



RESUMEN

Este trabajo se realizó utilizando el método descriptivo prospectivo con intervención logopédica, cuyo objetivo fue evaluar e intervenir en los trastornos del habla (dislalia, disfemia, disglosia y disartria), mediante el test de articulación y mecanismo oral periférico, aplicado a las niñas de la escuela “Dolores Josefina Torres”, el universo estuvo formado por 693 niñas, El 73,9 % de las niñas pertenecieron al área urbana, la edad media fue de 8,3 con un desvío estándar de +- 1,7%.

Luego de aplicar los test el 7,4% de las niñas presentaron dislalia, el 1,5% disglosia y no existieron casos de disfemia y disartria, la dislalia fue más frecuente en el área urbana (5,3%), mientras que la disglosia en el área rural (1%).

La dislalia se presenta con mayor frecuencia entre las edades de 6 a 11 años (6,9%) y la disglosia entre 6 y 7 años (1,3%). Dentro de las disglosias, el 1,3% de las niñas presentaron disglosia dental.

Luego de la intervención logopédica a las 62 niñas, se obtuvieron los siguientes resultados:

La dislalia disminuyó del 82,3% al 8,1%, y la disglosia del 17,7 % al 8,1%. El sigmatismo del 58,1 % disminuyó al 3,2%, el deltacismo y la alteración en los diptongos se supero completamente. La disglosia palatal, velar y labial no se superó, en la lingual las niñas superaron completamente el problema y la disglosia dental disminuyó del 14,5% al 6,5%.

La intervención logopédica es una herramienta importante, mediante su aplicación disminuyó los trastornos del habla en las niñas.

DeCS: TRASTORNOS DEL HABLA-EPIDEMIOLOGIA; LOGOTERAPIA-MÉTODOS; PRUEBAS DE ARTICULACIÓN DEL HABLA-MÉTODOS; NIÑO; ESTUDIANTES-ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; CUENCA-ECUADOR



ABSTRACT

This work was performed using the method prospective descriptive speech therapy, aimed at evaluating and intervening in speech disorders (dyslalia, stuttering, diglossia and dysarthria) through the joint test and oral peripheral mechanism, applied to the girls school "Josefina Torres Dolores", the universe consisted of 693 girls, 73.9% of girls belonged to the urban area, the average age was 8.3 with a standard deviation of $\pm 1.7\%$.

After applying the test for 7.4% of the population showed dyslalia, 1.5% diglossia and no instances of stuttering and dysarthria, dyslalia was more frequent in urban areas (5.3%), while the diglossia in rural areas (1%).

The dyslalia occurs most often between the ages of 6-11 years (6.9%) and diglossia between 6 and 7 years (1.3%). Within diglossia, 1.3% of girls had dental diglossia.

After speech therapy intervention to the 62 girls, the following results were obtained:

The dyslalia decreased from 82.3% to 8.1%, and 17.7% diglossia to 8.1%. The sigmatis mode creased 58.1% to 3.2%, and the alteration deltacismodiph thong was overcome completely. The diglossia palatal, velar and labial not exceeded in the lingual girls completely overcame the problem and dental diglossia decreased from 14.5% to 6.5%.

The speech therapy is an important tool through its application decreased speech disorders in girls.

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

**ÍNDICE**

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
CAPÍTULO 1	16
INTRODUCCIÓN	16
Justificación del Problema	18
CAPÍTULO 2	20
MARCO TEÓRICO	20
Anatomía y fisiología de los órganos que intervienen en el habla.	20
DISLALIA	30
Concepto	30
Etiología	31
Clasificación de las Dislalias.....	33
Síntomatología de las Dislalias.....	35
Diagnóstico de las Dislalias.....	36
Tratamiento	40
Prevención de las dislalias	54
DISFEMIA.....	55
Frecuencia.....	57
Etiología	58
Clasificación	60
Fases.....	61
Síntomatología.....	62
Conductas asociadas	67
Evaluación.....	68
Diagnóstico.....	69
Tratamiento	70
DISGLOSIAS	76
Concepto	76
Embriología y anatomía de los órganos articulatorios	77
Etiología	79
Tratamiento de las Disglosias.....	91



DISARTRIA.....	95
Concepto	95
Morfología de la disartria	96
Semiología de la Disartria	100
Clasificación de las Disartria.....	107
Tratamiento de la Disartria	111
Pronóstico de la Disartria	116
CAPÍTULO 3	117
OBJETIVOS.....	117
OBJETIVO GENERAL.....	117
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	117
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	117
CUADRO DE ACTIVIDADES	121
CAPÍTULO 4	123
RESULTADOS ESTADÍSTICOS.....	123
EVALUACIÓN.....	123
RESULTADOS LUEGO DE LA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA	133
CAPÍTULO 5	136
CONCLUSIONES	136
RECOMENDACIONES	137
GLOSARIO	138
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	140
ANEXOS	143



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Mayra Tatiana Bermejo Quinche, autora de la tesis "EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPEDICA DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA EN LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DOLORES JOSEFINA TORRES – CUENCA - ENERO - JULIO 2012", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Fonoaudiología. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Enero del 2013

Mayra Tatiana Bermejo Quinche

C.I 010583617-5

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

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

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

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Johanna Vanessa Ambrosi Moreira, autora de la tesis "EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPEDICA DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA EN LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DOLORES JOSEFINA TORRES – CUENCA - ENERO - JULIO 2012", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Fonoaudiología. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Enero del 2013

Johanna Vanessa Ambrosi Moreira

C.I 010442564-0

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

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

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

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Mayra Tatiana Bermejo Quinche, autora de la tesis "EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA EN LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DOLORES JOSEFINA TORRES – CUENCA - ENERO - JULIO 2012", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Enero del 2013

Mayra Tatiana Bermejo Quinche

C.I 010583617-5

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

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

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

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Johanna Vanessa Ambrosi Moreira, autora de la tesis "EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA EN LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DOLORES JOSEFINA TORRES – CUENCA - ENERO - JULIO 2012", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Enero del 2013

Johanna Vanessa Ambrosi Moreira

C.I 010442564-0

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

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

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

Cuenca - Ecuador



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

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGÓPEDICA DE LOS TRASTORNOS
DEL HABLA EN LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DOLORES JOSEFINA
TORRES – CUENCA - ENERO - JULIO 2012**

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

**AUTORAS: MAYRA TATIANA BERMEJO QUINCHE
JOHANNA VANESSA AMBROSI MOREIRA**

DIRECTOR: LCDO. EDGAR CARVAJAL FLOR

ASESOR: LCDO. EDGAR CARVAJAL FLOR

**CUENCA – ECUADOR
2013**



DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mis padres por ser el pilar más importante en mi vida y por mostrarme siempre su cariño y amor incondicional, sin importar nuestras diferencias de opiniones

Vanessa Ambrosi Moreira



DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre Ruth, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

Mayra Bermejo Quinche



AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios.

A mis padres, Leonidas Ambrosi y Lety Moreira, que siempre me han dado su apoyo incondicional y a quienes debo este triunfo profesional, por todo su trabajo y dedicación para darme una formación académica y sobre todo humanista y espiritual. De ellos es este triunfo y para ellos es todo mi agradecimiento.

Para mis hermanos, Jhonatan y Andrés, para que también continúen superándose.

A la Universidad estatal de Cuenca, la Máxima Casa de Estudios, y a la Escuela de Tecnología Médica que con el apoyo de sus docentes me permitieron desarrollar este trabajo de tesis y adquirir mucha experiencia profesional. Al Dr. Hugo Cañar por el apoyo en espacios y equipo para el desarrollo de la investigación.

A todos mis amigos, amigas y todas aquellas personas que han sido importantes para mí durante todo este tiempo. A todos mis maestros que aportaron a mi formación. Para quienes me enseñaron más que el saber científico, a quienes me enseñaron a ser lo que no se aprende en salón de clase y a compartir el conocimiento con los demás.

A mi amiga y compañera de tesis Mayra, que me enseñó a salir adelante para la culminación



del trabajo y a nuestro director de tesis, Lcdo. Edgar Carvajal F. por su confianza y apoyo en nuestra investigación.

A todos . . .

GRACIAS

Vanessa Ambrosi Moreira



AGRADECIMIENTO

En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios, por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi madre Ruth Quinche, que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos; es gracias a ella que hoy en día soy quien soy. Te amo mamita.

A mi hermano Adrian, por su apoyo y por estar a mi lado que a pesar nuestras diferencias de opiniones si no te has dado cuenta te quiero mucho ñañito. A mi familia por estar a mi lado y darme su apoyo.

A Fernando, por acompañarme durante este largo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos, dándome siempre su apoyo, consejos y optimismo para seguir adelante.

A mis profesores, compañeros y amigos, a nuestro director de tesis Lcdo. Edgar Carvajal, por brindarnos sus conocimientos y al Dr. Hugo Cañar por su asesoramiento ya que gracias a ellos se hizo posible la realización de la misma.



Al doctor Guillermo Sanmartín por haberme brindado sus sabios consejos y todo su apoyo en esta etapa de mi vida, gracias por estar pendiente de mí.

Y no podía faltar a Vanessa que además de ser mi compañera de tesis es una gran amiga ya que compartimos momentos agradables y difíciles, pero esos momentos son los que nos hacen crecer.

Gracias a todas las personas que de una u otra forma ayudaron a la culminación exitosa de nuestro proyecto de graduación.

Mayra Bermejo Quinche



CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

El censo realizado por el INEC en el año 2010 en el Ecuador, nos indica que la población total del país entre niños y niñas de 5 a 7 años es de 891.525. En la provincia del Azuay, en la ciudad de Cuenca en el sector urbano el total es 17.285, siendo el 50.98 % varones (8.812) y el % 49.02 mujeres (8.473).

Ya se han realizado estudios de los trastornos del habla a nivel urbano de Cuenca los cuales demuestran que las patologías del habla están presentes en un número considerable. Una investigación realizada en el año 2010, nos indica que de 456 niños y niñas de primero a séptimo de básica de la Unidad Educativa Alberto Andrade Arizaga, en el cual el 5.3% de los niños evaluados presentó trastornos del habla, de los cuales el 3.5% presentó dislalia, y el 0.9%, disfemia y disglosia. De acuerdo al género, en dislalia, el 4% representa el género masculino y el 2.5% al femenino; en cuanto a la disfemia, el 1% corresponde al género masculino y el 0.6% al femenino, y en la disglosia, el 1.3% al género masculino. La edad más frecuente en la que se presentó la dislalia es a los 7 años (10.6%), la disfemia a los 11 años (5.8%) y la disglosia a los 5 años (5.9%).

“Los trastornos del habla se refieren a varias afecciones en las cuales la persona tiene problemas para crear o formar los sonidos del habla para comunicarse con otros”. ⁽¹⁾

Estos trastornos se hacen evidentes cuando el infante ingresa a un centro educativo, porque es ahí que se dan cuenta que presenta problemas para comunicarse con sus pares y maestros.

“Desde el punto de vista antropológico y etnológico, es indudable que el lenguaje articulado constituye una de las manifestaciones características que separan al hombre de los seres irracionales. Éstos últimos expresan y comunican sus sensaciones por medios instintivos, pero no hablan, a diferencia de los seres dotados de conciencia. Por lo tanto, si tuviésemos



que añadir un sexto sentido a los cinco tradicionales, sin duda alguna ésta sería el habla, ya que la lengua, además de servir para el sentido del gusto y otras funciones cotidianas, tiene la aplicación de emitir sonidos articulados, una particularidad que, como ya dijimos, nos diferencia de los animales inferiores con los que compartimos: vista, oído, tacto, olfato y gusto”.⁽²⁾

Al ser el habla la expresión física del lenguaje, se comprometen los órganos de respiración, fonación y articulación, **“Para poder emitir un sonido concreto, es decir, para que la "fonación" tenga lugar, son necesarias**

-Una fuente de energía (aire a presión que se expulsa en la espiración)

-Un órgano vibratorio (las cuerdas vocales)

-Una caja de resonancia (fosas nasales, boca y faringe)

-Un sistema de articulación del sonido (labios, lengua, dientes, paladar)

-Un sistema regulador y sincronizador de todo el conjunto”⁽³⁾.

Al haber un daño en estos se puede producir dificultad ya sea en la articulación o fluidez del habla. Entre otras causas para éstos trastornos tenemos la escasa habilidad motora, dificultades en la percepción espacio-tiempo, falta de comprensión o discriminación auditiva, factores psicológicos, factores ambientales, factores hereditarios, deficiencia intelectual.

Las patologías del habla pueden ir desde una dificultad para hablar debido a una mala percepción de tiempo-espacio hasta por una lesión a nivel neurológico (disartria) o a una patología congénita como es el caso de las disglosias.

La edad en la que aparecen las dificultades varia, puede ser desde el nacimiento (disglosia) a edades pre-escolares (dislalia evolutiva), en la edad escolar o adolescencia (disfemia), o ya en la vida adulta como es el caso de la disartria.

Justificación del Problema

“En la etapa escolar, los trastornos del habla y del lenguaje pueden asociarse a dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura, a un rendimiento escolar deficiente, y en forma secundaria a trastornos en la esfera conductual y emocional.

En términos generales, estos trastornos suelen presentar un curso crónico; así, sin un diagnóstico y tratamiento adecuados, la patología persiste en el 40 - 60% de los casos”⁽⁴⁾.

En caso de la disglosia a parte del factor estético, se ve afectada la personalidad, su manera de hablar, muy probablemente puede darle como consecuencia una rinolalia, dificultades en su alimentación, alteraciones en la anatomía dental, dificultad para relacionarse con los demás, etc.

“Los niños con estos problemas también pueden tener problemas de conducta. Esto puede deberse a la frustración que sienten por no poder comunicarse. Por esta razón, es mejor comenzar las terapias del habla y el lenguaje lo antes posible”⁽⁵⁾.

En esta sociedad en la que aún falta información sobre este tema, se piensa que es normal que un niño no hable bien, que con el tiempo aprenderá.

“Cabe señalar, además, que muchos psicólogos sostienen que existen niños que nacen con un sistema nervioso débil, que se desorganizan fácilmente desde que están sujetos a determinadas tensiones; pero no todos pagan este tributo aun delante de una tendencia. Pues es el medio ambiente en que se desarrolla el niño el que favorece las manifestación del habla alterada, tal como ocurre con la dislalia y la tartamudez”⁽⁶⁾.

Como puede observarse, nuestra intención radicó en realizar esta investigación en el alumnado de la escuela Dolores J. Torres, ya que acuden niñas de todos los niveles para evitar o disminuir los futuros problemas antes mencionados y



de esta manera llevar a cabo lo que hemos aprendido en nuestras prácticas como estudiantes y enriquecer de esta manera nuestra formación profesional para ponerla al servicio de las entidades educativas y de salud.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

¿Qué es el habla?

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

Anatomía y fisiología de los órganos que intervienen en el habla.

El conjunto de órganos que intervienen en la articulación de los fonemas se pueden dividir en tres grupos y son:

1. Órganos de la respiración.
2. Órganos de la fonación.
3. Órganos de la articulación.

1. ÓRGANOS DE LA RESPIRACIÓN:

“Los órganos propios de la respiración son los pulmones, los bronquios y la tráquea, siendo los primeros los que tienen un papel más fundamental.”⁽⁷⁾

La respiración tiene una doble función:

- Aportar oxígeno necesario a la sangre.
- Proporcionar la cantidad de aire suficiente para poder fonar y vencer los órganos articulatorios.

En una respiración normal, la inspiración se produce de la siguiente manera: el aire entra por las fosas nasales, faringe, laringe, tráquea, bronquios y



pulmones; y en la espiración el aire va por: pulmones, bronquios, tráquea, laringe, parte de la faringe, boca y fosas nasales así para articular los fonemas.

Los órganos que participan en el proceso de la respiración son:

Nariz: Constituye el comienzo de las vías respiratorias.

La porción ósea es su parte superior. Está formada por los huesos nasales, la apófisis frontal o ascendente del maxilar y la porción nasal del hueso frontal. La porción cartilaginosa consta del cartílago del tabique nasal, de los cartílagos laterales, y de los cartílagos alares mayor y menor. Están conectados entre sí y con los huesos mediante la continuidad del pericondrio y del periostio.

La inervación sensitiva se la reparten ramas de los nervios oftálmico y maxilar del trigémino. La irrigación es por vasos nasales tributarios de los vasos faciales.

Diafragma: Músculo que separa la cavidad torácica de la abdominal. De este músculo depende la mayor o menor presión con que el aire llega y pasa por las cuerdas vocales produciendo la voz de mayor o menor intensidad.

Las enfermedades respiratorias no suelen afectar al diafragma.

Pulmones: Son dos y se consideran un almacén de aire se ubican en la caja torácica y están protegidos por las costillas. Durante la inspiración el aire entra, los pulmones se expanden aumentando su volumen y durante la espiración el aire sale y los pulmones se contraen. Su peso en el adulto es promedio 1100 a 1200gramos y en cuanto al color es rosado en el recién nacido, grisáceo en el adulto y en el viejo es gris.

Bronquios: Son conductos tubulares fibrocartilagosos y su función es conducir el aire de la tráquea a los alveolos pulmonares y viceversa, se dividen en ramificaciones más pequeñas llamadas bronquios segmentario que a su vez se dividen en bronquiolos.



Tráquea: Va desde la laringe a los bronquios. Su función es brindar una vía abierta al aire inhalado y exhalado desde los pulmones, es decir se encarga de conducir el aire.

Tipos de respiración:

Respiración costal superior o clavicular: El aire inspirado se concentra en la parte superior del tórax, elevando la clavícula y los hombros y hundiendo el abdomen; este tipo de respiración es más frecuente en la mujer.

Respiración abdominal o diafragmática: Durante la inspiración el aire se concentra en la parte anterior del abdomen y se hunde durante la espiración permaneciendo inmóvil la parte superior del tórax.

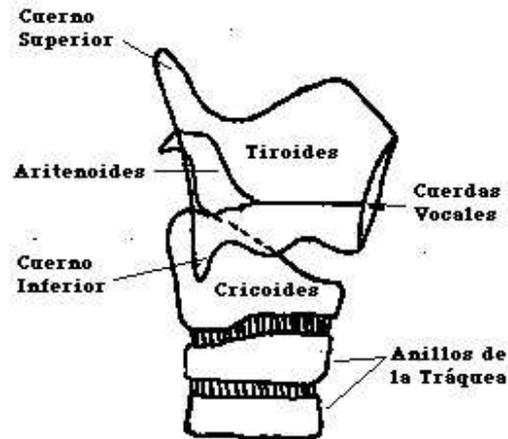
Respiración costo abdominal: Existe una gran movilidad lateral de las costillas inferiores de la parte superior del abdomen. Este tipo de respiración es la más recomendable para la fonación.

2. ÓRGANOS DE LA FONACIÓN:

Cuando hablamos de la fonación nos referimos al mecanismo fisiológico que produce los sonidos lingüísticos. Los órganos que intervienen en la fonación son:

Laringe: Es el órgano esencial de la fonación, es tubular, de forma triangular truncada con la base hacia arriba, constituido por varios cartílagos (tiroides, cricoides, ariteniodes, corniculados, cuneiformes y tritíceos), está situada en la zona media anterior del cuello altura de las vértebras cervicales C3, C4, C5 y C6 comunica a la faringe y la tráquea, está separada de la faringe por la epiglotis.

Las funciones primarias de este órgano son: la respiratoria, esfinteriana y de fonación y las secundarias: participa en la deglución y protección de los órganos de la respiración.



Constitución anatómica de la laringe:

Zona glótica es fundamental ya que aquí se produce el sonido laríngeo, presenta cuatro repliegues membranosos, dos superiores son las falsas cuerdas y dos inferiores denominadas cuerdas vocales verdaderas o ligamentos vocales.

* **Cuerdas Vocales Verdaderas** son dos y están situadas horizontalmente en dirección anteroposterior se extiende desde el cartílago tiroides hasta los cartílagos aritenoides. Son más gruesas que las falsas cuerdas. La presión del aire abre la glotis y hace vibrar las cuerdas vocales. Su tamaño es de unos 20 mm de longitud en el hombre y en las mujeres de unos 16 mm.

* **Cuerdas vocales falsas** o también llamadas bandas ventriculares. Son dos y descansan sobre las cuerdas vocales verdaderas. Se fijan por delante en el cartílago tiroides y por detrás en los aritenoides.

Entre las cuerdas vocales existe un espacio denominado el ventrículo de Morgagni.

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



Está formada por las cavidades de resonancia.

Región infraglotica o subglotis: Se encuentra por debajo de las cuerdas vocales.

En las cavidades situadas debajo de la glotis se encuentran los órganos de la respiración: diafragma, pulmones, bronquios y tráquea.

Para que el sonido pueda producirse es necesario:

- Que la corriente de aire tenga la fuerza suficiente para separar las cuerdas vocales de su posición de descenso.
- Que las cuerdas vocales se aproximen lo suficiente para cerrar el orificio glótico.
- Que las cuerdas vocales estén tensas.

Una vez producido el sonido fundamental a nivel glótico, dicho sonido llegará a las cavidades de resonancia donde será modificado por la adaptación de diferentes órganos móviles y fijos.

Cavidades de resonancia: Son espacios vacíos de la vía respiratoria, donde contribuyen al efecto expansivo del sonido. Aquí el sonido adquiere color y timbre, lo cual depende del tamaño, forma y textura de las cavidades.

La vibración del timbre depende de la caja de resonancia.

Las cavidades de resonancia son:

a. Cavityad Faríngea: Está situada entre la laringe y el velo del paladar. Su función es conectar la laringe con las cavidades oral y nasal. La faringe tampoco actúa como resonador pero si llevamos la laringe a una posición muy baja está actuará como tal y se oirá lo que se denomina una voz angulada.

b. Cavityad Nasal: Formada por las fosas nasales, se conecta con la faringe por su parte posterior. Se utilizan muy pocas veces como resonadores. La principal función de la nariz es la de calentar el aire que está a diferente



temperatura que nuestro interior, para que cuando éste llegue a las cuerdas vocales no pueda dañarlas.

c. Cavidad Oral: la boca es el principal resonador ya que puede variar su abertura y a través de la lengua, labios, dientes y mandíbula se articula y modifica el sonido. Se extiende desde la faringe hasta los labios, en ella se articula la mayoría de los sonidos del habla.

3. ÓRGANOS DE LA ARTICULACIÓN:

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

- **Vestíbulo bucal:** Espacio que se encuentra entre los labios y mejillas; está constituido por los labios superior e inferior y este forma la comisura de los labios.
- **Cavidad bucal:** Se sitúa por dentro de las arcadas gingivodentarias y se extiende hasta su límite posterior, el istmo de las fauces, formado por la úvula, los pilares anteriores del velo del paladar y dorso de la lengua. Por arriba está limitada por el paladar e inferiormente por el suelo de la boca.
- **Suelo de la boca:** El suelo de la boca está tapizado por mucosa, continuación de las encías. En la parte media existe el frenillo de la lengua, que cuando es muy desarrollado puede dificultar el habla. La musculatura del suelo de la boca está formada por el milohioideo, el vientre anterior del digástrico.

Órganos activos de la articulación:

Estos son: labios, lengua, velo del paladar y mandíbula.

Labios: son 2 pliegues músculo–membranosos, sensibles, elásticos y muy móviles que permiten abrir y cerrar el orificio bucal, que además de las



funciones vegetativas son órganos fonéticos de gran importancia, intervienen en la articulación de los fonemas bilabiales, labiodentales y vocales.

Inervación e irrigación de los labios: Todos los músculos de labios y mejillas están inervados motoramente por el nervio facial que constituye al VII par craneal. La inervación sensitiva de la cara es recogida por las tres ramas del nervio trigémino o V par craneal.

Músculos:

M. orbicular de los labios: cierra los labios y proyecta hacia adelante.

M. bucinador: músculo principal de las mejillas.

M. risorio: su acción es tirar los labios en dirección lateral.

M. elevador del labio superior: eleva el labio superior.

M. cigomático menor: tira el labio superior y del surco nasolabial da la expresión de tristeza.

M. depresor de labio inferior: descender el labio inferior.

M. mentoniano: su acción es en replegar el mentón y hacer avanzar el labio inferior.

M. elevador del ángulo de la boca: consiste en elevar el ángulo de la boca.

Lengua: es el que presenta mayor movilidad, es uno de los órganos más fundamentales del habla y desempeña otras funciones como la masticación, deglución, succión y sentido del gusto. La cara superior o dorso de la lengua se puede dividir en:

Ápice o punta lingual.

Predorso: Zona anterior.

Medio-dorso: Centro.

Post-dorso: Zona posterior.

Inervación, vascularización y drenaje linfático de la lengua: El nervio motor de los músculos de la lengua es el nervio hipogloso excepto el músculo palatogloso que es inervado por ramas vágales. La vascularización arterial de la lengua proviene de la arteria lingual. Los ganglios linfáticos de la lengua se drenan en los ganglios de la cadena yugular interna.



Músculos intrínsecos: son músculos que modifican la forma de la lengua.

M. longitudinal superior de la lengua: eleva y retracta la lengua.

M. longitudinal inferior de la lengua: depresor y retractor de la punta de la lengua.

M. transverso de la lengua: alargan y estrechan la lengua cuando se contraen.

M. vertical de la lengua: eleva la base de la lengua.

Músculos extrínsecos: son pares y simétricos.

