un reloj para cronometrar la lectura y atienda la duración del bloqueo de la tartamudez.

Características: Movimientos asociados.....



- Espasmos.....
- Respiración incoordinada.....
- Fono respiración.....
- Tensión muscular.....
- Golpe glótico.....
- Incremento de sudoración.....
- Otros.....
- Tiempo en que completo la lectura.....numero de silabas que tartamudeo.....Porcentaje de la tartamudez.....Calculo del promedio de duración de los bloqueos.....Palabras.....
- Escape y evitamiento del habla.....

AMBIENTE ESCOLAR:

Actitud de compañeros, maestros, personas que están en relación con el niño

Dificultades en el aprendizaje:

Lectura: _____

Escritura: _____

Cálculo: _____



TRATAMIENTO PARA LA DISLALIA

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

ÁREA: Habla

SUBÁREA	DESTREZA	ACTIVIDAD	MATERIAL
Respiración	Concientizar 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 adquiera adecuadamente una respiración correcta. -Recostado sobre una colchoneta colocamos sobre su abdomen una pelota tratando de que el niño observe el 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.	-Velas -Tiras de papel -Juguetes -papel picado -Sorbete -Vaso -Agua
Relajación	Mejorar el estado de relajación de los músculos bucolinguofaciales para la articulación correcta del habla y también del estado emocional.	-Frente a un espejo masajear los músculos bucolinguofaciales, desde la parte proximal a la distal -Masajes faciales -Masajes corporales -Mediante actividades lúdicas lograr la relajación emocional del niño.	-Crema -Espejo
MOP	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, acanalado, vibración. Posteriormente se practican los mismos ejercicios sin la ayuda de material. -Labios: con material o sin material practicamos: Protrucción, retracción, lateralidad, vibración, fuerza. Mandíbula: masticación de alimentos duros.	-Bombas -Lápiz -Objeto
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 agudos. Discriminación fonética: -Viendo la boca del reeducador,	Instrumentos Musicales



		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 patea la pelota. -Darle órdenes sencillas como: tocarse la nariz con l 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 lengua.	-Mermelada -Paleta -Gárgaras -Hostias
Lenguaje conversacional	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 gusto del mismo. Establecer una conversación con el niño, preguntándole lo que más le gusta hacer, jugar, comer, etc.	Cuentos Grabadora.



TRATAMIENTO PARA LA DISGLOSIA

OBJETIVO: Lograr que el niño articule de una forma correcta los diferentes fonemas y que elimine su nasalización.

ÁREA: Habla

SUBÁREA	DESTREZA	ACTIVIDAD	MATERIAL
Respiración	Concientizar 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 adquiera adecuadamente una respiración correcta. -Recostado sobre una colchoneta colocamos sobre su abdomen una pelota tratando de que el niño observe el 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.	-Velas -Tiras de papel -Juguetes -papel picado -Sorbete -Vaso -Agua
Relajación	Mejorar el estado de relajación de los músculos bucolinguofaciales para la articulación correcta del habla y también del estado emocional.	-Frente a un espejo masajear los músculos bucolinguofaciales, desde la parte proximal a la distal -Masajes faciales -Masajes corporales -Mediante actividades lúdicas lograr la relajación emocional del niño.	-Crema -Espejo
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
MOP	Lograr que la niña adquiera una perfecta motricidad de los órganos periféricos activos que intervienen en el habla.	-Lengua: Protrucción retracción, lateralidad, lamer, elevación, chasquidos, acanalar, vibración. Posteriormente se practica los mismos ejercicios sin la ayuda de material. -Labios: Protrucción, retracción, lateralidad, vibración, fuerza, chupar. -Velo: Fonar, gárgaras, masaje del velo. -Mandíbula: lateralización, rotación, masticación de alimentos duros. -Soplar: burbújas, rosa de los vientos, inflar globos.	-Aplicadores -Juguetes -Paletas -Chocolate -Frutas -Galletas
Resonancia	Mejorar la funcionalidad del velo del paladar para la rinolalia.	-Realizar masaje velar desde la parte proximal a la distal. -Con la ayuda de la fonación subimos el velo del paladar para que logre la elevación total.	Guantes Aplicadores



