



## RESUMEN

El presente trabajo se lo ha realizado a través del método descriptivo prospectivo, con intervención logopédica; cuyo objetivo fue evaluar e intervenir logopédicamente los trastornos del habla (dislalia, disfemia, disglosia y disartria), mediante el screening (revisión de palabras previamente seleccionadas), en los niños y en las niñas de la escuela Fiscal “Honorato Vásquez” de inicial a cuarto año de educación básica, mediante la aplicación del test de articulación, la evaluación de la disfemia y mecanismo oral periférico.

El universo estuvo formado por 197 niños y niñas. El 15.3% de los niños evaluados presentó trastornos del habla, de los cuales el 14.21% presentó dislalia, y el 1.02%, disfemia, no se presentaron casos de disglosia y disartria. De acuerdo al género, en dislalia, el 16.82% representa el género masculino y el 12% el género femenino; en cuanto a la disfemia, el 1.76% representa al género masculino, no se presentaron casos en el género femenino. Las edades más frecuentes en las que se presentó la dislalia es de 4-5 años (56.62%), la disfemia a los 8 años (5%). Luego de la intervención logopédica y realizada la post-evaluación a los niños y niñas que recibieron el tratamiento logopédico, el 8,12% superó su trastorno del habla, mientras que el 7,1 % no lo superó en la dislalia. Los casos de disfemia el 0,51% superó su trastorno.

DeCS: Pruebas del lenguaje-estadística y datos numéricos; Trastornos del habla-clasificación; Trastornos del habla-epidemiología; Trastornos del habla-rehabilitación; Niño; Preescolar; Estudiantes; Cuenca-Ecuador



## ABSTRACT

The current work has been done by using the descriptive-prospective method, with speech therapy intervention, whose objective was to evaluate and intervene through speech therapy the speech disorders (dyslalia, disfemia, diglossia, and dysarthria) through screening (revision of words previously mentioned) in children (boys and girls) of “Honorato Vásquez” public elementary school from kindergarten until the fourth level of basic education with the help of the application of articulation tests, the evaluation of disfemia, and oral peripheral mechanism.

The sample was collected taking into consideration 197 boys and girls. The 15.3% of the children evaluated presented speech disorders, divided into the 14.21% who presented dislalia, and the 1.02% presented disfemia. There was no presence of diglossia or dysarthria. According to gender, 16.82% of boys presented dislalia, contrary to the 12% of girls who presented this disorder. Concerning disfemia, the 1.76% represents boys; however, the 0% of the girls presented this problem. The most frequent ages in which dislalia was shown was between 4-5 years, representing a 56.62%. Disfemia was mostly found in 8-year-old kids (5%). After the speech therapy intervention and the post evaluation of boys and girls, the 8.12% overcame their speech disorder, while the 7.1% could overcome their dislalia. The disfemia cases at 0.51% overcome her disorder.

DeCS: Language tests-statistics & numerical dat; Speech Disorders- classification; Speech Disorders- epidemiology; Speech disorders- rehabilitation; Children; Child, Preschool; Students; Cuenca-Ecuador



## INDICE

### CONTENIDO Pág

Agradecimiento

Dedicatoria

Resumen.....	1
Abstract.....	2

### CAPITULO I

1.Introducción.....	14
1.1.Planteamiento del problema.....	13
1.2.Justificación.....	14

### CAPITULO II

2.Marco Teórico.....	16
2.1Trastornos del habla.....	16
2.2.Anatomía y fisiología de los órganos del habla.....	16
2.3.Fisiología de la producción del habla.....	17
2.4.Sistema respiratorio.....	17
2.4.1.La respiración en la fonación.....	18
2.4.2.Fases de la respiración.....	18
2.4.3.Tipos de respiración.....	19
2.5.Sistema de Fonación.....	19
2.6.Sistema Articulario.....	20
2.6.1.Órganos Activos de la Articulación.....	20
2.6.2.Órganos Pasivos de la Articulación.....	22
2.7.Trastornos del Habla.....	22
2.7.1.Dislalias.....	22
2.7.1.1.Definición.....	23
2.7.1.2.Clasificación de las dislalias.....	23



2.7.1.2.1.Dislalia funcional.....	24
2.7.1.2.1.1.Causas.....	24
2.7.1.3.Sintomatología de las Dislalias.....	25
2.7.1.4.Diagnóstico de las Dislalias.....	26
2.7.2.Disfemia.....	28
2.7.2.1.Definición.....	29
2.7.2.2.Clasificación de las disfemias.....	29
2.7.2.2.1.Conductas Asociadas.....	30
2.7.2.3.Etiología.....	31
2.7.3.Disglosia.....	34
2.7.3.1.Definición.....	34
2.7.3.2.Embriología.....	35
2.7.3.3.Clasificación de las disglosias.....	36
2.7.3.4.Etiología.....	42
2.7.4.Disartria.....	42
2.7.4.1.Definición.....	43
2.7.4.2.Clasificación.....	43
2.7.4.3.Etiología de la Disartria.....	48

### **CAPITULO III**

3.Intervención y Tratamiento.....	50
3.1.Intervención en las Dislalias.....	50
3.1.1.Tratamiento Indirecto.....	50
3.1.1.1.Intervención Indirecta.....	50
3.1.1.1.1.Ejercicios de respiración:.....	50
3.1.1.1.2.Ejercicios de soplo.....	51
3.1.1.1.3.Ejercicios lingu-labiales.....	51
3.1.1.1.4.Ejercicios del velo del paladar.....	52



3.1.1.1.5.Ejercicios de discriminación auditiva.....	52
3.1.1.1.6.Ejercicios de respiración.....	53
3.1.1.1.7.Praxias.....	53
3.1.1.1.8.Ejercicios de articulación del fonema aislado.....	53
3.1.1.1.9.Ejercicios de repetición de sílabas con el fonema.....	53
3.1.1.1.10Ejercicios de repetición de palabras.....	53
3.1.1.1.11.Ejercicios de repetición de frases.....	54
3.1.1.2.Intervención Directa.....	54
3.1.1.2.1.Ejercicios articulatorios.....	54
3.1.1.2.1.1.Corrección de los Fonemas Simples.....	56
3.1.1.2.1.1.1.Dislalias en las vocales.....	56
3.1.1.2.1.1.2.Dislalias en las consonantes.....	57
3.1.1.2.1.1.3.Reeducación de Fonemas Compuestos o Dìfonos.....	60
3.1.1.2.2.Ejercicios de repetición.....	62
3.1.1.2.3.Ejercicios de expresión dirigida.....	62
3.1.1.2.4.Ejercicios de expresión espontánea.....	62
3.2.Intervención en las Disfemias.....	62
3.2.1.Ejercicios de Relajación.....	63
3.2.1.1.Ejercicios de Visualización.....	63
3.2.1.2.Ejercicios de Lectura.....	64
3.2.2.Técnicas Auxiliares y Procedimientos Terapéuticos.....	64
3.2.2.1.Método de Gutzmann.....	64
3.2.2.2.Método de Fröschels.....	64
3.2.3.Procesos terapéuticos.....	65
3.2.3.1.La Respiración.....	65
3.2.3.2.La articulación y la dicción.....	65
3.2.3.3.Tono Muscular.....	65



3.2.3.4.Fuerza Muscular.....	66
3.2.3.5.Actividades para el desarrollo de la Narración.....	66
3.2.3.6.Ritmo.....	66
3.3.Intervención en las Disglosias.....	66
3.3.1.Tratamiento.....	67
3.3.2.Rehabilitacion en las Disglosias.....	68
3.3.2.1.Tratamiento logopédico para la disglosia labial.....	69
3.3.2.2.Rehabilitación de la disglosia mandibular.....	71
3.3.2.2.1.Ejercicios bucofaciales.....	71
3.3.2.3.Tratamiento de la disglosia lingual.....	72
3.3.2.3.1.Praxias linguales.....	72
3.3.2.4.Tratamiento de la disglosia palatina.....	73
3.3.2.4.1.Respiración y soplo.....	74
3.3.2.4.2.Ejercicios con respiración nasal.....	74
3.3.2.4.3.Reeducación motriz del velo palatino.....	74
3.4.Intervención en las disartrias.....	75
3.4.1.Relajación.....	75
3.4.2.Respiración.....	76
3.4.3.Fonación.....	76
3.4.3.1.Tono.....	76
3.4.3.2.Intensidad.....	76
3.4.3.3.Carácter vocal.....	76
3.4.4.Resonancia.....	77
3.4.5.Articulación.....	77
3.4.6.Ejercicios motrices.....	78
3.4.7.Ejercicios de mímica facial.....	78
3.4.8.Ejercicios para el control del aumento de la intensidad.....	78



3.4.9.Ejercicios para mejorar la monotonía.....	79
3.4.10.Ejercicios para la disentonía.....	79
3.4.11.Ejercicios para la fluidez.....	79

#### **CAPITULO IV**

4.Objetivos.....	81
4.1.Objetivo General.....	81
4.2.Objetivos Específicos.....	81
5.Diseño Metodológico.....	81
5.1.Tipo de Estudio.....	81
5.2.Universo.....	81
5.3.Muestra.....	81
5.4.Criterios de Inclusión.....	82
5.5.Criterios de Exclusión.....	82
5.6.Métodos Técnicas e Instrumentos.....	82
5.7.Procesamiento de la Información.....	84

#### **CAPITULO V**

6.Resultados.....	88
-------------------	----

#### **CAPITULO VI**

7.Conclusiones.....	104
8.Recomendaciones.....	106
9.Glosario.....	107
10.Bibliografía.....	109
Anexos.....	111



Jessica Graciela Soto Vega, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Fonoaudiología. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Jessica Graciela Soto Vega, certifica que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.



# UNIVERSIDAD DE CUENCA



## FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

### EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN LOS NIÑOS CON TRASTORNOS DEL HABLA; QUE ASISTEN A LA ESCUELA FISCAL “HONORATO VÁSQUEZ” PERIODO 2012.

**AUTORA:**

JESSICA GRACIELA SOTO VEGA

Tesis previa a la obtención del Título  
de Licenciada en Fonoaudiología

**DIRECTOR:** LIC. EDGAR CARVAJAL FLOR

Cuenca-Ecuador

2012



## **RESPONSABILIDAD**

La responsabilidad por las ideas, conceptos y criterios expuestos en esta tesis

Corresponden exclusivamente a la autora:

Jessica Graciela Soto Vega

C.I. 110432085-6



## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por darme la fortaleza para culminar esta investigación pese al sin número de obstáculos que se presentó en todo este tiempo, de igual manera a mis padres Luis y Graciela que son las personas que me impulsan a seguir adelante cada día.

De manera muy especial al Lic. Edgar Carvajal Flor, Dr. Hugo Cañar ya que con su experiencia y sabiduría me supieron encaminar en la realización de mi tesis, constituyéndose en el pilar fundamental para la elaboración de esta investigación.

Recalco también mi profundo agradecimiento al Señor Lic. Claudio Guamán director, personal docente de la Escuela de Experimentación “Honorato Vásquez” quienes me abrieron las puertas de manera muy cariñosa.

Un agradecimiento especial a los padres de las intervenciones respectivas para el tratamiento de rehabilitación de cada uno de sus hijos.

No podía dejar de agradecer infinitamente al Dr. Diego Flores Montesinos, Dr. Cristian Paz Soto, Ing. Freddy Campoverde Orozco, Fabián Carrión Díazque con sus conocimientos impartidos me guiaron para culminar con mi trabajo investigativo.

A todos mil gracias de todo corazón.

## **LA AUTORA**



## **DEDICATORIA**

Dedico mi esfuerzo en primer lugar a Dios por ayudarme a ser útil a la sociedad.

A mis padres Luis y Graciela por confiar en mí y que con su ejemplo y apoyo incondicional supieron inculcarme el afán de superación.

A mis ñañas Luisa, Patty y Andrea a mi sobrina Danielita y demás personas que de una u otra manera, han estado siempre apoyándome.

A todos mil gracias por confiar en mí.

**Jessica**



# CAPÍTULO I



## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Planteamiento del problema

El alto índice de trastornos del habla me ha llamado la atención al presentarse en edades tempranas de la vida como es la niñez.

Cuando estos defectos no son tratados en forma oportuna y conveniente, se van fijando y arraigando cada vez más, afectando todo el comportamiento del niño y, como tal, ya no viene a ser sólo un defecto del habla, sino también un impedimento o limitación para la vida, tal como ocurre con la tartamudez, impidiendo al afectado desenvolverse de modo normal, llegando al punto de limitar sus aspiraciones educacionales, vocacionales y su relación social; es decir, la vida de estas personas se ve "moldeada" y limitada, condicionando un modo diferente de pensar, actuar y vivir en comparación a los demás.

Según un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, en el año 2001, muestra que de 2368 niños estudiados 289 presentaron algún tipo de trastorno del habla. Siendo la patología más frecuente la dislalia con un 96.15%; la Disfemia representó el 2.76% y el 1.09% representó la Disglosia. No se presentaron casos de Disartria en el estudio realizado, presentándose con más frecuencia en los varones (63.73%), que en las mujeres (36.36%)

Tomando en cuenta que son problemas que afecta integralmente al niño y que muchas veces pasan desapercibidos, por lo que es importante realizar la detección y diagnóstico temprano para poder encaminar el oportuno y adecuado tratamiento, que permitirá mejorar la calidad de vida de los menores y prevenir los futuros problemas en el aprendizaje escolar.

Al realizar las pasantías en los diferentes Centros de Prácticas se observó un alto índice de trastornos en el habla (dislalias, disfemia, disglosia, disartria), lo que llamó mi atención e interés por realizar un estudio que me permita determinar cuáles podrían ser las posibles causas de estos trastornos y llevar a cabo una oportuna rehabilitación logopédica.



## 1.2 Justificación del Problema

Mi intención radica en querer conocer fundamentalmente los Trastornos del Habla, al no tener precisión exacta de la epidemiología y de esta manera mediante este proyecto de investigación conocer las variables de frecuencia, tipos, relación con el sexo, edad, características sociales, económicas y culturales de la familia, con la finalidad de diseñar un plan de intervención para la rehabilitación de niños y niñas con estos problemas y fundamentalmente el desarrollo de la prevención de los mismos, ya que el lenguaje y habla constituyen la base inicial para el aprendizaje y desde donde detectaría precozmente algún trastorno y de esta manera llevar a cabo lo que he aprendido en mis prácticas como estudiante y enriquecer de esta manera mi formación profesional para ponerla al servicio de las entidades educativas y de salud, etc. En donde preste mis servicios en beneficio de la niñez que es mi prioridad.



# CAPÍTULO

# II



## MARCO TEORICO

### 2.1 Trastornos del habla

Son los más frecuentes en niños que se encuentran en edad escolar y se caracterizan por un conjunto de problemas de la comunicación oral, siendo esta defectuosa e ineficaz; se presenta la dificultad para coordinar y ejecutar los movimientos relacionados con la producción de sonidos del habla.

En nuestra sociedad se concede un alto significado a la comunicación verbal y a la facilidad con que el niño utiliza las palabras llegando a la conclusión de que un problema de lenguaje y habla va a estar ligado al desempeño de la inteligencia. Por eso decimos que es importante que el niño sea analizado por un especialista para que no presente trastornos del habla al momento de ingresar a la escuela. Aquellos niños que no utilizan el lenguaje como sus compañeros son percibidos como “diferentes”. Estos niños hacen grandes esfuerzos por aprender pero sus esfuerzos para comunicarse contrastan con los esfuerzos que realizan con sus compañeros.

Los niños que presentan trastornos del habla son aquellos en los que las dificultades persisten mayormente en las escuelas y tienen mayor riesgo de mostrar problemas en la interacción con su entorno, en el rendimiento escolar, frustración, aislamiento, retraso en el desarrollo cognitivo, problemas sociales, emocionales y conductuales.

La adaptación social requiere que todos los niños aprendan a hablar de una forma “correcta”. Cuando no es así es preciso realizar un diagnóstico adecuado para llevar a cabo intervención logopédica cuyos programas le ayudaran al niño a mejorar su trastorno.

### 2.2 Anatomía y fisiología de los órganos que intervienen en la producción del habla.

El habla es un proceso neurofisiológico complejo, que corresponde a un fenómeno particular de cada individuo y para que este proceso tenga lugar es necesario de la participación coordinada de una serie de sistemas neurofisiológicos y anatómicos.



### 2.3 Fisiología de la producción del habla.

El habla se produce, con la ayuda del flujo de aire en los pulmones, así en el proceso fonador intervienen distintos órganos a lo largo del llamado tracto vocal.

El conjunto de órganos que intervienen en la articulación del habla se dividen en:

### 2.4. Sistema respiratorio

Es esencial para la eliminación de dióxido de carbono y la absorción del oxígeno del aire. Es la fuente de energía esencial para la producción del habla, proporciona el aire necesario para la vibración de los pliegues vocales y permite así la producción de los sonidos del habla.

Consta de las siguientes estructuras.

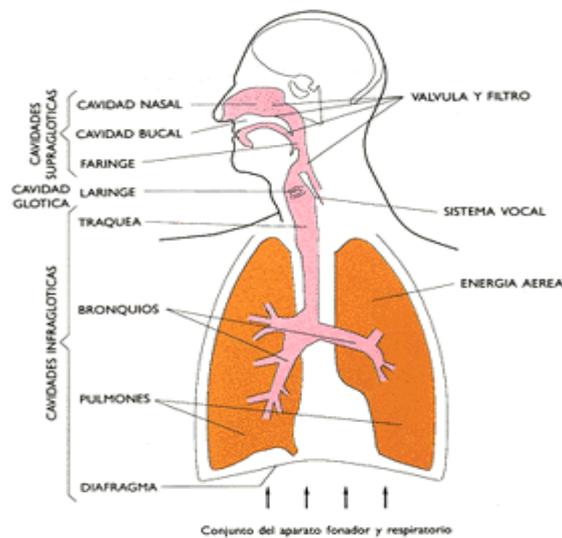
- a. **Fosas nasales.-** presentan una abertura para el paso del aire, constituyendo el tubo de resonancia que permite la fonación o emisión de la voz.
- b. **Faringe.-** constituye una vía de paso común a los conductos respiratorios y digestivos.
- c. **Laringe.-**Órgano importante para la emisión del sonido laríngeo en cuyo interior se encuentra las cuerdas vocales.
- d. **Tráquea.-** funciona como vía de paso hacia los pulmones.
- e. **Bronquios.-**uno de los grandes conductos pulmonares a través de los cuales penetra el aire inspirado y se exhalan los gases de desecho.
- f. **Pulmones.-**son los órganos en los cuales la sangre recibe oxígeno desde el aire y a su vez la sangre se desprende de dióxido de carbono el cual pasa al aire.

### 2.4.1 La respiración en la fonación.

La respiración para la voz hablada debe ser costoabdominal, y exige movimientos mejor coordinados y más controlados.

Se requiere de un buen ritmo respiratorio, presión espiratoria que es la presión de aire que se genera cuando la glotis se cierra poniendo las cuerdas vocales en aducción, una buena utilización del soplo así como la tonicidad de la cintura muscular abdominal y de la parte inferior de las costillas son los elementos esenciales de una emisión eficaz y satisfactoria y de la capacidad respiratoria que son los volúmenes de aire dependiendo de la actividad vocal.

En el desarrollo de una buena fonación, es más importante el control de la espiración para adecuar la cantidad y la presión de aire para lograr una correcta columna de aire que nos brinde una correcta articulación.



### 2.4.2. Fases de la respiración

**Inspiración.-** acción de captar aire para llevarlo a los pulmones, lo más frecuente es que la inspiración se efectúe por vía nasal con el fin de que el aire se filtre y caliente. El diafragma representa la mayor fuerza inspiratoria.



**Espiración.**-expulsión del aire de la respiración, inicialmente es un proceso pasivo al tratar de regresar las estructuras que participan en la inspiración a su posición de reposo.

### 2.4.3. Tipos de respiración

- **Clavicular.**- en ella se elevan los hombros en la inspiración usando los músculos accesorios del cuello como movimiento primario. Hay elevación notable de las clavículas y se considera insatisfactoria para el logro de una buena voz porque esa contracción muscular bloque el libre movimiento de la laringe y es insuficiente la cantidad de aire que se toma.
- **Torácica.**- no exhibe prácticamente expansión o inhalación superior torácica o abdominal que se note. Las costillas fijas del tórax sólo permiten un pequeño aumento de volumen pulmonar.
- **Costoabdominal o costodiafragmática.**- exhibe expansión de la cintura abdominal. El diafragma desciende siempre y los pulmones aumentan el volumen especialmente ayudados por las costillas flotantes que tienen la facultad de abrirse y cerrarse. Utilidad. Flexibilización con mejor control de los músculos del tórax y aumento de la capacidad pulmonar lo que ofrece mayor resistencia a la fatiga.

