

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Fonoaudiología

PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS FONOAUDIOLÓGICAS EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, CEDIUC. 2016- 2019.

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciado en Fonoaudiología.

Modalidad: proyecto de investigación

Autoras:

Pamela Michelle Riera Riera.

CI: 0104907555

Correo electrónico: micheriera18@gmail.com

Diana Carolina Tapia Torres

CI: 1104669302.

Correo electrónico: diana-tapia@hotmail.es

Directora:

Paola Gabriela Ortega Mosquera.

CI: 1712086683.

Cuenca- Ecuador 26 - abril - 2022



RESUMEN

ANTECEDENTES: Las patologías fonoaudiológicas son alteraciones en una o varias de las áreas de la fonoaudiología, como: lenguaje, habla, voz, deglución y audición. Entre las más relevantes se encuentran: inicio del lenguaje tardío, trastorno del desarrollo del lenguaje, trastorno de los sonidos del habla, disfonía, disfagia e hipoacusia.

Para lograr esta investigación se revisaron historias clínicas e informes fonoaudiológicos de niños de entre los 3 años 11 meses hasta los 5 años 11 meses, que asistieron al área de fonoaudiología durante el periodo 2016 - 2019.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de patologías fonoaudiológicas en el área de fonoaudiología CEDIUC 2016–2019.

MÉTODO: El análisis de los resultados se realizó mediante el programa Microsoft Excel versión 2010 y el SPSS; para las variables cuantitativas a través del análisis estadístico de medidas de tendencia central. Mientras que, para las variables cualitativas, se usaron frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS: El presente estudio registró una muestra de 117 participantes, entre historias clínicas e informes fonoaudiológicos de asistente al CEDIUC en el periodo 2016-2019. El sexo prevalente fue el sexo masculino con un 65.81%, el rango etario con mayor índice de patologías fonoaudiológicas fue de 3 años a 3 años 11 meses con un 46.15%. Las patologías fonoaudiológicas más prevalentes son: el Inicio Tardío del lenguaje (24.80%) y el Trastorno de los sonidos del habla fonético (25.65%), seguido de disfagia sin Especificación (0.85%) y disfagia oral (0.85%), además hipoacusia de Transmisión y sin especificación (0.85%) y adicionalmente disfonía (1.70%).

PALABRAS CLAVES: Trastornos del lenguaje. Trastornos de los sonidos del habla. Disfonía. Disfagia. Hipoacusia.



ABSTRACT

BACKGROUND: Phonoaudiological pathologies are alterations in one or more of the areas of phonoaudiology, such as: language, speech, voice, swallowing and hearing. Among the most relevant are: late language onset, language development disorder, speech sounds disorder, dysphonia, dysphagia and hypoacusis.

To achieve this research, clinical histories and phonoaudiological reports of children between the ages of 3 years 11 months to 5 years 11 months, who attended the phonoaudiology area during the period 2016 - 2019, were reviewed.

OBJECTIVE: To determine the prevalence of phonoaudiological pathologies in the CEDIUC 2016-2019 phonoaudiology area.

METHOD: The analysis of the results was performed using Microsoft Excel program version 2010 and SPSS; for quantitative variables through statistical analysis of measures of central tendency. For qualitative variables, frequencies and percentages were used.

RESULTS: The present study registered a sample of 117 participants, including clinical histories and speech therapy reports of CEDIUC assistants in the period 2016-2019. The prevalent sex was male with 65.81%, the age range with the highest rate of phonoaudiological pathologies was from 3 years to 3 years 11 months with 46.15%. The most prevalent phonoaudiological pathologies are: late onset of language (24.80%) and phonetic speech sounds disorder (25.65%), followed by dysphagia without specification (0.85%) and oral dysphagia (0.85%), in addition to transmission hypoacusis and without specification (0.85%) and additionally dysphonia (1.70%).

KEY WORDS: Language disorders. Speech sound disorders. Dysphonia. Dysphagia. Hypoacusis.



ÍNDICE DEL TRABAJO

CAPÍ	TULO) I	.16
1.1	. IN	TRODUCCIÓN	.16
1.2	. PL	ANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	.19
1.3	. JU	STIFICACIÓN	.21
CAPÍ	TULO) II	. 24
2.	FUN	DAMENTO TEÓRICO	.24
2.1	. LE	NGUAJE	. 24
2.2 ES		QUISICIÓN DEL LENGUAJE DESDE UNA PERSPECTIVA TURAL Y FUNCIONAL	. 25
2.2	.1. E	Etapa Preverbal:	. 25
2.2		Etapa de Transición:	
	Etapa	a Verbal:	. 26
2.3	. BA	TERÍAS DE EVALUACIÓN DEL LENGUAJE	. 26
2.3	.1. E	Escala del lenguaje preescolar quinta edición, PLS-5	. 27
2.3	.2. 1	ΓECAL, Test de comprensión auditiva del lenguaje	. 27
2.3	.3. F	PECFO, Prueba de evaluación de conciencia fonológica	. 27
2.4	. PA	TOLOGÍAS DEL LENGUAJE	. 28
2.4 (IT)		NICIO TARDÍO DEL LENGUAJE TARDÍO O HABLANTE TARDÍO 28)
2	.4.1.1	. Etiología	.28
2	.4.1.2	. Características	.28
2.4		TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE SECUNDAR 29	Ю
2	.4.2.1	. Etiología	. 29
2	.4.2.2	. Características	.30
2.4	.3. 1	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE (TDL)	.30
2	.4.3.1	. Etiología	.30
2	.4.3.2	. Características	.31
2.5.	HAB	LA	.31
2.6.	CRO 31	NOLOGÍA DE LA ADQUISICIÓN DE LOS SONIDOS DEL HABL	Α.
2.7.	BAT	ERÍAS DE EVALUACIÓN	.32
2.7	.1. F	PEFF-R. Protocolo de evaluación fonética- fonológica revisado	.32

2.7.2.	Evaluación de la Apraxia Del Habla Infantil	.33
2.7.3.	Evaluación de la tartamudez: La Evaluación general de la	
	ncia de la tartamudez por parte del hablante (OASES)	
	TOLOGÍAS DEL HABLA	
2.8.1.	TRASTORNOS DE LOS SONIDOS DEL HABLA FONÉTICO	
2.8.1	3	
	TRASTORNOS DE LOS SONIDOS DEL HABLA FONOLÓGICO	
	.1. Etiología	. 35
	TRASTORNOS DE LOS SONIDOS DEL HABLA FONÉTICO - LÓGICO	.35
	.1. Etiología	
	APRAXIA DEL HABLA INFANTIL	
2.8.4	.1. Etiología	.36
	.2 Características	
2.8.5.	DISFLUENCIA (Fisiológica)	.36
2.8.5	.1. Etiología	.37
2.8.5	.2 Características	.37
2.8.6	TARTAMUDEZ O DISFEMIA	. 37
2.8.6	.2 Etiología	. 37
2.8.6	.3 Características	.38
2.9 AU	DICIÓN	.38
2.10 D	DESARROLLO DE LA AUDICIÓN	.38
2.11 E	EXPLORACIÓN AUDITIVA	.39
2.11.5	Pruebas Subjetivas	.39
2.11.6	Pruebas Objetivas	.40
2.12 F	IIPOACUSIA	. 42
2.12.5	ETIOLOGÍA DE LA HIPOACUSIA EN INFANTES	.42
2.12.6	CLASIFICACIÓN DE LA HIPOACUSIA	.43
2.13 C	DEGLUCIÓN	. 45
2.14	DESARROLLO DE LA DEGLUCIÓN	.46
2.15 E	EVALUACIÓN DE LA DEGLUCIÓN	.47
2.15.5	Gugging Swallowing Screen, Guss	.47
2.16 D	DISFAGIA	.47

2.1	6.5	Etiologia	.47
2.1	6.6	Clasificación de la disfagia.	.49
2.17	١	/OZ	.50
2.18	E	ETAPAS DE LA ADQUISICIÓN DE LA VOZ	.50
2.19	E	BATERÍAS DE EVALUACIÓN DE LA VOZ	.52
2.1	9.5	Voice handicap índex pediátrico	.52
2.1	9.6	Escala de GRBASI	.52
2.20	[DISFONÍAS	.53
2.2	0.5	Etiología	.53
2.2	0.6	Clasificación de las disfonías	.53
CAPI	TUI	-O III	.55
3.1.	OE	JETIVO GENERAL	.55
3.2.	OE	JETIVOS ESPECÍFICOS	.55
CAPI	TUI	_O IV	.56
4.1.	TIF	PO DE ESTUDIO	.56
4.2.		EA DE ESTUDIO	
4.3.	UN	IIVERSO Y MUESTRA	.56
4.4.	CR	ITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	.57
4.4	.1.	Criterios de inclusión	.57
4.4	.2.	Criterios de exclusión	.57
4.5.	VA	RIABLES	.58
4.6. DE D		TODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓ DS	
4.6	.1.	MÉTODOS	.58
4.6	.2.	INSTRUMENTOS	.58
4.6	.3.	PROCEDIMIENTOS	.58
4.6	.4.	AUTORIZACIÓN	.58
4.6	.5.	SUPERVISIÓN	.59
4.7.	TA	BULACIÓN Y ANÁLISIS	.59
4.8.	AS	PECTOS ÉTICOS	.59
CAPI	TUI	_O V	.62
5.1.	RE	SULTADOS	.62
CAPI	TUL	_O VI	.77



6.1. DISCUSIÓN	77
CAPITULO VII	81
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	81
7.1. CONCLUSIONES	81
7.2. RECOMENDACIONES	82
CAPITULO VIII	83
8.1. BIBLIOGRAFÍA	83
CAPITULO IX	91
ANEXOS	91



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Diana Carolina Tapla Torres en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS FONOAUDIOLÓGICAS EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, CEDIUC. 2016-2019", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

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

Cuenca, 26 de abril del 2020

Diana Carolina Tapia Torres



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Pamela Michelle Riera Riera en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS FONOAUDIOLÓGICAS EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, CEDIUC. 2016-2019", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

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

Cuenca, 26 de abril del 2020

Pamela Michelle Riera Riera



Cláusula de Propiedad Intelectual

Diana Carolina Tapia Torres, autora del trabajo de titulación "PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS FONOAUDIOLÓGICAS EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, CEDIUC. 2016- 2019.", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 26 de abril del 2022

Diana Carolina Tapia Torres



Cláusula de Propiedad Intelectual

Pamela Michelle Riera Riera, autora del trabajo de titulación "PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS FONOAUDIOLÓGICAS EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, CEDIUC. 2016- 2019.", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 26 de abril del 2022

Pamela Michelle Riera Riera



DEDICATORIA

Dedico la presente investigación a Dios y la Virgen, por haberme dado la fortaleza de seguir adelante con mis estudios cada vez que pensé rendirme. A mis padres Wilmer Tapia y Carolina Torres quienes han sido mi razón y fuerza para obtener este título universitario pues a través de sus múltiples consejos, amor y valores han logrado formar la profesional y persona que en este momento soy. Así mismo, dedico este trabajo a mis hermanos Romel, Darwin y de manera especial a mi hermana Tatiana Torres pues gracias a ella, a su guía y rectitud pude conocer de esta maravillosa profesión.

Diana.



DEDICATORIA

Dedico el presente estudio en primer lugar a Dios por ser mi primera fuente de sabiduría, fortaleza, dominio propio y constancia, para lograr culminar mis estudios y sobre todo por ser el principal mentor y compañía al ir detrás de mis sueños y metas, brindándome fortaleza y valentía todos los días. A mis padres; quienes han sido pilar fundamental en momentos de alegría y también de flaqueza, por enseñarme la importancia de la humildad, la sencillez y el amor incondicional. También dedico esta investigación a mis hermanos, quienes me han acompañado durante todo este proceso y han sido mi motivación para abrir nuevas puertas hacia el futuro y el éxito que me espera.

Pamela.



AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradeceré a Dios por haberme bendecido en mi etapa universitaria y a lo largo de toda mi vida, pues no me dejó caer en los momentos más duros, me ha dado la sabiduría y la paciencia necesaria para poder concluir con esta etapa de formación y es quien me anima a continuar mejorando como profesional.

A mis padres, hermanos y familiares quienes siempre estuvieron conmigo dándome palabras de aliento y consejos, a pesar de la distancia y de las adversidades. De la misma manera agradezco a mis padres de crianza Orfa y Gonzalo Torres, por darme la mejor educación y por estar presentes tanto en mis logros como en mis derrotas. A mi tía Gladis por estar al pendiente de mí con sus pequeños detalles y consejos.

Agradezco a todos mis docentes que fueron el pilar fundamental en mi desarrollo académico. Extiendo de manera especial un enorme agradecimiento a mi directora y asesora de tesis Mgt. Paola Ortega, por sus extensos conocimientos durante la realización del presente proyecto, gracias por su asesoramiento, guía y su buena voluntad.

Para terminar, agradezco al Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca por darnos la apertura para realizar nuestro trabajo de titulación y por tener toda la ayuda brindada durante la recolección de datos.

Diana.



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios en primer lugar por haberme guiado y enseñado a superar obstáculos y vencerlos con mucha valentía y firmeza a lo largo de la vida universitaria, por haber sido mi roca y mi sustento en esta etapa de formación como persona y como profesional. También por haberme permitido descubrir el don que me apasiona y enseñarme a confiar en sus planes y propósitos para mi vida.

A mis padres, hermanos, familiares y amigos quienes estuvieron detrás de cada esfuerzo realizado, brindándome consejos y apoyo para lograr cada una de las metas que me he propuesto. De manera especial agradezco a mis abuelitos: Miguel Riera y Alegría Contreras; por haber sido la fuente de inspiración para seguir adelante y no darme por vencida, por haber aportado con la rectitud, humildad, valentía, fortaleza y respeto siempre hacia los demás. A mi abuelita; por enseñarme la prudencia y la sabiduría que deben impregnar siempre mis actos, por mostrarme desde pequeña en qué radica la grandeza de una mujer; a mi abuelito, por enseñarme que para una mujer nada es imposible; más aún, por la justicia, dedicación y perseverancia.

Agradezco a mis docentes quienes fueron mentores y guías para llegar al conocimiento profesional, ético y moral. De igual manera; a mis docentes de los centros de prácticas quienes me abrieron las puertas hacia la profesión que hoy me apasiona y permitieron enriquecerme con sus grandiosas experiencias. De manera muy especial a la Mgt. Paola Ortega, asesora y directora de esta investigación, por su apoyo, por su guía y amable trato.

Para culminar, extiendo mis sinceros agradecimientos al Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca, CEDIUC, a su director y profesionales, por habernos brindado la oportunidad de realizar esta investigación en el área de Fonoaudiología.

Pamela.



CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Las patologías fonoaudiológicas son alteraciones en el desarrollo y/o funcionamiento de una o varias áreas que componen la fonoaudiología como son: lenguaje, habla, voz, deglución y audición. Estas alteraciones traen consigo efectos negativos en la comunicación con el entorno, en el estilo y calidad de vida del individuo.

Las patologías fonoaudiológicas tienen diferente origen y evolución en la población pediátrica; por lo tanto, el pronóstico y tratamiento de cada individuo serán distintos en duración e implementación. Según el artículo científico de Aguilera. S, et.al. (2017) entre el 10% y 14% de los niños menores a 6 años presentan un retraso del lenguaje en uno o más niveles lingüísticos. En este mismo artículo se mencionan algunos de los factores que conllevan a trastornos fonoaudiológicos, como la presencia de: pérdida auditiva, déficit intelectual, privación socio – afectiva, espectro del autismo, trastornos de la motricidad orofacial o lesiones cerebrales. (1)

Los niños mejoran e incrementan sus habilidades lingüísticas y otras destrezas de su desarrollo según el ambiente en que ellos se desenvuelven. No existen relaciones etiológicas directas y únicas que produzcan cambios en el desarrollo de los niños, sino que se trata de diferentes dominios y áreas del individuo. Por lo que se explica la variabilidad de patrones en el desarrollo de áreas de la fonoaudiología. (2)

El desarrollo de los niños varía según factores biológicos, hereditarios, psicológicos y socioeconómicos; mismos que repercuten ya sea indirecta o directamente sobre la o las áreas fonoaudiológicas. Estas deberán ser correctamente evaluadas bajo protocolos estandarizados, intervenidas acorde a la patología existente y a su edad cronológica. (3)

En el Ecuador, se registran 425.877 personas con discapacidad en el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS); de los cuales 8.238 de los registrados son niños menores de 6 años, que presentan algún grado de afectación a nivel auditivo, físico, intelectual y/o de lenguaje. (4)



Los trastornos del lenguaje más comunes en niños menores de 6 años son: retraso del lenguaje simple, hablante tardío o retraso en el lenguaje primario, el mismo que es una alteración lingüística de carácter evolutivo y temporal (5). El retraso del lenguaje secundario que se encuentra asociado a patologías sensitivas, motoras y cognitivas; es permanente y están afectadas habilidades lingüísticas como la fonética, fonología, semántica, morfología, sintaxis pragmática, y con mayor afección en la parte compresiva que expresiva. (1)

Los trastornos de los sonidos del habla (TSH) se deben a alteraciones a nivel fonético en donde la dificultad se centrará en la producción articulatoria de los fonos y a nivel fonológico donde el uso funcional de los segmentos contrastivos es limitado; de igual forma, se pueden encontrar alterados ambos niveles denominándose mixto. En cuanto a lo fonético se debe a alteraciones a nivel morfológico, neuromotor y limitaciones en el aprendizaje motor. La etiología del TSH fonológico se debe a la deficiencia sensorial auditiva y/o cognitivo-lingüístico. Este trastorno afecta la inteligibilidad del habla en diferentes grados y puede ser diagnosticado en las distintas etapas de la vida. (6)

La hipoacusia es otra de las causas de los trastornos en el lenguaje; es por ello que es primordial verificar la integridad de la capacidad auditiva del individuo. El origen de estas lesiones a nivel audiológico se puede presentar en diferentes etapas (pre o poslocutiva). Entre la etiología puede estar: sufrimiento fetal, prematuridad, anoxia, traumatismos, laberintitis, meningitis, traumatismos acústicos y ototóxicos. La causa más frecuente de hipoacusia en niños es la otitis media serosa. (1)

En la edad pediátrica, la disfagia o dificultad en la deglución casi nunca se encuentra presente de manera aislada, sino, como un signo de otras patologías codominantes. La disfagia se manifiesta en múltiples patologías algunas adquiridas; desde afecciones crónicas a causa de accidentes y otras congénitas (7). La disfagia es un signo y síntoma acompañante, cuya mayor prevalencia se da por lesiones neurológicas o debido a desórdenes neuromusculares, la severidad de la patología se verá identificada por la



presencia de más o menos aspiraciones, infecciones respiratorias, malnutrición y por deshidratación. (8)

Dado el sinnúmero de patologías fonoaudiológicas existentes en nuestro contexto, la Universidad de Cuenca tomó la decisión de implementar un centro multidisciplinario en donde se atiendan estas patologías y sus comorbilidades de manera íntegra. El CEDIUC da apertura a los estudiantes de las carreras involucradas en el centro para la realización de prácticas pre profesionales con el objetivo de experimentar el trabajo terapéutico en las distintas patologías.

El centro de desarrollo infantil de la Universidad de Cuenca busca brindar atención multidisciplinaria con áreas como medicina, enfermería, estimulación temprana, fisioterapia, psicología, nutrición y fonoaudiología: las mismas, que trabajan conjuntamente dependiendo de las necesidades de cada individuo. El objetivo principal de este establecimiento es proporcionar asistencia, diagnóstico, tratamiento y monitoreo de los trastornos del desarrollo de los niños/as, incluyendo la familia y la comunidad; brindando respeto y protección a la interculturalidad, manteniendo procesos continuos de capacitación y formación de recursos, que permitan construir métodos y técnicas propias de nuestro entorno. (9)

Pese a que el CEDIUC ha brindado un excelente servicio a la comunidad por más de 19 años, no cuenta con una base de datos de la patologías fonoaudiológicas o de patologías relacionadas con las mismas que se hayan atendido en el área de fonoaudiología, por lo que se resalta la importancia de conocer la prevalencia de patologías fonoaudiológicas existentes en el CEDIUC, pues de esa manera será el profesional quien elija los protocolos de evaluación estandarizados pertinentes para cada caso, sin olvidar, que al usuario se lo debe evaluar de manera holística. La elección de baterías de evaluación de manera correcta y precisa para cada uno de los casos nos ayudará al diagnóstico precoz de estas patologías, pudiendo evitar el desarrollo de futuras complicaciones como es en el caso de los Trastornos de aprendizaje (TA). Se conoce que este tipo de trastornos son identificados en edades escolares y que el 90% de usuarios con TA tuvieron indicativos de Retraso del



Lenguaje en edades tempranas, pero no fueron diagnosticados pertinentemente. (5)

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante los últimos años se han realizado estudios que demuestran la presencia de patologías fonoaudiológicas en niños en torno a todas las áreas que involucran la fonoaudiología. Después de una amplia revisión bibliográfica, se identificaron estudios de gran relevancia para esta investigación puesto que aportaron información sobre la problemática de interés.