Discriminación Auditiva	Concientizar la discriminación de sonidos, fonemas y palabras.	<ul style="list-style-type: none">-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) <ul style="list-style-type: none">-Discriminación de sonidos emitidos por diversos instrumentos musicales.-Discriminación de sonidos graves y agudos. Discriminación fonética: <ul style="list-style-type: none">-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.	Instrumentos Musicales
Lateralidad	Alcanzar la discriminación apropiada de derecha e izquierda.	<ul style="list-style-type: none">-Indicarle al niño la mano con la que se coge la cuchara, el pie con el que se patea la pelota.-Darle órdenes sencillas como: tocarse la nariz con l mano derecha y luego vamos combinando de una forma más compleja.	<ul style="list-style-type: none">- Pelota-Cuchara-Láminas
Ritmo	Mejorar en el paciente la articulación dándole ritmo a las palabras.	<ul style="list-style-type: none">- 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.	<ul style="list-style-type: none">-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.	<ul style="list-style-type: none">-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.-Eleva la lengua y hacerla vibrar.-Colocar hostias en el paladar y que el niño se las quite con la lengua.	<ul style="list-style-type: none">-Mermelada-Paleta-Hostias

**TRATAMIENTO PARA LA DISFEMIA****OBJETIVO:** Disminución de la sintomatología.**ÁREA:** Habla

SUBÁREA	DESTREZA	ACTIVIDAD	MATERIAL
Respiración	Buscar métodos para corregir los tiempos de respiración.	-Ejercicios de soplo Ejercicios de inspiración y expiración con ayuda de papel picado, rosa de vientos, velas, pompas de jabón.	Velas Burbújas Papel picado Rosa de los vientos.
MOP	Lograr que la niña adquiera una perfecta motricidad de los órganos periféricos activos que intervienen en el habla.	-Lengua: Protrucción retracción, lateralidad, lamer, elevación, chasquidos, acanalar, vibración. Posteriormente se practica los mismos ejercicios sin la ayuda de material. -Labios: Protrucción, retracción, lateralidad, vibración, fuerza, chupar. -Velo: Fonar, gárgaras, masaje del velo. -Mandíbula: lateralización, rotación, masticación de alimentos duros. -Soplar: burbújas, rosa de los vientos, inflar globos.	-Aplicadores -Juguetes -Paletas -Chocolate -Frutas -Galletas
RITMO	Ayudar al niño para que adquiera flexibilidad facilitando su relajación y concienciación de la sucesión temporal y sus variantes.	Instrumentos musicales. Palmas Objetos Música	Instrumentos musicales. Palmas Objetos Música.
Ejercicios de ritmo con palabras.	Lograr que el niño adquiera entonación adecuada de la palabra hablada.	Repetir palabras golpeando con el lápiz, palma de la mano, instrumentos realizados por los niños. Repetir frases, sílabas sencillas con la ayuda de palmas y música.	Lápiz Mesa Música Instrumentos.
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	-Mermelada -Paleta -Hostias



		<p>debajo de la lengua y que repita la, la, la o ra, ra, ra.</p> <ul style="list-style-type: none">-Hacer gárgaras para mejorar la /g/.-Sacar la lengua y hacerla vibrar.-Eleva la lengua y hacerla vibrar.-Colocar hostias en el paladar y que el niño se las quite con la lengua.	
--	--	--	--

GLOSARIO

- **ACINESIAS:** Ausencia de movimientos.
- **ACTO DEL HABLA:** Unidad de la comunicación que se expresa de acuerdo con las reglas lingüísticas que funcionan para transmitir las representaciones conceptuales de quien habla y sus intenciones.
- **ADICIÓN:** Fonema intercalado junto a otro que no corresponde a la palabra.
- **ADRENOLECTOMÍA:** Cirugía para extraer una o ambas glándulas suprarrenales

(Órganos pequeños situados encima de cada riñón).