## 2.5. Sistema fonatorio

El conjunto de órganos que intervienen en la fonación puede dividirse en tres grupos bastante bien delimitados:

El aparato Fonador está compuesto por tres grupos de órganos diferenciados:

### 1) Cavidades infraglóticas

Las cavidades infraglóticas constan de los órganos propios de la respiración (pulmones, bronquios, y tráquea), que son la fuente de energía para todo el proceso de producción de voz.



## 2) Cavity glótica (órganos de la fonación)

Lo constituyen: laringe, cuerdas vocales y resonadoras nasales, bucales y faríngeas.

## 3) Cavidades supraglóticas u órganos de articulación

Lengua, paladar, dientes, labios y glotis).

Para convertirse en sonido, el aire procedente de los pulmones debe provocar una vibración, siendo la laringe el primer resonador en que se produce. La laringe está formada por un conjunto de cartílagos y una serie de ligamentos y membranas que sostienen unas bandas de tejido muscular llamadas cuerdas vocales. La tensión, elasticidad, altura, anchura, longitud y grosor de las cuerdas vocales pueden variar dando lugar a diferentes efectos sonoros. La voz humana es una función secundaria insertada sobre unos órganos fisiológicos con otras funciones primarias: la respiración y la deglución. En esencia, una corriente de aire proveniente de los pulmones va a transformarse a su paso por el aparato fonador, hasta convertirse en sonidos apropiados para la comunicación humana.

### 2.6. Sistema articulatorio

En este aparato se encuentran los órganos que producen la articulación de los sonidos.

Podemos dividir a estos órganos en dos grupos:

- Órganos activos de la articulación.
- Órganos pasivos de la articulación.

#### 2.6.1. Órganos activos de la articulación.

1. **Labios.**- Intervienen en la articulación de los fonemas bilabiales y los labiodentales. Igualmente tienen un papel importante en la articulación de los fonemas vocálicos.
2. **La lengua.**- Es el órgano más comprometido en la producción de vocales y muchas consonantes, es un órgano esencialmente musculoso recubierto de una

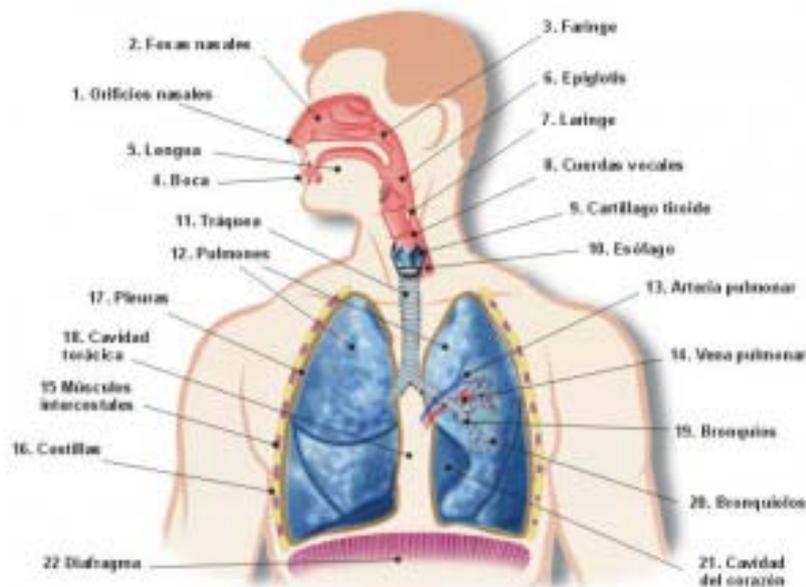
mucosa en la que se asientan los receptores gustativos y que en posición de reposo cubre todo el cielo de la boca.

Se pueden distinguir dos porciones de lengua:

a) El dorso, es la parte de la lengua que se observa al abrir la boca diferenciándose en ella punta o ápice, el predorso, el medio dorso y postdorso.

b) La raíz que forma un ángulo casi recto con el dorso, está orientada hacia atrás y termina en la epiglotis. La mucosa de la cara inferior de la lengua está unida en la línea media a la región sublingual por un repliegue o frenillo lingual.

**Velo del paladar.-** consiste en un tejido blando, situado en la parte más posterior del paladar, que termina en un pliegue denominado úvula o, comúnmente, campanilla. En la pronunciación de las consonantes velares, la lengua se aproxima a este o lo toca.





### 2.6.2. Órganos pasivos de la articulación.

1. **Paladar duro.-** constituye la parte superior o techo de la cavidad oral.
2. **Alveolos.-** entre los incisivos superiores y el comienzo del paladar duro, existe una zona de transición, que al ponerse en contacto con la lengua, constituye el punto de articulación de los fonemas alveolares.
3. **Dientes.-** son órganos necesarios para una correcta articulación, ya que constituyen el punto fijo para la articulación de los fonemas labiodentales e interdentes.
4. **Fosas nasales.-** participan en la emisión de los sonidos, se comunican con la cavidad bucofaríngea para la producción de los sonidos graves y realización de fonemas nasales.

### 2.7. Trastornos del Habla

**Concepto:** se define como trastornos del habla aquellas alteraciones en la articulación de las palabras, o de su fluidez o ritmo para poderse comunicar adecuadamente.

Clasificación de los trastornos del habla

- 1.-Dislalia
- 2.-Disfemia
- 3.-Disglosia
- 4.-Disartria

#### 2.7.1 DISLALIAS

##### Reseña histórica

“Etimológicamente la palabra dislalia significa dificultad en el habla, proviene del griego *dos* que significa *dificultad* y *lalein* que significa *hablar*, el término dislalia no existió siempre y por mucho tiempo se agrupaban los trastornos de la pronunciación



bajo el nombre de *dislalia*. El suizo Schuler en los años 30 del siglo XIX comenzó a utilizar el término de dislalia para diferenciarlo de la alalia (sin lenguaje). Soep en los años 80 intentó clasificar el trastorno teniendo en cuenta la existencia de dislalias orgánicas y funcionales. A comienzos del siglo XX, autores soviéticos trataron de explicar el surgimiento de la dislalia sobre bases de trastornos auditivos y de alteraciones en la función de los órganos de la articulación.”<sup>1</sup>

### 2.7.1.1 Definición.-

“Dislalia es el trastorno de la articulación de los fonemas por alteraciones funcionales de los órganos periféricos del habla”. (Dr. Jorge Perello)”<sup>2</sup>

Las dislalias son alteraciones en la articulación de los fonemas. Son las alteraciones más conocidas y más fáciles de identificar. Los padres y los educadores suelen definirlo con un "este niño pronuncia mal". Se suelen detectar en los primeros años y aunque no revisten gravedad es conveniente corregirlas, lo antes posible, para evitar problemas derivados de esta dificultad.

### 2.7.1.2 Clasificación de las dislalias

Según las causas se clasifican en:

**a. Dislalia Evolutiva:** se presenta en la fase de desarrollo del lenguaje en la que el niño no es capaz de imitar correctamente las palabras que escucha.

**b. Dislalia Funcional:** Es un defecto en la articulación del lenguaje debido a una función anómala de los órganos periféricos activos que intervienen en la articulación del habla.

**c. Dislalia Audiógena:** es un trastorno en la articulación de los fonemas debido a un problema auditivo que no permite la correcta discriminación de las palabras.

**d. Dislalia Orgánica:** es un trastorno en la articulación de los fonemas producto de anomalías orgánicas. Estas alteraciones orgánicas se refieren a alteraciones del sistema

---

<sup>1</sup> Tesis Evaluación e intervención logopédica de las dislalias funcionales en niños y niñas de primero a tercer año de Educación básica- Escuelas Eugenio Espejo y Aurelio Aguilar Vásquez -Cuenca, Octubre 2009-Marzo 2010.

<sup>2</sup> Perello, J., Ponces Verge, J., Tresserra L., L. Trastornos del Habla. Ed. Cientif. Médica. Madrid, 1970.



nervioso central, (disartrias); o anomalías anatómicas o malformaciones de los órganos que intervienen en el habla (disglosia).

### **2.7.1.2.1 DISLALIA FUNCIONAL.**

#### **Concepto:**

Es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje debido a una función anómala de los órganos periféricos, sin que existan trastornos o modificaciones orgánicas en el sujeto, sino tan solo una incapacidad funcional.

Cualquier incapacidad funcional en la respiración, fonación o articulación, puede afectar la articulación del lenguaje.

#### **2.7.1.2.1.1 Causas:**

##### **a) Escasa habilidad motora:**

El desenvolvimiento del lenguaje está ligado al progreso de la motricidad; por lo tanto una alteración en este campo va a producir defectos en la pronunciación. Estos defectos irán desapareciendo mientras se va desarrollando la motricidad fina, pues el niño irá adquiriendo agilidad y coordinación necesaria para realizar movimientos precisos del habla.

##### **b) Dificultades en la percepción del espacio y tiempo:**

Los trastornos articulatorios suelen estar asociados a trastornos de la percepción, por ello es difícil que puedan darse los primeros movimientos articulatorios si el niño no tiene interiorizadas las nociones de percepción. En ocasiones el niño ve un movimiento, pero no lo percibe correctamente y no es capaz de diferenciar una articulación de otra.

##### **c) Falta de comprensión o discriminación auditiva:**

Algunos niños tienen problemas de discriminación acústica de los fonemas, por capacidad insuficiente de diferenciación de unos a otros, suelen confundir sonidos



parecidos con igual sentido rítmico; creando un fallo en la imitación exacta de los fonemas oídos.

#### **d) Factores psicológicos:**

Los trastornos afectivos pueden incidir sobre el lenguaje del niño, perturbando su normal evolución. Una falta de cariño, una inadaptación familiar, un problema de celos ante la venida de un hermano pequeño, la actitud ansiosa de los padres, experiencias traumatizantes por ambiente familiar (separación de los padres), pueden provocar un trastorno en el desarrollo de la personalidad del niño que se refleja en la expresión del lenguaje, ya que existe una interacción entre el lenguaje y el desarrollo de la personalidad.

#### **e) Factores ambientales:**

Como carencia familiar, nivel cultural del ambiente en él que se desenvuelve, y sobreprotección materna; causas que impiden la debida maduración del niño, permaneciendo psicológicamente en etapas que deben haber sido superadas.

### **2.7.1.3 Sintomatología de las Dislalias**

**1. Sustitución:** se denomina sustitución al error en el que un fonema se sustituye por otro. Ejemplo: la /r/ es cambiada por /d/, o por/g/; diciendo “quiedo” y pego por “quiero” y “perro”.

**2. Omisión:** omite el fonema que no puede pronunciar, sin ser sustituido por ningún otro, pudiéndose dar la omisión en cualquier lugar de la palabra. Ejm: “apato” por “zapato”. Cuando se trata de sílabas dobles en las que hay que articular dos consonantes seguidas y existe dificultad.

**3. Adición:** Es un síntoma en la cual el niño al no poder pronunciar una palabra correctamente se apoya adicionando un fonema. Ejemplo: la pronunciación de los fonemas /r/ y /s/; así dirá “arata” por “rata” o “canramelo” por “caramelo”.

**4. Distorsión:** Se habla de sonido distorsionado cuando se da de forma incorrecta o deformada, pudiéndose aproximar más o menos a la articulación correspondiente.



Ejemplo: dice “cardo” en lugar de “carro”. La distorsión junto con la sustitución son los errores más frecuentes.

#### **2.7.1.4 Diagnóstico de las Dislalias**

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

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

##### **a. Anamnesis.**

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

##### **b. Articulación.**

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

- **Lenguaje Repetitivo:** Es conveniente que el examinador y el niño estén sentados ante el espejo, con el fin de que el pequeño pueda verse como imita los movimientos bucales del terapeuta y facilitará así su reproducción.

- **Lenguaje Dirigido:** Es necesario valorar también el habla del niño en una forma de expresión más libre, sin que medie un modelo de pronunciación dado para imitar y así, conocer si tiene generalizada la articulación correcta en aquellos sonidos que supo emitir bien por repetición. Se irá conduciendo al niño a decir palabras con el sonido que se quiere analizar, sin darle el modelo previo, mostrándole una serie de dibujos de objetos conocidos y cuya denominación contiene el sonido, para que los vaya nombrando.

- **Lenguaje Espontáneo:** Finalmente, para completar la valoración de la expresión hablada del niño, se llevará a cabo una observación de las mismas en el diálogo



espontáneo, entablado con él una conversación dirigida a los datos que queremos analizar.

### **c. Motricidad Buco-Facial:**

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

### **d. Percepción temporal y espacial:**

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

### **e. Ritmo:**

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

### **f. Percepción y discriminación auditiva:**

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

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



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

### **g. Exámenes Complementarios:**

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

### **2.7.2 DISFEMIA**

El término disfemia o tartamudez hace referencia a una forma de hablar interrumpida por una serie de alteraciones como repeticiones de sonidos, palabras o frases, prolongación de sonidos, bloqueos o pausas inadecuadas en el discurso. Estas dificultades aparecen en el habla de una manera involuntaria y con una frecuencia inusual. Asimismo, pueden observarse signos de esfuerzo o movimientos en alguna parte del cuerpo, asociados a las dificultades del habla.

También es característico del trastorno que estas alteraciones se presenten de forma variable; es decir, no aparecen en todas las ocasiones en las que el niño habla, ni con la misma intensidad. Es posible que al niño se le oiga fluido durante días o temporadas, volviendo después a aparecer el habla alterada, también puede variar en función de las circunstancias que rodean al niño mientras está hablando, puede influir la presión comunicativa de la situación, el tema de la conversación o la emoción que sienta en ese momento.

Las situaciones que son más exigentes para él aumentan sus dificultades, mientras que las que transmiten relajación o tranquilidad inciden en la disminución de errores.



Ante estas alteraciones existen diferentes técnicas que disminuyen o evitan las dificultades al hablar y que ayudan al niño a controlar su disfemia. Por ejemplo es habitual que las alteraciones desaparezcan cuando el niño lee o canta, igualmente se reducen si el niño habla despacio, silabeando o alargando vocales. El niño también puede hablar fluido si se dirige a otros niños pequeños o mascotas o a personas determinadas.

### **2.7.2.1 Definición.-**

La disfemia hace referencia a las alteraciones, repeticiones o prolongaciones de sonidos, sílabas, palabras y los bloqueos al hablar. Estas alteraciones no son voluntarias, ni son conductas aprendidas; sin embargo el esfuerzo y la evitación suelen ser aprendidos.

No todos los niños presentan las mismas conductas ni en frecuencia ni en intensidad. Se desconoce la razón.

Son secundarios al problema la ansiedad, el pensamiento y los sentimientos negativos hacia la comunicación.

El entorno y los padres juegan un papel fundamental en el desarrollo de pautas adecuadas para la fluidez.

### **2.7.2.2 Clasificación de las disfemias**

Una de las clasificaciones más habituales de la tartamudez se basa en el tipo de manifestaciones que aparecen:

#### **a) Disfemia tónica**

Se caracteriza por la presencia de bloqueos, habla entrecortada. Generalmente suelen producirse al inicio del discurso, pasado el momento inicial la persona suele expresarse normalmente, espasmos que suelen afectar a grupos musculares relacionados con la fonación.



### **b) Disfemia clónica**

Se caracteriza por la presencia de repeticiones de determinados fonemas, sílabas o grupo de sílabas. Pueden asociarse con tensión muscular o no. Aparecen espasmos musculares repetidos. A diferencia del tipo anterior la fluidez aparece de forma repentina y dura poco tiempo.

### **c) Disfemia mixta (tonicoclónica)**

Cuando aparecen juntas la disfemia tónica y la clónica.<sup>3</sup>

#### **2.7.2.2.1 Conductas Asociadas**

Con frecuencia estas alteraciones pueden estar asociadas a otras conductas:

##### **Fuerza al hablar**

Paralelamente al habla aparecen manifestaciones de esfuerzo y tensión. Se puede observar un aumento de la tensión muscular en el rostro o en los órganos fonoarticulatorios, así como en todo el cuerpo. Estas señales de esfuerzo producen a veces movimientos involuntarios, como cierre de ojos, movimientos de cabeza, boca abierta o movimientos en manos y piernas junto al bloqueo en una palabra, en otras ocasiones se puede percibir un aumento de volumen de la voz asociado a la repetición o al bloqueo al hablar. Estos signos indican que el habla está siendo difícil.

##### **Ansiedad.**

Es el resultado de todas estas conductas de anticipación y de temor a no poder hablar bien, con la consiguiente alteración somática (sudoración de manos, tensión muscular, pulsaciones perceptibles o alteración de la respiración). De esta forma, el niño puede comentar que siente una tensión en la garganta, que el corazón le late deprisa o que le falta aire a veces cuando habla o se atasca.

##### **Conductas de evitación.**

Esta tendencia a evitar hablar, está relacionada con la experiencia negativa acumulada y con la ansiedad o temor a tartamudear que el niño ha podido experimentar a lo largo

---

<sup>3</sup> Alfonso L. Jiménez. Psicopatología Infantil. 1era Edición Madrid-España 2010



del tiempo y por lo general se manifiestan con frecuencia en los niños mayores que llevan más tiempo tartamudeando.

### **Pensamientos negativos.**

La experiencia negativa prolongada influye en los pensamientos y actitudes que genera el niño en relación con su dificultad para hablar. Estos pensamientos son habituales al enfrentarse al tartamudeo y caracterizan también el trastorno, constituyendo una parte importante de éste sobre todo cuando está más avanzado. Así, se instauran pensamientos de temor o de anticipación, y el niño anticipa que se van a burlar o que se va a atascar con algunas palabras que considera difíciles o ante situaciones o personas que teme.

### **Sentimientos negativos.**

Aparecen sentimientos de frustración o vergüenza e incluso puede aparecer valoración negativa de sí mismo y baja autoestima.

### **Relaciones sociales alteradas**

Evita comunicarse con sus pares y adultos. Estas conductas generan, a su vez, diferentes manifestaciones irregulares en la expresión para intentar retrasar u ocultar las dificultades; sustituir palabras, o dar un rodeo, hacer pausas innecesarias, incluir interjecciones o prefijos antes de la palabra y pretender evitar las palabras o los momentos en los que se piensa que se va a tartamudear (Van Riper, 1982; Riley y Riley; 1985, Ham. 1990; Bloodstein, 1995; Guitar, 2006).

#### **2.5.2.3 Etiología**

La etiología de la disfemia es aún desconocida y no se cuenta con datos que proporcionen una explicación global del trastorno. Las investigaciones apuntan a que el origen del problema se debe a múltiples factores que hacen referencia a aspectos fisiológicos, genéticos y ambientales, como la cognición, la emoción, el lenguaje y las habilidades motoras del niño. Los aspectos citados pueden ser la causa del problema y también el efecto del mismo.



### **Factores genéticos.**

Se ha relacionado el tartamudeo con factores genéticos, dada la alta incidencia familiar. Los estudios descartan que el problema sea hereditario, aunque hay un amplio acuerdo en los estudios de que existe una predisposición a adquirir la tartamudez, la cual se transmite genéticamente (Andrews y Harria, 1964; Van Riper, 1982; Kidd, 1984; Wingate, 1988; Bllodsrein, 1995; Ambrose et al., 1997; Felsenfeld, 1997 y 2000).

- Parece existir una predisposición genética a adquirir la tartamudez.
- El tartamudeo es tres veces más común en familias de tartamudos.
- Hay de cinco a diez veces más hombres que mujeres con tartamudez.
- Hay más riesgo de que sus familiares sufran tartamudez si la persona disfemica es mujer.
- Las mujeres tienden a recuperarse espontáneamente más que los hombres
- El tartamudeo es tres veces más común en familias con sujetos tartamudos que en familias que no los tienen.
- El problema se presenta de cinco a diez veces más en hombres que en mujeres.
- Con respecto a los hermanos, la tartamudez se ha encontrado en un 90% en parejas de gemelos si son monocigóticos. Sin embargo si los gemelos son dicigóticos el porcentaje disminuye en un 25 %.
- El número de mujeres que se recuperan espontáneamente es más alto en comparación con el de los hombres.

### **Factores fisiológicos**

- Mayor lentitud en los tiempos de reacción y dificultades respiratorias y articuladora; se ha planteado una hipótesis de que el tartamudeo tenga su origen en una descoordinación entre la fonación, la articulación y la respiración.
- Para que los movimientos del habla se realicen con la suavidad y al velocidad adecuada, es necesario un tono muscular apropiado de base. El movimiento se produce sin problemas cuando los músculos están relajados y los movimientos están bien sincronizados. Sin embargo, si el control motor está afectado. Entre



otros aspectos, por el estado emocional del niño, la seguridad y la relajación insuficientes con que éste realiza un movimiento afecto a la precisión del mismo.