En España en el año 2014, en la Unidad Asistencial de Logopedia vinculada a la Universidad Pontificia de Salamanca, se realizó el análisis de historias clínicas, evaluación y diagnóstico de 911 participantes de diferentes edades. El mismo que demostró que las patologías fonoaudiológicas prevalentes eran: retraso de la adquisición del lenguaje oral con 27,5%, retraso en el lenguaje escrito con 79,1%, retraso del habla con 14,2%, alteraciones en la voz con 12,5%, retraso del Lenguaje secundario a Discapacidad intelectual con 8,6%, retraso del Lenguaje secundario a la naturaleza auditiva con 55%, retraso del Lenguaje secundario a alteración motriz con 5,3%, tartamudez con 7.7% y finalmente disglosias con 12,4%. (10)

Mientras que, en un estudio realizado en el año 2019, en las zonas urbanas de la ciudad de México DF y Querétaro en el que participaron 633 niños de edades entre 36 y 83 meses, se analizaron diversos factores relacionados con la aparición de trastornos del lenguaje, se encontró que el 42.02% de los estudiados presentan trastorno del desarrollo del lenguaje. (2)

Hacia la zona céntrica, en el Laboratorio de Neurofisiología Clínica del Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda", Santa Clara en Cuba entre el año 2014 al 2015; se estudiaron 115 niños menores a un año para determinar la presencia de hipoacusia. En donde los resultados reflejaron que el 17.39% de los evaluados presentan hipoacusia. (11)

En Brasil, en un estudio epidemiológico observacional realizado en la Clínica del habla y lenguaje de la Universidad de Sao Paulo entre los años 2002 al



2011 y publicado en el año 2017, se analizó una muestra de 525 niños de edades comprendidas entre 3 a 5 años 11 meses. Los resultados analizados reflejan que el 5.3% de la muestra estudiada tenía trastornos fonológicos, 5.3% tartamudeo y el 7.9% presentaba trastornos miofuncionales del sistema oral (12).

En una investigación realizada en Colombia en la ciudad de Tunja (2017), donde participaron 550 niños de edades entre 6 y 8 años se analizaron los factores de riesgo que influyen en la aparición de patologías relacionadas a la fonoaudiología, se encontró que el 13% de los participantes presentaron alteraciones en la articulación, el 78,8 % presentaron dificultades en la agudeza auditiva y el 53,3 % presentaron pérdida auditiva. (13)

Según Farneti y Genovese en "Avances en patología del habla y el lenguaje", en el capítulo Trastornos de deglución en recién nacidos y niños pequeños (2016), se destaca que entre el 25% y el 45% de los niños con un desarrollo aparentemente normal pueden presentar disfagia, mientras que los niños con trastornos del desarrollo tienen un riesgo entre el 30% y el 80%. (14)

A nivel del Ecuador, existen investigaciones relacionadas con la prevalencia de patologías fonoaudiológicas de manera independiente; como es el caso de un estudio realizado en nueve parroquias rurales del Distrito Metropolitano de Quito durante los años 2014 al 2016, en donde participaron 1311 niños con edades entre los 5 años a 5 años 11 meses, tras la investigación se encontró que el 48.30% presentó retraso simple del lenguaje, 38% de niños presentaron problemas a nivel sintáctico, el 79% alteraciones a nivel semántico y el 30% alteraciones fonéticas-fonológicas. (5)

Posteriormente, en la misma ciudad en el año 2018, en la fundación para usuarios con Parálisis Cerebral Infantil, "Campamento Esperanza", se analizó una muestra de 70 usuarios de grupos etarios entre los 3 a 9 años, se encontró que: el 24% presentó disfagia leve, el 62% presentó disfagia moderada y el 6 % disfagia severa. Estos datos estaban relacionados directamente a la presencia de un trastorno deglutorio asociado a una discapacidad motriz. (15)



En el cantón Sigsig, provincia del Azuay durante el periodo 2017 al 2018, se realizó una investigación en las escuelas céntricas del cantón, en la que se agruparon 84 niños de 6 a 7 años de edad. Después de la evaluación auditiva del grupo seleccionado, se determinó que el 20.6% presenta hipoacusia. (16)

En Cuenca, ciudad escogida para nuestra investigación. En el 2017 en un estudio realizado en los centros infantiles "Creciendo con Nuestros Hijos" (CNH) de Baños, El Valle y Bellavista; en una muestra de 120 niños, de 18 a 48 meses de edad se determinó que la incidencia de trastornos en el desarrollo del lenguaje fue del 30%. (17)

En otro estudio, realizado por parte de la Facultad de psicología clínica de la Universidad de Cuenca, en el año 2018 en el centro educativo CEBCI, se analizó una muestra de 120 niños/as de 6 a 12 años en donde se encontró que la prevalencia de trastornos de los sonidos del habla es del 28 %. (18)

En el lugar de estudio escogido, Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca, CEDIUC; no se han hecho investigaciones que reflejan la prevalencia de casos relacionados a patologías fonoaudiológicas presentes en sus asistentes. Es importante poder visualizar la prevalencia de estas patologías en niños de 3 años hasta los 5 años 11 meses a través del diagnóstico establecido en las historias clínicas e informes fonoaudiológicos. Además, se consideró que pese al excelente servicio que brinda el centro y su amplia trayectoria dentro de la comunidad no se ha levantado información de la prevalencia de patologías fonoaudiológicas que esta institución maneja dentro de su labor diaria.

Por tanto, es de gran importancia responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de las patologías fonoaudiológicas en el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca, CEDIUC, 2016 - 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El reconocimiento del fonoaudiólogo como parte del equipo de salud y miembro principal dentro de la rehabilitación de múltiples patologías se ha destacado en



los últimos años; con el objetivo de alcanzar una intervención interdisciplinar y multidisciplinar, además de prevenir complicaciones que pueden desencadenar dificultades en la comunicación.

La intervención fonoaudiológica es reconocida recientemente, pues a través de diversos estudios se ha podido plasmar la labor y desempeño que realiza el profesional de la fonoaudiología. Estudios realizados en el Ecuador, como en el de Delgado, J. et,al. (2020) publicado en el país, menciona la preocupación por obtener servicios de calidad en donde se tenga un equipo multidisciplinario para el diagnóstico, tratamiento y recuperación, dirigida a la preservación de habilidades y funciones de los pacientes. (19)

La carrera de fonoaudiología de la Universidad de Cuenca ha tenido una gran acogida por parte de la ciudadanía, no obstante, su trabajo dentro del equipo multidisciplinario es actualmente reconocido gracias a la creación de los centros multidisciplinarios como el CEDIUC y muchos otros en nuestra localidad, la atención de las patologías de la comunicación se ha visto priorizada en la sociedad y de esta manera también se ha podido promocionar en la ciudadanía la labor que desempeña cada uno de los integrantes de estos equipos multidisciplinarios.

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de patologías fonoaudiológicas en niños de 3 a 5 años 11 meses, que asistieron al Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca (CEDIUC) en el período 2016-2019, mediante la revisión de historias clínicas e informes fonoaudiológicos que han sido realizados por los profesionales encargados del centro.

Se creyó pertinente la realización de esta investigación, puesto que no se encontraron estudios de la misma índole en el CEDIUC. Además, es importante tener un registro cuantitativo de las patologías fonoaudiológicas atendidas en el área de fonoaudiología durante el período 2016 -2019. Y así, poseer información actualizada de las patologías prevalentes.

La información recolectada dentro de este proyecto será de suma utilidad para la comparación con posteriores estudios que se realicen; esta información



servirá para generar una visión clara de las patologías fonoaudiológicas con mayor prevalencia, las edades y el sexo con mayor predisposición a poseer estas patologías dentro del centro de desarrollo infantil. Así mismo, destacar la importancia de la presencia de un fonoaudiólogo dentro del equipo multidisciplinario y finalmente cuáles son las patologías más comunes en las que el fonoaudiólogo se desenvuelve.

Este estudio se enmarcó en las prioridades de investigación del ministerio de salud pública (MSP) 2013 – 2017, en línea de investigación número 19, la misma que contiene la sublínea definida como Atención Primaria en Salud.

Y a su vez en la Facultad de Ciencias Médicas se rigió a la línea de investigación 2020-2025, destinada de la misma forma a: Atención Primaria en Salud.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

El fonoaudiólogo es aquel profesional de la salud encargado en tratar patologías dentro de varias áreas como: lenguaje, habla, audición, deglución, y voz; será la persona encargada de la detección, evaluación, diagnóstico, planificación, terapia y prevención de las mismas. En varios países de Latinoamérica se han realizado estudios que destacan la importancia del fonoaudiólogo dentro de los equipos de trabajo, como también, en el diagnóstico temprano de las patologías fonoaudiológicas.

El tema central de este estudio es conocer la prevalencia de las patologías fonoaudiológicas en edades tempranas. Por lo que a continuación se describirán temas para comprender cada una de las áreas fonoaudiológicas y sus trastornos.

2.1. LENGUAJE

El lenguaje es un sistema de signos que el ser humano utiliza para poder comunicarse con su entorno. Este sistema de signos es expresado en forma oral, escrita, por señas y otros gestos (20,21). El lenguaje es la función psíquica superior del individuo, en donde participa un sistema complejo el cual usa signos lingüísticos específicos (22). Está integrado por tres componentes: fónico, conocido como pronunciación; léxico, refiriéndose al vocabulario; gramatical, que involucra a la morfología y sintaxis. Así mismo, se da por medio de dos procesos: la comprensión y la reproducción o expresión; estos dependen de varias condiciones anatomo funcionales y relaciones interpersonales. (22)

A través del lenguaje los seres humanos nos diferenciamos del resto de seres vivos; es fundamental en los primeros años del desarrollo de los niños pues ayuda a la adquisición de habilidades cognitivas, sociales y emocionales. Los niños mejoran su memoria, pensamiento y madurez emocional a través del lenguaje. El lenguaje es importante en la interacción interpersonal pues contribuye en la comprensión de los pensamientos de los demás y así se



consolida la empatía. Cuando un niño no logra expresar lo que siente o no entiende lo que se le dice, puede reaccionar con desinterés o agresividad. (23)

2.2. ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE DESDE UNA PERSPECTIVA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL

La adquisición o desarrollo del lenguaje es el producto de la interacción continua entre niño y adulto, donde mutuamente llegan a establecer definiciones compartidas y una complicidad creciente. Se divide en 3 etapas: pre verbal que va desde los 0 meses hasta 9 - 11 meses de edad, etapa de transición de los 12 a los 18 meses y finalmente la verbal que se da a partir de los 18 meses y culmina a los 6 años de edad. (23)

2.2.1. Etapa Preverbal:

- 0-3 meses: Se originan las primeras señales de comunicación. El llanto se usa como medio de atención para conseguir alimento, consuelo, afecto, etc. Se generan las primeras reacciones a los rostros, a la voz humana, contacto visual, aparece la sonrisa y el balbuceo. (23)
- 3-4 meses: Inicia la protoconversación, aumenta la capacidad de entendimiento y acceso a los estados de ánimo; continúa el balbuceo. (23)
- 4-6 meses: Mayor importancia por los objetos del entorno, aparece el seguimiento de la mirada sobre un objeto, aumenta la interacción adulto-niño y los balbuceos son similares a los sonidos del habla. (23)
- 7-8 meses: El balbuceo ahora es en sílabas, hay mayor interés a las melodías de las frases, aumenta la respuesta al habla generando sonidos o gestos. (23)
- 9-11 meses: Inicia el uso de la prosodia, del balbuceo con melodía semejante a la conversación, gesto indicativo y también se acompaña de la comprensión de vocabulario. (23)

2.2.2. Etapa de Transición:

 12-18 meses: Comienza la holofrase, aumenta la comprensión de frases cortas, órdenes y preguntas. Aparecen las sobre extensiones, es decir



hacer uso de una palabra para el mismo objeto en diferentes contextos o presentaciones. (23)

2.2.3. Etapa Verbal:

- 18-24 meses: El vocabulario aumenta a 272 palabras, mejora la comprensión de frases, instrucciones simples y nombres de los objetos familiares, personas y partes del cuerpo. Existen emisiones de 50 a más palabras y por consiguiente también se dan errores de pronunciación.(23)
- 24 meses 3 años: Aumenta el juego simbólico, imitación de acciones, mayor uso de la estructura de frases simples para suplir necesidades, comprensión de instrucciones más complejas y aumenta la atención. (23)
- 3-4 años: Incremento progresivo del vocabulario comprensivo y expresivo, uso de oraciones complejas, facilidad para dar respuestas a ¿quién?, ¿qué? y ¿dónde?; a su vez hacer preguntas utilizando ¿cuándo? y ¿cómo?; se da la adquisición de la mayoría de los sonidos del habla. (23)
- 4-5 años: Adquisición de la estructura gramatical de la oración, comprensión de adivinanzas y chistes, relato de cuentos cortos, incrementan palabras referentes al tiempo, enumeración de objetos y números. Aumenta la destreza de la emisión correcta de los sonidos.
 (23)
- 5-6 años: Empieza el aprendizaje de la lectoescritura, comprensión de palabras abstractas y se da la adquisición completa de los sonidos del habla. (23)
- A partir de los 6 años: Adquisición de estructuras gramaticales complejas con el uso de verbos en tiempo pasado y pronombres; comprensión de la ironía, metáfora y humor. Expresión de pensamientos, sentimientos y emociones de forma muy fluida. (23)

2.3. BATERÍAS DE EVALUACIÓN DEL LENGUAJE

Existen varios instrumentos de diagnóstico que a través de actividades lúdicas, de señalamiento y/o respuestas verbales; permiten conocer si las habilidades



lingüísticas presentes en los niños corresponden a la edad e hitos del desarrollo del lenguaje correcto.

2.3.1. Escala del lenguaje preescolar quinta edición, PLS-5.

Esta batería fue creada por Zimmerman y Pond, evalúa de forma integral el desarrollo del lenguaje desde destrezas pre verbales basadas en la interacción hasta el lenguaje emergente y la alfabetización temprana en el niño. (24)

Aplicada en un rango de edad a partir de los 0 meses hasta los 7 años 11 meses. El método de administración es individual en un tiempo aproximado de 45 a 60 minutos, se lo aplica por señalamiento, por respuestas verbales a objetos e imágenes o mediante información brindada por el cuidador. El test se subdivide en subescalas tales como, atención al medio ambiente, juego, gestos, comunicación social, vocabulario, morfología, sintaxis, habilidades lingüísticas integradas y conocimiento fonológico. Da como puntajes estándar del lenguaje total, comprensión auditiva, comunicación expresiva, puntajes de desarrollo y edad equivalente del lenguaje. (24,25)

2.3.2. TECAL, Test de comprensión auditiva del lenguaje

Es un instrumento que evalúa la comprensión auditiva del lenguaje en niños de 3 a 6 años 11 meses. Se divide en tres subescalas: vocabulario, sintaxis y morfología. El método de administración es sencillo, requiere únicamente de la colaboración del niño, ya que deberá escuchar el estímulo auditivo y dar respuestas verbales o no verbales; la evaluación requiere la aplicación de 101 ítems, 40 de vocabulario, 47 de morfología y 14 de sintaxis. Los resultados se interpretan como comprensión auditiva normal, en riesgo y deficiente. (26)

2.3.3. PECFO, Prueba de evaluación de conciencia fonológica.

Es un instrumento que evalúa la habilidad metafonológica relacionada con la sílaba y el fonema en niños a partir de los 4 años hasta los 7 años 11 meses. Además, indica la etapa de desarrollo de la conciencia fonológica respecto a la edad cronológica e inicio del proceso de aprendizaje lector. Se divide en dos secciones: conciencia silábica y conciencia fonémica. La conciencia silábica está compuesta de: segmentación silábica, identificación de la sílaba inicial y final, omisión de la sílaba inicial y final e inversión silábica. Mientras que la



conciencia fonémica está subdividida en: identificación del fonema inicial y final, omisión del fonema inicial y síntesis fonémica. El método de aplicación es mediante la entrega de estímulos verbales y visuales con modalidad de respuesta viso motriz, tiene un tiempo aproximado de ejecución de 20 minutos. Los resultados indican el desarrollo de la conciencia fonológica pudiendo ser normal, riesgo o déficit. (27)

2.4. PATOLOGÍAS DEL LENGUAJE

Una vez realizada la evaluación y el análisis de resultados, el fonoaudiólogo debe recopilar todos los datos de las baterías aplicadas para poder dar un diagnóstico preciso entorno a la edad de desarrollo del lenguaje, edad cronológica, hitos alcanzados y deficiencias presentes.

2.4.1. INICIO TARDÍO DEL LENGUAJE TARDÍO O HABLANTE TARDÍO (IT)

Se refiere al retraso a partir de los 2 años de edad, se identifica por la presencia de vocabulario expresivo menor a 50 palabras y además de la ausencia de frases de dos palabras o más. Este retraso no se acompaña de condiciones clínicas como pérdida auditiva, discapacidad intelectual, autismo, privación social, entre otras (28). La prevalencia del IT en niños pequeños va de 9,6% al 13,71%, sin embargo, pese a la presencia de dichos síntomas no es considerado como un diagnóstico, sino más bien como un signo de alerta para un posible desarrollo de un trastorno del lenguaje. (23)

2.4.1.1. Etiología

Según la ASHA, el niño es aparentemente sano por lo que es fundamental tomar en cuenta los factores de riesgo individual, familiar y social. Los factores individuales hacen referencia al género masculino, antecedentes de un desarrollo motor retrasado, bajo peso al nacer, pretérmino, factores familiares como un historial familiar de inicio tardío del lenguaje, el nivel educacional bajo de la madre y nivel socioeconómico de la familia. (29)

2.4.1.2. Características

Se podría simplificar en un desfase en el desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo. Las características iniciales de este retraso son: dificultades en



la intención comunicativa, atención conjunta y juego de pretensión, alteraciones en la adquisición, desarrollo y comprensión de vocabulario, adquisición vocálica y consonántica limitada, problemas en la creación de frases de dos o más palabras. Además, se caracteriza por el retraso en la comprensión sintáctica, siendo este un factor previo para la aparición de un trastorno del desarrollo del lenguaje. También se observa incapacidad de seguir órdenes verbales, uso limitado de gestos y sonidos para comunicarse y limitación en el uso del juego simbólico. Es recomendable la intervención temprana en niños de 24 y 30 meses que presentan estos signos de alarma. (23,28)

2.4.2. TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE SECUNDARIO

Se denomina trastorno secundario ya que las dificultades del lenguaje que el individuo presenta están asociadas a alteraciones o patologías de base. En donde el niño a pesar de tener ciertas dificultades tiene capacidades idóneas para compensar los obstáculos comunicativos. (30)

Existen varias patologías asociadas a trastornos del lenguaje, las mismas, que pueden ser de índole neurológico, cognitivo y sensorial. En las patologías de origen neurológico se encuentra afectado tanto el sistema nervioso central (cerebro, tronco cerebral) como el sistema nervioso periférico (nervios). Por otro lado, tenemos aquellas patologías de origen cognitivo las mismas que se caracterizan por presentarse con o sin causa conocida durante el desarrollo del niño, estas afectan la memoria, lenguaje, atención, aprendizaje etc. Por ejemplo, el trastorno del espectro autista, déficit intelectual, síndrome de Down, etc. Y finalmente las patologías de origen sensitivo, que se describen como trastornos que afectan a uno o varios de los sentidos de una persona; como sería el claro ejemplo del trastorno del desarrollo del lenguaje por hipoacusia.(30)

2.4.2.1. **Etiología**

Como ya vimos anteriormente, este trastorno está relacionado íntimamente con otras patologías de base que influyen en la adquisición del lenguaje y están involucradas en el aprendizaje cognitivo y lingüístico, tales como:



- Discapacidad intelectual, motriz, visual y auditiva o más conocida como hipoacusia. (11)
- Síndrome de Prader Willi, Williams, Down, X Frágil. (31)
- Trastornos del neurodesarrollo. (19)
- Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). (19)
- Trastornos del Espectro Autista (TEA). (1,23,30)

2.4.2.2. Características

Se caracteriza por la presencia de problemas en el nivel semántico, con una adquisición lenta de palabras y por consiguiente de su significado, dificultad en la morfosintaxis (problemas en el uso de las formas gramaticales), alteraciones sintácticas (déficit en la construcción de las frases y oraciones) y dificultades en el aspecto pragmático - social del lenguaje. (32)

Además, cuando se trata de asociación con síndromes se pueden encontrar problemas de articulación, alteraciones en las características de la voz, retraso en la adquisición del lenguaje, pobre organización gramatical y dificultades pragmáticas. (31)

2.4.3. TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE (TDL)

Se define como el deterioro en la comprensión o producción del lenguaje cuando este no está asociado a ninguna etiología biomédica de base (33). Además, se da durante la fase de desarrollo del lenguaje, donde el niño no alcanza la edad de desarrollo esperada para a su edad cronológica, presenta dificultades persistentes en el lenguaje expresivo y comprensivo en habilidades lingüísticas fonéticas-fonológicas, léxicas-semánticas, morfosintácticas y pragmáticas (23,34). Este trastorno es grave e interfiere en la vida diaria del niño, además tiene un mal pronóstico dentro de la terapéutica. Este término permite la inclusión de trastornos cognitivos. (33)

2.4.3.1. Etiología

La etiología del trastorno del desarrollo del lenguaje es desconocida, sin embargo, existen investigaciones recientes que mencionan que podría tratarse de un trastorno del neurodesarrollo que se da con mayor prevalencia en niños



con antecedentes familiares mientras que otros refieren que el causante es el gen FOXP2. (23)

2.4.3.2. Características

Existe dificultad para usar secuencias de sonidos del habla, incapacidad para almacenar e identificar aspectos de la conciencia fonológica, segmentos muy breves de la cadena fonológica y recuperación de representaciones. Vocabulario reducido y alteraciones del uso del discurso. Adicionalmente, estos individuos pueden presentar conductas conflictivas, dificultades en el comportamiento y para regular emociones. (23,34)

2.5. HABLA

El habla es el resultado de la relación de procesos neurolingüísticos, neurofisiológicos, neurosensoriales, neuromusculares y de la actividad psíquica integrada por procesos de percepción, imaginación, pensamiento y actuación epiconciente; todos estos elementos permiten al individuo utilizar los códigos y reglas propios de su lengua de acuerdo a sus experiencias, estados afectivos, cognitivos, conativos y volitivos que se reflejan en la emisión a través de la voz, fluidez, prosodia y articulación. (35)

El habla es el proceso motor encargado de oralizar el lenguaje para expresar sentimientos y pensamientos mediante una determinada lengua.