M. palatogloso: deprime, eleva y retrae la lengua, además de estrechar el istmo de las fauces.

M. estilogloso: eleva la parte posterior, aproxima a los palares anteriores cerrando el istmo (boca-faringe), eleva y retrae a la lengua en la deglución.

M. hiogloso: deprime y retrae la lengua.

M. geniogloso: protruye y deprime el centro de la lengua.

Velo del paladar o paladar blando: consiste en un tejido blando, situado en la parte más posterior del paladar, que termina en un pliegue denominado úvula. Su función es evitar que el aire espirado continúe su trayecto hacia la nariz en el momento de la emisión vocal.

Músculos:

M. periestafilino interno o elevador del paladar: contribuye a dilatar la abertura de la trompa de Eustaquio para la ventilación del oído medio.

M. periestafilino externo o tensor del paladar: su acción principal es dilatar a la trompa de Eustaquio, puede también tensar al paladar.

M. palatogloso o glosostafilino: puede hacer descender los lados del paladar blando o tirar los lados de la lengua hacia arriba y atrás.

M. palatofaríngeo: desciende el paladar blando y eleva la faringe y laringe en la deglución.

M. palatoestafilino o ácidos de la úvula: eleva el paladar blando.

Mandíbula (maxilar inferior): se encuentra situado en la parte inferior y anterior de la cara, abre o cierra la boca.



Articulación temporo-mandibular y músculos de la masticación: Son estructuras que intervienen en la apertura y cierre de la boca, por lo que tienen funciones en la masticación y en la articulación de la palabra.

Articulación temporo-mandibular: Actúa como una bisagra deslizante al abrir la cavidad bucal, los movimientos de la mandíbula durante la masticación son: elevación, descenso, retracción, protrusión y lateralidad. La elevación y el descenso son los más implicados en el habla.

Músculos:

M. masetero: eleva y protruye la mandíbula.

M. temporal: contribuye al movimiento lateral, eleva y retrae la mandíbula.

M. pterigoideo medial o interno: músculo elevador y lateral de la mandíbula.

M. de abertura de la mandíbula: proyección hacia adelante.

M. digástrico: hace descender a la mandíbula.

M. milohioideo: contribuye a descender la mandíbula cuando el hueso hioides está en una posición fija.

M. geniohioideo: ayuda a desplazar a la mandíbula hacia atrás y a descender.

Órganos pasivos de la articulación.

“Como su nombre indica estos órganos intervienen de forma pasiva, con una movilidad muy escasa en la articulación de los fonemas, al ponerse en contacto con ellos los órganos activos anteriormente descritos” ⁽⁸⁾,
estos son:

a. Paladar duro: se encuentra en la parte superior de la cavidad bucal, comienza detrás de los alveolos y termina en el velo del paladar. Se divide en tres zonas:

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



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

b. Alvéolos: Zona de transición entre la parte posterior de los incisivos superiores y el paladar duro, cuando reciben contacto con la lengua constituyen el punto de articulación de los fonemas alveolares.

c. Dientes: Órganos necesarios para una correcta articulación de los fonemas labiodentales e interdentes, la carencia o mala posición de los mismos se puede apreciar fallas articulatorias.

Riego de los dientes: dependen de las arterias alveolares superior e inferior, la inervación sensitiva es recogida por los nervios alveolares superiores e inferiores, ramas del nervio maxilar y mandibular del trigémino.

Tipos de dientes: Se clasifican en cuatro categorías:

Incisivos: Se localizan a cada lado de la línea media. Son cuatro superiores y cuatro inferiores, sus funciones más importantes son: la de masticar (cortar) y la emisión de fonemas.

Caninos: dos superiores y dos inferiores, son perforadores y su principal función es desgarrar la comida.

Premolares: cuatro superiores y cuatro inferiores, apropiadas para la trituración del alimento.

Molares: seis superiores y seis inferiores. La función fundamental es la de moler y triturar.

Denticiones: la dentición primaria, está formada por veinte dientes, La dentición definitiva consta de treinta y dos dientes.

d. Fosas Nasales: forman parte del sistema respiratorio, fonatorio y del sentido del olfato, su importante funcionamiento es el calentamiento, humidificación limpieza del aire inspirado y la resonancia de sonidos, ya que al cerrarse los

órganos bucales el aire atraviesa el conducto nasal y produce los fonemas nasales (m,n,ñ).

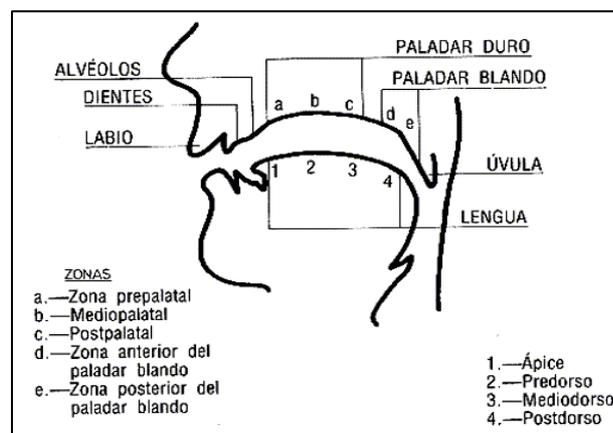
Innervación de las fosas nasales

Inervación sensitiva.- Corresponde a los nervios nasopalatina y nasales posteriores, ramas del nervio maxilar del trigémino y nervio oftálmico del trigémino.

Inervación parasimpática.- Aumenta la secreción de moco, depende del ganglio pterigopalatino.

Inervación simpática.- Inhibe la secreción de moco, llega a la mucosa nasal desde el ganglio cervical superior de la cadena latero vertebral.

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



DISLALIA

Concepto:

Es el trastorno de algún o algunos fonemas, ya sea por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos del habla, o por la sustitución de éstos por otros, de una manera inadecuada, improcedente, en personas que no muestran patologías comprometidas con el Sistema Nervioso Central, ni en los órganos fono-articulatorios a nivel anatómico.



En las dislalias suele haber dificultades de percepción y organización espacio-temporal y también una insuficiente diferenciación acústica, sin llegar a ser un diagnóstico de Hipoacusia.

Si se suman un número importante de dislalias, el mensaje puede llegar a ser ininteligible.

“El fonema es el resultado final de la acción de la respiración, de la fonación y de la articulación. Pero en estos casos existe una incapacidad o dificultad funcional en cualquiera de estos aspectos que impide la perfecta articulación”. ⁽⁹⁾

Etiología

Existe una serie de causas que determinan efectos de articulación defectuosa. Estas anomalías funcionales se deben, por lo general a una combinación de factores que están incidiendo sobre el niño. Existen una serie de causas que pueden ser determinantes de la dislalia, las más comunes son:

En cualquier caso, la dislalia funcional nunca es producida por una lesión del Sistema Nervioso Central.

Algunas de las causas que pueden determinar la aparición de la dislalia funcional, de mayor a menor frecuencia, son:

- *Escasa habilidad motora:* existe una relación directa entre el grado de retraso motor y el grado de retraso del lenguaje en los defectos de pronunciación, los cuales irán desapareciendo al mismo tiempo que se va desarrollando la agilidad y coordinación de movimientos necesarios para hablar correctamente.
- *Dificultades en la percepción del espacio y el tiempo:* el lenguaje comienza a surgir en el niño por imitación de movimientos y sonidos. Es muy difícil que puedan darse los primeros si el niño no tiene interiorizadas las nociones del espacio y el tiempo. El niño ve un movimiento pero no es capaz de diferenciar una articulación de otra,

porque él las percibe de forma semejante sin lograr captar los matices que las distinguen por falta de desarrollo de la capacidad perceptiva.

- *Falta de comprensión o discriminación auditiva:* algunos niños tienen dificultades en cuanto a la discriminación acústica de los fonemas por capacidad insuficiente de diferenciación de unos a otros; por ello, el niño no podrá imitar los sonidos distintos. Falta capacidad para distinguir los intervalos entre dos sonidos, las diferencias de intensidad y las duraciones; igualmente, el sentido rítmico es muy imperfecto. En este caso, el niño oye bien, pero analiza o integra mal a su habla los fonemas correctos que oye.
- *Factores psicológicos:* cualquier trastorno de tipo afectivo puede incidir sobre el lenguaje del niño haciendo que quede fijado en etapas anteriores a la que le corresponde por edad cronológica, impidiendo una normal evolución en su desarrollo. Una falta de cariño, inadaptación familiar, un problema de celos ante la venida de un hermano pequeño, la actitud ansiosa de los padres, la existencia de un rechazo hacia el niño, experiencias traumatizantes por ambiente familiar desunido, por falta de alguno de los padres o algún accidente, pueden provocar un trastorno en el desarrollo de la personalidad del niño que se refleja en la expresión de su lenguaje, ya que existe una interacción continuada entre el lenguaje y el desarrollo de la personalidad.
- *Factores ambientales:* el ambiente es un factor de gran importancia en la evolución del niño, que junto con los elementos o capacidades personales, irán determinando su desarrollo y maduración. Muchos de los factores psicológicos están ocasionados por factores ambientales poco favorecedores (carencia de ambiente familiar, nivel cultural del ambiente, bilingüismo, sobreprotección materna/paterna, rechazo, inadaptación familiar...)
- *Factores hereditarios:* puede darse un factor hereditario que predisponga a un trastorno articulatorio, aunque estos casos son menos frecuentes. Se puede ver reforzado por la imitación de los errores que cometen al hablar los familiares o el entorno más cercano del niño.

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

Clasificación de las Dislalias

Diversos enfoques de clasificación han sido ensayados desde la intervención de los primeros fonoaudiólogos en el campo teórico del lenguaje. Se considera adecuada la utilización de la clasificación etiológica de las dislalias según Pilar Pascual (1988), debido a que otras clasificaciones no abarcan toda la sintomatología, lo cual se presta para confusión y no describen todos los casos. La expresión es, en general, fluida, aunque a veces por su forma se puede hacer ininteligible si aparecen afectados muchos fonemas.

“Los niños que padecen este trastorno aparecen con frecuencia distraídos desinteresados, tímidos o agresivos y con escaso rendimiento escolar”. ⁽¹⁰⁾

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

“La dislalia evolutiva no requiere tratamiento directo como tal, ya que forma parte del desarrollo normal del niño; pero hay que mantener con el niño un comportamiento adecuado que ayude a su desarrollo adecuado y así evitar futuros problemas, además de evitar una fijación de la forma defectuosa, que en ese momento es normal para él, de pronunciación.” ⁽¹¹⁾



b. Dislalia Funcional: Es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje, por una función anómala de los órganos periféricos que intervienen en el habla, sin que exista trastornos o modificaciones orgánicas en el sujeto, sino tan sólo una incapacidad funcional.

Según Jorge Perelló: ***“Se trata de la articulación producida por un mal funcionamiento de los órganos periféricos del habla, sin que haya lesión o malformación de los mismos. El niño que la padece no usa correctamente dichos órganos a la hora de articular un fonema a pesar de no existir ninguna causa de tipo orgánico. Es la más frecuente”.***⁽¹²⁾

c. Dislalia Audiógena: ***“Un elemento fundamental en la elaboración del lenguaje es la percepción auditiva, siendo necesario para conseguir una correcta articulación el poseer una correcta audición.”***⁽¹³⁾

Si el niño no oye nada, no hablará de forma espontánea, y el niño que oye de forma deficitaria, hablará incorrectamente.

Las dificultades en la articulación se dan por una audición defectuosa, La ***“hipoacusia, en mayor o menor grado impide la adquisición y el desarrollo del lenguaje, dificulta el aprendizaje de conocimientos escolares, trastorna la afectividad y altera el comportamiento social”.***⁽¹⁴⁾

El niño que presenta una dislalia audiógena tendrá especial dificultad para reconocer y reproducir sonidos que ofrezcan entre sí una semejanza, al faltarle la capacidad de diferenciación auditiva. Se presentan también, generalmente, problemas en la voz y del ritmo, lo que afectará al ritmo normal del habla.

Las alteraciones presentes en el habla del niño hipoacúsico, dependerán de la intensidad de la pérdida de oído que tenga y de la capacidad del niño para compensarla.

El déficit auditivo de la dislalia se detectará con exactitud con el examen audiométrico que nos indicará la intensidad de la pérdida. Según los resultados se verá si es necesaria la aplicación de una prótesis auditiva que permita la amplificación del sonido y que en la mayoría de los casos será útil al niño, tanto para el desarrollo del lenguaje como social.

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

Sintomatología de las Dislalias

- ✓ **Sustitución:** Se denomina sustitución al error de articulación en que un sonido correctamente emitido, es reemplazado por otro, dentro de la palabra, pero que no es el que procede. En unos casos, ante la imposibilidad que siente el niño para pronunciar una articulación concreta la sustituye por otra que le resulta más fácil y asequible. Así, con frecuencia, la /r/ es cambiada por /g/ o /d/, diciendo "cada" y "cago" en lugar de "cara" y "carro". La /k/ suele ser reemplazada por /t/, expresando "tama" por "cama". En otras ocasiones, la falta de control de la lengua le lleva a cambiar el punto de articulación o la forma de salida del aire fonador y así obtiene una articulación distinta de la que quiere imitar. Puede sustituir la /d/ por la /l/, al permitir una salida lateral del aire, diciendo "tolo" en lugar de "todo", o pronunciando la /s/ de forma interdental, emitiendo en su lugar /z/, y así dirá "caza" por "casa". También se puede dar el error de la sustitución por la dificultad en la discriminación auditiva y así cambiar un sonido por otro al no percibir la diferencia entre ambos.
- ✓ **Adición:** En ocasiones, entre un sonido que le resulta difícil de articular, el niño intercala junto a él otro fonema que no corresponde a esa palabra y, sin conseguir con ello salvar la dificultad, se convierte en un vicio de dicción. En lugar de "ratón" dirá "aratón", o en lugar de "plato" dirá "palato". Este tipo de error es el que suele presentarse con menos frecuencia.



- ✓ **Omisión:** Omisión: En las dislalias por omisión el usuario/a no articula los fonemas que no domina. La omisión se puede dar en cualquier posición de la palabra, por ejemplo: "pataló" por "pantalón", "fante" por "elefante", etc. En muchas ocasiones suele omitir la sílaba completa, que sostiene dicho fonema, por ejemplo "mecotón" por "melocotón".
- ✓ **Distorsión:** Con frecuencia los niños dislállicos emiten sonidos de forma incorrecta o deformada, pudiéndose dar esta distorsión de manera más o menos acusada. Esta alteración es debida a una imperfecta posición de los órganos de la articulación, a la falta de control de los movimientos que han de realizar o a la forma impropia de salida del aire fonador, produciendo lateralizaciones o nasalizaciones incorrectas.
Las distorsiones pueden ser personales, cada sujeto que presenta ese error manifiesta en ocasiones deformaciones muy particulares, que pueden llegar a ser chocantes o llamativas al oído de los demás, siendo en estos casos la forma que más afecta al sujeto que las padece, por la acogida que pueda tener en el entorno. La distorsión, junto a con la sustitución, son los dos errores que con mayor frecuencia aparecen en la sintomatología de la dislalia.

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.



Efectos Psicológicos de las Dislalias

El hogar es el factor más decisivo en el desarrollo emocional del niño. La conducta emotiva de los padres se refleja muy cerca en la de sus hijos. Este aspecto debe ser tenido en cuenta por los padres quienes deberán tratar de lograr una madurez emocional adecuada. Esta graduación de la conducta humana significa el grado hasta el que la persona ha desarrollado sus potencias y experiencias para realizar una vida plena.

La escuela ejerce también una poderosa influencia en el proceso emocional del niño. El maestro puede ayudar a sus alumnos a vencer sus miedos o inhibiciones y sus experiencias frustratorias, pero para ello es necesario un equilibrio emocional capaz de vencer todos los obstáculos que presenta la conducta de un niño resentido por conflictos emotivos. Mediante la labor escolar debe tratarse de moderar esos problemas, dando al niño oportunidad de surgir, de luchar, de vencer y de estar seguro de sí mismo. Los éxitos y los fracasos en la vida del niño, ya sea familiar o escolar, producen estados de placer y de pesar.

El niño que es mucho más sensible que el hombre está expuesto a choques emocionales que por su naturaleza resultan más intensos que en el adulto. No obstante pueden resultar más intensos a veces por la falta de comprensión y por su posición frente al mundo.

A continuación se describe y se analiza los estados que contribuyen en gran manera al desarrollo de los problemas del habla.

- **El miedo y la timidez:** El niño tiene una necesidad nata de protección por su natural debilidad; esta necesidad puede ser contrariada violentamente por las circunstancias, esta contrariedad puede venir de una persona y entonces surge la timidez. Estas emociones determinan en el niño un retroceso psíquico, un retraimiento peculiar porque él iba confiado y directamente hacia las cosas, pero ha sido defraudado y entonces se vuelve, se repliega en sí mismo, tiene miedo de las

personas, de las cosas y de sí mismo, comienza a silenciar sus apetencias, sus deseos y sus inquietudes; de esta manera evita el ataque desde fuera. Se convierte en un niño tímido que transita calladamente por la infancia. A veces el impacto de una madre y un padre muy severos, puede determinar esa actitud.

- **La sobreprotección:** Un niño sobreprotegido es definido como aquel que está excesivamente centrado en sí mismo, inmaduro, manipulador, poco considerado con los demás, de temperamento que llega al exceso de cólera y generalmente desagradable. Este comportamiento es el resultado de padres que fracasan a la hora de establecer límites para un comportamiento aceptable. Ante tantas presiones a las que los nuevos padres están sometidos prematuramente, tienden a sobreproteger al niño volviéndolo inseguro, con un habla ininteligible e infantil, a pesar de mantener en buena funcionalidad sus órganos orofonatorios.
- **Crisis de celos:** Los niños pequeños se resisten a menudo a la llegada del nuevo bebé, especialmente si son hijos únicos. Sin embargo, esta situación puede simplificarse y convertirse en algo natural si se prepara a los niños anticipadamente a la llegada del nuevo hermano. Durante los primeros tiempos de convivencia podrán observarse reacciones de protesta, o inclusive en algunos casos más extremos, se darán regresiones en su habla, en el aspecto conductual, tratarán de imitar las conductas del hermanito menor, pudiéndose decir que los trastornos más importantes del comportamiento pueden verse en niños de edades comprendidas entre los cinco y ocho años.
- **La agresividad:** La agresividad infantil es tan común, que se puede pensar que se trata de un fenómeno casi universal. Dentro de los problemas del lenguaje el niño se vuelve agresivo para encubrir sus errores articulatorios pues como no se dan a entender, compensan su frustración llegando a los golpes.

Tratamiento

El tratamiento estará dirigido a las funciones que inciden en la expresión del lenguaje, así como el tratamiento directo de la articulación y la integración del



lenguaje espontáneo, debiéndose iniciar la reeducación lo más pronto posible para evitar que los defectos de articulación se fijen.

Tratamiento Indirecto.- Se refiere a ejercicios dirigidos a mejorar las funciones que inciden en la expresión oral del lenguaje. Tiene por objeto conseguir la maduración de los órganos fonatorios. A continuación se describe una serie de ejercicios que se utilizan en el tratamiento indirecto:

a. Ejercicios Respiratorios. La ejecución de estos ejercicios se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- La posición del niño
- La forma de respirar. (costo-abdominal)
- La duración de cada ejercicio.
- El número de veces que se hará repetir el ejercicio.

b. Ejercicios de Relajación. La relajación posibilita el descubrimiento del cuerpo y sus funciones, haciendo disminuir a la vez, los estados de tensión muscular; además, facilita una situación básica para que el niño pueda mejorar su actitud fonatoria.

c. Ejercicios de Psicomotricidad. La educación psicomotriz posibilitará el control mental de toda la expresión motora, ya que se da un estrecho paralelismo entre desarrollo de las funciones motrices y el desarrollo de las funciones psíquicas.

d. Ejercicios de percepción y orientación espacial. El tiempo y el espacio son los dos aspectos que permiten la organización del esquema corporal. El conocimiento del cuerpo y la utilización del mismo, se lleva a cabo dentro de estos aspectos. Entre los ejercicios de percepción y orientación espacial se encuentran: nociones de arriba-abajo, adelante-detrás, horizontal-vertical, derecha-izquierda, corto-largo, dentro-fuera, cerca-lejos, tamaños, velocidad, junto-separado, encima-debajo, presente-antes-después; etc.



- e. Ejercicios de Ritmo.** El niño desarrolla la imagen de su cuerpo por medio del movimiento, de aquí la necesidad del ritmo que permita automatizar los movimientos, hasta llegar a la interiorización de los mismos.
- f. Ejercicios de percepción y discriminación auditiva.** Una buena percepción y discriminación auditiva es de gran importancia para lograr una correcta articulación del lenguaje. En algunos casos el niño dislábico no tiene ningún déficit en su audición pero presenta dificultad para reconocer los sonidos y diferenciarlos.
- g. Ejercicios buco-faciales.** Para facilitar una correcta articulación es necesario ejercitar y agilizar los órganos que intervienen en la misma, ya que una articulación imperfecta puede deberse a una falta de desarrollo y habilidad motriz general que afecta también a los órganos buco-faciales.

Ejercicios de lengua.

Ejercicios de labios.

Ejercicios de mandíbula

Ejercicios del velo del paladar.

Tratamiento directo.- Tiene como finalidad enseñar al niño dislábico una correcta articulación y su automatización, para ser integrado en su lenguaje espontáneo. Al igual que en el tratamiento indirecto se expone una serie de ejercicios que se puede seguir en cualquier tipo de dislalia.

Ejercicios de articulación.- Consiste en mostrar todas las posiciones y movimientos de los órganos que deben darse por cada fonema. Deben ser precisos para que puedan ser observados e imitados por el niño; si no se realizará con exactitud, el logopeda debe ayudarle a adquirir las posiciones deseadas. Se iniciará el tratamiento con los fonemas sordos, que por tener un mecanismo más simple, al no tener que utilizar las cuerdas vocales son más fáciles de ejecutar para seguir con las sonoras.

Antes de iniciar la re-educación es preciso conocer las características de cada fonema y su clasificación:

**Clasificación de los fonemas:**

1. Vocálicos: La articulación de las vocales consta de un movimiento de abertura seguido de otro de cierre, con un mínimo articulatorio entre uno y otro. En la articulación de las vocales el aire espirado no encuentra obstáculos a su paso.

Desde el punto de vista fonético, las vocales son los sonidos que presentan mayor abertura de los órganos articulatorios, el mayor número de vibraciones de las cuerdas en unidad de tiempo (frecuencia) y la mayor musicalidad de todo el material fonético.

Punto de articulación: Rasgo que reciben las vocales según se articulen en la parte anterior, media o posterior de la cavidad bucal. Según este rasgo, se distinguen las vocales anteriores /i/, /e/, las vocales posteriores /u/, /o/, y la vocal central o media /a/.

Las vocales anteriores se consideran des-labializadas y las posteriores labializadas porque vienen acompañadas de abocinamientos.

Modo de articulación: permite distinguir una vocal abierta /a/, las vocales de abertura media /e/, /o/ y las vocales cerradas /y/, /u/.

Combinándose ambos rasgos se obtiene, en español, un subsistema vocálico triangular.

	Localización			
	Abertura	Anterior (palatal)	Central	Posterior (velar)
Cerrada	i			u
Media		e		o
Abierta			a	



Otros rasgos no son pertinentes en el sistema vocálico español, ya que todas las vocales son *sonoras* y *orales*. No obstante, las vocales /i/y/e/ se consideran agudas; la /a/ neutra y la /u/ y la /o/ graves.

2. Consonánticos: Las consonantes son ruidos formados por el choque de la corriente espiratoria en su canal de salida, en puntos diferentes, más o menos estrechos que se llaman zonas de articulación.

Se distinguen: consonantes verdaderas y semivocales o consonantes líquidas, el mecanismo de articulación es en esta, en parte vocal y en parte consonante, porque se agregan frecuencias sonoras periódicas propias de las vocales.

Según el punto de articulación: Es el lugar de la cavidad bucal donde un órgano articulatorio activo se aproxima a otro. Estos son:

- **Bilabiales (m, p, b, v):** entran en contacto los dos labios.
- **Labiodental (f):** entra en contacto el labio inferior con los dientes superiores.
- **Linguodentales o dentales (t-d):** la lengua toca con los dientes superiores.
- **Linguointerdental o interdental (z):** la punta de la lengua se sitúa entre los incisivos superiores e inferiores.
- **Linguoalveolares o alveolares (l, n, s, r, rr):** la punta de la lengua toca los alveolos.
- **Linguopalatales o palatales (ch, ñ, ll, y):** la lengua se adhiere a la parte media y anterior del paladar duro, dejando en el medio un pequeño canal por donde pasa el aire.
- **Linguovelares o velares (k, j, g):** Cuando se acerca el postdorso de la lengua al paladar blando o velo del paladar.

Oclusivas, explosivas o instantáneas (p, t, k, b, g, d): cuando hay un cierre completo de los órganos de articulación. El aire espirado empuja al obstáculo que cierra su salida y le hace saltar.