- Si el niño se tensa se pueden producir factores emocionales que alteren su fluidez. También es conocido el efecto que produce el temor por anticipación ante el tartamudeo, que también podría generar efectos negativos sobre el control motor del habla. Por el contrario, el sentimiento de confianza tiene un efecto beneficioso en determinadas actividades que requieren coordinación motora.
- Alteración en la coordinación respiratoria, la descoordinación que aparece en la respiración es resultado de los espasmos del tartamudeo, más que el origen el mismo.

### **Temperamento.**

Influencia de un temperamento sensible e inhibido, lo cual puede influir en que el niño reaccione con signos de estrés y tensión muscular ante situaciones o personas nuevas.

### **Factores psicosociales**

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

### **Factores lingüísticos**

- Relación entre las disfluencias y posibles problemas en el desarrollo del lenguaje
- Etapa de amplio desarrollo lingüístico y cognitivo entre los dos y los cinco años
- Más dificultades en el área del lenguaje (retraso, problemas de pronunciación, etc.) en los niños tartamudos que en los niños que no presentan tartamudez.



### **Base genética.**

En un principio, parece clara la existencia de una base genética, de algún aspecto fisiológico que tiene incidencia en la predisposición que pueda tener el niño para tartamudear. Este factor constitucional puede estar relacionado con una forma específica de organización del cerebro del niño para el lenguaje y el habla, los aspectos motores, etc.

Otro factor constitucional puede influir en que el niño se condicione más fácilmente; si tiene un temperamento más sensible o emocionable, los factores ambientales o de estrés a los que se vea sometido le afectarán más.

La falta de fluidez comienza cuando en el desarrollo del lenguaje hay un aumento importante de la sintaxis y del vocabulario. Asimismo las disfluencias suelen aparecer asociadas a momentos de estrés en el ambiente del niño (nacimiento de un hermano, ingreso en el colegio o cambios significativos para el niño). Algunos de estos factores (ambientales y predisposicionales) pueden actuar independientemente o en combinación y favorecer la aparición del tartamudeo en un niño.

### **Factores ambientales.**

Una vez el problema ha aparecido también puede desaparecer, como ocurre en un alto porcentaje de niños, sin embargo en determinados niños el problema persiste y se va haciendo cada vez más frecuente e intenso.

## **2.7.3 DISGLOSIA**

### **2.7.3.1 Definición**

Es la dificultad en la producción oral, debido a alteraciones anatómicas o fisiológicas de los órganos articulatorios, cuya causa es de origen periférico.<sup>4</sup>

Atendiendo al órgano periférico concreto del habla en el que se produce la malformación se distinguen: Disglosias labiales, mandibulares, dentales, linguales y palatales.

---

<sup>4</sup> CASANOVA. PEÑA, J. Manual de Logopedia. Editorial Masson S.A. 1998. Pág. 149



La disglosia es una alteración motora del habla que afecta principalmente la motricidad de la zona oral (tono, control, fuerza, presión, coordinación de los movimientos de la lengua, labios, maxilares), lo que incidirá en otras capacidades, como la respiración, la fonación, la alimentación, el control de la saliva y la articulación.

### 2.7.3.2 Embriología

Para el final de la cuarta semana, el centro de las estructuras faciales en desarrollo está formado por una depresión ectodérmica, llamado estomodeo, rodeada por el primer par de arcos faríngeos o branquiales. En el embrión de cuatro y media semana de edad, pueden identificarse cinco elevaciones formadas por proliferación del mesénquima. • Los procesos o apófisis mandibulares se advierten caudalmente al estomodeo, los procesos o apófisis maxilares, lateralmente y la prominencia frontal.

Durante la quinta semana aparecen dos pliegues de crecimiento rápido: los procesos nasolateral y nasomediano, que rodean a la placoda nasal, la cual forma el suelo de una depresión la fosita nasal. Los procesos nasolaterales formarán las alas de la nariz, labio superior, maxilar y todo el paladar primario.<sup>5</sup>

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

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

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

Consiste en lo siguiente:

1. El componente labial, llamado también *filtrum*.
2. Componente maxilar superior, que lleva los cuatro incisivos.

---

<sup>5</sup> LAGMAN. Jan. Embriología médica. Pág.354.



3. Componente palatino, que forma el paladar primario triangular.

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

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

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

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

### **2.7.3.3 Clasificación de las disglosias:**

#### **Disglosias labiales.**

Trastorno en la articulación de los fonemas causado por:

- Dificultades de movilidad en los labios.
- Falta de fuerza en los labios

#### **a. Fisura labial o labio leporino:**

Es una malformación congénita de diversos grados que abarca desde la simple depresión del labio superior hasta su total hendidura, generalmente asociada a fisura palatina y hendidura alveolar.



A veces no son verdaderos labios leporinos centrales, sino bilaterales con aplasia o hipoplasia.

Como consecuencia de esta malformación, el habla del niño queda afectada en la articulación de los fonemas vocálicos posteriores /u/; /o/ y los consonánticos bilabiales /p/; /b/; /m/.

#### **b. Frenillo labial superior hipertrófico:**

Su presencia dificulta la normal movilidad del labio superior, produciendo un diastema, entre los incisivos centrales. Como consecuencia aparece una dificultad en la articulación de los siguientes fonemas /p/, /b/, /m/ y /u/.

Un frenillo es considerado patológico si se produce retraso o imposibilidad de la salida de los dientes laterales o caninos, atribuido al frenillo.

#### **c. Parálisis facial:**

La parálisis puede afectar a uno o ambos lados de la cara. En el primero de los casos la disglosia suele ser poco perceptible mientras que en el segundo de los casos la articulación fonemática está considerablemente afectada en los siguientes fonemas /f/ en lugar de /p/, /n/ en lugar de /m/ y /o/ y /u/, puede deberse a otitis, mastoiditis, herpes zoster, paperas, varicela, etc.; y a traumatismos como la fractura de la base del cráneo, cirugía facial, etc.

#### **d. Macrostomia:**

La macrostomia es una amplitud excesiva de la hendidura bucal, el alargamiento de la hendidura bucal suele asociarse a malformaciones del pabellón auricular. La fisura suele comenzar en el ángulo de la boca y según su extensión se distinguen:

Macrostomia incompleta.- se prolonga a lo largo de la cara pero en poca extensión. La boca aparece grande, con un labio inferior ancho y prominente.

Macrostomia completa.- la fisura se prolonga hasta el borde anterior del masetero.



### **e. Neuralgia del trigémino:**

Es una inflamación extremadamente dolorosa del nervio trigémino que causa dolor facial severo y espasmo de los músculos faciales en el lado comprometido. Se trata de un dolor brusco, muy intenso y generalmente de corta duración, que aparece en cualquiera de las zonas de la cara inervadas por las tres ramas sensitivas del trigémino (oftálmica, maxilar superior y maxilar inferior).

Estos ataques dolorosos se pueden presentar después de tocar ligeramente áreas cutáneas de la cara, a lo largo del curso de este nervio craneano. Los medicamentos específicos pueden ser muy efectivos para reducir la frecuencia de los ataques, pero es posible que se requiera intervención quirúrgica.

La persona que lo padece tiene dificultad para articular por la intensidad del dolor.

### **f. Heridas labiales.**

#### **Disglosias mandibulares**

Trastorno en la articulación de los fonemas debido a una alteración en la forma o movimiento de los maxilares. Su origen puede ser congénito, del desarrollo, quirúrgico o traumático.

#### **a. Resección del maxilar superior/inferior**

Que puede ser ocasionado por accidentes, tumores, etc.

#### **b. Atresia mandibular**

Es una oclusión de una abertura natural. En la atresia mandibular se produce una mala oclusión de los maxilares. La anomalía puede producirse como consecuencia de una detención en el desarrollo del maxilar inferior de origen congénito, como es el raquitismo; o adquirido (chupar el dedo).

#### **c. Disostosis maxilofacial**

Es una forma particular de malformación asociada a otras anomalías.



#### **d. Prognatismo**

Es una protrusión del maxilar inferior debido al desalineamiento de los dientes causado por malformaciones en la forma de los huesos de la cara. El prognatismo puede causar mal oclusión (desalineamiento de las superficies oclusoras de los dientes superiores e inferiores).

Las personas con prognatismo tienen dificultades en la emisión de los fonemas fricativos o africados. Se producen sonidos como sibilantes o deslizados, provocados por el roce del aire contra los dientes.

#### **Disglosias dentales**

Los trastornos de la articulación como consecuencia de una alteración en la forma o posición de las piezas dentarias se denominan disglosia dental.

#### **La causa de las anomalías dentarias son diversas:**

Herencia, desequilibrios hormonales, alimentación, ortodoncias, prótesis, etc.

#### **Disglosias Linguales**

Cuando la articulación se ve alterada como consecuencia de un trastorno orgánico de la lengua nos encontramos con una disglosia lingual.

La motilidad lingual puede verse dificultada por:

**a. Anquiloglosia.- o frenillo corto.** No es muy frecuente y suele ocasionar un rotacismo.

**b. Glosectomía.-** consiste en la extirpación total o parcial de la lengua mediante una intervención quirúrgica.

**c. Macroglosia.-** Se trata de un aumento desmesurado del tamaño de la lengua. Esta anomalía lingual genera una disminución de los movimientos, esto produce distorsiones articulatorias.

**d. Malformaciones congénitas de la lengua.-** Son debidas a una detención en el desarrollo embrionario.



**e. Parálisis uní-bilateral del hipogloso.-** en la parálisis unilateral aparecen pocas molestias y en la parálisis bilateral se padecen alteraciones más serias en el masticar y en el hablar.

### *Disglosias palatales*

Son alteraciones en la articulación de los fonemas debido a malformaciones orgánicas del paladar óseo y velo del paladar.

**a. Fisura palatina:** Es una malformación congénita en la que las dos mitades laterales del paladar no se unen en la línea media. La fisura puede afectar el velo del paladar, el paladar óseo y la apófisis alveolar del maxilar superior. Las causas de la fisura palatina son:

**De carácter exógeno:** alcoholismo, radiaciones, virus, carencia de vitaminas A y B.

**De carácter endógeno:** herencia.

### **b. Fisura labiopalatina**

Los niños con labio y /o paladar fisurado nacen con un desarrollo incompleto del labio superior y/o paladar. Puesto que el labio y el paladar se desarrollan separadamente puede haber niños con fisura en el labio y no en el paladar, con fisura en el paladar y no en el labio y con fisura en ambos.

Una fisura en el labio puede ser desde un ligero “pellizco” hasta la separación completa de aquel e incluso afectar a la nariz. Esto puede ocurrir en un lado o en los dos. En el primer caso se llama fisura simple de labio sin división palatina o labio fisurado unilateral y en el segundo caso labio fisurado bilateral o fisura total de labio sin división palatina.

En el paladar fisurado también existen distintos grados, desde una pequeña fisura en el paladar blando hasta una fisura bilateral completa.



## **Causas del labio y/o paladar fisurado**

Las fisuras del labio y /o paladar son unos de los defectos de nacimiento más comunes, no hay una sola causa, la mayoría de las fisuras parecen deberse a una combinación de factores heredados (genéticos) y ciertos factores “ambientales” (pesticidas, insecticidas, ciertos medicamentos, etc.). La fisura ocurre a principios del embarazo, alrededor de la octava semana.

## **Los trastornos articulatorios de las hendiduras palatinas y su origen son:**

**Golpe de glotis:** La articulación de los fonemas /p/; /t/; /k/; /b/; /d/ y /g/es sustituida por un pequeño ruido, con o sin vibración, en función de la sonoridad o sordera del fonema en cuestión.

**Ronquido faríngeo:** A veces se acompaña de vibraciones laríngeas y reemplaza a las consonantes /s/; /x/; /q/ y en ocasiones a /f/y /r/.

**Soplo nasal:** Es el escape de aire por la nariz durante la emisión de las palabras, produciendo una alteración de todos los fonemas excepto de los nasales.

**Rinofonía:** La mayoría de las divisiones palatinas presentan una rinofonía mixta debida a una obstrucción nasal y a la insuficiencia del velo palatino.

**Fisura submucosa del paladar:** se trata de una malformación congénita por la que el paladar óseo no se ha unido en la línea media, pero sí la mucosa que la recubre. Es una afección muy poco frecuente y suele aparecer un acortamiento global de todo el paladar.

**Paladar ojival:** Es un paladar alto, en forma de ojiva, con paredes laterales en forma de techo a dos agujas. Es frecuente que se origine en el hábito de succionar el pulgar y en el uso prolongado del chupete; pero no son las únicas causas. En general se suman otras que agravan el problema: la respiración bucal y es a veces una posición anormal de la lengua que presiona permanentemente el paladar.



Aunque al paladar ojival puede favorecer la producción de distorsiones en la articulación de /t; /d/y /l/, son muchos de los niños que tienen esta patología orgánica y que no han visto alterada su articulación.

**Otras causas:** paladar corto, úvula bífida, velo largo, perforaciones.

#### **2.7.3.4 Etiología:**

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

#### **Factores hereditarios:**

Por lo general se acepta que el factor etiológico principal tiene carácter genético, aunque en algunos casos este ha sugerido como causa combinada genética y ambiental.

#### **Factores ambientales:**

Administración de medicación, durante el primer trimestre de la gestación, anticonvulsivos durante el embarazo aumenta el peligro, el alcoholismo, radiaciones y virus. Algunos autores dan mucha importancia a la carencia de vitaminas A y B, al déficit de ácido fólico y la hipervitaminosis sobre todo la cortisona.

#### **Combinación con otras deformaciones:**

Se dice que cerca de un 10% de los casos se hallan otras malformaciones congénitas como hidrocefalias, defectos cerebrales, defectos cardiacos, malformaciones de las extremidades. Por consiguiente no es de extrañar que la malformación de hendiduras puede ir acompañada de trastornos psíquicos, pero sin duda la gran mayoría de niños con hendiduras son normalmente dotados.

#### **2.7.4 DISARTRIA**

La disartria es una alteración del habla que tiene como base un trastorno neurológico. Generalmente se acompaña de dificultades en algunos atributos de la voz (disfonías neurológicas), de alteraciones de los movimientos biológicos de los órganos buco



faríngeos (incluyendo masticación y deglución), y en ocasiones de incoordinación fonoro respiratorio.

El deterioro de un sector del sistema nervioso responsable de la emisión del habla puede ocurrir en cualquier parte de los tractos que van desde el cerebro hasta el propio músculo. Los desajustes en la inervación de estos músculos (trastornos neurogénicos), en la función del músculo mismo (trastornos miopáticos) o de la coordinación motora (trastornos apráxicos), dan defectos del habla y de la voz por disminución de la fuerza muscular de los órganos fonarticulatorios y respiratorios, por trastornos del tono muscular (flacidez, espasticidad, rigidez) o por movimientos involuntarios.

#### **2.7.4.1 Definición**

La disartria, del griego *dis*, dificultad y *arthron*, articulación, se define como los desórdenes en el habla, resultante del daño o lesión de los mecanismos neurológicos encargados de regular sus movimientos.<sup>6</sup>

*Segre*, señala que son complejos trastornos de la articulación de la palabra, de su intensidad, ritmo y melodía, debidos a lesiones orgánicas de las vías motoras endocerebrales, así como de alguna agrupación nuclear subcortical.<sup>7</sup>

Cuando la afectación neurológica es periférica, los síntomas son específicos, más determinados y puros, en las lesiones centrales suelen ser variables, amplios y menos específicos, acompañados de alteraciones del ritmo fonatorio, dificultades en la coordinación respiratoria y trastornos en la emisión vocal.<sup>8</sup>

#### **2.7.4.2 Clasificación**

Por el sitio de la lesión las disartrias se clasifican en:

- Lesiones de la moto neurona superior (espástica)

---

<sup>6</sup>Mcneil, Ronsenbek, Aronson. *The Dysarthrias, Physiology, Acoustico Perception, Managemen*. Edited by Mcneil y col. college?hill press, San Diego California, 1984. 1;23-30.

<sup>7</sup>Segre R. *La comunicación oral normal y patológica*. Toray. Buenos Aires, 1973. 46-9.

<sup>8</sup>Cárdenas Toledo. *Los métodos para la exploración logopédica*. La Habana. Editorial libros para la salud, 1979. 64-5



- Lesiones de la moto neurona inferior (flácida)
- Lesiones en las Neuronas Superior e inferior (mixtas)
- Lesiones del Sistema Cerebeloso (Atáxica)
- Lesiones a nivel del sistema extrapiramidal (hipocinética, hipercinética)

**Lesiones a nivel de la Neurona Motora Superior:** La lesión de la neurona motora superior puede provocar una parálisis espástica y reflejos hiperactivos.

**Disartria por Lesiones Unilaterales de la Motoneurona Superior:** Este tipo de disartria presenta síntomas que generalmente son leves y a veces transitorios posteriores a accidentes cerebrovasculares que causan traumas difusos. Una lesión unilateral produce debilidad del lado opuesto de la lengua, debilidad de los labios, parte inferior de la cara y a veces, una leve debilidad para cerrar los ojos; no hay debilidad de la frente, paladar y músculos de la masticación, puede observarse trastornos de la articulación, sin menoscabo de la respiración, la fonación o la resonancia. Es necesario que se produzcan lesiones corticobulbares bilaterales para que haya una disartria permanente espástica.

**Disartrias por Lesiones Bilaterales de la Motoneurona Superior (Disartria Espástica):** pueden ser el resultado de un accidente cerebrovascular, un trauma en la cabeza, un tumor, una infección, una enfermedad degenerativa o enfermedades metabólicas-toxicas o inflamatorias. En la mayoría de los casos hay un daño bilateral y cuando este se da, se manifiesta generalmente como debilidad y espasticidad en el lado opuesto a la lesión con una predominancia presente en los músculos distales de las extremidades, la lengua y los labios.

La espasticidad se hace evidente por la resistencia de un grupo muscular al movimiento pasivo, exageración de los reflejos de estiramiento muscular y la presencia de reflejos patológicos, principalmente el signo de Babinsky. El paciente con este tipo de problemas presenta disfagia, disfonía y disartria acompañada de lentitud de movimientos de la lengua, el velo del paladar y de los músculos faciales. Los pacientes emiten frases cortas, la voz es ronca y se asocia con frecuencia a un tono bajo y monótono, en la fonación se da acortamiento de las frases por el esfuerzo en la fonación como método compensatorio, con interrupciones tonales o de la respiración,



la debilidad y lentitud muscular afecta a los mecanismos articulatorios y palatofaríngeos, muchos pacientes presentan hipernasalidad.

### **Características del habla de las Disartrias Espásticas:**

- **Fonación:** La voz del paciente afectado de disartria espástica se describe como ronca y muchas veces con una cualidad característica que puede clasificarse como de “tensa y estrangulada” y al terminar la vocalización se oye como un gruñido.
- **Resonancia:** La hipernasalidad es un componente frecuente de la disartria espástica, aun cuando la emisión nasal no es común.
- **Articulación:** Producción imprecisa de consonantes, y en algunos casos existe distorsión de las vocales.
- **Deglución:** Los síntomas que se observan son reducción en el vigor y sensación de los labios, lengua y mandíbula; retraso en la respuesta deglutoria. La disfagia puede ser grave y el babeo persistente.

### **Lesiones a nivel de la Neurona Motora Inferior**

**Disartria Flácida:** Toda lesión de la neurona motora inferior deteriora las vías finales que provocan las contracciones musculares, los músculos presentan hipotonía o flacidez, así, como consecuencia de tal lesión todo tipo de movimiento se ve afectado. La principal enfermedad por alteración en la conducción a través de la unión mioneural (nervio-músculo), es la miastenia gravis; se produce por infecciones víricas, tumores, algún trauma infligido al propio nervio o algún daño infligido al tallo encefálico.

### **Características del habla de la Disartria Flácida:**

- **Fonación:** No es muy común encontrar parálisis unilateral de las cuerdas y la fonación dependerá de la posición en que se encuentre la cuerda al momento de la parálisis, así, si la cuerda se queda paralizada en aducción, la voz se oirá ronca y con sonoridad reducida, y, si ha quedado paralizada en abducción, habrá menos sonoridad



y más jadeo. Si la parálisis es bilateral encontramos una voz jadeante, estridencia inspiratoria, es decir inspiración audible y frases anormalmente cortas.

- **Resonancia:** Se nota hipernasalidad como característica preponderante en los pacientes con disartria flácida.
- **Articulación:** La emisión imprecisa de consonantes puede ir de moderada a grave (caso del habla ininteligible). Particularmente las explosivas (p, t, k) y las fricativas (f, s).
- **Deglución:** Puede presentarse debilidad o inmovilidad del velo del paladar, con un reflejo de vómito reducido o ausente. También puede estar afectada la laringe, lo que provocaría dificultad en la deglución y la posibilidad de regurgitación nasal de los fluidos.

