



RESUMEN

El presente trabajo se lo ha realizado a través del método Descriptivo con Intervención, cuyo objetivo fue desarrollar la evaluación e intervención logopédica en niños/as de primero a cuarto de básica con alteración de la motricidad bucolinguofacial relacionada a dislalia funcional, en la escuela "Fe y Alegría", mediante la aplicación del test de Mecanismo Oral Periférico (M.O.P) y el test de Articulación.

El universo estuvo conformado por 373 niños/as de primero a cuarto de básica de la escuela antes mencionada; de los cuales el sexo masculino representó el 50,1% y el femenino el 49,9 %; luego de la aplicación del test de articulación, el 12,3% presentó Dislalia Funcional; la edad de mayor incidencia correspondió a los niños/as entre las edades de 5 a 7años; luego de la intervención logopédica y realizada la reevaluación a los niños/as que recibieron el tratamiento logopédico el 7,2% superó el trastorno y el 5,1% no superó la dificultad articulatoria.

DECS: TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN-TERAPIA; LOGOTERAPIA-MÉTODOS; PRUEBAS DE ARTICULACIÓN DEL HABLA-UTILIZACIÓN; NIÑO; ESTUDIANTES-ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; CUENCA-ECUADOR

PALABRAS CLAVE: AUTORAS: DISLALIA FUNCIONAL.



ABSTRACT

This research work has been done using the descriptive method with intervention, which aim was to develop the evaluation and speech therapy intervention in children of first to fourth years of basic school, with alteration of bucolinguofacial motor related to functional dyslalia, in the "Fe y Alegría" school, by applying the oral peripheral mechanism test (M.O.P) and the articulation test.

The universe was composed of 373 children at first to fourth years of basic school; in the previous mentioned school, from which the male sex represented the 50.1% and the female sex 49.9%; after the application of the articulation test, the 12.3% suffered functional dyslalia. The highest incidence age corresponded to children between 5 and 7 years old. After the speech intervention and have re-evaluated the children who received the speech therapy, the 7.2% exceeded the disorder and the 5.1% didn't exceed the articulatory difficulty.

DECS: ARTICULATION DISORDERS-THERAPY; SPEECH THERAPY-METHODS; SPEECH ARTICULATION TESTS-UTILIZATION; CHILD; STUDENTS-STATISTICS & NUMERICAL DATA; CUENCA-ECUADOR

KEY WORDS: AUTHORS: FUNCTIONAL DYSLALIA.

**ÍNDICE**

CONTENIDOS	Págs.
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
CAPITULO I.....	17
1. INTRODUCCIÓN	17
2. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS.....	20
CAPITULO II.....	21
3. MARCO TEÓRICO	21
3.1 HABLA.....	21
3.1.1 CONCEPTO	21
3.1.2 DESARROLLO DEL HABLA	22
3.1.3 PROCESO NEUROLÓGICO DEL HABLA	22
3.1.4 FUNCIONES BÁSICAS PARA LA PRODUCCIÓN DEL HABLA... 23	
3.1.4.1 APARATO RESPIRATORIO	23
3.1.4.1.1 ÓRGANOS QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO DE LA RESPIRACIÓN	24
3.1.4.1.2 TIPOS DE RESPIRACIÓN.....	25
3.1.4.2 APARATO FONATORIO.....	25
3.1.4.2.1 ÓRGANO QUE PARTICIPA EN EL PROCESO DE LA FONACIÓN	25
3.1.4.3 APARATO ARTICULATORIO	28
3.1.4.3.1 ÓRGANOS ACTIVOS DE LA ARTICULACIÓN	28
3.1.4.3.2 ÓRGANOS PASIVOS DE LA ARTICULACIÓN	32
3.2 FONEMA	33
3.2.1 CONCEPTO	33
3.2.2 ORDEN DE APARICIÓN DE LOS FONEMAS	34
3.2.3 CLASIFICACIÓN DE LOS FONEMAS	34
3.2.3.1 VOCALES Y CONSONANTES	34
3.2.3.2 POR LA ACCIÓN DE LAS CUERDAS	36
3.2.3.3 POR LA ACCIÓN DEL VELO DEL PALADAR	36
3.2.3.4 POR EL MODO DE ARTICULACIÓN	37
3.2.3.5 POR EL PUNTO DE ARTICULACIÓN	38



3.2.4 MECANISMO DE PRODUCCIÓN DE LOS FONEMAS	40
3.3 LA DISLALIA.....	47
3.3.1 CONCEPTO	47
3.3.2 CLASIFICACIÓN DE LA DISLALIA	48
3.4 DISLALIA FUNCIONAL	49
3.4.1 ETIOLOGÍA	49
3.4.1.1 ESCASA HABILIDAD MOTORA	49
3.4.1.1.1 CÓMO SE PERFECCIONA LA MOTRICIDAD BUCOFACIAL Y SU IMPORTANCIA EN LA ARTICULACIÓN DEL HABLA	50
3.4.1.2 DIFICULTADES EN LA PERCEPCIÓN DEL ESPACIO Y EL TIEMPO	51
3.4.1.3 FALTA DE COMPRENSIÓN O DISCRIMINACIÓN AUDITIVA.	52
3.4.1.4 FACTORES PSICOLÓGICOS.	52
3.4.1.5 FACTORES AMBIENTALES.....	53
3.4.1.6 FACTORES HEREDITARIOS.....	54
3.4.1.7 DEFICIENCIA INTELECTUAL	54
3.4.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	55
3.4.3 DIAGNÓSTICO	56
3.4.3.1 PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN EL DIAGNÓSTICO DE LA DISLALIA FUNCIONAL.....	56
3.4.4 CONDICIONES GENERALES PARA LA REEDUCACIÓN	60
3.4.5 TRATAMIENTO.....	61
3.4.5.1 TRATAMIENTO INDIRECTO	62
3.4.5.2 TRATAMIENTO DIRECTO	66
CAPITULO III.....	69
4. OBJETIVOS.....	69
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	69
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	69
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	69
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	69
5.2 ÁREA DE ESTUDIO	69
5.3 UNIVERSO.....	70



5.4 MUESTRA	70
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	70
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	70
5.7 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	70
CAPITULO IV.....	78
6. RESULTADOS DE LA PRE - EVALUACIÓN.....	78
6.1 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ESCUELA “FE Y ALEGRÍA”	78
6.2 RESULTADOS DE LA PRE-EVALUACIÓN MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL TEST DE MECANISMO ORAL PERIFÉRICO EN LA ESCUELA “FE Y ALEGRÍA”	81
6.3 RESULTADOS DE LA PRE-EVALUACIÓN MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL TEST DE ARTICULACIÓN EN LA ESCUELA “FE Y ALEGRÍA”.....	83
7. RESULTADOS DE LA POST-INTERVENCIÓN.....	86
7.1 RESULTADOS DE LA POST-EVALUACIÓN MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL TEST DE MECANISMO ORAL PERIFÉRICO EN LA ESCUELA “FE Y ALEGRÍA”	86
7.2 RESULTADOS DE LA POST - EVALUACIÓN MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL TEST DE ARTICULACIÓN EN LA ESCUELA “FE Y ALEGRÍA”.....	89
CAPITULO V.....	94
8. CONCLUSIONES	94
9. RECOMENDACIONES	96
10. GLOSARIO	97
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
ANEXOS	103

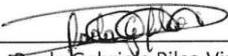


UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Paola Gabriela Pilco Vire, autor de la tesis "EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN NIÑOS/AS DE PRIMERO A CUARTO DE BÁSICA CON ALTERACIÓN DE LA MOTRICIDAD BUCOLINGUOFACIAL RELACIONADA A DISLALIA FUNCIONAL. ESCUELA "FE Y ALEGRÍA". CUENCA, 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 Licenciada en Fonoaudiología. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 25 de enero del 2013


Paola Gabriela Pilco Vire
Ci. 1104481393

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

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316
e-mail cdjvb@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103
Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María Eulalia Barrera Fárez, autor de la tesis "EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN NIÑOS/AS DE PRIMERO A CUARTO DE BÁSICA CON ALTERACIÓN DE LA MOTRICIDAD BUCOLINGUOFACIAL RELACIONADA A DISLALIA FUNCIONAL. ESCUELA "FE Y ALEGRÍA". CUENCA, 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 Licenciada en Fonoaudiología. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 25 de enero del 2013

María Eulalia Barrera Fárez
CI. 0104954888

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

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

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

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Paola Gabriela Pilco Vire, autor de la tesis “EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN NIÑOS/AS DE PRIMERO A CUARTO DE BÁSICA CON ALTERACIÓN DE LA MOTRICIDAD BUCOLINGUOFACIAL RELACIONADA A DISLALIA FUNCIONAL. ESCUELA “FE Y ALEGRÍA”. CUENCA, 2012”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 25 de Enero del 2013


Paola Gabriela Pilco Vire
CI. 1104481393

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

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

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

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María Eulalia Barrera Fárez, autor de la tesis “EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN NIÑOS/AS DE PRIMERO A CUARTO DE BÁSICA CON ALTERACIÓN DE LA MOTRICIDAD BUCOLINGUOFACIAL RELACIONADA A DISLALIA FUNCIONAL. ESCUELA “FE Y ALEGRÍA”. CUENCA, 2012”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 25 de Enero del 2013

María Eulalia Barrera Fárez
CI. 0104954888

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

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

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

Cuenca - Ecuador



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

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN NIÑOS/AS DE
PRIMERO A CUARTO DE BÁSICA CON ALTERACIÓN DE LA
MOTRICIDAD BUCOLINGUOFACIAL RELACIONADA A DISLALIA
FUNCIONAL. ESCUELA “FE Y ALEGRÍA”. CUENCA, 2012.**

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

**AUTORAS: MARÍA EULALIA BARRERA FÁREZ
PAOLA GABRIELA PILCO VIRE**

DIRECTOR: LIC. EDGAR CARVAJAL FLOR

ASESOR: DR. HUGO CAÑAR

**Cuenca – Ecuador
2013**



“En las profundidades del invierno aprendí por fin que dentro de mí hay un verano invencible”

Albert Camus

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa”

Mohandas K. Gandhi



DEDICATORIA

“Cuanto más grande es el reto, mayor la satisfacción de haberlo logrado”

Ha llegado el final de un largo y difícil camino que emprendí, pero durante mi larga travesía estuve acompañada de seres que nunca me dejaron sola que día a día estuvieron apoyándome incondicionalmente: A Dios por enseñarme que con humildad, paciencia y sabiduría todo es posible. A mi madre María Paula Fárez porque creyó en mí, por darme ejemplos dignos de superación y entrega porque en gran parte por ella hoy puedo ver alcanzada mi meta. A mis hermanos Juan, Geovanny y principalmente a Elizabeth y Jorge porque han sido el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo, esta tesis se la dedico de manera muy especial a mi hermana, amiga y segunda madre Elizabeth, porque a pesar de la distancia siempre estamos juntas, a mi hermano Jorge que amo infinitamente y le agradezco todo el apoyo y la confianza que ha depositado en mí, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí, gracias por haber fomentado el deseo de superación y el anhelo de triunfo en mi vida. A mi sobrina (hija) Tamara Coronel por la que ha tenido sentido mi vida, por ser el motor que me obliga a



funcionar y ser cada día mejor, a ella le dedico mi esperanza, mi alegría, mi vida y la culminación de esta tesis y lo que representa.

No podía faltar la persona que me hizo sentir que el amor no es un sueño sino una dulce realidad, Antonio gracias por compartir mis alegrías y tristezas, por estar a mi lado y ser parte de éste gran triunfo.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Ma. Eulalia



DEDICATORIA

Hay ocasiones en la vida en que uno puede sentirse derrotado, pero a mi Dios nunca me ha dejado sola, me envió con dos de sus ángeles, mis padres Vinicio y Jacqueline, a ellos les dedico esta victoria, porque es la primera de muchas más que vendrán.

A ti papito por enseñarme que uno puede obtener lo que quiere poniendo el mayor esfuerzo y dedicación, porque veo en ti a un hombre de espíritu emprendedor que siempre ha tratado de sacarnos adelante.

A ti mamita por darme siempre ese empujoncito que he necesitado para poder creer en mí misma, por ser mi confidente y consejera y por no rendirte conmigo, pero sobre todo por tu amor incondicional.

A mi hermano Andrés por ser hermano, padre y amigo cuando lo he necesitado, porque por más difícil que ha sido para ti, siempre has sabido tomar en serio cada uno de esos papeles.

A mi hermano Nicolás por permitirme robar el tiempo que era solo nuestro, por tener que hacerte madurar siendo aún un niño, porque mientras tú crecías yo tenía que estar lejos de ti, ese ha sido uno de los mayores sacrificios que he tenido que hacer para conseguir este título.

A toda mi familia por las palabras de aliento y los buenos momentos, por ser tan unidos como somos; no los cambiaría por nada.



A todos ustedes les dedico esta meta, porque siempre han estado orgullosos de mí y me han sostenido en cada caída, mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos más difíciles, los quiero con todo mi corazón.

Paola



AGRADECIMIENTO

“La gratitud es señal de ojos abiertos y corazones humildes”

Agradecemos infinitamente a Dios por darnos fortaleza para levantarnos tras cada caída y aprender de cada experiencia, por guiar cada uno de los pasos que hemos dado hasta llegar a este momento tan anhelado para nosotras y porque siempre será nuestro compañero incondicional.

Agradecemos a nuestras familias por su apoyo, y sobre todo a nuestros padres por darnos lo más valioso que nos pueden heredar “el estudio”, porque gracias a ello podemos alcanzar esta meta y hacer que nuestros logros sean suyos.

También agradecemos de manera especial a nuestro querido maestro, no solo de estudio sino de vida, Lcdo. Edgar Carvajal por su voluntad y dedicación, ya que con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación ha logrado que este arduo camino sea más placentero; y al Dr. Hugo Cañar por brindarnos el apoyo necesario para culminar este trabajo.

Y a todas las personas que han sido parte de nuestras vidas y han estado incentivándonos con palabras de aliento para no dejarnos vencer en este largo camino.

Las Autoras



CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La investigación como proceso científico, ayuda en el conocimiento de la realidad y concienciación de los problemas que se originan en ella; es por eso que el presente trabajo plantea una investigación interesada en conocer objetivamente la importancia de una correcta motricidad bucolinguofacial y su repercusión en la articulación del habla; esta investigación está compuesta por la introducción del problema a investigar (planteamiento del problema, justificación y uso de los resultados), fundamento teórico, objetivos y metodología en que se basará el estudio.

“Como Motricidad Bucofacial entendemos a la coordinación organizada de acciones musculares faciales, labiales, linguales y órganos anatómicos que aseguran la función vital del ser humano que es la Alimentación, competencia que se da gracias a un conjunto de estructuras y procedimientos que permiten el tratamiento de una información dada, la misma que se expresa a través de habilidades motrices como son: la succión, la deglución, trituración, masticación, etc.”(1). Al igual que la alimentación, una correcta articulación de los fonemas también requiere de un buen funcionamiento muscular de lengua, labios, velo del paladar y mandíbula, ya que ***“el desenvolvimiento del lenguaje está estrechamente ligado al desenvolvimiento de las funciones del movimiento, es decir de la motricidad fina que entra en juego directamente en la articulación del lenguaje.”(2).*** Para que una articulación adecuada se presente correctamente en la etapa verbal de un niño sin alteraciones anatómicas y/o neurológicas, necesita de una correcta estimulación por parte de su padres y/o cuidadores; en la actualidad estos trastornos articulatorios que se traducen en dislalias funcionales, han sido tomados en cuenta con mayor énfasis, pues son varios los niños que lo presentan con diferentes niveles de gravedad, ya que están alteradas las estructuras lingüísticas (fonética y fonología) que intervienen en el desarrollo normal del habla; es necesario aclarar que no siempre la dislalia funcional se



debe a la escasa habilidad motora de los órganos bucolinguofaciales, aunque esta sea la causa más frecuente, pues aunque se den asociados otros factores como por ejemplo: psicológicos, del entorno familiar, sobreprotección; que facilitan la generación del trastorno, **“la mayoría de estos niños tienen torpeza en los movimientos de los órganos del aparato fonador y una falta de coordinación motriz general, aunque esta solo se manifieste en los movimientos de destreza fina” (3)**; algunos niños, no solo en nuestro medio, creen que el esforzarse en hablar o pronunciar bien las palabras es innecesario, ya que sus necesidades son satisfechas solo con señalar, emitir un pequeño balbuceo o utilizando gestos corporales o faciales, por lo que el niño no tiene la necesidad de explicitarse en el contexto pragmático del habla para solicitar lo que él desea o comunicarse con su entorno familiar o social, dándose los trastornos articulatorios o dislalias como fruto de la sumatoria de estos factores de riesgo ambientales y biológicos.

“Dislalia es la alteración de la construcción de las praxias articulatorias adecuadas para la emisión de un determinado fonema. Las dislalias motivadas por déficits práxicos son sistemáticas, es decir que la dificultad aparece siempre, cualquiera sea la ubicación del fonema en la palabra, en el habla repetida y también en la espontánea; el niño realiza sucesivos mecanismos de oposición y comparación entre los distintos sonidos para la construcción de cada fonema; para producirlos necesita de la organización de movimientos muy finos y coordinados de las estructuras de la boca, pequeños errores en la precisión de estos movimientos generan la sustitución de un fonema por otro, por ejemplo “z” en lugar de “s” y dice “meza” en lugar de “mesa”. (4)

En un estudio realizado en dos centros educacionales pertenecientes al Policlínico "Julio A. Mella" de la ciudad de Camagüey, Cuba escogidos aleatoriamente mediante un estudio transversal con el objetivo de pesquisar la presencia de trastornos de la comunicación oral en 160 niños, desde marzo a junio de 1993, entre los trastornos de la comunicación oral más frecuentes encontrados, es muy notorio el hecho de que existe un verdadero predominio de la dislalia (85%), siguiéndole en orden la tartamudez o espasmofemia



(13%). (5). En Ciudad de la Habana – Cuba, se realizó un estudio donde se reportó una morbilidad logofoniátrica del 12% y fueron la dislalia con el 9.44%, el retraso del lenguaje con un 1,85% y la tartamudez con un 0,69%, las alteraciones logofoniátricas más frecuentes. (6)

En nuestro país según los estudios que realizó el Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) el 85% de las dificultades corresponden al lenguaje, pero ese dato es general, por lo que no se conoce que porcentaje dentro de este corresponde a trastornos del habla y que porcentaje afecta a niños y adultos, específicamente en el cantón Cuenca. (7)

En la Universidad San Francisco de Quito de la ciudad de Quito, se realizó otro estudio sobre Relación de los Factores Psicosociales con Déficit Sensorial en niños de edad pre-escolar: dislalias en familias disfuncionales en las zonas urbanas y rurales de Quito en el año 2008; los resultados fueron que de un total de 203 niños examinados de edad pre-escolar, se determinó que 25 de ellos, (12,3%) tienen un trastorno de lenguaje, específicamente dislalia. (8)

El presente trabajo investigativo caracterizará la importancia que tiene la motricidad de los órganos bucolinguofaciales en la articulación y su relación directa con la dislalia funcional en nuestro medio; y a la vez tratar de difundir información a padres de familia, maestros y/o personas interesadas en este tema que permitan una atención adecuada hacia los niños y niñas con este tipo de trastornos.



2. Justificación y uso de los resultados

Como hemos mencionado anteriormente hoy en día se ha tomado mucho en cuenta los trastornos articulatorios en nuestra ciudad, tan es así que se pide un certificado logopédico antes de ingresar al nivel pre-escolar y escolar acreditando que el niño habla correctamente y de no ser así, debe ser remitido a terapia de lenguaje y solo con estos requisitos se le permite el ingreso del niño a la escuela.

De ahí la importancia de abordar este tema, ya que el propósito del mismo es brindar el conocimiento y reflexión hacia las familias, así como también a los educadores; además de que no existen investigaciones sobre alteraciones de la motricidad bucofacial asociada a la dislalia funcional en nuestro medio, haciendo de esta investigación un aporte valioso ya que con los resultados obtenidos se podrá proponer estrategias que permitirán dar soluciones al problema planteado y a la vez obtener conocimientos sobre cómo tratar a los niños con este tipo de trastornos.



CAPITULO II

3. MARCO TEÓRICO

3.1 HABLA

El habla difiere del resto de los procesos especializados del cuerpo humano por el hecho de que el objetivo de este acto no consiste en desplazar el cuerpo o en interactuar con un objeto, sino en permitir la comunicación del sujeto. Se estima que producimos hasta quince sonidos del habla por segundo y que esta actividad requiere la implicación de más de un centenar de músculos distribuidos en el interior de distintos sistemas fisiológicos, es decir, los sistemas respiratorio, fonatorio y articulatorio. En consecuencia la producción del habla es uno de los movimientos humanos especializados más complejos. La regulación de esta compleja dinámica necesita la contribución de estructuras neurológicas subyacentes implicadas en los mecanismos de control neuronal.

Estas estructuras neuronales son, a su vez, complejas y requieren la intervención de diversas estructuras corticales y subcorticales organizadas de manera jerárquica que interactúan con los procesos de retroacción sensorial procedente de las estructuras periféricas de la producción del habla. Las estructuras anatómicas y neuronales necesarias para la producción del habla intervienen también, en su mayor parte en la deglución. (9)

3.1.1 CONCEPTO

El habla es un acto neuromotor humano en el cual se expresan sonidos con significado. Es el resultado de la planeación y ejecución de secuencias motoras específicas y requiere una coordinación neuromuscular muy precisa. El lenguaje hablado tiene sonidos o fonemas y combinaciones de éstos. Además el habla incluye otros componentes específicos como la cualidad vocal, la entonación y la velocidad. (10)



3.1.2 DESARROLLO DEL HABLA

A partir del año comienza la producción de palabras. Entre los 12 y 15 meses el niño posee alrededor de 15 palabras y produce una nueva palabra por semana; de los 15 a los 18 meses puede existir una leve disminución en la cantidad de palabras, para luego poseer un vocabulario a los 2 años de 200 a 300 palabras. A esta edad incorpora una a dos palabras nuevas por día. Entre los 2 y 3 años su vocabulario se acrecienta, aparecen frases de dos palabras, comprende órdenes sencillas. Los pronombres aparecen ocasionalmente a los dos años, cerca de los dos años y medio el niño usa el plural y los pretéritos.

A los 3 años el promedio de palabras está entre 900 a 1.000; habla en tercera persona. A esta edad se inicia la interiorización del habla, comienza el soliloquio (el niño piensa en voz alta). Esto se va atenuando hasta que a los 5 años piensa en silencio. A los 3 años se da una asimetría entre la velocidad del pensamiento y la velocidad del habla: primero piensa y luego habla; esta asimetría se refleja en la expresión oral que aparece titubeante; esta situación fisiológica es asignada incorrectamente por algunos autores como tartamudez.

A los 4 años sigue aumentando su vocabulario (1.500 palabras), aunque su comunicación es algo dispersa. A los 5 años aumenta su locuacidad (2.500 a 4.000 palabras), *al final de los 5 e inicios de los 6 años puede decirse que el lenguaje está lo suficientemente consolidado*, aunque sigue creciendo en expresividad y comprensión. Para algunos autores un niño de 6 años puede poseer unas 14.000 palabras (según la estimulación social que reciba).

El habla es inteligible para quienes están fuera de su entorno habitual (en un 50% a los 2 años, en un 75% a los 3 años y en un 100% alrededor de los 5 años).

3.1.3 PROCESO NEUROLÓGICO DEL HABLA

Desde el punto de vista neurológico existen en la producción del habla dos influencias: cortical y periférica.