- **Fricativas o continuas (s, z, f, j, y):** si el sonido se forma por un estrechamiento de los órganos articulatorios, sin que lleguen a juntarse. Este estrechamiento produce un ruido de fricción o rozamiento característico.
- **Africadas u oclusivo-fricativas (ch):** se forman por la combinación entre oclusivas y fricativas, con las características comunes de ambas, dándose un cierre completo de los órganos articulatorios, seguido de una pequeña abertura, por donde se desliza el aire contenido, dando ambos movimientos en el mismo punto articulatorio.
- **Nasales (m, n, ñ):** la salida del aire se efectúa por las fosas nasales.
- **Laterales (l, ll):** la corriente fonatoria se escapa, por uno solo o por los dos lados de la lengua, ocupando la línea media del canal bucal en contacto con el paladar.
- **Vibrantes (r, rr):** producidas por interrupciones intermitentes del aire sonoro, por una serie de vibraciones de la punta de la lengua.

Por la acción de las cuerdas: Si en la emisión del aire, las cuerdas vocales se aproximan y comienzan a vibrar o por el contrario, se acercan pero no vibran, clasifican en:

- **Sonido articulado sonoro:** sonido producido cuando las cuerdas vocales se aproximan y comienzan a vibrar.
- **Sonido articulado sordo:** sonido producido cuando las cuerdas vocales se acercan pero no vibran.

Por la acción del velo del paladar: según la posición del velo del paladar, los fonemas pueden ser orales o nasales.



Fonemas orales: se producen cuando el velo del paladar se encuentra adherido a la pared faríngea y el aire sale completamente a través de la cavidad bucal.

Fonemas nasales: se originan cuando el velo del paladar está separado de la pared faríngea, saliendo el aire solamente a través de la cavidad nasal. Los fonemas nasales en español son: /m/,/n/ y /ñ/. Los demás fonemas del español son orales.

Modo de articulación	Punto de articulación													
	Bilabial		Labiodental		Dental		Interdental		Alveolar		Palatal		Velar	
	Sorda	Sonora	Sorda	Sonora	Sorda	Sonora	Sorda	Sonora	Sorda	Sonora	Sorda	Sonora	Sorda	Sonora
Oclusiva	p	b			t	d							k	g
Fricativa			f				z		s			y	j	
Africada											ch			
Nasal		m								n		ñ		
Lateral										l		ll		
Vibrante simple										r				
Vibrante múltiple										rr				

Tratamiento directo de las dislalias en vocales:

Fonema /a/

Características: vocal media, abierta.

Mecanismo-tipo:

Labios: separados, siguen el movimiento de los maxilares.

Dientes: separados, con la boca muy abierta.

Lengua: extendida en el piso de la boca. La punta detrás de los incisivos inferiores, pero más baja que su borde libre. Los bordes de la lengua tocan los maxilares inferiores. El dorso un poco más elevado en la parte media.

Velo: levantado, glotis sonora, resonancia en la caja torácica.



Fonema /o/

Características: vocal posterior, semiabierta, redondeada.

Mecanismo-tipo:

Labios: el músculo orbicular se contrae; los labios se aproximan un poco avanzan dejando una abertura ovalada. Los maxilares están un poco más juntos que para la /a/.

Lengua: recogida hacia el fondo de la boca. Su punta toca la protuberancia de los incisivos inferiores. El dorso elevado hacia el paladar.

Velo: elevación máxima, glotis sonora.

Fonema /u/

Características: vocal posterior, cerrada, redondeada.

Mecanismo-tipo:

Labios: más juntos que para la /o/. Abertura ovalada, bastante pequeña. Avanzan, separándose de la cara anterior de los dientes, que no se ven.

Lengua: detrás de los incisivos inferiores, pero separada de ellos, se retira hacia el fondo de la boca, estrechando más el canal de paso. No es visible.

Velo: levantado, glotis sonora.

Fonema /e/

Características: vocal anterior, media cerrada.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos, permiten ver los dientes y la lengua. Las comisuras están separadas.

Dientes: separados, en distinto plano vertical, los inferiores un poco más adelantados.

Lengua: la punta se coloca detrás de los incisivos inferiores y se apoya en la cara interna de estos. Los bordes se elevan y tocan el paladar. Entre el paladar y la lengua queda un canal amplio. La lengua desciende en su base.

Velo: levantado, glotis sonora.



Fonema /i/

Características: vocal anterior, cerrada.

Mecanismo-tipo:

Labios: abertura alargada y comisuras un poco retiradas hacia atrás.

Dientes: muy próximos, sin tocarse. Situados en distinto plano vertical.

Lengua: apoyada con fuerza en la cara posterior de los incisivos inferiores y fuertemente arqueada, hasta tocar con su dorso el paladar óseo en ambos lados, dejando en el centro un canal relativamente estrecho. Se producen vibraciones muy fuertes, sensibles al tacto en el mentón y regiones temporales.

Velo: levantado, glotis sonora.

Tratamiento directo de las dislalias en consonantes:

- o **Articulaciones oclusivas:**

Fonema /p/

Características: bilabial, oclusivo, sordo, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: juntos y un poco fruncidos. Se separan ligeramente en su centro en el momento de la oclusión.

Dientes: algo separados, pero no visibles.

Lengua: ningún movimiento, la punta detrás de los incisivos inferiores.

Velo: levantado, el aire sale totalmente por la boca, glotis muda. No hay ninguna vibración faríngea.

Fonema /b/

Características: bilabial, oclusivo (fricativo), sonoro, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: algo contraídos y ligeramente separados en la región central. El aire espirado sonoro provoca en los labios un ligero temblor.

Dientes: algo separados, pero no visibles.

Lengua: la punta detrás de los incisivos inferiores y el resto en el suelo de la boca, ligeramente encorvada.



Velo: levantado, glotis sonora.

Fonema /c/ (a, o, u) /k/ (e, i) /q/ (ue, ui)

Características: velar, oclusiva (explosiva), sorda, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: separados, permiten ver los dientes y la lengua.

Dientes: se separan algo más de un centímetro.

Lengua: detrás de los incisivos inferiores tocando la encía, retirada de los dientes y por debajo de su nivel, la parte posterior se levanta y se apoya con fuerza en el velo del paladar, cerrando por oclusión el paso del aire..

Velo: levantado, sale todo el aire por la boca. La glotis no entra en acción.

o **Articulaciones fricativas**

Fonema /d/

Características: interdental, fricativo, sonoro, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos, permitiendo ver los dientes y la punta de la lengua.

Dientes: algo más separados que para el fonema /t/.

Lengua: se coloca entre las arcadas dentales, ejerciendo presión sobre la parte superior, fonema visible.

Velo: levantado, glotis sonora.

Fonema /f/

Características: labiodental, fricativo, sordo, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: el superior se levanta y deja ver los incisivos superiores, el inferior se repliega bajo los dientes superiores y toca con la parte inferior de su borde, el filo de los incisivos.

Dientes: incisivos inferiores ocultos por su labio, el aire sale entre el borde de los superiores y los inferiores, por el centro.



Lengua: la punta detrás de los incisivos inferiores y levantada en sus bordes y base, haciendo un surco central.

Velo: elevado, glotis muda.

Fonema /s/

Características: fricativo, dental, sordo, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos, con las comisuras hacia atrás permitiendo ver los dientes.

Dientes: levemente separados y el maxilar inferior “avanza” un poco.

Lengua: arqueada, con la punta apoyada detrás de los incisivos inferiores.

Velo: levantado, glotis muda; el aire roza con fuerza el borde de los incisivos.

Fonema /g/

Características: velar, fricativo, sonoro, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: medianamente separados, dejan ver la lengua y los dientes.

Dientes: separación de más de un centímetro.

Lengua: punta detrás de los incisivos inferiores, apoyada en los alveolos.

Velo: levantado, glotis sonora.

Fonema /j/

Características: velar, fricativa, sorda, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos, permiten ver los dientes y la lengua.

Dientes: incisivos separados, poco más de medio centímetro.

Lengua: la punta detrás de los incisivos inferiores, pero alejada de ellos y más baja que el nivel de sus bordes libres. La lengua se arquea y sus bordes tocan los tres últimos molares de la arcada superior. El post-dorso toca parte del velo del paladar.

Velo: levantado, glotis muda.



Fonema /y/

Características: palatal, fricativo, sonoro, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos, permiten ver los incisivos, separándose algo de la cara anterior de estos.

Dientes: pequeña separación entre las arcadas dentales. Los incisivos inferiores detrás o en el mismo plano vertical que los superiores.

Lengua: la punta detrás de los incisivos inferiores apoyándose contra su cara interna.

Velo: levantado, glotis sonora.

o **Articulaciones africadas u oclusivo fricativas**

Fonema /ch/

Características: palatal, africada, sorda, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: avanzan separándose entre sí y de la cara anterior de los dientes, permiten ver los incisivos superiores e inferiores.

Dientes: en un mismo plano vertical, con separación de uno a dos milímetros, entre ambas arcadas dentarias.

Lengua: la parte anterior, convexa, se apoya en el paladar y las protuberancias alveolares de los incisivos, los bordes sobre los molares.

Velo: levantado, glotis muda.

o **Articulaciones nasales**

Fonema /m/

Características: bilabial, fricativa, sonora, nasal.

Mecanismo-tipo:

Labios: unidos sin contracción.

Dientes: casi juntos. Los incisivos inferiores, detrás de los superiores.

Lengua: la punta casi detrás de los incisivos inferiores, el resto extendida en el piso de la boca.



Velo: descendido, deja paso al aire sonoro por la nariz, glotis sonora, resonancia nasal.

Fonema /n/

Características: alveolar, oclusiva, sonora, nasal.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos (con la lengua levantada hacia el paladar).

Dientes: algo separados y en distinto plano vertical.

Lengua: la punta levantada y apoyada en los incisivos superiores, los bordes tocan los molares impidiendo la salida lateral del aire por la boca, el dorso toca una pequeña parte del paladar.

Velo: descendido, sale el aire por la nariz, glotis sonora.

Fonema /ɲ/

Características: palatal, sonora, nasal.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos, dejan ver los incisivos superiores e inferiores.

Dientes: separados los incisivos inferiores detrás de los superiores.

Lengua: el dorso aplicado ampliamente al paladar óseo, desde los incisivos hasta los molares, los bordes tocan la arcada dental superior, la punta de la lengua detrás de los incisivos, contraída con violencia.

Velo: descendida, glotis sonora.

o **Articulaciones laterales**

Fonema /l/

Características: palatal, lateral, sonoro, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: separados (permiten ver los dientes).

Dientes: arcadas dentales ligeramente separadas.

Lengua: se apoya la punta en los alveolos de los incisivos superiores.

Velo: levantado, glotis sonora.

Fonema /l/

Características: palatal, lateral, sonoro, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos, permitiendo ver los dientes.

Dientes: arcadas entreabiertas ligeramente separadas.

Lengua: punta detrás de los incisivos superiores, el dorso ampliamente aplicado contra el paladar, mejillas en vibración.

Velo: levantado, glotis sonora.

o **Articulaciones vibrantes**

Fonema /r/ (simple)

Características: interdental, fricativo, sonoro, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: entreabiertos, diez a veinte milímetros y sin contracción, se ven todos los incisivos.

Dientes: los incisivos inferiores situados cinco milímetros por detrás de los superiores, dejan ver la cara inferior de la lengua.

Lengua: la punta apoyada suavemente en la protuberancia alveolar de los incisivos superiores, los bordes tocan la cara interna de los molares, impidiendo la salida lateral del aire.

Velo: levantado, glotis sonora; para pronunciar el fonema la punta de la lengua se separa de la protuberancia, saliendo el aire en forma de pequeña explosión.

Fonema /rr/ (múltiple)

Características: alveolar vibrante-múltiple, sonora, bucal.

Mecanismo-tipo:

Labios: como en la “r” simple.

Dientes: igual que en la “r” simple.

Lengua: como en la “r” simple, pero la punta apoyada con fuerza en la protuberancia alveolar de los incisivos superiores.



Velo: levantado, glotis sonora. El aire se acumula en la cavidad formada entre el paladar y dorso de la lengua, su punta, apoyada fuertemente sobre la protuberancia alveolar, es vencida por la fuerza del aire.

Tratamiento en Sinfones o Dífonos.

Se denominan sinfones a aquellos grupos fónicos en los que aparecen dos consonantes seguidas de una vocal.

Para su corrección se puede clasificar todas estas combinaciones en dos grupos:

- Aquellos sinfones en cuya articulación intervienen órganos articulatorios diferentes, como puede ser /bl/, ya que el fonema /b/ será dado por la separación de los labios y el /l/ por la posición que toma la lengua. A este grupo pertenecen los sinfones: /pr/, /br/, /fr/, /pl/, /bl/ y /fl/. En el tratamiento para este tipo de sinfones, el fonoaudiólogo/a se sentará junto al niño frente al espejo y le hará articular el fonema /l/, sin mover la lengua de su posición, llevar los labios a la posición del fonema que se está rehabilitando. De esta manera se conseguirá fácilmente los sinfones propuestos.
- El segundo grupo lo constituyen aquellos en los que interviene el mismo órgano: la lengua, la cual entra en actividad, variando solo su posición por uno u otro fonema, presentando una dificultad mayor que los anteriores. Además de utilizar el procedimiento anterior, que en algunos casos puede dar buenos resultados; en la práctica resulta muy positivo el introducir una vocal auxiliar que irá desapareciendo poco a poco.

Prevención de las dislalias.

Es indudable que la capacidad de expresarse de un modo claro y comprensible es un requisito imprescindible en nuestra sociedad. Cuando en la familia existe un ambiente estimulante y educativo del lenguaje que favorece el desarrollo



lingüístico del niño estamos contribuyendo a proporcionarle un instrumento que le facilitara la adaptación social y su desarrollo personal.

- Es fundamental dar buenos modelos de pronunciación y no festejar los errores cometidos.
- Frente a una palabra mal pronunciada debe darse la articulación correcta o frente a una frase mal construida. Dar la construcción correcta y no reír ante estas incorrecciones.
- Utilizar un lenguaje claro y adulto, evitando los diminutivos y el lenguaje infantilizado.
- Respetar el ritmo personal del niño cuando se expresa. No interrumpirle.
- Fomentar seguridad. El niño necesita un equilibrio emocional para adaptar su conducta al medio en el que se desarrolla.
- No anticipar su respuesta, aunque demore en darla.
- Asegurarse de que el niño no tenga una pérdida auditiva y/o malformaciones en los órganos del habla.
- La ejercitación motriz de los órganos que intervienen en el habla mejorará la coordinación y precisión de los movimientos que son indispensables en la emisión del lenguaje y será capaz de prevenir futuras dislalias.
- Estimular lúdicamente la percepción y discriminación auditiva, ya que es fundamental en el aprendizaje de la palabra desde edades muy tempranas.
- Ofrecer a los niños experiencias frecuentes y variadas dentro y fuera de casa.

DISFEMIA

“El término 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 de manera involuntaria y con una frecuencia inusual. Además se puede observar



signos de esfuerzo o movimientos de alguna parte del cuerpo, asociadas a dificultades del habla.”⁽¹⁵⁾

Normalmente se acompaña de otros tipos de dislalia. El problema se puede presentar en la emisión de cualquier fonema, pero es más frecuente que aparezcan en los fonemas "explosivo" inicial (/b/, /p/, etc.).

Puede variar en función de las circunstancias que rodean al niño mientras está hablando, en situaciones que sean demandantes o exigentes para él pueden aumentar sus dificultades, mientras que transmitan 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 para que puedan controlar su problema.

Es un trastorno de aparición infantil en la mayor parte de los casos. Suele iniciarse en el curso de la instauración del lenguaje (3 a 5 años), a la misma que se le conoce como disfluencia, se considera una etapa normal para el desarrollo del lenguaje.

La mayor parte de los casos son transitorios, se cree que hasta un 80% de niños superan esta etapa si las condiciones medio ambientales donde se desarrolla el niño son favorables como: hogares funcionales que brindan un ambiente de seguridad, padres que no llamen la atención de su forma de expresarse y no expresen sobreprotección, mimos, exceso de permisibilidad y maltrato.

El 20% restante está en el riesgo de continuar presentando este trastorno en la fluidez más allá de los 5 años, incluso el resto de su vida. Alrededor de un 5% de niños presentan algún tipo de tartamudeo, debido a la existencia de presión, burlas, maltratos, así como también mimos, sobreprotección; estos y otros factores hacen que se concientice el problema pero solamente el 1% de adultos siguen con este trastorno.



Frecuencia

“El tartamudeo prevalece aproximadamente en el 1% de la población escolar en sociedades occidentales. La prevalencia es mayor en la edad escolar, siendo el riesgo más alto entre los 2 años y medio y los 4 años. Algunas investigaciones en la población escolar indican entre un 3 y 4,5%.” (16)

En la tartamudez las cifras oscilan entre el 0.5 y el 3 por mil de la población general. Según Van Riper se la encuentra en todos los pueblos, razas y continentes. Incide más en los hombres que en las mujeres (entre un 75 y 80% más); esto debe verse en un sentido evolutivo, ya que hasta los cinco años la proporción es solo de 2 o 3 niños por niña.

Edad

Parece ser que el mayor porcentaje de casos se desarrollan antes de los 7-8 años, según Seeman en el 60% de los casos la disfemia se desarrolla entre los 3 y 5 años. En edades mayores los síntomas son más disimulados, menos marcados o bien desaparecen completamente.

En la etapa preescolar de 3 a 5 años el niño organiza y estructura un lenguaje interior y lo expresa tratando de realizarlo de una manera correcta, y es aquí donde aparecen las llamadas disfluencias que pueden ser repeticiones de sílabas o palabras, hablar despacio, silabeando o prolongando las vocales, esta tartamudez se la considera fisiológica y generalmente desaparece sola, ya que se considera una etapa normal en el desarrollo del lenguaje; pero una señal de alarma va a ser la presencia de señales de esfuerzo, gestos, movimientos de esfuerzo.

El niño puede hablar fluido si se dirige a otros niños pequeños, a mascotas o a personas determinadas; además de sus padres la reacción del medio y del ambiente escolar va a ser fundamental para la evolución del problema.

Ante las dificultades normales de los niños hay que responder de manera paciente, no corregir al niño, esperar a que termine, evitar esfuerzo y que el



niño se dé cuenta que está hablando de una manera inadecuada. No mostrar signos de desaprobación ni de preocupación y mucho menos no hay que exigirle rapidez ya que podría contribuir a fijar el síntoma.

Alrededor de los 5 años, el niño experimenta nuevas vivencias que pueden generarle tensión y ansiedad que podrían canalizarse en su expresión lingüística. En la adolescencia o período de la pubertad, ciertos cambios biológicos podrían estar acompañados de ansiedades que en algunos casos genera dificultades al hablar. En cualquier momento de la adultez; el estrés que se vive en la vida cotidiana o una experiencia desagradable que provoque un golpe psicológico, son factores predisponentes para la aparición de este trastorno.

Sexo

Un dato sobre el que hay acuerdo es que afecta más al sexo masculino que al femenino. Tromner y Colombad atribuyen a que el desarrollo de lenguaje es mejor en las niñas y también empiezan a hablar más pronto que los niños. Karlin, en 1947, dice que el retardo en la mielinización en los centros de la palabra en los niños con respecto a las niñas es la causa fundamental de la mayor presentación de la tartamudez en ellos.

Etiología

La etiología de la tartamudez es aún desconocida. 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.

a. Factores Genéticos:

Estudios descartan que el problema sea hereditario, pero existe una predisposición a adquirir la tartamudez, la cual se transmite genéticamente.

Hay más riesgo de que sus familiares sufran tartamudez si la persona tartamuda es mujer.

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 existir disfemia si la persona tartamuda es mujer.

No existe relación entre la gravedad del tartamudeo y el número de familiares que tartamudean.

Las mujeres tienden a recuperarse espontáneamente más que los hombres (66% de mujeres, 46% hombres).

b) Factores Fisiológicos:

Se observa una mayor lentitud en los tiempos de reacción, dificultades respiratorias y articulatorias.

El tartamudeo se aumenta cuando está ansioso o excitado.

Lentitud en los tiempos de reacción.

Dificultades respiratorias y articulatorias.

Diferencias en registros electroencefalográficos.

Diferencias en la actividad del oído medio y en el procesamiento auditivo.

No aparecen anomalías estructurales del cerebro.

No se han evidenciado lesiones cerebrales ni signos de enfermedad degenerativa.

Por un temperamento sensible e inhibido, el niño puede reaccionar con signos de estrés y tensión muscular ante situaciones o personas nuevas.

c) Factores Psicosociales:

Las situaciones de estrés o conflictivas que viva el niño.

Un alto nivel de exigencia y actitud negativa de los padres o del interlocutor hacia el habla del niño.

La atención prestada a los errores presentados puede generar temor y ansiedad.

El proceso de aprendizaje de las habilidades comunicativas se puede alterar.

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.

d) Factores Lingüísticos:

Los estudios indican que los niños con tartamudez presentan más dificultades en el área de lenguaje (retraso del desarrollo del lenguaje).

Etapa de amplio desarrollo lingüístico y cognitivo entre los dos y los cinco años. En medidas de lenguaje (Test de lenguaje, longitud media de emisión, etc.) las puntuaciones son más bajas en niños tartamudos que en niños no tartamudos.

e) Factores Ambientales:

El trastorno se puede mantener con las reacciones del propio niño frente a sus dificultades para hablar, por otro lado la actitud de los padres ante las disfluencias es interrumpiendo su expresión lo cual hace hablar más deprisa creando un sentimiento de inseguridad; posteriormente los compañeros van a cumplir un factor importante para que el problema se mantenga mediante las burlas, correcciones.

Reacciones del niño frente a sus dificultades para hablar como: esfuerzo, aumentar la tensión e intentar hablar más de prisa o evitación de la misma.

El niño va generando ansiedad y sentimientos negativos hacia la comunicación.

Las actitudes de los padres ante las disfluencias del niño es interrumpiendo su expresión lo cual hace hablar más de prisa creando un sentimiento de inseguridad.

Clasificación**Tradicional:**

Está centrada en los síntomas logopáticos se diferencia entre Disfemia tónica (espástica, abierta), clónica (cerrada) y mixta.

Disfemia Tónica: llamada también disfemia espástica o abierta produce una inmovilización muscular fonatoria que impide en absoluto la palabra y cuando este cede, produce una explosión que la palabra sale rápida y desbordante. Son los bloqueos o espasmos, aunque estos términos también se usan como sinónimos de disfluencia.



Disfemia Clónica: se produce por repeticiones convulsivas de sílabas o palabras sin contracciones musculares anormales de los órganos fonatorios. Se da en las consonantes más que las vocales y en fonemas iniciales oclusivos más que los restantes.

Disfemia Mixta: Se llama tónico-clónicas y clónico-tónicas tiene peor pronóstico las que tienen más componente tónico.

Según la edad:

Disfemia fisiológica: Entre los 2 y los 4 años de vida hay una disfemia fisiológica, mientras se asegura la estructuración del lenguaje, desaparece al lograrlo.

Disfemia del preescolar: Es la que se inicia antes de que el niño ingrese a la escuela, se presenta entre los 4 a 6 años.

Disfemia del escolar: Desde el inicio de las labores académicas hasta la adolescencia (15 años).

Disfemia del adulto: Entre 15 y 25 años, debe estar presidida de una situación de traumatismo serio, bien sea orgánico o psicológico, el paciente como respuesta a él entra en fase de mutismo, luego al reaparecer el lenguaje oral se observan los fenómenos disfémicos.

Fases

Fase inicial: El niño no se muestra preocupado por sus dificultades, los errores son repeticiones de sílabas o palabras sin movimientos asociados, las dificultades se relacionan con el desarrollo del lenguaje normal del niño, ya que está aprendiendo a controlar su habla a nivel motor e integrando las reglas del uso social del lenguaje, se presenta entre los 2 a 6 años. En esta fase hay un alto porcentaje de recuperación espontánea.

Tartamudez límite: dentro de una misma franja de edad aparece una tartamudez límite con mayor número de errores y surgen nuevas dificultades, el niño empieza a repetir palabras, aunque todavía no existen indicadores de tensión.

Tartamudez inicial: suele manifestarse en las primeras etapas de la escolarización, ya existe indicadores de tensión en la cara e incluso en las demás



partes del cuerpo se hace evidentes con esfuerzo asociados al habla; el habla es rápida y con esfuerzo.

Tartamudez intermedia: suele ser más común al final de la infancia y en la primera adolescencia. Las dificultades del habla se agravan con bloqueos y repeticiones muy frecuentes con una dificultad clara para hablar está acompañada de movimientos asociados de cara, cuerpo y empieza la sustitución de palabras. Existe sentimientos de miedo y vergüenza evita situaciones de comunicación.

Tartamudez avanzada: cuando el niño disfluyente ya es adolescente, el tiempo ha cronificado el problema y muestra un habla con bloqueos, tienen mayor duración, evitan ciertas situaciones, palabras y sonidos existe reacciones emocionales y sentimientos de vergüenza. Afecta en sus relaciones sociales y tienen un bajo autoestima.

Sintomatología

Según BOREL los síntomas de la disfemia clasifica en:

Trastornos de realización: dificultad de articular.

Trastornos de la función apetitiva: evita el hablar.

Trastornos de la función ordenadora: puede articular palabras pero no frases largas.

Según GARDE la sintomatología hace referencia a que si se oye hablar a un disfémico se observa:

Una organización defectuosa de la frase.

Un debito muy rápido al principio (a veces no).

Faltas de unión y concordancia del tiempo.

Frases hechas, estereotipadas, que sirven para tapar huecos.

Movimientos del ala nasal.

Pliegues en la frente.

Parpadeo.

Movimientos espasmódicos en todo el cuerpo.



Síntomas Logopáticos

- **Trastornos respiratorios:**

Existe una alteración en el tipo y tiempo de respiración incoordinación entre la actividad de los músculos inspiradores y espiradores.