2.6. CRONOLOGÍA DE LA ADQUISICIÓN DE LOS SONIDOS DEL HABLA. El conocimiento de la adquisición normal de los sonidos del habla dará las pautas necesarias para determinar de manera precisa el diagnóstico, tener una intervención correcta y un adecuado manejo integral del paciente, por consiguiente, se describe a continuación los sonidos del habla y las edades apropiadas de su adquisición. (36)

Vocales		2 años	/a/ /o/ /u/ /e/ /i/
Sonidos español	del	3 años	<m> <n> <ñ> <t> <k> <d> <g> <f> <s> <j> <y> <ch> <l></l></ch></y></j></s></f></g></d></k></t></n></m>
		4 años	/r/ en ASDP



	5 años	/r/ en coda silábica tanto al inicio como al final de la palabra.
Diptongos	3 años	<ia> <io> <ie> <ua> <ue> <ei> <ai> <ui></ui></ai></ei></ue></ua></ie></io></ia>
	4 años	Todos incluyendo /au/
Grupos	4 años	
consonánticos	5 años	<pre><gl> <fl> <cl> <fr> <pr> <fr> <pr> <fr> <pr> <fr> <pr> <pr> <pr> <pr> <pr> <pr> <pr> <p< td=""></p<></pr></pr></pr></pr></pr></pr></pr></fr></pr></fr></pr></fr></pr></fr></cl></fl></gl></pre>

Figura 1. Adquisición Fonética – Fonológica. Trastornos del Habla de los fundamentos a la evaluación. Susaníbar, F. Huamani, O. Dioses. (36)

2.7. BATERÍAS DE EVALUACIÓN

En años anteriores se utilizaba el test ELA-R, de M. García Pérez para la valoración del habla, esta batería evalúa el grado de dominio articulatorio de los diferentes fonemas, teniendo tres modalidades de evaluación: lenguaje espontáneo, reproductivo e inducido. (37)

2.7.1. PEFF-R, Protocolo de evaluación fonética- fonológica revisado

Actualmente, contamos con un protocolo de evaluación fonética y fonológica, de Susanibar, F. et. El PEFF-R posee una valoración holística de todos los componentes del habla. Se compone de anamnesis que permite obtener una visión inicial del problema, continúa con un examen clínico en donde se observan las estructuras anatómicas que participan durante el habla para descartar alguna anormalidad, un análisis de la coordinación neuromotriz del habla, apartado que se utiliza en pacientes con antecedentes neurológicos, y finalmente la evaluación fonética fonológica que se encarga de analizar cada sonido del habla desde la evocación aislada, en sílabas, en diferentes posiciones en palabras y en lenguaje espontáneo. (6)

Este protocolo nos ha permitido mejorar el diagnóstico de los trastornos de los sonidos habla e identificar de manera correcta la etiología de los mismos, mejorando de esta manera también la intervención de estos. (6)



2.7.2. Evaluación de la Apraxia Del Habla Infantil.

Hasta el momento no se ha podido detectar un protocolo de evaluación estandarizado que esté dirigido netamente a esta patología; sin embargo, se utiliza herramientas complementarias para el diagnóstico de la misma, como es el caso del PEFF-R, el mismo que posee un apartado específico para la valoración de la coordinación neuromotora del habla, en donde se valora el tiempo de frecuencia articulatoria, el nivel de velocidad de la sucesión articulatoria y la coordinación motriz. Siendo complementada la valoración con los apartados tanto de valoración fonética como fonológica. (6)

Otra herramienta de valoración es el Tratado de evaluación de motricidad orofacial de Susaníbar F (2014), está enfocado en una valoración tanto neuro anatómica como fisiológica del sistema estomatognático, se examinan estructuras pasivas y activas; funciones motrices (dinámicas, posturales y reflejas) y sensoriales. (38)

2.7.3. Evaluación de la tartamudez: La Evaluación general de la experiencia de la tartamudez por parte del hablante (OASES).

Batería de evaluación rápida y fácil de aplicar la misma que ayuda a medir el impacto de la tartamudez en la vida de una persona. Los puntajes que nos da este test ayuda al terapeuta a tomar las mejores decisiones para el tratamiento.

Consta de varios aspectos claves: datos generales sobre la apreciación de la tartamudez por parte del hablante; reacciones afectivas, comportamentales y cognitivas a la tartamudez; dificultades en la comunicación funcional en la situaciones clave; impacto del trastorno en la vida del hablante. Este protocolo está dirigido a tres diferentes grupos etarios: OASES-S (60 items) para niños de 7 a 12años; OASES-T (80 items) para adolescentes de 13 a 17años y OASES-A (100 items) para adultos de 18años y más. (39)

2.8. PATOLOGÍAS DEL HABLA

Las alteraciones de la secuencia sonora de los sonidos empleados durante el habla, se pueden presentar con errores tanto en la producción articulatoria (fonética) y/o en el manejo funcional de los segmentos contrastivos de un idioma (fonología). Esta alteración afecta en diferentes grados la inteligibilidad



del habla. Estas pueden ser diagnosticadas en diferentes circunstancias de la vida. (6)

2.8.1. TRASTORNOS DE LOS SONIDOS DEL HABLA FONÉTICO

Variación de la secuencia sonora que consta en la incapacidad para articular correctamente sonidos del habla esperados para la edad cronológica; la misma que va desde la articulación aislada del sonido, se mantiene el error en la emisión de sílabas, palabras y en el lenguaje espontáneo. (6)

2.8.1.1. Etiología

Los errores evidenciados en este tipo de trastorno de los sonidos del habla van a ser constantes desde la emisión aislada del sonido reflejándose el error articulatorio hasta en el lenguaje en conversación, se identifican ciertos errores clásicos presentados en forma de distorsión, sustituciones y omisiones de los sonidos del habla. Generalmente estos errores se relacionan con deficiencias morfológicas como: maloclusión dentaria, fisuras, malformaciones, frenillo lingual alterado, etc. Estas pueden desencadenar un mal desempeño de las estructuras anatómicas durante el habla. (6)

En muchos de los pacientes con Trastornos de los sonidos del habla (TSH) fonético, la etiología principal es de origen de aprendizaje motor; pues se presenta errores por no haber adquirido la suficiente destreza para realizar movimientos articulatorios precisos. Otra de las etiologías es el compromiso neuromotor que engloba las siguientes patologías: apraxia del habla infantil, parálisis cerebral infantil, parálisis facial, hemiplejia, ELA, Parkinson, otras enfermedades neurodegenerativas, etc. (6)

Sin embargo, existen causas aisladas que no se relacionan a ninguna deficiencia morfológica y/o neurológica, que de igual manera van a desencadenar alteraciones fonéticas teniendo como característica principal la distorsión de los sonidos; como es en el caso de la acumulación de saliva en la cavidad oral, escasa secreción salival, uso de piercing, prótesis dentales mal adaptadas, uso de aparatos ortodónticos u ortopédicos, etc. (6)



2.8.2. TRASTORNOS DE LOS SONIDOS DEL HABLA FONOLÓGICO

Alteración que se basa en el uso inadecuado de los segmentos contrastivos esperados para la edad cronológica del usuario. El individuo puede articular el sonido de manera aislada o en sílabas, pero no logra introducir el sonido al habla espontánea. El error articulatorio no es constante. (6)

2.8.2.1. **Etiología**

Los errores presentes en este trastorno son denominados como procesos de simplificación fonológica, los mismos que son normalmente asociados con la alteración a nivel cognitivo lingüístico y sensorial auditivo. (6)

El déficit cognitivo lingüístico se genera en la representación léxico- gramatical de la palabra, en la planificación, y/o en la programación fonológica debido a la alteración en la representación, almacenamiento, y/o recuperación de los rasgos distintivos de los sonidos. Por otro lado, el déficit a nivel auditivo sensorial se asocia con la falta de discriminación o reconocimiento fonológico.(6)

2.8.3. TRASTORNOS DE LOS SONIDOS DEL HABLA FONÉTICO - FONOLÓGICO

Déficit articulatorio presente en una secuencia sonora del habla el mismo que se caracteriza por presentar dificultades tanto a nivel fonético como fonológico; el error articulatorio se puede presentar en el sonido aislado, en sílaba, y/o en el habla espontánea. (6)

2.8.3.1. Etiología

En este apartado se incluye la etiología tanto del TSH fonético como del TSH fonológico; las causas se presentan de manera simultánea y afectan a los sonidos del habla en alguna de sus formas de articulación. (6)

2.8.4. APRAXIA DEL HABLA INFANTIL

Trastorno motor del habla que afecta a la producción de la misma; déficit complejo del neurodesarrollo en donde se encuentra afectada la habilidad de planificación y programación del habla. En esta patología se evidencia un compromiso en la precisión, consistencia y en la inteligibilidad del habla.



Además según Shriberg, Aram y Kwiatkowski, este trastorno está presente en dos niños de cada mil. (40)

2.8.4.1. Etiología

La apraxia del habla infantil es un trastorno de origen multifactorial. Puede ser congénito o adquirido durante la infancia; sin embargo, dentro de las causas más comunes tenemos el origen neurogénico idiopático el mismo que se da en niños con normo desarrollo y sin presencia de trastornos conductuales; en niños con signos más profundos tenemos aquellos que padecen autismo, epilepsia, síndromes genéticos y finalmente tenemos la asociación de la apraxia a eventos neurológicos conocidos como accidentes cerebrovascular intrauterino o en la primera infancia, traumatismos, resección de cáncer o tumores cerebrales, etc. (40)

2.8.4.2 Características

Shiriberg et. al. (2017) describe una lista de signos presentes en infantes con apraxia del habla como: errores de voz, dificultad articulatoria más evidente en palabras polisilábicas, incremento de errores en palabras de mayor longitud o complejidad, dificultad para lograr movimientos de transición, distorsión en vocales, sustituciones, inconsistencia en los errores articulatorios, habla lenta, estrés vocal, prosodia inapropiada y segregación silábica. En otra instancia el autor Fedorenko et. al. (2016) añade a la lista de signos la dificultad de secuencias fonemas y sílabas; repetición constante de sílabas y fonemas, dificultad para mantener la sílaba integra, errores de metátesis, omisiones frecuentes de fonemas, prolongaciones fonéticas y alteración en los rasgos suprasegmentales. (41,42)

2.8.5. DISFLUENCIA (Fisiológica)

Se conceptualiza como las alteraciones en el curso de la fluidez del habla, en niños con un desarrollo del lenguaje normal; la misma que se presenta en el segundo periodo crítico del desarrollo infantil que comprenden entre los 3 a los 5 años (edad preescolar), etapa denominada por Jean Piaget como "preoperacional"; en esta fase el niño posee un acelerado progreso de la expresión. Se la denomina como fisiológica ya que desaparece sola en la



mayoría de infantes y se la considera como una etapa normal dentro del desarrollo del lenguaje; durante esta etapa el niño organiza y estructura el lenguaje inferior tratando de expresarse de manera correcta y es aquí donde se presentan diversas dificultades. (43)

2.8.5.1. Etiología

Surge cuando las habilidades del infante no alcanzan a cubrir las demandas verbales del niño; según la literatura puede ser tres niveles los que influyen en la aparición de estas dificultades como: fisiológicos, psicosociales y lingüísticos.(43)

2.8.5.2 Características

Se caracteriza por la presencia de repeticiones, prolongaciones de sonidos o frases, bloqueos y/o pausas inadecuadas durante la expresión oral. Repetición entera de la palabra solo por una ocasión sin presencia de tensión muscular; prolongación de sonidos brevemente por menos de un segundo esto de manera poco común; no existen sonidos completamente bloqueados o evidencia de paralización del habla; continuas revisiones y autocorrecciones por parte del infante. (6,43)

2.8.6 TARTAMUDEZ O DISFEMIA

Trastorno de la organización temporal y de la fluidez del habla; esta alteración es inadecuada para la edad, causando ansiedad y limitaciones al momento de hablar o de mantener una conversación. Además, se ve comprometida la participación social, el rendimiento académico y las actividades laborales. Normalmente el inicio de la sintomatología se da en las primeras fases del periodo de desarrollo de los infantes. (44)

2.8.6.2 Etiología

Walsh, B. et al. (2019) menciona que la tartamudez se desarrolla debido a un impedimento en los procesos sensoriomotores que se utilizan durante el habla, los mismo que se encuentran influenciados por las interacciones entre los aspectos motores, lingüísticos y emocionales. Otro ámbito a tomar en cuenta, es la falta de maduración de los dominios lingüísticos durante la infancia, momento donde aparece la tartamudez. (45)



La tartamudez es un trastorno de origen multifactorial en el que se incluye los factores genéticos, epigenéticos y neurales los mismo que están relacionados con el deterioro del lenguaje a nivel lingüístico o de su procesamiento. (46)

2.8.6.3 Características

Esta patología ocurre debido a una secuencia de espasmos musculares a nivel de las estructuras fonatorias, teniendo como característica principal la alteración de las unidades prosódicas (acento, entonación y ritmo). A la par, se puede presentar diferente sintomatología, según varios estudios existe dificultad en la repetición de sílabas (mayormente en monosílabos), prolongaciones silábicas, fragmentación de las palabras, bloqueos tanto audibles como silenciosos, circunloquios, exceso de tensión física (notoria en cuello y cara), ansiedad al momento de hablar y limitaciones en la comunicación efectiva. (34)

La clasificación de este trastorno se verá predicha por la severidad de sus alteraciones, la misma que puede ser tónica donde los espasmos musculares se presentan al inicio de la expresión verbal provocando un bloqueo intenso que posteriormente se alivia con la expresión sin dificultad; la tartamudez clónica caracterizada por repeticiones de uno o varios fonemas, como también de monosílabos. Y finalmente, tenemos a la tartamudez mixta siendo esta la de mayor severidad. (34)

2.9 AUDICIÓN

La audición es una de los cinco sentidos que el ser humano posee, interviene en el proceso de escuchar, mediante la transformación de las ondas sonoras en impulsos nerviosos, los que van hacia el cerebro a las áreas especializadas para su respectiva decodificación. La audición es la capacidad de los seres vivos que nos permite detectar, procesar e interpretar las vibraciones del medio ambiente. Estas vibraciones pueden ser transportadas por el medio aéreo, líquido o sólido. (47)

2.10 DESARROLLO DE LA AUDICIÓN

El primer sentido en desarrollarse durante la gestación es la audición, influyendo directamente en la percepción entre el feto y su medio en el que se



desarrolla pues puede reconocer la voz de la madre, diferentes cambios de timbre, otros estímulos sonoros; respondiendo a ellos a través de movimientos haciendo uso de su aparato motor. En los últimos meses de gestación el feto puede ser capaz de discriminar los sonidos vocálicos, diferenciar una voz femenina de una masculina, reconoce la voz de su madre, etc. (48)

Los neonatos son mucho más sensibles a sonidos agudos, hacia los siete meses ya se ha mejorado la percepción de los sonidos en frecuencias graves. Luego del nacimiento la capacidad auditiva del bebe es deficiente hasta aproximadamente los 2 años. La capacidad auditiva y de localización mejora a medida que su motricidad se desarrolla. Por lo que el desarrollo auditivo tonal similar al de un adulto se alcanza alrededor de los 5 años. (48)

2.11 EXPLORACIÓN AUDITIVA

Para el diagnóstico oportuno de la pérdida auditiva y categorización del tipo de pérdida es necesaria la realización de varios exámenes ya sean objetivos o subjetivos. Dentro de las más utilizadas tenemos las siguientes:

2.11.5 Pruebas Subjetivas

- Audiometría por observación del comportamiento: se aplica desde los cero a los seis meses de edad, en donde se observa los cambios de comportamiento del bebé ante un estímulo sonoro. Esta audiometría se podrá realizar tanto con auriculares de inserción como a campo libre. (47)
- Audiometría por refuerzo visual (VRA): prueba conductual utilizada para evaluar la sensibilidad auditiva por frecuencia y oído, permite la detección de hipoacusia. Diseñada para la valoración de niños entre seis meses y tres años de edad. El reflejo de orientación será la pauta para determinar los umbrales auditivos; la mayoría de niños al recibir la señal acústica, ya sea mediante audífonos o campo libre; realizan un giro de la cabeza de alrededor de 90°, ente dos a tres segundos después de la presentación del estímulo; conducta que es recompensada con estímulos visuales. (47,49)



- Audiometría condicionada por el juego: se realiza a partir de los 3 años de edad, este examen nos ayuda a encontrar las curvas de los dos oídos, tanto por vía aérea (por medio de los auriculares) como por vía ósea (a través de la diadema de vibración). En esta prueba, se le presenta al niño distintos estímulos sonoros mediante los auriculares y se realiza una consigna previamente, como por ejemplo colocar una pelota en una canasta si oye los sonidos presentados. (47,50)
- Audiometría tonal y verbal: permite conocer la existencia o no de hipoacusia, midiendo los umbrales auditivos que el usuario posee.
 También se puede conocer la locación inicial de la lesión causante de la hipoacusia. Por otro lado, la audiometría verbal es una técnica que da información del estado funcional de la audición pues mide la capacidad de una persona para entender el habla. (47)

2.11.6 Pruebas Objetivas

- Impedanciometría: permite conocer la función del mecanismo auditivo periférico, conformada por 3 evaluaciones; timpanometría evalúa el estado anatómico y funcional de las estructuras de oído medio, evaluación del reflejo acústico que brinda información como morfología, umbral, adaptación, manifiesta la integridad del arco reflejo del estapedio. Para conocer la integridad anatómica y funcional de la Trompa de Eustaquio, tanto en membrana normal como perforada se utilizan las Pruebas de función tubárica. (47)
- Emisiones Otacústicas (OEA): son señales provocadas en la cóclea después de la estimulación con un sonido transitorio, normalmente a clic. El objetivo es crear emisiones en forma de energía acústica en el CAE. Esta OEAP está presente es la mayoría de normo oyentes sin embargo no se presentan en ciertos grados de hipoacusia. (47)
- Potenciales evocados auditivos: examen de gran importancia en la examinación audiológica en infantes, principalmente a través de PEA de Tronco cerebral, pues posibilita analizar toda la vía auditiva.