El cerebro da la orden para producir el sonido de la voz sobre el que se vehiculiza el habla, por lo tanto es posible adjudicarle al ámbito cortical el papel de comando; otros autores lo consideran el órgano del habla. Las regiones corticales para que el habla sea posible desde éste ámbito son las siguientes: a) el área de Broca constituida por la circunvolución frontal izquierda del lóbulo frontal, y b) el área de Wernicke conformada por la circunvolución angular izquierda del lóbulo parietal y la circunvolución temporal superior izquierda. Estas áreas reciben estimulación de otras corticales y subcorticales. La circunvolución precentral cobija a los núcleos de los pares craneanos que posibilitan los movimientos que se producen durante el habla; mientras que la circunvolución poscentral sirve para procesar los distintos estímulos sensitivos; a nivel subcortical, más precisamente a nivel talámico se posibilita la coordinación motora y sensitiva; el cerebelo influye en el habla al perfeccionar dicha praxia. (11)

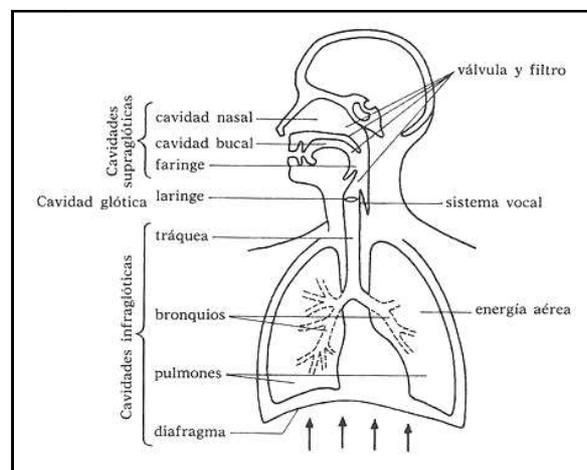
3.1.4 FUNCIONES BÁSICAS PARA LA PRODUCCIÓN DEL HABLA

3.1.4.1 APARATO RESPIRATORIO

El aparato respiratorio es esencial para la eliminación del dióxido de carbono y la absorción del oxígeno del aire. Superpuesta con su función biológica, se encuentra la utilización del sistema respiratorio en la producción del habla. El sistema respiratorio es la fuente de energía esencial para la producción del habla. En efecto, proporciona el aire necesario para la vibración de los pliegues vocales y permite así la producción de los sonidos del habla. Para la producción del habla, la presión entre los pliegues vocales, o presión subglótica, debe mantenerse a un nivel casi constante. Este mecanismo de mantenimiento de la presión depende de una interacción compleja entre las fuerzas generadas por las propiedades mecánicas pasivas de los pulmones y del tórax, y las fuerzas generadas de manera activa por la contracción muscular. Sin embargo, aún cuando la presión subglótica permanece relativamente constante, es posible modificarla ligeramente para controlar ciertos elementos prosódicos, como la intensidad y el tono de voz.(12)

3.1.4.1.1 ÓRGANOS QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO DE LA RESPIRACIÓN

- **Fosas Nasales:** son un órgano sensorial, respiratorio y olfatorio con una doble función: dejar pasar el aire (inspiración) y adecuar las condiciones en las que ese aire penetra (depuración, calentamiento y humedad). Las fosas nasales actúan también como elemento resonador.
- **Diafragma:** está situado por debajo de los pulmones, separándolos de la zona abdominal, tiene una función esencial pues durante la inspiración expande dicha cavidad en todos sus diámetros y en la expiración regresa a su posición, este es el momento en el que el aire debe decidir si desempeña una función respiratoria o si da el apoyo necesario para la emisión de la voz. (13)
- **Pulmones:** son dos órganos situados en las partes laterales de la cavidad torácica. Actúan como elemento impulsor del aire hacia la laringe, para que pueda ser producida la voz.
- **Bronquios:** Son dos tubos y su función es conducir el aire de la tráquea a los pulmones y viceversa.
- **Tráquea:** formado por una serie de anillos cartilagosos que empieza en la laringe y termina bifurcándose en dos bronquios. Su principal misión consiste en la canalización de la corriente de aire hacia la laringe. (14)





3.1.4.1.2 TIPOS DE RESPIRACIÓN

A) Costal Superior o Clavicular: Durante la inspiración se abomba la parte superior del tórax, se elevan los hombros y se hunde el abdomen. Es una respiración superficial. Se toman pequeñas cantidades de aire y se oxigena solo la parte superior de los pulmones. Este tipo de respiración supone la base del lenguaje hablado pues, necesitamos tener un ritmo respiratorio clavicular adecuado para poder hablar.

B) Abdominal o Diafragmática: Se abomba el abdomen durante la inspiración y se hunde en la espiración. La parte superior del tórax permanece inmóvil. Como los pulmones se llenan de aire, la ventilación pulmonar es máxima y el cerebro se oxigena mejor. Con este tipo de respiración conseguimos una relajación corporal adecuada.

C) Costoabdominal: Se produce la inspiración de los dos tipos anteriores. Es la forma que se considera más adecuada para la producción del habla. (15)

3.1.4.2 APARATO FONATORIO

La laringe contiene los pliegues (o cuerdas) vocales, es responsable de la generación de los sonidos del habla, para llegar a producir estos sonidos, los pliegues vocales deben estar cerrados, es decir, en posición de aducción. (16)

3.1.4.2.1 ÓRGANO QUE PARTICIPA EN EL PROCESO DE LA FONACIÓN

Laringe: Es el órgano esencial de la fonación. Está situada en la zona de media anterior del cuello, en continuidad con la faringe y en la parte superior de la tráquea. Está separada de la faringe por la epiglotis y su vértice truncado se une a la tráquea. La función primaria de la laringe es respiratoria (proteger las vías respiratorias) y esfinteriana, donde surge el reflejo de tos cuando algún “cuerpo extraño” entra en el organismo y su función secundaria es la fonación. La laringe está atravesada por el nervio motor laríngeo o recurrente y la innervación sensitiva está dada por la rama sensitiva del nervio laríngeo superior.

Esquemáticamente la laringe consta de tres regiones:

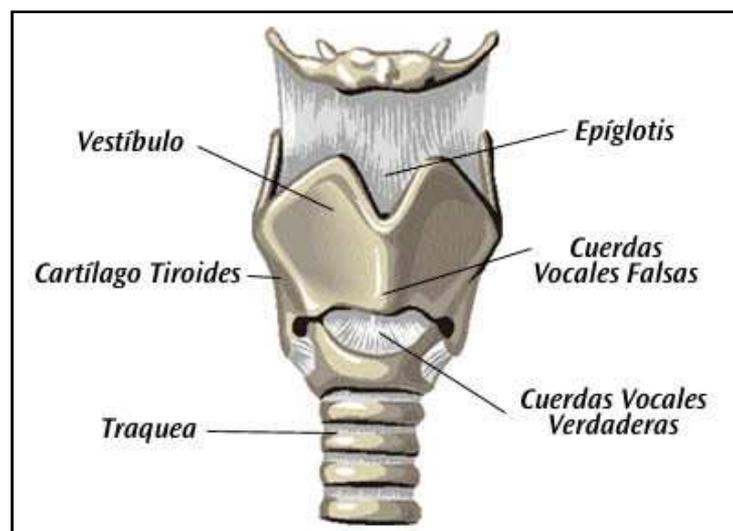
1. **Glótica:** Es la fundamental y en ella se produce el sonido laríngeo. En esta zona se encuentran cuatro repliegues membranosos, dos superiores (que se denominan cuerdas vocales falsas) y los inferiores, que son las cuerdas vocales verdaderas y elementos fundamentales de la fonación. (17)

a) **Las cuerdas vocales falsas:** También llamados bandas ventriculares, que no producen sonido.

b) **Las cuerdas vocales verdaderas:** Son las responsables de la emisión de los sonidos propios del habla: el aire espirado al pasar entre las cuerdas vocales en vibración, proyecta las ondas del sonido hacia la faringe, la cavidad nasal y la cavidad oral. A mayor presión de aire espirado, mayor volumen del sonido emitido. (18)

2. **Infraglótica:** Está por debajo de las cuerdas vocales y se prolonga hasta el límite inferior de la faringe.

3. **Supraglótica:** Corresponde a lo que está por encima de la glotis y de las cuerdas vocales, se llama también vestíbulo laríngeo y en él se encuentra el cartílago epiglótico.





Para que el sonido se produzca es necesario:

- Que la corriente de aire tenga la fuerza suficiente para separar las cuerdas vocales de su posición de descanso.
- Que las cuerdas vocales se aproximen lo suficiente para cerrar el orificio glótico, dejando sólo un estrecho paso al aire: este variará según los tonos, siendo mayor para el grave y menor para el agudo.
- Que las cuerdas vocales estén tensas.

Estructuras que conforman la Laringe:

1. Cartílagos de la laringe: Son nueve tres pares o laterales y tres impares o medios.

- **Cartílagos pares:**

- a. *Cartílagos de Santorini.*

- b. *Cartílagos de Wrisberg.*

- c. *Cartílagos de Aritenoides:* Se hallan en la parte posterior de la laringe y en ellos se insertan los músculos laríngeos y las cuerdas vocales.

- **Cartílagos impares:**

- a. *Cartílago tiroides:* Es el de mayor tamaño. En su cara anterior presenta un saliente en su línea media (Nuez de Adam) donde se insertan algunos músculos prelaríngeos.

- b. *Cartílago cricoides:* Se articula con el cartílago tiroides por su cara lateral y por su borde superior con el aritenoides.

- c. *Cartílago epiglottis:* Está unido al cartílago tiroides por el ligamento tiro-epiglótico. La parte superior está libre y se cierra sobre el orificio laríngeo, ocluyéndolo.

2. Músculos de la laringe: Podemos considerar en la laringe dos clases:

- **Extrínsecos:** Los músculos esternotiroideo y el tiroideo son los más importantes, mueven la laringe, hacia arriba o hacia abajo.



- **Intrínsecos:** Regulan la entrada de aire por la laringe durante la respiración y varían la longitud y tono de las cuerdas vocales. Entre los músculos intrínsecos destacamos:
 - ✓ **Cricotiroideo:** Su función es tensar las cuerdas vocales.
 - ✓ **Cricoaritenoideo posterior:** Separa las cuerdas vocales y dilata la glotis.
 - ✓ **Cricoaritenoideo lateral:** Antagonista del anterior, estrecha la glotis.
 - ✓ **Tiroaritenoideo:** Ocupa el espesor de las cuerdas vocales, aproximándolas entre sí, siendo por tanto, abductor de la glotis.
 - ✓ **Interaritenoideo:** Aproxima los aritenoides al estrechar la glotis.
- (19)

3.1.4.3 APARATO ARTICULATORIO

El tracto vocal supralaríngeo es también una estructura crucial para la generación de los sonidos del habla. Su papel consiste en modificar el sonido laríngeo a fin de producir los sonidos del habla. En efecto, las vocales se crean por la modificación de la configuración del tracto vocal, que actúa como un filtro con diversos modos de resonancia. Las estructuras articulatorias implicadas en la producción del habla son asimismo esenciales para la manipulación y el movimiento del bolo alimenticio durante la masticación y la deglución. (20)

3.1.4.3.1 ÓRGANOS ACTIVOS DE LA ARTICULACIÓN

A. Los labios: actúan como un filtro del sonido según la variación de su abertura. Los labios están inervados por el nervio facial. (21)

Músculos:

- **Músculo orbicular de los labios:** es un músculo constrictor, cierra los labios y los proyecta hacia adelante, tal y como se disponen para la emisión del sonido “o”.



➤ **Músculos Transversos:**

- **Buccinador:** es el músculo principal de las mejillas y el más profundo de la cara. Su acción consiste en tirar los labios en dirección lateral.
- **Risorio:** es paralelo al buccinador pero se sitúa en posición más superficial, al igual que el músculo buccinador, su acción consiste en tirar de los labios en dirección lateral.

➤ **Músculos Angulares:**

- **Músculo elevador del labio superior:** su acción, cuando actúa de manera aislada, consiste en elevar el labio superior.
- **Músculo cigomático menor:** su acción consiste en tirar el labio superior y del surco nasolabial para dar una expresión de tristeza.
- **Músculo cigomático mayor:** su acción consiste en tirar los labios en dirección lateral y hacia arriba para reír.
- **Músculo depresor del labio inferior o músculo cuadrado del mentón:** su acción consiste en hacer descender el labio inferior tal y como se hace al adoptar una expresión enfurruñada.

➤ **Músculos Verticales:**

- **Músculo mentoniano o borla del mentón:** su acción consiste en replegar el mentón y hacer avanzar el labio inferior, se activa al hacer pucheros.
- **Músculo elevador del ángulo de la boca o canino:** su acción consiste en levantar el ángulo de la boca.
- **Músculo depresor del ángulo de la boca o triangular de los labios:** su acción consiste en hacer descender el ángulo de la boca, tal y como indica su nombre. (22)

B. La lengua: por su gran movilidad puede desempeñar numerosas funciones. Puede formar parte del sistema de resonancia, puede estar dentro de la articulación, y tiene la salivación deglución y ayuda a la masticación. Como resonancia la lengua adopta distintas posiciones para dar a la cavidad bucal



forma y dimensiones convenientes, en la fonación.(23)La lengua está inervada motrizmente por ramas del hipogloso mayor y del glosofaríngeo. (24)

Músculos:

➤ **Músculos Intrínsecos:** son responsables de los pequeños movimientos de la lengua y están implicados en los ajustes delicados de su forma y posición.

- **Músculo longitudinal superior de la lengua:** Cuando se contrae eleva el vértice de la lengua y lo lleva hacia atrás.
- **Músculo longitudinal inferior de la lengua:** Su contracción desciende la punta de la lengua y lo lleva hacia atrás.
- **Músculo transverso de la lengua:** Su contracción redondea la lengua acercando sus bordes y la proyecta hacia adelante.
- **Músculo vertical de la lengua:** Su contracción aplana la lengua.

➤ **Músculos Extrínsecos:** permiten a la lengua efectuar desplazamientos hacia adelante, hacia atrás, hacia arriba, hacia abajo y hacia ambos lados.

- **Músculo palatogloso:** Levanta la lengua y la desplaza hacia atrás.
- **Músculo estilogloso:** Levanta los lados de la lengua y la desplaza hacia atrás.
- **Músculo hiogloso:** Hace descender los lados de la lengua y hace que ésta se desplace hacia atrás.
- **Músculo Geniogloso:** Empuja la lengua hacia adelante y apoya la lengua al suelo de la boca. (25)

C. Velo del paladar: se eleva durante la fonación (a excepción de los fonemas nasales) e impide el paso del aire hacia la nariz. Se contrae en mayor o menor grado según la altura tonal del fonema. Es fundamental en el habla, ya que sus diferentes posiciones y formas darán lugar a los fonemas. (26)

La sensibilidad del velo del paladar está otorgada por los nervios palatinos anterior, medio y posterior que son ramas del nervio maxilar superior, la



inervación motora está dada por el neumogástrico y el plexo faríngeo y el periestafilino interno. (27)

Músculos:

➤ **Músculos Extrínsecos:**

- **Músculo periestafilino interno o elevador del paladar:** Es un músculo elevador del paladar blando, la contracción de este músculo desplaza el paladar blando hacia arriba, contribuye también a dilatar la abertura de la trompa de Eustaquio para la ventilación del oído medio.
- **Músculo periestafilino externo o tensor del paladar:** La acción principal de este músculo es dilatar la trompa de Eustaquio, puede servir también para tensar el paladar.
- **Músculo palatogloso o glosostafilino:** La contracción de este músculo puede hacer descender los lados del paladar blando o tirar de los lados de la lengua hacia arriba y hacia atrás.
- **Músculo palatofaríngeo:** La contracción de este músculo tiene dos acciones principales: hacer descender el paladar blando y elevar la faringe y laringe durante la deglución.

➤ **Músculo Intrínseco:**

- **Músculo ácidos de la úvula o palatoestafilino:** Se supone que podría desempeñar un papel en la elevación del paladar blando. (28)

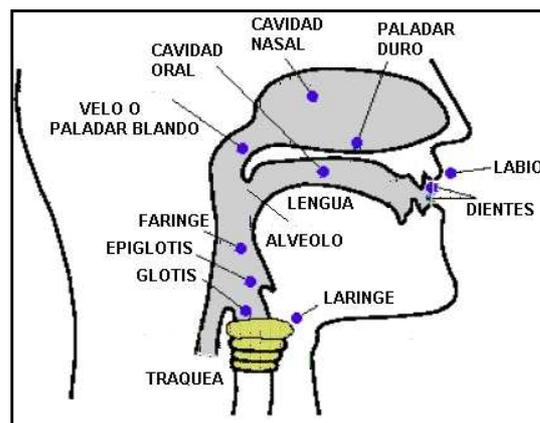
D. Mandíbula: La abertura de la mandíbula facilita la posición fónica de la laringe e interviene en la abertura faringo-laríngea. (29)

Músculos: (Los músculos de la mandíbula son también conocidos como músculos de la masticación, músculos profundos de la cara o músculos craneomandibulares).

➤ **Músculo de cierre de la mandíbula (elevadores de la mandíbula)**

- **Músculo masetero:** La contracción del masetero permite elevar la mandíbula.

- **Músculo temporal:** La contracción de las partes anterior y media de este músculo eleva la mandíbula en dirección vertical, la contracción de la parte posterior permite elevar la mandíbula y tirarla hacia atrás.
 - **Músculo pterigoideo medial o interno:** La contracción unilateral de este músculo provoca un movimiento lateral de la mandíbula hacia el lado opuesto, esta acción permite el movimiento de trituración durante la masticación.
- **Músculo de abertura de la mandíbula (depresores de la mandíbula)**
- **Músculo pterigoideo lateral o externo:** La contracción bilateral de la parte inferior provoca el desplazamiento hacia delante de la mandíbula.
 - **Músculo digástrico:** Hace descender la mandíbula posteriormente si el hueso hioides está fijo.
 - **Músculo milohioideo:** Su contracción eleva el suelo de la boca, el hueso hioides y la lengua.
 - **Músculo geniohioideo:** La contracción de los músculos milohioideo y geniohioideo desplaza la mandíbula hacia atrás y contribuye a hacer que descienda.(30)



3.1.4.3.2 ÓRGANOS PASIVOS DE LA ARTICULACIÓN

Estos se caracterizan por su escasa movilidad en la articulación de los fonemas y son:



A. El paladar duro: Constituye la parte superior de la boca y separa a ésta de las fosas nasales, está dividido en dos partes: su parte anterior dura, de hueso, llamada paladar óseo; y en el fondo del paladar, que es muscular, blando, suave, llamado velo del paladar. Esta sección posterior termina en un pedacito de músculo que cuelga en el fondo bucal (úvula).

Una función muy importante asociada al velo del paladar es la que permite que nuestra voz y articulación se escuchen claras y normales.

Los alvéolos: corresponde a la zona situada entre los incisivos superiores y el paladar duro.

B. Los dientes muy importantes en la producción de determinados grupos de fonemas como los interdientales etc.

C. Las fosas nasales: son otros órganos resonadores de gran importancia, tienen las siguientes funciones: respiratoria y olfativa. Intervienen en la emisión de los fonemas nasales (m, n, ñ) al permitir el paso del aire por esta vía. (31)

3.2 FONEMA

3.2.1 CONCEPTO

Puede ser definido como la unidad fonológica mínima (del significante) distintiva, carente de significado del lenguaje.

Es la unidad mínima porque no puede ser dividida, segmentada en otras unidades sucesivas más pequeñas. Es una unidad distintiva dado que el fonema permite establecer distinciones semánticas, por ejemplo, /p/erro se distingue de /b/erro. Es una unidad carente de significado porque por sí solo, aisladamente, no significa nada, no posee carga sémica alguna; lo que posee significado son las unidades resultantes de su combinación. El fonema es el resultado final de la acción de la respiración, la fonación y la articulación. (32)



3.2.2 ORDEN DE APARICIÓN DE LOS FONEMAS

El aprendizaje de los fonemas se realiza lenta y gradualmente. Pueden coexistir al mismo tiempo formas correctas e incorrectas del mismo fonema hasta que se consolide la adecuada. Tampoco se adquiere en la misma etapa evolutiva y dependiendo de los niños, varían las edades; sin embargo, existe una secuencia de aprendizaje bastante regular:

- Durante los primeros doce meses el niño adquiere las vocales y los primeros fonemas consonánticos (/p/ /b/ /m/), que se combinan con vocales de la forma “consonante + vocal” (PA, BA, MA).
- Seguidamente se adquieren todos los oclusivos junto con algunos fricativos, nasales y laterales (/l/-/n/-/ñ/-/d/-/j/). Las combinaciones que se realizan son del tipo “vocal+ consonante” (AL, EN) e incluso de “consonante+ vocal+ consonante” (PAN).
- Hacia los cuatro años aparecen (/s/-/f/-/ch/-/y/-/z/) algunos de ellos son difíciles de pronunciar, como /s/ y /z/. En ésta época pueden aparecer las primeras combinaciones “consonante+ consonante+ vocal” (PLA).
- La /r/ es un sonido fuerte como suave, es de las últimas adquisiciones, al igual que las combinaciones de dos vocales (UA, EI). Ésta etapa puede durar hasta los seis años, a veces hasta los siete. A partir de esta edad el niño tiene que ser capaz de realizar todas las combinaciones posibles de consonantes. (33)

3.2.3 CLASIFICACIÓN DE LOS FONEMAS

3.2.3.1 VOCALES Y CONSONANTES

VOCALES: Los fonemas vocálicos no encuentran ningún obstáculo en el paso del aire y, además pueden formar por si solos, aisladamente o combinados entre sí, sílabas o palabras.



Características de las vocales:

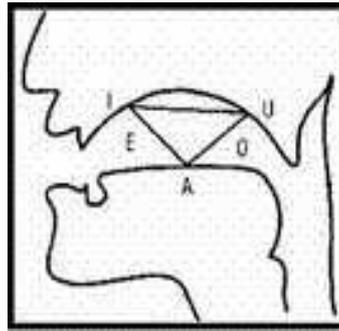
En la articulación de las vocales el aire espirado no encuentra obstáculos a su paso. Desde el punto de vista fonético, las vocales son los sonidos que presentan mayor abertura de los órganos articulatorios, el mayor número de vibraciones de las cuerdas en unidad de tiempo (frecuencia) y la mayor musicalidad de todo el material fonético.

Punto de articulación de las vocales (Es el rasgo que reciben las vocales según el punto de articulación)

- a) **Vocales anteriores o palatales:** La lengua ocupa la región delantera o zona del paladar duro, como para la articulación de las vocales /i/, /e/.
- b) **Vocales centrales:** La lengua ocupa la zona intermedia cubierta por el mediopaladar, como para la articulación de la vocal /a/.
- c) **Vocales posteriores o velares:** La lengua ocupa la región posterior o zona del paladar blando, como para la articulación de las vocales /o/, /u/

Modo de articulación de las vocales: se clasifican en:

- a) **Vocales altas o cerradas:** La lengua está muy próxima al paladar duro o al paladar blando, como sucede con la articulación de la /i/ y de la /u/.
- b) **Vocales medias:** La lengua no está ni muy próxima ni muy separada de la bóveda de la cavidad bucal, como sucede con la pronunciación de la /e/ y de la /o/.
- c) **Vocales bajas o abiertas:** La lengua se separa totalmente del paladar y se encuentra en el límite máximo de alejamiento, como para la pronunciación de la /a/. (34)

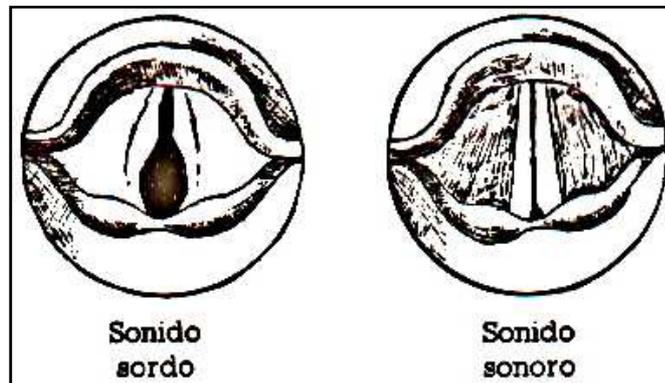


Triángulo vocálico

CONSONANTES: Siempre encuentran obstáculos y no pueden formar por sí solos sílabas o palabras. (35)

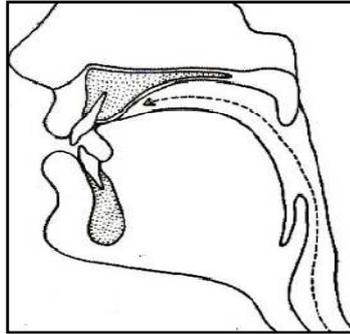
3.2.3.2 POR LA ACCIÓN DE LAS CUERDAS

- **Sonoros:** Cuando las cuerdas vocales vibran al paso del aire.
- **Sordos:** Cuando las cuerdas vocales se aproximan pero no vibran.