Las inspiraciones pueden ser frecuentes, superficiales, ruidosas y de tipo clavicular.

Paros tónicos y movimientos clónicos.

La duración de la fonación es de pocos segundos.

La obstrucción nasal es muy frecuente.

- **Fonación:**

Durante la tartamudez la laringe esta agitada por movimientos o sacudidas o por el contrario queda fijada en posición extrema, estos movimientos se caracterizan por una tensión laríngea prefonética con fonación tónica o clónica, emisión ruidosa o cantante de las sílabas o palabras.

Es frecuente la explosión dura de la voz.

Golpe de Glotis.

Modulación exagerada de la altura de la voz.

Alteración del ritmo de las aberturas glóticas aisladas.

- **Articulación:**

Los signos y síntomas articulatorios son los más típicos de la enfermedad, son muy variados en cuanto a su forma de presentación, estas dificultades de articulación irradian a los músculos mímicos, del cuello y aun de los miembros superiores.

Se puede observar: La articulación de las consonantes explosivas (p, b, f, d, k) se pronuncia con una fuerza exagerada y con un exceso de presión labial, lingual o velar, falta de ritmo, el clonus y accidentes tónicos, las palabras largas tienen más dificultad que las cortas.



Existe taquilalia y las interjecciones (sonidos sin significados), cambia las palabras por sinónimos que no tengan el fonema difícil, evita ciertos fonemas se originan paragramatismos.

- **Lenguaje:**

El lenguaje en ocasiones está alterado, en otras son muy discretas y pueden pasar desapercibidas en muchos de los disfémicos generalmente empezaron a hablar muy tarde (retraso del desarrollo del lenguaje).

- **Lectura:**

La lectura es mucho mejor se puede disminuir los accesos de la tartamudez, en este caso el enfermo se ve obligado a pronunciar ciertas palabras que en la conversación evitaría.

NADOLECZNY dice que los disfémicos hablan bastante bien, pero en cambio no pueden leer en voz alta con auditorio, pero lo hace bien si lee con alguien más.

- **Canto:**

La voz cantada no está afectada o solo en muy pocos casos.

Síntomas Psíquicos:

- **Lalofobia:** miedo a hablar:

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

- **Personalidad:**

Algunos evitan las situaciones que requieren hablar en su vida social o trabajo.

Trastornos de carácter, agresividad, irritabilidad, simulación, etc.

Trastornos de la memoria y atención.

Zurdería contrariada.

Conflictos afectivos.

Sentimiento de inferioridad.

El disfémico es: poco sociable, introspectivo, sin voluntad, negativista, deprimido, nervioso, tenso, aprensivo, sueña realizar grandes cosas, si no fuese por el habla.

- **Inteligencia:**

La mayoría son más inteligentes que el promedio de la población.

La capacidad de concentración es mayor en el disfémico.

- **Sueño:**

Los disfémicos cuando hablan en sueños nunca presentan tartamudez.

Síntomas asociados:

Los movimientos asociados son muy frecuentes y hacen aún más ridículo al disfémico.

GUTZMANN, los clasifica en primitivos y secundarios:

- **Primitivos:** todos los movimientos que son producidos por irradiación de impulsos voluntarios a los músculos vecinos del órgano de la palabra, es decir en la cara, el cuello y nuca.

- **Secundarios:** los que el enfermo emplea voluntariamente para facilitar la palabra y vencer el obstáculo de un solo golpe, luego se vuelven necesarios para hablar.



En los niños disfémicos es habitual encontrar movimientos bruscos de miembros y agitación motriz durante el sueño, terror nocturno y aún se han descrito casos de sonambulismo.

Síntomas Orgánicos

- **Sentido rítmico:**

Incapacidad de imitar un ritmo golpeado.

No tiene sentido del ritmo, ni el sentido de la acentuación tónica de las palabras.

Poca habilidad y facilidad que tiene para bailar.

- **Pupilometría:**

Se produce una dilatación pupilar (midriasis).

- **Enuresis:**

Es frecuente en los disfémicos.

- **Síntomas neurovegetativos:**

Enrojecimiento de la cara.

Sudor de frente y manos.

Cutis amoratado.

Palpitaciones o sensaciones de opresión en el pecho.

- **Electroencefalografía:**

Alteraciones del tipo de epilepsia en niños.

En mayores encuentran alteraciones de tipo neurasténico.



- **Nistagmus y sensibilidad:**

Se encuentran alteraciones de nistagmus en un 47% de los disfémicos.

La sensibilidad puede estar alterada.

Conductas asociadas:

- Fuerza al hablar.
- Ansiedad.
- Conductas de evitación.
- Pensamientos negativos.
- Sentimientos negativos.
- Relaciones sociales alteradas.

Existen señales de alarma que van a ayudarnos a diferenciar la disfluencia normal de un problema de tartamudez, estas son:

a) *Fluidez:*

Repetición de sonidos.

El número de repeticiones es elevado, más de tres veces.

Los elementos repetidos son cortos.

Repetición de partes de palabras con ritmo irregular o tensión.

b) *Fisiológicas:*

Signos de tensión general (tensión muscular).

Tensión facial.

Interrupción de la salida del aire junto a las repeticiones.

Bloqueos (interrupción de la salida del aire al hablar).

c) *Emocionales:*

Se observan síntomas de evitación del habla en el niño.

Ansiedad, síntomas somáticos.

Preocupación.



d) *Padres:*

Los padres muestran síntomas de preocupación y ansiedad por las dificultades del niño.

Alto nivel de exigencia.

e) *Ambientales:*

La existencia de conflictos familiares.

Cambios en las rutinas.

Presión de tiempo.

Exigencias hacia la comunicación del niño.

Evaluación

El objetivo de la evaluación es determinar las características del problema para poder establecer objetivos de tratamiento, estimando la gravedad del trastorno y pronóstico del caso.

La valoración se realiza en función de:

- ❖ Las características de las alteraciones del habla.
- ❖ Conductas asociadas al disfémico.
- ❖ Tiempo que el problema está presente.
- ❖ Habilidad y colaboración de los padres durante el tratamiento.

La evaluación también incluye los siguientes signos, que puede agruparse en 4 categorías:

Conducta Verbal: (consiente/inconsciente) (voluntario/involuntario).

Bloqueo tónico.

Repetición tónica.

Taquilalia.

Pausas o prolongaciones.

Economía de la expresión.



Conducta Motora:

- Espasmo.
- Tensión Muscular.
- Tics.
- Alteración fonorespiratoria.
- Ausencia de gestualidad.

Fenómenos Lingüísticos:

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

Fenómenos Emocionales:

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

Diagnóstico

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

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



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

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

Tratamiento

No existe una técnica terapéutica capaz de eliminar la disfemia por si sola. Para esta enfermedad, debido a que no hay una causa establecida para la presencia de la misma, hay que curar al enfermo y no a la enfermedad y se debe emplear aquellos procedimientos que crea más adecuados para cada caso en particular.

Los indicadores de un mejor pronóstico son:

- La menor gravedad de la disfemia.
- La mayor colaboración del paciente.
- La menor importancia de factores emocionales asociados a la tartamudez.
- La edad del paciente (será mejor de un niño pequeño).

Los resultados del tratamiento dependen en gran parte de la continuidad y esfuerzo empleados para llegar a conseguir el objetivo propuesto. En cuanto a la duración del tratamiento parece más eficaz cuando no es inferior a seis meses; pero tampoco excesivamente prolongado no garantiza una mayor eficacia.

Objetivo del tratamiento

No debe pretenderse eliminar totalmente el tartamudeo, el punto de vista terapéutico más razonable al tratar la disfemia es el buscar eliminar al máximo la sintomatología asociada al tartamudeo.



El tratamiento debe incluir:

- Reducir el tartamudeo mediante de técnicas auxiliares.
- Desacondicionar el habla de los factores externos que provocan el tartamudeo.
- Modificar las actitudes y conducta verbal-social del disfémico.
- Mantener y extender el habla fluida en situaciones comprometidas.

Terapéutica logopédica

El fin de esta terapéutica es dar al enfermo un lenguaje exteriormente correcto. Por ello debemos ejercitar el aparato de la fonación para que el sujeto aprenda a hacerlo espontáneamente.

VAN RIPER afirma que debemos limitarnos a hacer una terapéutica sintomática; no es posible curar la disfemia. Por lo tanto los tratamientos sirven para /ganar tiempo/ y son "paliativos". El logopeda debe dirigir sus esfuerzos a curar al disfémico tanto o más que a la propia tartamudez.

Técnicas Auxiliares y Procedimientos Terapéuticos

- **Empleo del gesto acompañado del habla:**este procedimiento instruye al paciente para desinhibir su actitud estática y tensa al hablar, modificando la actitud corporal, la monotonía de la voz, la atención desmesurada sobre la propia habla que se traduce en un aumento de la ansiedad anticipatorio y en un aumento de las interferencias retroactivas auditivas.

Ejercicios:

Coloca frente al espejo, sonrío y observa la boca y cara.

Ríe fuerte a carcajadas (exagera mucha risa).

Muestra seriedad, la boca se verá con un ánimo de tristeza.

Exagerar la tristeza.



- **Técnicas del soplo:** Consiste en habituar al paciente a echar aliento antes de iniciar la emisión vocal. Esta comenzará sin interrumpir la corriente de aire que pone en actividad suavemente las cuerdas vocales, eliminando el bloqueo inicial de la expresión. Se ha de mantener la vibración de las cuerdas mientras dura la dicción de la frase. Esta técnica es efectiva siempre que el disfémico la utilice al hablar.

Ejercicios:

Intenta apagar la vela.

Intenta apagar alejándose de ella.

Hace lo mismo en diferentes posiciones.

Soplar flautas, pitos, trocitos de papel.

Soplar agua en distintas posiciones.

Hacer pompas de jabón.

- **Habla rítmica:** ayuda a reducir el tartamudeo, se utiliza un metrónomo para el aprendizaje de esta técnica o un aparato del ritmo: ajustando la velocidad más adecuada en cada caso. El disfémico aprende a hacer coincidir cada golpe de metrónomo como una unidad vocal, primero siguiendo una pauta silábica y posteriormente coincidiendo cada golpe con una unidad rítmica de la frase. Después el metrónomo va siendo reemplazado por uno imaginario, marcando el ritmo con el dedo, pie y por último se interioriza la acción rítmica, sin que sea perceptible para los demás.

- **Audición retardada:** Mediante un aparato que retrasa la audición de la propia habla a los oídos del paciente, puede reducirse en algunos casos notablemente la tasa de tartamudeo sin que el disfémico haga el menor esfuerzo. El aprendizaje se basa probablemente en dos factores:

Habitarse a un patrón de habla más lento.

Prolongación de las unidades fónicas.



- **Enmascaramiento del habla:** Consiste en enviar un ruido a los oídos del disfémico mientras habla, de modo que se enmascare por completo y no escuche. El paciente debe mantener un volumen de voz normal, dejando de prestar atención hacia su habla, se va reduciendo paulatinamente la intensidad del ruido aplicado a los oídos.

- **Habla en sombra:** Se entrena al disfémico para que hable “a la sombra” del terapeuta, va reproduciendo casi simultáneamente lo que el terapeuta dice, posteriormente se invierte el orden, siendo el terapeuta quien acompaña lo que el paciente dice. Mediante el procedimiento se desvía la atención del disfémico hacia su habla, centrando su atención en el habla del terapeuta, quien va ofreciendo un modelo de expresión modulada, entonada y fluida.

- **Práctica negativa:** Esta técnica se basa en el concepto de la inhibición condicionada y se pretende inhibir el tartamudeo por el tartamudeo. Su aprendizaje es difícil y requiere un gran esfuerzo de concentración y auto observación; se interrumpe el ejercicio cada vez que aparece un síntoma no controlado. Aprende a sustituir la ansiedad ante el problema por la intencionalidad paradójica del tartamudear expresamente.

Procedimientos terapéuticos aplicables al tratamiento:

- **Modificación de la conducta:** Trata de cambiar ciertos comportamientos “aprendidos” por otros radicalmente opuestos, que resulte incomparables con el tartamudeo y con las respuestas de ansiedad:

Técnica “tiempo fuera” se trata en dejar de hablar en el instante en que aparece el tartamudeo.

Hablar solo en relajación.

Hablar solo en espiración.

Mirar a la cara del interlocutor mientras se le habla.

Hablar no centrado la atención en el habla sino en el contenido.

Hablar sin esfuerzo muscular.

-Técnicas de relajación: se utiliza para eliminar respuestas emocionales negativas, se pone especial atención en la respiración tranquila y profunda que el paciente aprenderá a manejar con facilidad a la hora de hablar:

Producir una expresión tranquila y relajada durante todo el tiempo.

Modificar los ocasionales estados de tensión y sustituir la tensión muscular por relajación mediante una inspiración profunda y una espiración prolongada.

Intervención terapéutica con el niño:

Los que tienen una disfluencia verbal, cuyo diagnóstico sea dudoso, requieren de observación se les puede incluir en:

- Los niños que tienen una disfluencia verbal normal, “tartajeo fisiológico” se da entre los 3 a 5 años y no requieren tratamiento especial.
- Los niños que puedan tener riesgo de desarrollar un trastorno disfémico (antecedentes familiares), serán observados durante algunas sesiones antes del tratamiento.
- Los niños con una clara sintomatología de tartamudez que requieran tratamiento.

* **Técnicas conductuales:** En esta técnica al niño se le da instrucciones, mostrando un modelo para controlar la fluidez, tras lo cual se anima al niño a ejercitar los distintos recursos para conseguir un habla fluida y así valorar la práctica correcta, una vez que el niño haya adquirido las técnicas en terapia, se generalizan a contextos naturales con la ayuda de los padres y profesores.

* **Técnicas cognitivas:** Se enseña al niño y a sus padres a detectar ideas, actitudes, y valoraciones negativas que repercuten en su tartamudez. La orientación cognitiva facilita que el niño entienda conceptos abstractos que son necesarios para la terapia, tales como estirar/aflojar, fuerte/flojo, tensión/relajación, pensamientos/sentimientos. Antes de utilizarlos el niño debe haber comprendido su significado para después emplearlos en la modificación de la conducta.



* **Técnicas sociales y de comunicación:** en la tartamudez infantil se utiliza esta terapia ya que los niños suelen generar dificultades en la interacción social y comunicativa. Esta técnica proporciona recursos al niño para facilitar la interacción social con iguales y adultos, también se entrenan habilidades sociales conflictivas, como las derivadas de enfrentarse a momentos comunicativos difíciles y a solucionar problemas con otros niños.

Tratamiento farmacológico

Tratamiento neurovegetativo: Tiene por fin ejercer una influencia sedante, dan mejor resultado en los niños que en los adultos.

Tranquilizantes: Es útil para disminuir la tensión, intranquilidad, irritación y espasmos de origen emocional.

Neurolépticos: De acción energética, producen una tranquilidad emocional.

Anticonvulsivos: Se pueden usar junto con el ácido glutámico.

Vitaminas: Los disfémicos desperdician energía por sus trastornos funcionales. La alimentación ordinaria no lleva suficiente vitamina B y sobre todo B1. Esta no es almacenada en el organismo y es importante para la conducción y sinapsis de los impulsos nerviosos intracerebrales.

Otros fármacos: Se puede también emplear la cafeína y la estricnina.

La base principal del tratamiento será la comunicación y conducta principal a modificar (niño y padres), será la de prestar atención al contenido de lo que el niño dice, en lugar de como habla el niño. Una buena relación padres-niños es condición fundamental para ayudar a solucionar el problema.

Hay que transmitirles a los padres que a pesar de los errores de comportamiento, no son los causantes de la tartamudez de su hijo y hay que ayudarles a desprenderse de cualquier sentimiento de culpa.



Instrucciones básicas que deben seguir los padres:

Los padres no deben reaccionar mal, ni manifestar ningún signo-verbal o no verbal- de impaciencia o ansiedad.

Nunca hacer repetir una palabra o frase, ni tampoco decirle que hable tranquilo o despacio.

No se le debe reñir, censurar, criticar ni ridiculizar.

Evitar toda situación de tensión al niño.

Darle tiempo a que termine la frase, no adelantarse “adivinando” lo que va a decir.

Darle conversación y animarle a hablar en situaciones de no tensión al niño.

Leer cuentos junto con el niño, hablar de cosas interesantes, haciéndolo despacio, una clara pronunciación y frases sencillas.

Atenderle y conversar con él.

Procurar que cada noche se acueste contento y relajado.

Intervención terapéutica en el adolescente y en el adulto:

Se debe modificar los sentimientos de culpabilidad y de inferioridad ante su problema. No todos los disfémicos se ven igualmente afectados en su respuesta emocional al tartamudeo.

Existen seis tipos de terapia:

Terapia de sugestión, distracción y persuasión.

Terapia de relajación.

Terapia de ritmos y control del débito.

Terapia de castigo y refuerzo.

Servoterapia.

Psicoterapias, farmacoterapias.

DISGLOSIAS

Concepto

Determinados autores también la denominan dislalias orgánicas, puesto que se produce una alteración de la articulación debido a determinadas anomalías o malformaciones de los órganos del habla: labios, lengua, paladar, etc.



Así pues, nos encontramos ante un trastorno en la articulación de distintos fonemas por alteraciones anatómicas de los diferentes órganos periféricos del habla y de origen no neurológico central, provocado por lesiones físicas o malformaciones de los órganos articulatorios periféricos.

Los trastornos disglósicos suelen coincidir o presentarse asociados entre sí (varios órganos periféricos afectados), asociados a rinofonías y/o a trastornos psicológicos consecuentes a la problemática del habla. Junto al trastorno disglósico puede aparecer asociado un rechazo a hablar, en ocasiones, al ser conscientes de sus dificultades articulatorias.

Otros trastornos que pueden presentarse asociados son: retrasos escolares, dificultades en la lectoescritura, dificultades en la fluidez normal del habla, hipoacusias (fundamentalmente en los casos de fisura palatina) y otras dificultades debidas a que suelen ser niños sometidos a repetidas situaciones quirúrgicas, internamientos hospitalarios, con lo cual pueden no recibir en ocasiones una estimulación apropiada a su nivel de desarrollo cognitivo y estimárseles como con retraso intelectual limítrofe.

Embriología y anatomía de los órganos articulatorios

Embriología de los procesos faciales y labio superior.- para el final de la cuarta semana, el centro de las estructuras faciales en desarrollo está formado por una depresión ectodérmica, llamado estomodeo.

En el embrión de cuatro semanas y media de edad, pueden identificarse cinco elevaciones:

- Los procesos o apófisis mandibulares.
- Los procesos maxilares, lateralmente.
- La prominencia frontal.

Durante la quinta semana aparecen dos pliegues de crecimiento rápido: los procesos nasolateral formarán las alas de la nariz y nasomediano originarán las porciones medias de nariz, labio superior y maxilar y todo el paladar primario.



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:

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

Paladar secundario.- la porción principal del paladar definitivo es 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.

Embriología de la lengua.- la lengua aparece sobre el piso de la faringe hacia la cuarta semana.

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

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 se 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.

- Malformaciones congénitas craneoencefálicas.
- Trastornos del crecimiento.
- Parálisis periféricas.
- Lesiones orofaciales.
- Extirpaciones quirúrgicas.

Clasificación

Disglosia Labial

Es el trastorno de la articulación de los fonemas por la alteración de la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios.

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

Los fonemas afectados son los vocales posteriores /u/o/ y bilabiales /p-b-m/

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

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



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

Es menor el riesgo del niño en la intervención quirúrgica.

- Hay tiempo para estudiar al niño en forma completa.
- Permite el tratamiento ortopédico pre-operatorio especialmente en las formas bilaterales.
- Se puede operar sobre un labio más desarrollado. Más preciso técnicamente.
- Se toma en cuenta los siguientes requisitos:
 - Operar entre los 3 y 6 meses.
 - Alcanzar 5 Kg. de peso.
 - Estado clínico normal.
 - Estado proteico normal.
 - Índice normal de hemoglobina (+10g)
 - Maduración muscular del orbicular de los labios optima.

Cuidados postoperatorios después de la corrección de la fisura de labio:

Después de la operación, se aplica antibióticos en todas las suturas de la piel tres veces al día hasta el quinto día postoperatorio para proteger los agujeros de la sutura de una contaminación por las secreciones nasales. Un arco de logan con gran tensión mejorara el contacto entre las superficies y será de gran ayuda. Se coloca férulas en los brazos con el fin de impedir que el niño se toque las heridas al despertar del sueño anestésico.

Alimentación-Lenguaje-Habla: El niño con labio fisurado no puede succionar bien como los otros bebés, ni siquiera se le brinda la oportunidad de mamar por lo que ve imposibilitado realizar esta función teniendo que recurrir al uso de la sonda naso-gástrica. De este modo los músculos de la succión, masticación y



deglución, no serán sometidos a la ejercitación dada en la mayoría de los bebés, por lo que más tarde presentaran problemas del lenguaje y habla.

Los procedimientos anormales de alimentación disminuyen las probabilidades de un aumento de peso y de un desarrollo fisiológico general normal siendo el niño propenso a sufrir resfríos e infecciones y así su desarrollo puede verse interrumpido por enfermedades frecuentes y graves, afecciones del oído que pueden conducir a una pérdida auditiva permanente que entorpecería el desarrollo lingüístico y social.

Se puede observar que la mayoría de niños con este tipo de patología presentan retraso en el desarrollo del lenguaje, el mismo que puede ser producto del trauma psicológico de las cirugías, y la sobreprotección, mimos y exceso de permisibilidad de los padres hacia el niño, lo que da como resultado alteraciones en la conducta y por ende en su personalidad.

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

- **Frenillo labial superior o hipertrófico:** Esta malformación impide la movilidad normal del labio superior y produce un diastema entre los incisivos centrales. Como consecuencia aparece una dificultad en la articulación de la /u/ /p/ /b/ y /m/. Las bilabiales son sustituidas por la labiodental /f/. También al absorber líquidos a través de un sorbete es imposible o difícil. El tratamiento es quirúrgico.
- **Fisuras del labio inferior:** Esta malformación que podría llamarse labio leporino inferior, se acompaña generalmente de labio leporino superior, pero también se puede observar aisladamente casi siempre aparece en la línea media.
- **Macrostomia:** La Macrostomia o alargamiento de la hendidura bucal acostumbra ir siempre asociada a malformaciones de la oreja, como

lesiones auriculares, atresia de pabellón auditivo externo y lesiones mandibulares. El tratamiento de esta patología es quirúrgico, la misma que debe efectuarse antes de que el niño comience a hablar.

- **Parálisis facial:** Resulta de un trauma obstétrico producido por el fórceps o por la compresión contra los huesos pelvianos o cara o como consecuencia de afecciones supuradas del oído medio y de la mastoides.

- **Neuralgia del trigémino:** Las formas sintomáticas pueden ser debidas a afecciones dentarias o sinusales, afecciones óseas de la base del cráneo, tumores, abscesos o aneurismas intracraneales, meningitis y esclerosis de placas. El síntoma característico es el dolor brusco, intenso, de una rama del trigémino, lagrimeo y sialorrea. El dolor puede ser provocado al masticar o al hablar.

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

Disglosia Mandibular

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

Dentro de esta patología tenemos:

- a) **Resección del maxilar superior:** Esta operación se lleva a cabo en los procesos neoplásicos expansivos del maxilar superior. En algunas ocasiones puede faltar, la mitad del paladar óseo y puede faltar así mismo parte del velo. La palabra resultante tiene mucha resonancia nasal. Tanto desde el punto de vista foniátrico como estético es muy importante el tratamiento protésico previo o consecutivo.

- b) Resección de la mandíbula:** La resección del maxilar inferior puede ser ocasionada por heridas de guerra, accidentes de tránsito y por cirugía a causa de cáncer. Estos pacientes son candidatos primero a una reconstrucción plástica y luego a una rehabilitación logopédica.
- c) Atresia mandibular:** Es una anomalía congénita consistente en un empequeñecimiento, que puede ser muy acentuado, de la mandíbula resultante de una detención en el desarrollo del maxilar inferior por causas congénitas. La atresia mandibular determina una desproporción de dimensiones entre la lengua y la cavidad bucal. La lengua resulta voluminosa en exceso, como si se tratase de una macroglosia; es empujada hacia la faringe porque todas sus inserciones han sido arrastradas hacia atrás. Es llamada glosoptosis o deglución de la lengua. En ciertos casos puede representar un serio impedimento para la respiración.
- d) Progenie:** Consiste en la mandíbula inferior muy prominente, se pierde la articulación entre los dientes. Esta deformación impide una masticación normal por la mala oclusión dentaria y predispone a la caída prematura de los dientes por piorrea alveolar. En cuanto a la articulación se hace evidente el sigmatismo interdental. Si esta progenie produce importantes perturbaciones en la articulación habrá que pensar en una corrección tanto de ortodoncia como quirúrgica.
- e) Disostosis maxilofacial:** Es una particular malformación mandibular y asociada a otras anomalías, esta malformación empieza en la séptima semana de vida embrionaria.

Disglosias Dentales

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

La disglosia dental es la alteración de los fonemas por anomalías de la forma, presencia y posición de las piezas dentales. Las alteraciones más importantes son las anomalías constitucionales en la posición dentaria, la pérdida fisiológica en la primera dentición y en la vejez, y los traumatismos o enfermedades de los maxilares y dientes.