Ayuda directamente en los diagnósticos diferenciales de patologías otoneurologícas (47). Existen dos tipos de potenciales auditivos:

- Potenciales auditivos de estado estable: prueba dirigida a recién nacidos, lactantes y niños de cualquier edad que tengan dificultad para proporcionar información veraz, completa o confiable durante las pruebas conductuales; muestran respuestas electrofisiológicas periódicas cuasisinusoidales evocadas por un estímulo acústico continuo, el mismo que es modulado por una frecuencia distinta a la estimulada. Se caracterizan por su amplitud y tiempo constante. El estímulo utilizado es de tono puro y evalúa frecuencias específicas que van de 500 a 4000Hz. (49)
 - Potenciales auditivos de tronco cerebral: se considera como una de las pruebas neurofisiológicas más utilizadas para la valoración del desarrollo funcional del tronco encefálico auditivo en pacientes pediátricos y evaluación de la audición en frecuencias altas. Se colocan electrodos en la piel del usuario para el análisis de la función del oído (de forma no invasiva) y cada una de las porciones del sistema nervioso activadas después de la estimulación sonora (51). Los potenciales evocados auditivos del tallo cerebral (PEATC) representan las respuestas del sistema nervioso central (SNC) ante un estímulo acústico. Estímulo que se encuentra compuesto por 5 a 7 espigas, las mismas, que pueden detectarse a los primeros 12 milisegundos posteriores al inicio del estímulo. Se procesa el estímulo a lo largo de las siguientes estructuras neuronales: onda I, región proximal del octavo par craneal; onda II, núcleo coclear; onda III, complejo olivar superior; onda IV, lemnisco lateral; onda V, colículo inferior; onda VI, cuerpo geniculado; onda VII, en la corteza temporal auditiva. El estímulo acústico empleado en esta prueba es el llamado a "click" (frecuencia e intensidad determinada)(52). Los potenciales evocados auditivos de tallo cerebral (PEATC)



conjuntamente con las emisiones acústicas son dos de las técnicas más relevantes en el diagnóstico precoz de hipoacusia en recién nacidos. (53)

2.12 HIPOACUSIA

La pérdida auditiva es una de las discapacidades más prevalentes alrededor del mundo, la misma que está presente en 360 millones de individuos. Siendo los más afectados la población adulta con un 91% de casos y teniendo en cuenta que el 60% de pérdidas auditivas en la niñez pudieran ser evitadas. (54)

Se habla de una hipoacusia cuando el promedio tonal puro (PTP) supera los 20 decibelios (cualquiera de los oídos o en ambos) en frecuencias 500, 1000, 2000, 4000 Hz. La hipoacusia es definida por la OMS en distintos niveles de severidad. En otra instancia, la pedida discapacitante de la audición se la interpreta como una hipoacusia superior a los 40 dB en el oído de mejor audición en los adultos y superior a los 30 dB en los niños. (55)

2.12.5 ETIOLOGÍA DE LA HIPOACUSIA EN INFANTES.

La pérdida auditiva en infantes es una de las discapacidades más prevalentes, según la OMS 32 millones de niños sufren de hipoacusia discapacitante. Y lo que más llama la atención es que el 60% de las causas de las pérdidas auditivas presentes en la niñez son prevenibles. Las infecciones es una de las causas primordiales, seguida de las causas relacionadas con el parto, medicamentos ototóxicos entre otras causas. (55)

A continuación, se describe una clasificación brindada por la OMS:

1. Factores Genéticos:

Provocando cerca del 40% de las hipoacusias en la infancia.

- Malformaciones congénitas del oído y/o del nervio auditivo
- Antecedentes de hipoacusia en la familia.
- Síndromes Asociados. (54,55)

2. Afecciones perinatales:

Prematuridad



- Bajo peso al nacer
- Falta de oxígeno
- Ictericia neonatal (55)

3. Infecciones:

- Rubéola
- Citomegalovirus
- Meningitis
- Parotiditis.
- Sarampión. (55)

4. Enfermedades del oído:

- Tapones de cerumen.
- Otitis media
- Otitis media adhesiva no supurativa
- Colesteatomas
- Otomicosis (55)

5. Ruido

• Sonidos intensos que pueden provocar trauma acústico. (54,55)

6. Medicamentos:

 Medicamentos utilizados en el tratamiento de: infecciones neonatales, paludismo, tuberculosis, cáncer, etc. (54,55)

2.12.6 CLASIFICACIÓN DE LA HIPOACUSIA.

Para dar un diagnóstico acertado y sobre todo completo, es necesita conocer las diferentes clasificaciones de la hipoacusia, las mismas que se dividirán según el grado de pérdida (OMS, BIAP, ASHA), localización de la perdida, extensión de la misma y el momento de aparición.



Tabla 1. Clasificación de la hipoacusia según: el grado de pérdida, localización anatómica, extensión y momento de aparición.

	Audición normal: -10 a 15 dB
	Hipoacusia Leve: 16 a 25 dB
Camón al amada da	Hipoacusia Ligera: 26 a 40 dB
Según el grado de pérdida (ASHA)	Hipoacusia Moderada: 41 – 55 dB
	Hipoacusia Moderadamente severa: 56 – 70 dB
	Hipoacusia severa: 71 a 90 dB.
	Hipoacusia Profunda: 91+ dB.
	Hipoacusia de transmisión: se puede dar por una lesión en el
	complejo tímpano- osicular. Aquí las dos curvas se encuentran
	separadas pues la conducción ósea estará dentro de la normalidad
	y la conducción aérea disminuida separándose de la VO más de 30
	dB en 3 o más frecuencias consecutivas.
Según la	db en 3 0 mas frecuencias consecutivas.
localización	Hipoacusias neurosensoriales: originada por una lesión del oído
anatómica	interno. Las curvas tanto ósea como área permanecen juntas y todo
	o parte de su recurrido se encontrará debajo de los 20 dB.
	o panto do ou rocannacio do circonnacia descajo de 100 20 de 1
	Hipoacusia mixta: lesión en ambos niveles tanto externo e interno,
	ambas curas se encuentran separadas sin embargo la VO se
	encuentra por debajo de los 20 dB
Según la extensión	Unilateral: un solo oído presenta signos de hipoacusia.
Seguii ia exterision	Bilateral: ambos oídos se encuentran comprometidos
Según el momento	Prelocutiva: antes de la adquisición del lenguaje
de aparición	Postlocutiva: después de la adquisición del mismo
Fuente: Manrique	M. Marco, I. Audiología, 2014, American Speech-Language-Hearing

Fuente: Manrique, M. Marco, J. Audiología. 2014. American Speech-Language-Hearing Association (n.d.). Hearing Loss: Ages 5+ (Practice Portal). (47,56,57)

Elaboración: Pamela Riera – Diana Tapia.

En nuestro contexto los grados de hipoacusia y clasificación que se usan dentro de la práctica refiere a la clasificación estandarizada de la Bureau



International de Audiophonologie (BIAP); la misma que describe que la audición "Normal" está por debajo de los 20 dB; hipoacusia "leve" entre 21 y 40 dB; hipoacusia "moderada" entre 41 y 70 dB; hipoacusia "severa", entre los 71 y 90 dB; hipoacusia "profunda", entre 91 y 119 dB; hipoacusia total o cofosis, pérdida sobre los 120 dB. Por tal razón, en el formulario de obtención de datos se tiene como parte de los ítems la clasificación antes mencionada. (58)

2.13 DEGLUCIÓN

Es la actividad fundamental dentro de la vida del ser humano, la misma que consta de la ingesta voluntaria de alimentos, los cuales facilitan la obtención de energía necesaria en el desarrollo y desempeño de las funciones vitales (59). La deglución es un proceso sensoriomotor y neuromuscular, en el cual participan componentes orales, faríngeos y esofágicos, estos permiten el transporte de alimentos, desde la cavidad oral hacia el estómago, dando origen a una función específica basada en interacciones biomecánicas. (60,61)

El proceso deglutorio se divide en 5 fases, las mismas que se explican a continuación:

- a) Fase anticipatoria: comprende el estado de los órganos de los sentidos, es decir de la aferencia de la información sobre los alimentos a ingerir; la conciencia o la atención en la alimentación. El estado cognitivo que le ayuda al individuo a saber que comer o que no, el estado emocional que brinda la motivación y el deseo de satisfacer esa necesidad de alimento. (59)
- b) Fase preparatoria oral: en esta fase se prepara el alimento de modo que es presentado en una consistencia y posición adecuada para las siguientes fases de la deglución. Se mastica, tritura y mezcla los alimentos con la saliva de manera que se va formando el bolo alimenticio, el mismo que es cohesivo y se mantiene contra el paladar duro. Necesita que todas las estructuras anatómicas se encuentren integras para tener una correcta eficiencia motora para masticar, y mantener una buena identificación sensorial, olor, sabor y textura de los alimentos. (59,62)



- c) Fase oral: apartado voluntario que comienza con el cierre de los labios y de la parte posterior de la lengua y transporte del bolo hacia atrás. En esta fase, se propulsa el bolo alimenticio desde la cavidad oral hacia la faringe; en donde se requiere de la contracción labial y de mejillas, seguido de la acción muscular de la base de lengua contra el paladar duro y la elevación del velo del paladar, cerrando el paso a la nasofaringe de la cavidad oral. (59,62)
- d) Fase faríngea: En esta fase las respuestas deglutorias se activan en los pilares palatinos anteriores. Se da el transporte del bolo alimenticio a través de la faringe y también existe activación de los mecanismos de protección de la vía aérea. Esta fase está bajo el control neuromuscular involuntario, dura aproximadamente 1 segundo. Esta guiada por una serie de eventos: el cierre velofaríngeo, aducción de cuerdas vocales y bandas ventriculares, retroversión de la epiglotis, elevación laríngea, relajación de músculo cricofaríngeo contracción músculos constrictores de la faringe. (59,62)
- e) Fase esofágica: se da la apertura del esfínter esofágico inferior y el bolo alimenticio es transportado al estómago mediante los movimientos peristálticos. La duración de esta fase involuntaria es de alrededor de 3 a 4 segundos. Posterior a la relajación del músculo, inicia la onda peristáltica primaria de propulsión esofágica mediante la contracción de la musculatura longitudinal, seguida por la contracción circular. (59,62)

2.14 DESARROLLO DE LA DEGLUCIÓN

Durante el desarrollo de la deglución se puede diferenciar cuatro etapas: la primera el amamantamiento o masticación y trasporte del bolo hacia la faringe; la segunda, activación del reflejo deglutorio; la tercer, trasporte del bolo a través de la faríngea y la última, fase esofágica se da el transporte del bolo a través del esófago hasta el estómago. (63)

En los neonatos y lactantes estos cuatro componentes son reflejos y acciones involuntarias. Conforme se da el desarrollo psicomotor del niño se van mejorando las habilidades durante la deglución; por lo que en la primera



infancia la deglución se vuelve un acto voluntario. El proceso masticatorio seguro y eficaz se basa en un registro sensorial apropiado dado a través de la experiencia alimenticia y respuesta motora. (63)

2.15 EVALUACIÓN DE LA DEGLUCIÓN

2.15.5 Gugging Swallowing Screen, Guss

Existen múltiples baterías de valoración de la deglución, sin embargo, en nuestro medio la más aplicada y conocida es el "Gugging Swallowing Screen" (GUSS) evalúa los trastornos de la deglución, identifica la gravedad de la disfagia, el riesgo de aspiración y brinda las recomendaciones específicas para la intervención según los grados de disfagia. (64)

Este test se divide en dos partes, la primera una evolución indirecta en la que se observa la vigilia del usuario, la tos voluntaria y la deglución de saliva; y la evaluación directa de la deglución compuesta por la ingesta de alimentos semisólidos, líquidos y sólidos; se toma en cuenta la presencia de tos involuntaria luego de ingesta, presencia de sialorrea y el cambio de voz. (64)

2.16 DISFAGIA

Se define a la disfagia en términos generales como la dificultad para comer y/o completar la deglución; esta alteración suele estar acompañada de odinofagia. Dentro del ámbito de la salud, este término se utiliza para hacer referencia a la alteración o dificultad en el proceso de deglución, la misma que ocurre en cualquiera de sus fases (oral, faríngea, esofágica). (7,65)

2.16.5 Etiología

Las alteraciones de la deglución se dividen según la topografía de la lesión en: disfagia orofaríngea y esofágica. La disfagia más prevalente en la población infantil es la orofaríngea. A continuación, se describen las patologías o alteraciones más comunes que pueden producir disfagia:

Patología	Entidad
Congénita • Atro	esia de coanas
• Lat	oio leporino y/o paladar hendido.
• Sín	dromes craneofaciales.
• Lar	ingomalacia
• Fis:	rula Traqueoesofágica.
• Est	enosis Esofágica
• Ani	llos vasculares
Infecciosa • Abs	sceso periamigdalino.
• Epi	lotitis
• Sec	cuelas de Neuro infecciones
Neoplásica • Hel	mangioma
• Lin	agioma
• Lei	omioma
• Nu	ero fibroma u otros tipos de tumores cerebrales.
Digestiva • Ref	lujo gastroesofágico
• Aca	alasia
• Esc	ofagitis.
Neuromuscular • Par	álisis Cerebral.
• End	cefalopatía.
• Sín	drome de Down
• Sín	drome de Guillain-Barré
• Mia	stenia Grave.
• Pol	iomielitis



Traumática	Trauma Craneoencefálico.
	Lesiones externas en el cuello
	Ingesta de cáusticos
	Procedimientos Quirúrgicos

Figura 2. Patologías asociadas a alteraciones de la deglución. Trastorno de la Deglución y su Abordaje en Pediatría. **Elaboración:** Suescun, J. Pinzón, J. Bruges, A. (66)

2.16.6 Clasificación de la disfagia.

Para un diagnóstico correcto y una intervención terapéutica acorde a las necesidades del paciente se debe tener en cuenta la topografía de la alteración, el grado en el que la alteración dificulta el proceso deglutorio y según la fisiopatología; para ello a continuación damos una breve clasificación.

Disfagia Oral	Aspiración previa a la deglución faríngea.
	Fuga del alimento.
	Residuos orales
	Movilidad deficiente de la lengua y durante la masticación.
	Transporte tardío del bolo.
	División difusa del bolo en cavidad oral
	Regurgitación hacia cavidad nasal de los alimentos.
Disfagia Faríngea	Aspiración durante la deglución.
	Limitación de la elevación de la laringe.
	Movimientos incompletos del hioides
	Cierre incompleto de la epiglotis
	Inicio tardío de la deglución faríngea
	Ausencia de la deglución faríngea.
Disfagia esofágica	Apertura incompleta o nula del SFE
	• Regurgitación desde el esófago hasta los senos



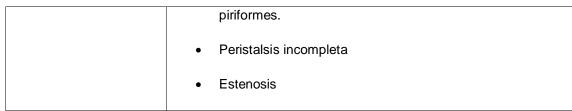


Figura 3. Clasificación de la disfagia según la topografía de la lesión. Disfagia Orofaríngea: Actualización y manejo en poblaciones específicas. **Elaboración:** Rodríguez, M. Vaamonde, P. Gonzales, T. Quintana, A. Gonzales, A. (65)

Es importante conocer que generalmente la disfagia oral y faríngea se encuentran juntas pues el tiempo de una fase a otra es de aproximadamente 1s por lo que es casi imperceptible y se acompañaran la una a la otra. (65)

2.17 VOZ

La voz es el apoyo físico que transmite mensajes y que da al individuo una marca de identidad, la misma que se produce gracias a la vibración de las cuerdas vocales (67). La voz humana se ve descrita según las características: duración, tono, intensidad, y timbre; para describir esta última cualidad se empelan términos como voz ronca, áspera, raspada, metálica, con escape de aire o soplada, híper o hipo nasal, y/o des nasal. (68)

2.18 ETAPAS DE LA ADQUISICIÓN DE LA VOZ

Según Aponte, la voz cambia durante las etapas de la vida, infantil, adolescencia, adultez, presenil y senil, cada una tiene diferentes características y se las describe a continuación:

- Etapa infantil: se da a partir de los 0 a 9 años. La modulación y entonación tienen una información psicoafectiva. Los pliegues miden de 4,5 a 5 milímetros, el hioides está en el tercio inferior de la segunda vértebra cervical, el cricoides entre la C3 y C4. conforme el niño crece adquiere una extensión vocal de 5 semitonos, juega con su aparato vocal, reproduce ritmos, melodías, sonidos más fuertes y prolongados. A partir de los 3 años la voz da características según el temperamento del niño y hacia los 6 años se diferencia la voz de niño y niña. (69)
- Etapa de la Adolescencia: se da a partir de los 10 a 17 años. Esta etapa se caracteriza porque el hombre abandona su registro agudo para



poseer una voz más grave, esta se da por el descenso de la laringe y desarrollo propio del organismo, se da el cambio de voz. En el caso de la mujer también se da el cambio de registro, aunque es poco notable hacia tonos agudos. Estructuralmente los pliegues vocales se ubican en la quinta vértebra cervical, aumenta la longitud y espesor de estos pliegues. (69)

- Etapa Adulta: se da a partir de los 18 hasta los 49 años. Las características de la voz obtenidas en las anteriores etapas se mantienen gracias a las hormonas sexuales. La laringe sigue descendiendo en la séptima vértebra cervical, los pliegues van perdiendo elasticidad y eficacia de agudos, se opaca del timbre. (69)
- Etapa Presenil: inicia a los 49 a 77 años. En esta etapa los pliegues vocales se pueden encontrar edematosos, existe pérdida de tonos agudos, timbre ronco, además es posible la presencia de edemas, pólipos, disminución de la extensión vocal, carraspeo y posturas inadecuadas. (69)
- Etapa Senil: es la última etapa y se da de los 77 años en adelante, caracterizada por la disminución de las fibras nerviosas causadas por la atrofia celular, las estructuras presentan edemas crónicos, existe hipofunción velofaríngea, temblor en la voz, disminución de la intensidad, reducción de la resonancia, alteración en la coordinación fono respiratoria, entre otras. (69)

Además, Solanellas menciona que en la edad pediátrica se dan 4 fases en la evolución de la voz.

- Primera fase: comprende desde el nacimiento hasta los 2 meses, esta se caracteriza por emisiones de gran intensidad y una frecuencia fundamental de 500 Hz, como por ejemplo los gritos o el llanto. (70)
- Segunda fase: contempla desde los 2 meses hasta los 6 años de edad, la voz se modifica a una menor frecuencia y mejor modulada. (70)



- **Tercera fase:** se da hasta la pubertad, en esta fase aumenta el rango vocal. (70)
- Cuarta Fase: alcanza la adolescencia propiamente dicha, se da inicio a un proceso transitorio en donde se provoca el descenso de la laringe y la presencia de la voz diplofónica. (70)

2.19 BATERÍAS DE EVALUACIÓN DE LA VOZ

Para la evaluación de trastornos de la voz es fundamental el apoyo multidisciplinario de profesionales; se inicia con la anamnesis para identificar los factores de riesgos y los síntomas que presenta el usuario; también contiene una valoración de la percepción auditiva para detectar la presencia, el tipo y la intensidad del trastorno de la voz; una evaluación cuantitativa y cualitativa acústica de la voz, valoración de la aerodinámica a través del control del flujo de aire durante la fonación y finalmente una valoración estructural y funcional de la laringe. (71)

2.19.5 Voice handicap índex pediátrico

Desarrollado y adaptado por Karen B, es una herramienta de evaluación de la calidad de vida de los niños con disfonía, aspectos físicos, funcionales y emocionales de la voz. Se realiza mediante el interrogatorio a familiares que brindan una idea global de la afección de la voz y proporciona información de cómo perciben los niños su patología. Este test consta de 23 preguntas, las mismas que se dividen en aspecto funcional con 7 preguntas, aspecto físico con 9 preguntas y aspecto emocional con 9 preguntas. Da una puntuación de 0 a 92 puntos. Cada respuesta se califica sobre 5 puntos y va desde nunca a siempre. (72,73)

2.19.6 Escala de GRBASI

La sociedad Japonesa de Logopedia y Foniatría presentó en el año de 1981, la escala GRBAS, que es considerada como la escala más compacta de todos los sistemas de calificación perceptivos, fue aceptada y usada a diario por los miembros del equipo de la voz. Gracias a su simplicidad es ampliamente utilizada a nivel internacional por los diferentes tipos de voz según cada idioma y por las necesidades de cada región. Existen múltiples versiones como: RBH



(países de habla alemana), GRB (versión acortada), GRBASI (utilizada en Brasil y en nuestro contexto), RASATI, GRBSPLxx (con mayor número de ítems y mucho más detallada). (68)

Es una escala subjetiva de calificación perceptiva de la voz; se divide en 6 parámetros como, G: grado de disfonía, R: rasposa o ronca, B: soplada, A: Débil; S: estrangulada o tensión e I: inestabilidad. También se califica según las cuatro categorías de severidad que va de 0: ligera, 2: moderada hasta 3: severa (68). Esta se debe aplicar en todos los casos de disfonía, en especial cuando esta es de origen orgánico. (74)

2.20 DISFONÍAS

Se la define como una alteración en la voz en cuanto al tono, intensidad y timbre. Este trastorno se da tanto en niños como en adultos. Existen múltiples disfonías que originan alteraciones funcionales y estructurales. Su evolución es progresiva con episodios que duran algunos días hasta llegar a ser constante y permanente. Tiene una prevalencia entre el 6% y 23% en la población infantil. (70,72,75)

2.20.5 Etiología

La disfonía puede aparecer por la presencia de alteraciones inflamatorias de las vías Aero digestivas superiores, intervenciones quirúrgicas, alteraciones estructurales y funcionales. Generalmente las causas son congénitas y adquiridas. (70,75)

2.20.6 Clasificación de las disfonías.

Solanellas describe tres tipos de alteraciones que se producen en la voz:

Disfonías orgánicas: están asociadas a la presencia de alteraciones estructurales y origen neurológico, ocasionadas a la inmovilidad de las cuerdas vocales generando alteración en el tono. Este tipo de disfonía se acompaña de disnea y disfagia. Incluye patologías como, sulcus vocalis, quiste epidermoide, estría vocal, papilomatosis laríngea, lesiones cordales, entre otras. (75)



- Disfonías funcionales: provocadas por el mal uso vocal o por presencia de tensión muscular produciendo una hiperfunción laríngea, alteración en las estructuras laríngeas, contracción excesiva de la musculatura laríngea. (75)
- Disfonías orgánico- funcionales: se asocian con la combinación patológica, la patología más prevalente y común en la edad pediátrica son los nódulos vocales, su causa principal sigue siendo el abuso vocal y el reflujo faringolaríngeo. En general alteran el tercio anterior y medio de ambos pliegues vocales. (75)



CAPITULO III

3.1. OBJETIVO GENERAL

 Determinar la prevalencia de patologías fonoaudiológicas en el área de fonoaudiología CEDIUC 2016 – 2019.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a los usuarios que asistieron al área de fonoaudiología en el periodo 2016-2019; según el sexo y edad.
- Clasificar las patologías fonoaudiológicas registradas en la historia clínica de acuerdo a las áreas de la fonoaudiología.
- Relacionar las variables edad y sexo con las patologías fonoaudiológicas.



