



RESUMEN

El objetivo de esta tesis consistió en diagnosticar y evaluar las dificultades del habla en niños/as y adolescentes de 7 a 18 años con Discapacidad Intelectual de los Centros de Educación Especial Agustín Cueva Tamariz, Centro Piloto de Integración del Azuay, Adinea, San José de Calasáñz, durante el período 2012.

Se realizó un estudio descriptivo, para determinar la frecuencia de los trastornos del habla en un universo de 249 niños y adolescentes de entre 7 y 18 años, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión y que aceptaron voluntariamente ingresar al estudio.

Para su elaboración se realizó una evaluación logopédica a través de los test de Articulación que evalúa el nivel articulatorio y los procesos de simplificación fonológica; el Test de Mecanismo Oral Periférico que valora los aspectos funcionales y los elementos interventores del aparato fonador; una valoración de la disfemia (tartamudez) para ver la fluidez verbal del sujeto; y, una ficha de observación y entrevista personal enfocada al registro de conductas de cada paciente.

La dislalia fue el trastorno del habla más frecuente con un 82,2 %, con predominio del género masculino con un 63,1%. Las edades entre los 10 y 12 años presentaron mayor prevalencia de trastornos del habla con un 36,2%; y, que estos trastornos se presentaron en niños con antecedentes familiares de dificultades del habla en un porcentaje del 19%.

PALABRAS CLAVE: DISCAPACIDAD INTELECTUAL, TRASTORNOS DEL HABLA/CLASIFICACIÓN, TRASTORNOS DEL HABLA/DIAGNOSTICO, ADOLESCENTE, NIÑO, EVALUACIÓN/MÉTODOS



ABSTRACT

The aim of this thesis was to diagnose and evaluate speech difficulties in children and youth 7-18 years with intellectual disabilities from special education centers Agustin Cueva Tamariz, Integration Pilot Center of Azuay, Adinea, San Jose de Calazan.

A descriptive study was conducted, to determine the frequency of speech disorders in a universe of 249 children and young people between 7 and 18 years, who met the inclusion and exclusion criteria and who volunteered to enter the study.

The test of Articulation was applied that had an objective to evaluate the articulator level and the presence of some phonological simplification processes in children or patients; the Test of Oral Mechanism Periphery to determine if there were problems in the structure or functioning of the speech mechanism. An assessment of stuttering to see the subject's verbal fluency, and an observation sheet and interview behaviors focused record of each patient.

The dislalia is the most common speech disorder with 82.2%, a higher percentage of speech disorders was found between the ages of 10-12 years, with 36.2% while the largest percentage of the gender is found in the male gender with 63.1%, with the lowest female gender percentage with 36.8%.

The majority of speech disorders in children and youth whose parents have only primary instruction with 44.1% in the case of parents and 55.2%, in the case of mothers.

KEYWORDS: INTELLECTUAL DISABILITIES, SPEECH DISORDERS/CLASSIFICATION, SPEECH DISORDERS/DIAGNOSIS, ADOLESCENT, CHILD, ASSESSMENT/METHODS.



INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
CAPÍTULO I	13
1.1INTRODUCCIÓN	13
1.2PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.3JUSTIFICACION.....	18
CAPÍTULO II	19
2. MARCO TEORICO	19
2.1 EL HABLA	19
2.1.1 CONCEPTO DE ARTICULACIÓN.....	20
2.1.2 ANATOMIA Y FISILOGIA DEL HABLA	21
2.1.3 PROCESO NEUROLOGICO DEL LENGUAJE Y DEL HABLA.....	24
2.1.4 NEURODESARROLLO DEL HABLA	26
2.1.5 ORGANIZACIÓN PSICO- AFECTIVA DEL LENGUAJE	28
2.1.6 CLASIFICACION DE LAS DIFICULTADES DEL HABLA.....	30
2.1.7 EVALUACION DE LAS DIFICULTADES DEL HABLA	34
2.2 DEFINICION DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL	36
2.2.1 ETIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	37
2.2.2 CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y LAS CARACTERISTICAS DEL HABLA SEGÚN EL NIVEL INTELECTUAL..	39
2.2.3 DIAGNÓSTICO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	41
2.2.4 PROCEDENCIA E INSTRUCCIÓN DE LOS PADRE DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	42
2.2.5 INFLUENCIA DEL GENERO EN LOS TRASTORNOS DEL HABLA.....	43
2.2.6 DIFICULTADES DEL HABLA Y SU INTERRELACION CON LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.	44
2.2.7 IMPLICACIONES CON OTRAS AREAS DEL DESARROLLO: COGNITIVA, SOCIAL Y EMOCIONAL DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.	48
2.2.8 LEY DE EDUCACIÓN PARA EL NIÑO CON DISCAPACIDAD ...	50
2.2.9 CENTROS DE EDUCACION ESPECIAL.....	55