Pronóstico: Las disglosias dentales tienen un buen pronóstico gracias al avance tecnológico de la odontología y las prótesis.

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

Disglosia Lingual

La disglosia lingual es la alteración de la articulación de los fonemas por un trastorno orgánico de la lengua. La rapidez, exactitud y sincronismo de los movimientos de la lengua son de extraordinaria importancia para la articulación.

✚ **Anquiloglosia:** La punta de la lengua es relativamente muy corta, el frenillo parece por ello llegar a la punta de la lengua; sin embargo, el niño puede mover la lengua entre las encías. El frenillo lingual corto solo, puede ocasionar un rotacismo. En la práctica se ha podido observar, niños con frenillo lingual sin ningún trastorno articulatorio. Actualmente se tiende en el periodo preoperatorio a tratamiento logopédico, en caso que no supere el problema es sometido a frenulectomía y de inmediato derivado a terapia.

✚ **Parálisis unilateral:** Se puede presentar parálisis de la lengua por lesión del nervio hipogloso. La parálisis unilateral del hipogloso ocasiona pocas molestias, los sonidos linguales posteriores /g/ y /k/, pueden ser dificultosos; las vocales que se alteran en esta patología son la /e/ /i/ y /o/, por ello el habla en general aparece borrosa, débil y de difícil comprensión.

✚ **Parálisis bilateral:** La parálisis bilateral de la lengua puede ser producida por la siringobulbia, la esclerosis lateral amniotrófica, la

parálisis bulbar, la parálisis pseudobulbar y más raramente por neuritis de hipogloso.

- ✚ **Fulguración lingual:** Esta lesión es relativamente frecuente por introducir la punta de la lengua en un enchufe eléctrico. Debido a la humedad se produce una descarga eléctrica que quema la punta de la lengua a los pocos días desaparece la escama y se producen serias hemorragias. Luego queda una pérdida de sustancia y una cicatriz que dificulta la articulación de los fonemas /s/, /l/, y /r/.
- ✚ **Glosectomía:** Las pérdidas de sustancia pueden ser el desprendimiento de escaras por quemaduras, por mordeduras del propio sujeto en un accidente o amputaciones quirúrgicas generalmente por cáncer. La porción amputada puede ser la punta de la lengua, una mitad es la semiglosectomía o toda la lengua es una glosectomía total. Además en ocasiones los movimientos linguales producen dolor. La pérdida total de la lengua produce una dificultad intensa para la emisión del habla.
- ✚ **Malformaciones de la lengua:** Las malformaciones congénitas de la lengua son debidas a una detención en el desarrollo embriológico. Los grados extremos se ven en recién nacidos no viables o monstruos. La detención en épocas más posteriores se acompaña frecuentemente de anomalías en el sistema nervioso, en las extremidades o en el paladar.
- ✚ **Macroglosia:** La lengua puede estar exageradamente aumentada de tamaño, fundamentalmente por dos razones:
 - ✓ Porque se haya instaurado un proceso patológico intrínseco en la musculatura lingual, como puede ser un proceso tumoral.
 - ✓ O por un proceso infeccioso inflamatorio (glotitis).

Existe la macroglosia esencial que se trata de una hipertrofia simple de la musculatura estriada de la lengua. Esta es constante en los niños mongólicos y en algunos oligofrénicos. Esta lengua voluminosa va acompañada de una contextura rugosa y aframbusada de su mucosa.

La presión constante de la masa lingual, hace indicar hacia delante a los dientes separándolos, obligando a tener la boca abierta, lo que ocasiona también la sialorrea. La articulación de los fonemas está alterada en su precisión y rapidez. Su tratamiento en todos los casos es la glosectomía parcial. Para luego ser sometido a un proceso de rehabilitación logopédica.

✚ **Gloptosis:** Es la pérdida de la lengua hacia la faringe, puede producir serias dificultades respiratorias. Acostumbra ir acompañada de otras malformaciones bucales.

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

Disglosia Palatal

a) Fisura Prepalatina: Comprenden el paladar anterior, los alvéolos, el labio, el suelo del orificio nasal y el ala de la nariz. Son unilaterales o bilaterales, aunque raramente inciden en la línea media. Probablemente puede cerrarse en cualquier momento antes de los cuatro o cinco años de edad, según las prioridades.

Entre estas prioridades figuran las probabilidades quirúrgicas, el defecto de una abertura anterior sobre la fonación, los proyectos de movilización de segmentos alveolares en esta edad, la facilidad y eficacia de mantener la obturación con una concha dental y las decisiones relativas al injerto óseo precoz o al cierre con el denominado injerto óseo sin hueso.

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

b) Fisuras Palatinas: Situadas detrás del agujero incisivo, se clasifican también en completas o incompletas, totales y subtotaes, según se

extienden por toda la extensión del paladar blando y del duro o solo parte de ellas.

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

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

En general la fonación mejora en un mayor porcentaje en los enfermos en los que el paladar fue cerrado quirúrgicamente que en los tratados con prótesis dentarias.

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

d) Paladar Largo: Son aquellos velos que se insertan muy bajos en el pilar posterior, gruesos y poco móviles, provocan con facilidad la rinolalia



cerrada y, sobre todo, ronquidos durante el sueño, en estos casos la úvula contacta con la base de la lengua y la epiglotis, lo que produce un cosquilleo incesante, tos, irritación de la laringe, sensación de cuerpo extraño, etc. El velo muy fuerte y engrosado puede producir una rinofonía cerrada funcional. Puede verse acompañada de una leptopropia con fosas nasales estrechas y cavum pequeño y aplanado, que favorece más la rinofonía cerrada.

- e) **Úvula bífida:** Puede heredarse en forma de una fisura palatina, y debe constituir una advertencia de que el paladar puede estar próximo a la incompetencia velo-faríngea.
- f) **Fisura Submucosa:** La úvula bífida puede también formar parte de un conjunto conocido como fisura submucosa, con deficiencia de los músculos elevadores, desplazamiento de la orientación del elevador en una dirección más longitudinal; brevedad de la dimensión antero-posterior del paladar o incluso fisura submucosa en el tercio posterior del paladar óseo.
- g) **Paladar Ojival:** En general, el paladar ojival indica la existencia de una insuficiencia respiratoria nasal probable existencia de adenoides. El paladar ojival puede favorecer la producción de dislalias en la /t/, /d/, y //.

Alteraciones que acompañan a la fisura palatina.- Es preciso insistir en puntos principales del tratamiento de los recién nacidos con fisura del paladar:

1. Permeabilidad de las vías respiratorias.
2. Audición.
3. Posibilidad de otras malformaciones.

Alimentación: La alimentación en niños con paladar alterado suele ser muy difícil porque ello causa una incapacidad para la succión, aunque el niño realice los movimientos adecuados. Puesto que la deglución no suele estar afectada, es posible administrar una adecuada nutrición cuando la leche u otros alimentos blandos se

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

Permeabilidad de las vías respiratorias: La respiración puede ser un problema, especialmente si el mentón se halla en retro-posición; mentón corto, micrognatia o mandíbula saliente. La efectividad del geniogloso se pierde y la lengua cae hacia atrás, en parte o en su totalidad obstruyendo las vías respiratorias en la inspiración.

Enfermedades del oído medio: El oído medio suele estar alterado si hay una fisura del paladar, incluso en el periodo neonatal. Un examen profundo nos revelara la existencia de un líquido anormal más allá del tímpano en un 99% o un 100% de los casos. En general este líquido es muy espeso pero estéril, no obstante, en niños mayores se encuentra a menudo pruebas de una infección prolongada. Una mal función de la trompa de Eustaquio, parece ser la causa más probable de este trastorno. Los niños con fisura palatina acostumbran tener una pérdida auditiva permanente del orden de los 30 a 40 dB. Con una incidencia del 40 al 50% en uno o en ambos oídos.

Disglosia Nasal

- ◆ **Desviación septal:** La mayoría son traumáticas y en baja proporción por malformaciones congénitas o iatrogénicas. Esta patología produce una rinolalia cerrada.
- ◆ **Rinitis:** Son todas las afecciones inflamatorias, alérgicas o infecciosas de las fosas nasales que pueden ser agudas o crónicas, produciendo rinolalia cerrada.



- ◆ **Cuerpos extraños:** Con relativa frecuencia dentro de la patología nasal encontramos en la edad pre-escolar, hallando en las fosas nasales pedazos de esponja, algodón, borradores, bolitas, pepas de naranja, etc. Produciendo una rinolalia cerrada.
- ◆ **Tumoraciones:** Que pueden ser benignas o malignas produciendo una rinolalia cerrada.

Tratamiento de las Disglosias

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

- **Labios:** En los labios es importante tomar nota la cantidad de tejido que estos poseen así como la presencia de cualquier asimetría. Puede haber evidencia de un labio leporino reparado, en ocasiones con abundante tejido cicatrizal. Desde observarse el tono muscular, motricidad y praxias labiales, con o sin omisión de sonidos.

Los ejercicios de labios irán destinados a lograr el máximo funcionamiento, el mismo que facilitará la articulación de los fonemas en el que intervienen estas estructuras orgánicas. Ejemplo:

Apretar los labios y aflojarlos sin abrir la boca.

Proyectar los labios unidos y seguidamente, manteniéndolos unidos, estirar la boca como si fuera a sonreír.

Morderse el labio inferior con los dientes superiores y a la inversa.

Sostener una paja, un pito o cualquier otro objeto, solo con los labios.

Hacer chasquear los labios con el sonido del beso.

Vibración de los labios imitando el sonido de la moto.

Ejercicios de soplo (velas, papel picado, sorbete, etc.).

Pedir al niño que estire, los labios a la vez que el terapeuta intenta encogérselos o arrugándolos y a la inversa, con el fin de aumentar la fuerza muscular labial.

Juego de botones. Consiste en coger dos botones y juntarlos mediante un hilo largo. El niño se introduce uno de los botones entre los labios y los dientes tratando de sujetarlo bien con los labios para que la persona que tiene el otro botón al tirar, no se lo quite.

- **Lengua:** La lengua juega un papel fundamental en la articulación de los fonemas. Debe tomarse en cuenta el tamaño de la lengua en relación al tamaño de la cavidad oral, así como su configuración especialmente en casos en los que se ha realizado una glosectomía por tratamiento de cáncer. El logopeda debe observar la precisión y velocidad con que el paciente puede mover la lengua en todas las direcciones para descartar signo de parálisis, dispraxia lingual o disartria. Los ejercicios que se pueden realizar son los siguientes:
 - Sacar la lengua al máximo posible y volverla dentro de la boca en movimientos repetidos a distintos ritmos.
 - Sacar lo mínimo posible sin abrir la boca de forma que solo aparezca la punta entre los labios.
 - Realizar movimientos verticales de la lengua, subiéndola y bajándola y apoyando su punta en el centro del labio superior e inferior respectivamente.
 - Sacar la lengua y doblarla juntando sus bordes laterales, formando un canal longitudinal.
 - Con la boca abierta, pasar la punta de la lengua por el borde de los incisivos superiores e inferiores.
 - Dirigir la lengua a los lados de la boca apoyando la punta en la cara interna de las mejillas sucesivamente (caramelo).
 - Movimiento giratorio de la lengua con la punta entre los labios y el sistema dentario. Primero se realiza en un sentido y luego en el contrario.



Tratamiento Logopédico en la Fisura Palatina:

El fin primordial del tratamiento, de las hendiduras del paladar es facilitar la recuperación de la palabra normal al paciente; este fin primordial se obtiene muchas veces con la cirugía. Es importante que el niño desde el nacimiento sea evaluado por el logopeda, quien será la persona encargada de educar a los padres en la forma de como deberán alimentarlo y de esa manera estimular las funciones prelingüísticas (succión, deglución y masticación) necesarias para la adquisición y desarrollo normal del lenguaje expresivo.

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

La reeducación de la respiración: Estos niños respiran mal, muchos de ellos tienen adenoides y su insuficiencia nasal se manifiesta. Empezaremos por aumentar la capacidad respiratoria y controlar el tiempo de espiración. Enseñamos al niño a soplar y luego aplicamos este aire vocal a la fonación.

Ejercicios:

Luego de trabajar en inspiraciones lentas y profundas hacemos que emita la /a/ y se aguante el mayor tiempo posible. Hacemos el mismo ejercicio con la /m/.

Después de una inspiración lenta y profunda, retener el aire en los pulmones con la nariz y boca abiertas.

Soplar entre el labio inferior y los incisivos superiores para obtener una /f/.

Realizar ejercicios de gárgaras con agua o un líquido que guste al niño.

Corrección del Golpe Glótico:

- ◆ Inspirar por la nariz.
- ◆ Cuando la inspiración está acabada cerrar las ventanas nasales.
- ◆ Emitir la /p/ deliberadamente, entreabriendo los labios.
- ◆ Con la nariz ocluida pronunciar /a/, /p/, /a/, /p/.
- ◆ Pronunciar /p/, /la/, /p/, /la/.



Corrección de la Fuga de Aire Nasal:

Expulsar el aire por la boca haciendo vibrar los labios br.

Retener el aire por el solo esfuerzo de los músculos respiratorios.

Corrección de la Rinofonía:

- Provocar excitaciones de la úvula para producir un movimiento nauseoso y la elevación del velo.
- Hinchar las mejillas a toda presión con labios bien cerrados.
- Emitir vocales a grandes gritos.
- Masajes en la pared faríngea, para desarrollar el rodete de Passavant.

Corrección del Ronquido Nasal:

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

Tratamiento Logopédico del Velo del Paladar: Para esto se recomienda:

- ❖ Hinchar pelotas, hacer volar plumas, molinos de viento, papel picadillo.
- ❖ Silbar melodías sencillas primero con la nariz ocluida y luego destapada.
- ❖ Beber líquido con ayuda de un sorbete puesto que nos ayuda a la sincronización de la respiración por boca- nariz.
- ❖ Los ejercicios de ronquido son muy útiles para aprender a corregir la corriente aérea y manejar el esfínter nasofaríngeo. El bostezo estira y ejercita el músculo del velo del paladar, hacemos que el niño bostee y emita las vocales al bostezar.
- ❖ La movilidad del velo del paladar se estimula haciendo pronunciar alternadamente una vocal y una nasal: /a/, /ñ/, /a/, /ñ/.
- ❖ El masaje del velo, apretando el velo hacia arriba y atrás y moldeándolo a la forma del cavum.



DISARTRIA

Concepto

Etimológicamente el término disartria se deriva del griego dys = defecto y arthon = articulación. Así pues definimos a la disartria como una alteración de la articulación propia de lesiones en el Sistema Nervioso Central (SNC), así como de enfermedades de los nervios o de los músculos de la lengua, faringe y laringe, responsables del habla.

“Las disartrias pueden ser de origen muy variado dentro del trastorno neurológico dándose igualmente desde el nacimiento o como una consecuencia de enfermedad o accidente posterior que desencadena la lesión cerebral”.⁽¹⁷⁾

La Disartria es aquella alteración del habla provocada por parálisis debilidad o descoordinación de la musculatura del habla, de origen neurológico. Su definición abarca cualquier síntoma de trastorno motor relativo a respiración, fonación, resonancia, articulación, y prosodia; puede o no estar acompañado de trastornos en la deglución.

La respiración proporciona la materia prima para el habla. Los músculos respiratorios producen la exhalación de la corriente de aire. El ciclo inspiración- espiración de la respiración se haya alterado durante el habla. Durante la fonación, el aire de la espiración provoca la vibración de las cuerdas vocales de la laringe en aducción. Se genera un tono complejo, en esencia una especie de graznido carente de significado.

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

Los músculos constrictores de la parte superior de la faringe y los elevadores del paladar blando, inician juntos la conexión y desconexión que inducen tales



cambios en la resonancia. Las modificaciones de las características de la resonancia de la cavidad bucal se obtienen con la posición diferencial de la lengua y el maxilar inferior y con las alteraciones en el orificio por adaptaciones mandibulares y cambio en la apertura de labios.

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

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

Morfología de la disartria

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

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

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



Función de la vía piramidal: Regula la motilidad muscular, tiene el control y regulación del funcionamiento de las astas anteriores de la médula espinal, cuya función mantener una hipertonia, hiperreflexia y trofismo muscular, por lo que la función muscular es adecuada. Al lesionarse el circuito piramidal hay aumento de las funciones: hipertonia e hiperreflexia.

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

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

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

Pares craneales que intervienen en el habla: Los nervios craneales son de gran importancia en el estudio de las patologías del lenguaje, habla y de la audición puesto que siete de los doce pares craneales se encuentran vinculados directamente con estos procesos.

Nervio Trigémino (V par): Es un nervio voluminoso que emerge de la protuberancia, de carácter sensitivo y motor. Las fibras sensitivas recogen la



sensibilidad de toda la cara, mucosas y dientes. Las fibras motoras del V par inervan los siguientes músculos.

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

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

Nervio Facial (VII par): Es un nervio con componente motor, sensorial y vegetativo. Establece estrechas relaciones topográficas con el odio medio e interno, lo que explica su vulnerabilidad en afecciones o intervenciones quirúrgicas del órgano de la audición. El núcleo motor del VII par craneal envía fibras nerviosas para inervar toda la musculatura de la cara.

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

Nervio Auditivo o Vestíbulooclear (VIII par): Está constituido por dos porciones que tienen significación funcional por completo diferentes. Por ello habitualmente se habla de una porción vestibular o nervio vestibular y otra auditiva o nervio coclear.

- **Nervio Vestibular:** Tiene su origen en unas fibras nerviosas situadas en los canales semicirculares, utrículo y sáculo. Estos órganos están situados en el interior del peñasco del hueso temporal, forman parte del laberinto membranoso en estrecha relación con el caracol y ocupados por la endolinfa. Las fibras de los canales semicirculares se estimulan por la posición de la cabeza y las del utrículo y sáculo por la acción de la gravedad

directamente. Las lesiones del aparato vestibular originan vértigos, desequilibrios posicionales del cuerpo y nistágmus o movimientos rítmicos, involuntarios y conjugados de los globos oculares.

- **Nervio Coclear:** Lo constituyen fibras nerviosas situadas en el caracol membranoso, situadas en el ganglio coclear de Corti. Esta vía es tanto homolateral y parcialmente cruzada; en su trayecto emite una serie de reflejos auditivos:
 - Volver la cabeza y ojos hacia la dirección del ruido.
 - Movimientos mímicos (cierre ocular) de la hemicara del lado de procedencia del ruido.
 - Orientación del pabellón auricular (animales). Estos reflejos son posibles gracias al VI, III, IV, VII, XI pares y nervios cervicales.
 - Contracción del musculo del martillo (tensor del tímpano) a cargo del V par.
 - Contracción del musculo del estribo (estapedio), a cargo del VII par. Son reflejos de protección ante estímulos sónicos muy intensos.
 - Reflejos vegetativos, vasomotores, etc., ante ruidos intensos, imprevistos, terroríficos. Interviene el hipotálamo.
 - Miccional. A través de la sustancia reticular.
 - Afectivo-emocionales.

Nervio Glossofaríngeo (IX par): Es un importante nervio, que comparte núcleos y funciones con el X, XI, par. Tiene una porción motora, otra sensitiva y una tercera vegetativa. La parte motora inerva el músculo estilofaríngeo y constrictor medio de la faringe. La parte sensorial lleva aferencias de carácter gustativo y exteroceptivas generales procedentes de la faringe y velo del



paladar, amígdalas, trompa de Eustaquio, oído medio, laringe, tráquea, bronquios y esófago. Participa en un gran número de mecanismos reflejos del organismo, como la tos, la deglución y las náuseas.

Nervio Neumogástrico (X par): Tiene componente motor, sensitivo y vegetativo parasimpático. La parte motora tiene a su cargo la contracción del velo del paladar, de las cuerdas vocales y de la faringe en colaboración con el IX par. La parte sensitiva transmite sensaciones gustativas procedentes de todas las vísceras, incluidas la laringe con el IX par. La porción parasimpática hace posible los reflejos viscerales del organismo.

Nervio Espinal (XI par): Es un nervio exclusivamente motor. Las fibras de origen bulbar se unen al X par, de ahí su denominación alternativa de accesorio del vago, y son las que realmente inervan la laringe. Las fibras de origen medular controlan el movimiento de los músculos esternocleidomastoideo del cuello y trapecio del hombro.

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

Nervio Hipogloso (XII Par): Es un nervio de carácter exclusivamente motor, alcanza la lengua e inervan todos sus músculos. Del conjunto de músculos de la lengua interesa la observación de los genioglosos encargados de la protrusión lingual, cuando se contrae bilateralmente, y la desviación de la punta hacia el lado contrario cuando la contracción es unilateral. Las lesiones del nervio hipogloso de un lado hacen por tanto que la lengua solamente se pueda desplazar hacia ese lado.

Semiología de la Disartria:

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



Síndromes Periféricos:

a) Miopatías:

Síndrome Miasténico: La característica esencial de este síndrome, es la aparición de una disminución de la potencia muscular, que va progresando y aumentando con el ejercicio. En el habla la reacción miasténica se pone de manifiesto en que el enfermo se fatiga progresivamente en la conversación. Va disminuyendo su emisión de voz, apagándose lentamente y haciéndose muchas veces nasal por la parálisis velopalatina. La lengua casi nunca se afecta.

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

b) Neuropatías:

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

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

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

Hipotonía: El músculo al que no le llegan impulsos nerviosos queda sin tono, flácido y sin oponer resistencia en su estiramiento.



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

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

Síndromes Centrales: Los trastornos motrices secundarios a una lesión del sistema nervioso central hacen referencia a alteraciones del tono muscular, a alteraciones del movimiento o a fallos o detenciones de la madurez psicomotriz. Los tipos de trastornos que pueden manifestarse en los órganos fonatorios son los siguientes:

Trastornos del Tono Muscular:

Hipertonía: La hipertonía consiste en aumentos del tono muscular que se ponen de manifiesto tanto en el tono de reposo como en el de actividad. Esencialmente son de tres tipos: la espasticidad, la rigidez y la tensión.

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

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



presenta grandes dificultades de desplazamiento activo, pero que cuando lo realiza, lo hace con lentitud; no obstante, alcanza el punto deseado.

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

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

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

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

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

Trastornos del Movimiento

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

Movimientos Coreicos: Son movimientos bruscos, breves, irregulares y desordenados, discontinuos, súbitos y sin ritmo.



Movimientos Atetósicos: Son movimientos vermiculares, serpenteantes, lentos. Se aprecian en los dedos de las manos, en cara, labios y lengua, y en los dedos del pie.

Temblores: El temblor es definido como movimientos involuntarios alternantes, agonistas-antagonistas, de amplitud limitada y ritmo poco variable. Desaparecen con el reposo absoluto y con el sueño y se exageran con las emociones y la tensión psíquica

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

Sincinesias: Las sincinesias son una manifestación característica de una organización anómala de la motricidad.

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

- **Fallo de información:** Cuando existe un trastorno de la sensibilidad profunda, el sistema nervioso cerebral carece de información precisa de la situación de cada músculo y por consiguiente no puede ajustar con corrección, la actividad que debe realizar.
- **Fallo de la coordinación:** Se debe a que en el cerebelo, elemento principal de este sistema de control, existe un fallo, dando lugar a una incoordinación o ataxia en sentido estricto. Este tipo de ataxia provoca un fallo de las sinergias motoras (asinergia), un fallo de la magnitud de la



contracción muscular (dismetría), y un fallo en el tiempo, decir, del momento adecuado en que debe producirse cada acción muscular (diadococinesia).

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

Apraxias y Dispraxias: La apraxia consiste en un trastorno de la motricidad que no se refiere ya a un fallo de la realización del acto motriz, ni a la persistencia de esquemas motrices anómalos, sino a un fallo de la propia organización del acto motriz.

No se realiza por que el enfermo no es capaz de organizarlo, a pesar de que “puede hacerlo, por la indemnidad de los elementos que deben ejecutar la acción” y a pesar de “que sabe lo que quiere hacer”. No es, pues, un fallo de comprensión, ni un fallo de acción.

Se describe las variedades de la apraxia de la siguiente manera:

- ✚ **Apraxia Sensoriocinética:** que se manifiesta en un sujeto que conoce la finalidad de la acción y que puede describir su desarrollo, pero no puede realizar el acto.
- ✚ **Apractognosia Somatoespinal,** caracterizada por una desorganización de las relaciones del cuerpo con el espacio, implicando un desorden en el desarrollo espacial del acto, mientras que la sensoriomotricidad se conserva.
- ✚ **Apraxia de la Formulación Simbólica,** ligada a una desorganización general de la actividad simbólica y categorial, con alteración del proceso de abstracción que frecuentemente va unida a trastornos de la formulación verbal.



El trastorno práxico es siempre bilateral. Si la apraxia es motora, el enfermo realiza movimientos inadecuados para el acto motriz que pretende realizar. Si la apraxia es primordialmente ideatoria, se omiten partes de la acción o bien se realizan en una sucesión errónea. Se llama parapraxia cuando el enfermo realiza el movimiento correcto en sí mismo pero no tiene relación con la orden que se le ha dado, por ejemplo, el paciente saca la lengua cuando se le pide que cierre los párpados. La dispraxia buco-linguo-facial da lugar a una dificultad o imposibilidad de realizar un conjunto de actividades gestuales y mímicas voluntarias.

Cuando la apraxia es la responsable de la alteración del lenguaje, va acompañada de estas manifestaciones de apraxia bucofacial. El enfermo no puede o le es difícil organizar los fonemas o las palabras. No obstante el acto motriz fonético espontáneo lo realiza mejor que cuando se le sugiere detalladamente la colocación de la lengua, de los labios, etc. Esta disparidad hace patente su imposibilidad para organizar el esquema motriz que da como fruto el fonema.