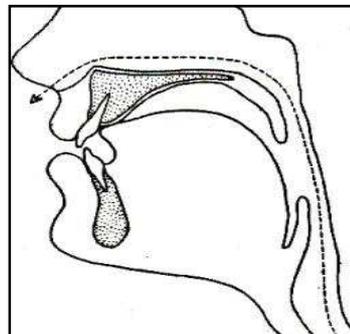


3.2.3.3 POR LA ACCIÓN DEL VELO DEL PALADAR

- **Orales o Bucales:** (p, t, c, k, b, d, y, g, f, s, x, i, r) Son fonemas que se pronuncian con el velo del paladar elevado para impedir la salida del aire contenido en la boca por las fosas nasales.



- **Nasales: (m, n, ñ)** Son los que se pronuncian manteniendo bajo el velo del paladar, lo cual permite que el aire contenido en la boca se escape por las fosas nasales. (36)

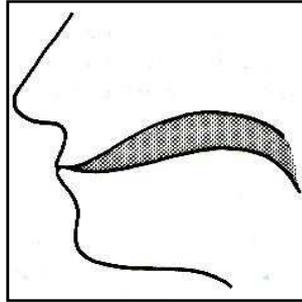


3.2.3.4 POR EL MODO DE ARTICULACIÓN

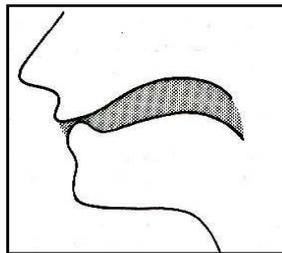
- **Oclusivas:** (p, b, t, d, k, g). Los órganos se juntan bruscamente y después dan salida (brusca) al aire.
- **Africadas:** (ch) Hay una oclusión momentánea y después los órganos dejan salir el aire produciendo una breve fricación.
- **Fricativas:** (f, z, s, y, j, x, w) Los órganos dejan salir el aire por un orificio sin necesidad de juntarse.
- **Vibrantes:** (r, rr) Producidas por interrupciones intermitentes del aire sonoro, por una serie de vibraciones de la punta de la lengua.
- **Nasales:** (m, n) El aire sale por la nariz.
- **Laterales:** (l) El aire sale por los lados de los órganos que se juntan.

3.2.3.5 POR EL PUNTO DE ARTICULACIÓN

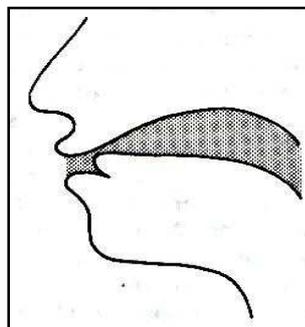
- **Bilabiales:** (p, b, m) Sonidos articulados con los labios, desempeñando una función activa el labio inferior y permaneciendo pasivo el superior.



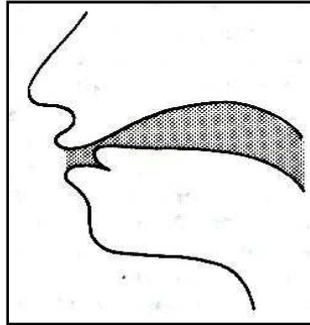
- **Labiodentales:** (f) Sonido articulado con el labio inferior, elemento activo y el filo de los dientes superiores, elemento pasivo.



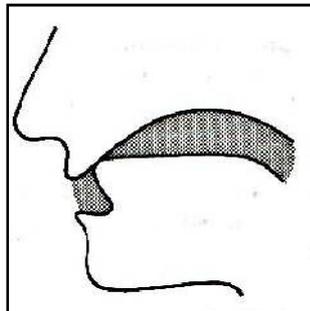
- **Dentales:** (t, d). En las que se usa la punta de la lengua más la cara interior de los incisivos superiores.



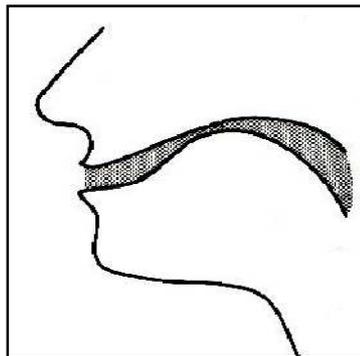
- **Interdentales:** (z) Se precisa la punta de la lengua más el borde de los incisivos.



- **Alveolares:** (s, n, z, l, r) Donde intervienen la punta de la lengua y el alveolo de los dientes superiores.



- **Palatales:** (y, ch) Que implican la intervención del predorso de la lengua más el paladar duro. (37)



- **Velares:** (j, k, g) los órganos que intervienen en la producción del sonido son la lengua y el velo del paladar. (37)



3.2.4 MECANISMO DE PRODUCCIÓN DE LOS FONEMAS

- **Fonema /a/**

Producción: La lengua debe permanecer plana en el suelo de la boca, con la punta detrás de los incisivos inferiores.

- **Fonema /e/**

Producción: los labios están entreabiertos, los dientes separados y en distinto plano, permaneciendo los incisivos inferiores detrás de los superiores. La punta de la lengua apoyada en la cara interna de los incisivos inferiores, elevando y arqueando el dorso, que toca el paladar a la altura de los molares, quedando un canal amplio en el medio por donde pasa el aire sonoro.

- **Fonema /i/**

Producción: Se da una ligera abertura labial alargada, con las comisuras de los labios retiradas hacia atrás. Los dientes se aproximan, sin tocarse y permanecen en distinto plano, con los incisivos inferiores detrás de los superiores. La punta de la lengua se apoya en la cara interna de los incisivos inferiores y el dorso se eleva, tocando el paladar duro, dejando en el centro una pequeña abertura o canal para la salida del aire.

- **Fonema /o/**

Producción: Para emitir correctamente este fonema, los labios avanzan hacia delante, tomando una forma ovalada, con los incisivos un poco separados. La lengua se retira hacia atrás elevando el dorso hacia el velo del paladar y tocando con la punta los alvéolos de los incisivos inferiores.

- **Fonema /u/**

Producción: Los labios avanzan, separándose de la cara anterior de los incisivos y formando una pequeña abertura circular, manteniendo los dientes separados. La lengua se retira hacia el fondo de la boca elevándose hacia el



velo del paladar más que con el sonido /o/, pero sin llegar a tocarle. La punta de la lengua se separa de los alvéolos inferiores.

- **Fonema /p/**

Producción: La /p/ es una consonante bilabial oclusiva sorda. Se articula con los labios juntos y un poco fruncidos, y los incisivos ligeramente separados. La lengua toma la posición del fonema que le siga. El aire, que se acumula en la boca, hace presión sobre los labios. Al separar éstos bruscamente dando salida al aire, se produce el sonido /p/. Su defecto se denomina betacismo y aparece en escasas ocasiones.

- **Fonema /b/**

Producción: La /b/ es una consonante bilabial, oclusiva sonora. Se articula de la misma forma que la /p/ pero la tensión muscular labial es más débil y se da la vibración de las cuerdas vocales. Su defecto también se denomina betacismo y es poco frecuente.

- **Fonema /t/**

Producción: La /t/ es una consonante linguodental, oclusiva sorda. Se articula con los labios entreabiertos y los incisivos ligeramente separados. La punta de la lengua se apoya en la cara posterior de los incisivos superiores y sus bordes se apoyan en las arcadas dentales, impidiendo así la salida del aire. Al separarse bruscamente la punta de la lengua, que se sitúa detrás de los incisivos inferiores, se produce el sonido /t/. Los defectos de la /t/ llamados por extensión deltacismo, no se presentan con frecuencia.

- **Fonema /d/**

Producción: La consonante /d/ es linguodental, oclusiva sonora, Los labios permanecen entreabiertos, los dientes algo más separados que para la /t/. La punta de la lengua apoyada en la cara interna de los incisivos superiores, sobresaliendo ligeramente de ellos y sus bordes laterales apoyados en las arcadas dentales del maxilar superior. Como la tensión lingual no es intensa,



la salida del aire, al retirar el obstáculo de la lengua, es suave. Los defectos de este fonema se denominan delatamiento.

- **Fonema /k/**

Producción: El fonema /k/ es una consonante linguovelar, oclusiva sorda. Para su articulación los labios están separados permitiendo ver la lengua. Los dientes alejados algo más de un centímetro. La punta o ápice de la lengua toca los alvéolos inferiores y la parte posterior se levanta, apoyando el postdorso con fuerza contra el velo del paladar, realizando la oclusión que cierra la salida del aire espirado. Los defectos de este fonema se llaman kappacismo son frecuentes en las dislalias.

- **Fonema /g/**

Producción: El fonema /g/ es una consonante linguovelar, oclusiva sonora. Se articula como la /k/, pero con vibración de las cuerdas vocales. El ápice de la lengua apoyado en los alvéolos inferiores, tocando con el postdorso el velo del paladar. Los defectos de esta articulación se denominan gammacismo.

- **Fonema /f/**

Producción: La /f/ es una consonante labiodental, fricativa, sorda. Se articula colocando el labio inferior bajo el borde de los incisivos superiores y levantando ligeramente el labio superior de forma que se puedan ver un poco los incisivos superiores, dejando escapar el aire entre los dientes y el labio. El ápice de la lengua se coloca detrás de los incisivos inferiores, el velo del paladar se cierra y en la laringe no se dan vibraciones. El defecto de esta articulación se denomina ficismo.

- **Fonema /z/**

Producción: El fonema /z/ linguointerdental, fricativo sordo, para su articulación la punta de la lengua se estrecha y se sitúa entre los incisivos superiores e inferiores, sin cerrar por completo la salida del aire, tocando



con sus bordes los molares, para evitar la salida lateral del aire. Su defecto se denomina seseo.

- **Fonema /s/**

Producción: La consonante /s/ es linguoalveolar, fricativa sorda. Se articula con los labios entreabiertos y las comisuras algo retiradas hacia los lados. Los dientes ligeramente separados y el ápice de la lengua apoyado en los alvéolos de los incisivos inferiores, dejando una pequeña abertura redondeada. Los defectos de esta articulación, que se dan con mucha frecuencia, se llaman sigmatismo.

- **Fonema /y/**

Producción: El fonema /y/ es linguopalatal, fricativo sonoro. En su articulación los labios permanecen entreabiertos y los incisivos ligeramente separados. El dorso de la lengua se adhiere a la parte media y anterior del paladar duro, dejando en el centro un pequeño canal por donde corre el aire.

- **Fonema /j/**

Producción: La consonante /j/ es linguovelar, fricativa, sorda para su articulación los labios y los dientes permanecen entreabiertos. La lengua se ensancha, estando su parte anterior en contacto con los alvéolos de los incisivos inferiores. El postdorso se acerca al velo del paladar sin llegar a cerrar la salida de la corriente de aire, el cual sale por el canal formado por la lengua y el velo del paladar. Este defecto se llama jotacismo.

- **Fonema /ch/**

Producción: Este fonema es lingupalatal, africado, sordo, para ser articulado los labios avanzan hacia delante y se separan un poco entre sí dejando ver los dientes, que también están ligeramente separados. El predorso de la lengua se apoya en la región prepalatal, formando en principio una oclusión momentánea, que evita la salida del aire, mientras los bordes de la lengua tocan los molares en un segundo tiempo, el predorso de la lengua se separa del paladar, produciéndose la fricación con la salida del



aire por un estrecho canal formado por el dorso de la lengua y el paladar. Su defecto se conoce con el nombre de chuitismo.

- **Fonema /m/**

Producción: La consonante /m/ es un fonema nasal, bilabial, sonoro. Para su emisión los labios se unen, con una tensión muscular media, impidiendo la salida del aire a través de ellos, el ápice de la lengua se apoya tras los incisivos inferiores y el resto de la misma queda extendido en el suelo de la boca. El velo del paladar desciende, permitiendo la salida del aire por las fosas nasales y las cuerdas vocales vibran. El defecto de la /m/ se denomina mitacismo.

- **Fonema /n/**

Producción: La consonante /n/ es un fonema nasal, linguoalveolar, sonoro, para la articulación de este sonido, los labios y los dientes permanecen ligeramente entreabiertos. Los bordes de la lengua se adhieren a los molares superiores en su cara interna, el dorso toca una parte del prepaladar y el ápice se une a los alvéolos superiores, cerrando así la parte central de la cavidad bucal e impidiendo la salida del aire por la boca. A la vez, desciende el velo del paladar, permitiendo la salida de la corriente aérea por las fosas nasales, que va acompañada de vibraciones laríngeas. Su defecto se conoce con el nombre de numación.

- **Fonema /ñ/**

Producción: El fonema /ñ/ es nasal, linguopalatal, sonoro, se articula con los labios ligeramente entreabiertos, algo menos que en el fonema /n/ y los dientes casi juntos, con solo una pequeña separación. El dorso de la lengua se apoya contra el paladar duro, comenzando el contacto desde los alvéolos de los incisivos superiores. Los bordes laterales de la lengua tocan la cara interna de los molares y la punta queda detrás de los incisivos inferiores sin tocarlos. El velo del paladar desciende y el aire sale por la nariz, acompañado de vibraciones laríngeas. Su defecto se conoce con el nombre denuñación.



- **Fonema /l/**

Producción: Este fonema es lateral, linguoalveolar, sonoro y para su articulación los labios permanecen entreabiertos y los dientes algo separados, permitiendo ver la cara posterior de la lengua, cuyo ápice se apoya en los alvéolos de los incisivos superiores y sus bordes en las encías, quedando a ambos lados una abertura lateral por donde sale el aire fonador, que al chocar con la cara interna de las mejillas, las hará vibrar. El defecto de esta consonante se llama lambacismo.

- **Fonema /ll/**

Producción: La /ll/ es un fonema lateral, linguopalatal sonoro. Para ser articulado, los labios permanecerán entreabiertos y los dientes ligeramente separados. La punta de la lengua se sitúa detrás de los incisivos inferiores, mientras que el dorso se eleva, entrando en contacto con el paladar, a la vez que los bordes laterales se separan ligeramente, a la altura de los molares, dejando un pequeño canal lateral que permite la salida del aire, que al chocar contra las mejillas las hace vibrar, pudiéndose apreciar esta vibración aplicando suavemente el dorso de la mano sobre la mejilla. Durante su articulación, las cuerdas vocales vibran. Su defecto es conocido con el nombre de yeísmo.

- **Fonema /r/**

Producción: La consonante /r/ es un fonema vibrante simple, linguoalveolar sonoro. Se articula con los labios entreabiertos, los bordes laterales de la lengua se apoyan en las encías y molares superiores, impidiendo así la salida lateral del aire y la punta toca los alvéolos de los incisivos superiores. Al pronunciar el fonema, el ápice de la lengua se separa momentáneamente y al desaparecer la breve oclusión sale el aire en forma de pequeña explosión. El defecto de esta articulación, tanto referido a la vibrante simple como a la múltiple, se denomina rotacismo.



- **Fonema /rr/**

Producción: La consonante /rr/ es vibrante múltiple, linguoalveolar, sonora los órganos de la articulación se colocan como en la /r/, pero aquí la punta de la lengua vibra repetidas veces, al formar varias oclusiones contra los alvéolos. Su defecto se denomina rotacismo.

- **Dífonos:**

a. Los dífonos pertenecientes al primer apartado son aquellos en cuya articulación intervienen órganos 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 dífonos: /pr/,/br/, /fr/, /pl/, /bl/,/fl/. Su corrección es más fácil y, de estar ausentes, conviene comenzar a trabajar con ellos lo primero.

Hay que comenzar por asegurarse que el niño articula, en otras combinaciones silábicas, los fonemas que van a intervenir en los dífonos a tratar.

En el tratamiento de los grupos pertenecientes al primer apartado, se sentará el reeducador junto al niño frente al espejo y se le hará articular, para el grupo bl, la /l/. Sin mover la lengua de la posición de este fonema, se le hará llevar los labios a la posición de la /b/, tratando de que pronuncie los fonemas casi al mismo tiempo y de forma continuada: l – b – l – bl – bl. De esta manera se conseguirá fácilmente el dífono propuesto y los demás de este apartado.

b. El segundo apartado lo constituye aquellos grupos en que es el mismo órgano, la lengua, la que entra en actividad, variando sólo su posición para uno u otro fonema y por ello presentará una dificultad mayor que los anteriores.



Hay que comenzar por asegurarse que el niño articula, en otras combinaciones silábicas, los fonemas que van a intervenir en los dífonos a tratar.

Para los dífonos del segundo grupo, en los cuales la articulación de los dos fonemas presenta mayor similitud, además de utilizar el procedimiento, anterior en que algunos casos puede dar buenos resultados, de hacer articular lentamente y de forma aislada pero continuada, cada uno de los fonemas, para irlos uniendo cada vez más, en la práctica resulta muy positivo el introducir una vocal auxiliar que irá desapareciendo poco a poco. Así, para conseguir el grupo tra, se comenzará haciendo repetir con rapidez tara... tara...tara, haciendo que ponga la fuerza articulatoria en la segunda sílaba y articulando la primera vocal átona y muy breve. De esta forma se acaba convirtiendo en tra. Igualmente se procederá con los demás dífonos. (38)

3.3 LA DISLALIA

INTRODUCCIÓN:

La dislalia o trastorno de articulación de las palabras, constituye una problemática muy común entre los niños comprendidos entre los cinco y los ocho años, e incluso en edades más avanzadas. La dificultad en pronunciar los fonemas, en la mayoría de los casos, se debe a diversas alteraciones funcionales de los órganos intervinientes en el habla. El defecto de la pronunciación se automatiza y pasa formar parte de la vida cotidiana, reflejándose también en la lengua escrita. No hay que confundirla, según los autores con la dislalia de evolución, que es normal y constituye una fase de aprendizaje y de maduración funcional, la cual desaparece aproximadamente a los cinco años.

3.3.1 CONCEPTO:

Se puede definir como un trastorno en la articulación de los fonemas por alteraciones funcionales de los órganos periféricos del habla (labios, lengua y el



velo del paladar). Consiste en una dificultad para pronunciar o construir correctamente los fonemas o grupos de fonemas.

La mayor parte de los problemas dislálicos que presentan los niños que concurren a las escuelas comunes no las originan más que la mala imitación, consciente o inconsciente, de errores cometidos por las personas que lo rodean. Cuando el niño entra en el período de adquisición del lenguaje inicia su aprendizaje con la vocalización y posterior balbuceo. Mientras dura este último, no hace más que ejercitar los músculos fonoarticuladores. El lenguaje surge más tarde, agrupando las distintas sílabas, cuando trata de imitar las palabras oídas o crea otras nuevas, que tendrán o no significado en nuestro idioma. En esos momentos es cuando se adquieren las dislalias. (39)

3.3.2 CLASIFICACIÓN DE LA DISLALIA

Pascual (1988) desarrolla una clasificación etiológica y menciona los diferentes tipos de dislalia:

- **Dislalia Evolutiva:** Se produce como una fase normal en el desarrollo del lenguaje infantil aproximadamente entre los tres y los cuatro años, cuando el niño no es todavía capaz de repetir las palabras que escucha de forma correcta. Estas dificultades se superan poco a poco y solo si persisten tras los cinco años se pueden considerar trastornos. (40)
- **Dislalia Funcional:** Se trata del defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje, se debe a una función anómala de los órganos periféricos sin que exista un trastorno orgánico en el usuario, sino únicamente una incapacidad funcional. En algunos casos, el chico es consciente de los errores que comete y aunque quiera corregirlos, no lo consigue. En otros, es tal la fijación que tiene el defecto que no puede distinguir si lo hace bien o mal.
- **Dislalia Audiógena:** Como sabemos para la elaboración del lenguaje es importante la percepción auditiva, por ello, niños que no oigan correctamente pueden hablar con defectos.



- **Dislalia Orgánica:** Las alteraciones de la articulación cuya causa es de tipo orgánico se llaman dislalias orgánicas.

Si se encuentran afectados los centros neuronales cerebrales (SNC) reciben el nombre de **DISARTRIAS** y forman parte de las alteraciones del lenguaje de los deficientes motóricos.

Si nos referimos a anomalías o malformaciones de los órganos del habla: labios, lengua, paladar, etc.... se les llama **DISGLOSIAS**. (41)

3.4 DISLALIA FUNCIONAL

3.4.1 ETIOLOGÍA

3.4.1.1 ESCASA HABILIDAD MOTORA

El desenvolvimiento del lenguaje está estrechamente ligado al desenvolvimiento de las funciones del movimiento, es decir de la motricidad fina que entra en juego directamente en la articulación del lenguaje. Existe, por tanto, una relación directa entre el grado de retraso motor y el grado de retraso del lenguaje en los defectos de pronunciación. Por ello estos defectos irán desapareciendo al mismo tiempo que se va desarrollando la motricidad fina, pues el niño irá adquiriendo la agilidad y coordinación de movimientos que precisa para hablar correctamente.

De aquí la necesidad de enfocar el tratamiento, no sólo en orden a enseñar a articular, sino a desarrollar todo el aspecto psicomotor del sujeto educando todos los movimientos, aunque no sean inmediatamente utilizados en la articulación de la palabra y organizando su esquema corporal.

Esta causa es la que se encuentra más frecuentemente en los casos de dislalias funcionales, pues, aunque se den asociados otros factores que facilitan la generación del trastorno, la mayoría de estos niños tienen torpeza en los movimientos de los órganos del aparato fonador y una falta de



coordinación motriz general, aunque ésta solo se manifieste en los movimientos de destreza fina. (42)

3.4.1.1.1 CÓMO SE PERFECCIONA LA MOTRICIDAD BUCOFACIAL Y SU IMPORTANCIA EN LA ARTICULACIÓN DEL HABLA

Si facilitamos la ejercitación motriz de los órganos que intervienen en el habla, mejoraremos la coordinación y precisión de los movimientos que son indispensables en la emisión del lenguaje y seremos capaces de prevenir futuras dislalias. La succión, deglución y masticación, lamer o absorber, son actividades que ejercitan los movimientos labiales y linguales. (43)

Hay una relación entre las adquisiciones motrices en la alimentación y las posibilidades de control de la articulación, ya que estos movimientos preparan al sujeto para la pronunciación de numerosos fonemas de la siguiente manera:

- El aplanamiento de la lengua al contacto de la cuchara prepara a la pronunciación de la /a/.
- Aprender a despegar los alimentos del paladar y a transportarlos de un lado a otro prepara para las letras /d/, /t/, /l/ y /r/.
- Aprender a apretar los labios sobre la cuchara y sobre el borde del vaso prepara para /p/, /b/ y /m/.
- Coger una zanahoria o un gran trozo de pan con los labios superior e inferior prepara para /o/, /u/ y /f/.
- Secar la parte anterior de la boca prepara para la /s/.
- Controlar la entrada en la faringe de un trozo de alimento y volverlo a rechazar a la cavidad bucal prepara para /k/ y /g/.
- Parar de beber del vaso para respirar, luego beber de nuevo con tragos pequeños y soplar con la nariz, etc.... preparan para el control de la nasalización (44)



Como hemos mencionado el proceso de masticación está muy relacionado con el habla, a medida que el niño empieza a masticar los alimentos sólidos va fortaleciendo sus músculos y mandíbulas, y le permitirán una mejor deglución y posteriormente una adecuada postura de la lengua para articular palabras y sonidos, por lo que no es recomendable darle los alimentos licuados facilitándole de esta manera la masticación lo que resulta contraproducente.

3.4.1.2 DIFICULTADES EN LA PERCEPCIÓN DEL ESPACIO Y EL TIEMPO.

En muchos casos el trastorno de la articulación está asociado a trastornos de la percepción y a la organización espacio-temporal, siendo difícil llegar a un desarrollo del lenguaje sin una evolución correcta de la percepción.

En lenguaje comienza a surgir en el niño por imitación de movimientos y sonidos. Es muy difícil que puedan darse los primeros si el niño no es capaz de percibirlos tal como son, si no tienen interiorizadas las nociones del espacio y el tiempo.