- **AGNOSIA.-** Es la incapacidad para reconocer estímulos previamente aprendidos o la falta de capacidad para aprender nuevos estímulos sin tener ninguna deficiencia en la percepción, el lenguaje o el intelecto. La agnosia produce una pérdida en la capacidad de reconocer sonidos (agnosia auditiva), objetos o personas (agnosia visual), sabores (agnosia gustativa) u olores (agnosia olfativa).
- **ANASTOMOSIS:** Es una conexión creada entre dos estructuras. Comúnmente se refiere a la conexión creada mediante cirugía entre estructuras como los vasos sanguíneos.
- **APONEUROSIS PALATINA:** Hoja fibrosa, en la parte anterior del paladar blando, derivada de los tendones de los dos músculos tensores.
- **APLASIA.-** Desarrollo defectuoso o ausencia congénita de un órgano o tejido.
- **APRAXIA.-** Incapacidad para manejar con eficacia o manipular objetos, como resultado de una lesión cerebral. Trastorno de los movimientos voluntarios, consiste en una incapacidad parcial o completa para ejecutar movimientos con un fin determinado, no obstante la preservación de la sensibilidad, capacidad, poder y coordinación muscular en general. Defecto psicomotor en el cual no se es capaz de aplicar a un objeto su uso específico a pesar de poder nombrarlo y describir sus usos.



- **APRENDIZAJE.-** Acto o proceso de adquisiciones de conocimientos o de alguna habilidad por medio del estudio práctico o experiencia.
- **ARTICULACIÓN:** Proceso motor del habla en el cual son modificados los sonidos periódicos mediante los movimientos de las estructuras articulatorias: labios, lengua, dientes, faringe, paladar duro y blando.
- **ATAXIA.-** Trastorno caracterizado por una alteración en la capacidad de coordinar los movimientos. La marcha inestable y el desequilibrio postural están producidos por una lesión localizada en la medula espinal o en el cerebelo. Incoordinación, incapacidad para coordinar los músculos en la ejecución de un movimiento voluntario.
- **BIFIDA.-** Dividido en dos partes.
- **BILINGÜISMO.-** Uso de los idiomas en la misma comunidad, región o país.
- **BRADILALIA:** Disminución anormal de la velocidad del habla.
- **CAVUM.-** Cavidad situada en la zona superior de la faringe que a través de las coanas comunica con las fosas nasales. Contiene en su parte postero superior las vegetaciones adenoides (acúmulos linfoides muy importantes).
- **CÍCLICO.-** Relativo a un ciclo, característico de él; que ocurre periódicamente; denota el curso de los síntomas en ciertos trastornos mentales.
- **CLÓNICO.-** De la índole de un clonus, caracterizado por contracciones y relajaciones alternadas del músculo.
- **COLUMELA:** Porción más anterior y caudal del séptum nasal, que separa la entrada de la nariz en dos vestíbulos nasales paralelos.
- **COMISURA.-** Zona de unión entre dos partes anatómicas como las del ángulo del ojo y los labios.
- **CONGÉNITA.-** Presente en el nacimiento, como un defecto o anomalía congénita.
- **DEGLUCIÓN.-** Acción o efecto de deglutir o tragar sustancias, solidad, líquidas o gaseosas de la boca al estomago.