CAPÍTULO III.....	58
3. OBJETIVOS.....	58
3.1 GENERAL.....	58
3.2 ESPECIFICO	58
CAPÍTULO IV.....	59
4. METODOLOGÍA	59
4.1.TIPO DE ESTUDIO	59
4.2.UNIVERSO	59
4.3.VARIABLES.....	59
4.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	59
4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	61
4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	61
4.7 PROCEDIMIENTOS, INSTRUMENTOS Y MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS	61
4.8 ASPECTOS BIOETICOS.....	64
4.9 RECURSOS	64
CAPÍTULO V.....	65
5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	65
CAPÍTULO VI.....	79
6. DISCUSIÓN	79
6.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	82
6.1.1 CONCLUSIONES.....	82
6.1.2 RECOMENDACIONES.....	84
7. GLOSARIO	85
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	88
CAPÍTULO VII.....	93
ANEXOS	93



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María Paz Cobos Guevara, autora de la tesis "DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN LOGOPEDICA DE LAS DIFICULTADES DEL HABLA EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES DE 7 A 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE ALGUNOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE CUENCA", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Fonoaudiología. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 18 de Febrero del 2013

María Paz Cobos Guevara
C.I. 010578190-0

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, María Belén Rodas Molina, autora de la tesis "DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN LOGOPEDICA DE LAS DIFICULTADES DEL HABLA EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES DE 7 A 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE ALGUNOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE CUENCA", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Fonoaudiología. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 18 de Febrero del 2013

María Belén Rodas Molina
C.I. 010367919-7

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

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

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

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María Paz Cobos Guevara, autora de la tesis “DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN LOGOPEDICA DE LAS DIFICULTADES DEL HABLA EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES DE 7 A 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE ALGUNOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE CUENCA”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 18 de Febrero del 2013

María Paz Cobos Guevara.
C.I. 010578190-0

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, María Belén Rodas Molina, autora de la tesis “DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN LOGOPEDICA DE LAS DIFICULTADES DEL HABLA EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES DE 7 A 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE ALGUNOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE CUENCA”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 18 de Febrero del 2013

María Belén Rodas Molina.
C.I. 010367919-7

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

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

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

Cuenca - Ecuador



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

**DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN LOGOPEDICA DE LAS DIFICULTADES
DEL HABLA EN NIÑOS/AS Y ADOLECENTES DE 7 A 18 AÑOS CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE ALGUNOS CENTROS DE EDUCACIÓN
ESPECIAL DE CUENCA**

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

**AUTORAS: MARÍA PAZ COBOS GUEVARA
 MARÍA BELÉN RODAS MOLINA**

DIRECTORA: LCDA. SILVIA SEMPÉRTEGUI

ASESORA: DRA. TANIA PESANTEZ

**CUENCA- ECUADOR
2013**



DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mis padres por su incondicional apoyo mantenido a través del tiempo, porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación, porque gracias a ustedes hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera.

María Paz Cobos Guevara.



DEDICATORIA

Dedico este trabajo al culminar una etapa de formación profesional a DIOS, por haberme permitido llegar hasta este punto, a mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida en cada uno de los años de estudio. A mi esposo Paul Fernández de Córdova y a mi hijo que son mi motivación para vencer los obstáculos que se presentan a lo largo de mi vida.

María Belén Rodas Molina



AGRADECIMIENTO

Con la realización y culminación de esta tesis queremos dar nuestro mayor agradecimiento a nuestra asesora y directora por todo el apoyo brindado a lo largo de la tesis, por su tiempo, amistad y por los conocimientos que nos transmitieron.

A los directores de los centros de educación especial que nos permitieron realizar la recolección de los datos necesarios.

Y sobre todo a nuestros padres que siempre nos han apoyado y motivado.

LAS AUTORAS

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Los investigadores y especialistas del lenguaje sostienen que el habla o expresión verbal es una función especial y compleja, en la que participan en forma estructurada y organizada, desde habilidades motoras automatizadas, hasta procesos cognoscitivos (conocimientos y experiencias) en progresivos y distintos niveles de abstracción.

Similarmente, la adquisición del habla es un proceso de naturaleza quizás mucho más complejo, el cual está estrechamente relacionado con la maduración del sistema nervioso, con el desarrollo cognoscitivo y socioemocional. De allí que este proceso se considera como un aspecto del desarrollo integral del niño que viene a ser, en suma, consecuencia de la interrelación de múltiples factores procedentes, por un lado, del mismo niño (endógenos) y, por otro lado, del medio ambiente en el que vive (exógenos).