En ocasiones el niño ve un movimiento, pero no lo percibe tal y como es y no es capaz de diferenciar una articulación de otra, porque él las percibe de forma semejante sin lograr captar las matices que las distinguen por falta de desarrollo de la capacidad perceptiva.

El desarrollo de la percepción tiene un interés extraordinario para la necesaria evolución del lenguaje encontrándose muchos niños dislálicos con dificultades en este aspecto.

Dicho en nuestras palabras, si el niño no conoce las Nociones Espaciales (arriba-abajo, delante-detrás, etc....) difícilmente podrá desenvolverse en la rehabilitación de la articulación, manifestándose al pedirle realizar los ejercicios (Ejm. Llevar “arriba” la lengua), se sentirá perdido y el tratamiento nos tomará más tiempo ya que no solo se tendrá que trabajar en la motricidad bucofacial sino también en la concientización de estas nociones.



3.4.1.3 FALTA DE COMPRENSIÓN O DISCRIMINACIÓN AUDITIVA.

Algunos niños tienen dificultades en cuanto a la discriminación acústica de los fonemas por capacidad insuficiente de diferenciación de unos a otros. El niño no podrá imitar los sonidos diferentes, porque no es capaz de discriminarlos como tales.

En estos casos falta capacidad para discernir los intervalos entre dos sonidos, las diferencias de intensidad y las duraciones, como igualmente el sentido rítmico es muy imperfecto. Cuando estas causas aparecen pueden generar una dislalia producida, no porque el niño no oiga, sino por una falta de comprensión auditiva, creando un fallo en la exacta imitación de los fonemas oídos. El niño oye bien, pero analiza o integra mal los fonemas correctos que oye.

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

3.4.1.4 FACTORES PSICOLÓGICOS.

Los factores psicológicos juegan un papel muy importante como generadores de trastornos de lenguaje, encontrándose, en muchos casos, asociados a cualquiera de las otras causas descritas.

Cualquier trastorno de tipo afectivo puede incidir sobre el lenguaje del niño haciendo que quede fijado en etapas anteriores, impidiendo una normal evolución en su desarrollo.

Una falta de cariño, una inadaptación familiar, un problema de celos ante la venida de un hermano pequeño, la actitud ansiosa de los padres, la existencia de un rechazo hacia el niño, experiencias traumatizantes por ambiente familiar desunido, por falta de alguno de los padres o por un accidente, pueden provocar un trastorno en el desarrollo de la personalidad del niño que se refleje en la expresión de su lenguaje ya que existe una interacción continuada entre el lenguaje y el desarrollo de la personalidad.



Así, toda perturbación psicoafectiva de la primera infancia retarda y perturba la normal evolución del lenguaje. En estos casos falta la necesidad emocional de comunicarse, que es un elemento básico para el desarrollo del habla en el niño.

3.4.1.5 FACTORES AMBIENTALES

El ambiente es un factor de gran importancia en la evolución del niño, que junto con los elementos o capacidades personales, irán determinando su desarrollo y maduración. Así muchos de los factores psicológicos, anteriormente descritos que retardan o retienen esta evolución de la personalidad, con todo lo que esto conlleva, está ocasionado por factores ambientales poco favorecedores.

En primer lugar se pueden citar la carencia de ambiente familiar. Esta es la situación de aquellos niños que viven en instituciones en las cuales, aunque traten de ser estimuladoras de su desarrollo, les falta la cercanía de los padres y el ambiente afectivo normal que precisan para su maduración en todos los aspectos y esto se refleja en muchos casos en su expresión hablada.

Otro aspecto importante es el nivel cultural del ambiente en el que se desenvuelve el niño. Esto se hace notar de forma muy acusada en el vocabulario empleado y en la fluidez de expresión, pero igualmente en el modo de articulación, ya que ésta, en muchas ocasiones, también es defectuosa en el medio en que se mueve.

Un problema que en algunos casos se presenta es el de bilingüismo existente en el ambiente en que se desenvuelve el niño, que puede crear desorientaciones en la etapa de fijación de su lenguaje, aunque no sea éste uno de los aspectos más influyentes en la determinación de su trastorno.

Estos factores son más bien de tipo social, pero pueden darse otros entornos ambientales de carácter más patológico que influyen negativamente en el desarrollo psicoafectivo del niño, y por tanto en la normal evolución de su lenguaje.



Entre otros factores se pueden citar la superprotección materna que impide la debida maduración del niño, que queda detenido psicológicamente en etapas que debería haber superado. En otras ocasiones será el rechazo, manifestado de una u otra forma, pero percibido por el niño, o la inadaptación familiar, por causas de desunión o desequilibrio de los miembros de la familia, la que actúa de forma traumatizante sobre el pequeño, que no encuentra el medio psicológico adecuado para su desarrollo armónico.

3.4.1.6 FACTORES HEREDITARIOS

En algunas ocasiones puede darse un factor hereditario que predisponga, al menos, a un trastorno articulatorio, aunque estos casos son menos frecuentes que los anteriormente citados. El factor hereditario, cuando existe, se puede ver reforzado por la imitación de los errores que cometen al hablar los familiares, si es que estas deformaciones articulatorias persisten en ellos.

Con esto nos referimos a que si existe un familiar (padres, abuelos, tíos, niñera, etc....) con el que el niño/a conviva diariamente este imitará la forma de hablar de la persona (cuidador) ya que es la que más conoce por ejemplo: si un niño/a tiene una madre que presenta seseo, este desarrollará su habla (imitar el lenguaje que escucha) de la misma manera creyendo erróneamente que es lo correcto.

3.4.1.7 DEFICIENCIA INTELECTUAL

Una manifestación muy frecuente en la deficiencia intelectual es la alteración del lenguaje con dificultades para su articulación.

En estos casos no se puede hablar tan sólo de de dislalia funcional, sino que son problemas más complejos, donde aparece la dislalia como un síntoma más, y como tal, puede ser igualmente tratada, aunque en estos casos las posibilidades de reeducación estén más limitadas y condicionadas a la capacidad intelectual del sujeto.



3.4.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas que aparecen en la dislalia funcional, son la omisión, sustitución o deformación de los fonemas. La expresión es en general fluida, aunque a veces por su forma se puede hacer ininteligible si aparecen afectados muchos fonemas. Los niños que padecen este trastorno aparecen con frecuencia distraídos, desinteresados, tímidos o agresivos y con escaso rendimiento escolar. En muchas ocasiones el niño cree que habla bien, sin darse cuenta de sus propios errores, y en otras, aunque sea consciente de ellos, es incapaz por sí solo de superarlos, creando a veces este hecho situaciones traumatizantes que dificultan más su rehabilitación.

- **Omisión:** El alumno omite un fonema o la sílaba completa. Existen letras de una palabra que, simplemente, son omitidas. El niño dice “venana” en vez de “ventana”. Es decir omite la “t” y en el caso de omitir la sílaba completa el niño suele decir “camelo” por “caramelo”, omite la sílaba “ra”. Se trata de una dislalia por omisión.
- **Sustitución:** Se produce la sustitución de un fonema por otro que le resulta más fácil y asequible. La sustitución puede darse al principio, en medio o al final de la palabra. Así frecuentemente el fonema “r” es sustituido por “d” “quiedo” por “quiero”.
- **Distorsión:** El alumno pronuncia de forma incorrecta, generalmente es debido a una imperfecta posición de los órganos de la articulación a la forma de salida del aire, a la vibración o no vibración de las cuerdas vocales, etc.

La distorsión, junto con la sustitución son los dos errores que con mayor frecuencia aparecen en las dislalias funcionales.

- **Inserción:** A veces la forma de afrontar un sonido que le resulta dificultoso al niño es intercalando junto a él otro sonido que no corresponda a esa palabra y, sin conseguir con ello salvar la dificultad, se convierte en un vicio de dicción. En lugar de “ratón” dirá “aratón”, o en



lugar de “plato” dirá “palato”. Este tipo de error es el que se suele presentar con menos frecuencia.

3.4.3 DIAGNÓSTICO

Cuando un niño alcanza la edad de cinco años y continúa manifestando en su lenguaje dislalias múltiples que dificultan la comunicación, es imprescindible acudir a un especialista en problemas de lenguaje (logopeda) que analice el caso en profundidad y nos pueda dar un diagnóstico. Éste nos permite conocer con exactitud cuáles son las dificultades que impiden al niño el desarrollo normal del habla.

Para emitir un diagnóstico acertado sobre el problema, el especialista mantiene entrevistas con los padres y aplica al niño una serie de pruebas que le permite analizar profundamente la situación de éste, además de todos aquellos aspectos que, si son deficitarios o están alterados, pueden ser causantes del trastorno en el habla.

3.4.3.1 PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN EL DIAGNÓSTICO DE LA DISLALIA FUNCIONAL

A. Antecedentes y Circunstancias Personales (Historia Clínica Logopédica)

El primer paso que debe dar el especialista es conocer la situación familiar y personal del niño (circunstancias del embarazo y parto, desarrollo psicomotor y lingüístico, historia del problema que presenta, etc.). Estos datos se obtienen a través de una entrevista a los padres que permite en algunos casos sospechar una posible causa auditiva o neurológica de la dislalia, lo que haría preciso un examen médico antes de continuar con la exploración.

B. La Articulación del Lenguaje

Una vez conocidos los datos preliminares sobre el niño, se realiza un examen completo de la articulación, que nos permitirá saber exactamente qué defectos presenta. En este estudio será necesario precisar qué fonemas están alterados



y en qué situación (es decir, si dicha alteración se produce cuando el fonema aparece al principio, en el medio o al final de las palabras, o bien si se dan en cualquier posición y palabra).

También se analizará en qué tipo de expresión aparece, si es en un lenguaje repetido, dirigido o espontáneo. Se puede dar el caso en que el niño repita con total corrección todas las palabras de la prueba y al empezar a hablar espontáneamente su lenguaje se transforme en una jerga imposible de descifrar. Lo que se está proyectando con su forma de hablar es una alteración de la personalidad. El lenguaje en este caso sirve de medio para expresar problemas más profundos y, al no existir dificultades en la articulación como se ha comprobado en la prueba del lenguaje repetido el tratamiento que necesita es psicológico. Tras el examen se hará constar qué tipo de alteración se da en cada fonema (sustitución, omisión, distorsión o adición).

- **Test de Articulación:** Para este trabajo de investigación se ha seleccionado el test de Articulación, ya que es el test que se encuentra validado para nuestro medio y el cuál hemos utilizado durante toda nuestra formación académica, permite explorar la elocución, es decir la articulación de los fonemas. Proporciona lasiguiente ventaja: una evaluación cualitativa de la elocución de las palabras, el test constade una hoja con 63 palabras que contienen los fonemas a evaluar y 4 columnas: transcripción (se escribe la palabra según como la pronuncia el evaluado), omisión, sustitución, distorsión e inserción (en cada una de estas se coloca el error cometido por el evaluado) y un cuaderno de dibujos (dibujos de las palabras a evaluar) para su evaluación,el cuál es elaborado por el mismo estudiante.

Este test se puede realizar de tres formas diferentes:

- ✓ *Lenguaje Repetitivo:* mediante la repetición de palabras que contengan los fonemas de nuestro idioma en posición inicial, media y final; para esto el evaluador cubre sus labios y dice la palabra a



evaluar, seguidamente el evaluado repite lo que escuchó y se van anotando los fonemas en los que presenta dificultad.

✓ *Lenguaje Inducido*: Mediante un cuadernillo con figuras cuyos nombres contengan los fonemas de nuestro idioma en posición inicial, media y final; para esto se va mostrando cada dibujo al evaluado y según como pronuncia se van anotando los fonemas en los que presenta dificultad.

✓ *Lenguaje Espontáneo*: Mediante el análisis obtenido en el lenguaje conversacional (de manera espontánea) se precisan las dificultades articulatorias de cada uno de los fonemas emitidos por el niño; por ejemplo si la palabra a evaluar es “cama”, se le puede preguntar “¿En qué duermes?” y el responderá en la “cama” obteniendo la palabra con el fonema a evaluar de manera espontánea.

C. El Nivel Intelectual

Es otro factor importante que analizar en los niños con dislalias, a que si existe un déficit en este aspecto puede ser el origen de la dificultad en el habla. Este análisis nos permitirá saber si nos encontramos frente a una dislalia funcional o a una deficiencia mental. En el segundo caso, la recuperación dependerá del nivel intelectual del niño y las dislalias se convertirán en un síntoma de un cuadro más complejo que requiere un tratamiento específico.

D. El Desarrollo Psicomotriz

Es otro aspecto muy importante que conviene evaluar, pues ya hemos hablado de su relevancia como factor generador de este tipo de dificultades en el habla; por ello sería conveniente explorar la respiración, la facilidad para la relajación, la coordinación dinámica general, el ritmo y la orientación espacio temporal. También interesa examinar la motricidad específica de los órganos que intervienen en la producción de los fonemas y el grado de agilidad en los movimientos. Si es normal, media o si se presenta mucha dificultad, los órganos más importantes que hay que evaluar son la lengua y los labios sin quitar importancia a los demás órganos que interviene en el habla. De la lengua



se evalúa la soltura para realizar movimientos laterales (llevando la punta de una comisura labial a otra), la capacidad de elevarla y de hacer movimientos giratorios al recorrer los labios. La facilidad para efectuar los movimientos a un ritmo lento o rápido y su agilidad en los cambios de ritmo deben ser también observados. De los cambios interesa comprobar si presentan rigidez en los movimientos. Se le pedirán ejercicios de proyección de los labios juntos y hacia fuera y de los labios estirados y cerrados.

- **Test de Mecanismo Oral Periférico (MOP):** El test de Mecanismo Oral Periférico (M.O.P) se utiliza para realizar la exploración anatómica y funcional de los órganos bucofaciales, que como lo mencionamos anteriormente, se encuentra validado para nuestro medio y el cuál hemos utilizado durante toda nuestra formación académica.

Este test permite valorar cada uno de los órganos fonoarticulatorios y sus praxias (anatomía y fisiología), consta de una puntuación de 0 (no realiza) a 3 (si realiza) la cual nosotras iremos marcando según la respuesta del paciente testado. La valoración de la motricidad bucolinguofacial toma entre 10 y 15 minutos, según la colaboración del infante.

E. Percepción y Orientación Espacial

Es muy interesante el análisis de este apartado, que juega un papel importante en la articulación del lenguaje. Convendrá conocer el estado de organización perceptiva del niño y su orientación espacial. En cuanto a la organización del espacio, es conveniente estudiar las posibilidades que el niño tiene para orientarse en el espacio. Para conocer su organización espacial habremos de ver si reconoce las coordenadas de derecha-izquierda y con qué seguridad y rapidez lo hace.

F. Percepción Temporal y Ritmo

Para estudiar y diagnosticar la capacidad que tiene el niño para percibir y discriminar distintos tiempos y distintos ritmos que se le presenten y con ello conocer el estado de su estructuración temporal.



G. Percepción y Discriminación Auditiva

Es otro factor importante cuyo déficit puede ocasionar trastornos en el habla, por ello es necesario evaluarlo. Conviene comenzar observando si el niño es capaz de reconocer y diferenciar sonidos producidos por objetos que él conoce. Se realiza un análisis que deja al descubierto la discriminación de fonemas y se observa si el pequeño reconoce fonemas iguales, diferentes y si se puede encontrar uno determinado en diferentes palabras. Esto daría una pauta importante para determinar el tratamiento a seguir. Por último se observará la capacidad para distinguir unas palabras de otras cuando son muy semejantes.

H. Personalidad

Los problemas de adaptación y los trastornos de personalidad pueden detener o alterar una correcta evolución del lenguaje, por ello es fundamental su análisis si queremos abarcar todos los posibles factores que pueden influir de una manera u otra en la aparición de la dislalia.

I. Exámenes Complementarios

Los exámenes complementarios solamente se realizarán en aquellos casos en que, a través del análisis descrito y de los datos que aporte la familia, se presuma la existencia de otros factores ajenos a los que constituyen la etiología de la dislalia funcional. Estos exámenes serán de carácter médico y se referirán al estudio neurológico que detecte alguna posible lesión en este campo, audiométrico que pueda medir la pérdida de audición cuando se teme que ésta exista y psicológico en caso de que sospechemos que el motivo de la dislalia sea debido al modelo de entorno familiar en el que se desenvuelva el niño, ya sea sobreprotección o abandono. (45)

3.4.4 CONDICIONES GENERALES PARA LA REEDUCACIÓN

Es fundamental para que la reeducación tenga éxito que exista una buena relación entre el niño y el especialista. El trabajo debe realizarse en un clima relajado y de distensión donde se fomente la confianza del niño en sí mismo. Al chico no se le exigirá más de lo que puede dar, no se lo desalentará por muy



mal que realice los ejercicios y siempre se encontrará un motivo de mejora para que su entusiasmo y capacidad de esfuerzo no decaigan.

La reeducación ha de tener un carácter progresivo y seguir las etapas normales por las que pasa un niño en la evolución de su lenguaje. Las sesiones de tratamiento durarán entre 30 y 45 minutos, y se variará el tipo de actividades para evitar que el niño se canse. El número de sesiones de dos o tres semanales dependiendo de la gravedad del caso. Todos los ejercicios realizados en el tratamiento tienen una finalidad educativa y requieren una participación y esfuerzo por parte del alumno. Es necesaria la constancia y la repetición de lo mismo para llegar a formar los hábitos correctos que eliminan los defectuosos es necesario que el reeducador tenga muy en cuenta la edad del paciente a la hora de programar un tratamiento de cara al vocabulario a utilizar la motivación de los ejercicios y la elección y enfoque de los mismos.

También se necesita como condición primordial la colaboración de los padres, a los que será preciso ayudar para que comprendan los problemas del niño y la forma en que ellos pueden contribuir a su superación hay que conseguir que los padres no vivan con ansiedad el problema del niño. El medio más idóneo para la reeducación del niño es el juego y por ello será preciso realizar juegos con eficacia rehabilitadora, convirtiendo las técnicas en juegos. En este sentido interesará iniciar a la madre en la práctica de estos juegos, para que puedan ser realizados también fuera de las sesiones de reeducación. (46)

3.4.5 TRATAMIENTO

Cuando se habla del **tratamiento de la dislalia** es necesario que se tenga en cuenta un enfoque pluridimensional, ya que no aparece generalmente aislado; forma parte de un grupo de síntomas con causas múltiples y variadas, como consecuencia de las cuales aparece la dificultad. Cuanto más precozmente se inicie el tratamiento el pronóstico será mucho mejor. Si no se atiende debidamente, el defecto persistirá con el tiempo, los órganos encargados del habla (tales como boca, lengua, labios, etc....) pierden plasticidad y agilidad y su corrección será más costosa. Además, no tratar la incorrecta pronunciación



supone entorpecer el desarrollo psíquico del niño, generando problemas tanto a nivel social como escolar.

El tratamiento de la dislalia requiere, como parte primordial, la **colaboración de los padres**, a los que será preciso ayudar para que comprendan la forma en que ellos pueden contribuir positivamente en el niño. Podemos encontrarnos con dos modalidades de tratamiento:

3.4.5.1 TRATAMIENTO INDIRECTO:

Para realizar una perfecta articulación es necesario una madurez psicomotriz que haga posible la agilidad bucofacial, una correcta discriminación auditiva que permita la identificación de los sonidos, un buen control de la función respiratoria y una relajación para eliminar las tensiones, rigidez y de esta forma facilitar los movimientos articulatorios. Es necesaria una base de maduración previa antes de comenzar con el tratamiento directo. (47)

A continuación se describe una serie de ejercicios que se utilizan en el tratamiento indirecto:

A) Ejercicios de respiración:

La función respiratoria tiene como objetivo lograr la coordinación entre la inspiración retención y espiración localizadas en la zona costodiafragmática. Los ejercicios podemos hacerlos acostando al niño en una colchoneta o también de pie, siempre con ropa floja.

La inspiración será nasal, profunda y regular, el aire se retendrá unos segundos para a continuación hacer una espiración preferentemente bucal, aunque introduciremos también algún ejercicio de espiración nasal.

Para percibir el movimiento costo-diafragmático podemos poner un objeto encima del abdomen o bien las propias manos. Una vez automatizada la respiración costo-diafragmática podemos hacer los siguientes ejercicios:



- Inspiración nasal, lenta y profunda: retención de aire, espiración lenta y profunda posteriormente rápida.
- Inspiración nasal algo rápida: retención de aire y espiración nasal lenta.
- Inspiración nasal algo rápida, moviendo alas de la nariz: retención de aire y espiración nasal lenta.

Lo anterior puede hacerse de pie y con elevación de brazos, así como introducir otras variantes.

Ejercicios de soplo

- Apagar velas, inflar globos, tocar el silbato, la flauta, la armónica, voltear figuras de papel.
- Soplar la llama de la vela sin apagarla, plumas, papel, etc.
- Desplazar barquitos de papel sobre el agua, hacer mover figuras colgantes, hacer pompas de jabón.
- Hacer burbujas, soplar un molinillo, desplazar objetos rodantes sobre la mesa, mantener una pluma en el aire, mover una hilera de flecos de papel.

Ejercicios de mandíbula

- Abrir y cerrar la boca lentamente.
- Abrir y cerrar la boca rápidamente.
- Abrir la boca despacio y cerrarla deprisa.
- Abrir la boca deprisa y cerrarla despacio.
- Masticar.
- Mover la mandíbula inferior de un lado a otro alternativamente.

Ejercicios de mejillas

- Inflar las mejillas, juntas y separadas.
- Movimiento de enjuague de la boca (inflar y ahuecar alternadamente).
- Empujar con la lengua las mejillas hacia fuera.



Ejercicios de "alas" nasales

- Movimiento de inspiración forzada. (Estrechamiento de orificios nasales).
- Movimiento de espiración forzada.
- Dilatación y retracción voluntaria de los orificios nasales.

Ejercicios del velo del paladar

- Bostezar.
- Toser.
- Hacer gárgaras.
- Carraspear.
- Con la boca abierta, inspirar por la nariz y espirar alternadamente por la boca y la nariz.

Ejercicios de labios

- Sonrisa con labios juntos.
- Sonrisa con labios separados.
- Proyectar los labios fruncidos (beso).
- Proyectar los labios hacia delante, abrir y cerrar el orificio bucal (conejo).
- Morder el labio superior y el labio inferior.
- Sostener elementos entre el labio superior y la base de la nariz.
- Con los labios juntos, llenar la boca de aire que se proyectará al exterior, venciendo repentinamente la resistencia labial.
- Vibración de labios con fonación (moto).
- Emisión (con las arcadas dentales unidas) de: iu, io, ui, uo.
- Silbar.

Ejercicios de lengua

- Sacar la lengua y mantenerla horizontal.



- Doblar la punta de la lengua hacia abajo, con ayuda de los incisivos inferiores.
- Sacar la lengua lo más lejos posible, a diferentes ritmos.
- Levantar grageas de un plato.
- Abrir la boca, sacar la lengua y moverla de derecha a izquierda y de izquierda a derecha de la boca hasta las comisuras, cuidando de no tocar los labios ni los dientes.
- Abrir la boca y recorrer con la lengua el labio superior de derecha a izquierda y de izquierda a derecha.
- Abrir la boca y recorrer con la lengua el labio inferior de derecha a izquierda y de izquierda a derecha.
- Abrir la boca y limpiar los labios moviendo la lengua en círculo en ambas direcciones.
- Abrir la boca, sacar la lengua y llevar la punta de ésta lo más arriba posible, tratando de tocar la nariz; después llevarla lo más abajo posible, tratando de tocar la punta de la barba.
- Teniendo la boca cerrada, empujar hacia fuera con la lengua, la mejilla izquierda y después la derecha.

Ejercicios de relajación

- Iniciamos colocando música relajante (como sonidos de la naturaleza o música instrumental), acostamos al niño en una colchoneta y usando crema empezamos realizando masajes corporales (brazos, piernas, espalda, cabeza) para luego ir a la región bucofacial.
- Se realizan ejercicios de tensión y distensión muscular, es decir flexionando y extendiendo las extremidades.
- Pasar objetos con texturas suaves en la región bucofacial por ejemplo: plumas, algodón, pinceles, etc....