Trastornos de la maduración psicomotriz

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

Etiología 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 cráneo cervical, a la tumoración benigna o maligna del cerebro, cerebelo o tronco encefálico, a una lesión vascular encefálica, a enfermedades infecciosas, metabólicas, tóxicas o degenerativas del sistema nervioso o del músculo e incluso formar parte de los complejos síntomas ocasionados por una anomalía nerviosa congénita.

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

Clasificación de las Disartria

Para clasificar a la disartria se toma en consideración la ubicación de la lesión, así tenemos:

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

Lesiones a nivel de la Neurona Motora Superior: 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 cerebro-vasculares que causan traumas difusos. Produce debilidad del lado opuesto de la lengua, de los labios parte inferior de la cara y a veces, una leve debilidad para cerrar los ojos; puede observarse trastornos de la articulación, sin menoscabo de la respiración, la fonación o la resonancia. Es necesario que se produzcan lesiones corticobulbares bilaterales para que haya una disartria permanente o espástica.

Disartrias por Lesiones Bilaterales de la Motoneurona Superior (Disartria Espástica): pueden ser el resultado de un accidente cerebrovascular, un trauma en la cabeza, un tumor, una infección, una enfermedad degenerativa o enfermedades metabólico-toxico o inflamatorias.

Cuando existe una lesión bilateral, se manifiesta generalmente como debilidad y espasticidad en el lado opuesto a la lesión con una predominancia presente en los músculos distales de las extremidades, la lengua y los labios. La espasticidad se hace evidente por la resistencia de un grupo muscular al movimiento pasivo, exageración de los reflejos de estiramiento muscular y la presencia de reflejos patológicos, principalmente el signo de Babinsky.

El paciente con este tipo de problemas presenta disfagia (dificultad para tragar), disfonía y disartria acompañada de lentitud de movimientos de la lengua, el velo del paladar y de los músculos faciales. Los pacientes emiten frases cortas, la voz es ronca y se asocia con frecuencia a un tono bajo y monótono, en la fonación se da acortamiento de las frases por el esfuerzo en la fonación como método compensatorio, con interrupciones tonales o de la respiración, la debilidad y lentitud muscular afecta a los mecanismos articulatorios y palato-faríngeos, 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”.

Resonancia: La hipernasalidad es un componente frecuente de la disartria espástica, aun cuando la emisión nasal no es común.

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

Deglución: Los síntomas que se observan son reducción en el vigor y sensación de los labios, lengua y mandíbula; retraso en la respuesta deglutoria. La disfagia 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.

Características:

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 trasmisor 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 distonías, 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 cerebro-vascular, 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.

Tratamiento de la Disartria

La rehabilitación consiste en corregir el defecto en la producción articulatoria de las palabras (omisión, sustitución, distorsión, etc.), tratando de mejorar la articulación. Será necesario realizar una correcta evaluación de la disartria, observando el funcionamiento y estado de todos los órganos y músculos implicados en el habla, así también, respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia.

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

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

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

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

■ **Respiración:** 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.
- Inflar la cara para retener lo más posible el aire.
- Toma de aire acompañada de movimientos de expansión tóraco-abdominal.
- Toma de aire con control espiratorio abdominal.
- Relajar abdomen en inspiración y contraer durante la espiración.
- **Fonación:** La práctica en la adaptación del tono, intensidad y carácter de la voz es una parte valiosa del programa correctivo.
 - **Tono:** Se podrá ejercitar sobre los modelos de inflexión que comprenden toda una oración, contraponiendo inflexiones en ascenso con inflexiones en descenso y uniformes.
 - **Intensidad:** A estos pacientes con descenso y ascenso de intensidad se les ayudara a que reconozcan el grado de esfuerzo necesario para sostener un nivel de intensidad adecuado a la conversación.
 - **Carácter vocal:** La bronquedad y el carácter forzado-estrangulado de algunos pacientes disártricos pueden ser reducidos en severidad enseñando al paciente una forma menos agresiva de ataque glotal. Se le puede ayudar a producir la voz en un suspiro y pasar a una fonación aspirada sostenida que evite la estenosis de la corriente de aire responsable de la mala calidad de la voz.
- **Resonancia:** El objetivo de la 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
-
- **Articulación:** En los pacientes que presentan problemas de articulación, deben practicarse los siguientes aspectos de la ejecución.
 - **Retardo en la frecuencia del habla:** El paciente deberá esforzarse por desarrollar una frecuencia deliberada y siempre lenta, porque si persiste en la velocidad y ritmo previos a su enfermedad; no podrá efectuar los contactos precisos necesarios para la correcta producción consonántica.
 - **Ataque sílaba por sílaba:** Se le sugiere al paciente que hable como siguiendo el ritmo de un metrónomo, con un golpe separado para cada sílaba de manera que ninguna resulte apresurada y no se eliminan las sílabas adyacentes.
 - **Exageración consonántica:** Tal vez el paciente precise aprender a articular con exceso para evitar pasar por alto las consonantes. Se le ayudará a que tome la máxima conciencia de los fonemas finales y mediales.
 - **Fonemas difíciles:** Los fonemas consonantes que requieren la elevación de la punta de la lengua ofrecen especial dificultad para estos pacientes disártricos. Puede ser necesario trabajar en forma aislada con dichos fonemas, antes de practicarlos en palabras y frases.
 - **Prosodia:** En algunas de las disartrias, con excepción de la disartria hipocinética del parkinsonismo, es característico cierto retardo en la frecuencia. Se tratará de identificar palabras claves y de practicar los cambios de intensidad y de tono adecuados, lo más importante será enseñar al paciente que las variaciones de duración pueden lograrse variando la



longitud de las vocales en las sílabas. Las vocales en las sílabas y palabras clave deberán mantener su duración normal o prolongada, mientras que las vocales de palabras y sílabas átonas se mantienen lo menos posible.

Ejercicios motrices:

- Fortalecimiento de mejillas, labios, lengua y velo.
- Ejercicios de mímica facial.
- Movimientos linguales en las 4 direcciones.
- Gimnasia respiratoria.
- Espiración prolongada sin y con vocalizaciones.
- Habla silabeada
- Habla sobre articulada
- Cuchicheo extenso e intenso
- Sincronización entre la escritura y el habla
- Habla con lentitud exagerada.

Ejercicios para el control del aumento de la intensidad

- Retroalimentación auditiva
- Contraste de intensidades
- Técnica de bostezo-suspiro
- Sinquiesiamáximo-vocal
- Susurro

Ejercicios para mejorar la monotonía

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

Ejercicios para la disentonía

- Habla monótona
- Técnicas relajatorias
- Cuchicheo



Retroalimentación auditiva.

Ejercicios para la fluidez

Técnicas espiratorias

Técnicas de ritmo

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

Terapia para la deglución

Estimular los labios, la lengua y la faringe

Ejercicios de mímica facial

Técnicas masticatorias

Postura corporal adecuada

Adecuación de la dieta

Pronóstico de la Disartria

Se debe tener en cuenta que no en todos los casos de disartria se dará una recuperación total. Pues esto dependerá del estado neurológico, que nos indicará el grado de severidad de la lesión lo cual influirá notablemente en el proceso de rehabilitación y por ende en su recuperación.

Además dependiendo de la causa de la disartria, los síntomas pueden mejorar, permanecer igual, o empeorar de manera lenta o rápida.

A continuación se presenta el pronóstico dependiendo de la enfermedad de base:

- Pocas personas con mal de Parkinson o esclerosis múltiple pierden la capacidad para hablar.
- La disartria causada por medicamentos o prótesis dentales mal ajustadas se puede contrarrestar.

La disartria causada por un accidente cerebro-vascular o lesión cerebral no empeorará y puede mejorar.



CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar e intervenir logopédicamente en los trastornos del habla en el alumnado de la escuela Dolores J. Torres, período Febrero - Julio 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar los trastornos del habla mediante la aplicación del test de mecanismo oral periférico, articulación y datos personales.
- Ejecutar un plan de intervención logopédica para los alumnos que presenten trastornos del habla.
- Re-evaluar los resultados de la intervención logopédica.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo y diseño general del estudio

Se trata de un estudio Descriptivo Prospectivo con intervención logopédica

Universo

El universo homogéneo y finito el cual estuvo constituido por 693 estudiantes de segundo a séptimo de básica de la escuela Fiscal Dolores J. Torres de la parroquia El Sagrario, de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay.

Muestra

La muestra de nuestra investigación estuvo constituido por 62 estudiantes con problemas del habla de la escuela antes mencionada.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en nuestro estudio a todos las niñas entre la edad de 5 – 12 años y que tengan consentimiento de los padres.



Criterios de exclusión

Se excluyeron a los estudiantes que no tengan la edad entre 5 – 12 años, y que no tengan el consentimiento de los padres

Métodos, técnicas e instrumentos

Para llevar a cabo este estudio, se solicitó a la directora de esta escuela, la autorización para la realización de la misma, mediante un oficio mandado por la coordinación del área de Fonoaudiología.

Posteriormente se trabajó en conjunto con la profesora de aula de apoyo (de segundo a séptimo de básica) en la aplicación de los test de articulación, Mecanismo oral periférico, y datos personales, a cada uno de los estudiantes, para identificar aquellos con trastornos del habla.

La aplicación de los diferentes test se llevó a cabo en una aula seleccionada por la directora de la escuela, la misma que contaba con materiales y espacio necesario para dicho procedimiento, tales como: sillas, mesas, pizarrón, marcadores y material didáctico.

Antes de iniciar la aplicación de los test, se tuvo una interacción con las estudiantes, para crear un ambiente de confianza para evitar falsos positivos.

Para la obtención de los datos requeridos en el estudio se realizó lo siguiente:

- Datos personales:

A cada estudiante se le preguntó la edad y procedencia, el género se determinó de forma visual, si la estudiante no sabía los datos se confirmaba cada profesor de aula.

- Mecanismo Oral Periférico

Se sentó a la niña frente al terapeuta explicando que debía imitar todos los movimientos y gestos indicados por el terapeuta.



Con la ayuda de un baja-lenguas se realizó una exploración física de la anatomía de los órganos pasivos y activos que intervienen en el habla (lengua, dientes, labios, úvula, maxilares, paladar blando y duro), para determinar si existe alteraciones orgánicas consideradas como disglosias.

Luego se evaluó la funcionalidad de los órganos fonoarticulatorios activos mediante movimientos de protrucción, retracción, lateralización, elevación, vibración y movimientos alternos.

- Test de articulación

Consta de 63 palabras, el cual se aplicó en forma dirigida (estímulo visual – respuesta verbal), la niña decía el nombre de la imagen mostrada; en caso de no haber reconocimiento se le aplicaba de forma repetitiva (estímulo verbal – respuesta verbal); o cual nos permitió reconocer los tipos de errores que presentó en su habla.

- Para la evaluación de la disfemia:

Mediante el lenguaje conversacional, se distinguió si tenía o no dificultad en el ritmo y fluidez al hablar

El período de evaluación duro tres semanas, se laboró 5 días a la semana con el horario de 07:50 am a 12:00 pm, cada valoración se realizó con una duración de 15 a 20 minutos.

Posterior a la evaluación se convocó a una reunión de los padres de familia de las niñas que presentaban algún trastorno articulatorio, en la cual se les indicó el diagnóstico, explicando la dificultad que presenta su niña, y dando recomendaciones para practicar en casa y notificándoles el horario para la intervención.

Las sesiones de intervención logopédica se llevaron a cabo en la aula de asignada para las terapias, coordinando los horarios con la profesora de aula de apoyo.



Las terapias se realizaban por la tarde de 13:30 a 15:30 pm de lunes a viernes, cada sesión duraba 40 minutos, en grupos 5 niños cada terapeuta, tres veces por semana cada grupo. Estos grupos fueron seleccionados según la patología y edad que presentaban.

La intervención se realizó de modo directo e indirecto

- **Tratamiento indirecto:** fue dirigido para conseguir la mejora de las funciones que inciden en la expresión del lenguaje oral, con ejercicios de respiración, relajación, psicomotricidad, percepción y orientación espacial, ritmo, discriminación auditiva, ejercicios buco-faciales. Es necesaria una base de maduración previa antes de comenzar con el tratamiento directo.

- **Tratamiento directo:** estos ejercicios tuvieron la finalidad de conseguir una perfecta articulación y su automatización en el lenguaje espontáneo.
Las niñas se sentaban frente al terapeuta e imitaban los movimientos y sonidos que realizaba
Se indicó las posiciones y movimientos característicos de los órganos de la articulación, necesarios para cada fonema.
De esta forma la niña pudo observar e imitar. En ocasiones se utilizaba un baja-lenguas para ayudar a concientizar el correcto punto y modo del fonema alterado.

Después de 4 meses y medio de intervención logopédica se realizó la re-evaluación (una semana) aplicando los test mencionados con anterioridad para determinar si persiste o no el trastorno del habla.

**CUADRO DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	RESPONSABLES
Autorización y respuesta para el estudio en la escuela	2 días	Oficio	Coordinador del Área Directora de la escuela Autoras
Coordinación con la profesora de aula de apoyo para establecer horarios para la evaluación	1 día	Papel y esfero	Profesora del aula de apoyo Autoras
Evaluaciones	3 semanas	Datos personales Test de mecanismo oral periférico Hoja de registro y folleto del Test de articulación Paletas	Autoras
Reunión de padres de familia	2 días	Informes Pizarra Marcadores	Padres de familia Autoras



		Bancos Mesas	
Intervención logopédica	4 meses 15 días	Campo semántico Baja-lenguas Burbujas Mermelada Pizarrón Marcadores Material didáctico	Autoras Niñas en intervención
Reevaluación	1 semana	Hoja de registro de las niñas que presentaron trastornos en el habla Hoja de registro y folleto del Test de articulación Test de mecanismo oral periférico	Autoras Niñas en tratamiento

CAPÍTULO 4

RESULTADOS ESTADÍSTICOS

Se realizó una evaluación de los trastornos del habla a 693 niñas de la escuela Dolores J. Torres obteniéndose los siguientes resultados:

EVALUACIÓN

TABLA N. 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA “DOLORES J. TORRES” SEGÚN LA EDAD - CUENCA 2012.

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
5 años	4	0,6
6 años	92	13,3
7 años	115	16,6
8 años	120	17,3
9 años	117	16,9
10 años	121	17,5
11 años	111	16
12 años	13	1,9
Total	693	100

Fuente: Datos Personales.
Elaborado por: las autoras



Fuente: Datos Personales.
Elaborado por: las autoras

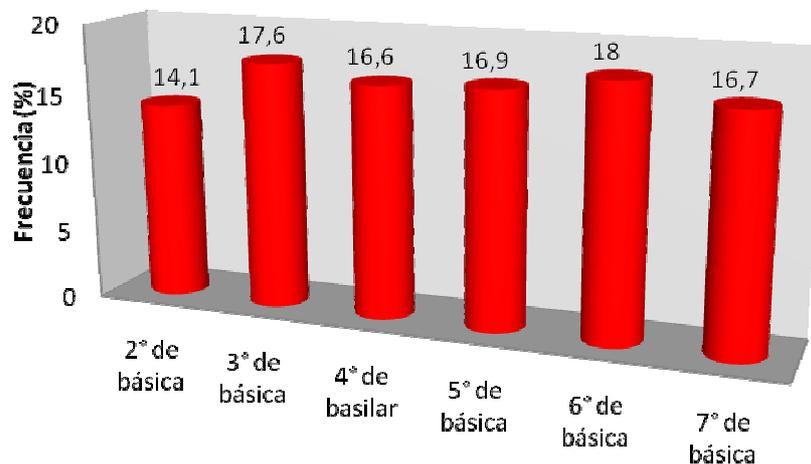
La edad media de las niñas fue de 8,3 con un desvío estándar de +- 1,7%

TABLA N. 2
DISTRIBUCIÓN DE LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA “DOLORES J. TORRES”
SEGÚN LA ESCOLARIDAD - CUENCA 2012.

<i>Grado</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
2° de básica	98	14,1
3° de básica	122	17,6
4° de basilar	115	16,6
5° de básica	117	16,9
6° de básica	125	18,0
7° de básica	116	16,7
Total	693	100,0

Fuente: Datos Personales.
Elaborado por: las autoras

GRÁFICO N.2
DISTRIBUCIÓN DE LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA “DOLORES J. TORRES” SEGÚN LA ESCOLARIDAD - CUENCA 2012.



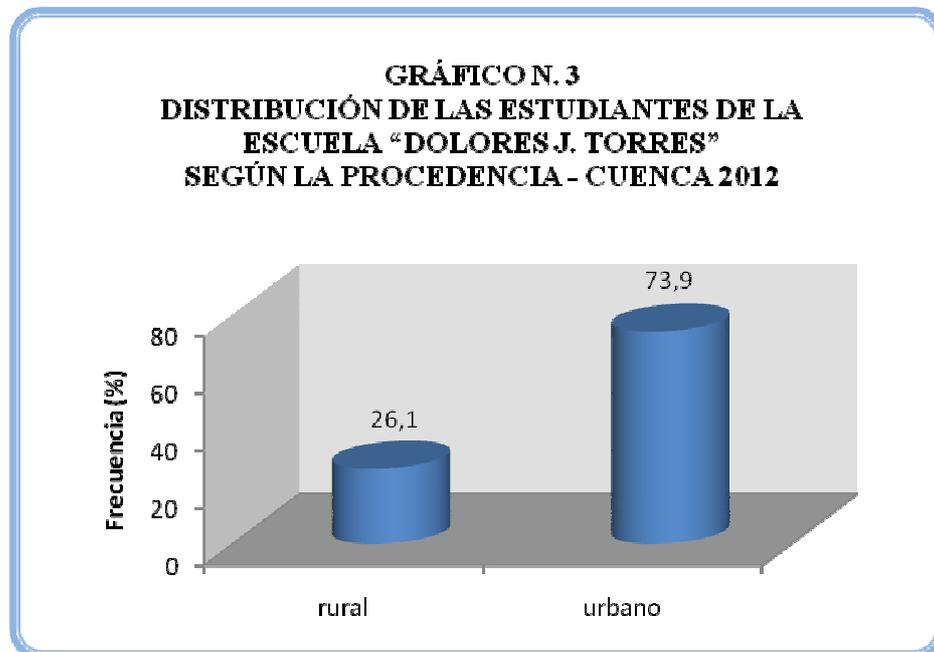
Fuente: Datos Personales.
Elaborado por: las autoras

La distribución de las niñas según la escolaridad es uniforme en los diferentes paralelos.

TABLA N. 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA “DOLORES J. TORRES”
SEGÚN LA PROCEDENCIA - CUENCA 2012

<i>Procedencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Rural	181	26,1
Urbano	512	73,9
<i>Total</i>	693	100,0

Fuente: Datos Personales.
Elaborado por: las autoras



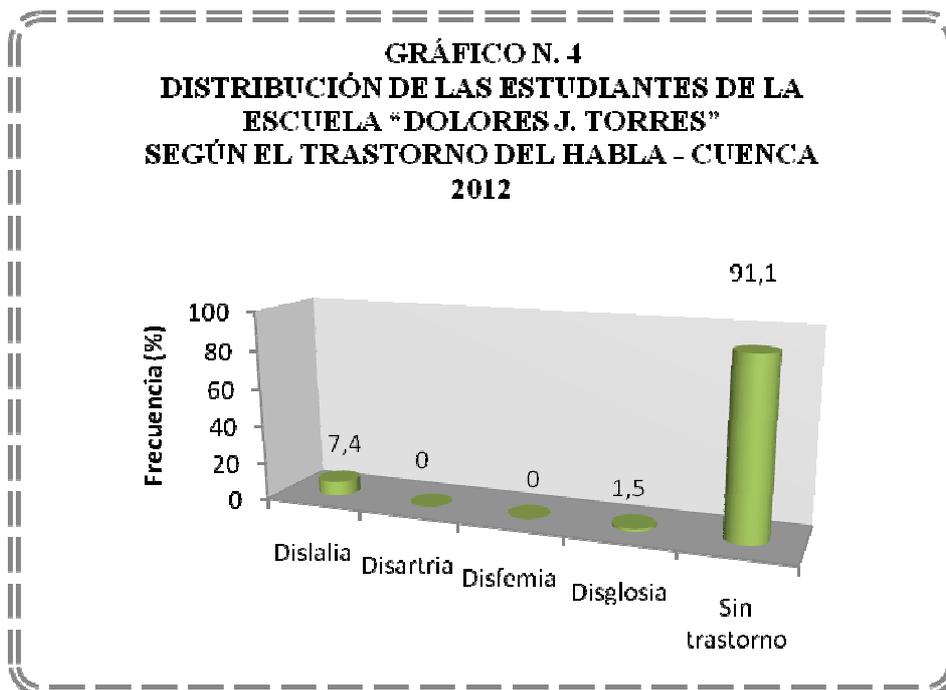
Fuente: Datos Personales.
Elaborado por: las autoras

El 73,9 % de las estudiantes pertenecieron al área urbana.

TABLA N. 4
DISTRIBUCIÓN DE LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA “DOLORES J. TORRES”
SEGÚN EL TRASTORNO DEL HABLA - CUENCA 2012

<i>Trastorno del habla</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Dislalia	51	7,4
Disartria	0	0
Disfemia	0	0
Disglosia	11	1,5
Sin trastorno	631	91,1
Total	693	100,0

Fuente: Test de articulación y mecanismo oral periférico.
Elaborado por: las autoras



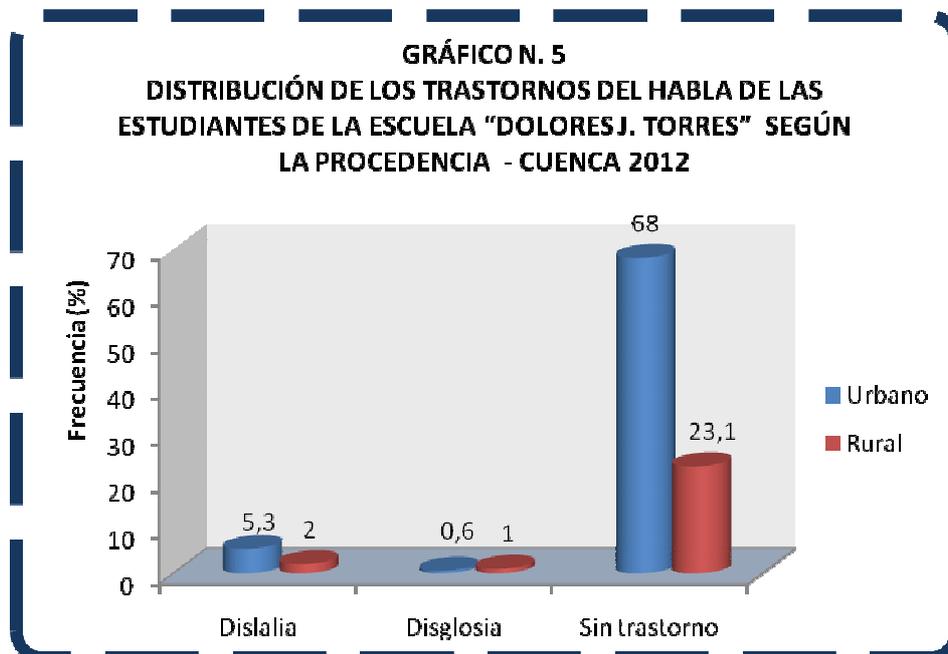
Fuente: Test de articulación y mecanismo oral periférico.
Elaborado por: las autoras

Luego de aplicado los test, el 7,4% de las niñas presentaron dislalia, el 1,5% disglosia y no existieron casos de disfemia y disartria.

TABLA N. 5
DISTRIBUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA DE LAS
ESTUDIANTES DE LA
ESCUELA “DOLORES J. TORRES” SEGÚN LA PROCEDENCIA - CUENCA
2012.