### **Lesiones Neuromotoras Mixtas**

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

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

**Características del habla de las Disartrias Mixtas:** La musculatura oral presenta debilidad generalizada en labios, lengua y velo del paladar, reducida amplitud de movimientos, existe presencia de fasciculaciones de la lengua y en casos graves se atrofia. Los trastornos a nivel del habla son impredecibles, así presenta una voz ronca, hipernasalidad, emisión imprecisa de consonantes y vocales.



## **Lesiones en los Ganglios Basales (Sistema Extrapiramidal)**

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

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

**Características del habla en las Disartrias Hipocinéticas:** La musculatura oral presentará lentitud en los movimientos de labios, lengua y velo del paladar. Deterioro progresivo en la emisión de sílabas. Durante la fonación su voz se presenta ronca, jadeante y temblorosa, disfunción laríngea traducida en disfonía o afonía. El tono monótono y sin modulación, no mantiene la intensidad. La articulación está alterada con relación al punto en los fonemas oclusivos, africados y fricativos. Puede presentar hipernasalidad en ciertos casos. En ocasiones existe insuficiencia prosódica y con mucha frecuencia se observa palilalia, que no es más que la repetición de frases y de palabras. Se han identificado síntomas disfágicos.

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

## **Lesiones del Cerebelo y del Tracto Cerebeloso:**

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

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



**Características del habla en la Disartria Atáxica:** En la fonación la voz es aproximadamente normal o bien presenta variaciones excesivas de volumen, también pueden notarse una calidad ronca. En ocasiones hay resonancia hipernasal. El habla está marcada por emisión imprecisa de las consonantes, distorsión de las vocales y pausas irregulares articulatorias.

### **2.7.4.3 Etiología de la Disartria**

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

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



# CAPÍTULO

# III



### 3 INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

La intervención hace referencia al conjunto de estrategias, procedimientos y técnicas que se ponen en juego para lograr una serie de objetivos sobre el proceso de desarrollo lingüístico.

#### 3.1 INTERVENCIÓN EN LAS DISLALIAS

La intervención en las dislalias puede ser indirecta y directa.

##### **3.1.1. Tratamiento indirecto**

Cuyos ejercicios van dirigidos a mejorar las funciones que inciden en la expresión oral del lenguaje, para una perfecta articulación se precisa de una serie de condiciones:

- Buena función respiratoria
- Cierta nivel de madurez psicomotriz
- Una buena percepción
- Buena percepción auditiva
- Agilidad buco-facial que facilite la articulación

**3.1.1.1. INTERVENCIÓN INDIRECTA:** se orienta hacia las bases funcionales de la articulación: audición, habilidades motoras de los órganos articulatorios y respiración.

Se realizarán aquellos que tengan relación con la causa de la dislalia.

##### **3.1.1.1.1. Ejercicios de respiración:**

- Inspirar lentamente por la nariz, retener el aire unos segundos y expulsar el aire por la nariz de manera cortada en tres o más veces.
- Inspirar lentamente por la nariz, retener el aire unos segundos y expulsar lentamente por la boca.
- Inspirar rápidamente por la nariz dilatando las alas, retener el aire durante unos segundos y expulsar lentamente por la nariz.
- Inspirar rápidamente por la nariz dilatando las alas, retener el aire unos segundos y expulsar por la nariz de forma rápida.



- Inspirar lentamente por la nariz, retener unos segundos y expulsar el aire por la boca. Inspirar lentamente por la nariz tapando la fosa nasal izquierda, retener el aire unos segundos y expulsar el aire por la fosa nasal izquierda.
- Inspirar lentamente por la nariz tapando la fosa nasal derecha, retener el aire unos segundos y expulsar por la fosa nasal derecha. la mano sobre el pecho y expulsar el aire por la boca lentamente vaciando los pulmones de aire.
- Colocar al niño/a de pie apoyado en la pared y que inspire lentamente el aire, llenar a tope los pulmones, colocando una mano en el tórax y la otra en el abdomen y observar cómo se hincha y, a continuación, expulsar el aire lentamente por la boca.

Tendremos que hacer una demostración antes al niño/a de respiración abdominal. Todos estos ejercicios se repetirán tres veces.

#### **3.1.1.1.2. Ejercicios de sopro:**

- Inspirar el aire por la nariz y soplar por un sorbete o tubo.
- Inspirar aire por la nariz y soplar hasta hacer burbujas
- Soplar por la pajita, colocándola a la derecha y luego a la izquierda de la boca.
- Soplar sin inflar las mejillas.
- Soplar inflando las mejillas.
- Inflar globos.
- Soplar un molinillo haciéndolo girar rápidamente.
- Soplar un molinillo haciéndolo girar lentamente.
- Soplar sobre la mano, flojo y fuerte.
- Soplar el flequillo.
- Montar el labio superior sobre el labio inferior y soplar hacia abajo.
- Inspirar aire por la nariz y apagar una vela. Repetir el ejercicio alejándose de la vela gradualmente. Apagar de un soplo velas. Soplar suavemente velas sin apagarlas y observar cómo se mueve la llama.

#### **3.1.1.1.3. Ejercicios linguo-labiales:**

- Sonreír sin abrir la boca. Reír.
- Separar y juntar los labios.



- Apoyar la punta de la lengua en los alvéolos superiores y en los inferiores.
- Morder el labio inferior con los dientes superiores.
- Morder el labio superior con los dientes inferiores.
- Doblar la lengua hacia arriba dentro de la boca.
- Doblar la lengua hacia abajo dentro de la boca.
- Sacar la lengua lo más posible.
- Meter la lengua en la boca y cerrarla.
- Colocar la lengua en posición de rr e imitar el sonido de la moto.
- Abrir la boca al máximo. Cerrar la boca solo un poco.
- Sacar la lengua hacia arriba y hacia abajo.
- Sacar la lengua hacia derecha y hacia izquierda.
- Sacar la punta de la lengua un poco, meterla y cerrar la boca.

Cada ejercicio que se realice se repetirá varias veces.

#### **3.1.1.1.4. Ejercicios del velo del paladar.**

- Bostezar.
- Toser.
- Hacer gárgaras.
- Carraspear.

#### **3.1.1.1.5. Ejercicios de discriminación auditiva.**

- Localizar la fuente sonora: con los ojos cerrados el niño/a debe señalar de donde viene el sonido o ruido producido. Se puede usar la voz, instrumentos musicales, palmadas, etc... Reconocer ruidos y sonidos: el niño/a tiene que identificar el sonido que oiga con la foto correspondiente. Imitar sonidos y ruidos.
- Reconocer cualidades sonoras: con un tambor dar golpes fuertes y suaves, cuando sea fuerte el niño/a deberá dar una palmada, cuando sea suave tendrá que levantar la mano, con una flauta tocar sonidos largos y cortos, cuando sean largos el niño/a pintará rayas largas y cuando sean cortos rayas cortas, etc...
- Discriminar palabras monosílabas.
- Discriminar consonantes que se opongan por el rasgo sonoro-sordo.
- Discriminar vocales iniciales, etc...



### **3.1.1.1.6. Ejercicios de respiración:**

Inspirar por la nariz lenta y profundamente. Retener el aire unos segundos y expulsar el aire por la boca de manera lenta con los labios casi juntos.

### **Ejercicios de soplo:**

- Coger aire por la nariz y soplar una vela sin apagarla haciendo que se mueva la llama ligeramente. Ir acercando la vela poco a poco y disminuir la intensidad del soplo para que no se apague.
- Coger aire por la nariz y soplar una pelota de ping-pong desplazándola lentamente.

### **3.1.1.1.7. Praxias:**

- Abrir y cerrar la boca.
- Estirar y encoger los labios.
- Morderse los labios.
- Enseñar y esconder los labios.

### **3.1.1.1.8. Ejercicios de articulación del fonema aislado:**

- Emitir el fonema /a/ de forma continua cerrando los labios lentamente hasta llegar a la posición correcta.
- Emitir el fonema /m/ continuamente hasta conseguir emitir /b/.
- Sostener el labio inferior del niño/as evitando que los cierre y emitir el fonema.
- Emitir el fonema de manera continua.

### **3.1.1.1.9. Ejercicios de repetición de sílabas con el fonema /s/:**

- Emitir el fonema de forma alargada añadiendo vocales.
- Repetir sílabas sin prolongar el fonema.

### **3.1.1.1.10. Ejercicios de repetición de palabras:**

En posición inicial (bata, boca...) y media (jabón, labio...)



### **3.1.1.11. Ejercicios de repetición de frases:**

- En posición inicial:

Ej.: mi hermana bebe agua de botella.

- En posición media:

Ej.: ayer me monté en un caballo.

### **Repetición de versos, adivinanzas, trabalenguas...**

### **3.1.1.2. INTERVENCIÓN DIRECTA**

Tiene como finalidad enseñar al niño/a dislábico una correcta articulación y su automatización para ser integrada en su lenguaje espontáneo.

Se realiza en sesiones individuales, frente a un espejo o al logopeda indicándole el correcto punto y modo de articulación de cada fonema alterado.

#### **3.1.1.2.1. Ejercicios articulatorios**

Van a ser individuales, se llevaran a cabo frente al espejo el niño y el fonoaudiólogo.

Este irá mostrando las posiciones y movimientos de los órganos de la articulación, que se deben dar para cada fonema en el que presente dificultad.

No tratar en una misma sesión fonemas cuyos movimientos pueden confundirse, como /l/ y /n/, /ch/ y /s/

Los ejercicios deben ser de corta duración para evitar que el niño se fatigue.

Deben ser breves de 2 a 3 minutos de duración y con pausas intermedia, para continuar repitiéndolas varias veces en cada sesión.

Utilización de sonidos auxiliares a partir de los cuales podemos llegar a la obtención de nuevos fonemas.



## **Clasificación de los fonemas**

Para poder rehabilitar por medio de la reeducación directa es preciso conocer el punto y modo de articulación, vibración de las cuerdas vocales y acción del velo del paladar:

### **Vocales**

/a/ abierta central, sonora, vocal

/e/ semiabierta, anterior o palatal, sonora, vocal

/i/: cerrada, anterior o palatal, sonora, vocal.

/o/: semiabierta, posterior o velar, sonora, vocal.

/u/: cerrada, posterior o velar, sonora, vocal.

### **Consonantes.**

/p/: oclusiva, bilabial, sorda, vocal.

/v – b/: oclusiva-fricativa, bilabial, sonora, vocal.

/t/: oclusiva, dental, sorda, vocal.

/c – k – q/: oclusiva, velar, sorda, vocal.

/d/: oclusiva-fricativa, dental, sonora, vocal.

/g/: oclusiva-fricativa, velar, sonora, vocal.

/f/: fricativa, labiodental, sorda, vocal.

/s/: fricativa, alveolar, sorda, vocal.

/y/: fricativa, palatal, sonora, vocal.

/j/: fricativa, velar, sorda, vocal.

/ch/: africada, palatal, sorda, vocal.

/m/: nasal, bilabial, sonora.

/n/: nasal, alveolar, sonora.

/ñ/: nasal, palatal, sonora.

/l/: lateral, alveolar, sonora, vocal.

/ll/: lateral, palatal, sonora, vocal.

/r/: vibrante simple, alveolar, sonora, vocal.

/rr/: vibrante múltiple, alveolar, sonora, vocal.



### **3.1.1.2.1.1 Corrección de los Fonemas Simples**

#### **3.1.1.2.1.1.1. Dislalias en las vocales.**

##### **Fonema /a/**

La lengua debe permanecer plana en el suelo de la boca; con la punta detrás de los incisivos inferiores ayudándonos de un bajalenguas, presentando mayor abertura de los labios que las demás vocales.

Cuando la /a/ esta nasalizada por descenso del velo del paladar es preciso hacer notar al niño la emisión del aire caliente por su boca; esto se logrará conseguirlo mediante la articulación iaia o emitiendo con fuerza, pa.

##### **Fonema /e/**

Labios entreabiertos, permaneciendo los incisivos inferiores de tras de los superiores, la punta de la lengua apoyada en la cara interna de los incisivos inferiores.

Si se altera este fonema el logopeda le ayudará repitiendo las vocales i, e, a en este orden y con la ayuda del bajalenguas se presionara en el centro de la lengua.

##### **Fonema /i/**

Ligera abertura labial alargada, con las comisuras de los labios retiradas hacia atrás, los dientes se aproximan sin tocarse.

Si se altera este fonema el logopeda le ayudará con sus dos dedos índices colocados en ambas mejillas, para facilitar su articulación.

##### **Fonema /o/.**

Los labios avanzan hacia delante, tomando una forma ovalada, con los incisivos un poco separados.

Puede suceder que el niño abra demasiado la boca y en esta posición el sonido



Se asemeja a la vocal /a/. Conviene, en este caso, acercar los labios y redondear su abertura.

### **Fonema /u/.**

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

Para corregir su dificultad se coloca el extremo de un lápiz entre los labios y se le hace articular primero la vocal /a/, luego la /o/ y por último la /u/.

### **3.1.1.2.1.2 Dislalias en las consonantes**

#### ***Fonema /p/.***

Su defecto se denomina “betacismo” y aparece en escasas ocasiones. Para corregirlo basta con que el niño centre su atención en la posición exacta, haciéndole notar cómo en la articulación correcta percibe la salida explosiva del aire sobre su mano.

#### ***Fonema /v – b/.***

Su defecto también se denomina *betacismo*. En algunos casos el sonido /b/ se realiza sin vibraciones, siendo entonces sustituida por /p/. Para que perciba la diferencia entre ambas consonantes, se coloca la mano del niño en la parte anterior del cuello del reeducador, mientras éste articula /p/ y /b/; luego tratará de realizar el niño sin ayuda.

#### ***Fonema /t/***

Los defectos de la /t/ llamados *deltacismo*. Para corregir su problema se coloca la mano a la altura de la boca para notar la expulsión del aire.

#### ***Fonema /c – k – q/***

Los defectos de este fonema se llaman *kappacismos*. Para corregir su dificultad utilizamos: el depresor para empujar la lengua hacia atrás y produzca el sonido, hacer gárgaras, imitar la tos.

***Fonema /d/.***

Los defectos de este fonema se denominan *deltacismo*. Para su corrección se utilizará la repetición del siguiente ejercicio: a – d, a – d/ anda, anda/ falda, falda.

***Fonema /g/***

El defecto de esta articulación se denomina *gammacismo*. Una forma de obtener su articulación correcta, es a partir de la /k/, añadiéndole las vibraciones laríngeas, que percibirá por el tacto sobre la garganta del educador y luego sobre la suya. Otra forma es por medio de las gárgaras.

***Fonema /f/***

Se obtiene el sonido perfecto, presionando el labio inferior con nuestro índice, para colocarlo bajo los incisivos superiores; en esta posición se emite la "fa".

***Fonema /s/***

El defecto de esta articulación es habitual, se llama *sigmatismo*. Se puede colocar el depresor entre los dientes, de forma que obligue a la lengua, a apoyarse tras los incisivos inferiores; también se puede ayudar con la mano a la extensión de los labios, ya que las comisuras han de estar algo retiradas hacia los lados.

***Fonema /y/.***

Se puede conseguir la articulación correcta de este fonema repitiendo rápidamente "iaiaia" hasta acabar en "ya".

***Fonema /j/***

Su defecto se llama *jotacismo*. Para su corrección se hará carraspear con fuerza como si quisiera quitarse algo de la garganta.

***Fonema /ch/***

El defecto principal se da al sustituir la "ch" por "s", para rehabilitar se colocan trozos de papel fino sobre la mesa, el niño observa que al pronunciar "ch" estos trozos se mueven con mayor fuerza que al articular "s".

***Fonema /m/.***

Su defecto se llama "mitacismo". Para su corrección se coloca un espejo entre el labio superior y las fosas nasales para observar si es empañado por la salida del aire por la nariz. Se coloca la mano del niño en la mejilla para que note la vibración.

***Fonema /n/***

De la misma forma que con la /m/, aquí podrá observar el niño la salida del aire, colocando un pequeño espejo bajo las ventanas nasales, que se empañará en la emisión de la /n/ con la espiración nasal. Y también apoyando su dedo en el ala de la nariz, donde podrá percibir las vibraciones de la misma.

***Fonema /ñ/***

Para que el niño constata la salida nasal de la corriente aérea, se utilizarán los mismos métodos descritos para las articulaciones nasales anteriores.

***Fonema /l/.***

El defecto de esta consonante se llama *lambdacismo*. Se puede reeducar colocando una paleta entre el borde de la lengua y los molares. Es conveniente hacerle notar al niño la salida lateral del aire.

***Fonema /ll/.***

Es usual sustituir este sonido por el de la /y/ fenómeno conocido como *yeísmo*. Para corregirlo se puede empujar con el depresor el dorso de la lengua, para que llegue a tomar contacto con el paladar y en ese momento realice la espiración.



### ***Fonema /r/***

El defecto de esta articulación, se denomina *rotacismo*. Una manera de obtener el fonema, es a partir de la sílaba la, repetida con rapidez: la, la, la...; otra manera con la paleta se le llevara la lengua hacia el paladar para que pronuncie "ra".

### ***Fonema /rr/***

Se reeduca a partir de la /r/ simple, ampliándola con los siguientes ejercicios: tar, tarrrr, tarrrr...; arra, arrrra...; ra, rra, rrrra.

### **3.1.1.2.3. Reeducción de Fonemas Compuestos o Dífonos.**

Se denominan Dífonos o Sífonos aquellos grupos fónicos en los que aparecen dos consonantes seguidas de una vocal. El fonema intermedio, que recibe el nombre de líquido, será la /l/ o la /r/ que tiene esta denominación porque se funden o licuan con otros, que se denominan licuantes. Estos son p, b, f, t, d, g, c. Con ellos se forman los siguientes grupos: pr, br, fr, tr, dr, gr, cr, pl, bl, fl, tl, gl, cl. La d no se licua con la l.

La ausencia de los sífonos, es un defecto muy usual en las dislalias. Ejemplo: diciendo "pato" por "plato". También es común que se sustituya esta consonante intermedia por otra, especialmente en el caso de la /r/. Ejemplo: "plisa" por "prisa".

Para corregir estos grupos de articulaciones se pueden clasificar en dos apartados:

- a) Aquellos dífonos en cuya articulación intervienen órganos diferentes, como bl, ya que el fonema /b/ será dado por la separación de los labios y el /l/ por la posición que toma la lengua.
- b) Constituye aquellos grupos que en que es el mismo órgano, la lengua, la que entra en actividad, variando solo su posición para uno u otro fonema y por ella presentan
- c) una mayor dificultad que los anteriores.

La reeducación se ejercita a partir de:



/pr/: para, para, ..., despacio a muy deprisa, ...pra, pra...

/br/: bara, bara, ..., “ “ “ “ ...bra, bra...

/fr/: fara, fara, ..., “ “ “ “ ...fra, fra...

/tr/: tara, tara, ..., “ “ “ “ ...tra, tra...

/dr/: dará, dará, ..., “ “ “ “ ...dra, dra...

/gr/: gara, gara, ..., “ “ “ “ ...gra, gra...

/cr/: cara, cara, ..., “ “ “ “ ...cra, cra...

/pl/: pala, pala, ..., “ “ “ “ ...pla, pla...

/bl/: bala, bala, ..., “ “ “ “ ...bla, bla...

/fl/: fala, fala, ..., “ “ “ “ ...fla, fla...

/gl/: gala, gala, ..., “ “ “ “ ...gla, gla...

/cl/: cala, cala, ..., “ “ “ “ ...cla, cla...

El tratamiento directo tiene una primera fase en la cual se enseña la perfecta pronunciación de todos los fonemas que estaban ausentes o distorsionados, pero con esta fase no está terminado el proceso de reeducación.

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

El ritmo es un medio eficaz para integrar la articulación correcta en el lenguaje espontáneo del niño, ya que permite automatizar e interiorizar la pronunciación de los fonemas.

Es necesario que la forma correcta de expresión del niño entre a formar parte del lenguaje dialogal en todos los niveles.

Emplearemos los fonemas tratados unidos a sencillas estructuras rítmicas: ca-ca-ca; ca, ca-ca: ca-ca-ca, o bien: cha, cha-cha, cha, cha-cha, etc. O de forma inversa: ar-ar...

También se podrá trabajar a la vez los sonidos que confunden para que aprenda a discriminarlos: se-se, ce, se-se, ce; tra-tra, tar-tar, tra-tra, tar-tar. Se puede también combinar el fonema trabajado con otro u otros que yadomine para facilitar el movimiento: re-re, te, re-re, te...



### **3.1.1.2.2. Ejercicios de repetición.**

Es preciso lograr que la pronunciación correcta sea integrada al lenguaje espontáneo. Uno de los medios a utilizar para mecanizar y fijar definitivamente la forma correcta son los ejercicios de repetición. Estos ejercicios comenzarán con palabras que contengan el sonido a tratar en las distintas posiciones: inicial, media o final. El reeducador pronunciará despacio la palabra que seguidamente será repetida por el niño para ir creando los automatismos necesarios para conseguir una expresión libre. Ejemplo

Fonema /a/

Ama, ala, asa, ata, agua, papa, nata, taza, sala, cara, manzana, manga, saltar, marca, larga.