B) Ejercicios de discriminación auditiva

- Reconocimiento de sonidos ambientales.
- Identificación de articulaciones y palabras parecidas.
- Reconocer onomatopeyas de animales, medios de transporte, sonidos ambientales e instrumentos musicales.
- Discriminación de ruidos producidos por nuestro cuerpo.
- Discriminación de la duración de los sonidos:
 - ✓ Discriminación entre sonido largo y corto.
 - ✓ Discriminación entre sonido continuo y discontinuo.
 - ✓ Discriminación de secuencias: largas y cortas, continuas y discontinuas.
- Discriminación de tonos:
 - ✓ Discriminación entre un sonido grave, medio y agudo. Combinarlos.

K) Ejercicios del velo del paladar

- Tomar líquidos con sorbete.
- Favorecer el bostezo.
- Decir la vocal A sin voz.
- Reír con voz alta, empleando las diferentes vocales.

3.4.5.2 TRATAMIENTO DIRECTO

Los ejercicios tienen por objetivo conseguir una perfecta articulación y su automatización o integración en el lenguaje espontáneo. Los ejercicios de articulación se hacen frente al espejo, el cual irá mostrando las posiciones y movimientos característicos de los órganos de la articulación, necesarios para cada fonema. De esta forma el niño los podrá observar e imitar. Es importante que, ya que el niño con dislalia tiene fuertemente grabada la relación entre la cosa y la palabra que le suena como correcta, no se debe corregir el fonema mal articulado, sino enseñarle como uno nuevo para que cuando lo consiga sustituya el erróneo. De otro modo, el niño se centra sólo en corregir la



articulación mal establecida, pensando en las nuevas posiciones, creando así una tensión inútil en los órganos del habla. Se debe crear sonidos nuevos correctos que vayan sustituyendo los antiguos erróneos.

Ambos tratamientos seguirán un desarrollo paralelo, comenzando siempre por el indirecto para facilitar un posterior trabajo con una articulación determinada; una vez se comienza ésta, se continuará a la vez el tratamiento dirigido a las funciones que están relacionadas con la articulación de los fonemas. (48)

Como complemento del tratamiento directo se utiliza un cuaderno de recortes con los fonemas que el niño está aprendiendo denominado "Cuaderno de dislalia", este consiste en dibujar el fonema junto con las vocales para obtener las diferentes sílabas que conformarán una palabra, luego en otra hoja se pega un modelo de dibujo que contenga el fonema en posición inicial, media y final que se está rehabilitando y en casa el niño tendrá que recortar y pegar más dibujos con la ayuda de sus padres y repasarlos varias veces.

El orden de los fonemas a rehabilitar es acorde a como el niño los adquiere en el proceso de crecimiento de esta forma: /m/, /p/,/b-v/, /c-k-q/, /g/, /ch/, /f/, /l/, /d/, /t/, /c-s-z/,/r/, /pl/, /bl/, /cl/, /gl/, /fl/, /tl/, /pr/, /br/,/cr/, /gr/, /fr/, /tr/, /dr/.

Indicaciones Generales:

- Esta fase directa no se da aisladamente ya que como se mencionó anteriormente van relacionadas porque la emisión de cada fonema presenta un grado de dificultad distinta que requiere un periodo de preparación y agilización previa.
- Indicar al niño las posiciones y movimientos correctos de los órganos de la articulación para la emisión de un determinado fonema.
- El terapeuta enseñará al sujeto a repetir el movimiento correcto, ocupando estrategias frente a un espejo.
- Es muy útil utilizar una libreta o cuadernillo específico para realizar las diferentes actividades que permitan que se repasen continuamente para



integrarlos al lenguaje común del niño (puede ser el cuaderno de dislalia).

- Habrá que evitar trabajar en una misma sesión fonemas que tengan el mismo punto de articulación ya que pudieran dar lugar a confusiones en el niño.
- Los ejercicios no deberán ser de larga duración para que el niño no se fatigue.
- Los ejercicios articulatorios nunca se realizarán de forma enérgica ni con movimientos bruscos o exagerados, por el contrario la articulación debe ser abordada con voz normal y movimientos suaves.
- Es de gran interés grabar el habla del niño al comenzar el proceso de intervención, como a lo largo del mismo y constatar los avances. (49)



CAPITULO III

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Desarrollar la evaluación e intervención logopédica en niños/as de primero a cuarto de básica con alteración de la motricidad bucolinguofacial relacionada a dislalia funcional, en la escuela “Fe y Alegría” del cantón Cuenca durante el año 2012.

4.2 Objetivos específicos

- Evaluar la motricidad bucolinguofacial y articulación de los niños/as mediante el Test de Articulación y Mecanismo Oral Periférico (M.O.P.), para conocer quienes presentan Dislalia Funcional.
- Aplicar un programa de intervención logopédica dirigido a niños/as con Dislalia Funcional para rehabilitar los fonemas alterados.
- Reevaluar a los niños/as que hayan participado en el programa de intervención logopédica.
- Relacionar los resultados con las variables de edad, sexo, residencia, dislalia funcional y motricidad bucolinguofacial.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudio:

Se trata de un estudio de tipo Descriptivo con Intervención.

5.2 Área de estudio:

Escuela “Fe y Alegría”.



5.3 Universo:

El universo es homogéneo finito porque está conformado por todos los niños/as de primero a cuarto de básica que asisten a la Escuela “Fe y Alegría”.

5.4 Muestra:

La muestra es propositiva y está conformada por los 373 niños/as de primero a cuarto de básica que asisten a la Escuela “Fe y Alegría”.

5.5 Criterios de Inclusión

- Todos los niños y niñas de primero a cuarto de básica.
- Todos los niños y niñas cuyos padres de familia hayan firmado el consentimiento informado. (Anexo 1)

5.6 Criterios de Exclusión

- Todos los niños y niñas que presenten trastornos motores, trastornos del desarrollo, deficiencia intelectual, problemas auditivos, trastornos orgánicos u otros.
- Todos los niños y niñas que no cursen de primero a cuarto de básica.
- Todos los niños y niñas que no deseen participar en la investigación y/o cuyos padres no firmen el consentimiento informado.

5.7 Métodos, Técnicas e Instrumentos

- Se solicitó a la directora de la escuela “Fe y Alegría” la autorización para realizar el presente estudio, mediante una solicitud enviada por parte del Director de Tesis Lcdo. Edgar Carvajal Flor.



- Posteriormente trabajamos en equipo junto con las profesoras responsables de las respectivas aulas para iniciar con las evaluaciones desde primero a cuarto de básica.
- La identificación de las alteraciones de la motricidad bucolinguofacial y de la dislalia funcional se realizó a través del test de Mecanismo Oral Periférico (MOP) y Test de Articulación respectivamente, también se aplicó un formulario de recolección de datos de filiación. (Anexo 2)
- La aplicación de los test se llevó a cabo en una aula asignada, que cuenta con el espacio necesario para dicho procedimiento como sillas para alumnos y terapeuta, una mesa en esta se ubicaron los folletos del test de Mecanismo Oral Periférico (MOP) y test de articulación además de los materiales necesarios para la evaluación, mismos que fueron llevados por las investigadoras, como paletas, chocolate nutella, vasos desechables y cuadernillo de imágenes para el test de articulación.
- Antes de iniciar las evaluaciones, como fonoaudiólogas, consideramos el rapport (relación personal con otras personas) que existe entre el terapeuta y el niño, de esto dependerá, en parte, el éxito de la rehabilitación, para ello se creó un ambiente de confianza mediante la interacción y dinámicas lúdicas y de integración, logrando de esta manera la aceptación total de los niños/as.
- La aplicación del test de Mecanismo Oral Periférico (MOP), que evalúa las estructuras orofaciales como lengua, labios, paladar blando, maxilar tanto anatómica como funcionalmente se realizó con el siguiente procedimiento:
 - ✓ Se explicará en lo que consiste el test, sentadas frente a frente con el niño/a le diremos que imite los movimientos que previamente nosotras le indiquemos.
 - ✓ Con el test de MOP evaluamos primero la motricidad de la lengua tomando en cuenta: movimientos de protrucción, lateralización, elevación, movimientos alternos de sacar y meter la lengua: lenta y rápidamente, pronunciar /la/ y /ka/, hacerla vibrar, acanalarla, lamer; evaluar tamaño y temblor de la lengua.



- ✓ Segundo evaluamos la motricidad de los labios tomando en cuenta: movimientos de protrucción con y sin resistencia, retracción, abrir y cerrar la boca lenta y rápidamente, hacerlos vibrar, apretar los labios, pronunciar /ma/ y /pa/; simetría y forma de los labios.
- ✓ Tercero evaluamos el paladar su simetría y forma tomando en cuenta: tamaño, forma y posición de la úvula, movilidad del velo con ejercicios de carraspear, toser, producción de /a/ entrecortada y reflejo de vómito.
- ✓ Cuarto evaluamos los dientes, tomando en cuenta: implantación, estado y oclusión.
- ✓ Y quinto, evaluamos la movilidad del maxilar tomando en cuenta: ejercicios de rotación, lateralizarlo hacia la derecha e izquierda y llevándolo hacia adelante. (Anexo 3)
- ✓ Para la puntuación de este test (MOP), se realizó con dos variables: SÍ (si realiza el movimiento que se le pide) y NO (si no realiza el movimiento que se le pide), las cuales nosotras marcamos según la respuesta del infante.
- ✓ Una vez terminado el test a cada niño/a, les regalamos un incentivo, como un caramelo, en señal de que lo ha hecho muy bien y proseguimos a llamar al siguiente niño/a para la evaluación.
- ✓ Cuando terminamos de evaluar a todos los niños/as, procedimos a hacer el respectivo análisis del resultado del test aplicado.
- La aplicación del test de Articulación, consta de fonemas, dífonos, diptongos y sílabas inversas en posición inicial, media y final; sirven para evaluar la articulación de las palabras en los niños/as, se aplica de la siguiente manera:
 - ✓ Se explicará al niño/a en lo que consiste el test, le diremos que le vamos a mostrar un libro con dibujos (dibujos de cada fonema a evaluar), es decir el test se aplicó en forma dirigida (el niño responde al estímulo presentado) a los que el deberá responder según lo que vea.
 - ✓ Una vez explicado, sacamos la hoja del test que contiene los fonemas a evaluar en posición inicial, media y final, además de cinco columnas, la primera para realizar la transcripción de la palabra según como la



articula o pronuncia el infante y las siguientes cuatro columnas pertenecen a: omisión (O), sustitución(S), distorsión (D) o inserción (I), que se marcarán según el tipo de error cometido. (Anexo 4)

- ✓ Le mostraremos el primer dibujo que es un mano, el niño/a tiene que responder: “mano”, y se anotará como el infante pronuncia la palabra al lado en el espacio específico (transcripción), utilizando la puntuación anteriormente indicada, y así de la misma manera todas las palabras del test.
- ✓ Algunos fonemas tuvieron que ser evaluados en forma repetitiva (repetir la palabra estímulo), ya que algunos niños/as tuvieron dificultad para reconocer el dibujo o nombraban una palabra similar o como sinónimo del estímulo, por ejemplo en la palabra “chancho” que era la palabra a evaluar, decían “cuchi o cerdo”, para esto el niño/a tenía que repetir lo que escuchaba sin ver los labios de la terapeuta para lo cual nos cubríamos los labios con una hoja.
- ✓ Una vez terminado el test a cada niño/a, les regalamos un incentivo, como un caramelo, en señal de que lo ha hecho muy bien y proseguimos a llamar al siguiente niño/a para la evaluación.
- ✓ Cuando terminamos de evaluar a todos los niños/as, procedimos a hacer el respectivo análisis del resultado del test aplicado.
- Las evaluaciones duraron un lapso de tiempo de una semana, realizándolas todos los días de 7.30 a 12.30 de la mañana, en un tiempo aproximado de 10 minutos por cada niño/a; pudimos concluir las evaluaciones en ese corto periodo de tiempo gracias a varios factores: las evaluaciones se realizaron durante toda la mañana, somos dos estudiantes en la presente investigación y el apoyo de la directora, psicóloga y docentes del plantel, se utilizó este tiempo debido a la gran demanda de estudiantes.
- Una vez que los niños y niñas fueron diagnosticados de dislalia funcional se les dio a conocer a la directora, psicóloga y profesoras encargadas de cada uno de los grados evaluados para posteriormente convocar a reunión a los padres de familia para informarles el resultado del diagnóstico y solicitar el consentimiento de cada uno de ellos para realizar la Intervención



Logopédica, también se les informó que la terapia duraría tres meses y dos semanas, incluido el tiempo de evaluación, desde la tercera semana de abril (fecha en que se nos aprobó el protocolo y empezamos a trabajar en la investigación) hasta finales de julio; para esto se les explicó que las clases concluían el 5 de julio pero las terapias continuarían hasta la última semana de julio en la misma escuela y con consentimiento previo de la directora, para lo cual todos los padres de familia estuvieron de acuerdo y se comprometieron a finalizar con normalidad las terapias.

- Luego de obtener el consentimiento de cada padre de familia se realizó el horario para las terapias de lunes a viernes con cada maestra pudiéndonos poner de acuerdo para organizar dos grupos: Grupo 1 (primeros y segundos de básica) y Grupo 2 (terceros y cuartos de básica).
- La Intervención logopédica se realizó en la misma aula asignada para las evaluaciones siendo la misma que se nos asignó desde el principio, la duración de cada sesión fue de 60 minutos por el mismo pedido de todos los padres de familia.
- Para la Intervención Logopédica (Tratamiento), se elaboró un plan de trabajo grupal adecuado a las dificultades que presentaron los niños/as ya que estas eran similares; el plan consta básicamente de tratamiento directo e indirecto, distribuido en las siguiente sub-áreas: (Anexo 5)
 - ✓ Relajación: Cuyo objetivo fue mejorar el estado de relajación tanto a nivel corporal como de los músculos bucolinguofaciales ya que esto 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, a través de masajes especialmente faciales de la zona orofaríngea.
 - ✓ Respiración: Cuyo objetivo fue lograr que el niño adquiriera los tipos y tiempo respiratorio correcto ya que esto es el primer paso esencial para una buena fonación, a través de ejercicios como: soplar las velas, tomar aire por la nariz y expirar por la boca, soplar papelitos, pelotitas de plástico, hacer burbujas, inflar globos, entre otros.



- ✓ Nociones Espacio Temporales (NET): Cuyo objetivo fue adquirir y utilizar las nociones espacio temporales básicas (arriba-abajo, delante-detrás, horizontal-vertical), ya que el conocimiento del cuerpo y la utilización del mismo son los aspectos que conforman la organización del esquema corporal, que a la vez nos permitirá facilitar el M.O.P., a través de ejercicios como: darle órdenes al niño con relación a las N.E.T a manera de juego, por ejemplo: “vamos a lanzar la pelota hacia arriba” así el/ella podrá saber qué es lo que tiene que hacer si se les pide subir la lengua.
- ✓ Lateralidad: Cuyo objetivo fue lograr que el niño adquiriera una buena lateralidad (izquierda-derecha) con relación a su cuerpo para facilitar el M.O.P., a través de ejercicios como: pedirle que haga actividades solo con la parte derecha de su cuerpo y cuando esta esté concientizada trabajar la parte izquierda para después juntar ambas; por ejemplo: “con la mano derecha tócate el ojo izquierdo”; esta sub-área está relacionada a la anterior interactuando con el MOP de la misma manera.
- ✓ Ritmo: La actividad rítmica permitirá al niño/a adquirir flexibilidad, facilitará su relajación y la independencia segmentaria de sus miembros, ayudando a conseguir, con todo ello, el dominio motriz de su cuerpo, especialmente de su zona bucolinguofacial, por lo que el objetivo de esta sub-área fue adquirir ritmo y fluidez al hablar, a través de ejercicios como: imitación de secuencias de sonidos que realiza el terapeuta con aplausos, o con fichas de campos semánticos pedirle que nombre la tarjeta a la vez que aplaude y separa la palabra en sílabas, ejemplo: Man-da-ri-na, etc.
- ✓ Mecanismo Oral Periférico (MOP): Cuyo objetivo fue conseguir mayor precisión y coordinación de los órganos bucolinguofaciales que intervienen en el habla a través de ejercicios como: praxias linguales (protrucción, retracción, lateralización), praxias labiales (protrucción, retracción, lateralización), praxias faciales (gestos, muecas, sonrisas).



- ✓ Articulación: Cuyo objetivo fue lograr que el niño adquiriera y concientice un correcto punto y modo de articulación de los fonemas, para una articulación adecuada e integración y automatización del lenguaje espontáneo, para esto se le enseña el punto y modo de articulación de cada fonema y a la vez que se trabaja enseñado con aplausos y separando con sílabas cada palabra, ejemplo: na-ran-ja, pe-lo-ta, etc...
- ✓ Audición (Discriminación Auditiva): Cuyo objetivo fue lograr que el niño adquiriera una correcta discriminación de fonemas y palabras para corregir los problemas de articulación, a través de: ejercicios de silencio, discriminación y reconocimiento de sonidos del cuerpo y naturaleza, discriminación y reconocimiento de pares mínimos, ejemplo: mesa-peta, mano-pato, etc..., discriminación entre sonido largo y corto.
- Para la Intervención Logopédica fueron necesarios materiales como: espejo, baja lenguas, nutella (chocolate), velas y fósforos, cds para discriminación auditiva y grabadora, juguetes de diferentes tamaños, formas y colores, tarjetas de diferentes campos semánticos, entre otros, mismos que fueron proporcionados por las investigadoras.
- También fue necesario crear un ambiente de cooperación y comunicación a través de juegos y dinámicas lo que ayudó para la colaboración de los niños/as y que las sesiones no se vuelvan monótonas tanto para las terapistas como para los niños/as.
- Al finalizar cada sesión se incentivaba a los niños/as con una golosina de su agrado (caramelos, chupetes, etc...) como premio por su buen desempeño y colaboración durante la terapia.
- La reevaluación de los niños/as se realizó durante la última semana del mes de julio culminados los tres meses de tratamiento logopédico; se volvieron a aplicar los tests de Mecanismo Oral Periférico (MOP) y articulación de la misma manera y condiciones que se aplicó en la evaluación inicial. El test de articulación se utilizó para determinar si persistió o no la dislalia funcional.
- Se consideró como tratamiento exitoso si el niño superó el trastorno articulatorio después del período de intervención logopédica.



- Al culminar este trabajo de investigación se entregará una copia a la directora de la escuela indicando los resultados del mismo.

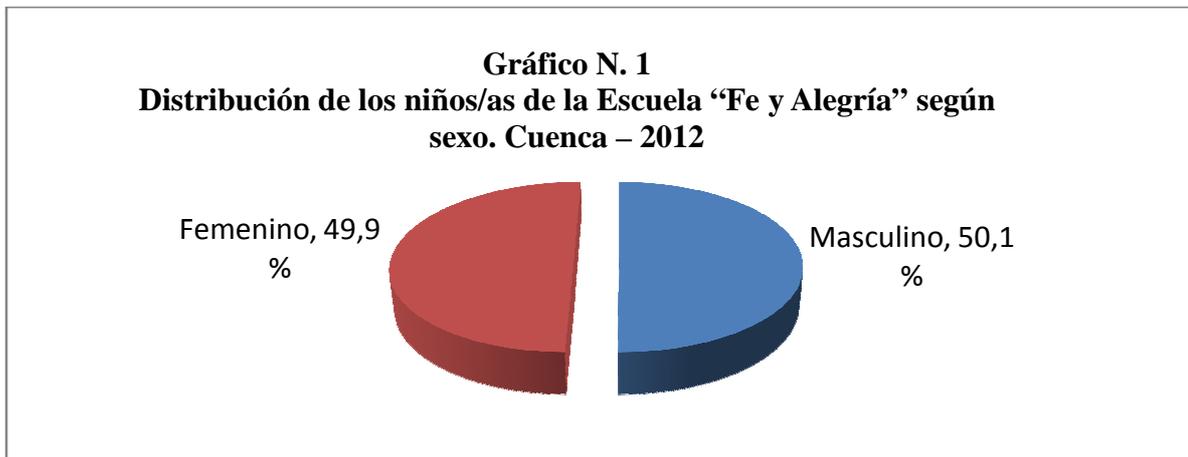
5.8 Cuadro de Actividades

ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	RESPONSABLE
Autorización para realizar el estudio en la escuela	1 día	Solicitud de permiso	<ul style="list-style-type: none">• Director de tesis• Directora de la Escuela• Estudiantes
Coordinación con la psicóloga de la escuela (encargada de coordinar a las investigadoras)	1 día	Ninguno	<ul style="list-style-type: none">• Psicóloga• Estudiantes
Primera evaluación	1 semana	<ul style="list-style-type: none">• Test de Mecanismo Oral Periférico (MOP)• Test de Articulación• Libro de imágenes para test de articulación.	<ul style="list-style-type: none">• Estudiantes
Autorización de los padres de familia	2 días	Consentimiento Informado	<ul style="list-style-type: none">• Psicóloga• Estudiantes• Padres de familia
Intervención Logopédica	3 meses	<ul style="list-style-type: none">• Tarjetas de campos semánticos• Pizarrón y marcadores• Baja lenguas• Velas y fósforos y burbujas de jabón• Chocolate (Nutella) y mermelada• Paños húmedos• Ostias• Caramelos, chupetes, etc.• Cuentos• Grabadora y cds.• Crema y espejo	<ul style="list-style-type: none">• Estudiantes
Reevaluación	3 días	<ul style="list-style-type: none">• Test de Mecanismo Oral Periférico (MOP)• Test de Articulación• Libro de imágenes para test de articulación.	<ul style="list-style-type: none">• Estudiantes

CAPITULO IV

6. RESULTADOS DE LA PRE - EVALUACIÓN

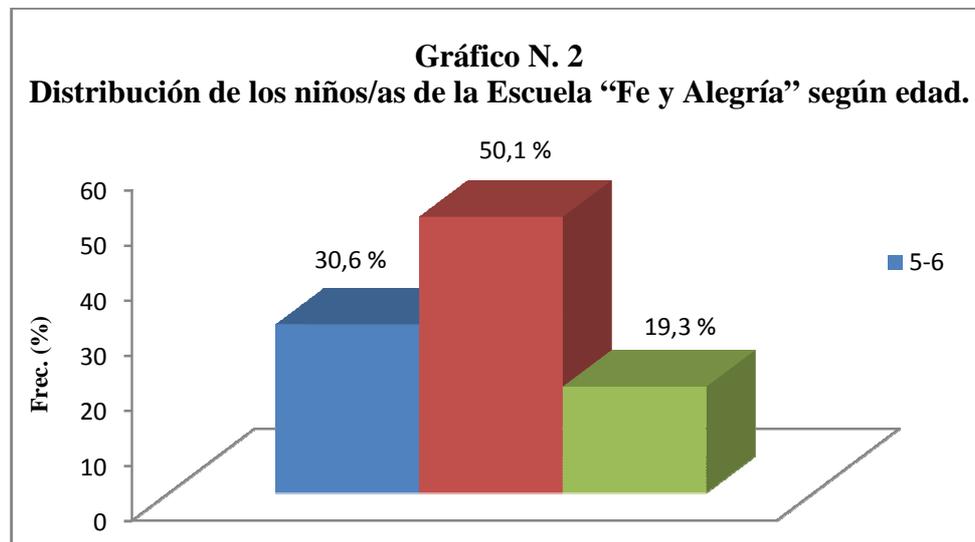
6.1 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ESCUELA “FE Y ALEGRÍA”



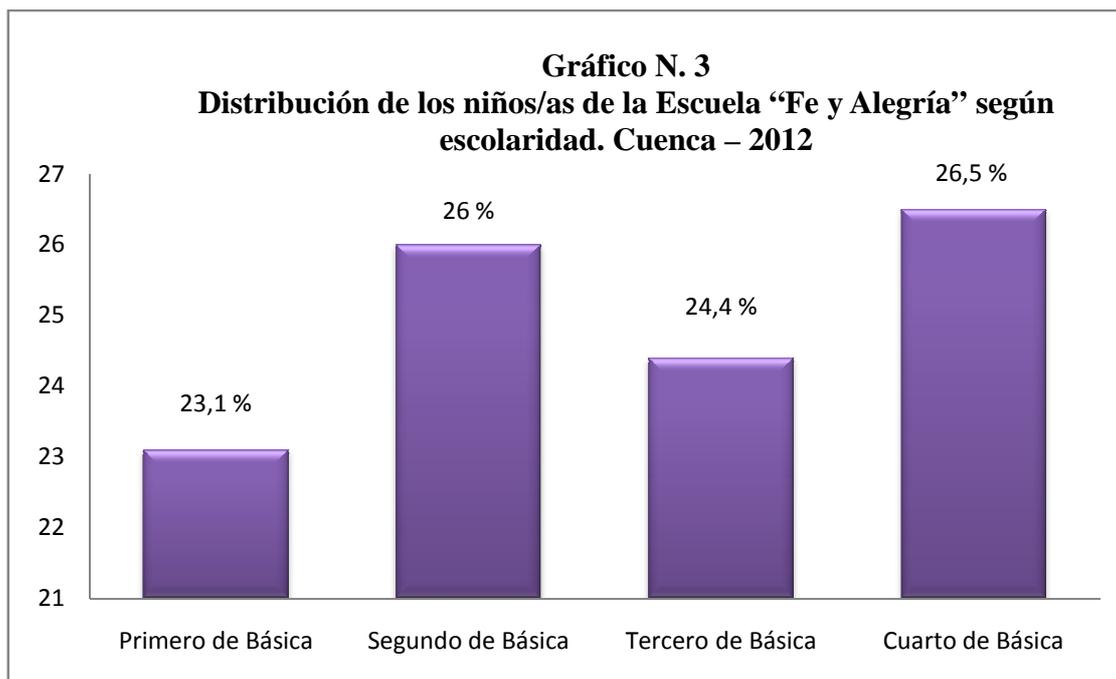
Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

El sexo masculino representó el 50,1% y el 49,9% fue del femenino.