CAPITULO IV

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. Descriptivo pues permitió la valoración de información verídica a través de la observación sistemática del objetivo; así se pudo catalogar, relacionar, e interpretar las variables y datos obtenidos. Transversal debido a que se midió la prevalencia de patologías en una determinada población en un tiempo específico. Y finalmente, retrospectivo porque se analizó datos que ya acontecieron en el tiempo.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó en el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca (CEDIUC), en la Parroquia Huayna Cápac, Calle Pje. Del Paraíso, Campus Paraíso de la Universidad de Cuenca, en el Edificio de la Escuela de Enfermería; el centro posee más de 20 años al servicio de la comunidad. Al ser un centro universitario, brinda asistencia en las diferentes áreas como fonoaudiología, terapia física, estimulación temprana, psicología, pediatría y enfermería, teniendo gran acogida en la población en general y generando oportunidades para incluir experiencia a los estudiantes de pregrado bajo la tutela de personal capacitado en las diferentes áreas. Siendo el área de fonoaudiología la estudiada para esta investigación, se recopiló la información de dicha área mediante la revisión de historias clínicas e informes fonoaudiológicos, que resolvieron los objetivos del estudio.

4.3. UNIVERSO Y MUESTRA UNIVERSO

El universo estuvo conformado por todas historias e informes fonoaudiológicos de los pacientes que se atendieron en el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca en el periodo 2016-2019.

MUESTRA

Para la obtención de la muestra se utilizó la fórmula para un universo infinito, ya que se desconocía la totalidad de los usuarios atendidos en el área de



fonoaudiología del CEDUIC en el periodo 2016-2019; pues no existía un registro estadístico de atenciones dentro del área.

Fórmula para calcular la muestra de un universo infinito:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{e^2}$$

$$n = \frac{(1.64)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2}$$

$$n = 268,6$$

N= el número de muestra.

Z= nivel de confianza (90%)

P=probabilidad a favor. (50%)

Q=probabilidad en contra. (50%)

E= máximo de error. (5%)

Posterior al aplicar los criterios de exclusión, la unidad de casos válidos fue de 117 historias clínicas e informes que permitieron tener un mayor grado de confiabilidad de la información.

La muestra considerada fue de 117.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1. Criterios de inclusión

- Historias clínicas e informes fonoaudiológicos iniciales o finales de usuarios que se encuentren comprendidos entre 3 años a los 5 años 11 meses.
- Usuarios que hayan sido atendidos dentro del CEDIUC en el área de fonoaudiología en el periodo 2016-2019.

4.4.2. Criterios de exclusión

- Historias o informes que no tengan datos o información completa.
- Historias clínicas o informes que se encuentren con datos ilegibles.



Historias clínicas o informes que se repitan.

4.5. VARIABLES

Estudio de variables (anexo 2)

Variables independientes:

- Edad
- Sexo

Variable dependiente:

Patologías fonoaudiológicas

4.6. MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.6.1. MÉTODOS

La investigación se basó en una observación sistemática de los datos recogidos de los informes fonoaudiológicos e historias clínicas, mismos que se incluyeron en el formulario y fueron tabulados. Se tomaron datos relevantes y útiles como, sexo, edad y diagnóstico de patologías Fonoaudiológicas.

4.6.2. INSTRUMENTOS

Se realizó un formulario (anexo 1) para la recolección de los datos de cada usuario, el mismo nos permitió visualizar toda la información recabada de las historias clínicas e informes; datos que fueron analizados y tabulados.

4.6.3. PROCEDIMIENTOS

Después de la aprobación del protocolo, se procedió a revisar los informes e historias del área de fonoaudiología del Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca (CEDIUC) de los usuarios que fueron diagnosticados en los años 2016 al 2019. Posterior a la recolección de los informes o historias, se revisó si los usuarios se encuentran dentro de los criterios de inclusión planteados anteriormente para la investigación. Acto seguido se realizó el llenado del formulario para recabar datos, se finalizó con la tabulación y análisis de los mismos.

4.6.4. AUTORIZACIÓN

Se envió un oficio de aprobación al Dr. Julio Jaramillo Oyervide, director del Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca, CEDUIC, quien



aceptó el ingreso de las estudiantes, el estudio y análisis de los informes e historias clínicas del área de fonoaudiología. (Anexo 3)

4.6.5. SUPERVISIÓN

Está investigación estuvo bajo la supervisión de la Mgst. Paola Ortega, quien nos brindó asesoría sobre los procedimientos a realizarse y nos guio durante la ejecución de la investigación. Se estableció un horario determinado para la revisión del proyecto, preguntas e inquietudes que nacieron durante la investigación. Ambas partes tanto docente como alumnas estuvieron en conforme acuerdo de que cualquier asesoría o sugerencia fuese para lograr mejoras en la investigación.

4.7. TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para realizar el análisis de los resultados se utilizó el programa Microsoft Excel versión 2010 y el programa SPSS versión 23, donde se combinaron las variables anteriormente mencionadas para un análisis estadístico descriptivo e inferencial. Las variables cuantitativas se analizaron mediante medidas de tendencia central, es decir calculando media, mediana y moda; mientras que para las variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS

Para el proyecto las autoras analizaron, eligieron y registraron todos los datos obtenidos con total discreción y reserva, siendo utilizadas únicamente para la investigación a realizar.

• Confidencialidad: La información obtenida se manejó con absoluta confidencialidad y anonimidad, a fin de salvaguardar la privacidad de los usuarios. Conforme dicta el acuerdo ministerial 5216 del reglamento de información confidencial del sistema de salud nacional, en el artículo 7 donde menciona que, "Por documentos que contienen información de salud se entienden: historias clínicas, resultados de exámenes de laboratorio, imagenología y otros procedimientos, tarjetas de registro de atenciones médicas con indicación de diagnóstico y tratamientos, siendo los datos consignados en ellos confidenciales. El uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines



diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados. La autorización para el uso de estos documentos antes señalados, es potestad privativa del/a usuario/a o representante legal. En caso de investigaciones realizadas por autoridades públicas competentes sobre violaciones a derechos de las personas, no podrá invocarse reserva de accesibilidad a la información contenida en los documentos que contienen información de salud."

Y en el artículo 12 del mismo reglamento también se menciona que, "en el caso de historias clínicas cuyo uso haya sido autorizado por el/la usuario/a respectivo para fines de investigación o docencia, la identidad del/a usuario/a deberá ser protegida, sin que pueda ser revelada por ningún concepto. El custodio de dichas historias deberá llevar un registro de las entregas de las mismas con los siguientes datos: nombres del receptor, entidad en la que trabaja, razón del uso, firma y fecha de la entrega." (77)

- Balance de riesgo y beneficio: Se consideró cómo riesgo la probabilidad de que la información encontrada en las historias clínicas o informes no esté completa o clara, y que las historias clínicas o informes se repitan. Como beneficio se consideró, que este estudio permita conocer la prevalencia de patologías fonoaudiológicas en el centro de desarrollo infantil de la Universidad de Cuenca, CEDUIC; lo que permite aportar información estadística a la comunidad.
- Declaración del conflicto de interés: No existe ningún conflicto de interés para las autoras de la investigación. La información obtenida de las historias clínicas o informes se utilizó únicamente con fines académicos e investigativos.





CAPITULO V

5.1. RESULTADOS.

Para el análisis de los resultados se utilizó el programa SPSS versión 23 y Excel, se tomaron cuadros estadísticos descriptivos: moda y media, las mismas que corresponden a variables cuantitativas con la utilización de variables cualitativas y cuantitativas.

Los resultados obtenidos en la presente investigación, fueron realizados a partir del cálculo de muestreo probabilístico que correspondió a una revisión de 269 casos de historias clínicas e informes fonoaudiológicos del centro; sin embargo, al aplicar los criterios de exclusión, la unidad de casos válidos fue de 117 historias clínicas e informes que permitieron tener un mayor grado de confiabilidad de la información, los resultados se presentan a continuación:

Tabla N°1

Distribución de las medidas de tendencia central según la edad de los usuarios del Centro de Desarrollo Infantil, CEDIUC, que asistieron al área de Fonoaudiología en el periodo 2016 – 2019.

Edad	N°	Mínimo	Máximo	Media	Moda
	117	3	5,10	3.76	3

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Diana Tapia - Pamela Riera

En relación a edad de los usuarios, la media de edad se ubicó en 3 años 7 meses, la edad mínima fue de 3 años con un valor máximo en 5 años 10 meses; la edad más frecuente en la población de estudio correspondió a 3 años.



Tabla N°2

Distribución según las variables sexo y edad de los usuarios del Centro de Desarrollo infantil, CEDIUC, que asistieron al área de fonoaudiología, en el periodo 2016 – 2019.

Edad/Sexo	Masculino		Feme	enino	Total		
Luau/Sexu	N°	%	N°	%	N°	%	
3 a 3 años 11 meses	36	30.77	18	15.38	54	46.15	
4 a 4 años 11 meses	24	20.51	14	11.97	38	32.48	
5 a 5 años 11 meses	17	14.53	8	6.84	25	21.37	
Total	77	65.81	40	34.19	117	100.00	

Fuente: Formulario de Recolección.

Elaborado por: Diana Tapia – Pamela Riera.

En la tabla N°2 se observó que, de la población de usuarios atendidos en el área de fonoaudiología en el CEDIUC, el rango etario de 3 años a 3 años 11 meses de sexo masculino tenía mayor predominio con un 30.77% que correspondió a 36 usuarios, mientras que para el sexo femenino en el rango de edad de 5 años a 5 años 11 meses se ubicó en menor porcentaje con un 6.84% correspondiendo a 8 usuarias de los datos obtenidos.



Tabla N° 3

Distribución según las patologías Fonoaudiológicas en el área del Lenguaje de los usuarios del Centro de Desarrollo infantil, CEDIUC, que asistieron al área de fonoaudiología en el periodo 2016 – 2019.

Patologías Fonoaudiológicas	Total		
Área del Lenguaje	N°	%	
Inicio Tardío del lenguaje o Hablante Tardío.	29	24.80	
Trastorno del desarrollo del lenguaje.	17	14.52	
Trastorno del desarrollo del lenguaje secundario.	14	11.94	
Desarrollo del lenguaje adecuado a la edad cronológica.	51	43.62	
No registra.	6	5.12	
Total	117	100.00	

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Diana Tapia - Pamela Riera

En la tabla N°3 se evidenció que el Desarrollo del lenguaje adecuado a la edad cronológica corresponde al 43.62% mientras que el Trastorno del desarrollo del lenguaje secundario correspondió al 11.94% en el área del lenguaje.



Tabla N°4

Distribución según las patologías Fonoaudiológicas en el área de Habla de los usuarios del Centro de Desarrollo infantil, CEDIUC, que asistieron al área de fonoaudiología en el periodo 2016 – 2019.

Patologías Fonoaudiológicas	Total		
Área del Habla	N°	%	
Trastornos de los sonidos del habla Fonético.	30	25.65	
Trastornos de los sonidos del habla Fonológico.	18	15.38	
Trastornos de los sonidos del habla Fonético – Fonológico.	15	12.80	
Disfluencia.	1	0.85	
Tartamudez	-	-	
Apraxia del habla infantil	-	-	
Habla adecuada.	9	7.68	
No registra.	44	37.64	
Total	117	100.00	

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Diana Tapia - Pamela Riera

La tabla N° 4 indicó que, en el área del habla, el 37.61% de los usuarios no registraron diagnóstico, el Trastorno de los sonidos del habla Fonético correspondió al 25.65% siendo la patología diagnosticada más prevalente y en un mínimo porcentaje se encontró la Disfluencia con el 0.85% del total de historias clínicas e informes analizados.



Tabla N°5

Distribución según las patologías Fonoaudiológicas en el área de audición de los usuarios del Centro de Desarrollo infantil, CEDIUC, que asistieron al área de fonoaudiología en el periodo 2016 – 2019.

Patologías Fonoaudiológicas	Total		
Área de Audición	N°	%	
Según el grado			
Hipoacusia Leve 21 – 40 dB.	-	-	
Hipoacusia moderada 41 – 70 dB.	-	-	
Hipoacusia severa 71 – 90 dB.	-	-	
Hipoacusia profunda +90 dB.	-	-	
Según la localización			
Hipoacusia Transmisión.	1	0.85	
Hipoacusia Neurosensorial.	-	-	
Hipoacusia Mixta.	-	-	
Hipoacusia sin Especificación.	1	0.85	
Según la extensión			
Hipoacusia Unilateral.	-	-	
Hipoacusia Bilateral.	-	-	
Audición normal.	86	73.53	
No registra.	29	24.77	
Total	117	100.00	

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Diana Tapia - Pamela Riera

La Tabla N°5 indicó que la audición normal predominó con un 73.53% mientras que la Hipoacusia de Transmisión y la Hipoacusia sin Especificación representaron un 0.85% respectivamente de los datos obtenidos.



Tabla N°6

Distribución según las patologías Fonoaudiológicas en el área de deglución de los usuarios del Centro de Desarrollo infantil, CEDIUC, que asistieron al área de fonoaudiología en el periodo 2016 – 2019.

Patologías Fonoaudiológicas	Total		
Área de Deglución	N°	%	
Disfagia Leve	-	-	
Disfagia moderada	-	-	
Disfagia severa	-	-	
Disfagia oral.	1	0.85	
Disfagia Orofaríngea	-		
Disfagia Faríngea	-	•	
Disfagia Esofágica	-	•	
Disfagia sin especificación.	1	0.85	
Deglución normal.	28	23.93	
No registra	87 74.3		
Total	117	100.00	

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Diana Tapia – Pamela Riera

La tabla N°6 indicó que, en el área de la fonoaudiología correspondiente a la deglución, el 74.37% de los usuarios no registraron un diagnóstico de deglución; mientras que la Deglución normal correspondió al 23.93% de los participantes y en menor frecuencia se encontró la Disfagia Oral y la Disfagia sin Especificación con un 0.85% del total de informes e historias clínicas



Tabla N° 7

Distribución según las patologías Fonoaudiológicas en el área de la voz de los usuarios del Centro de Desarrollo infantil, CEDIUC, que asistieron al área de fonoaudiología en el periodo 2016 – 2019.

Patologías Fonoaudiológicas	Total		
Área de Voz	N°	%	
Eufonía	85	72.65	
Disfonía	2	1.71	
No registra	30	25.64	
Total	117	100.00	

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Diana Tapia – Pamela Riera

En la tabla N°7 se observó que, en el área de la fonoaudiología, específicamente en el área de la Voz, la Eufonía fue prevalente con un 72.65%, la disfonía presentó un mínimo porcentaje correspondiente al 1.701% y el 25.64% de los usuarios no registraron datos.



Tabla N° 8

Distribución de las patologías Fonoaudiológicas -Lenguaje según la edad y sexo de los usuarios del Centro de Desarrollo infantil, CEDIUC, que asistieron al área de fonoaudiología, en el periodo 2016 – 2019.

	Rango edad									
	3 años a 3 años 11 meses				4 años a 4 años 11 meses			5 años a 5 años 11 meses		
		Sexo		Sexo			Sexo			general %
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	,,
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Inicio Tardío del Ienguaje o Hablante Tardío	11.12	7.70	18.82	0.85	2.57	3.42	1.71	0.85	2.56	24.80
Trastorno del desarrollo del lenguaje	5.98	0.85	6.83	3.42	1.71	5.13	0.85	1.71	2.56	14.52
Trastorno del desarrollo del lenguaje secundario	5.12	0.85	5.97	4.27	0.85	5.12	-	0.85	0.85	11.94
Desarrollo del lenguaje adecuado a la edad cronológica.	8.55	5.13	13.68	9.41	5.13	14.54	11.97	3.41	15.40	43.62
No registra	-	0.85	0.85	2.56	1.71	4.27	-	-	-	5.12
Total	30.77	15.38	46.15	20.51	11.97	32.48	14.53	6.84	21.37	100.00

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Diana Tapia – Pamela Riera

La tabla N° 8 indica que según el sexo, edad y patologías fonoaudiológicas del lenguaje los usuarios correspondientes al rango de edad de 5 años a 5 años 11 meses del sexo masculino presentaron un desarrollo del lenguaje adecuado a la edad cronológica con un 11.97%, mientras que en el sexo femenino del mismo rango etario se evidencio un 3.43% con similar denominación. En cuanto al Inicio Tardío del lenguaje se observó una prevalencia en el rango de 3 años a 3 años 11 meses con un 11.12% para el sexo masculino, mientras



que para el sexo femenino de la misma edad representó un 7.7%. En otra instancia, en este mismo rango etario de usuarios de sexo masculino resalto un 5.98% con Trastornos del Desarrollo del lenguaje y para el sexo femenino apenas un 0.85% de evidencia. En el caso del Trastorno del desarrollo del lenguaje secundario los usuarios de 3 años a 3 años 11 meses de sexo masculino presentaron mayor frecuencia de la patología con un 5.12%, mientras que los usuarios femeninos de mismo rango etario y con igual diagnóstico solo representaron el 0.85%.



Tabla N°9

Distribución de las patologías Fonoaudiológicas - Habla según la edad y sexo de los usuarios del Centro de Desarrollo infantil, CEDIUC, que asistieron al área de fonoaudiología, en el periodo 2016 – 2019.

Habla	Rango edad									
	3 a 3 años 11 meses			4 a 4 años 11 meses			5 a 5 años 11 meses			Total General
	Sexo			Sexo			Sexo			
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	70
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	
*TSH- F	0.85	2.56	3.41	3.42	5.13	8.55	10.26	3.43	13.69	25.65
**TSH-FN	5.98	1.71	7.69	5.98	1.71	7.69	-	-	-	15.38
***TSH- FF	4.27	2.56	6.83	2.56	1.71	4.27	0.85	0.85	1.70	12.80
Disfluencia	-	-	-	0.85	-	0.85	-	-	-	0.85
Tartamudez		-	-		-	-	-	-	-	-
Apraxia del habla infantil			-	-	•	-	-	-	-	-
Habla adecuada	1.71	0.85	2.56	0.85	1	0.85	3.42	0.85	4.27	7.68
No registra.	17.96	7.70	25.66	6.85	3.42	10.27	-	1.71	1.71	37.64
Total General	30.77	15.38	46.15	20.51	11.97	32.48	14.53	6.84	21.37	100.00

^{*} TSH- F: Trastorno de los sonidos del habla Fonético.