### **3.1.1.2.3. Ejercicios de expresión dirigida**

El tratamiento de una dislalia concreta no se termina cuando el niño articula correctamente el fonema que tenía ausente o defectuoso, sino cuando éste está totalmente integrado en su lenguaje espontáneo. Los ejercicios de expresión dirigida se trata de que el niño utilice palabras que contengan, en una u otra posición, el fonema que se está trabajando.

### **3.1.1.2.4. Ejercicios de expresión espontánea.**

Para facilitar la ejecución de estos ejercicios se utilizará: dibujos y láminas que contengan objetos o representen acciones en cuyos nombres vaya contenido el fonema que queremos tratar. Con esto, se podrá iniciar una serie de preguntas y una conversación que obligue al niño a decir palabras, de forma espontánea.

## **3.2. INTERVENCION EN LAS DISFEMIAS**

Existe un sinnúmero de tratamientos para la disfemia pero no hay un método exclusivo que pueda curar este trastorno, generalmente se emplea una intervención temprana cuando el niño es pequeño y no tiene adquirido aun el desarrollo cognitivo



suficiente para elaborar pensamientos y sensaciones negativas de sus experiencias difíciles relacionadas con el habla.

En estos casos la terapia suele tener un sentido preventivo, centrándose en instaurar un habla fluida antes de que aparezcan problemas mayores, controlando las disfluencias del niño y el ambiente que le rodea y modificando la actitud de los padres hacia el niño y su comunicación.

Sin embargo el esquema del tratamiento cambia cuando los niños son mayores ya que a estas edades el problema está instaurado en el niño hace tiempo con sentimientos y pensamientos negativos sobre el habla y sobre sí mismo.

### **Procedimiento de la terapia**

Entablar una relación terapéutica con el niño, logrando que hable sobre sus intereses, su familia y sus amigos; luego se procede a ejercitar el aparato de la fonación para que él niño pueda vivenciar el momento que llega el aire y hace vibrar las cuerdas vocales produciendo la voz y los sonidos. Estos se convertirán en letras cuyo sonido se amplifica en la boca.

### **Terapéutica Logopédica.**

**3.2.1.1. Ejercicios de Relajación:** relajación mediante la imaginación que se utiliza en niños pequeños y que también está basado en la asociación de imágenes y emociones positivas.

Una forma de utilizar la imaginación como forma global de conseguir la relajación es mediante lecturas. Gracias a ellas el niño puede imaginar situaciones y provocar sensaciones placenteras, el objetivo es conseguir que el niño desvíe su atención para que disminuya el nivel de tensión, otra forma es la de ilustrar su propia historia como como forma de manejar su nivel de ansiedad.

**3.2.1.2. Ejercicios de visualización:** Tiene por objetivo favorecer la distensión y que se usa para combatir miedos y fobias. Consiste en hacer que el niño se imagine la palabra o el sonido que le da problemas al hablar, para luego desenvolverse de una manera relajada. El niño se imagina a sí mismo diciendo el sonido o palabras temidos



mientras visualiza como sale el aire sin resistencia, prolongando el sonido de sílabas iniciales que faciliten la fluidez. Luego se imagina a sí mismo hablando fluidamente y sin dificultades e introduciendo en su discurso palabras o fonemas temidos. El último paso es conseguir que sea capaz de reproducir la misma fonación relajada en voz alta.

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

### **3.2.2. Técnicas Auxiliares y Procedimientos Terapéuticos**

#### **3.2.2.1. Método de Gutzmann**

Se basa en el desplazamiento de la atención a los movimientos articulatorios utilizados en la fonación. El tratamiento comienza por el control del aire espirado, a través de ejercicios de soplo y emisión de voz débil y monótona, hasta agotar el flujo respiratorio.

En una segunda etapa se va a trabajar la intensidad y modulación de la voz, Sólo después del control fonatorio y espiratorio se realiza la articulación, siendo en primera instancia áfonos y posteriormente se articulan sílabas, palabras y frases.<sup>9</sup>

#### **3.2.2.2. Método de Fröschels**

Este se fundamenta sobre bases psicológicas y fisiológicas, utiliza los ejercicios consistentes en pronunciar tantas sílabas como sea posible sin interrupción, en una sola espiración. Comenzar por los llamados ejercicios de laleo y posteriormente pasar a la repetición de frases y al lenguaje libre.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> MariaCores M.; GUIA CLINICA DE TERAPIA PARA PACIENTES CONDISFEMIA, MANUAL DE GUIAS CLINICAS Noviembre 2012, Pag 7-11

<sup>10</sup> Ibídem. Óp. Cit Pág.8



### 3.2.3. Procesos terapéuticos

#### 3.2.3.1. La Respiración:

Una vez descartada la posible obstrucción nasal o física que impida o dificulte la respiración nasal se procede a la reeducación de la respiración. Para conseguir una respiración nasal debemos enseñar a respirar por la nariz:

- Aumentando la capacidad pulmonar
- Lograr un ritmo respiratorio de inspiración-espирación lento y profundo.
- Conseguir una postura correcta de la espalda
- Enseñar a limpiar, utilizar y desarrollar las vías nasales
- Los ejercicios de respiración son muy importantes dentro de la disfemia.
- Cada ejercicio se debe de repetir un mínimo de 5 veces. Tras estas 5 repeticiones se deja un descanso de 1 minuto. Posteriormente, se puede volver a repetir el ejercicio otras 5 veces. Hay que tener en cuenta dejar siempre un tiempo de descanso porque son ejercicios que producen fatiga.
- El control de los órganos implicados en la articulación se lleva a cabo poniendo al paciente delante de un espejo.

#### 3.2.3.2 La articulación y la dicción

- Restaurar el balance muscular orofacial normal.
- Mejorar los aspectos del habla afectados corrigiendo el desequilibrio de las fuerzas musculares en la articulación de los sonidos.<sup>11</sup>

#### 3.2.3.3. Tono Muscular:

En la hipertonia moderada se aplica el método de masticar incrementando la base fisiológica de la masticación primordial en el habla.

En la hipotonía y parálisis se estimula el esfuerzo en el habla. Se procura una postura en la que pueda empujar con los brazos apoyados hacia abajo para aumentar la energía del movimiento del habla.

---

<sup>11</sup> Ibídem Pag 10



#### **3.2.3.4. Fuerza Muscular:**

Ejercicios repetitivos de protrusión de lengua y mandíbula, elevación de lengua y paladar; extensión, apertura y cierre de labios. Oponer resistencias con los dedos contra mandíbula y labios. Uso de diversos instrumentos: corchos, botones. Los primeros ejercicios con lengua son pasivos al principio (protrusión y elevación). En el paladar blando se hace masaje y estimulación.

#### **3.2.3.5. Actividades para el desarrollo de la Narración.**

Supone la producción de enunciados encadenados. Puede ser interesante la lectura de imágenes y de libros como actividad básica para fomentar el discurso narrativo. Habrá que considerar los siguientes aspectos:

La capacidad para atender, seleccionar y almacenar la información relevante de la historia; realizar respuestas adecuadas; disposición de un feedback continuo en forma de clarificaciones y reinterpretaciones; participación activa; comprensión de las relaciones expresadas a lo largo de la historia.

#### **3.2.3.6. Ritmo**

- A cada dedo se le asigna una vocal y cada vez que pronuncia una vocal, el/la paciente debe dar un golpe con el dedo que la represente. Se puede hacer igual con las consonantes.
- Pronunciar las palabras silabeando (haciendo hincapié en cada una de las sílabas que la conforman) y a la misma vez acompañar a cada una de las sílabas con los dedos de la mano.

### **3.3. INTERVENCIÓN EN LAS DISGLOSIAS**

Tras una completa anamnesis al niño, de toda la musculatura a nivel orofacial, debemos realizar una programación de acuerdo con la terapia miofuncional que es *“el conjunto de procedimientos y técnicas utilizadas en la corrección del desequilibrio muscular orofacial, creación de un nuevo comportamiento muscular normal, reducción de hábitos nocivos y mejoramiento de la estética del paciente”* (Gómez, 1983).



### 3.3.1. Tratamiento

Por medio de cirugía plástica, cirugía maxilofacial, otorrinología, logopedia, ortodoncia, genética, etc.

La cirugía se realiza de forma progresiva y dependiendo de la edad, peso y circunstancias específicas de cada caso. Por regla general se empieza a los tres meses de vida, cinco kilos de peso. El objetivo de la cirugía en el labio es cerrar la fisura de modo que el niño pueda comer, beber y hablar normalmente. Para cuando el niño ha cumplido un año y empieza a hablar, generalmente el labio y /o paladar ya han sido cerrados.

Es muy probable que sea necesario realizar intervenciones quirúrgicas adicionales. El labio, la nariz y el paladar pueden exigir más cirugía a medida que la cara crece y el niño llega a una edad madura. Esta cirugía se programará para conseguir apariencia y habla normales.

Alguna cirugía, como la nariz, a veces se pospone hasta la adolescencia cuando el rostro ha llegado a su pleno desarrollo.

Generalmente los bebés con una fisura del labio y/o paladar blando pueden ser alimentados como cualquier otro bebé. Aunque éstos y los que tienen paladar fisurado bilateral completo pueden necesitar algunos cambios: utilización de tetinas especiales que se puedan exprimir si el bebé no puede succionar bien, incluso a veces una pequeña placa desmontable (hecha por un ortodontista) se coloca en el cielo de la boca a modo de paladar para ayudarlo en su alimentación y para evitar que se produzcan aspiraciones del alimento a través del conducto nasal.

Los niños con fisura del paladar corren un verdadero riesgo de tener infecciones en los oídos. Estos problemas son consecuencia de la función inadecuada de alguno de los músculos del paladar.

Estos músculos se necesitan para abrir las trompas de Eustaquio, y cuando no sucede esto se produce otitis media.



### 3.3.2. REHABILITACION EN LAS DISGLOSIAS

**La intervención va encaminada a mejorar:**

*1. El funcionamiento de los órganos que intervienen en la fonación y en la articulación.*

Ejercicios de praxias linguales, palatales, mandibulares, velares y labiales.

*2. Mejorar las funciones neurovegetativas*

**a) La respiración**

- ✓ Los distintos modos de respiración. Potenciando el que mejor se adapta a la fonación: la costoabdominal.
- ✓ La inspiración nasal
- ✓ La retención de aire
- ✓ La espiración bucal.

**b) Succión**

**c) Deglución**

Posición correcta de la lengua para tragar. Rehabilitación de los malos hábitos bucales y respiratorios. Se comienza por líquidos y después semisólidos para pasar a los sólidos.

**d) Masticación**

**e) Masajes**

**f) Movilización pasiva**

Los niños/as o la persona que tratemos debe aprender a masticar por los dos lados, manteniendo la boca cerrada y triturando los alimentos con los molares.

*3. Articulación*

*4. Voz*

*5. Lenguaje*



### 3.3.2.1. Tratamiento logopédico para la disglosia labial

**Los labios.-** Dos repliegues músculo-membranosos, formados por el músculo orbicular cuya contracción determina unos gestos en la cara y la articulación de las consonantes labiales. (Bilabiales y labiodentales).

El tratamiento para la disglosia labial consistirá en: (después de realizado la intervención quirúrgica si es necesario).

- ❖ Usamos la mano protegida con unos guantes asépticos y masajeamos los labios con pequeños golpecitos, movimientos circulares.
- ❖ Levantamos el labio superior y el inferior

#### **Soplo fonatorio**

- Enseñamos a dominar la respiración costo-abdominal. (Podemos decir a los niños que debe inflarse como si tuviéramos un globo dentro)
- Enseñamos a dominar el control del soplo, tanto en la fuerza como en la dirección.

#### **Fuerte**

Apagar la vela, inflar globos, soplar papel picado, pitos.

#### **Suave**

Soplar la llama de la vela sin apagarla, plumas, tirillas de papel, soplar en la palma de mano.

#### **Corto**

Desplazar barquillos de papel sobre el agua, hacer pompas de jabón

#### **Largo**

- ✓ Hacer burbujas, caja torácica, desplazar objetos rodantes sobre la mesa pelota de pin-pon)
- ✓ Mantener una pluma en el aire
- ✓ Se ejercitara especialmente los soplos
- ✓ Fuerte y corto para P-T-CH-K



- ✓ Fuerte y largo para F-V-J-RR
- ✓ Suave y corto para N-LL-R
- ✓ Suave y largo para B-D-Y-G-S y las nasales M y N

### **Praxias labiales**

- ✓ Agrupar los labios lo más rápido posible
- ✓ Abrir mucho la boca y cerrarla despacio
- ✓ Abrir la boca y cerrarla hasta sujetar un lápiz
- ✓ Estirar los labios lo más posible hacia las comisuras
- ✓ Fruncir los labios hacia la derecha e izquierda y hacia arriba
- ✓ Morder los labios alternativamente por su cara interna
- ✓ Morder los labios alternativamente por su cara externa
- ✓ Silbar o imitar el silbido
- ✓ Morder los labios por la cara externa
- ✓ Hinchar los labios con movimientos rotatorios
- ✓ Abrir la boca estirando el labio superior sobre la arcada dentaria.
- ✓ Sostener un sorbete, un pito o cualquier objeto solo con los labios.
- ✓ Coger con los labios tapones de corcho de diferentes tamaños y expulsarlos sólo con los movimientos de los labios.
- ✓ Mantener y sujetar un lápiz con el labio superior.
- ✓ Mantener un botón sujeto con un hilo entre los dientes y labios, con la boca cerrada sin presión. El educador puede tirar del hilo y el botón sale, realizando un movimiento pasivo de los labios.
- ✓ Imitar la posición inicial de las vocales
- ✓ Inflar las mejillas y al apretarlas con las manos hacer explosiones con los labios.
- ✓ Inflar las mejillas y apretarlas pero esta vez sujetando el aire.
- ✓ Sonreír
- ✓ Sonreír lateralizando. Estirando una comisura más que la otra
- ✓ Meter los labios dentro de los dientes. (No se deben ver los dientes)



### 3.3.2.2. Rehabilitación de la disglosia mandibular

El tratamiento consistirá (después de realizado la intervención quirúrgica si es necesario)

- Ejercicios de succión
- Ejercicios respiratorios
- Corregir la posible protrusión lingual
- Afianzar la deglución correcta

#### 3.3.2.2.1 Ejercicios bucofaciales

- Abrir y cerrar la boca lo más posible
- Mover la mandíbula con la ayuda de la mano
- Mover la mandíbula sin la ayuda de la mano
- Abrir lo más posible la boca y tensar los músculos del labio superior
- Morderse el labio superior y el inferior
- Tragar saliva varias veces lo más rápido posible.
- Mover la cabeza y el cuello hacia arriba y abajo, izquierda y derecha.
- Apretar los dientes y mover los labios
- Hinchar las mejillas con movimientos rotatorios.
- Aspirar las dos mejillas
- Abrir y cerrar la boca suavemente.
- Ejercicios de masticación
- Ejercicios de mascar chicles, gomas.
- Castañear los dientes.
- Ejercicios articulatorios
- Articular rápidamente da, la, da, la.....
- Pronunciar ñam, ñam, ñam....
- Articular /a/ e ir cerrando la boca es cortar la salida del aire hasta juntar los dientes.
- Emisión de la /S/ y pausa , /s/mas pausa varias veces.
- Articular la, la, la, la más umhhhhh....(con boca cerrada).
- Emitir tatata castañeando ligeramente los dientes.



### **3.3.2.3. Tratamiento de la disglosia lingual.**

#### **3.3.2.3.1. Praxias linguales:**

Masaje lingual, con bajalenguas, con los dedos o con el aplicador (podemos utilizar un cepillo de dientes eléctrico).

Sacar y meter la lengua varias veces rápidamente, lento y a diferentes ritmos.

Sacar la lengua lo mínimo posible, manteniendo los labios relajados sin abrir la boca de forma que solo aparezca la punta de la lengua entre los labios.

Llevar la punta de la lengua de una comisura a otra.

Subir y bajar la lengua, apoyando la punta en el centro del labio superior e inferior.

Pasar la punta de la lengua por el labio superior e inferior, de una comisura a la otra trazando pequeños semicírculos.

Lamerse los labios

Doblar la lengua hacia atrás, apuntando hacia la úvula.

Con la boca abierta, llevar la lengua varias veces desde los incisivos superiores a los inferiores.

Movimiento giratorio de la lengua, recorriendo toda la superficie de los labios, de izquierda a derecha y viceversa.

Protruir libremente la lengua.

Meter la lengua entre el labio superior y los incisivos superiores e impulsarla con fuerza hacia afuera.

Intentar alcanzar la nariz con la punta de la lengua.

Intentar alcanzar la barbilla con la punta de la lengua.

Presionar con la punta de la lengua una y otra mejilla.



Con la boca abierta pasar la punta de la lengua por el borde de los incisivos superiores describiendo cada vez un arco mayor que llegue también al borde de las comisuras y los premolares. Este ejercicio se puede repetir pero con los incisivos inferiores.

Realizar movimientos verticales, de ascenso y descenso, de la lengua tocando con ella la parte posterior de los incisivos superiores e inferiores. Estos ejercicios se puede hacer con la boca cerrada y con la boca abierta.

Poner galletas, trocitos de fruta, entre los dientes y los labios (superiores e inferiores), e incluso debajo de la lengua; entonces mover la lengua e intentar sacar lo que se ha colocado.

Pasar la punta de la lengua por el centro del paladar de atrás hacia delante y viceversa con la boca abierta y cerrada.

Sujetar la lengua ligeramente con los labios y soplar emitiendo brbrbr..

#### **3.3.2.4 Tratamiento de la disglosia palatina**

El tratamiento de labio leporino y paladar hendido requiere de un trabajo en equipo multidisciplinario. Requiere la participación de varios especialistas como cirujanos plásticos, ortodoncistas, foniatras, logopedas.

Las hendiduras del labio y del paladar (juntos) representan el 50% de todos los casos; por consiguiente, lo más frecuente es que estén asociados. El labio se puede operar al nacer o después y el paladar desde los seis meses a los tres años.

El paladar hendido se cierra durante el primer año de vida para mejorar el desarrollo normal del lenguaje. Hasta que se realice la operación, se suele ajustar una prótesis sobre el paladar para facilitar la alimentación.

El tratamiento de la fisura palatina irá encaminado a mejorar:



### **3.3.2.4.1. Respiración y soplo**

#### **3.3.2.4.2. Ejercicios con respiración nasal:**

1. Inspiración nasal, lenta y profunda. Retención de aire, Espiración en la misma forma.
2. Inspiración nasal, lenta y dilatando las alas de la nariz. Retención de aire. Espiración nasal, lenta y completa. Se debe de expulsar la mayor cantidad de aire posible.
3. Igual que el anterior, pero se debe se expulsar rápido y continuo
4. Igual que los ejercicios anteriores, pero la espiración se realizará cortada en tres o cuatro tiempos, hasta agotar en lo posible en aire de reserva, sin realizar entre ellas ninguna inspiración.
5. Inspiración nasal rápida, retención del aire y espiración bucal lenta.
6. Inspiración nasal, lenta y dilatando las alas de la nariz. Retención de aire. Espiración bucal, lenta.
7. Igual que el ejercicio anterior, pero con espiración rápida.
8. Inspiración por la fosa nasal derecha. Retención del aire. Espiración bucal (tapamos con un dedo la fosa correspondiente).
9. Igual que el anterior pero al contrario.

#### **3.3.2.4.3. Reeducción motriz del velo palatino.**

- ✓ Soplo
- ✓ Succión
- ✓ Deglución
- ✓ Bostezo
- ✓ Carraspear



- ✓ Toser
- ✓ Hacer gárgaras
- ✓ Beber y trasvasar líquidos
- ✓ Con la boca abierta, inspirar por la nariz, espirar alternadamente por la boca y la nariz.
- ✓ Comprobar con un espejo, colocando entre el labio superior y la base de la nariz la salida de aire.

### **3.4 INTERVENCIÓN EN LAS DISARTRIAS**

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

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

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

#### **3.4.1 RELAJACION**

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

#### **3.4.2 RESPIRACION**

En el tratamiento la respiración es un aspecto fundamental, el primer problema es el de controlar la respiración. Es necesario en primer lugar, la toma de conciencia de los tiempos respiratorios. En ocasiones existen bloqueos en los músculos intercostales e



inspiradores, en estos casos hay que insistir en la respiración diafragmática, cuyos movimientos se facilitaran al paciente presionando y aflojando con sus manos sobre la zona alta del abdomen en la inspiración y espiración respectivamente, ayudando a la movilidad del diafragma.