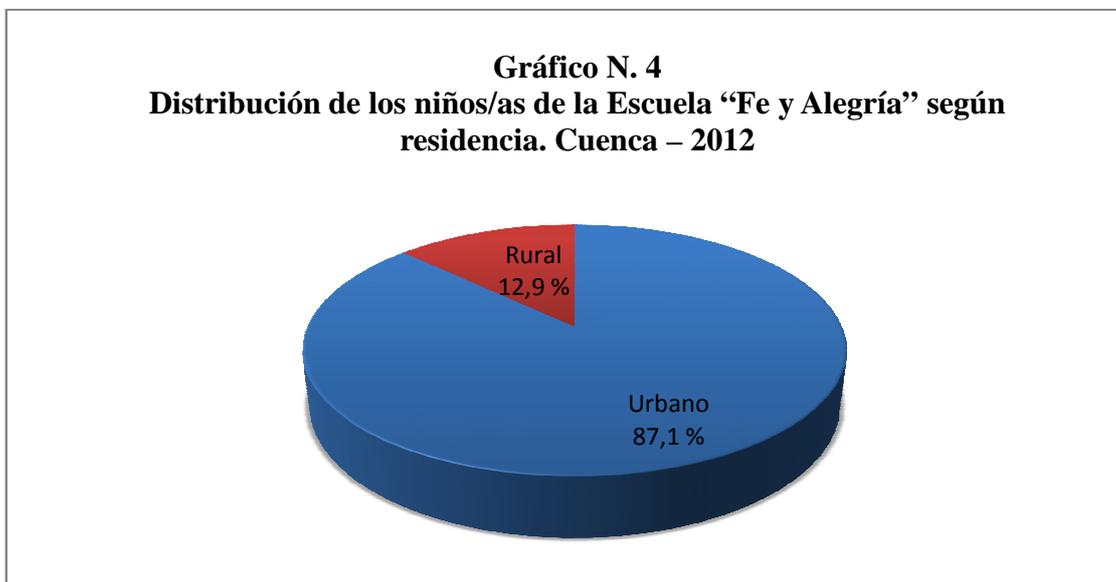
La edad media de los 373 niños/as fue de 6,9, la varianza 1,97 y el desvío estándar + - 1,4.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

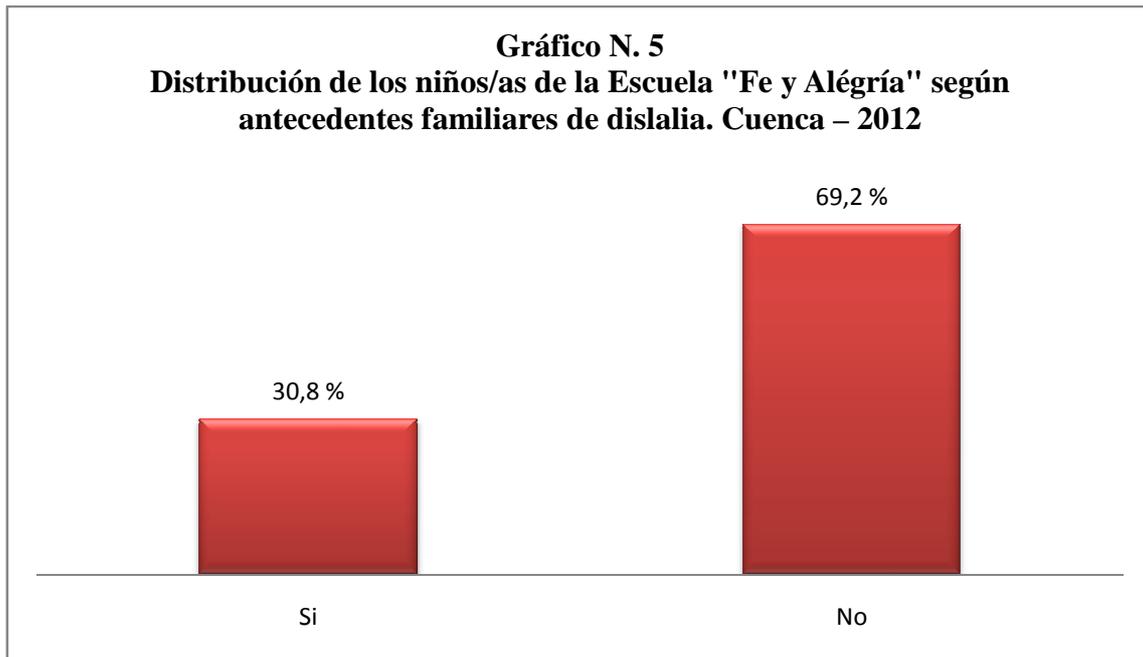
Los niños/as evaluados se encuentran distribuidos equitativamente en los diferentes grados.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

El 87,1% de los niños/as pertenecen al sector urbano.

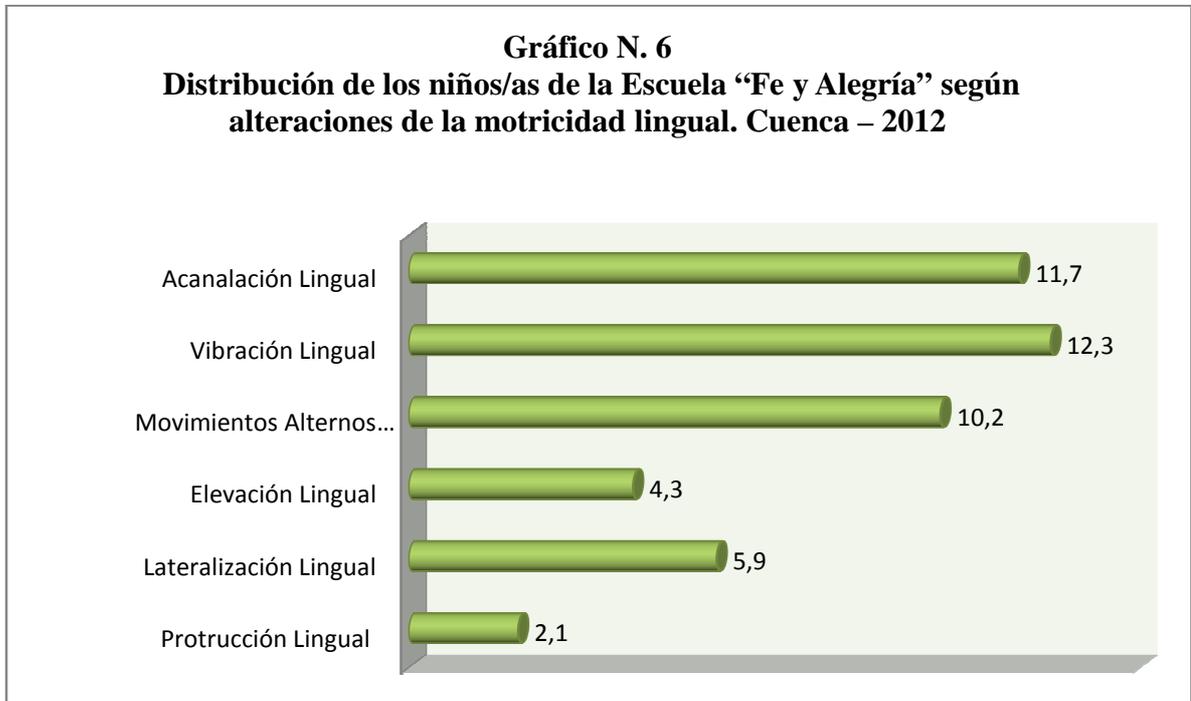


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

El 30,8 % presentó antecedentes familiares de dislalia.

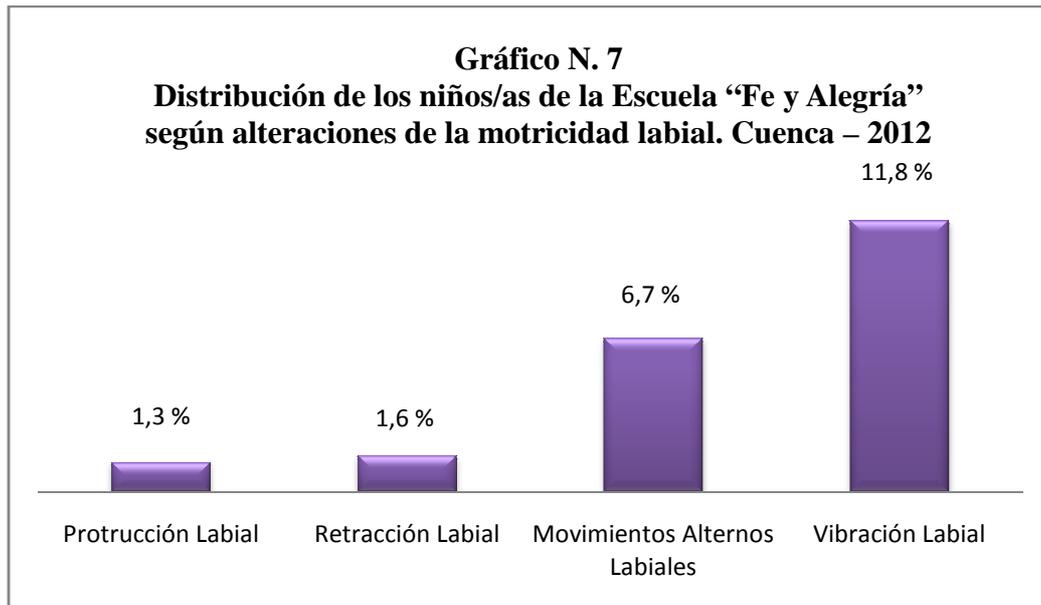
6.2 RESULTADOS DE LA PRE-EVALUACIÓN MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL TEST DE MECANISMO ORAL PERIFÉRICO EN LA ESCUELA “FE Y ALEGRÍA”



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

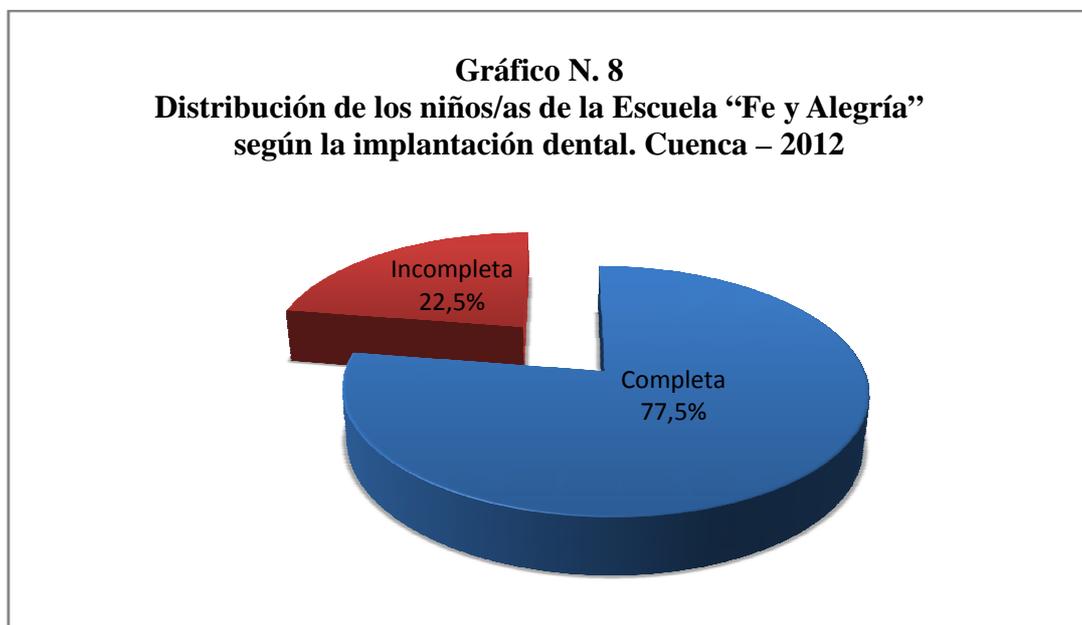
En motricidad lingual, el 12,3% de los niños/as evaluados presentaron dificultad en vibración lingual, el 11,7% en acanalación lingual y el 10,2% en movimientos alternos linguales; todos los niños/as presentaron tamaño lingual normal.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

El 11,8% de los niños/as evaluados presentaron dificultad en vibración labial y el 6,7% en movimientos alternos labiales; todos los niños/as presentaron simetría labial y palatina.

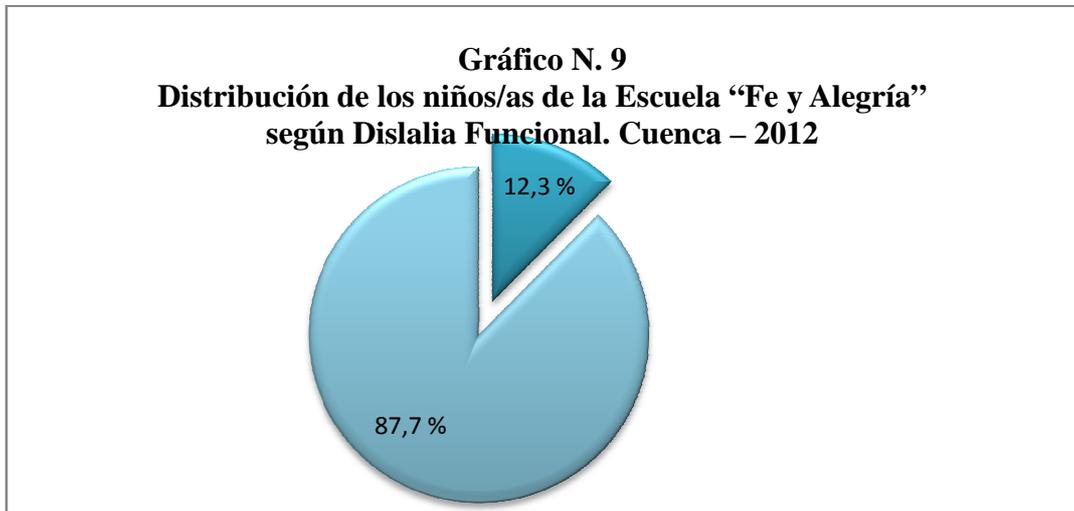


Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

El 22,5% de los niños/as evaluados presentaron implantación dental incompleta.

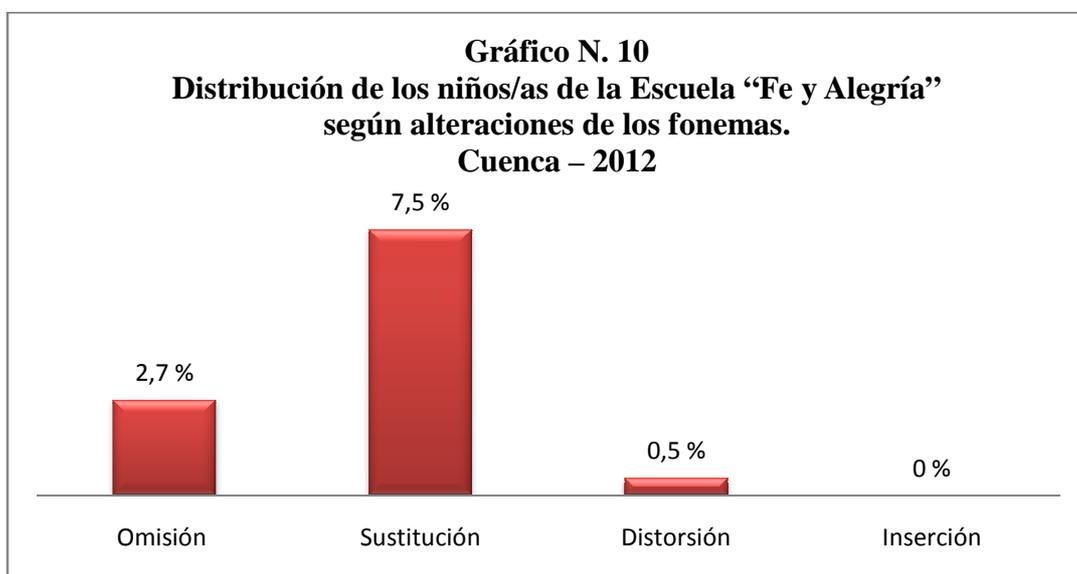
6.3 RESULTADOS DE LA PRE-EVALUACIÓN MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL TEST DE ARTICULACIÓN EN LA ESCUELA “FE Y ALEGRÍA”.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

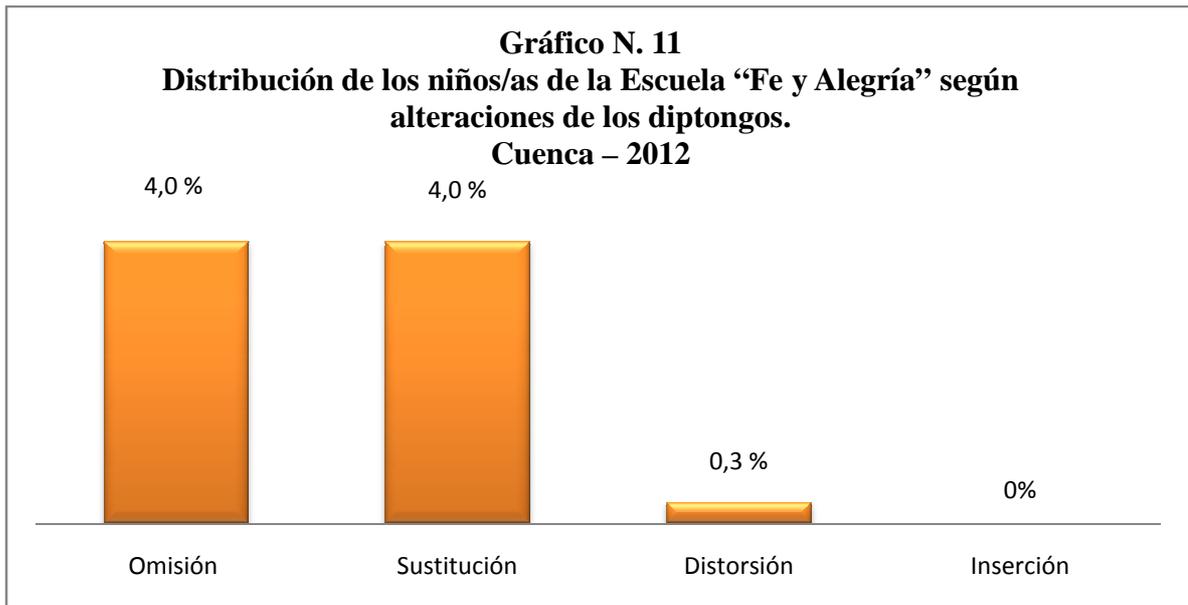
De los 373 niños/as evaluados con el test de articulación el 12,3% presentó Dislalia Funcional.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

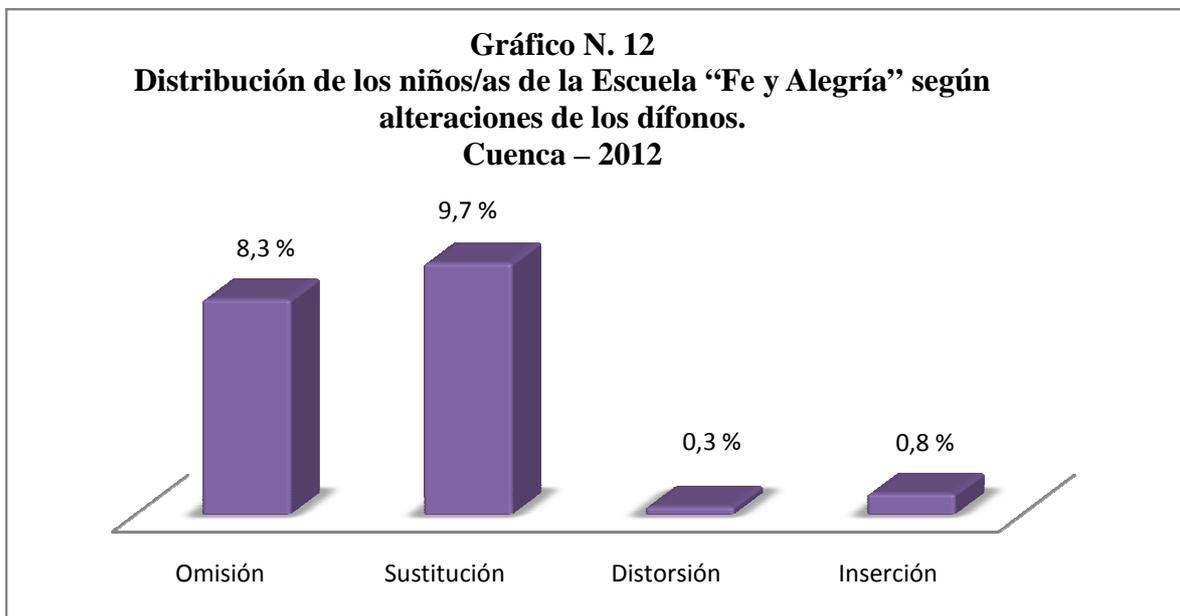
El 7,5% de los niños/as con dislalia presentaron sustitución de los fonemas /r/ y /s/, y el 2,7% presentó omisión del fonema /r/.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

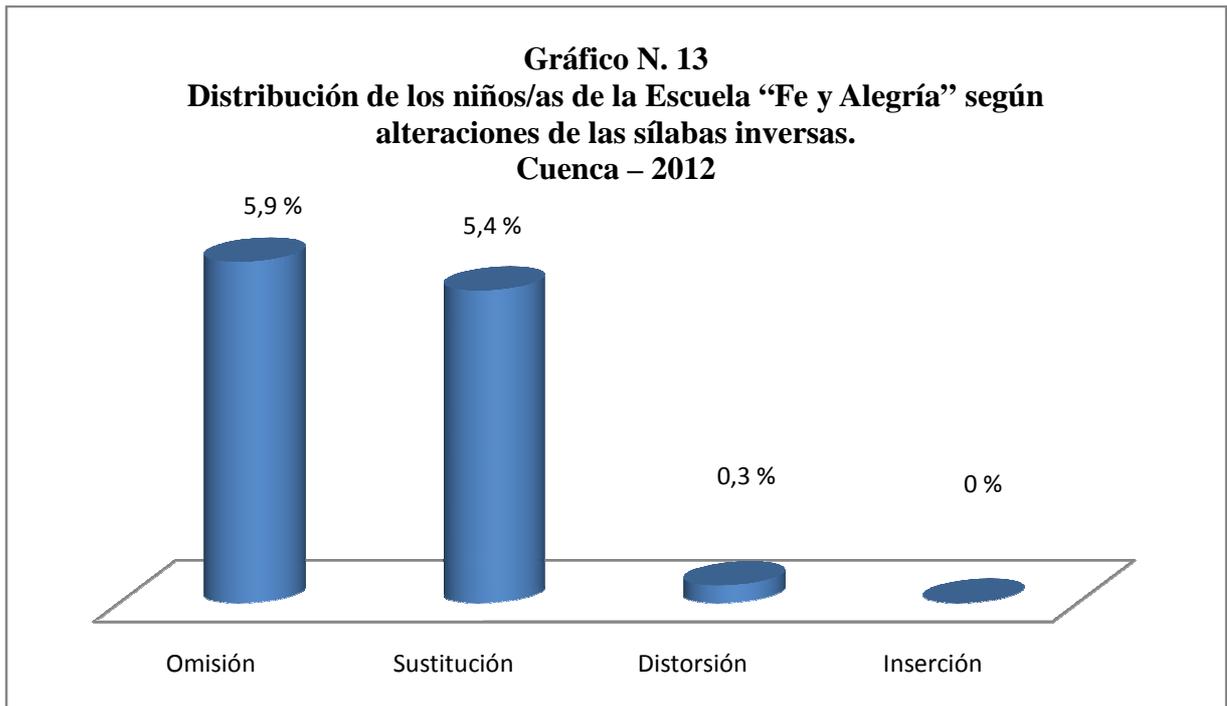
El 4% de los niños con dislalia presentaron omisión de los diptongos /ei/, /ai/, /ue/ y el 4 % presentó sustitución de los diptongos /au/, /ai/.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

El 9,7% de los niños con dislalia presentaron sustitución de los dífonos /cr/, /br/, /fr/, /tr/, /gr/ y el 8,3 % presentó omisión de los dífonos /pr/, /br/, /cr/, /tr/, /gr/, /pl/, /cl/, /fl/, /cl/.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

El 5,9 % de los niños con dislalia presentaron omisión de las sílabas inversas /es/, /al/ y el 5,4 % presentó sustitución las sílabas inversas /ar/, /es/.