<i>Procedencia</i>	<i>Trastornos del habla</i>		<i>Sin trastorno</i>	<i>Total</i>
	Dislalia	Disglosia		
Urbano	37	4	471	512
(%)	5,3	0,6	68	73,9
Rural	14	7	160	181
(%)	2,0	1,0	23,1	26,1
Total	51	11	631	693
(%)	7,3	1,6	91,1	100%

Fuente: Datos personales, test de articulación y test de mecanismo oral periférico.
 Elaborado por: las autoras



Fuente: Datos personales, test de articulación y test de mecanismo oral periférico.
 Elaborado por: las autoras

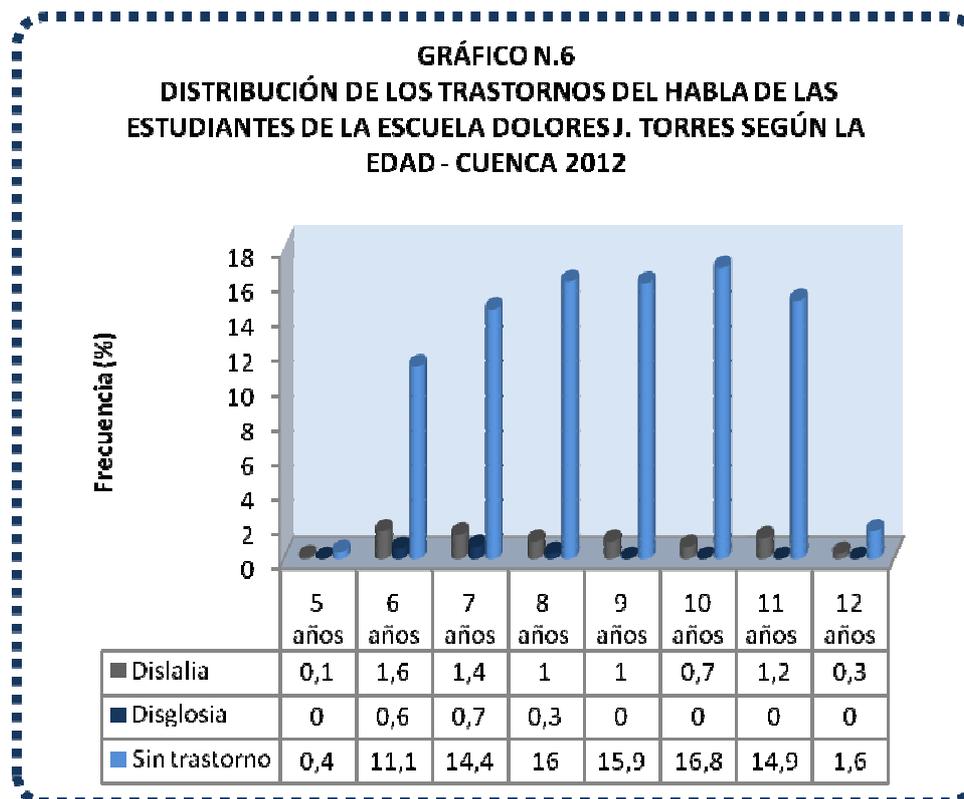
La dislalia es mas frecuente en el área urbana (5,3%), mientras que la disglosia es mas frecuente en el área rural (1%).

TABLA N.6
DISTRIBUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA DE LAS
ESTUDIANTES DE LA
ESCUELA DOLORES J. TORRES SEGÚN LA EDAD - CUENCA 2012

Trastornos del habla	Edad																Total	
	5 años		6 años		7 años		8 años		9 años		10 años		11 años		12 años			
	Fre	%	Fre	%	Fre	%	Fre	%	Fre	%	Fre	%	Fre	%	Fre	%	Fre	%
Dislalia	1	0,1	11	1,6	10	1,4	7	1	7	1	5	0,7	8	1,2	2	0,3	51	7,3
Disglosia	0	0	4	0,6	5	0,7	2	0,3	0	0	0	0	0	0	0	0	11	1,6
Sin trastorno	3	0,4	77	11,1	100	14,4	111	16	110	15,9	116	16,8	103	14,9	11	1,6	631	91,1
Total	4	0,5	92	13,3	115	16,5	120	17,3	117	16,9	121	17,5	111	16,1	13	1,9	693	100

Fuente: Datos personales, test de articulación y test de mecanismo oral periférico.

Elaborado por: las autoras.



Fuente: Datos personales, test de articulación y test de mecanismo oral periférico.

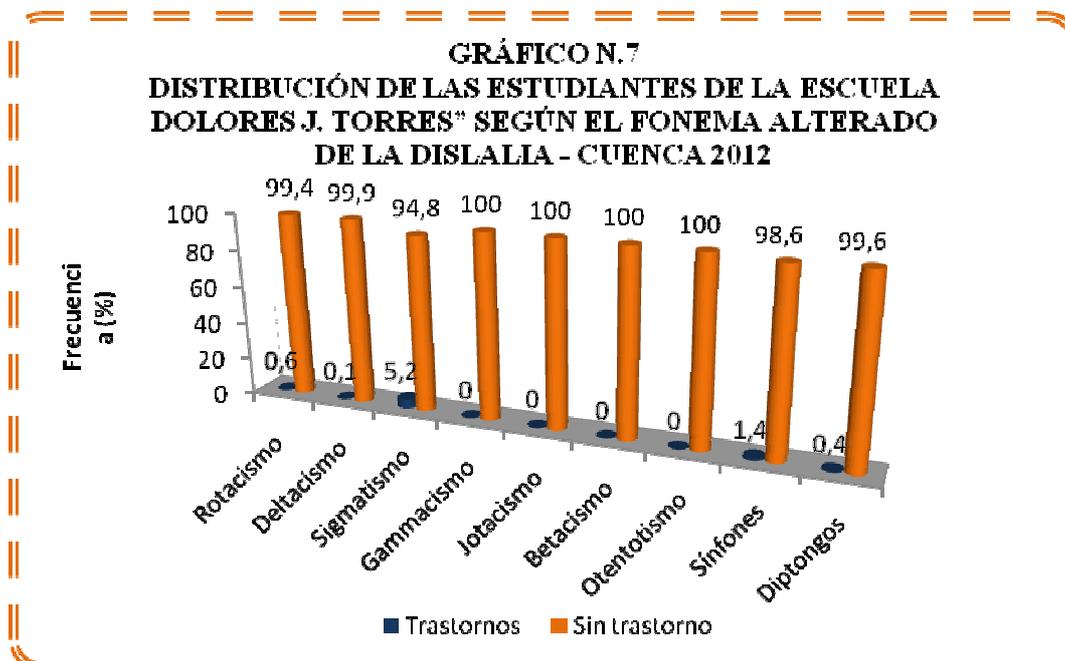
Elaborado por: las autoras

La dislalia se presenta con mayor frecuencia entre las edades de 6 a 11 años (6,9%) y la disglosia se presenta con mayor frecuencia entre 6 y 7 años (1,3%).

TABLA N.7
DISTRIBUCIÓN DE LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA “DOLORES J. TORRES”
SEGÚN EL FONEMA ALTERADO DE LA DISLALIA - CUENCA 2012

Fonema alterado	Frecuencia	Porcentaje	Sin trastorno	Porcentaje	Total %
Rotacismo	4	0,6	689	99,4	100
Deltacismo	1	0,1	692	99,9	100
Sigmatismo	36	5,2	657	94,8	100
Gammacismo	0	0	693	100	100
Jotacismo	0	0	693	100	100
Betacismo	0	0	693	100	100
Otentotismo	0	0	693	100	100
Sínfones	10	1,4	683	98,6	100
Diptongos	3	0,4	690	99,6	100

Fuente: Test de articulación.
 Elaborado por: las autoras



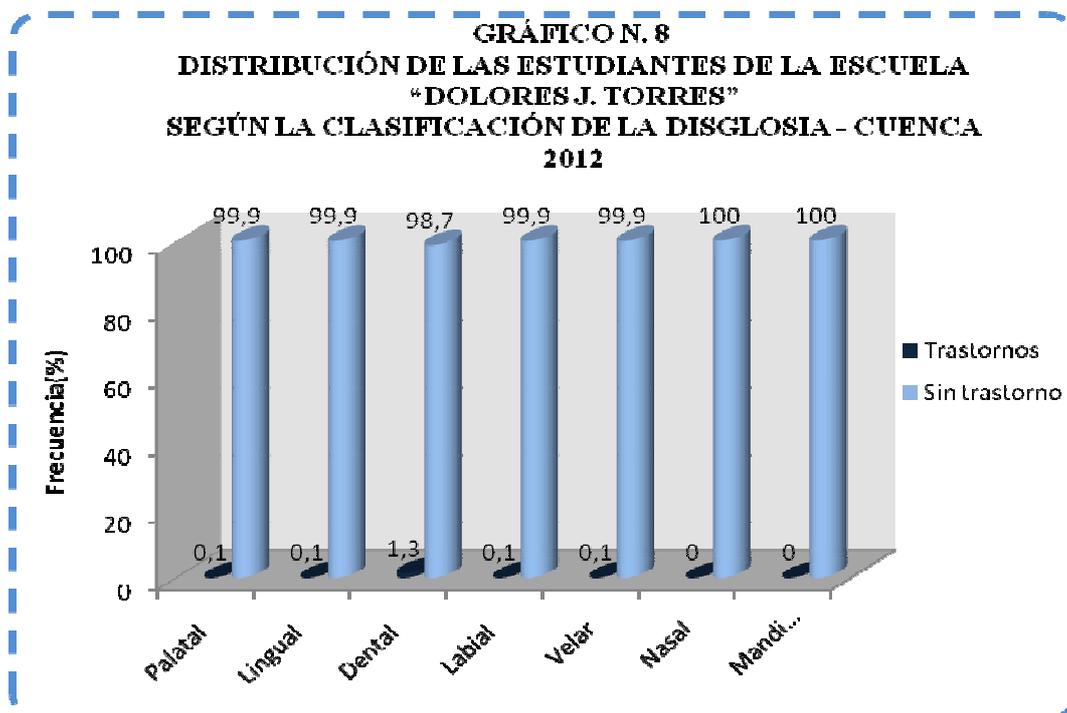
Fuente: Test de articulación.
 Elaborado por: las autoras

El 5,2% de las niñas presentaron sigmatismo (alteración en el fonema /s/), el 1,4% alteración en los sínfones (/pl/, /bl/, /cl/, /gl/, /fl/, /pr/, /br/, /cr/, /gr/, /fr/).

TABLA N.8
DISTRIBUCIÓN DE LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA “DOLORES J. TORRES”
SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LA DISGLOSIA - CUENCA 2012

<i>Disglosia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Sin trastorno</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Total %</i>
Palatal	1	0,1	692	99,9	100
Lingual	1	0,1	692	99,9	100
Dental	9	1,3	684	98,7	100
Labial	1	0,1	692	99,9	100
Velar	1	0,1	692	99,9	100
Nasal	0	0	693	100	100
Mandibular	0	0	693	100	100

Fuente: Test de articulación y test de mecanismo oral periférico.
 Elaborado por: las autoras



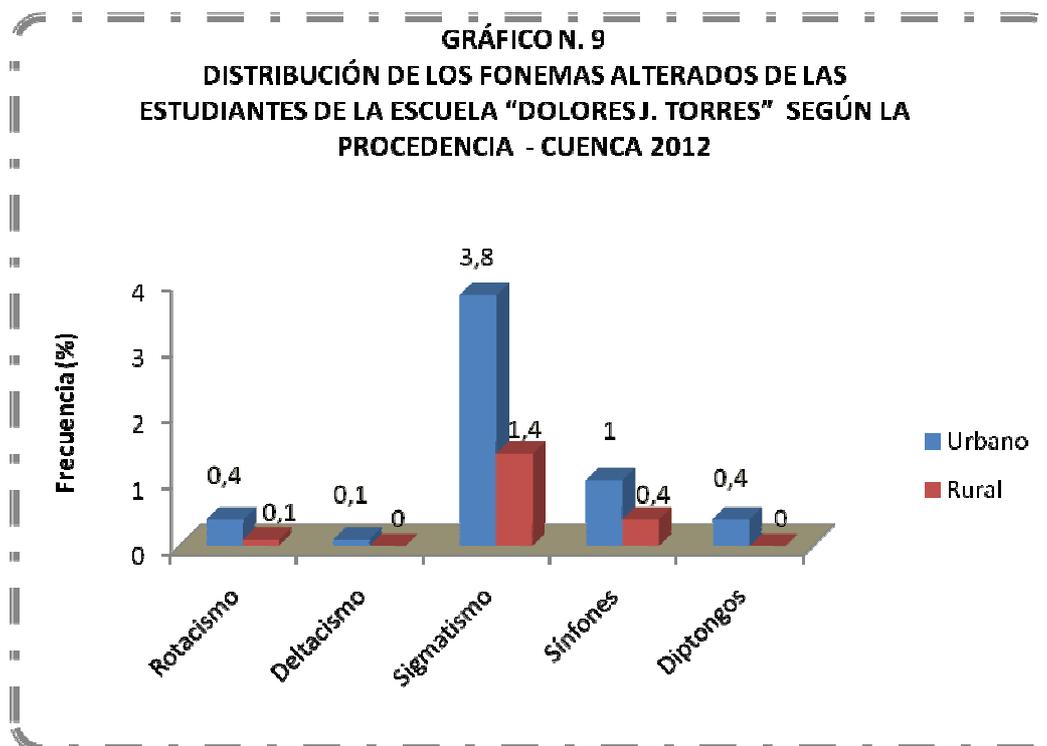
Fuente: Test de articulación y test de mecanismo oral periférico.
 Elaborado por: las autoras

El 1,3% de las niñas presentaron disglosia dental (alteración de la anatomía de los dientes que afecta a la articulación).

TABLA N. 9
DISTRIBUCIÓN DE LOS FONEMAS ALTERADOS DE LAS ESTUDIANTES
DE LA
ESCUELA “DOLORES J. TORRES” SEGÚN LA PROCEDENCIA - CUENCA
2012

<i>Procedencia</i>	<i>Rotacismo</i>		<i>Deltacismo</i>		<i>Sigmatismo</i>		<i>Sínfonos</i>		<i>Diptongos</i>	
	<i>Frec.</i>	<i>(%)</i>	<i>Frec.</i>	<i>(%)</i>	<i>Frec.</i>	<i>(%)</i>	<i>Frec.</i>	<i>(%)</i>	<i>Frec.</i>	<i>(%)</i>
Urbano	3	0,4	1	0,1	26	3,8	7	1	3	0,4
Rural	1	0,1	0	0	10	1,4	3	0,4	0	0
Sin trastorno	689	99,5	692	99,9	657	94,8	683	98,6	690	99,6
Total	693	100	693	100	693	100	693	100	693	100

Fuente: Datos personales y test de articulación.
 Elaborado por: las autoras



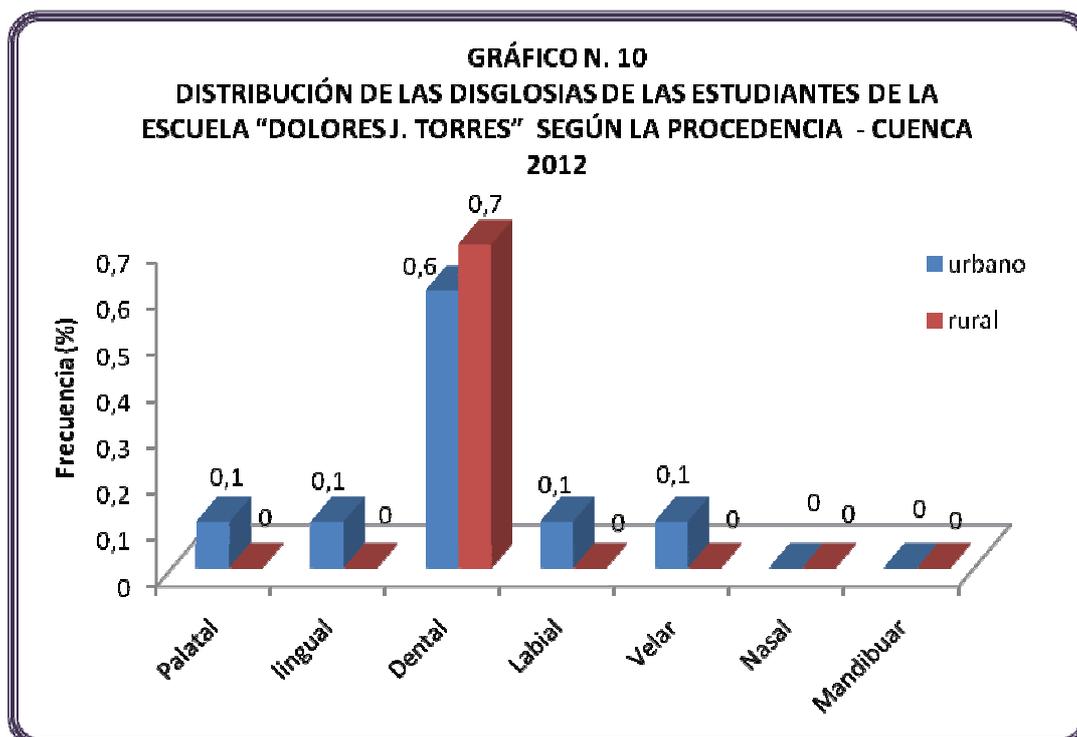
Fuente: Datos personales y test de articulación.
 Elaborado por: las autoras

El sigmatismo es más frecuente en el área urbana (3,8%)

TABLA N. 10
DISTRIBUCIÓN DE LAS DISGLOSIAS DE LAS ESTUDIANTES DE LA
ESCUELA
“DOLORES J. TORRES” SEGÚN LA PROCEDENCIA - CUENCA 2012

Procedencia	Palatal		Lingual		Dental		Labial		Velar		Nasal		Mandibular	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Urbano	1	0,1	1	0,1	4	0,6	1	0,1	1	0,1	0	0	0	0
Rural	0	0	0	0	5	0,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin trastorno	692	99,9	692	99,9	684	98,7	692	99,9	692	99,9	693	100	693	100
Total	693	100	693	100	693	100	693	100	693	100	693	100	693	100

Fuente: Test de articulación y test de mecanismo oral periférico.
 Elaborado por: las autoras



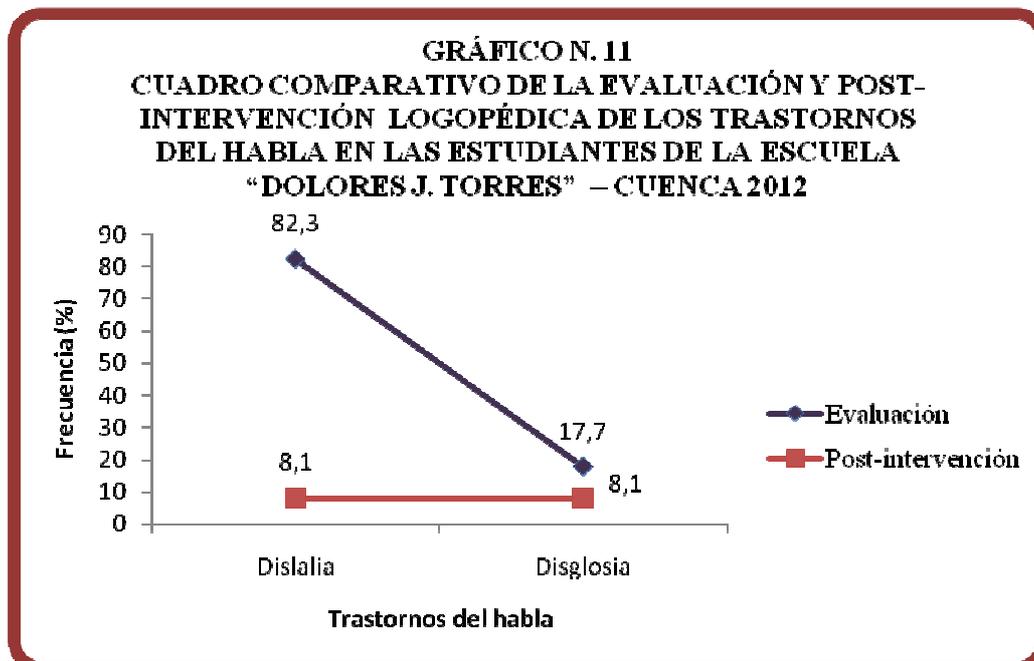
Fuente: Test de articulación y test de mecanismo oral periférico.
 Elaborado por: las autoras

La disglasia dental es mas frecuente en el área rural (0,7 %).

RESULTADOS LUEGO DE LA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA
TABLA N. 11
CUADRO COMPARATIVO DE LA EVALUACIÓN Y POST-INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA “DOLORES J. TORRES” SEGÚN REEVALUACIÓN – CUENCA 2012

<i>Trastornos del habla</i>	<i>Evaluación</i>		<i>Post-intervención</i>			
	<i>Presentan trastorno</i>		<i>SUPERADO</i>		<i>NO SUPERADO</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>(%)</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>(%)</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>(%)</i>
Dislalias	51	82,2	46	74,1	5	8,1
Disglosias	11	17,8	6	9,7	5	8,1
Total	62	100	52	83,8	10	16,2

Fuente: Test de mecanismo oral periférico y test de articulación.
Elaborado por: las autoras



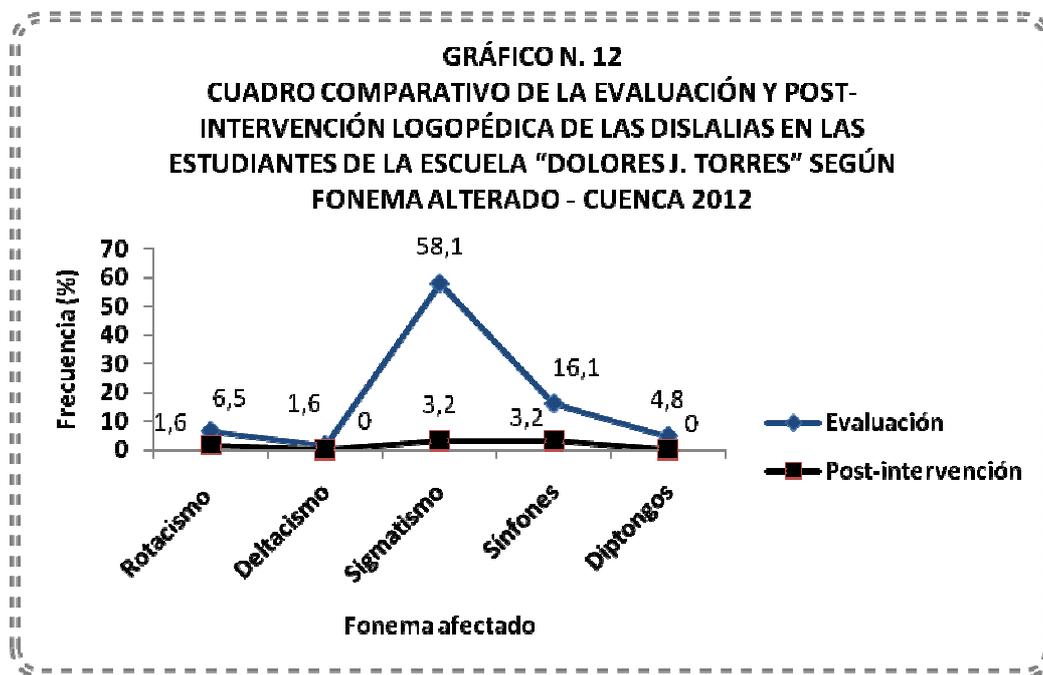
Fuente: Test de articulación y test de mecanismo oral periférico.
Elaborado por: las autoras

Luego de la intervención logopédica, la dislalia disminuyó del 82,3% al 8,1%, y la disglosia del 17,7 % al 8,1%.

TABLA N. 12
CUADRO COMPARATIVO DE LA EVALUACIÓN Y POST-INTERVENCIÓN
LOGOPÉDICA DE LAS DISLALIAS EN LAS ESTUDIANTES DE LA
ESCUELA “DOLORES J. TORRES” SEGÚN FONEMA ALTERADO -
CUENCA 2012

<i>Fonema alterado</i>	<i>Trastornos del habla</i>		<i>Superados</i>		<i>No superados</i>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Rotacismo	4	6,5	3	4,8	1	1,6
Deltacismo	1	1,6	1	1,6	0	0
Sigmatismo	36	58,1	34	54,8	2	3,2
Sínfonos	10	16,1	8	12,9	2	3,2
Diptongos	3	4,8	3	4,8	0	0
Total	54	87,1	49	79	5	8,1

Fuente: Test de articulación y test de mecanismo oral periférico.
 Elaborado por: las autoras



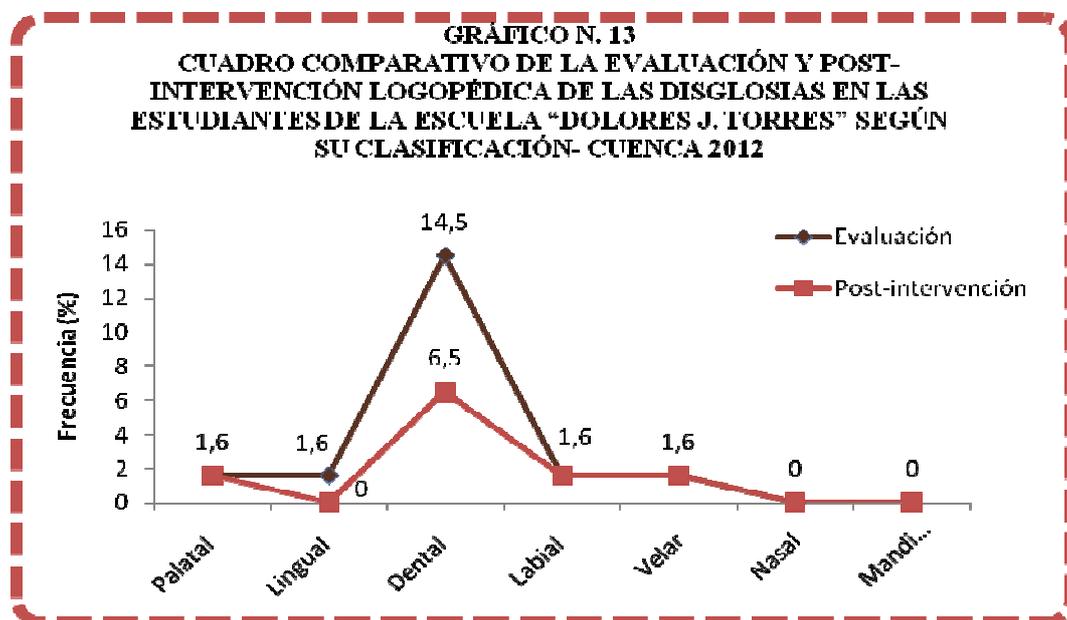
Fuente: Test de articulación y test de mecanismo oral periférico.
 Elaborado por: las autoras

Luego de la intervención logopédica el sigmatismo del 58,1 % disminuyó al 3,2%, y el deltacismo y la alteración en los diptongos se superó completamente.