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Diana Tapia - Pamela Riera

La tabla N° 9 indica que, según el sexo, edad y patologías fonoaudiológicas de habla, los usuarios del grupo etario de 3 años a 3 años 11 meses de sexo masculino que no registraron diagnóstico corresponden al 17.96% y en el caso de los usuarios femeninos de igual rango de edad corresponden a un 7.7%. En el grupo etario de 5 años a 5 años 11 meses el TSH- F represento un 10.26% en el sexo masculino mientras que para el sexo femenino el 3.43%. En la categoría de 3 años a 3 años 11 meses el TSH-FN presentó un 5.98% para el sexo masculino mientras que para el sexo femenino corresponde el 1.71%. El

^{**}TSH- FN: Trastorno de los sonidos del habla Fonológico.

^{***}TSH-FF: Trastorno de los sonidos del habla Fonético - Fonológico.



TSH F-F en el grupo etario antes mencionado para el sexo masculino represento el 4.27%, mientras que para el sexo femenino se observa el 2.56%. En porcentajes mínimos estuvo presente la Disfluencia con un 0.85% en el rango etario de 4 años a 4 años 11 meses. No se observaron casos de Tartamudez ni de apraxia del habla durante el análisis de informes e historias clínicas.



Tabla N°10

Distribución de las patologías Fonoaudiológicas – Audición, según la edad y sexo de los usuarios del Centro de Desarrollo infantil, CEDIUC, que asistieron al área de fonoaudiología, en el periodo 2016 – 2019.

				Ra	ingo edad					
A ! ! !	3 a 3 a	ños 11 mese	s	4 a 4 a	nños 11 mese	s	5 a 5 a	ños 11 mese	es	Total
Audición		Sexo		Sexo				Sexo		General
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	
Según el grado										
Hipoacusia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leve										
21 - 40 dB.										
Hipoacusia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
moderada										
41 - 70 dB.										
Hipoacusia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
severa 71 - 90 dB.										
										_
Hipoacusia profunda	-	-	-	-	-	-	-	-	_	-
+90 dB.										
Según la loca	dización									
		I	0.85		I					0.85
Hipoacusia Transmisión.	0.85	-	0.85	-	-	-	-	-	-	0.85
Hipoacusia Neurosensorial.	-	-	-	-	-	-	-	-	_	-
		_	_	_			_	_		_
Hipoacusia Mixta.	-	-	-	-	-	-	-	-	_	_
Hipoacusia sin			_	0.85		0.85	_	_		0.85
Especificación	-	-	-	0.05	-	0.65	-	-	_	0.65
Especificación										
Según la exte	ensión									
Hipoacusia	-	-								
Unilateral.			-	-	-	-	-	-	-	-
Hipoacusia	-	-								
Bilateral.			-	-	-	-	-	-	-	-
Otras										
Audición	23.10	10.25	22.25	10.00	0.55	24.27	12.60	E 40	10.01	73.53
normal.	23.10	10.25	33.35	12.82	8.55	21.37	13.68	5.13	18.81	13.53
No registra.	6.82	5.13	11.95	6.84	3.42	10.26	0.85	1.71	2.56	24.77
	0.02	5.13	11.95	0.04	3.42	10.26	0.65	1.71	2.50	24.11
Total General	30.77	15.38	46.15	20.51	11.97	32.48	14.53	6.84	21.37	100.00
			Janaié n	20.01	11.57	02.70	14.00	0.04		. 30.00

Fuente: Formulario de Recolección.

Elaborado por: Diana Tapia - Pamela Riera

En la tabla N°10 se observa que según el sexo, edad y patologías fonoaudiológicas: Audición, el 23.10% de los usuarios masculinos



correspondientes a la edad 3 años a 3 años 11 meses presentó Audición Normal, mientras que el 6.8% del mismo rango de edad y sexo no tuvo un diagnóstico respecto a audición. La hipoacusia de Transmisión se ubica en un 0.9% correspondiente a un usuario masculino de 3 años a 3 años 11 meses y la hipoacusia sin Especificación con el mismo porcentaje de 0.85% correspondiente a un usuario masculino de 4 años a 4 años 11 meses. No se registraron casos en hipoacusia leve, moderada, severa, profunda, neurosensorial, mixta, unilateral y bilateral.



Tabla N°11

Distribución de las patologías Fonoaudiológicas – Deglución, según la edad y sexo de los usuarios del Centro de Desarrollo infantil, CEDIUC, que asistieron al área de fonoaudiología, en el periodo 2016 – 2019.

	Rango edad									
	3 a 3 años 11 meses			4 a 4 años 11 meses			5 a 5 a	Total		
Deglución		Sexo		Sexo					General	
	%	%	%	% %		%	%	%	%	%
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	
Disfagia Leve	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Disfagia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
moderada										
Disfagia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
severa										
Disfagia oral	0.85	-	0.85	-	-	-	-	-	-	0.85
Disfagia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Orofaríngea										
Disfagia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Faríngea										
Disfagia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Esofágica										
Disfagia sin	_	-	-	0.85	_	0.85	_	-	_	0.85
especificación										
Deglución	8.55	5.98	14.53	4.27	4.27	8.55	0.85	-	0.85	23.93
normal										
No registra	21.37	9.40	30.77	15.39	7.70	23.08	13.68	6.84	20.52	74.37
Total General	30.77	15.38	46.15	20.51	11.97	32.48	14.53	6.84	21.37	100.00

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Diana Tapia – Pamela Riera

En la tabla N°11 respecto a las patologías de deglución con las variables sexo y edad, el 21.37% representó el mayor porcentaje de los usuarios que no registraron un diagnóstico de deglución, correspondiente al rango de 3 años a 3 años 11 meses de sexo masculino, mientras que el mismo rango y sexo se encontró deglución normal con un 9.40%; la disfagia oral presentó un único caso correspondiente al 0.85% en el rango de edad de 3 años a 3 años 11 meses y de la disfagia sin especificación registró un 0.85% de los usuarios masculinos de edad de 4 años a 4 años 11 meses.



Tabla N°12

Distribución de las patologías Fonoaudiológicas – Voz, según la edad y sexo de los usuarios del Centro de Desarrollo infantil, CEDIUC, que asistieron al área de fonoaudiología, en el periodo 2016 – 2019.

	Rango edad									
Voz	3 a 3 años 11 meses			4 a 4 años 11 meses			5 a 5 años 11 meses			Total General
102		Sexo		Sexo			Sexo			%
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	
Disfonía	-	0.85	0.85	-	0.85	0.85	-	-	-	1.70
Eufonía	23.93	10.26	34.19	12.82	5.98	18.80	13.68	5.98	19.66	72.65
No registra	6.84	4.27	11.11	7.69	5.14	12.83	0.85	0.85	1.70	25.64
Total General	30.77	15.38	46.15	20.51	11.97	32.48	14.53	6.84	21.37	100.00

Fuente: Formulario de Recolección

Elaborado por: Diana Tapia – Pamela Riera

En la siguiente tabla se observa que en mayor prevalencia se encuentro en la Eufonía, definiéndose como normalidad en el rango de edad de 3 años a 3 años 11 meses en el sexo masculino con un 23.93%, mientras que para Disfonía se registró dos usuarias de sexo femenino corresponden al 1.70% en los rangos de edad de 3 años a 3 años 11 meses y 4 años a 4 años 11 meses respectivamente.



CAPITULO VI

6.1. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio realizado en la ciudad de Cuenca fue determinar la prevalencia de las patologías fonoaudiológicas en el centro de Desarrollo infantil de la Universidad de Cuenca, CEDIUC; debido a que dicho centro posee una enorme trayectoria en la intervención de patologías del desarrollo infantil, entre ellas las patologías fonoaudiológicas, siendo evidente la afluencia de usuarios. Se utilizó un total de 117 historias clínicas e informes fonoaudiológicos de usuarios que asistieron al área de Fonoaudiología del CEDIUC en el periodo de 2016 – 2019. Con las variables estudiadas, se establecieron las patologías fonoaudiológicas prevalentes, de acuerdo a las áreas de trabajo que abarca la Fonoaudiología: Lenguaje, Habla, Audición, Deglución y Voz.

En cuanto al área del lenguaje, un estudio escrito por Pham, G et. al, en el año 2019, registró que el Trastorno del desarrollo del lenguaje es una de las patologías más frecuentes en usuarios de edad pediátrica; la muestra utilizada en esa investigación estuvo conformada por 1250 niños pertenecientes a diversos jardines infantiles vietnamitas, donde el 7% de los usuarios valorados presentaron este trastorno del desarrollo del lenguaje con intervalos entre 6.3% a 7% dependiendo cada jardín infantil (77). Ahora bien, en el presente estudio se obtuvo una muestra de 117 historias clínicas e informes fonoaudiológicos donde se determinó que el 14.5% presentó un diagnóstico de trastorno del desarrollo del lenguaje. El Inicio Tardío del lenguaje o Hablante Tardío registró el 24.80%, este resultado es similar a la bibliografía publicada en diciembre del 2016 escrita por Gallardo en México, la cual presentó que entre el 10 y 20% de los usuarios pediátricos poseen esta patología.(28)

Además, el Trastorno del desarrollo del lenguaje secundario reveló un 11.94%, el mismo que refleja una menor recurrencia en las patologías fonoaudiológicas del lenguaje, como menciona una investigación realizada en la Unidad Asistencial de Logopedia de la Universidad Pontificia de Salamanca,2014, en la cual se expuso porcentajes menores, donde el 8.6% presentó retraso de la



adquisición del lenguaje secundario a discapacidad intelectual, el 5.5% retraso lingüístico de naturaleza auditiva y el 5.3% retraso lingüístico de naturaleza motriz (10). Referente a la normalidad, el Desarrollo del lenguaje adecuado para la edad cronológica representó el 43.62% siendo prevalente frente a las patologías del lenguaje presentes en usuarios del CEDIUC.

Asimismo, un estudio llevado a cabo en Chile publicado por la Revista de Lingüística Teórica Aplicada en el año 2020, referente a la base de datos del ministerio de educación en este país dio a conocer que las niñas y niños de entre 3 y 5 años 11 meses presentan un diagnóstico de TDL (78). Sin embargo, en este estudio se encontró que existe una incidencia mínima de Trastorno del Lenguaje que corresponde al 6.83% en usuarios de 3 años a 3 años 11 meses, el 5.13% en el grupo etario de 4 años a 4 años 11 meses y el 2.56% en usuarios de 5 años a 5 años 11 meses.

En el año 2017, en la ciudad de Cuenca, se llevó a cabo un estudio con una muestra de 120 usuarios de edades comprendidas entre los 18 a 48 meses, un 17.5% de los participantes presentó Trastorno del desarrollo del Lenguaje correspondiente al sexo masculino (17); en tanto, nuestra investigación reflejó una menor prevalencia correspondiente al 5.98% de los usuarios masculinos de edades entre los 3 años a 3 años 11 meses con este diagnóstico. Por otra parte, en las zonas urbanas de la Ciudad de México y Querétaro, se efectuó una investigación en el año 2019, conformada por 636 niños de entre 36 y 83 meses de edad, dicha investigación contradice al estudio en mención, pues alega que el sexo femenino refirió el 37% de prevalencia en trastornos del desarrollo del lenguaje. (2)

En Ecuador, en el Distrito Metropolitano de Quito en el año 2016, se realizó un estudio donde se analizaron a 1311 niños de edades entre los 5 a 5 años 11 meses, dicho estudio detectó una prevalencia del 48.30% en el Retraso Simple del Lenguaje (RSL), enfatizando que del total el 55% fueron niños con RSL y el 45% niñas con RSL (5). No obstante, la presente investigación indicó que el Inicio Tardío del lenguaje o hablante tardío representó el 11.12% en pacientes de 3 a 3 años 11 meses de sexo masculino, en lo que el sexo femenino



presentó un 7.70%, con lo cual se corrobora que esta patología se manifiesta en mayor porcentaje en el sexo masculino.

En cuanto al área del habla, en el presente estudio se encontró que la prevalencia radica en los Trastornos de los sonidos del habla, con un 25.65% para TSH fonético; el TSH fonológico representando un 15.38% y TSH fonético – fonológico con un 12.80%; en el caso de Tartamudez, no se encontró ningún caso dentro del análisis de las historias clínicas e informes fonoaudiológicos; sin embargo, se evidenció la existencia de un único caso de Disfluencia con un 0.85%. Acotando a lo mencionado, un estudio realizado en Brasil en el año de 2017 en un centro de atención primaria de salud a cargo de la Clínica del Habla y del Lenguaje de la Universidad de Sao Paulo, se analizaron 525 historias clínicas, obteniendo de estas un 5.3% de pacientes con diagnóstico de trastornos fonológicos y un 5.3% con tartamudez, lo cual difiere con los resultados encontrados. (12)

En el 2015, un estudio longitudinal australiano de acuerdo con la edad y sexo, expuso que el sexo masculino, en edades de 4 años, mostraba una alta prevalencia de la adquisición de Trastornos de los sonidos del habla (TSH) con un 40.8% de un total de 1494 participantes (79). No obstante, en el CEDIUC se encontró porcentajes diferentes dado que la muestra de estudio estuvo segmentada en tres grupos de edad, donde el Trastorno de los sonidos del habla Fonético presentó mayor prevalencia en el rango de edad de 5 años a 5 años 11 meses con un 10.26%, el Trastorno de los sonidos del habla Fonológico se presentó en un 5.98% en el rango de 3 años a 3 años 11 meses y 4 años a 4 años 11 meses, además el TSH Fonético – Fonológico representó un 4.27% en el grupo etario de 3 años a 3 años 11 meses; todos estos rangos pertenecientes al sexo masculino.

En el CEDIUC no fue posible resaltar como prevalente alguna patología audiológica, pues de las 117 historias clínicas o informes fonoaudiológicos solo el 0.9% presentó una hipoacusia, mientras que el 73.53% presentó audición normal. Esto se debe a que este centro no realiza evaluaciones auditivas objetivas, si no que se basa en acumetrías verbales, lo cual genera resultados



poco precisos para dar un diagnóstico final; situación que se contradice en un estudio realizado en el año 2017, en donde, al analizar una población de 550 niños de edades entre 6 y 8 años el 53.3% mostraron pérdida auditiva, por lo cual incrementa la posibilidad de desarrollar patologías fonoaudiológicas secundarias (13) .De igual manera, en el año 2020 en Canadá se realizó un estudio con una muestra de 644 niños de jardín de infantes hasta sexto año de educación básica, donde se encontró que el 19.3% (124) de niños tenían una pérdida auditiva. (80)

En la ciudad de Cuenca existen centros especializados en patologías de origen neurológico, que brindan tratamiento y seguimiento a patologías como disfagia o disfonías en pacientes pediátricos. En el presente estudio no se puedo describir una prevalencia significativa dentro de las áreas de Deglución y voz, dado que existieron solo 2 casos de disfonía (1.70%) y 1 casos de disfagia, (0.85%) oral y sin especificación (0.85%); la falta de evidencia de patologías de deglución y voz en el CEDIUC es debido a que no se realizan evaluaciones objetivas para el diagnóstico de las mismas, pues no es un centro especializado en el manejo de estas patologías. Sin embargo, existe literatura publicada en el año 2020 por M. Kooi-van Es et al. que señaló que de 295 pacientes pediátricos con trastornos neurológicos el 47,2% presentó disfagia, de los cuales el 90,0% presentaban problemas de masticación, el 43,0% problemas al tragar y el 33,3% una combinación de las dos dificultades (81). Mientras que, en el área de la voz, un estudio realizado en Chile en el año 2019, con una muestra de 22 usuarios pediátricos reveló que 18 de ellos presentaron alguna alteración vocal, siendo la patología más común, los nódulos vocales presentes en 10 de los pacientes y el aumento de volumen asimétrico en 8 de los usuarios. (76)

Para concluir, es fundamental destacar que los resultados indicaron prevalencia en el inicio tardío del lenguaje con un 24.80%, trastornos de los sonidos del habla de índole fonético con un 25.65%, hipoacusia de Transmisión y sin especificación con un 0.85%, disfagia oral y sin especificación con un 0.85% y finalmente el 1.70% de disfonía.



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

- Se concluye que el 65.81% de los informes analizados fueron de usuarios del sexo masculino, mientras que el 34.19% pertenecían al sexo femenino.
- Las patologías fonoaudiológicas más prevalentes fueron: el Inicio Tardío del lenguaje (24.80%) y el Trastorno de los sonidos del habla fonético (25.65%), seguido de disfagia sin Especificación (0.85%) y disfagia oral (0.9%), además hipoacusia de Transmisión y sin especificación (0.85%) y adicionalmente disfonía (1.70%).
- En las variables asociadas, sexo, edad y patologías fonoaudiológicas se registró que existe mayor predominio del sexo masculino para la adquisición de patologías fonoaudiologías; donde el 11.12% de los usuarios masculinos presentaron Inicio tardío del lenguaje en edades de 3 años a 3 años 11 meses, el 10.26% presentaron Trastorno de los sonidos del habla Fonético en las edades de 5 años a 5 años 11 meses, el 0.85% fue referente a dos únicos casos de Disfagia oral y sin especificación en el rango de edad de 3 años a 4 años 11 meses, otro 0.85% de los usuarios presentaron Hipoacusia de Transmisión y sin especificación en las edades comprendidas de 3 años a 4 años 11 meses. Mientras que en el caso de Disfonía se localizó un 1.70%, dato que representó a dos femeninas correspondientes a las edades de 3 años a 4 años 11 meses.
- Las patologías en las que más desempeña su labor el Fonoaudiólogo encargado del área en el CEDIUC son: Inicios tardío del lenguaje y los trastornos de los sonidos del habla.
- El rango etario con mayor predisposición a poseer una patología fonoaudiológica fue de 3 a 3 años 11 meses.



7.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda manejar una base de datos digital de todos los usuarios atendidos en el área de fonoaudiología.
- Se sugiere colocar los informes fonoaudiológicos iniciales, de reevaluación y finales en las historias clínicas, para mantener un seguimiento correcto de los usuarios y sus avances en el centro.
- recomienda profesionales а los utilizar referencias У contrarreferencias para las derivaciones otros centros а de especialización para obtener diagnósticos objetivos acerca de la audición, puesto que todos los usuarios deben realizarse un examen auditivo.
- Se sugiere que todos los usuarios que acuda al CEDIUC deban cumplir con una valoración audiológica de un centro especializado.
- Se recomienda realizar evaluaciones de deglución y voz para tener evidencia de los diagnósticos expresados en los informes u historias fonoaudiológicas.



CAPITULO VIII

8.1. BIBLIOGRAFÍA

- 1. Aguilera Albesa S, Orellana Ayala CE. Introducción Trastornos del lenguaje. Vol. 1, Pediatría Integral. 2017.
- Auza A, Peñaloza Castillo C. Factores individuales y familiares en el Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL). Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2021 Jan 19];40(86):41–66. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-91762019000100041&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 3. Blumenfeld Alejandro, Carrizo José, D´Angelo Sabrina, González Natalia, Sadra Yadel, Graizer Sandra, et al. Retraso del desarrollo del lenguaje en niños de 24 meses en un centro de salud en la Ciudad de Buenos Aires. Archivos Argentinos de Pediatria. 2018 Aug 1;116(4):242–7.
- CONADIS. Estadísticas de Discapacidad Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades [Internet]. Ministerio de salud publica. 2020. p. 1. Available from: https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/
- 5. Elizabeth R, Cevallos A, Andino MS, Astudillo TB, Guerre- MP. Prevalencia del retraso simple del lenguaje en niños escolares de nueve parroquias rurales del Distrito Metropolitano de Quito. 2016;41(2):32–8.
- 6. Susanibar Franklin, Dioses Alejandro, Marchesan Irene, Guzman Marco, Leal Gonzalo, Guitar Barry, et al. Trastornos del Habla: de los fundamentos a la evaluacion. Segunda Ed. EOS E, editor. España; 2016. 105–179 p.
- 7. García Burriel JI. Disfagia en la infancia. Anales de Pediatría Continuada. 2014 Sep 1;12(5):221–30.
- 8. Suárez Escudero JC, Rueda Vallejo ZV, Orozco AF. Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible? Acta Neurológica Colombiana. 2018 Mar 1;34(1):92–100.
- 9. Tapia Diana. Informe de Prácticas II. Cuenca; 2018.
- 10. García-Mateos M, Mayor Cinca MÁ, de Santiago Herrero J, Zubiauz de Pedro B. Prevalencia de las patologías del habla, del lenguaje y de la comunicación: Un estudio a lo largo del ciclo vital. Revista de Logopedia, Foniatria y Audiologia [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2021 Jan 19];34(4):163–70. Available from: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-articulo-prevalencia-patologias-del-habla-del-S0214460314000667
- Cárdenas Rodríguez AE, La Rosa Macía O, Rodríguez Pena A, Somano Reyes AJ. Incidencia de factores de riesgo para hipoacusia y su lateralidad en menores de un año. Medicentro (Villa Clara). 2018;22(2):128–34.