7. RESULTADOS DE LA POST-INTERVENCIÓN

7.1 RESULTADOS DE LA POST-EVALUACIÓN MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL TEST DE MECANISMO ORAL PERIFÉRICO EN LA ESCUELA “FE Y ALEGRÍA”

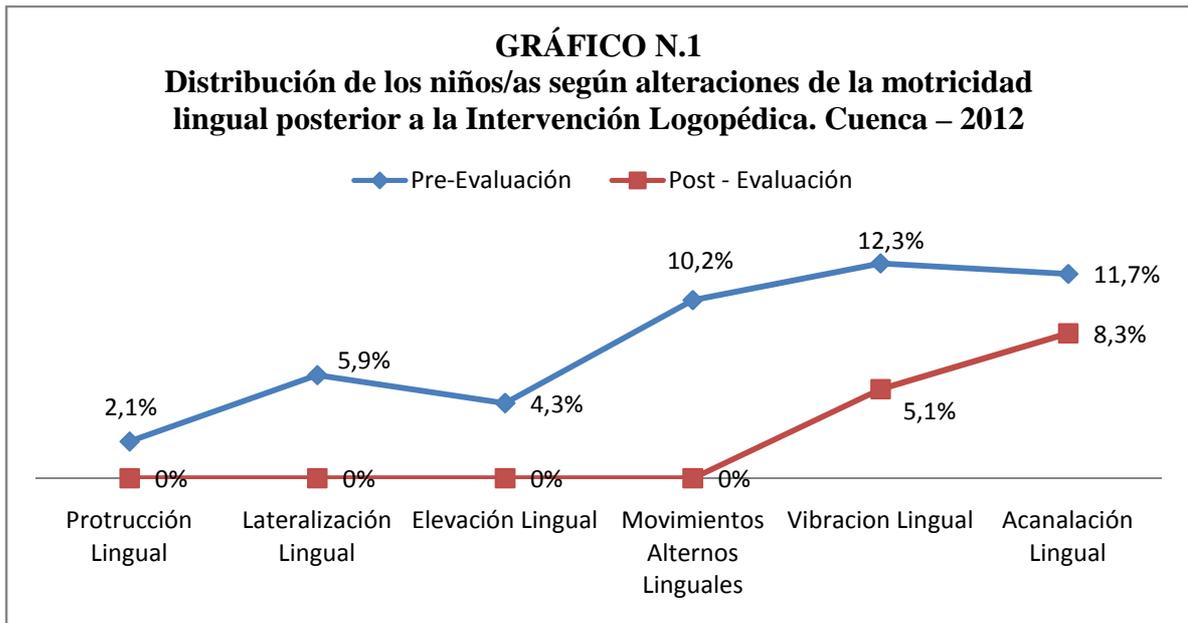
TABLA N.1

Distribución de los niños/as según alteraciones de la motricidad lingual posterior a la Intervención Logopédica. Cuenca – 2012

Motricidad Lingual	Pre - Evaluación		Post - Intervención	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Protrucción Lingual	8	2,1	0	0
Lateralización Lingual	22	5,9	0	0
Elevación Lingual	16	4,3	0	0
Movimientos Alternos Linguales	38	10,2	0	0
Vibración Lingual	46	12,3	19	5,1
Acanalación Lingual	44	11,7	31	8,3

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

Del 12,3% de niños/as que presentaban dificultad en vibración lingual, luego de la intervención logopédica, solo el 5,1% conserva esta dificultad, mientras que 11,7% de niños/as que presentaban dificultad en acanalación lingual, el 8,3% conserva esta dificultad y del 10,2% de niños/as que presentaban dificultad en movimientos alternos linguales, el 0% conserva esta dificultad.

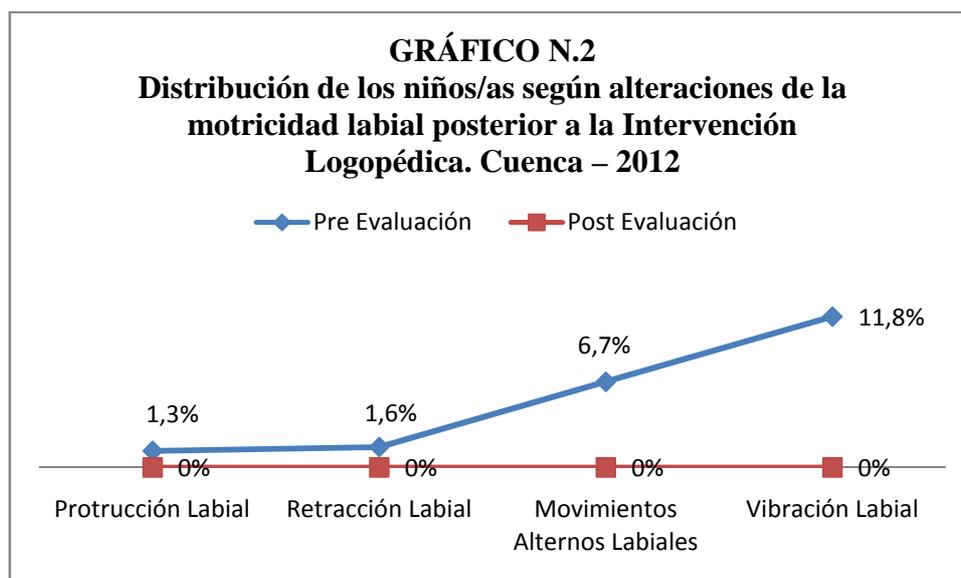
TABLA N.2

Distribución de los niños/as según alteraciones de la motricidad labial posterior a la Intervención Logopédica. Cuenca – 2012

Motricidad Labial	Pre - Evaluación		Post - Intervención	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Protrucción Labial	5	1,3	0	0
Retracción Labial	6	1,6	0	0
Movimientos Alternos Labiales	25	6,7	0	0
Vibración Labial	44	11,8	0	0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

En cuanto a motricidad labial, notamos que luego de la intervención logopédica todos los niños/as superaron estas dificultades.

7.2 RESULTADOS DE LA POST - EVALUACIÓN MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL TEST DE ARTICULACIÓN EN LA ESCUELA “FE Y ALEGRÍA”.

TABLA N.3

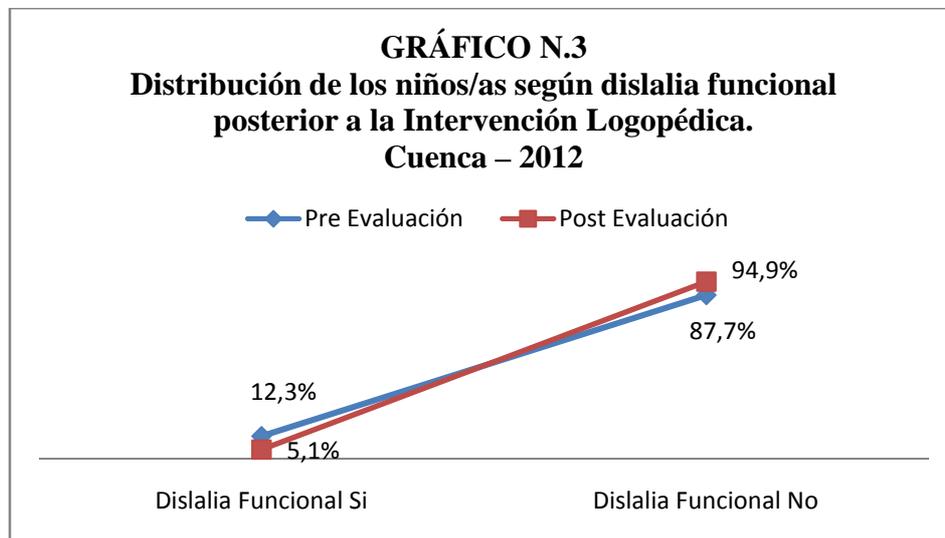
Distribución de los niños/as según dislalia funcional posterior a la Intervención Logopédica.

Cuenca – 2012

Dislalia Funcional	Pre - Evaluación		Post -Intervención	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	46	12,3	19	5,1
No	325	87,7	354	94,9
Total	373	100,0	373	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

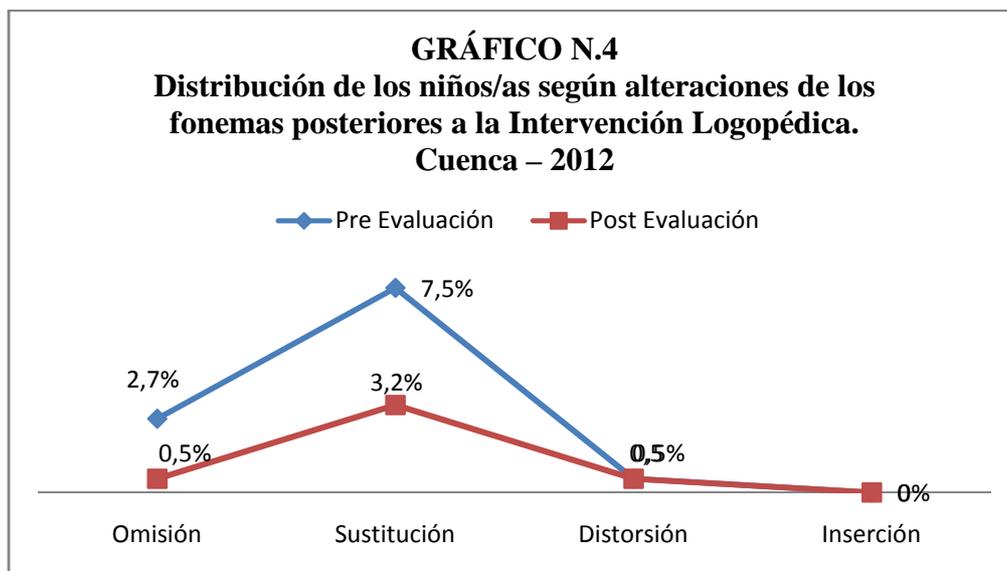
Del 12,3% de niños/as que presentaban dislalia funcional, luego de la intervención logopédica solo el 5,1% mantiene este trastorno del habla.

TABLA N.4
Distribución de los niños/as según alteraciones de los fonemas posteriores a la Intervención Logopédica. Cuenca – 2012

Fonemas	Pre - Evaluación		Post - Intervención	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Omisión	10	2,7	2	0,5
Sustitución	28	7,5	12	3,2
Distorsión	2	0,5	2	0,5
Inserción	0	0	0	0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

Del 7,5% de niños/as que presentaban sustitución de fonemas, luego de la intervención logopédica, solo el 3,2% conserva este trastorno en el fonema /s/; mientras que del 2,7% de niños/as que presentaban omisión de fonemas, solo el 0,5% mantiene este trastorno en el fonema /r/.

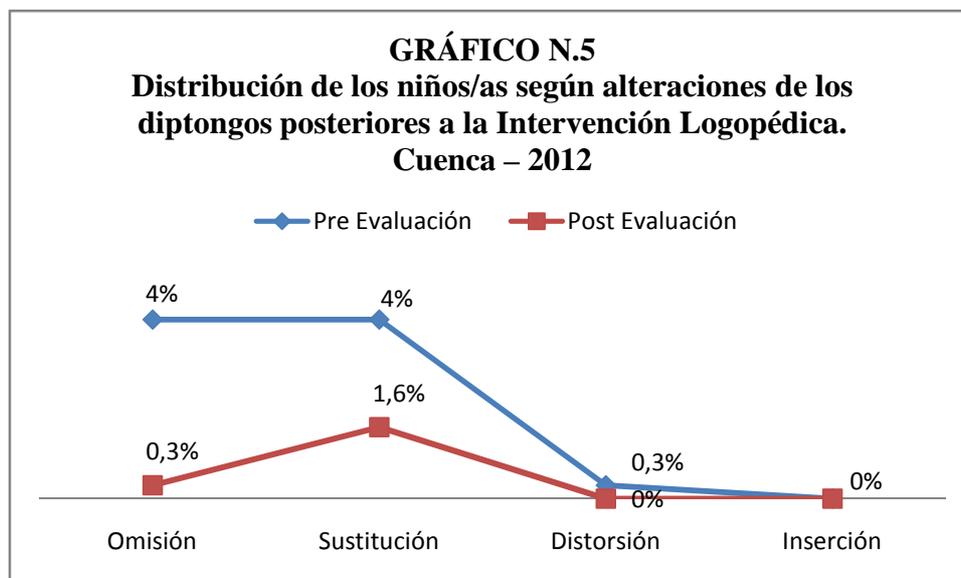
TABLA N.5

Distribución de los niños/as según alteraciones de los diptongos posteriores a la Intervención Logopédica. Cuenca – 2012

Diptongos	Pre – Evaluación		Post - Intervención	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Omisión	15	4,0	1	0,3
Sustitución	15	4,0	6	1,6
Distorsión	1	0,3	0	0
Inserción	0	0	0	0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

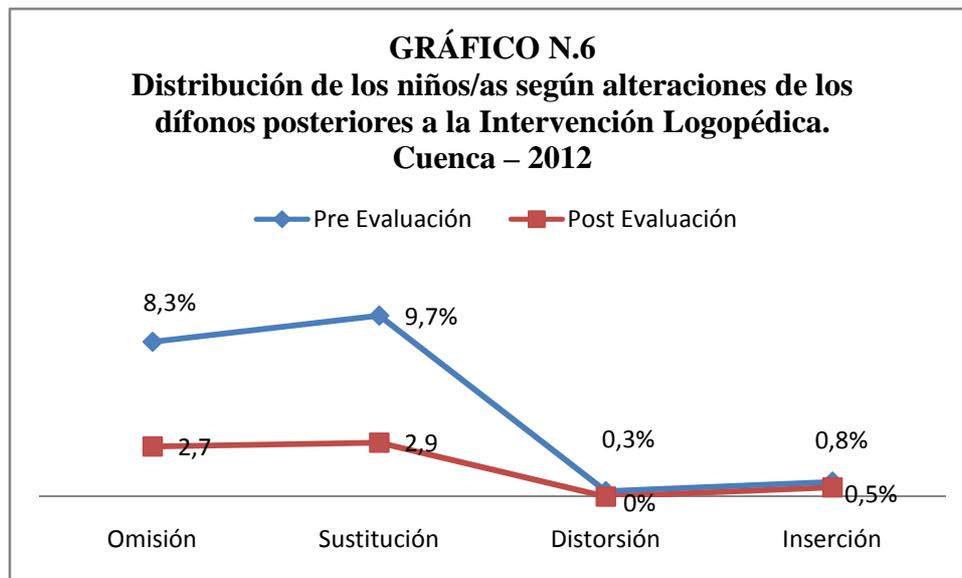
Del 4,0% de niños/as que presentaban sustitución de diptongos, luego de la intervención logopédica, solo el 1,6% conserva este trastorno en el diptongo /ai/; mientras que del 4,0% de niños/as que presentaban omisión de diptongos, solo el 0,3% mantiene este trastorno en el diptongo /io/.

TABLA N.6
Distribución de los niños/as según alteraciones de los dífonos
posteriores a la Intervención Logopédica. Cuenca – 2012

Dífonos	Pre - Evaluación		Post - Intervención	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Omisión	31	8,3	10	2,7
Sustitución	36	9,7	11	2,9
Distorsión	1	0,3	0	0
Inserción	3	0,8	2	0,5

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

Del 9,7% de niños/as que presentaban sustitución de dífonos, luego de la intervención logopédica, solo el 2,9% conserva este trastorno en los dífonos/cr/, /br/, /fr/, /tr/, /gr/; mientras que del 8,3% de niños/as que presentaban omisión de dífonos, solo el 2,7% mantiene este trastorno en los dífonos/pr/, /br/, /cr/, /tr/, /gr/.

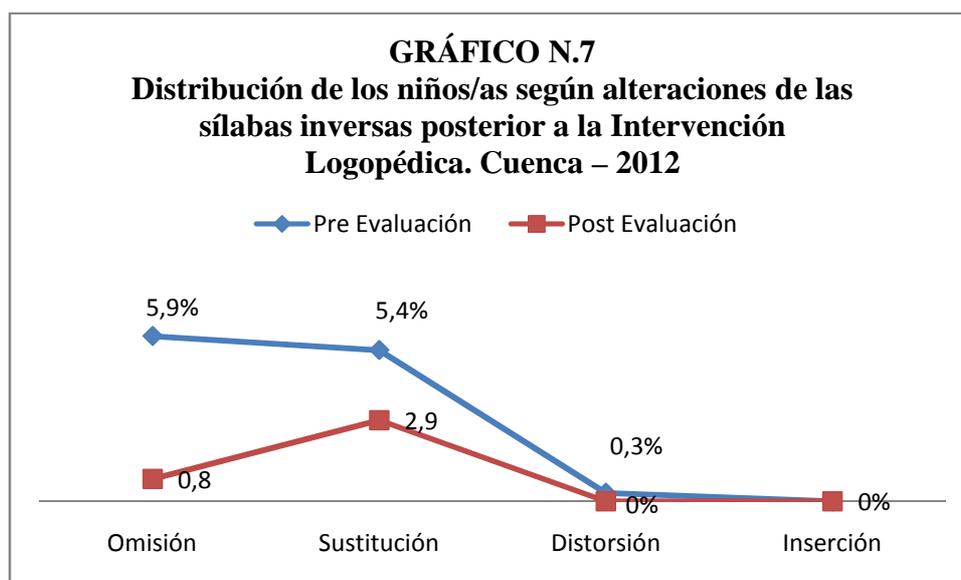
TABLA N.7

Distribución de los niños/as según alteraciones de las sílabas inversas posterior a la Intervención Logopédica. Cuenca – 2012

Sílabas Inversas	Pre - Evaluación		Post - Intervención	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Omisión	22	5,9	3	0,8
Sustitución	20	5,4	11	2,9
Distorsión	1	0,3	0	0
Inserción	0	0	0	0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las Autoras.

Del 5,9% de niños/as que presentaban omisión de sílabas inversas, luego de la intervención logopédica, solo el 0,8% conserva este trastorno en las sílabas /es/, /al/; mientras que del 5,4% de niños/as que presentaban sustitución de sílabas inversas, solo el 2,9% mantiene este trastorno en las sílabas /ar/, /es/.



CAPITULO V

8. CONCLUSIONES

Se realizó un estudio de tipo Descriptivo con Intervención Logopédica, a 373 niños/as de primero a cuarto de básica de la escuela “Fe y Alegría”, en donde se obtuvieron los siguientes resultados:

- De todos los niños evaluados, el 50,1% perteneció el sexo masculino, mientras que el 49,9% al femenino; el 87,1% de los niños/as fueron del sector urbano y el 12,9% del sector rural, la edad media de los 373 niños/as fue de 6,9, la varianza 1,97 y el desvío estándar + - 1,4; el 30,8 % de niños/as tuvieron antecedentes familiares de dislalia

En cuanto a la evaluación de Mecanismo Oral Periférico, se obtuvieron los siguientes resultados:

- En motricidad lingual, del 12,3% de niños/as que presentaban dificultad en vibración lingual, luego de la intervención logopédica, solo el 5,1% conserva esta dificultad, mientras que 11,7% de niños/as que presentaban dificultad en acanalación lingual, el 8,3% conserva esta dificultad y del 10,2% de niños/as que presentaban dificultad en movimientos alternos linguales, el 0% conserva esta dificultad.
- En motricidad labial, el 11,8% de los niños/as evaluados presentaron dificultad en vibración labial y el 6,7% en movimientos alternos labiales; luego de la intervención logopédica, todos los niños/as superaron estas dificultades.

En cuanto a la evaluación de la Articulación de las palabras, se obtuvieron los siguientes resultados:



- Del 12,3% de niños/as que presentaban dislalia funcional, luego de la intervención logopédica solo el 5,1% mantiene este trastorno del habla.
- En articulación de Fonemas, del 7,5% de niños/as que presentaban sustitución, luego de la intervención logopédica, solo el 3,2% conserva este trastorno en el fonema /s/; mientras que del 2,7% de niños/as que presentaban omisión, solo el 0,5% mantiene este trastorno en el fonema /r/.
- En articulación de Diptongos, del 4,0% de niños/as que presentaban sustitución, luego de la intervención logopédica, solo el 1,6% conserva este trastorno en el diptongo /ai/; mientras que del 4,0% de niños/as que presentaban omisión, solo el 0,3% mantiene este trastorno en el diptongo /io/.
- En articulación de Dífonos, del 9,7% de niños/as que presentaban sustitución, luego de la intervención logopédica, solo el 2,9% conserva este trastorno en los dífonos /cr/, /br/, /fr/, /tr/, /gr/; mientras que del 8,3% de niños/as que presentaban omisión, solo el 2,7% mantiene este trastorno en los dífonos /pr/, /br/, /cr/, /tr/, /gr/.
- En articulación de Sílabas Inversas, del 5,9% de niños/as que presentaban omisión, luego de la intervención logopédica, solo el 0,8% conserva este trastorno en las sílabas /es/, /al/; mientras que del 5,4% de niños/as que presentaban sustitución, solo el 2,9% mantiene este trastorno en las sílabas /ar/, /es/.

En general luego de la intervención logopédica el 7,2% de los niños/as diagnosticados con Dislalia Funcional superaron la dificultad articulatoria y el 5,1% no la superaron.



9. RECOMENDACIONES

- Informar a los directores y docentes sobre la importancia del papel del Fonoaudiólogo en las Escuelas, en cuanto a evaluación, diagnóstico e intervención de los trastornos del habla, ya que mientras más tempranamente se realice una adecuada intervención logopédica menos serán las consecuencias que estos trastornos acarrearán en las dificultades del aprendizaje escolar (dislexia, disgrafía, dicalculia).
- Organizar Escuelas para Padres con temas relacionados a los trastornos del habla, para que puedan conocer o diferenciar ¿cuándo una dificultad del habla se vuelve patológica?, creando de esta manera conciencia sobre la importancia de la Terapia de Lenguaje a tiempo, ya que algunos padres suelen descuidar este ámbito.
- Recalcar la importancia a los padres de familia sobre el trabajo en equipo (padres – Fonoaudiólogo), ya que si no se trabaja en casa a la par con la terapia de lenguaje, los resultados no serán satisfactorios, la mejoría sólo será notoria si en casa se refuerzan los ejercicios a través de la inclusión del núcleo familiar. Se recomienda aplicar estrategias divertidas para que el niño no vea las terapias como una obligación sino como una tarea agradable.
- Concienciar a la comunidad sobre la importancia de la masticación de alimentos duros en el perfeccionamiento de la motricidad bucolinguofacial.