- **DIASTEMA.-** Espacio, fisura o hendidura odontológica, espacio interdental particularmente el espacio entre los caninos y los dientes laterales de la mandíbula superior en el que encaja el canino.
- **DISCINECIAS.-** Alteración de la capacidad de ejecutar movimientos voluntarios.
- **DISFAGIA.-** Dificultad para deglutir, normalmente asociada a procesos obstructivos del esófago. Las personas con procesos motores son incapaces de tragar sólidos y líquidos.
- **DISFASIA.-** Trastorno idiopático, de carácter no orgánico, que se producen en la adquisición del habla, debido a modificaciones en las estructuras encargadas de la percepción, la integración y la conceptualización del lenguaje. La Disfasia autentica no debe presentarse la disfagia.
- **DISFONÍA.-** Cualquier anomalía de la voz, como la ronquera. La disfonía espasmódica es una alteración del lenguaje en la cual la fonación resulta bloqueada de forma intermitente por espasmos de la laringe.
- **Dislalia Funcional:** Es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje, por una función anómala de los órganos periféricos.
- **DISOSTOSIS.-** Osificación defectuosa de los cartílagos.
- **DISPRAXIAS.-** Perdida parcial de la capacidad para realizar una tarea que exige movimientos coordinados en ausencia de cualquier defecto en las funciones sensoriales o motoras.
- **DISPROSODIA.-** Dificultad en la melodía, el acento y los patrones rítmicos del habla.
- **DISRITMIA.-** Cualquier alteración o anomalía de un patrón de ritmo normal, especialmente de las ondas cerebrales o la cadencia del lenguaje.
- **DISTORSIÓN:** Se habla de sonido distorsionado cuando se da de forma incorrecta o deformada, pudiéndose aproximar más o menos a la articulación correspondiente.
- **EPIGLOTIS.-** Lámina fibrocartilaginosa impar situada por delante del orificio superior de la laringe al que recubre en el momento de la deglución.



- **ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA.-** Es una enfermedad neuromuscular de las motoneuronas o neuronas motoras, de inicio brusco, curso rápido y progresivamente incapacitante.
- **ESPASMO.-** Contracción involuntaria, es doloroso se llama generalmente calambre; si es violento, convulsión. Espasmo muscular: aumento de tensión y disminución de longitud de un músculo que no puede liberarse voluntariamente y que impiden el alargamiento de los músculos afectados. Es espasmo se debe a estímulos dolorosos de la neurona motora inferior.
- **ESPASMO CLÓNICO.-** Contracción y relajación involuntaria alternadas de un músculo.
- **ESPÁSTICO.-** Relativo a espasmos u otras contracciones no voluntarias de los músculos esqueléticos.
- **ESQUIZOGLOSIA.-** Hendidura o división de la lengua.
- **FASCICULACIONES.-** Son espasmos que afectan grandes grupos de fibras musculares.
- **FÉRULA.-** Es un dispositivo o estructura de metal, madera, yeso, cartón, tela o plástico que se aplica con fines generalmente terapéuticos.
- **FILTRUM.-** Depresión o surco entre las proyecciones formadas en la pared posterior de la laringe por los cartílagos aritenoides y de Morgagni.
- **FONACIÓN.-** Producción de sonidos verbales mediante la vibración de las cuerdas vocales de la laringe.
- **FONEMA:** Unidad fonológica más pequeña en que puede dividirse un conjunto fónico.
- **FONACIÓN:** Es la emisión de sonidos con la ayuda de las cuerdas vocales.
- **GLOSOPTOSIS.-** Retracción o desplazamiento de la lengua hacia abajo.
- **HABLA:** Es un acto individual y voluntario, en el que a través del acto neumofonoarticulatorio el hablante utiliza la lengua para comunicarse.
- **HIPOGLOSO.-** Músculo que retrae y tracciona la lengua hacia abajo. Nervio hipogloso prepalatino situado por delante del paladar.