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

- Soplar velas.
- Oler colonia.
- Toma de aire acompañada de movimientos de expansión tóracoabdominal.
- Toma de aire con control espiratorio abdominal.
- Relajar abdomen en inspiración y contraer durante la espiración.

### 3.4.3 FONACIÓN

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

**3.4.3.1 Tono:** Se podrá ejercitar sobre los modelos de inflexión que comprenden toda una oración, contraponiendo inflexiones en ascenso con inflexiones en descenso y uniformes.

**3.4.3.2 Intensidad:** A estos pacientes con descenso y ascenso de intensidad se les ayudara a que reconozcan el grado de esfuerzo necesario para sostener un nivel de intensidad adecuado a la conversación.

**3.4.3.3 Carácter vocal:** La bronquedad y el carácter forzado-estrangulado de algunos pacientes disártricos pueden ser reducidos en severidad enseñando al paciente una forma menos agresiva de ataque global. Se le puede ayudar a producir la voz en un suspiro y pasar a una fonación aspirada sostenida que evite la estenosis de la corriente de aire responsable de la mala calidad de la voz.



#### 3.4.4. RESONANCIA

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

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

#### 3.4.5. ARTICULACION

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

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

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

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



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

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

### **3.4.6 Ejercicios motrices:**

Fortalecimiento de mejillas, labios, lengua y velo.

### **3.4.7. Ejercicios de mímica facial**

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

### **3.4.8. Ejercicios para el control del aumento de la intensidad**

- Retroalimentación auditiva
- Contraste de intensidades
- Técnica de bostezo-suspiro
- Siquinesia máximo-vocal
- Susurro



### **3.4.9. Ejercicios para mejorar la monotonía**

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

### **3.4.10. Ejercicios para la disentonía**

- Habla monótona
- Técnicas relajatorias
- Cuchicheo
- Retroalimentación auditiva.

### **3.4.11. Ejercicios para la fluidez**

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



# CAPÍTULO

# IV



## **4. OBJETIVOS**

### **4.1.1 Objetivo General:**

Determinar la eficacia del plan de intervención logopédica en los trastornos del habla en los niños que asisten a la Escuela Fiscal “Honorato Vásquez”.

### **4.2. Objetivos Específicos:**

1. Evaluar los trastornos del habla que se presentan en niñas y niños que asisten a la Escuela fiscal “Honorato Vásquez”, mediante los test de Articulación y Mecanismo Oral Periférico.
2. Elaborar un plan de intervención y rehabilitación logopédica.
3. Reevaluación de los niño/as diagnosticados con trastornos del habla a través de los test.

## **5. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **5.1 Tipo y diseño general del estudio**

Se trata de un estudio Descriptivo prospectivo con intervención logopédica.

### **5.2 Universo**

El universo es homogéneo y finito porque está constituido por 197 niños y niñas de inicial a cuarto año de educación básica de la Escuela Fiscal “Honorato Vásquez” de la ciudad de Cuenca, la cual fue seleccionada aleatoriamente.

### **5.3 Muestra**

La muestra está conformada por 197 niños y niñas de la Escuela Fiscal “Honorato Vásquez”, de inicial a cuarto año de educación básica.



#### **5.4 Criterios de inclusión**

Todos los niños y niñas de inicial a cuarto año de educación básica que deseen participar en la investigación, previo consentimiento informado de los padres.

#### **5.5 Criterios de exclusión**

Se excluirá a aquellos niños y niñas cuyos padres no hayan suscrito firmado el consentimiento informado respectivo.

#### **5.6 Métodos, Técnicas e Instrumentos**

Para realizar este estudio, se obtuvo una lista de escuelas de la ciudad de Cuenca en forma aleatoria.

- Se solicitó al director de la escuela “Honorato Vásquez” la autorización necesaria para realizar el presente estudio, a través de un oficio enviado por la coordinación del área de Fonoaudiología, se habló con la profesora del aula de apoyo para iniciar el estudio mencionado en la Institución Educativa.
- Posteriormente se me asignó un aula con los materiales necesarios para realizar las evaluaciones respectivas realizadas a los niños de (inicial a cuarto año de educación básica) en la aplicación del screening a cada uno de los niños(as) para identificar aquellos con trastornos del habla.
- Luego del screening se evaluó a través del test de articulación, test de mecanismo oral periférico y test de evaluación de la disfemia; aquellos casos que lo ameritaban.
- La aplicación de los diferentes test se llevó a cabo en una aula seleccionada por el director del establecimiento educativo, la misma que contaba con materiales y espacio necesario para dicho procedimiento; tales como: sillas para alumnos y terapeuta, escritorio, espejo, afiches y materiales didácticos llamativos, que creaban un ambiente agradable.
- Para determinar la dislalia se utilizó el Test de articulación, previa a la aplicación del Test de Mecanismo Oral Periférico.



- La aplicación de los test se llevó a cabo en forma individual en el aula establecida, para así obtener los resultados esperados.
- Para alcanzar buenos resultados fue necesario entablar una buena relación con los niños, crear un ambiente de confianza mediante interacción y dinámicas, ya que de esto depende en parte el éxito de la rehabilitación.

La ejecución del test de mecanismo oral periférico (MOP) se realizó con el siguiente procedimiento:

- ❖ Sentado frente a frente con el niño/a, éste debía imitar los movimientos y gestos indicados por el terapeuta:
- Primero, se realizó una exploración anatómica de los órganos fonoarticulatorios, examinando así la lengua, labios, paladar blando y duro, úvula, dientes, nariz y maxilares, en busca de alteraciones anatómicas.
- Segundo, se evaluó la motricidad de los órganos fonoarticulatorios activos (lengua, labios, velo del paladar y maxilar inferior) mediante movimientos de protrucción, lateralización, elevación, movimientos alternos y vibración.
- Tercero, se evaluó el paladar, simetría y forma; tamaño, forma y posición de la úvula, movilidad del velo.

El test de Articulación fue aplicado de la siguiente manera:

- Se aplicó en forma dirigida, mediante el cuaderno de test de articulación, donde se encuentran dibujos de los fonemas a evaluar.
- Se transcribe las palabras dichas por el niño/en la hoja de registro para lo cual fue necesario precisar la situación del fonema problema: inicial, intermedia o final.

El test de evaluación de la disfemia fue aplicado de la siguiente manera:



- Mediante el lenguaje conversacional, se notó la dificultad en su fluidez y ritmo al hablar.
- Luego, mediante la presentación de láminas, observar el tipo de sintomatología que presenta (tónica, clónica, mixta).
- En cuanto a la evaluación de movimientos asociados, se la realizó de manera directa con el niño/a al entablar una conversación.

El periodo de evaluación duró dos semanas, se laboró tres días por semana. En cada valoración se empleó un tiempo aproximado de 20 minutos. Posterior a la evaluación, se convocó a reunión a los padres de familia para informar sobre el diagnóstico y tratamiento del niño/a.

Las sesiones de intervención logopédica se llevaron a cabo en un aula designada de escuela, coordinando los horarios con las maestras de cada paralelo. La duración de cada sesión fue de 45 minutos, asistiendo tres días por semana, en grupos de 4-5 niños. Estos grupos fueron seleccionados según la patología y la edad que presentaban.

### **5.7 Procesamiento de la Información**

La información fue procesada utilizando el programa SPSS 15. Las tablas y gráficos fueron realizados utilizando el programa EXCEL.

**CUADRO DE ACTIVIDADES**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Autorización y respuesta para el estudio en la escuela.	3 días	Oficio	Coordinador del área Director de la escuela. Estudiante
Coordinación con el aula de apoyo	1 día		Psicóloga del aula de apoyo. Estudiante.
Evaluaciones	1 mes y medio	Test de Mecanismo Oral Periférico. Hoja de registro y cuaderno del test de Articulación.	Estudiante
Envío de oficios para padres de familia. Reunión de padres de familia	2 días	Pizarra Marcador	Estudiante



Intervención Logopédica	4 meses	Chocolate Velas Fosforo Ostias Espejos Pelotas de ping pon Baja lenguas Sorbetes Vasos desechables Pañitos húmedos Rompecabezas Láminas de campos semánticos Libros viejos Tijera Cuadernos Goma Marcadores Caramelos Burbujas	Estudiante
Reevaluación	2 semanas	Hoja de registro y cuaderno de Test de Articulación	Estudiante
Reunión con el director y con los padres de familia.	1 día	Informe individual	Director de la escuela. Padres de familia. Estudiante.



# CAPÍTULO

# V

## 6. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

Se evaluó a 197 niños/as de la Escuela fiscal Honorato Vásquez donde se obtuvieron los siguientes datos:

### EVALUACIÓN

**TABLA 1**

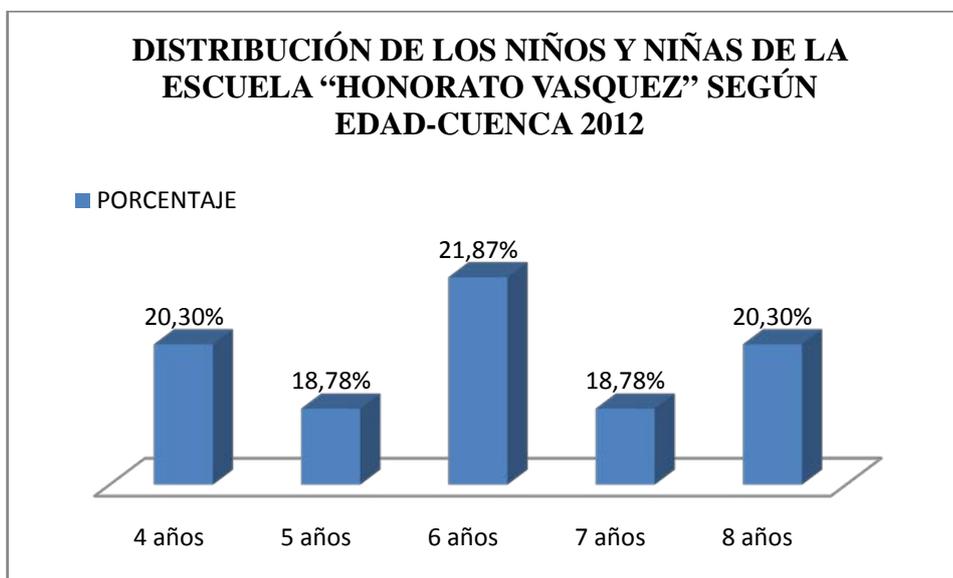
#### DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA “HONORATO VASQUEZ” SEGÚN EDAD-CUENCA 2012

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
4 años	40	20,3
5 años	37	18,8
6 años	43	21,8
7 años	37	18,8
8 años	40	20,3
Total	197	100.0

Fuente: screening

Elaborado por la autora

**GRÁFICO N° 1**



Fuente: screening

Elaborado por la autora

La edad media de los niños y niñas de la Escuela “Honorato Vásquez fue de 6 años, moda de 6, varianza de 2.010 y el desvío estándar de + -1.418.

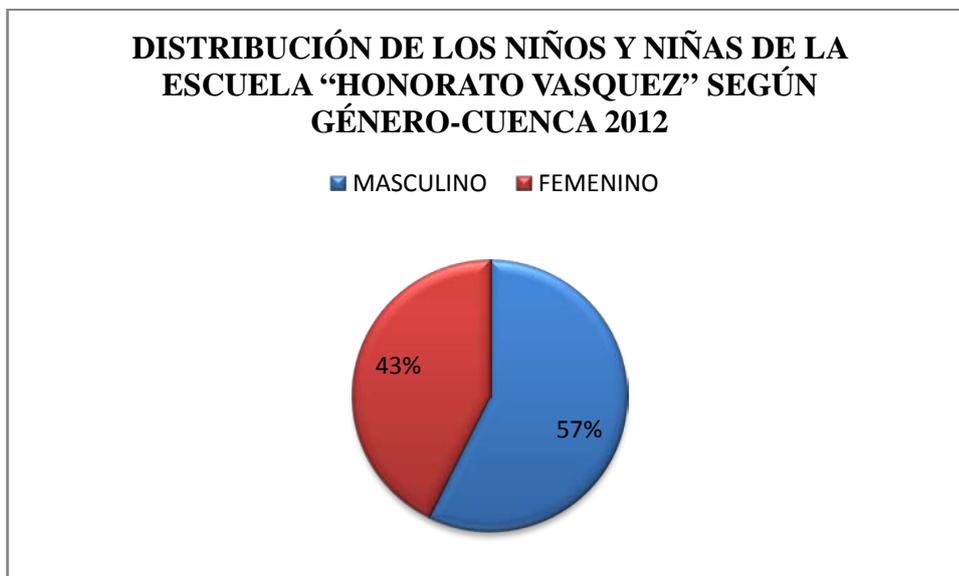
TABLA 2

**DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA “HONORATO VASQUEZ” SEGÚN GÉNERO-CUENCA 2012**

<b>Género</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	113	57,3
Femenino	84	42,7
Total	197	100

Fuente: screening  
Elaborado por la autor.

GRÁFICO N° 2



Fuente: screening  
Elaborado por la autora

El 57.3% de los niños pertenecen al género masculino y el 42.7% al femenino.

TABLA 3

**DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA “HONORATO VASQUEZ” SEGÚN PROCEDENCIA-CUENCA 2012**

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	175	88,8
Rural	22	11,2
Total	197	100

Fuente: screening

Elaborado por la autora

GRÁFICO N° 3



Fuente: screening

Elaborado por la autora

El 88.8 % de los niños pertenecen al área urbana y el 11.2% al área rural.

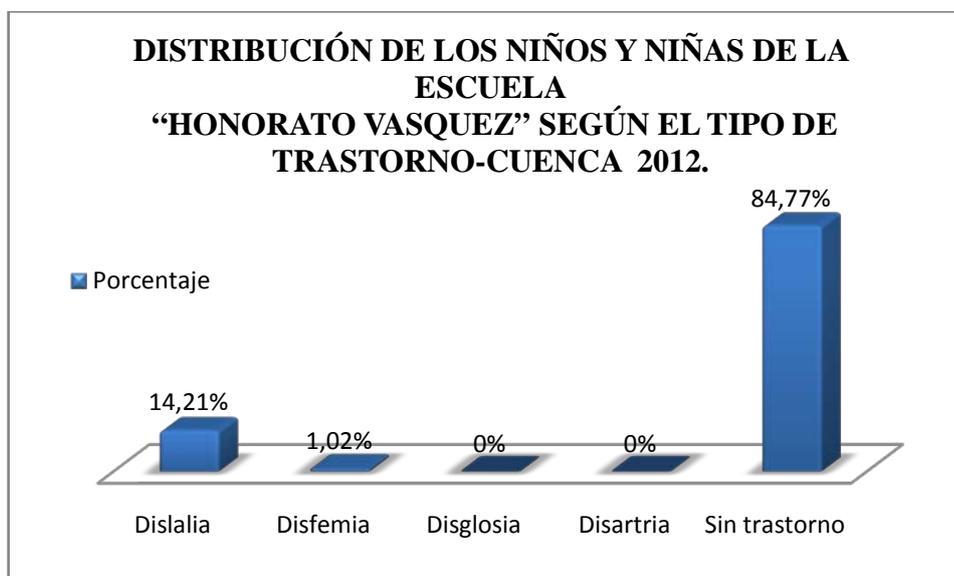
Luego de aplicar el screening se obtuvieron los siguientes datos:

**TABLA 4**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA**  
**“HONORATO VASQUEZ” SEGÚN EL TIPO DE TRASTORNO-CUENCA**  
**2012.**

Trastornos	Frecuencia	Porcentaje
Dislalia	28	14,21
Disfemia	2	1,02
Disglosia	0	0
Disartria	0	0
Sin Trastorno	167	84,77
Total	197	100

**Fuente: screening**  
**Elaborado por la autora**

**GRÁFICO N° 4**



**Fuente: screening**  
**Elaborado por la autora**

El 14.21% de niños presenta dislalia y el 1.02% disfemia, no se presentaron casos de disglosia y disartria.

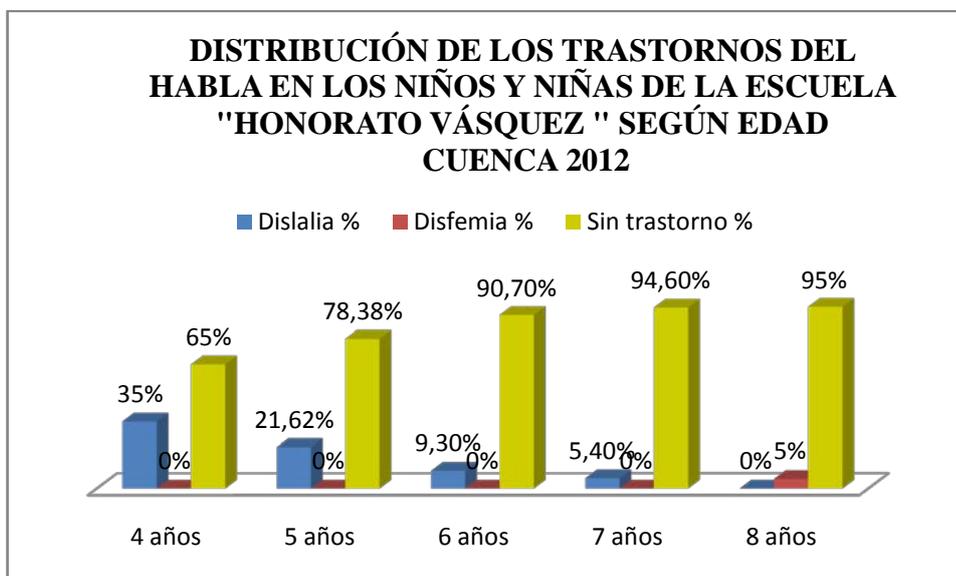
TABLA 5

**DISTRIBUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA "HONORATO VASQUEZ" SEGÚN EDAD- CUENCA 2012.**

Edad	Dislalia		Disfemia		Sin trastorno		Total Frec
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
4 años	14	35	0	0	26	65	40
5 años	8	21,62	0	0	29	78,38	37
6 años	4	9,3	0	0	39	90,7	43
7 años	2	5,4	0	0	35	94,6	37
8 años	0	0	2	5	38	95	40
Total	28	14,21	2	1,05	167	84,77	197

Fuente: screening  
Elaborado por la autora

GRÁFICO N° 5



Fuente: screening  
Elaborado por la autora

- Luego de aplicado el screening se observó que el 56.62% de niños/as entre los 4-5 años presentaron dislalia. Mientras que el 5% de niños de 8 años presentaron disfemia.

TABLA 6

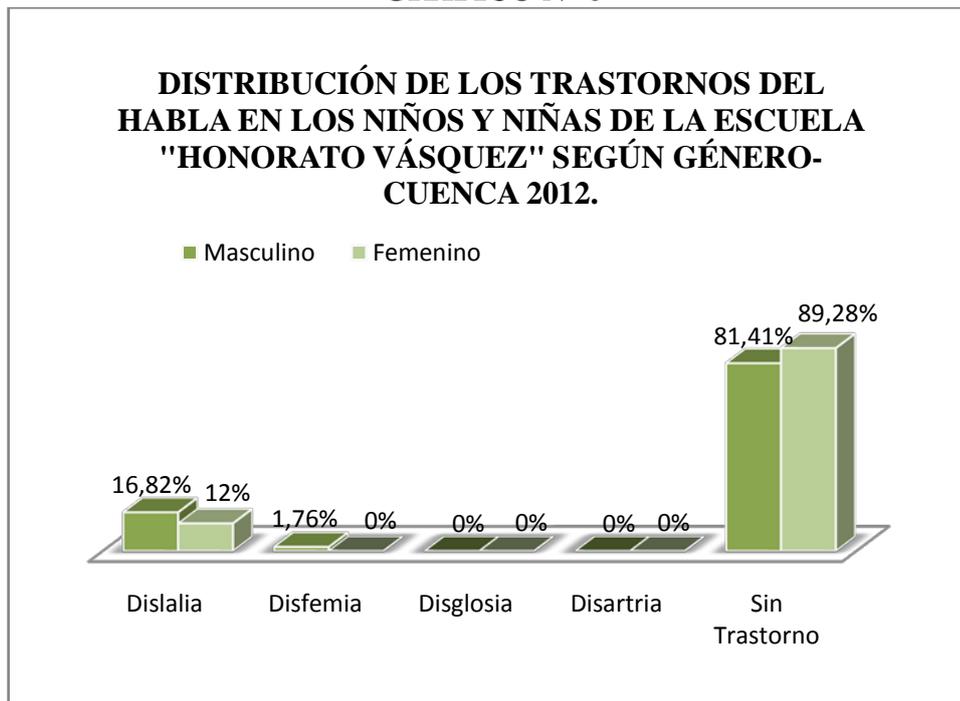
**DISTRIBUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA “HONORATO VASQUEZ” SEGÚN GÉNERO- CUENCA 2012**

Trastorno	Masculino		Femenino	
	Frec	%	Frec	%
Dislalia	19	16,82	9	12
Disfemia	2	1,76	0	0
Disglosia	0	0	0	0
Disartria	0	0	0	0
Sin Trastorno	92	81,41	75	89,28
Total	113	100	84	100

Fuente: screening

Elaborado por la autora

GRÁFICO N° 6



Fuente: screening

Elaborado por la autora

La dislalia se presentó en el género masculino con el 16.82%; mientras que en el femenino en un 12 %. La disfemia solo se presentó en el género masculino (1.76%).