- Longo IA, Tupinelli GG, Hermógenes C, Ferreira LV, Molini-Avejonas DR. Prevalence of speech and language disorders in children in the western region of São Paulo. Scielo [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 19];29(6). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822017000600301&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- 13. Alarcón Prieto MF, Gallo García DF, Rincón Lozada CF. Riesgos prenatales, perinatales y neonatales asociados a signos neurológicos blandos. Revista Cubana de Pediatría. 2020;92(1):1–21.
- 14. Farneti D, Genovese E. Swallowing Disorders in Newborn and Small Children. In: Advances in Speech-language Pathology. InTech; 2017.
- 15. Ulestia Vizcaino A, Paz P, Serrano Gavela M. Prevalencia de la disfagia neurogénica en niños con Parálisis Cerebral Infantil en niños de 3 a 9 años, mediante la aplicación del Test de GUSS en la Fundación "CAMPAMENTO ESPERANZA." PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR [Internet]. 2018; Available from: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14729/ENTREGA FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 16. Urgiléz Coronel EE. "EVALUACIÓN DEL NIVEL AUDITIVO EN NIÑOS DE 6 A 7 AÑOS DE LAS ESCUELAS DEL CENTRO DEL CANTÓN SIGSIG. 2017-2018" [Internet]. Universidad de Cuenca. 2018. Available from: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31348/1/PROYECTON DE INVESTIGACIÓN.pdf
- 17. Guanchún Arias BO, Quizhpi Mejia JA. INCIDENCIA DE TRASTORNOS EN EL DESARROLLO DE LENGUAJE EN NIÑOS Y NIÑAS DE 18 A 48 MESES QUE ASISTEN AL PROGRAMA "CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS". CUENCA 2017 [Internet]. 2018. Available from: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30492/1/PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.pdf
- 18. Arichábala L. "Prevalencia del trastorno de los sonidos del habla en niños de 6 a 12 años". Universidad de Cuenca. Universidad de Cuenca; 2018.
- 19. Delgado Vélez JE, Flores Posligua SS. Trastornos fonoaudiológicos en pacientes hospitalizados. RECIMUNDO. 2020 Nov 10;4(4):138–47.
- 20. Ugalde M. El lenguaje: Caracterización de sus formas fundamentales. Universidad Nacional. 1987;1(20):15–34.
- 21. NIDCD. Speech and Language Developmental Milestones. National Institutes of Health. 2017;



- 22. Moran Alvardo MR, Vera Miranda LY, Moran Franco MR. LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. Universidad y Sociedad. 2017;9(2):313–8.
- 23. Sala Torrent M. Trastornos del lenguaje Trastornos del desarrollo del lenguaje oral y escrito.
- 24. Zimmerman I, Steiner V, Evatt R. PLS-5 Preschool Language Scales 5th Edition [Internet]. 2011 [cited 2021 Jan 20]. Available from: https://www.pearsonassessments.com/store/usassessments/en/Store/Professional-Assessments/Speech-%26-Language/Preschool-Language-Scales-%7C-Fifth-Edition/p/100000233.html
- 25. Zimmerman I, Steiner V, Evatt R. PLS-5 Preschool Language Scales 5th Edition [Internet]. Pearson Sesmentes. 2011 [cited 2021 Jan 20]. Available from: https://txautism.net/assets/uploads/docs/PLS-5-ed-KS-AK.pdf
- 26. Pavez MM. Test de comprensión auditiva del lenguaje de E. Carrow. Escuela de Fonoaudiologia. Universidad de Chile.; 2004.
- 27. Valera M, De Berbieri Z. PECFO Prueba de Evaluación de Conciencias Fonológicas. 1st ed. Uc E, editor. Chile; 2013.
- 28. Gallardo Martínez IE. Inicio tardío del lenguaje: revisión general. www.medigraphic.org.mx [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 19];5:89–96. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/audiologia/fon-2016/fon163c.pdf
- 29. American Speech Language Hearing Association. Late Language Emergence [Internet]. 2018. [cited 2021 Jan 20]. Available from: https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Late-Language-Emergence/#collapse_3
- 30. Monfort Juárez I, Monfort M. Utilidad clínica de las clasificaciones de los trastornos del desarrollo del lenguaje. Revista de Neurología. 2012;54(S01):147.
- 31. García Alonso MI, Medina Gómez MB. Comportamiento, lenguaje y cognición de algunos síndromes que cursan con discapacidad intelectual. International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicología [Internet]. 2017 Nov 19;4(1):55. Available from: http://www.infad.eu/RevistalNFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1027
- 32. Zapata Cuzcano A. CLASIFICACIÓN Y SEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN EL NIÑO. Dialnet. 2016;8:45–62.
- 33. Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of



- problems with language development: Terminology. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2017 Oct;58(10):1068–80.
- 34. Aguilar-Valera J. Trastornos de la comunicación desde el DSM-V. La necesidad de diagnostico diferenciales. Panamerican Journal of Neuropsychology. 2017;11:14.
- 35. Susanibar F, Dioses A, Monzón K. Artículo De Revisión El Habla Y Otros Actos Motores Orofaciales No Verbales: Revisión Parte I the Speech and Non-Speech Orofacial Motor Acts: Review Part I. Revista Digital EOS Perú. 2016;7(1):56–93.
- 36. Susanibar F, Motricidad C De, Latinoamerica O, Dioses A. ADQUISICIÓN FONÉTICA-FONOLÓGICA PHONETICS-PHONOLOGICAL ADQUISICIÓN FONÉTICA-FONOLÓGICA. 2013;(January).
- García Perez M. Tests Psicológicos. Lenguaje. LEN-021. EXAMEN LOGOPÉDICO DE ARTICULACIÓN – ELA-R.
- 38. Susanibar F, Dioses A, Castillo. Evaluación de motricidad orofacial. In: Tratado de Evaluación de Motricidad Orofacial. Madrid; 2014.
- 39. Scott Yaruss J, Quesal R, Coleman C. OASES Spanish/Español Stuttering Therapy Resources [Internet]. 2016. Available from: https://stutteringtherapyresources.com/products/oases-spanish?variant=33149756014732
- 40. Chenausky K V., Brignell A, Morgan A, Gagné D, Norton A, Tager-Flusberg H, et al. Factor analysis of signs of childhood apraxia of speech. Journal of Communication Disorders. 2020;87(July).
- 41. Asociación Estadounidense del Habla Lenguaje y Audición (nd). Childhood Apraxia of Speech [Internet]. Portal de Práctica. American Speech-Language-Hearing Association; 2017 [cited 2022 Jan 4]. Available from: https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/childhood-apraxia-of-speech/#collapse_3
- 42. Shriberg LD, Strand EA, Fourakis M, Jakielski KJ, Hall SD, Karlsson HB, et al. A diagnostic marker to discriminate childhood apraxia of speech from speech delay: I. development and description of the pause marker. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2017;60(4):S1096–117.
- 43. Fedorenko E, Morgan A, Murray E, Cardinaux A, Mei C, Tager-Flusberg H, et al. A highly penetrant form of childhood apraxia of speech due to deletion of 16p11.2. European Journal of Human Genetics. 2016;24(2):302–6.
- 44. Guardia Arce KS, Garrón Prado M, Guzmán Rojas AV. Disfluencia fisiológica en edad preescolar. Revista Científica de Salud UNITEPC. 2021 Jun 8;8(1):45–56.



- 45. PSYCHIATRIC AA. Guía de Consulta de los Criterios Daignósticos del DSM-5. Washington, DC; 2013.
- 46. Walsh BPHD, Usler EPhD, Bostian AM s., Mohan RPhD, Lippitt Gerwin KMS, Bronw BMS, et al. What Are Predictors for Persistence in Childhood Stuttering? Semin Speech Lang. 2019;39(4):299–312.
- 47. Smith A, Weber C. How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2017;60(9):2483–505.
- 48. Manrique Manuel, Marco J. Audiología. Proyectos. CYAN, editor. Audiología, Ponencia Oficial de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervico-Facial. Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervico-Facial.; 2014. 91–180 p.
- 49. Angel-Alvarado R. El desarrollo auditivo en la primera infancia: Compendio de evidencias científicas relevantes para el profesorado. Revista Electrónica Educare. 2016 Dec 5;21(1):1.
- 50. O-gómez AT De, Gutiérrez-farfán I, Arch-tirado E, Gutiérrez-canencia Ú, Linogonzález L. Umbral auditivo en pacientes pediátricos mediante audiometría por reforzamiento visual con base en los potenciales auditivos de estado estable Auditory threshold in pediatric patients obtained by visual reinforcement audiometry compared to the results obt. 2018;63(3):87–96.
- 51. GAES. Audiometría lúdica con auriculares GAES JUNIOR [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 26]. Available from: https://www.gaesjunior.com/deteccion-de-la-perdida/pruebas-para-el-oido-del-nino/pruebas-subjetivas/audiometria-ludica-con-auriculares/
- 52. Hidalgo-Gutiérrez R, Suárez-Hortiales S, Giménez-Scherer JA, Fraire-Martínez MI. Hallazgos neurofisiológicos de potenciales evocados auditivos en lactantes con antecedente de prematuridad Neurophysiological findings of auditory evoked potentials in infants with a history of prematurity. 2019;
- 53. Aguilar-madrid G, Torres-valenzuela A, Hinojos-escobar W, Gopar-nieto R. Latencias de los potenciales evocados auditivos del tallo cerebral, por edad y sexo, en población adulta mexicana. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54(55):203–10.
- 54. Nieto Alvarez C de la C. Importancia de los potenciales evocados auditivos de tallo cerebral en el diagnóstico de las hipoacusias Importance of Auditory Brainstem Evoked Potentials in the Diagnosis of Hearing Loss. 2021;5(2):1–15.
- 55. Organization WH. OMS | Pérdida de audición en la niñez [Internet]. [cited 2021 Jan 19]. Available from: https://www.who.int/topics/deafness/childhood-hearing-loss/es/



- 56. Organization WH. Sordera y pérdida de la audición [Internet]. [cited 2021 Jan 19]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss
- 57. García-Valdecasas Bernal J, Isabel Aguadero García M, Sainz Quevedo M. EXPLORACIÓN FUNCIONAL AUDITIVA.
- 58. American Speech-Language-Hearing Association. Hearing Loss (Ages 5+) [Internet]. Practice Portal. 2020 [cited 2021 Jul 25]. Available from: https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/hearing-loss/
- 59. Bureau International d' Audiophonologie (BIAP). International Bureau for Audiophonology BIAP Recommendation 02/1: Audiometric Classification of Hearing Impairments. 1997;1–2.
- 60. Fajardo L. Factores sociales asociados con problemas de alimentación en niños con múltiples deficiencias y/o sordociegos. Vol. 15, Factores sociales asociados con problemas de alimentación en niños con múltiples deficiencias y/o sordociegos. 2015. p. 5–18.
- 61. Chichero J, Murdoch B. Foundation , Theory and Practice. John Wiley. Chichester: John Wiley & sons, Ldt; 2006. 26 p.
- 62. Jones B. Normal and abnormal swallowing: Imaging in diagnosis and therapy. 2nd ed. New York: Springer; 2003.
- 63. Napolitano Valensuela Carla. Estudio y Manejo de Problemas de Deglución y Lenguaje. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE ESCUELA DE MEDICINA OTORRINOLARINGOLOGÍA. 2020;1.
- 64. Dodrill P, Gosa MM. Pediatric Dysphagia: Physiology, Assessment, and Management. Annals of Nutrition and Metabolism. 2015;66(Suppl. 5):24–31.
- 65. Ferreira A, Pierdevara L, Ventura I, Gracias A, Marques J, Reis M. The Gugging Swallowing Screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the Portuguese context. Revista de Enfermagem Referência. 2018 Mar 31;IV Série(N°16):85–94.
- 66. Vaamonde P, Hospitalario C, Santiago U De, Calvo-henriquez C, Hospitalario C, Santiago U De. DISFAGIA OROFARÍNGEA: Actualización y manejo en poblaciones específicas. 2018. 287 p.
- 67. Suescun José, Pinzón Javier, Brugues Adriana. Trastorno de la Deglución y su Abordaje en Pediatría. Researchgate. 2016;11.
- 68. Marta C-F, Gerardo A, Alicia F, Sara G, Enrique P. Trastornos del habla y del la voz. Barcelona, España: Editorial UOC; 2013.
- 69. Angel Gordillo LF. Hitos de la evaluación perceptual auditiva de la voz: ¿Hay evidencia? Areté. 2018;18(2):65–74.



- 70. Aponte G. C. Evolución de la voz desde el nacimiento hasta la senectud. Revista Colombiana de Rehabilitación. 2018 Feb 20;1(1):3.
- 71. Solanellas Soler J. Disfonía en la edad pediátrica. 2017.
- 72. Lopes LW, Silvestre E, Sousa S, Allan □, França Da Silva C, Marinho Da Silva I, et al. Cepstral measures in the assessment of severity of voice disorders Medidas cepstrais na avaliação da intensidade do desvio vocal.
- 73. Betances R F, Vallés V H. Prevalencia de disfonía infantil en el Colegio de Educación Infantil y Primaria "Ensanche"; de Teruel. Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. 2019;79(2):159–66.
- 74. Sandra D, Fernandez C. Indice de discapacidad vocal pediátrico: traducción, transculturalización y validación al Español-Argentino. 2020;(3):38–43.
- 75. Le Huche F, Allali A. La voz. Patología Vocal de Origen Funcional. 2da ed. Masson, editor. 2003.
- 76. Centeno A D, Penna R M. Caracterización de los pacientes con disfonía evaluados en la Unidad de Voz Pediátrica del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. 2019 Mar;79(1):18–24.
- 77. Ministerios de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial 5216. In: Reglamento de Información confidencial en el Sistema Nacional de Salud. 2015. p. 1–8.
- 78. Pham GT, Pruitt-Lord S, Snow CE, Nguyen YHT, Phạm B, Dao TBT, et al. Identifying Developmental Language Disorder in Vietnamese Children. Journal of Speech, Language, and Hearing Research [Internet]. 2019 Apr 17 [cited 2022 Feb 1];62(5):1452–67. Available from: https://pubs.asha.org/doi/10.1044/2019_JSLHR-L-18-0305
- Azcárraga MG. ENROLLEMENT TREND OF STUDENTS WITH SLI IN SPECIAL LANGUAGE SCHOOLS IN CHILE. Rev Linguist Teórica Apl [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 2];58(1):115–34. Available from: https://doi.org/10.29393/RLA58-5MGTM40005
- 80. Eadie P, Morgan A, Ukoumunne OC, Ttofari Eecen K, Wake M, Reilly S. Speech sound disorder at 4 years: prevalence, comorbidities, and predictors in a community cohort of children. Developmental Medicine & Child Neurology [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2022 Feb 3];57(6):578–84. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dmcn.12635
- 81. Fitzpatrick EM, McCurdy L, Whittingham JA, Rourke R, Nassrallah F, Grandpierre V, et al. Hearing loss prevalence and hearing health among schoolaged children in the Canadian Arctic. International Journal of Audiology. 2021;60(7):521–31.



- 82. Kooi-Van Es M, Erasmus CE, De Swart BJM, Voet NBM, Van Der Wees PJ, De Groot IJM, et al. Dysphagia and Dysarthria in Children with Neuromuscular Diseases, a Prevalence Study. Journal of Neuromuscular Diseases. 2020;7(3):287–95.
- 83. sexo | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE ASALE [Internet]. [cited 2021 Apr 29]. Available from: https://dle.rae.es/sexo
- 84. edad | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE ASALE [Internet]. [cited 2021 Apr 29]. Available from: https://dle.rae.es/edad?m=form
- 85. Martínes L, Cabezas C, Labra M, Martínes LM, Rosario U. Congreso Internacional Asociación Española de Logopedia. XXV Congreso de Logopedia, Fonia tría y Audiología. In: Libro de Encuentro Iberoamericano de Logopedia. 2006. p. 1–14.



CAPITULO IX

ANEXOS.

9.1. ANEXO 1: Operacionalización de las variables.

VARIABLE S	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADO R	ESCALA
	Condición	Masculino		1=Masculino
Sexo	orgánica, la misma que se diferencia entre si según los órganos sexuales que posean. (83)	Femenino	Historias clínicas e informes fonoaudiol ógicos iniciales.	2=Femenino
	Tiempo que		Historias e	1= De 3 años a 3 años 11 meses
Edad	ha vivido una persona o ser vivo. (84)	De 3 años a 5 años 11 meses	informes fonoaudiol ógicos iniciales o finales	2= De 4 años a 4 años 11 meses
				3= De 5 años a 5 años 11 meses
	Alteraciones o trastornos en el			1= Inicio tardío del lenguaje. (28)
Patologías fonoaudioló gicas.	desarrollo y/o funcionamie nto de una o varias áreas de la fonoaudiolo gía como son:	Lenguaje	Historias clínicas e informes fonoaudiol	2= Trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) (23)
			ógicos iniciales.	3= Trastorno del desarrollo del lenguaje secundario. (30)
	lenguaje, habla, voz,			4= Desarrollo del lenguaje



deglución y audición, que afectan la		adecuado a la edad cronológica.
comunicació		5= No registra.
n y estilo vida del individuo. (85)		6= Trastornos de los sonidos del habla fonético. (6)
		7= Trastornos de los sonidos del habla fonológico. (6)
	Habla	8= Trastornos de los sonidos del habla fonético – fonológico. (6)
		9= Disfluencia. (43)
		10= Tartamudez. (44)
		11= Apraxia del habla infantil. (40,82)
		9= Habla adecuada
		10= No registra.
		14= Audición normal.
	Audición	15=Hipoacusia leve, -21 -40 dB. (58)
		16= Hipoacusia moderada 41 -

	70 dB.
	17= Hipoacusia severa 71 – 90 dB.
	18= Hipoacusia profunda + 90 dB.
	19= Hipoacusia Trasmisión. (47)
	20= Hipoacusia neurosensorial.
	21=Hiapoacusia mixta.
	22= Hipoacusia sin Especificación
	23= Unilateral.
	24= Bilateral. (47)
	25= No registra.
	26= Deglución normal.
	27= Disfagia leve
Deglución	28= Disfagia moderada.
Deglacion	29: Disfagia severa.
	30= Disfagia oral.
	31= Disfagia orofaríngea.
	32= Disfagia faríngea.



		33=Disfagia esofágica. (7)
		34= No registra
		35= Disfagia sin especificación.
		36= Eufonía (6)
	Voz	37= Disfonía (70)
		38= No registra



9.2. Anexo 2: Formulario para la obtención de datos.

FORMULARIO



UNIVERSIDAD DE CUENCA Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Tecnología Médica

Carrera de Fonoaudiología



PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS FONOAUDIOLÓGICAS EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, CEDIUC. 2016-2019.

FORMULARIO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

N° de Formulario:	
1. Sexo:	
1) Masculino 2) Femenino [
2. Edad	
3 años a 3 años 11 meses 4 años a 4 años 11 meses 5 años a 5 años 11 meses Patologías Fonoaudiológicas	
	noaudiológicas
Lenguaje 1) Inicio tardio del lenguaje. 2) Trastorno del desarrollo del lenguaje. 3) Trastorno del desarrollo del lenguaje secundario. 4) Desarrollo del lenguaje adecuado a la edad cronológica. 5) No registra	Habla 6 Trastornos de los sonidos del habla fonético 7 Trastornos de los sonidos del habla fonetico 8 Trastorno de los sonidos del habla fonético. Fonológico 9 Disfluencia. 10 Tartamudez. 11 Apraxia del habla infantil. 12 Habla adecuada. 13 No registra.
Audición Deglución	n Voz
15) Hipoacusia leve 21 - 40 dB	Deglución normal 36) Disfonía 37) Eufonía 37) Eufonía 38) No registra 38) No registra 38) Sisfagia severa. Disfagia oral. Disfagia faríngea Disfagia faríngea. Disfagia esofágica. No registra Disfagia sin specificación



Anexo 3: Solicitud de permiso al Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca.

Cuenca, 26 de octubre del 2021

Dr. Julio Jaramillo O.

DIRECTOR DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA.

Su despacho.-

De nuestra consideración:

Nosotros Pamela Michelle Riera Riera y Diana Carolina Tapia Torres estudiantes de la Carrera de Fonoaudiología con un cordial saludo nos dirigimos a Usted, de la manera más comedida; para solicitarle se nos permita llevar acabo nuestra tesis titulada "PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS FONOAUDIOLÓGICAS EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE Ι Δ

UNIVERSIDAD DE CUENCA, CEDIUC. 2016-2019"; se ha revisado en el repositorio universitario investigaciones similares y no se han encontrado registro de titulaciones de esta índole. Esto se ve propicio pues, a pesar de que el CEDIUC brinde una atención multidisciplinaria, haya estado al servicio de la comunidad por más de 20 años y sea un pilar fundamental en la rehabilitación de los usuarios, no existen estudios en los que se indíque la prevalencia de las patologías fonoaudiológicas atendidas en el centro. Se debe resaltar que esta investigación se basará netamente en la recolección de datos a través de la revisión de historias clínicas e informes fonoaudiológicos de los usuarios que fueron atendidos durante el periodo 2016-2019; así mismo nos comprometemos a que la recolección de esta información será bajo estrictas normas de confidencialidad. A espera de una respuesta favorable de antemano le agradecemos.