TABLA N.13
CUADRO COMPARATIVO DE LA EVALUACIÓN Y POST-INTERVENCIÓN
LOGOPÉDICA DE LAS DISGLOSIAS EN LAS ESTUDIANTES DE LA
ESCUELA “DOLORES J. TORRES” SEGÚN SU CLASIFICACIÓN- CUENCA
2012

<i>Clasificación</i>	<i>Trastornos del habla</i>		<i>Superados</i>		<i>No superados</i>	
	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>
Palatal	1	1,6	0	0	1	1,6
Lingual	1	1,6	1	1,6	0	0
Dental	9	14,5	5	8,1	4	6,5
Labial	1	1,6	0	0	1	1,6
Velar	1	1,6	0	0	1	1,6
Nasal	0	0	0	0	0	0
Mandibular	0	0	0	0	0	0
Total	13	21	6	9,7	7	11,3

Fuente: Test de articulación y de mecanismo oral periférico.
 Elaborado por: las autoras



Fuente: Test de articulación y mecanismo oral periférico.
 Elaborado por: las autoras

La disglosia palatal, velar y labial no se superó, en la lingual las niñas superaron completamente el problema y la disglosia dental disminuyó del 14,5% al 6,5%.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

Se evaluaron a 693 niñas de la escuela “Dolores Josefina Torres”, en el período febrero – julio 2012, obteniéndose los siguientes resultados:

- El 73,9 % de las niñas pertenecieron al área urbana, la edad media fue de 8,3 con un desvío estándar de +- 1,7%.
- Luego de la aplicación de los test de articulación y mecanismo oral periférico el 7,4% de las niñas presentaron dislalia, el 1,5% disglosia y no existieron casos de disfemia y disartria, la dislalia fue más frecuente en el área urbana (5,3%), mientras que la disglosia en el área rural (1%).
- La dislalia se presenta con mayor frecuencia entre las edades de 6 a 11 años (6,9%) y la disglosia entre 6 y 7 años (1,3%).
- Dentro de las dislalias, el 5,2% de las niñas presentaron sigmatismo (alteración en el fonema /s/), el 1,4% alteración en los sínfonos (/pl/, /bl/, /cl/, /gl/, /fl/, /pr/, /br/, /cr/, /gr/, /fr/).
- Dentro de las disglosias, el 1,3% de las niñas presentaron disglosia dental (alteración de la anatomía de los dientes que afecta a la articulación).

Luego de la intervención logopédica a las 62 niñas, se obtuvieron los siguientes resultados:

- La dislalia disminuyó del 82,3% al 8,1%, y la disglosia del 17,7 % al 8,1%.
- El sigmatismo del 58,1 % disminuyó al 3,2%, y el deltacismo y la alteración en los diptongos se superó completamente.
- La disglosia palatal, velar y labial no se superó, en la lingual las niñas superaron completamente el problema y la disglosia dental disminuyó del 14,5% al 6,5%.
- La intervención logopédica es una herramienta importante, puesto que mediante su aplicación disminuyó los trastornos del habla en las niñas.



RECOMENDACIONES

- Orientar a los docentes de las instituciones educativas, en especial a los que están en relación directa y continua con los niños que presentan algún tipo de trastorno del habla, sobre la importancia de la detección y rehabilitación fonoaudiológica.
- Concientizar a la población sobre la necesidad de un conocimiento sobre las causas que pueden generar dichos trastornos para así evitar dificultades futuras en el aprendizaje
- Educar a la familia de los niños y niñas que adolecen de estos trastornos acerca de cómo deben ser tratados y estimulados en su habla dentro del hogar.



GLOSARIO

- **Adición:** Fonema intercalado junto a otro que no corresponde a la palabra.
- **Anastomosis:** Es una conexión creada entre dos estructuras. Comúnmente se refiere a la conexión creada mediante cirugía entre estructuras como los vasos sanguíneos.
- **Aponeurosis palatina:** Hoja fibrosa, en la parte anterior del paladar blando, derivada de los tendones de los dos músculos tensores.
- **Cavum:** es la parte superior de la faringe, también conocida como nasofaringe, epifaringe o rinofaringe
- **Columela:** Porción más anterior y caudal del septum nasal, que separa la entrada de la nariz en dos vestíbulos nasales paralelos.
- **Diastema:** Se llama diastema al pequeño espacio entre dos dientes
- **Dislalia Funcional:** Es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje, por una función anómala de los órganos periféricos.
- **Estomodeo:** Invaginación del ectodermo situada en el intestino anterior del embrión en desarrollo que dará origen a la boca.
- **Fonema:** Unidad fonológica más pequeña en que puede dividirse un conjunto fónico.
- **Itsmo de las fauces:** Parte de la bucofaringe situada entre los pilares anteriores y posteriores del velo del paladar de ambos lados.
- **Lalofobia:** Miedo anormal de hablar que suele asociarse con tartamudez.
- **Logopeda:** especialista que trata de prevenir, investigar y tratar los trastornos de la voz, el habla y el lenguaje oral, escrito y gestual.
- **Movimientos espasmódicos:** Es una afección en la cual los movimientos involuntarios, incontrolables y rápidos; interrumpen el movimiento o la postura normal.



- **Nistagmus:** Es un movimiento involuntario e incontrolable de los ojos. El movimiento puede ser horizontal, vertical, rotatorio, oblicuo o una combinación de estos.
- **Paragramatismos:** Uso incorrecto de las formas gramaticales; el paciente pronuncia sílabas y palabras sin sentido e incomprensibles
- **Resonancia:** Prolongación de un sonido en el espacio una vez ha sido producido, y que disminuye gradualmente hasta desaparecer.
- **Rinoalia:** Modificación patológica del timbre de la voz y la alteración de la pronunciación de los sonidos del lenguaje debido a una perturbación de la participación normal de la cavidad nasal de los procesos de fonación y de articulación.
- **Rodete de Passavant:** Es el abultamiento que se forma en la pared posterior de la faringe a nivel del atlas durante la fonación y deglución.
- **Siringobulba:** Presencia de cavidades en el bulbo raquídeo, asociadas a deficiencias según el núcleo bulbar afectado (parastésias, atrofia lingual, anestesia, parálisis del velo del paladar, etc.).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Trastornos del habla en niños: MedlinePlus enciclopedia médica, disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001430.htm>
- (2) Psicopedagogía, Lenguaje y Pensamiento; disponible en
<http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=343>
- (3) Educación y psicología, disponible en:
http://www.down21.org/educ_psc/educacion/comunicacion/nociones.htm
- (4) TRASTORNOS DEL HABLA Y DEL LENGUAJE INFANTIL, disponible
en:<http://www.medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/123.html>
- (5) Trastornos del habla y lenguaje, disponible
en:<http://ensenemasamemas.org/SpecialNeedsDetails.asp?id=10>
- (6) Castañeda Pablo Félix, El lenguaje Verbal del Niño, disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/linguistica/leng_ni%C3%B1o/ni%C3%B1o_tras_habla.htm
- (7) PASCUAL García. La dislalia naturaleza, diagnóstico y rehabilitación. Editorial CEPE, S.A. 95 – Madrid – 6. Pag: 17
- (8) PASCUAL Garcia. La dislalia naturaleza, diagnóstico y rehabilitación. Editorial CEPE, S.A. 95 – Madrid – 6. Pag: 22
- (9) Pascual García Pilar, LA DISLALIA, editorial CEPE S.A. Pág. 28-29
- (10) Pascual García Pilar, LA DISLALIA, editorial CEPE S.A. Pág. 33
- (11) Trastornos del habla:dislalia (III), disponible en:
<http://www.bebesymas.com/desarrollo/trastornos-del-habladislalia-iii>
- (12) Dislalia, disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Dislalia>
Pascual García Pilar, LA DISLALIA, editorial CEPE S.A. Pág. 33
- (13) Perelló, J. TRASTORNOS DEL HABLA. Ed. Científico Médica- Barcelona 1973. Pág. 262
- (14) FERNANDEZ Alicia, ZÚÑIGA Marcos de León. Tratamiento de la tartamudez en los niños, programa de intervención para



- profesionales y padres. Editorial ElsevierMasson, España, S.L. 2008.
Pag: 4
- (15) A. Fernandez-Zuñiga.R. Caja. Tratamiento de la tartamudez en niños programa de intervención para profesionales y padres. Editorial ElsevierMasson, España. S.L. Pag. 10
- (16) PAUCUAL García. La dislalia naturaleza, diagnóstico y rehabilitación. Editorial CEPE, S.A. 95 – Madrid – 6. Pag: 34
- ✓ INEC, Censo de población y vivienda 2010; disponible en: <http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>
 - ✓ Cuzco Sánchez Tania. DETERMINAR LA EFICACIA DEL PLAN DE INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS DEL HABLA, EN LA ESCUELA FISCAL MIXTA “ALBERTO ANDRADE ARÍZAGA” QUE PERTENECE AL ÁREA DE SALUD # 2 DE LA CIUDAD DE CUENCA, DURANTE EL PERIODO JULIO 2010-ENERO 2011. Pág.: 1.
 - ✓ T.Navarro Tomas. MANUAL DE PTRONUNCIACION ESPAÑOLA. 6ta Edición. Madrid 1950. Editorial Tipografía FLO-REZ. Pag: 10-20
 - ✓ Pascual Garcia Pilar. LA DISLALIA. Editorial CEPE.S.A. Pag: 20-40
 - ✓ Océano. CONSULTOR DE PSICOLOGÍA INFANTIL Y JUVENIL, TRASTORNOS DEL DESARROLLO. Ediciones Océano éxito, S.A. España. Pag: 30-66
 - ✓ <http://www.bebesymas.com/desarrollo/trastornos-del-habla-tipos-de-disglosias>. 22 de Septiembre del 2011
 - ✓ Pascual García Pilar, LA DISLALIA, editorial CEPE S.A. Pág. 27-34
 - ✓ Espacio Logopédico, , La Dislalia Marco Conceptual, disponible en: http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=1138
 - ✓ AlfonsoGarcía.Página2de25
 - ✓ Sobre Disfemia, disponible en; <http://cyberpediatria.com/disfemia2.htm>



- ✓ A. Fernandez-Zuñiga.R. Caja. Tratamiento de la tartamudez en niños programa de intervención para profesionales y padres. Editorial ElsevierMasson, España. S.L.
- ✓ David H. McFariand. Atlas de anatomía en ortofonía. Ed.ELSEVIER MASSON. Año 2008.



ANEXOS

Anexo 1

Datos Personales

DATOS PERSONALES

DATOS DEL NIÑO/A:

Fecha de nacimiento: _____

Edad actual: _____

Sexo: _____

Procedencia: _____

Año escolar que cursa: _____



33. Producción de -a- entrecortada	0123
34. Reflejo del velo (vómito)	0123

DIENTES

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

OBSERVACIONES

MOVILIDAD MAXILAR

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

FUNCIONES BÁSICAS

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

OBSERVACIONES

EXAMENES DE LA FORMULACIONES LINGÜÍSTICA**RESPIRACIÓN**

47. Frecuencia respiratoria:			
48. Tipo de respiración:	costal sup	costo diafrag	abdominal
49. Simetría torácica		asimetría	
50. Obstrucción nasal:			
51. Duración:	inspiración	retención	expiración
52. Respiración sincronizada con fonación:	-a-		-i-
	-m-		-s-



Anexo 3

VALORACION DE LA ARTICULACIÓN

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

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

FONEMA	ESTÍMULO	TRANSCRIPCIÓN	OMISIÓN	SUSTITUCIÓN	DISTORSIÓN	INSERCIÓN
/m/	mano	_____	_____	_____	_____	_____
	cama	_____	_____	_____	_____	_____
/p/	pelo	_____	_____	_____	_____	_____
	Lápiz	_____	_____	_____	_____	_____
/b/	vaso	_____	_____	_____	_____	_____
	Uva	_____	_____	_____	_____	_____
/f/	foco	_____	_____	_____	_____	_____
	Café	_____	_____	_____	_____	_____
/t/	taza	_____	_____	_____	_____	_____
	Pato	_____	_____	_____	_____	_____
/d/	dedo	_____	_____	_____	_____	_____
	Helado	_____	_____	_____	_____	_____
	Pared	_____	_____	_____	_____	_____
/n/	nariz	_____	_____	_____	_____	_____
	Mono	_____	_____	_____	_____	_____
	Pan	_____	_____	_____	_____	_____
/l/	luna	_____	_____	_____	_____	_____
	Pelota	_____	_____	_____	_____	_____
	Sol	_____	_____	_____	_____	_____
/ll/	llave	_____	_____	_____	_____	_____
	Pollo	_____	_____	_____	_____	_____
/s/	sopa	_____	_____	_____	_____	_____
	mesa	_____	_____	_____	_____	_____
	bus	_____	_____	_____	_____	_____
/r/	pájaro	_____	_____	_____	_____	_____
	Collar	_____	_____	_____	_____	_____
/r/	ratón	_____	_____	_____	_____	_____
	Perro	_____	_____	_____	_____	_____
/y/	payaso	_____	_____	_____	_____	_____
	Yoyo	_____	_____	_____	_____	_____
/k/	casa	_____	_____	_____	_____	_____
	Boca	_____	_____	_____	_____	_____
/g/	gato	_____	_____	_____	_____	_____
	Pega	_____	_____	_____	_____	_____
/j/	jabón	_____	_____	_____	_____	_____
	Ojo	_____	_____	_____	_____	_____
/ch/	chancho	_____	_____	_____	_____	_____
	cuchara	_____	_____	_____	_____	_____
/ñ/	uña	_____	_____	_____	_____	_____
	Ñaños	_____	_____	_____	_____	_____



DIPTONGOS

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

DÍFONOS

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

SÍLABAS INVERSAS

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

**Anexo 4****PLAN DE INTERVENCIÓN****Dx. Fonoaudiológico:** Dislalia**Objetivo General:** Lograr que los niños adquieran una correcta articulación de los fonemas afectados**Área:** Habla

SUBAREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	MATERIAL	EVALUACION
Respiración	Concientizar los correctos tipos y tiempos de respiración (abdominal)	Acostar a las niñas en una colchoneta o frente a un espejo y colocar una pelota en el abdomen y decir que al inspirar la pelota sube al igual que su abdomen, y al espirar sucede lo contrario. Lograr una espiración con distintas entonaciones variando el volumen.	Velas Perfumes Pitos Colchoneta Pelota	L. V.L. N.L.
Relajación	Lograr una relajación global y segmentaria.	Acostar a las niñas en una colchoneta y empezamos a relajar todo su cuerpo (piernas, brazos), con música relajante. Luego damos masajes en los músculos bucolinguofaciales, desde la parte más distal (cuello) hasta la parte proximal (labios, lengua).	Crema Aplicadores Colchoneta Música Radio	L. V.L. N.L.
Nociones espacio temporales	Concientizar las nociones de espacio y tiempo.	Indicar lo que es arriba, abajo rápido, lento, derecho, izquierdo. Decir que coloque un cubo sobre la silla, al lado, debajo, según órdenes dadas.	Silla Cubo Objetos	L. V.L. N.L.
Mecanismo oral periférico	Mejorar la motricidad de los órganos periféricos activos que intervienen en el habla.	Protrucción y retracción de labias y lengua. Lateralización y elevación de lengua. Vibración de labios y lengua. Charrasquear lengua. Acanalar lengua. Lamer chocolate.	Chocolate Paletas Espejo Ostias	L. V.L. N.L.
Discriminación Auditiva	Asociación sonido-	Mediante una canción o sonido hacer que las niñas	Instrumentos musicales	L. V.L.



	<p>imagen</p> <p>Identificar de la fuente sonora.</p> <p>Concientizar los conceptos de mayor y menor intensidad.</p> <p>Ausencia y presencia del sonido.</p>	<p>escuchen e identifiquen la imagen que corresponda.</p> <p>Hacer que los niños identifiquen la fuente sonora mediante juegos como: El vigilante. El guía.</p> <p>Por medio de la música hacer que diferencien el volumen alto y bajo. Juego del árbol.</p> <p>Escuchar la música y mover su cuerpo, al momento de que deje de sonar se quedará quieto o regresará a su aro (juego del aro)</p>	<p>Imágenes</p> <p>Pitos Instrumentos musicales</p> <p>Música radio</p> <p>Música Radio Aros</p>	<p>N.L.</p>
<p>Punto y modo de articulación</p>	<p>Concientizar punto y modo de los fonemas afectados.</p>	<p>Imitar al sonido del avión SSSS Imitar el sonido del sapo. Trote del caballo. Llevar con una paleta.</p>	<p>Ostias Mermelada Paletas Galletas</p>	<p>L. V.L. N.L.</p>
<p>Lenguaje conversacional</p>	<p>Incrementar su vocabulario comprensivo y expresivo.</p>	<p>Mediante la conversación hablar acerca de los objetos alrededor, de la familia, de los juguetes. Hacerle preguntas sencillas para provocación de respuesta.</p>	<p>Objetos Láminas</p>	<p>L. V.L. N.L.</p>



Dx. Fonoaudiológico: Disglosia

Objetivo General: Lograr en las niñas una correcta articulación del habla.

Área: Habla

SUBÁREA	DESTREZA	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACIÓN
Respiración	Concientizar los correctos tipos y tiempos de respiración (abdominal)	Acostar a las niñas en una colchoneta o frente a un espejo y colocar una pelota en el abdomen y decir que al inspirar la pelota sube al igual que su abdomen, y al espirar sucede lo contrario. Lograr una espiración con distintas entonaciones variando el volumen.	Velas Perfumes Pitos Colchoneta Pelota	L. V.L. N.L.
Relajación	Lograr una relajación global y segmentaria.	Acostar a las niñas en una colchoneta y empezamos a relajar todo su cuerpo (piernas, brazos). Luego damos masajes en los músculos bucolinguofaciales, desde la parte más distal (cuello) hasta la parte proximal (labios, lengua). Acompañado de música relajante.	Crema Aplicadores Colchoneta	L. V.L. N.L.
Mecanismo oral periférico	Mejorar la motricidad de los órganos periféricos activos que intervienen en el habla.	Protrucción y retracción de labias y lengua. Lateralización y elevación de lengua. Vibración de labios y lengua. Charrasquear lengua. Acanalar lengua. Lamer chocolate.	Chocolate Paletas Espejo Ostias	L. V.L. N.L.
Fonación	Lograr un buen funcionamiento o velar (elevación) y de las cuerdas vocales.	Mediante masajes velares, estimular al velo para su funcionamiento (elevación). Estimular con la fonación de vocales, luego son consonantes, sopló hacer que el velo se eleve.	Velas Guantes	L. V.L. N.L.



Masaje velar	Relajar al velo para mayor movilidad.	Nos colocamos un guante y empezamos a dar masajes velares circulares.	Guantes Paletas Gasa Limón	L. V.L. N.L.
Nociones espacio temporales	Concientizar nociones espacio - temporales en el niño.	Indicar lo que es arriba, abajo rápido, lento derecho, izquierdo. Decir que las niñas coloquen un cubo sobre la silla, mesa, al lado, debajo, según órdenes dadas.	Silla Cubo Objetos	L. V.L. N.L.
Punto y modo de articulación	Concientizar punto y modo de los fonemas afectados.	Imitar al sonido del avión SSSS. Imitar el sonido del sapo. Trote del caballo. Llevar con bajalenguas la lengua hacia el paladar.	Ostias Mermelada Bajalenguas Galletas	L. V.L. N.L.
Lenguaje comprensivo y expresivo	Incrementar el lenguaje del niño tanto expresivo como comprensivo.	Por medio de láminas, objetos mostrar a las niñas y hablar acerca de su funcionalidad. Luego hacerle preguntas para provocación de respuestas.	Láminas Objetos	L. V.L. N.L.

**Dx. Fonoaudiológico:** Disartria

Objetivo General: Mejorar las alteraciones manifiestas en esta patología: disfagia, resonancia, respiración, motricidad, articulación, fonación.

Área: Habla

SUBÁREA	DESTREZA	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACIÓN
Relajación	Lograr una relajación global y segmentaria.	Acostar a las niñas en una colchoneta y empezamos a relajar todo su cuerpo (piernas, brazos), con música relajante. Luego damos masajes en los músculos bucolinguofaciales, desde la parte más distal (cuello) hasta la parte proximal (labios, lengua).	Crema Aplicadores Colchoneta	L. V.L. N.L.
Respiración	Concientizar los correctos tipos y tiempos de respiración (abdominal).	Acostar a las niñas en una colchoneta o frente a un espejo y colocar una pelota en el abdomen y decir que al inspirar la pelota sube al igual que su abdomen, y al espirar sucede lo contrario. Lograr una espiración con distintas entonaciones variando el volumen.	Velas Perfumes Pitos Colchoneta Pelota	L. V.L. N.L.
MOP	Reactivar el funcionamiento de los músculos activos y pasivos que intervienen en el habla.	Protrucción y retracción de labias y lengua. Lateralización y elevación de lengua. Vibración de labios y lengua. Charrasquear lengua. Acanalar lengua. Lamer chocolate.	Chocolate Paletas Espejo Ostias	L. V.L. N.L.
Deglución	Restablecer el mecanismo de la deglución.	Limpieza de la cavidad bucal con limón y gasas. Lograr que el paciente comience a masticar alimentos semisólidos y al mismo tiempo ayudar a la deglución.	Limón Paletas Alimentos semisólidos	L. V.L. N.L..



Voz	Restablecer el funcionamiento de la cuerda afectada.	Con ejercicios de emisión de tonos prolongados (vocales) crecientes o decrecientes en una espiración. Impostación de la voz.	Espejo Vela	L. V.L. N.L.
-----	--	---	----------------	--------------------

Dx. Fonoaudiológico: Disfemia

Objetivo General: Lograr que el niño mejore la fluidez de las palabras durante la emisión del habla.

Área: Habla

SUBÁREA	DESTREZA	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACIÓN
Relajación	Mejorar el estado de relajación de los músculos bucolinguofaciales y también el estado emocional.	Acostar a las niñas en una colchoneta y empezamos a relajar todo su cuerpo (piernas, brazos), con música relajante. Luego damos masajes en los músculos bucolinguofaciales, desde la parte más distal (cuello) hasta la parte proximal (labios, lengua). Mediante actividades lúdicas lograr la relajación emocional de las niñas.	Crema Aplicadores Colchoneta	L. V.L. N.L.
Respiración	Concientizar los correctos tipos y tiempos de respiración (abdominal).	Acostar a las niñas en una colchoneta o frente a un espejo y colocar una pelota en el abdomen y decir que al inspirar la pelota sube al igual que su abdomen, y al espirar sucede lo contrario. Lograr una espiración con distintas entonaciones variando el volumen.	Velas Perfumes Pitos Colchoneta Pelota	L. V.L. N.L.
Ritmo	Adquirir ritmo y fluidez al hablar.	Con fichas de campo semántico decir el nombre y a la vez que repite se aplaude y se separa la palabra en sílabas, ejemplo: Man-da-ri-na, etc... Que imite la secuencia de sonidos que realiza el terapeuta con aplausos o instrumentos musicales.	Instrumentos musicales Fichas de campo semántico	L. V.L. N.L.
Lectura	Suprimir la tartamudez durante la lectura	Leer textos, cuentos acorde a su edad. Separar un texto en sílabas y que lea acompañando de aplausos.		L. V.L. N.L.



Anexo 5

Consentimiento de los representantes firmado.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA

Cuenca, ____ de _____ del _____

Sr. (a)

PADRE DE FAMILIA.

Ciudad.

De nuestras consideraciones:

Por medio de la presente, luego de saludarle muy cordialmente, nosotras Johanna Vanessa Ambrosi Moreira (C.I. 010442564-0) y Mayra Tatiana Bermejo Quinche (C.I. 010583617-5), solicitamos de manera muy respetuosa su consentimiento para realizar una evaluación, determinación e intervención de los trastornos del habla en caso de ser necesario.

Esperando pronta respuesta, y agradeciéndole de antemano.

SI _____ NO _____

Firma del Representante



Anexo 7

Unidad Educativa "Dolores J. Torres"

Luis Cordero 6 – 30 y Juan Jaramillo

Telf. 072 823561

Cuenca – Ecuador

Cuenca, 28 de noviembre de 2012

La suscrita Directora de la Unidad Educativa "Dolores J. Torres" a petición verbal de parte interesada

CERTIFICA

Que las señoritas Johanna Vanessa Ambrosi Moreira con cédula de identidad # 0104425640 y Mayra Tatiana Bermejo Quinche con cédula de identidad # 0105836175 , estudiantes de la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Tecnología Médica, Área de Fonoaudiología, realizaron la parte práctica en esta Institución Educativa de su tesis "EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA EN LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA "DOLORES J. TORRES" – CUENCA - ENERO - JULIO 2012", desempeñando ésta actividad con responsabilidad.

La actividad la realizaron desde el 1 de febrero hasta el 5 de julio del 2012, de 13:30 hasta 15:30, de lunes a jueves.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad, autorizando el uso del presente documento como creyeran pertinente.


Lcda. Patricia Madrid Q.



VICERRECTORA DE LA "U.E.D.J.T", sección matutina.