10. GLOSARIO

Fonema: Unidad lingüística mínima de sonido que puede señalar una diferencia de significado.

Dislalia Funcional: Es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje, por una función anómala de los órganos periféricos.

Omisión: Proceso fonológico que consiste en la supresión de un sonido durante el habla.

Sustitución: Proceso fonético en el cual se altera la forma en que sale el aire para la articulación de cada fonema

Inserción: Fonema intercalado junto a otro que no corresponde a la palabra.

Distorsión: Falla en un sistema de transmisión sonora por el cual la reproducción de un sonido no es igual a la forma primitiva del mismo.

Test de Articulación: Sirve para evaluar el nivel articulatorio de la palabra y la presencia de algunos procesos de simplificación fonológica en los niños.

Test de Mecanismo Oral Periférico: Sirve para evaluar la anatomía y fisiología de los órganos bucofaciales.

Bucofacial: Se refiere a los órganos relacionados con la articulación (lengua, labios, etc.).

Praxia: Sistema de movimientos coordinados en función de un resultado o de una intención.

Habilidad Motora Oral: Desarrollo especializado del proceso de alimentación involucra la sensibilidad táctil, la integración de reflejos orales, la succión, la deglución, mordedura y masticado.

Habla: Acto neuromotor humano en el cual se expresan sonidos con significado. Es el resultado de la planeación y ejecución de secuencias motoras específicas y requiere una coordinación neuromuscular muy precisa.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vintimilla, C. Motricidad Innata "Bucofacial". Centro de Formación "San Juan de Jerusalén" (actualmente CEPRONDI). Cuenca – Ecuador. 2008. Pág.: 1.
2. Pascual García, P. LA DISLALIA, Naturaleza, Diagnóstico y Rehabilitación. Décimo tercera edición. Editorial CEPE. Madrid – España. 2007. Pág.: 29.
3. Pascual García, P. LA DISLALIA, Naturaleza, Diagnóstico y Rehabilitación. Op. Cit. Pág.: 30.
4. Alessandri, M. TRASTORNOS DEL LENGUAJE, Detección y Tratamiento en el Aula. Primera edición. Editorial Landeira Ediciones. Argentina. 2005. Págs.: 176 – 177
5. Hernández Cisneros F., Nicolaes Hernández M., Castellanos Morell L., Diana Martínez Brunet D. Trastornos de la Comunicación Oral. Pesquisaje en Niños de Centros Educativos. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. (1999), [citado Noviembre 9, 2011 Nov]; 15(5):532-5. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_5_99/mgi07599.htm
6. Pazo Quintana T., Viduera Tamayo I., López Blanco N., Urrusuno Carvajal F., Llanes Álvarez M. Valoración logofoniatría de niñas y niños antes de iniciar el círculo infantil. Rev Cubana Pediatr v.75 n.3 [revista en la Internet]. (Ciudad de la Habana jul.-sep. 2003). [citado Noviembre 9, 2011]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312003000300005&lang=pt
7. Hemeroteca Virtual. Diario el Mercurio. Indicador de Discapacidades. Cuenca-Ecuador (Marzo, 2007). [citado Noviembre 9, 2011]. Disponible en: <http://www.elmercurio.com.ec/hemeroteca-virtual?noticia=72825>



8. Salvador Mora, C. Relación de los factores psicosociales con déficit sensorial en niños de edad pre-escolar: dislalias en familias disfuncionales en las zonas urbanas y rurales de Quito en el año 2008. Ed. Universidad San Francisco de Quito. Quito-Ecuador. 2008. Pág.: 18. [citado Noviembre 12, 2011]. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/370/1/89990.pdf>.
9. McFarland, D. ATLAS DE ANATOMÍA Y ORTOFONÍA, Lenguaje y Deglución. Primera edición. Editorial MASSON. Barcelona – España. 2008. Pág.: 1.
10. Ortiz Fonseca, M., Sepúlveda Castillo, A. Diccionario de Fonoaudiología. Segunda edición. Editorial Universidad Cooperativa de Colombia. Bogotá – Colombia. 2004. Págs.: 91 – 92.
11. González, N. Alteraciones del Habla en la Infancia, Aspectos Clínicos. Primera edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires - Argentina. 2003. Págs.: 7 – 10.
12. McFarland, D. ATLAS DE ANATOMÍA Y ORTOFONÍA, Lenguaje y Deglución. Op. Cit. Pág.: 31.
13. Veiga, M. EDUCACIÓN DE LA VOZ, Anatomía, Patologías y Tratamiento. Primera edición. Editorial IdeasPropias. España. 2004. Pág.: 11.
14. Palacios Gento, S., Hernández Moreno M. Tratamiento Educativo de la Diversidad en Audición y Lenguaje. Primera edición. Editorial UNED. Madrid – España. 2012. Pág.: 23.
15. Jiménez Ortega, J., Alonso Obispo, J. SUPERAR LAS DIFICULTADES DEL LENGUAJE, Hablar, Leer y Escribir. Primera edición. Editorial La Tierra Hoy S.L. España. 2006. Págs.: 95-96.
16. McFarland, D. ATLAS DE ANATOMÍA Y ORTOFONÍA, Lenguaje y Deglución. Op. Cit. Pág.: 79.



17. Palacios Gento, S., Hernández Moreno M. Tratamiento Educativo de la Diversidad en Audición y Lenguaje. Op. Cit. Pág.: 24.
18. Córdova, A. Fisiología Dinámica. Primera edición. Editorial MASSON. Barcelona – España. 2003. Págs.: 356 - 357.
19. Palacios Gento, S., Hernández Moreno M. Tratamiento Educativo de la Diversidad en Audición y Lenguaje. Op. Cit. Págs.: 24-26.
20. McFarland, D. ATLAS DE ANATOMÍA Y ORTOFONÍA, Lenguaje y Deglución. Op. Cit. Pág.: 109.
21. Jiménez Ortega, J., Alonso Obispo, J. SUPERAR LAS DIFICULTADES DEL LENGUAJE, Hablar, Leer y Escribir. Op. Cit. Pág.: 98.
22. McFarland, D. ATLAS DE ANATOMÍA Y ORTOFONÍA, Lenguaje y Deglución. Op. Cit. Págs.: 138-143.
23. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. Tomo XCV. Cuaderno cuarto. España. 1978. Pág.: 576.
24. González, N. Alteraciones del Habla en la Infancia, Aspectos Clínicos. Op. Cit. Pág.: 10.
25. McFarland, D. ATLAS DE ANATOMÍA Y ORTOFONÍA, Lenguaje y Deglución. Op. Cit. Págs.: 148-150.
26. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. Tomo XCV. Cuaderno cuarto. Op. Cit. Pág.: 576.
27. González, N. Alteraciones del Habla en la Infancia, Aspectos Clínicos. . Op. Cit. Pág.: 10.
28. McFarland, D. ATLAS DE ANATOMÍA Y ORTOFONÍA, Lenguaje y Deglución. Op. Cit. Págs.: 159-161.
29. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. Tomo XCV. Cuaderno cuarto. Op. Cit. Pág.: 576.



30. McFarland, D. ATLAS DE ANATOMÍA Y ORTOFONÍA, Lenguaje y Deglución. Op. Cit. Págs.: 152-154.
31. Jiménez Ortega, J., Alonso Obispo, J. SUPERAR LAS DIFICULTADES DEL LENGUAJE, Hablar, Leer y Escribir. Op. Cit. Págs.: 97-98.
32. Obediente, E. Fonética y Fonología. Tercera edición. Editorial Consejo de publicaciones de la Universidad de los Andes. Venezuela. 2007. Págs.: 23 - 24.
33. Jiménez Ortega, J., Alonso Obispo, J. SUPERAR LAS DIFICULTADES DEL LENGUAJE, Hablar, Leer y Escribir. Op. Cit. Págs.: 106-107.
34. Navarro Tomás, T. Manual de la pronunciación española. Primera edición. Editorial CSIC. España - Madrid. 2004. Págs.: 35 - 38.
35. Lorenzo, E. FUNDAMENTOS DE LINGÜÍSTICA, para Docentes de Enseñanza Primaria y Media. Primera edición. Editorial COLIHUE SEPÉ. Argentina. 1998. Pág.: 50.
36. López Falcón, J., Pérez Romero, J. Conocimientos Gramaticales y Aritméticos Cuerpo general y Auxiliar de la administración del Estado. Primera edición. Editorial MAD. España. 2005. Pág.: 17.
37. Paulín Pérez, G. RUDIMENTOS DEL LENGUAJE ARTICULADO, Apuntes para el Estudiante de Comunicación. Primera edición. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México. México. 2006. Págs.: 83 - 84.
38. Pascual García, P. LA DISLALIA, Naturaleza, Diagnóstico y Rehabilitación. Op. Cit. Págs.: 131-160.
39. RivesAntuña, M. y colaboradores. TÉCNICOS DE EDUCACIÓN INFANTIL, Junta de Extremadura. Volumen II. Primera edición. Editorial MAD. España. 2006. Pág.: 12.
40. Jiménez Ortega, J., Alonso Obispo, J. SUPERAR LAS DIFICULTADES DEL LENGUAJE, Hablar, Leer y Escribir. Op. Cit. Pág.: 88.



41. Interrelación, Comunicación y Observación con la Persona Dependiente y su Entorno. Editorial Vértice. España. 2008. Pág.: 18.
42. Pascual García, P. LA DISLALIA, Naturaleza, Diagnóstico y Rehabilitación. Op. Cit. Pág.: 30.
43. Jiménez Ortega, J., Alonso Obispo, J. SUPERAR LAS DIFICULTADES DEL LENGUAJE, Hablar, Leer y Escribir. Op. Cit. Págs.: 45-46.
44. Le Métayer, M. REEDUCACIÓN CEREBROMOTRIZ DEL NIÑO PEQUEÑO, Educación Terapéutica. Editorial MASSON. Barcelona – España. 1994. Pág.: 126.
45. Pascual García, P. LA DISLALIA, Naturaleza, Diagnóstico y Rehabilitación. Op. Cit. Págs.: 30 - 62.
46. Jiménez Ortega, J., Alonso Obispo, J. SUPERAR LAS DIFICULTADES DEL LENGUAJE, Hablar, Leer y Escribir. Op. Cit. Pág.: 130.
47. Rivera Parra, C. Tratamiento del Lenguaje. Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas N° 14. [Revista en Internet]. (Enero, 2009), [citado Julio 20, 2012] Pág.: 4. Disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_14/CRISTINA_RIVERA_2.pdf
48. Amado, I. TRASTORNOS DEL HABLA, Tratamiento de la dislalia [citado Julio 20, 2012]. Disponible en: <http://www.bebesymas.com/desarrollo/trastornos-del-habla-tratamiento-de-la-dislalia>
49. Rivera Parra, C. Tratamiento del Lenguaje. Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas N° 14. [Revista en Internet]. (Enero, 2009), [citado Julio 20, 2012] Pág.: 5. Disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_14/CRISTINA_RIVERA_2.pdf



ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted, está invitada/o a participar en un estudio de investigación, cuyo objetivo es *Desarrollar la evaluación e intervención logopédica en niños/as de primero a cuarto de básica con alteración de la motricidad bucolinguofacial relacionada a dislalia funcional, en la escuela “Fe y Alegría” del cantón Cuenca durante el año 2012.*

Esta investigación consiste en la aplicación de un test de evaluación de los problemas articulatorios y un test de evaluación de la motricidad bucolinguofacial, a los niños/as de primero a cuarto de básica que asisten a la escuela. El programa contempla la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la Dislalia Funcional y la intervención logopédica para los niños/as con este trastorno será de tres meses.

La participación de cada niño y padre de familia es voluntaria, si por alguna razón cualquier persona decide no participar en este estudio o no responder alguna de las preguntas que le haremos, esta decisión de ninguna manera afectará su desempeño escolar.

Este estudio no involucrará ningún riesgo físico para usted o su hijo/a. La información que nos brinde es absolutamente confidencial. Asumimos este compromiso, e implementaremos todos los cuidados necesarios (por ejemplo mediante codificación de los registros y el mantenimiento de los registros en un lugar seguro), aunque siempre puede existir algún riesgo de que ésta sea divulgada. No incluiremos ninguna información que pueda ser posible la identificación de las personas o de la institución en publicaciones o reportes posteriores.

Los formularios de la investigación, así como también los registros que incluyan información relacionada al estudio, pueden ser copiados por las autoridades de salud o de la comunidad con el fin de asegurar la calidad de los datos y el análisis de la información.



No hay costos para ninguna persona ni para la institución por tomar parte de la investigación, ni tampoco se le pagará algún dinero por la participación.

Por favor, tómese su tiempo para decidir y pida al personal del estudio explicación sobre cualquier palabra o información que no entienda. Para obtener mayor información sobre el estudio puede dirigirse a sus autoras, Paola Pilco Vire y Ma. Eulalia Barrera Fárez.

Atentamente,

Paola Gabriela Pilco Vire.
Estudiante de Fonoaudiología
Fonoaudiología

María Eulalia Barrera Fárez.
Estudiante de

Declaración del consentimiento:

Yo _____ padre del niño/a _____,
he leído atentamente y he tenido la posibilidad de hacer preguntas sobre el estudio y estas preguntas fueron contestadas y estoy de acuerdo con las respuestas.

Voluntariamente acepto participar en este estudio y entiendo que cualquier persona que participa tiene derecho de retirarse en cualquier momento sin que esto signifique perjuicio para mí, para mi hijo/a o para la institución. Firmado este consentimiento no delego ningún derecho legal que me pertenezca.

FIRMA



ANEXO 2

DATOS DE FILIACIÓN

1. Datos de Identificación del Niño:

1.1. Apellidos: _____

Nombres: _____

1.2. Grado que cursa: _____

1.3. Edad en años cumplidos:

1.4. Sexo: 1. M 2.

1.5. Lugar de residencia habitual:

- Parroquia Rural:
- Parroquia Urbana:

2. Existen familiares con antecedentes con dificultades para hablar (dislalia)

Si

No

3. Observaciones:

Evaluador(a): _____

Fecha: _____

**PALADAR**

27. Simetría:	si	no	forma:		
28. Úvula:	Forma:		bífida	normal	
29. Tamaño:	grande	medio		pequeño	
30. Posición:	media	derecha	izquierda		
31. Movilidad del velo:	Carraspear				0123
32.	Toser:				0123
33. Producción de -a-	entrecortada				0123
34. Reflejo del velo (vómito)					0123

DIENTES

35. Implantación				
36. Estado:	regular		bueno	malo
37. Oclusión:	bueno	malo		

OBSERVACIONES

MOVILIDAD MAXILAR

38. Derecha:		0123
39. Izquierda:		0123
40. Adelante:		0123
41. Rotación:		0123

FUNCIONES BÁSICAS

42. Deglución:	voluntario	0123
43.	Involuntario	0123
44. Masticación:	alimentos suaves	0123
45.	Alimentos duros	0123
46. Presencia de sialorrea:		si - no

OBSERVACIONES



ANEXO 4

TEST DE ARTICULACIÓN

Nombre:..... Apellido:.....

Edad:.....Grado:.....

FONEMA	ESTÍMULO	TRANSCRIPCIÓN	OMISIÓN	SUSTITUCIÓN	DISTORSIÓN	INSERCIÓN
/m/	mano	_____	_____	_____	_____	_____
	cama	_____	_____	_____	_____	_____
/p/	pelo	_____	_____	_____	_____	_____
	Lápiz	_____	_____	_____	_____	_____
/b/	vaso	_____	_____	_____	_____	_____
	Uva	_____	_____	_____	_____	_____
/f/	foco	_____	_____	_____	_____	_____
	Café	_____	_____	_____	_____	_____
/t/	taza	_____	_____	_____	_____	_____
	Pato	_____	_____	_____	_____	_____
/d/	dedo	_____	_____	_____	_____	_____
	Helado	_____	_____	_____	_____	_____
	Pared	_____	_____	_____	_____	_____
/n/	nariz	_____	_____	_____	_____	_____
	Mono	_____	_____	_____	_____	_____
	Pan	_____	_____	_____	_____	_____
/l/	luna	_____	_____	_____	_____	_____
	Pelota	_____	_____	_____	_____	_____
	Sol	_____	_____	_____	_____	_____
/ll/	llave	_____	_____	_____	_____	_____
	Pollo	_____	_____	_____	_____	_____
/s/	sopa	_____	_____	_____	_____	_____
	mesa	_____	_____	_____	_____	_____
	bus	_____	_____	_____	_____	_____
/r/	pájaro	_____	_____	_____	_____	_____
	Collar	_____	_____	_____	_____	_____
/r/	ratón	_____	_____	_____	_____	_____
	Perro	_____	_____	_____	_____	_____
/y/	payaso	_____	_____	_____	_____	_____
	Yoyo	_____	_____	_____	_____	_____
/k/	casa	_____	_____	_____	_____	_____
	Boca	_____	_____	_____	_____	_____
/g/	gato	_____	_____	_____	_____	_____
	Pega	_____	_____	_____	_____	_____
/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	_____	_____	_____	_____	_____
/kl/	chicle	_____	_____	_____	_____	_____
/fl/	flor	_____	_____	_____	_____	_____
/gl/	globo	_____	_____	_____	_____	_____
/br/	brazo	_____	_____	_____	_____	_____
/kr/	cruz	_____	_____	_____	_____	_____
/fr/	frutilla	_____	_____	_____	_____	_____
/gr/	tigre	_____	_____	_____	_____	_____
/tr/	tren	_____	_____	_____	_____	_____
/pr/	profesor	_____	_____	_____	_____	_____

SÍLABAS INVERSAS

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



ANEXO 5

PLANIFICACIÓN DE TERAPIA DE LENGUAJE

OBJETIVO: Lograr que el niño mejore la articulación de los fonemas en los que tienen dificultad para una mejor comunicación con su entorno.

ÁREA: Habla

SUBAREA	DESTREZA	ACTIVIDAD	MATERIAL
Relajación	Mejorar el estado de relajación de los músculos bucolinguofaciales.	<ul style="list-style-type: none">• Se realizan masajes corporales (brazos, piernas, espalda, cabeza) para luego ir a la región bucofacial del niño/a.• Se realizan ejercicios de tensión y distensión muscular, es decir flexionando y extendiendo las extremidades.• Pasar objetos con texturas suaves en la región bucofacial por ejemplo: plumas, algodón, pinceles, etc....	<ul style="list-style-type: none">• Crema• Cds de sonidos de la naturaleza o música instrumental• Plumas• Algodón• Pinceles
Ritmo	Adquirir ritmo y fluidez al hablar.	<ul style="list-style-type: none">• Que imite la secuencia de sonidos que realiza el terapeuta con aplausos.• Imitación de secuencias de sonidos que realiza el terapeuta con aplausos, o con fichas de campos semánticos pedirle que nombre la tarjeta a la vez que aplaude y separa la palabra en sílabas, ejemplo: Man-da-ri-na, etc.	<ul style="list-style-type: none">• Fichas de campos semánticos
Respiración	Adquirir los tipos y tiempo respiratorio correcto.	<ul style="list-style-type: none">• Soplar las velas.• Tomar aire por la nariz y expirar por la boca.• Soplar papelitos, pelotitas de plástico, caja diafragmática.• Hacer burbujas, inflar globos.	<ul style="list-style-type: none">• Velas• Fósforos• Papelitos• Globos.• Burbujas.



Nociones Espacio Temporales	Adquirir y utilizar las nociones espacio temporales básicas que permitirá facilitar el M.O.P	<ul style="list-style-type: none">• Enseñarle al niño las N.E.T• Darle órdenes al niño con relación a las N.E.T (arriba-abajo, delante-detrás, horizontal-vertical) a manera de juego, Ejm: vamos a lanzar la pelota hacia arriba, etc... así él/ella podrá saber qué es lo que tiene que hacer si se les pide subir la lengua.	<ul style="list-style-type: none">• Sillas• Pelotitas de diferentes tamaños.• Juguetes
Lateralidad	Adquirir una buena lateralidad (izquierda-derecha) con relación a su cuerpo para obtener su lado dominante y facilitar el M.O.P.	<ul style="list-style-type: none">• A manera de juego pedirle que haga actividades solo con la parte derecha de su cuerpo y cuando este está concientizado trabajarle la izquierda y así no confundir al niño, Ejm: con la mano derecha vamos a tocarnos el pelo, o con la mano derecha coger la pelota, etc....	<ul style="list-style-type: none">• Juguetes.
M.O.P	Conseguir mayor precisión y coordinación de los órganos bucolinguofaciales que intervienen en el habla.	<ul style="list-style-type: none">• Praxias linguales (protrucción, retracción, lateralización).• Praxias labiales (protrucción, retracción, lateralización).• Praxias faciales (gestos, muecas, sonrisas).	<ul style="list-style-type: none">• Nutella• Paletas• Velas• Burbujas• Fósforos
Articulación	Lograr que el niño adquiera y concientice un correcto punto y modo de articulación de los fonemas, para una articulación adecuada.	<ul style="list-style-type: none">• Enseñarle el punto y modo de cada fonema.• Trabajar articulación de cada fonema enseñado con aplausos y separando con sílabas, ejemplo: na-ran-ja, pe-lo-ta, etc...	<ul style="list-style-type: none">• Fichas de campos semánticos.
Audición (Discriminación Auditiva)	Lograr que el niño adquiera una correcta discriminación de fonemas y palabras para corregir los problemas de articulación.	<ul style="list-style-type: none">• Ejercicios de silencio.• Sonidos del cuerpo y naturaleza.• Pares mínimos, ejemplo: mesa-peta, mano-pato, etc...• Discriminación entre sonido largo y corto.	<ul style="list-style-type: none">• Pares mínimos



ANEXO 6



UNIDAD EDUCATIVA FE Y ALEGRÍA

Yo Lcda. Diana Pesántez, Directora de la Escuela Fe y Alegría, a petición verbal de parte interesada.

CERTIFICO:

Que la SRTA. BARRERA FÁREZ MARÍA EULALIA con C.I # 010495488-8, estudiante de la Universidad de Cuenca, realizó el estudio de tesis de terapia de lenguaje en nuestra Institución durante los meses de mayo, junio y julio 2012 de lunes a viernes dos horas diarias.

Es lo que puedo certificar en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso de este documento.

Cuenca, 03 de septiembre de 2012

Atentamente,

 **Fe y Alegría**
MOVIMIENTO DE EDUCACIÓN POPULAR INTEGRAL Y PROMOCIÓN SOCIAL
DIRECTOR


Lcda. Diana Pesántez Espinoza
DIRECTORA

FE Y ALEGRÍA ECUADOR

Calle Cajabamba y Chugchilan, Barrio Gapal, Cuenca - Ecuador
Telf.: (07) 4097 358 / 4097 604, ue.cuenca@feyalegria.org.ec, www.feyalegria.org.ec

ANEXO 7

**UNIDAD EDUCATIVA FE Y ALEGRÍA**

Yo Lcda. Diana Pesántez, Directora de la Escuela Fe y Alegría, a petición verbal de parte interesada.

CERTIFICO:

Que la SRTA. PILCO VIRE PAOLA GABRIELA con C.I # 110448139-3, estudiante de la Universidad de Cuenca, realizó el estudio de tesis de terapia de lenguaje en nuestra Institución durante los meses de mayo, junio y julio 2012 de lunes a viernes dos horas diarias.

Es lo que puedo certificar en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso de este documento.

Cuenca, 03 de septiembre de 2012

Atentamente,



Lcda. Diana Pesántez Espinoza
DIRECTORA

FE Y ALEGRÍA ECUADOR

Calle Cajabamba y Chugchilan, Barrio Gapal, Cuenca - Ecuador

Tel.: (07) 4097 358 / 4097 604, ue.cuenca@feyalegria.org.ec, www.feyalegria.org.ec