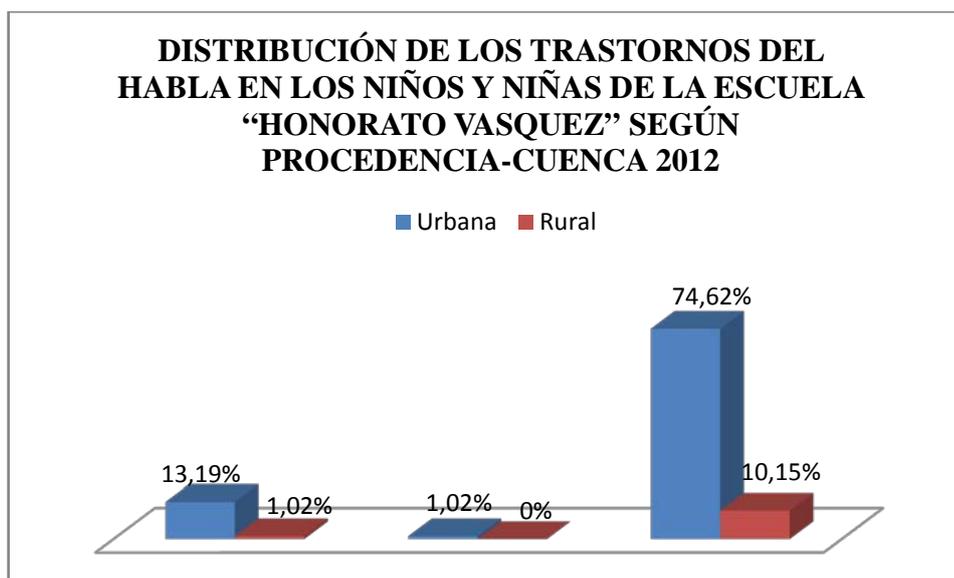
TABLA 7

**DISTRIBUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA “HONORATO VASQUEZ” SEGÚN PROCEDENCIA-CUENCA 2012.**

Procedencia	Dislalia		Disfemia		Sin Trastorno	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Urbana	26	13,19	2	1,02	147	74,62
Rural	2	1,02	0	0	20	10,15
Total	28	14,21	2	1,02	167	84,77

Fuente: screening  
Elaborado por la autora

GRÁFICO N° 7



Fuente: screening  
Elaborado por la autora

El 13.19% de niños y niñas con dislalia son del área urbana, mientras que el 1.02% del área rural; el 1.02% de los niños con disfemia son del área urbana.

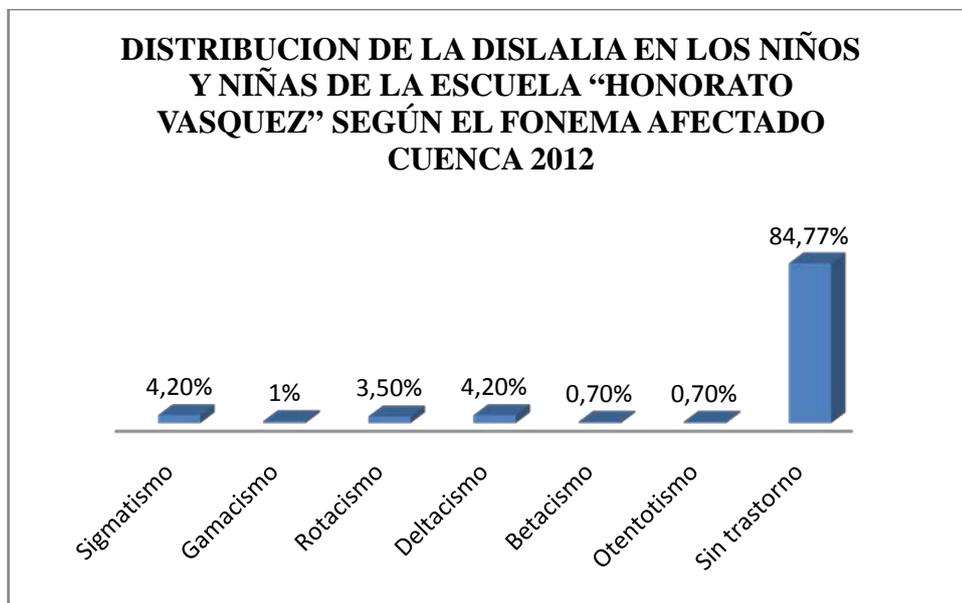
TABLA 8

**DISTRIBUCION DE LA DISLALIA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA  
ESCUELA “HONORATO VASQUEZ” SEGÚN EL FONEMA AFECTADO  
CUENCA 2012**

Fonema afectado	Frecuencia	%
Sigmatismo	12	4,2
Gamacismo	3	1
Rotacismo	10	3,5
Deltacismo	12	4,2
Betacismo	2	0,7
Otentotismo	2	0,7
Sin trastorno	167	84,77
Total	197	100

Fuente: Test de articulación  
Elaborado por la autora

GRÁFICO N° 8



Fuente: Test de articulación  
Elaborado por la autora

Luego de aplicar el test de articulación observamos que los niños y niñas presentaban sigmatismo (problemas con el fonema/s/) en un 4.2%, deltacismo (problemas con el fonema /d/) en un 4,2%, seguido de rotacismo (problemas con el fonema /r/) en un 3,50%.

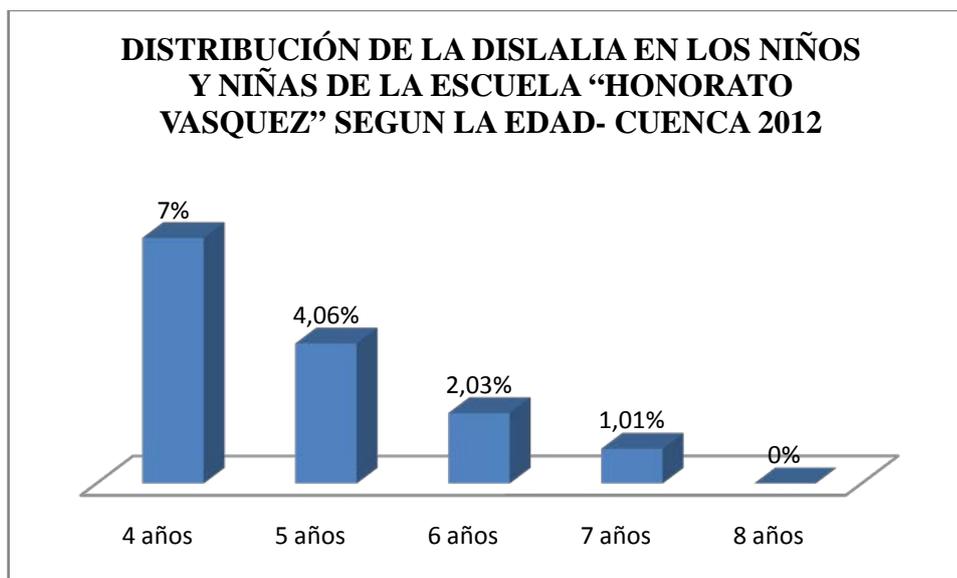
TABLA 9

**DISTRIBUCIÓN DE LA DISLALIA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA “HONORATO VASQUEZ” SEGÚN LA EDAD- CUENCA 2012**

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
4 años	14	7,12
5 años	8	4,06
6 años	4	2,03
7 años	2	1,01
8 años	0	0
total	28	14,22

Fuente: Test de articulación  
Elaborado por la autora

GRÁFICO N° 9



Fuente: Test de articulación  
Elaborado por la autora

La dislalia se presentó en un 7% (4 años), 4,06%(5 años). 2,03%(6 años) y 1.01% (7 años).

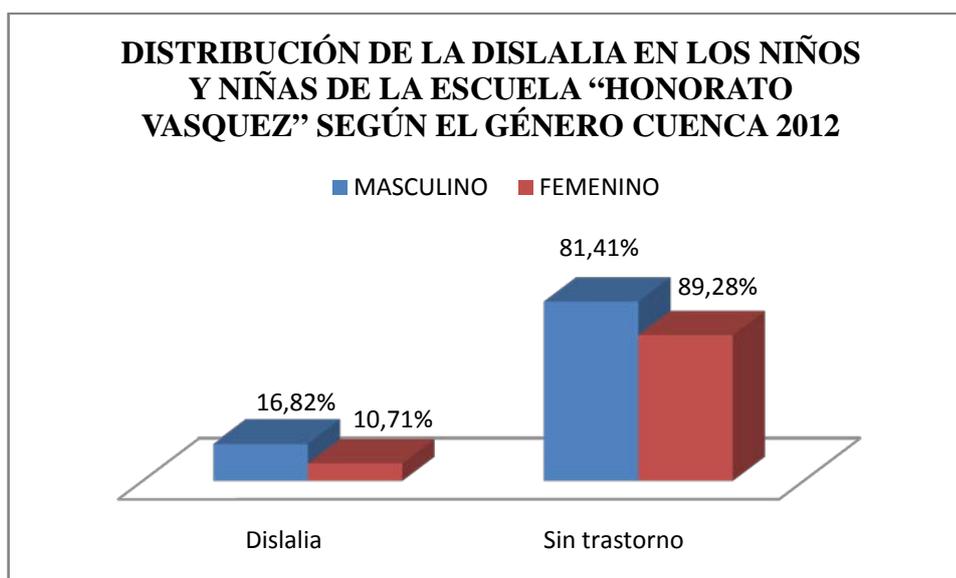
TABLA 10

**DISTRIBUCIÓN DE LA DISLALIA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA “HONORATO VASQUEZ” SEGÚN EL GÉNERO CUENCA 2012**

Género	Dislalia		Sin Trastorno	
	Frec	%	Frec	%
Masculino	19	16,82	92	81,41
Femenino	9	10,71	75	89,28
Total	28	14,24	169	85,78

Fuente: Screening  
Elaborado por la autora

GRÁFICO N° 10



Fuente: Screening  
Elaborado por la autora

La dislalia se presentó en un (16,82%) género masculino mientras que el (10,71%) género femenino.

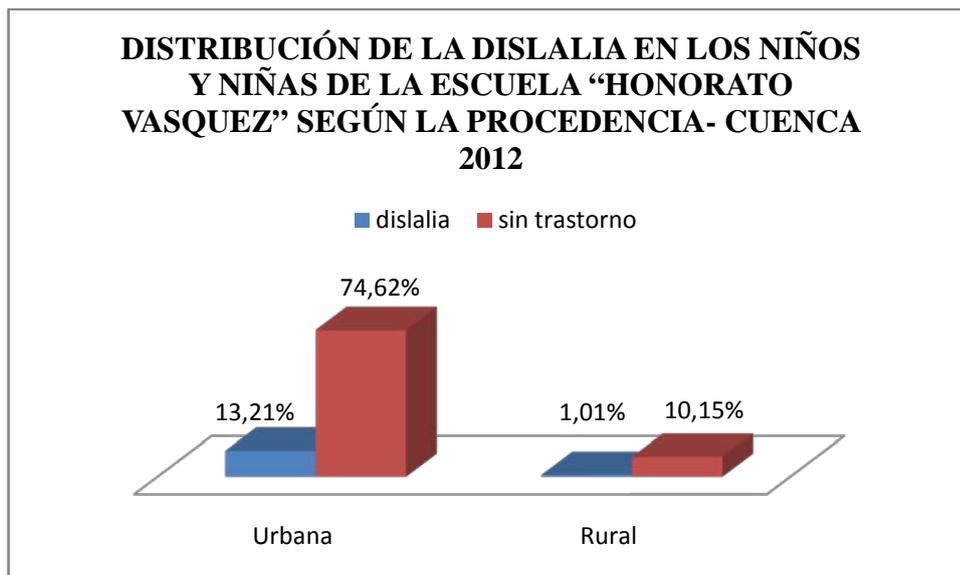
TABLA 11

**DISTRIBUCIÓN DE LA DISLALIA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA “HONORATO VASQUEZ” SEGÚN LA PROCEDENCIA- CUENCA 2012**

Procedencia	Dislalia		Sin Trastorno	
	Frec	%	Frec	%
Urbana	26	13,21	147	74,62
Rural	2	1,01	20	10,15
Total	28	14,22	167	84,77

Fuente: Screening  
Elaborado por la autora

GRÁFICO N° 11



Fuente: Screening.  
Elaborado por la autora

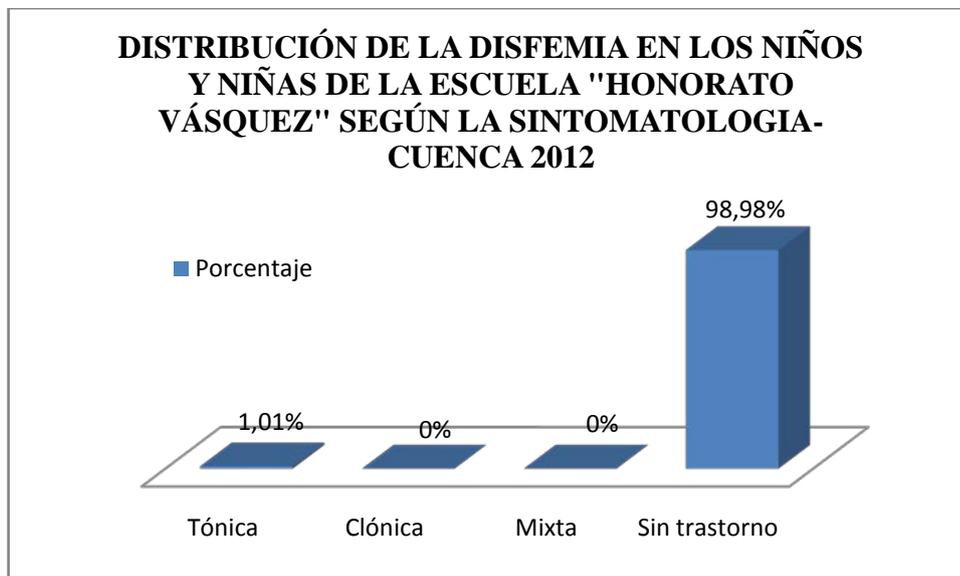
La dislalia se presentó en el (13,21 %) área urbana y el (1,01%) área rural.

**TABLA 12**  
**DISTRIBUCION DE LA DISFEMIA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA**  
**ESCUELA "HONORATO VASQUEZ" SEGÚN LA SINTOMATOLOGIA**  
**CUENCA 2012**

Sintomatología	Frecuencia	Porcentaje
Tónica	2	1,01
Clónica	0	0
Mixta	0	0
Sin trastorno	195	98,98
Total	197	100

Fuente: Test de evaluación de la disfemia  
 Elaborado por la autora

**GRÁFICO N° 12**



Fuente: Test de la evaluación de la disfemia  
 Elaborado por la autora

Dos niños que representan el 1.01% presentó disfemia tónica a la edad de 8 años.

**REEVALUACIÓN  
RESULTADOS LUEGO DE LA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA**

**TABLA 13**

**RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA DE LOS  
TRASTORNOS DEL HABLA EN LA ESCUELA “HONORATO VASQUEZ”  
SEGÚN EDAD CUENCA 2012**

Trastorno	Edad	Sin trastorno		Superado		No superado		TOTAL	
		Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Dislalia	4 años	26	13,2	7	3,55	7	3,55	40	20,3
Dislalia	5 años	29	14,72	6	3,04	2	1,01	37	18,78
Dislalia	6 años	39	19,8	1	0,51	3	1,52	43	21,87
Dislalia	7 años	35	17,76	1	0,51	1	0,51	37	18,78
Disfemia	8 años	38	19,3	1	0,51	1	0,51	40	20,3
Total		167	84,78	16	8,12	14	7,1	197	100

Fuente: Test de articulación

Elaborado por la autora.

El 8.12% superó su trastorno articulatorio, mientras que el 7,1% no lo superó, debido al incumplimiento de asistencia a la rehabilitación logopédica.

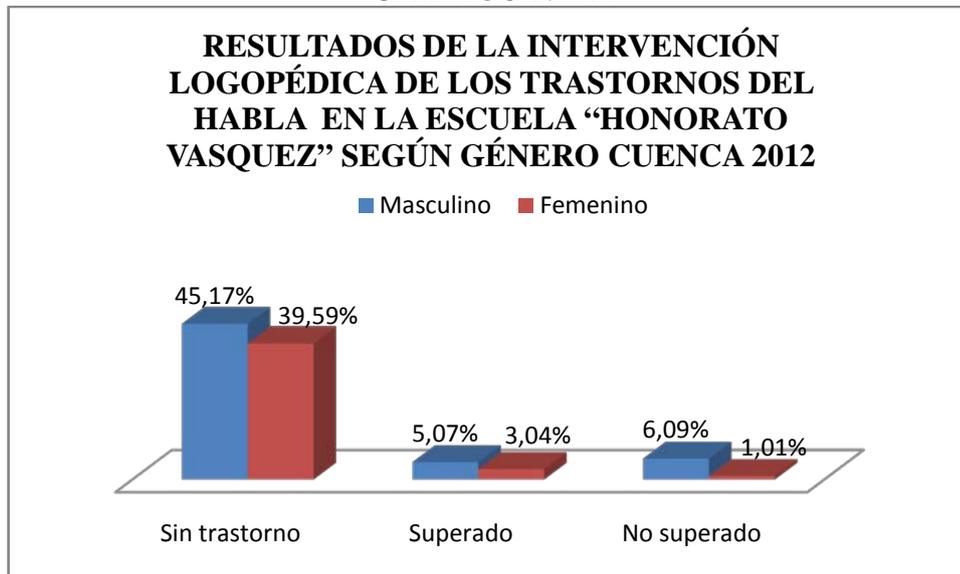
TABLA # 14

**RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA DE LOS TRASTORNOS  
DEL HABLA EN LA ESCUELA “HONORATO VASQUEZ” SEGÚN GÉNERO  
CUENCA 2012**

Género	Sin trastorno		Superado		No superado		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Masculino	89	45,17	10	5,07	12	6,09	111	56,35
Femenino	78	39,59	6	3,04	2	1,01	86	43,65
Total	167	84,76	16	8,11	14	7,1	197	100

Fuente: Test de articulación  
Elaborado por la autora.

GRÁFICO N ° 14



Fuente: Test de articulación  
Elaborado por la autora.

Luego de la intervención logopédica pudimos observar que el sexo masculino fue el que más superó los trastornos articulatorios (5,07%).

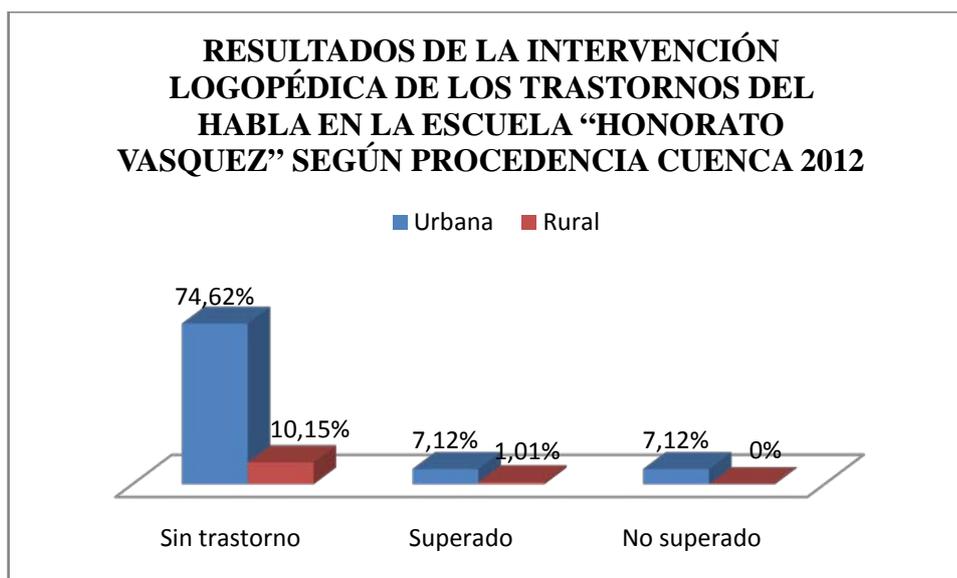
TABLA # 15

**RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA DE LOS  
TRASTORNOS DEL HABLA EN LA ESCUELA “HONORATO VASQUEZ”  
SEGÚN PROCEDENCIA CUENCA 2012**

Procedencia	Sin trastorno		Superado		No superado		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Urbana	147	74,62	14	7,12	14	7,12	175	88,83
Rural	20	10,15	2	1,01	0	0	22	11,17
Total	167	84,77	16	8,13	14	7,12	197	100

Fuente: Test de articulación  
Elaborado por la autora.