Atentamente,

Pamela Michelle Riera Riera.

C.I. 0104907555

Diana Carolina Tapia Torres C.I. 1104669302

Mgst. Paola Gabriela Ortega DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN



9.3. Anexo 4: Aprobación del Protocolo de Invetigación (CTT)

Memorando Nro. UC-FCMSECABO-2021-1399-M

Cuenca, 16 de diciembre de 2021

PARA: Dra. Lorena Elizabeth Mosquera Vallejo

Presidenta de la Comisión de Trabajos de Titulación de la Facultad de

Ciencias Médicas

Ing. Erika Xiomara Benavidez Vera Asistente de Gestión de la Facultad

ASUNTO: Resolución No. 526-2021 H.C.D.F.C.M.a NOMINA DE PROTOCOLOS

APROBADOS EN SESIÓN DE 15 DE DICIEMBRE DE 2021

De mi consideración:

Con un cordial saludo, pongo en conocimiento para los fines legales y administrativos pertinentes, que el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas, en sesión realizada el día 15 de diciembre del año en curso el Memorando Nro. UC-FCMD-2021-1672-M, de fecha 13 de diciembre de 2021, suscrito por la Dra. Lorena Mosquera, Presidenta de la Comisión de Trabajos de Titulación, con el ASUNTO: NÓMINA DE PROTOCOLOS QUE CUMPLEN CON LOS PROCESOS DE INVESTIGACIÓN.

El H. Consejo Directivo, considerando lo dispuesto en los arts. 226 y 355 incisos primero y segundo de la Constitución de la República del Ecuador, en los arts. 17 y 18 de la Ley Orgánica de Educación Superior, el art. 8 literal "g" del Instructivo de Titulación de la Facultad de Ciencias Médicas, y en uso de las atribuciones que le otorga el art. 87 literal "a" del Estatuto de la Universidad de Cuenca resolvió por unanimidad acoger el pronunciamiento de la Comisión de Trabajos de Titulación, y aprobar el protocolo presentado, con su director y cronograma propuesto, y que constan en documentos adjuntos al memorando conocido.

Solicito a la Ing. Erika Benavidez, proceder con las notificaciones correspondientes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

N°	N° PROT	ΤΊΤULO	AUTORAS/ES	DIRECTOR/A DE TESIS	ESTADO	TÍTULO MODIFICADO	CRONOGRAMA	CICLO/ EGRESO
1	1361-TM	"PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS FONOAUDIOLÓGICAS EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, CEDIUC. 2016-2019."	Diana Carolina Tapia Torres Pamela Michelle Riera Riera	Loda. Paola Ortega M.			6 meses	Egresadas de febrero de 2021 Estudiantes han hecho la petición de uso del segundo periodo 29/09/2021



9.4. Anexo 5: Aprobación del Protocolo de Inveticación (COBIAS)



UCuenca / COBIAS

UNIVERSIDAD DE CUENCA COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

Oficio Nro. UC-COBIAS-2021-480 Cuenca, 17 de noviembre de 2021

Señorita Pamela Michelle Riera Riera Investigadora Principal Presente

De mi consideración:

El Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca, le informa que su protocolo de investigación con código 2021-167EO-TM, titulado "Prevalencia de patologías fonoaudiológicas en el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca, CEDIUC. 2016 - 2019", se encuentra APROBADO, en la sesión ordinaria Nro.171 con fecha 08 de noviembre de 2021.

El protocolo se aprueba, en razón de que cumple con los siguientes parámetros:

- Los objetivos planteados en el protocolo son de significancia científica con una justificación y referencias.
- Los datos serán manejados considerando los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto a los demás.
- En el proyecto se definen medidas para proteger la privacidad y confidencialidad de la información del estudio en sus procesos de manejo y almacenamiento de datos.
- En el protocolo se detallan las responsabilidades de la investigadora.
- La investigadora principal del proyecto ha dado respuesta a todas las dudas y realizado todas las modificaciones que este Comité ha solicitado.

Los documentos que se revisaron y que sustentan este informe incluyen:

- Anexo 1. Solicitud de aprobación.
- Anexo 2. Protocolo.
- Anexo 3. Declaración de confidencialidad.

UNIVERSIDA

UCuenca / COBIAS

UNIVERSIDAD DE CUENCA COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

Esta aprobación tiene una duración de un año (365 días) transcurrido el cual, se deberá solicitar una extensión si fuere necesario. En toda correspondencia con el Comité de Bioética favor referirse al siguiente código de aprobación 2021-167EO-TM.

Los miembros del Comité estarán dispuestos durante el desarrollo del estudio a responder cualquier inquietud que pudiere surgir tanto de los participantes como de los investigadores.

Es necesario que se tome en cuenta los siguientes aspectos:

- El Comité no se responsabiliza por cualquiera de los posibles eventos por el manejo inadecuado de la información, lo cual es de entera responsabilidad de la investigadora principal; sin embargo, es requisito informar a este Comité sobre cualquier novedad, dentro de las siguientes 24 horas.
- El Comité de Bioética ha otorgado la presente aprobación con base en la información entregada y la solicitante asume la veracidad, corrección y autoría de los documentos entregados.
- De igual forma, la solicitante es responsable de la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Se le recuerda que debe informar al COBIAS-UCuenca, el inicio del desarrollo de la investigación aprobada, así como cualquier modificación en el protocolo y una vez que concluya con el estudio debe presentar un informe final del resultado a este Comité.

Atentamente,

Digitally signed by VICENTE MANUEL SOLANO PAUCAY

EC 2021/11/18 13:20

Dr. Vicente Solano Paucay Presidente del COBIAS-UCuenca



9.5. Anexo 6: Evidencia de la aprobación de cambios en el protocolo.

Memorando Nro. UC-FCMSECABO-2022-0052-M

Cuenca, 20 de enero de 2022

PARA: Dra. Lorena Elizabeth Mosquera Vallejo

Presidenta de la Comisión de Trabajos de Titulación de la Facultad de

Ciencias Médicas

ASUNTO: RESOLUCIÓN Nro. 049-2022 H.C.D.F.C.M c SE APRUEBA PETICIÓN

DE CAMBIOS EN EL PROTOCOLO Nro. 1361-TM

De mi consideración:

Con un atento y cordial saludo, pongo en su conocimiento para los fines legales y administrativos pertinentes que el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas en sesión realizada el día 19 de enero de 2022, conoció su Memorando Nro. UC-FCMD-2022-0090-M, de fecha 17 de enero de 2022, con el ASUNTO: PETICIÓN DEL PROTOCOLO Nº 1361-TM CAMBIOS EN EL PROTOCOLO APROBADO. El documento indica: "... me dirijo a Usted y por su digno intermedio al H. Consejo Directivo para informar que, revisados los archivos de la Comisión de Trabajos de Titulación, el protocolo de tesis Nº 1361-TM denominado: "PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS FONOAUDIOLÓGICAS EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, CEDIUC. 2016- 2019", de los autores Pamela Michelle Riera Riera y Diana Carolina Tapia Torres, bajo la dirección-asesoría de la Lic. Paola Ortega M. Mgt., tiene el siguiente registro:

Fecha Aprobación H. Consejo Directivo 15/12/2021 Fecha de presentación 15/06/2022

Atendiendo la petición de las estudiantes y de su director-asesor del proyecto de investigación que solicitan las siguientes modificaciones en el protocolo aprobado.

CAMBIO EN LA MUESTRA DE ESTUDIO

Al inicio se calculó una muestra de 269 con una fórmula para un universo no conocido (infinito), pero luego de realizar una muestra de tipo propositiva según los criterios de inclusión, al finalizar la recolección de datos se obtuvo 117.

CAMBIO EN LA OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

El cambio dentro de la operalización de variables dependiente "Patologías Fonoaudiológicas" en las escalas de la división de Habla: Trastornos de los sonidos del habla fonético, Trastornos de los sonidos del habla fonético – fonológico, Habla adecuada, No registra; y en la división de Audiología: Audición normal, Hipoacusia leve, -21 -40 dB, Hipoacusia moderada 41 – 70 dB, Hipoacusia severa 71 – 90 dB, Hipoacusia profunda + 90 dB, Hipoacusia Trasmisión, Hipoacusia neurosensorial, Hipoacusia Mixta y No registra , por lo siguiente:

Escala de la división de habla: Trastornos de los sonidos del habla fonético, Trastornos de



Memorando Nro. UC-FCMSECABO-2022-0052-M

Cuenca, 20 de enero de 2022

los sonidos del habla fonológico, Trastornos de los sonidos del habla fonético – fonológico, Disfluencia, Tartamudez, Apraxia del Habla, Habla Adecuada y No Registra; en la escala de la división de Audiología: Audición normal, Hipoacusia leve, -21 -40 dB, Hipoacusia moderada 41 - 70 dB, Hipoacusia severa 71 – 90 dB, Hipoacusia profunda + 90 dB, Hipoacusia Trasmisión, Hipoacusia neurosensorial, Hipoacusia Mixta, Hipoacusia Unilateral, Hipoacusia Bilateral y No

registra, debido a que al momento de hacer investigaciones bibliográficas y el levantamiento de información se registraron estas patologías fonoaudiológicas que no se habían considerado en un inicio.

CAMBIO EN LOS RANGOS DE EDAD

El cambio del número 6 por el número 5 en los rangos de edad dentro del formulario de obtención de datos, esto debido a un error de tipeo.

Se presenta la solicitud en esta fecha debido a que se envía previo a Directivo al delegado de carrera para la revisión y aprobación respectiva.

Por lo expuesto, se da el trámite favorable a la petición, salvo el buen criterio del H. Consejo Directivo..."

El H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas, considerando lo dispuesto en los Arts. 226 y 355 incisos primero y segundo de la Constitución de la República del Ecuador, lo contemplado en los Arts. 17 y 18 de la Ley Orgánica de Educación Superior, lo dispuesto en los Arts. 3,4 y 17 del Código Orgánico Administrativo, tomando en consideración la opinión favorable emitida por la Comisión de Trabajos de Titulación, en uso de las atribuciones que le otorga el Art. 87 literal "a" del Estatuto de la Universidad de Cuenca, resolvió por unanimidad:

1.- Aprobar la petición de cambios en el Protocolo Nro. 1361-TM denominado: "PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS FONOAUDIOLÓGICAS EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, CEDIUC. 2016-2019", de los autores Pamela Michelle Riera Riera y Diana Carolina Tapia Torres, bajo la dirección-asesoría de la Lic. Paola Ortega M. Mgt.

Solicito a la Ing. Karina Sarmiento, realice las respectivas notificaciones mediante correo electrónico institucional.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

9.6. Anexo 7: Evidencia de formulados de obetención de datos.





N° de Formulario: ∞⊥

UNIVERSIDAD DE CUENCA Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Tecnología Médica Carrera de Fonoaudiología



PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS FONOAUDIOLÓGICAS EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, CEDIUC. 2016-2019.

FORMULARIO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

1. Sexo:	
1) Masculino 2) F	Pemenino
2. Edad	
1) 3 años a 3 años 11 meses 2) 4 años a 4 años 11 meses 3) 5 años a 5 años 11 meses 3. Patologías Fonoaudiológ	5 5 5 meses
p	atologías fonoaudiológicas
Lenguaje	Habla
 Inicio tardío del lenguaje. Trastorno del desarrollo del lenguaje. Trastorno del desarrollo del lenguaje secu Desarrollo del lenguaje adecuado a la eda cronológica. No registra 	
Audición	Deglución Voz
14) Audicion Normal 15) Hipoacusia leve 21 - 40 dB 16) Hipoacusia moderada 41 - 70 dB. 17) Hipoacusia severa 71 - 90 dB. 18) Hipoacusia profunda + 90 dB. 19) Hipoacusia Trasmisión. 20) Hipoacusia neurosensorial. 21) Hipoacusia mixta. 22) Hipoacusia sin Especificación. 23) Unilateral. 24) Bilateral.	26) Deglución normal 27) Disfagia leve 28) Disfagia moderada. 29) Disfagia severa. 30) Disfagia oral. 31) Disfagia Orofaríngea 32) Disfagia faríngea. 33) Disfagia esofágica. 34) No registra 35) Disfagia sin especificación
Formulario realizado por Pamela Riera	y Diana Tapia.

Pamela Michelle Riera Riera. Diana Carolina Tapia Torres.





UNIVERSIDAD DE CUENCA Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Tecnología Médica Carrera de Fonoaudiología



PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS FONOAUDIOLÓGICAS EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, CEDIUC. 2016-2019.

FORMULARIO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

N° de Formulario: <u>∞2</u>	
1. Sexo:	
1) Masculino 2) Femenino	
2. Edad	
1) 3 años a 3 años 11 meses 2) 4 años a 4 años 11 meses 3) 5 años a 5 años 11 meses 3. Patologías Fonoaudiológicas	
Patologías fonoaudiológicas	
Lenguaje Habla	
1) Inicio tardío del lenguaje. 2) Trastorno del desarrollo del lenguaje. 3) Trastorno del desarrollo del lenguaje secundario. 4) Desarrollo del lenguaje adecuado a la edad cronológica. 5) No registra 6) Trastornos de los sonidos del haba sonidos del haba infantil. 7) Trastorno de los sonidos del haba infantil. 8) Trastorno de los sonidos del haba infantil. 10) Tartamudez. 11) Apraxia del habla infantil. 12) Habla adecuada. 13) Apraxia del habla infantil.	bla fonológico
Audición Deglución Voz	
14) Audicion Normal 15) Hipoacusia leve 21 - 40 dB 16) Hipoacusia moderada 41 - 70 dB. 17) Hipoacusia severa 71 - 90 dB. 18) Hipoacusia profunda + 90 dB. 19) Hipoacusia Trasmisión. 20) Hipoacusia neurosensorial. 21) Hipoacusia mixta. 22) Hipoacusia sin Especificación. 23) Unilateral. 24) Bilateral. 26) Deglución normal 27) Disfagia leve 28) Disfagia moderada. 29) Disfagia severa. 30) Disfagia oral. 31) Disfagia Orofaríngea 32) Disfagia faríngea. 33) Disfagia esofágica. 34) No registra 35) Disfagia sin especificación	a P
Formulario realizado por Pamela Riera y Diana Tapia.	





UNIVERSIDAD DE CUENCA Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Tecnología Médica Carrera de Fonoaudiología



PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS FONOAUDIOLÓGICAS EN EL CENTRO

DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, CEDIUC. 2016-2019.				
FORMULARIO PARA LA OBTENCIÓ	N DE DATOS			
N° de Formulario: _ ○ 3				
1. Sexo:				
1) Masculino 2) Femenino				
2. Edad				
 3 años a 3 años 11 meses 4 años a 4 años 11 meses 5 años a 5 años 11 meses Patologías Fonoaudiológicas 	Yaños 6 meses			
Patologías	fonoaudiológicas			
Lenguaje	Habla			
 Inicio tardío del lenguaje. Trastorno del desarrollo del lenguaje. Trastorno del desarrollo del lenguaje secundario. Desarrollo del lenguaje adecuado a la edad cronológica. No registra 	6) Trastornos de los sonidos del habla fonético 7) Trastornos de los sonidos del habla fonológico 8) Trastorno de los sonidos del habla fonético. Fonológico. 9) Disfluencia. 10) Tartamudez. 11) Apraxia del habla infantil. 12) Habla adecuada. 13) Apraxia del habla infantil.			
Audición Degluc	ción Voz			
15) Hipoacusia leve 21 - 40 dB 16) Hipoacusia moderada 41 - 70 dB. 17) Hipoacusia severa 71 - 90 dB. 18) Hipoacusia profunda + 90 dB. 19) Hipoacusia Trasmisión. 20) Hipoacusia neurosensorial. 21) Hipoacusia mixta. 22) Hipoacusia sin Especificación. 23) Unilateral. 24) Bilateral. 25) No registra.	36) Disfonía 37) Eufonía 38) No registra 38) No registra 38) Disfagia severa. 38) Disfagia oral. 39) Disfagia oral. 39) Disfagia oral. 39) Disfagia oral. 31) Disfagia oral. 31) Disfagia oral. 32) Disfagia oral. 33) Disfagia oral. 34) Disfagia oral. 35) Disfagia oral. 36) Disfagia oral. 37) Eufonía 38) No registra			
Formulario realizado por Pamela Riera y Diana T	apia.			





UNIVERSIDAD DE CUENCA Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Tecnología Médica Carrera de Fonoaudiología



PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS FONOAUDIOLÓGICAS EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, CEDIUC. 2016-2019.

FORMULARIO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

N° de Formulario:		
1. Sexo:		
1) Masculino 2) Fem	nenino	
2. Edad		
 3 años a 3 años 11 meses 4 años a 4 años 11 meses 5 años a 5 años 11 meses Patologías Fonoaudiológica 	3 anos 11 meses	
Patologías fonoaudiológicas		
Lenguaje	Habla	
 Inicio tardío del lenguaje. Trastorno del desarrollo del lenguaje. Trastorno del desarrollo del lenguaje secund Desarrollo del lenguaje adecuado a la edad cronológica. No registra 	6) Trastornos de los sonidos del habla fonético 7) Trastornos de los sonidos del habla fonológico 8) Trastorno de los sonidos del habla fonético. Fonológico. 9) Disfluencia. 10) Tartamudez. 11) Apraxia del habla infantil. 12) Habla adecuada. 13) Apraxia del habla infantil.	
Audición	Deglución Voz	
14) Audicion Normal 15) Hipoacusia leve 21 - 40 dB 16) Hipoacusia moderada 41 - 70 dB. 17) Hipoacusia severa 71 - 90 dB. 18) Hipoacusia profunda + 90 dB. 19) Hipoacusia Trasmisión. 20) Hipoacusia neurosensorial. 21) Hipoacusia mixta. 22) Hipoacusia sin Especificación. 23) Unilateral. 24) Bilateral.	26) Deglución normal 27) Disfagia leve 28) Disfagia moderada. 29) Disfagia severa. 30) Disfagia oral. 31) Disfagia faríngea 32) Disfagia faríngea. 33) Disfagia esofágica. 34) No registra 35) Disfagia sin especificación	
Formulario realizado por Pamela Riera y L	Diana Tapia.	





UNIVERSIDAD DE CUENCA Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Tecnología Médica Carrera de Fonoaudiología



PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS FONOAUDIOLÓGICAS EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, CEDIUC. 2016-2019.

FORMULARIO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

Nº de Formulario: 005	_	
1. Sexo:		
1) Masculino 2) Fe	Pemenino	
2. Edad		
 3 años a 3 años 11 meses 4 años a 4 años 11 meses 5 años a 5 años 11 meses Patologías Fonoaudiológi 	Saños 8 meses	
Patologías fonoaudiológicas		
Lenguaje	Habla	
 Inicio tardío del lenguaje. 	6) Trastornos de los sonidos del habla fonético	
Trastorno del desarrollo del lenguaje.	7) Trastomos de los sonidos del habla fonológico	
 Trastorno del desarrollo del lenguaje secur 	undario. 8) Trastorno de los sonidos del habla fonético.	
 Desarrollo del lenguaje adecuado a la edad 	ad Fonológico.	
cronológica.	9) Disfluencia.	
No registra	10) Tartamudez.	
,	11) Apraxia del habla infantil.	
	12) Habla adecuada.	
	13) Apraxia del habla infantil.	
Audición	·	
	Deglución Voz	
14) Audicion Normal	26) Deglución normal 36) Disfonía	
15) Hipoacusia leve 21 - 40 dB	27) Disfagia leve 37) Eufonía	
16) Hipoacusia moderada 41 - 70 dB.	28) Disfagia moderada. 38) No registra	
17) Hipoacusia severa 71 - 90 dB.	29) Disfagia severa.	
18) Hipoacusia profunda + 90 dB.	30) Disfagia oral.	
19) Hipoacusia Trasmisión.	31) Disfagia Orofaríngea	
20) Hipoacusia neurosensorial.	32) Disfagia faringea.	
21) Hipoacusia mixta.	33) Disfagia esofágica.	
22) Hipoacusia sin Especificación.	34) No registra	
23) Unilateral.	35) Disfagia sin	
24) Bilateral.	especificación	
25) No registra.		
Formulario realizado por Pamela Riera y	y Diana Tapia.	