- **INSPIRACIÓN.-** Acto de tomar aire por los pulmones para intercambiar oxígeno por dióxido de carbono.
- **ITSMO DE LAS FAUCES:** Parte de la bucofaringe situada entre los pilares anteriores y posteriores del velo del paladar de ambos lados.
- **LALAFOBIA.-** Temor morboso de hablar o tartamudear.
- **LOGOPEDA:** especialista que trata de prevenir, investigar y tratar los trastornos de la voz, el habla y el lenguaje oral, escrito y gestual.
- **MACROSTOMIA.-** Se origina cuando los procesos maxilares y mandibulares no se unen.
- **Marcha:** Es un proceso influenciado por una serie de mecanismos y es el resultado de la integridad de diferentes tipos de reflejos.
- **MICROGLOSIA.-** Pequeñez de la lengua.
- **MICRONÁGTICA.-** Hipoplasia del maxilar especialmente de la mandíbula.
- **MOVIMIENTOS ESPASMÓDICOS:** Es una afección en la cual los movimientos involuntarios, incontrolables y rápidos; interrumpen el movimiento o la postura normal.
- **NEURALGIA:** Dolor en el trayecto de un nervio periférico.
- **NEUROPATIA.-** Término clásico para cualquier trastorno que afecta algún segmento del sistema nervioso. Según el uso actual, enfermedad que afecta los nervios craneales o espinales.
- **NISTAGMUS:** Es un movimiento involuntario e incontrolable de los ojos. El movimiento puede ser horizontal, vertical, rotatorio, oblicuo o una combinación de estos.
- **OMISIÓN:** Omisión de un fonema en la palabra que no puede pronunciar
- **PALILALIA.-** Trastorno caracterizado por la repetición cada vez más rápida de la misma palabra o expresión, habitualmente al final de una frase.
- **PARAGRAMATISMOS:** Uso incorrecto de las formas gramaticales; el paciente pronuncia sílabas y palabras sin sentido e incomprensibles.

- **PIORREA ALVEOLAR.-** Es una enfermedad infecciosa provocada por bacterias que se integran formando una placa transparente y adhesiva que es la placa bacteriana (como su nombre lo indica), que todos la tenemos en boca y en distintas mucosas. En cantidad mínima es compatible con salud, si aumenta según el estado bucal y en dientes mal posicionados que la retienen genera enfermedad.
- **PROTRUCIÓN.-** Empuje o proyección hacia delante. En odontología: es la posición de la mandíbula anterior a la relación céntrica.
- **PSICOMOTRICIDAD.-** El concepto de psicomotricidad viene inicialmente muy influenciado por la filosofía de Descartes, para el cual el cuerpo ser reduce a una simple “máquina muda” para el espíritu. Un simple análisis lingüístico de la etimología de la psicomotricidad nos lleva a separar sus dos componentes: psico y motricidad.
- **REGURGITACIÓN.-** Vuelta del alimento deglutido hacia la boca.

RESONANCIA: Capacidad que tiene un cuerpo hueco (resonador) para que el aire que contiene entre en vibración por simpatía, cuando en las proximidades se encuentra un productor de vibraciones sonoras (resonante).

- **RINOLALIA.-** Timbre nasal de la voz debido a enfermedad o defecto de las cavidades nasales.
- **SEPTUM NASAL:** O tabique nasal; es una pared de cartílago y hueso que separa un orificio nasal del otro desde adelante hasta donde termina la fosa nasal en la faringe.
- **SIALORREA.-** Excesiva secreción de saliva.
- **SIRINGOBULBIA.-** Es un trastorno neurológico que progresa lentamente y que se caracteriza por una cavidad llena de líquido en la médula espinal y en el tallo cerebral.
- **SIGNIFICADO:** Concepto mental al que se refiere el signo. Este concepto es, por lo general, común a todos los miembros de una misma cultura que comparte la misma lengua.



- **SIGNIFICANTE:** Parte sensible del signo. Imagen del signo tal como lo percibimos.
- **SINFONES O DÍFONOS:** Representa el sonido que abarca desde la mitad de la realización de un fonema hasta la mitad de la realización del fonema siguiente.
- **SINCINESIAS:** Son movimientos involuntarios que ocurren en una parte del cuerpo, al momento que ocurren movimientos voluntarios en otra parte del cuerpo.
- **SUSTITUCIÓN:** Error en el que un fonema se sustituye por otro.
- **TAQUILALIA:** Emisión rápida al hablar, sin prosodia, constituida de una voz de débil intensidad.
- **TEST DE ARTICULACIÓN:** Sirve para evaluar el nivel articulatorio de la palabra y la presencia de algunos procesos de simplificación fonológica en los niños.
- **YATROGENIA.-** Relativo a enfermedades ocasionadas por temores infundidos en los pacientes por observaciones o preguntas de los médicos que los examinan.