GRÁFICO N° 15



Fuente: Test de articulación  
Elaborado por la autora.

En el área urbana el (7,12%) superó el trastorno y en el área rural el (1.01%).



# CAPÍTULO

# VI



## 7. Conclusiones

- Se evaluaron 197 niños y niñas de la Escuela “Honorato Vásquez”, en el período de Enero - Julio 2012.
- El 57,3% correspondieron al sexo masculino y 42,7% al femenino, el 88,8% residían en el área urbana, y el 11,2% al área rural.
- Luego de aplicar la respectiva evaluación, 30 niños(as) presentaron trastornos del habla con dislalia un (14.21%) respectivamente y con disfemia con un (1,02%) en la cual no se presentaron casos de disglosia ni disartria al total de niños que se los evaluó.
- Luego de aplicado el screening se observó que el 56.62% de niños/as entre los 4-5 años presentaron dislalia. Mientras que el 5% de niños de 8 años presentaron disfemia.
- La dislalia se presentó en el género masculino en un 16.82%; mientras que en el femenino en un 12 %. La disfemia solo se presentó en el género masculino en un 1.76%.
- El 13.19% de niños y niñas con dislalia son del área urbana, mientras que el 1.02% del área rural; el 1.02% de niños con disfemia son del área urbana.
- Luego de aplicar el test de articulación observamos que los niños y las niñas presentaban sigmatismo (problemas con el fonema/s/) se presentó en un 4.2%, deltacismo (problemas con el fonema /d/ en un 4,2%), seguido de rotacismo (problemas con el fonema /r/en un 3,50%).
- La dislalia se presentó en un 7% (4 años), 4.06%(5 años), 2.03%(6 años) y 1.01% (7 años. En lo que se refiere a procedencia la dislalia se presentó en un (13,21%) en el área urbana y (1.01%) área rural.
- Después de aplicar el test de la disfemia observamos que dos niños que representan (1.01%) presentó disfemia tónica a la edad de 8 años.



Después de la intervención logopédica del total de niños y niñas que presentaron dislalia, el 8.12% supero su trastorno articulatorio de los niños y niñas re-evaluados mientras que el 7,1% no lo supero, debido al incumplimiento de asistencia a la rehabilitación logopédica.

- Luego de la intervención logopédica pudimos observar que el sexo masculino fue el que más superó los trastornos articulatorios (5,07%).
- Los niños y niñas del área urbana fueron los que más superaron su trastorno articulatorio (7,12%) comparada con el área rural (1.01%).



## 8. RECOMENDACIONES

- Dar mayor énfasis al estudio de los trastornos del habla en todas las escuelas de la ciudad de Cuenca, para brindar una adecuada atención temprana.
- Exponer a los padres de familia la importancia de Terapia de lenguaje en los casos de trastornos del habla y la posible repercusión en el aprendizaje.
- Dar tratamiento adecuado y oportuno a los niños que presenten dichos trastornos con el apoyo y colaboración necesario de los padres de familia.
- Realizar campañas acerca de la importancia de tener un terapeuta de lenguaje en los centros educativos y de esta manera evitar problemas de aprendizaje posteriores.
- La realización de un seguimiento a los niños que actualmente no superaron su trastorno articulatorio y de esta manera brindar una adecuada atención.



## 9. GLOSARIO

**Protuberancia.-** es algo que sobresale de un plano. Excrecencia o prominencia, generalmente de forma redondeada, semejante a un tubérculo.

**Alvéolos.-**son los divertículos terminales del árbol bronquial, en los que tiene lugar el intercambio gaseoso entre el aire inspirado y la sangre.

**Bronquiolos.-**Cada uno de los pequeños conductos en que se dividen y subdividen los bronquios dentro de los pulmones antes de llegar a los alvéolos; se encuentran en la parte mediana del pulmón.

**Glotis.-** Orificio o abertura anterior de la laringe.

**Disfluencia.-** Dificultad para expresarse con fluidez antes de los 5 años de edad.

**Estomodeo.-** en el embrión, es una invaginación del ectodermo situada en el intestino anterior que dará origen a la boca, constituyendo la cavidad bucal primitiva del embrión somítico. Comprende la cavidad bucal como tal y la cavidad nasal, pues en ese período entre ambas no existe ninguna separación. Posteriormente estas cavidades quedan limitadas por el paladar.

**Aplasia.-** Falta de desarrollo total o parcial de un órgano.

**Hipoplasia.-** disminución del volumen de un órgano o tejido.

**Diastema.-** espacio entre los dientes contiguos

**Resección.-** corte o amputación de un miembro

**Disostosis.-** osificación defectuosa.

**Otitis.-** es un proceso infeccioso que evoluciona en el conducto auditivo, generalmente agudo, aunque puede llegar a ser crónico. Produce dolor, sensación de oído tapado y, a veces, fiebre.

**Mastoiditis.-** Inflamación de la apófisis mastoides por infección bacteriana que frecuentemente era mortal en niños antes del descubrimiento de los antibióticos.



**Herpes zóster.**-es una enfermedad producida por una reactivación del virus latente de la varicela-zóster, que afecta a los nervios periféricos y a la piel, donde puede producir pequeñas ampollas dolorosas en forma de anillo agrupadas a lo largo de un dermatoma.

**Paperas.**- Las paperas (también conocidas como “parotiditis”) son una enfermedad provocada por un virus que se contagia a través de la saliva y que puede infectar las glándulas salivares parótidas.

**Varicela.**-Enfermedad contagiosa causada por el virus varicela-zóster; la manifestación clínica más evidente es una erupción en la piel que aparece en forma de pequeños granos que en poco tiempo se convierten en vesículas; suelen aparecer primero por el tronco, la cara, el cuero cabelludo, extendiéndose después por todo el cuerpo. En los niños suele ser leve pero en adolescentes y adultos tiene mayor riesgo de complicaciones.

**Rinofonia.**- Alteración en la voz consecuencia de lesiones en las cavidades de la resonancia. La característica fundamental es que los niños nasalizan todo. Son poco frecuentes en niños y en población escolar. Hay dos principales: abierta y cerrada:

**Rinofonia abierta:**el aire se escapa por la nariz durante la emisión de la voz, tanto en los fonemas sordos como sonoros.

**Rinofonia cerrada:** la diferencia de la anterior es que se produce una obstrucción nasal como consecuencia de sinusitis, vegetaciones. Típica voz del resfriado.

**Desmielinización.**-Desaparición de la capa de mielina que envuelve el cilindroeje de una fibra nerviosa. Puede observarse en determinadas enfermedades, tales como la esclerosis en placas.

**Fasciculaciones.**-Contracción parcelar de un músculo, arrítmica y visible a través de la piel. Representa la descarga espontánea del conjunto de fibras musculares inervadas por una fibra nerviosa o motoneurona espinal.



## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Tesis Evaluación e intervención logopédica de las dislalias funcionales en niños y niñas de primero a tercer año de Educación básica-Escuelas Eugenio Espejo y Aurelio Aguilar Vásquez -Cuenca, Octubre 2009-Marzo 2010
2. Pccello, J. L.,"et al", Trastornos del Habla. Ed. Cientif. Medica. Quinta edición Madrid, 1990.
3. Alfonso L. Jiménez, Psicopatología Infantil.1era Edición Madrid 2010  
[http://www.pir.es/temas\\_muestra\\_2011/03.INFANTIL.pdf](http://www.pir.es/temas_muestra_2011/03.INFANTIL.pdf)
4. CASANOVA. PEÑA, J. Manual de Logopedia. Editorial Masson S.A. 1998. Pág. 149.
5. Mcneil, Ronsenbek, Aronson. The Dysarthrias, Physiology, Acoustico Perception, Managemen. Edited by Mcneil y col. college?hill press, San Diego California, 1984. 1;23-30.  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14\\_2\\_99/ord10299.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_2_99/ord10299.htm)
6. Segre R. La comunicación oral normal y patológica. Toray. Buenos Aires, 1973. 46-9.  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14\\_2\\_99/ord10299.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_2_99/ord10299.htm)
7. Cárdenas Toledo. Los métodos para la exploración logopédica. La Habana. Editorial libros para la salud, 1979. 64-5.  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14\\_2\\_99/ord10299.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_2_99/ord10299.htm)
8. Arthur C Guyton . Fisiología Humana. Tercera Edición, México 1969.
9. Arroyo L. David, Et. Al. 2do de Lenguas extranjeras, Bases pedagógicas de la E.E. 2003-2004.
10. <http://www.scirus.com/srsapp/search?q=dislalia&t=all&drill=yes&sort=0&p=280>



11. Colectivo de autores. Logopedia y fonología. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2008.
12. Fernandez Alicia-Zuñiga Marcos de León- Caja del Castillo Raquel. Tratamiento de la tartamudez en niños. Programa de intervención para profesionales y padres. Editorial Elsevier España, S.L. Barcelona España. 2008.
13. N. Melle Hernández, Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología 2003, Vol. 23, No. 1, 20-29, Copyright 2003 STM Editores, S.A. ISSN: 0214-4603, <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/309/309v23n01a13153159pdf001.pdf>
14. Pascual P. La Dislalia. Naturaleza, diagnóstico y rehabilitación Madrid 1995.
15. Xavier M. Guarasa. El sistema de producción del habla, Ingeniería Neurosensorial, Departamento de Ingeniería Electrónica, 2003 <http://insn.die.upm.es/docs/INSN0506-TemaProduccionDeHabla-JMG-v46.pdf>.
16. Russel J Love, Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje, Editorial médica panamericana s.a. 1998.
17. Dr. Luis AlvarezlamiHnosAmeijeiras. Disartria, <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/disartria.pdf>
18. Darley Aronson Brown, Alteraciones Motrices del habla, Editorial médica panamericana s.a, Argentina 1978.
19. Dra. Norma Regal Cabrera, Disartria. Revisión y enfoque logofoniatrico, Rev Cubana Ortod 1999;14(2):107-11 [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14\\_2\\_99/ord10299.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_2_99/ord10299.htm)



20. N. Melle Hernández, Disartria en el daño cerebral adquirido: hacia un método global de evaluación, Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología 2003, Vol. 23, No. 1, 20-29  
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/309/309v23n01a13153159pdf001.pdf>
21. Dr. Luis AlvarezLami.Disartria  
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/disartria.pdf>
22. M. Cores M. GUIA CLINICA DE TERAPIA PARA PACIENTES CON DISFEMIA (2010)



## ANEXOS

## ANEXO 1

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA.**

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN LOS NIÑOS CON**  
**TRASTORNOS DEL HABLA; QUE ASISTEN A LA ESCUELA FISCAL**  
**“HONORATO VÁSQUEZ” PERIODO 2012.**

**FORMULARIO PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

**1. EDAD**

**2. SEXO:** MASCULINO  FEMENINO

**3. PROCEDENCIA:**

URBANA

RURAL

**4. TRASTORNOS DEL HABLA**

**DISLALIA:**

<i>Sigmatismo</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Lambdacismo</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Betecismo</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Gamacismo</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Rotacismo</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Otentotismo</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Jotacismo</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Deltacismo</i>	<input type="checkbox"/>		

**DISFEMIA**

Tónica  Clónica  Mixta.

**DISGLOSIA**

Labial	<input type="checkbox"/>	Palatal	<input type="checkbox"/>	Dental	<input type="checkbox"/>
Lingual	<input type="checkbox"/>	Mandibular	<input type="checkbox"/>	Nasal	<input type="checkbox"/>

**DISARTRIA**

Flácida	<input type="checkbox"/>	Espástica	<input type="checkbox"/>
Atáxica	<input type="checkbox"/>	Mixta	<input type="checkbox"/>



ANEXO 2

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES DE FAMILIA**

Yo Jessica Graciela Soto Vega.; estudiante de Fonoaudiología de la Universidad de Cuenca por medio de la presente me es grato informarle que se llevará a cabo un estudio para realizar Evaluación e Intervención logopédica en los niños con trastornos del habla; que asisten a la escuela fiscal “Honorato Vásquez” periodo 2012. Esta investigación consiste en la aplicación de los test para la evaluación de los trastornos del habla (alteración funcional u orgánica de los órganos activos o pasivos que intervienen en la articulación del habla).

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

Dentro de este contexto pienso que la evaluación permitirá detectar trastornos existentes, esto dará mayor información referente a las necesidades de los niños que presentan la patología del habla respectiva, tanto a la institución como a los padres de familia.

Procedimiento

- Los padres de familia de los niños involucrados en la investigación firmarán el consentimiento informado.
- A los niños de 4 a 8 años se les aplicara un test de evaluación para detectar posibles trastornos del habla.
- Los test no implicaran ningún riesgo para los niños/as.
- El programa es absolutamente gratuito.
- La información que se va a recolectar es absolutamente confidencial.
- El programa se llevara a cabo en la institución.

Yo(.....padre del niño/a.....)

Libremente y sin ninguna presión, acepto que se le aplique los test de evaluación de trastornos del habla a mi hijo/a. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

\_\_\_\_\_  
Padre de familia



## ANEXO 3

## TEST DE ARTICULACIÓN

Nombre:

Fecha:

Examinador:

Edad:

Fonema	Estímulo	Transcripción	Omisión	Sustitución	Distorsión
<b>Adición</b>					
/m/	mano	_____	_____	_____	_____
	cama	_____	_____	_____	_____
/p/	pelo	_____	_____	_____	_____
	lápiz	_____	_____	_____	_____
/b/	vaso	_____	_____	_____	_____
	uva	_____	_____	_____	_____
/f/	foco	_____	_____	_____	_____
	café	_____	_____	_____	_____
/t/	taza	_____	_____	_____	_____
	pato	_____	_____	_____	_____
/d/	dedo	_____	_____	_____	_____
	helado	_____	_____	_____	_____
	pared	_____	_____	_____	_____
/n/	nariz	_____	_____	_____	_____
	mono	_____	_____	_____	_____
	pan	_____	_____	_____	_____
/l/	luna	_____	_____	_____	_____
	pelota	_____	_____	_____	_____
	sol	_____	_____	_____	_____
/ll/	llave	_____	_____	_____	_____
	pollo	_____	_____	_____	_____
/s/	sopa	_____	_____	_____	_____



	mesa	_____	_____	_____	_____	_____
	bus	_____	_____	_____	_____	_____
<b>/r/</b>	pájaro	_____	_____	_____	_____	_____
	collar	_____	_____	_____	_____	_____
<b>/rr/</b>	ratón	_____	_____	_____	_____	_____
	perro	_____	_____	_____	_____	_____
<b>/y/</b>	payaso	_____	_____	_____	_____	_____
	yoyo	_____	_____	_____	_____	_____
<b>/k/</b>	casa	_____	_____	_____	_____	_____
	boca	_____	_____	_____	_____	_____
<b>/g/</b>	gato	_____	_____	_____	_____	_____
	pega	_____	_____	_____	_____	_____
<b>/j/</b>	jabón	_____	_____	_____	_____	_____
	ojo	_____	_____	_____	_____	_____
<b>/ch/</b>	chancho	_____	_____	_____	_____	_____
	cuchara	_____	_____	_____	_____	_____
<b>/ñ/</b>	uña	_____	_____	_____	_____	_____
	ñaños	_____	_____	_____	_____	_____

**DIPTONGOS**

<b>/au/</b>	jaula	_____	_____	_____	_____	_____
<b>/ei/</b>	peinilla	_____	_____	_____	_____	_____
<b>/ie/</b>	pie	_____	_____	_____	_____	_____
<b>/ue/</b>	huevo	_____	_____	_____	_____	_____
<b>/io/</b>	avión	_____	_____	_____	_____	_____
<b>/ai/</b>	bailar	_____	_____	_____	_____	_____



## DÍFONOS

<b>/pl/</b>	plato	_____	_____	_____	_____
<b>/bl/</b>	blusa	_____	_____	_____	_____
<b>/kl/</b>	chicle	_____	_____	_____	_____
<b>/fl/</b>	flor	_____	_____	_____	_____
<b>/gl/</b>	globo	_____	_____	_____	_____
<b>/br/</b>	brazo	_____	_____	_____	_____
<b>/kr/</b>	cruz	_____	_____	_____	_____
<b>/fr/</b>	frutilla	_____	_____	_____	_____
<b>/gr/</b>	tren	_____	_____	_____	_____
<b>/tr/</b>	tigre	_____	_____	_____	_____
<b>/pr/</b>	profesor	_____	_____	_____	_____

## SÍLABA INVERSA

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



## ANEXO 4

## EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA Y FUNCIÓN ORAL

Nombre:.....Edad:.....

Fecha de Nacimiento:.....Fecha de Evaluación:.....

Examinador:.....

### La lengua:

- a. Protrucción recta 0 1 2 3
- b. Lateralización: a la izquierda 0 1 2 3  
 a la derecha 0 1 2 3
- c. Elevación hacia los dientes superiores 0 1 2 3
- d. Tamaño: Grande.....Medio.....Pequeño..... 0 1 2 3
- e. Movimientos alternos: Saque y meta la lengua-Lentamente 0 1 2 3  
Rápidamente 0 1 2 3
- f. Produzca /la/ 0 1 2 3  
 Produzca /ka/ 0 1 2 3
- g. Hacerla vibrar 0 1 2 3  
 Acanalarla 0 1 2 3  
 Lamer: Chupete 0 1 2 3  
 Líquido 0 1 2 3
- h. Temblores en la lengua: SI.....NO.....
- Observaciones:.....  
 .....

### Los Labios

a. Simetría: SI.....NO.....

Forma:.....

b. Protrucción de labios /o/: Sin resistencia 0 1 2 3Con resistencia 0 1 2 3





c.- Adelante 0 1 2 3

d.- Rotación 0 1 2 3

**Funciones Básicas**

a.- Deglución: Voluntaria 0 1 2 3

Involuntaria 0 1 2 3

b.- Masticación: Alimentos suaves 0 1 2 3

Alimentos duros 0 1 2 3

c.- Presencia de sialorrea: SI.....NO..... 0 1 2 3

Observaciones:.....

.....

**Exámenes de Formulación Lingüística**

**Respiración:**

a.- Frecuencia

respiratoria:.....

b.- Tipo respiratorio: Costal sup.....Costo diafragmática.....Abdominal...

c.- Simetría

torácica:.....Asimetría.....

d.- Obstrucción nasal:.....

e.- Duración:

Inspiración.....Retención.....Espiración.....

f.- Respiración sincronizada con fonación:

/a/...../i/.....

/m/...../s/.....



**ANEXO 5**

**TEST DE EVALUACIÓN DE LA DISFEMIA**

**NOMBRE: NN**

**EDAD:.....**

**1. TIPO DE RESPIRACIÓN**

.....

**2. FONACIÓN**

Tónico	<input type="checkbox"/>
Clónico	<input type="checkbox"/>
Mixto	<input type="checkbox"/>

**3. ARTICULACIÓN**

Bloqueo en los fonemas /p/, /b/, /f/, /d/, /k/, /t/, /g/

Repetición de los fonemas /p/, /b/, /f/, /d/, /k/, /t/, /g/

Presenta movimientos asociados Si \_\_\_ No \_\_\_

**TERAPISTA RESPONSABLE.....**

**ESCUELA DE EXPERIMENTACIÓN Y APLICACIÓN PEDAGÓGICA****“HONORATO VÁZQUEZ”**

Cuenca-Ecuador

Fax 4093517

Teléfono 855020

Lic. Claudio Guamán Guamán, **DIRECTOR DE LA ESCUELA “HONORATO VÁZQUEZ”** a petición verbal de la parte interesada

**CERTIFICA:**

Que la Srta. *JESSICA GRACIELA SOTO VEGA* con C.I. 1104320856 estudiante de la Universidad de Cuenca de la facultad de Ciencias Médicas, escuela de Tecnología Médica, área Fonoaudiología realizó sus prácticas en esta institución desde el 16 de enero de 2012 hasta el 1 de junio de 2012 con el tema de tesis “EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN LOS NIÑOS CON TRASTORNO DEL HABLA; QUE ASISTEN A LA ESCUELA FISCAL “HONORATO VÁZQUEZ” PERÍODO 2012”

La señorita ha demostrado responsabilidad, puntualidad, honradez y buena relación tanto con los estudiantes como con el personal docente con el cual ha trabajado.

Es todo cuanto puedo indicar en honor a la verdad, y autorizo a la interesada hacer del presente documento el uso que bien tuviera.

ATENTAMENTE,

Claudio Guamán Guamán  
DIRECTOR (E)



ANEXO