Este trabajo tuvo como principal propósito diagnosticar y evaluar las dificultades del habla en niños/as y adolescentes con discapacidad intelectual ya que el pensamiento y el lenguaje constituyen una unidad. Por ello, si la capacidad mental de un niño está disminuida, repercutirá forzosamente en el lenguaje. Sin embargo, no se puede afirmar tajantemente que cuanto menor es la inteligencia mayor será el trastorno del habla, hay casos de niños con un nivel de inteligencia disminuida, y pese a ello aprenden a hablar bastante bien. En cambio, hay otros con déficit intelectual muy ligero y suelen presentar perturbaciones muy considerables del habla. (1)

Al tener los diagnósticos, obtuvimos la frecuencia de las dificultades del habla en estos pacientes, puesto que en otras investigaciones a nivel mundial se ha detallado que el 90% de los niños con discapacidad intelectual grave presentan problemas del habla, mientras que en la discapacidad intelectual leve, el 50% de niños presenta esta dificultad. (2)



Siendo la dislalia el trastorno del habla más frecuente dentro de los niños con un coeficiente intelectual dentro de los parámetros normales, quisimos saber la patología del habla más común dentro de la discapacidad intelectual.

El habla es considerada como un sistema funcional, que depende de las estructuras anatómicas que la posibilitan biológicamente y de la influencia ambiental que tenga el niño, si alguna de estas áreas está dañada, se verá afectado, pudiendo manifestarse en el caso de trastornos del habla como, dislalia, disfemia, disglosia y disartria.

Para poder diagnosticar cualquiera de estos trastornos es necesaria una evaluación detallada que consiste en una anamnesis y test adecuados para poder obtener los resultados precisos de cada niño.

Investigaciones como la de Tromner y Colombad refieren que las niñas comienzan a hablar antes que los niños y Karlin dice que el retardo en los centros de la palabra en los niños con respecto a las niñas es la causa fundamental de la mayor presencia de trastornos del habla en ellos.

La procedencia es un factor que influye en gran medida en el desarrollo intelectual del niño: las personas de zonas rurales, en su mayoría, tienen una instrucción baja sumado al hecho de ser personas pobres, pudiendo esto, frenar el crecimiento cognoscitivo de los niños al limitar la capacidad de los padres y las prácticas parentales; y, por otro lado, en las zonas urbanas, se ha visto que tanto la madre como el padre se encuentran gran parte del día trabajando por lo que no mantienen interacción ni estimulación adecuada con sus hijos, afectando gran parte de su lenguaje.

Nuestro estudio se realizó en los centros de educación especial Agustín Cueva Tamariz, Centro Piloto de Integración del Azuay, Adinea, San José de Calasanz.

La fundamentación teórica de nuestro trabajo se inicia con un enfoque a todo lo relacionado con el habla: como se produce el mecanismo del habla, sus



dificultades, evaluación, continuando con la discapacidad intelectual y su interacción con los trastornos del habla.

Los resultados se analizan con estadísticas descriptivas luego de cumplir con el objetivo de Diagnosticar y Evaluar las dificultades del habla en niños/as y adolescentes de 7 a 18 años con discapacidad intelectual.

A la finalización de este trabajo pretendemos aportar con nuestra información sobre las cifras actualizadas de pacientes que padecen dificultades del habla y discapacidad intelectual, para que cada centro proceda a una adecuada estimulación, dependiendo del diagnóstico de cada niño o joven.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (1994), aproximadamente 156 millones de personas ó 3% de la población tiene retardo mental (discapacidad intelectual). Por continentes: África (20'310,000), Asia (97'710,000), América Latina (13'800,000), Australia (525,000), Europa (15'390,000), Norteamérica (8'610,000).

La deficiencia intelectual no conoce fronteras, razas, etnias, educación, posición social o económica, pudiendo suceder en cualquier familia. Una de cada diez familias americanas es afectada directamente por el retardo mental. (3)

La discapacidad intelectual o retraso mental afecta aproximadamente al 1,5% de la población en los países con una economía consolidada, y su tasa se duplica en las regiones privadas del planeta, pudiendo llegar al 4% en países no desarrollados, según estimaciones de la OMS (2000). (4)

Las personas con discapacidad intelectual presentan síntomas, como alteración en el habla con dificultades para la pronunciación de las palabras, por lo que se ven limitadas con el pobre desarrollo del lenguaje y la falta de capacidad para una comunicación efectiva. (5)

En Ecuador según los resultados de una investigación que culminó en 1996, auspiciada por el CONADIS, INNFA y el instituto de Migración y Servicios Sociales, (IMSERSO de España) el 6% de discapacidades en niños mayores de cinco años corresponden a los trastornos del habla.

“Los niños tienen una probabilidad 3 o 4 veces mayor de presentar trastornos del Habla”

Así, las personas con capacidades diferentes, físicas y/o intelectuales, en el Ecuador superan el 13.12% de su población total. (6)



Lamentablemente en nuestra ciudad, es casi nula la investigación acerca de la problemática anteriormente referida; a lo que se suma, las pocas instituciones especializadas que brindan sus servicios a éste grupo social vulnerable y las dificultades para una intervención integral. Por esta razón, decidimos hacer un aporte al investigar la frecuencia de las dificultades del habla a través de un diagnóstico y evaluación logopédica de las mismas en niños/as y adolescentes de 7 a 18 años con discapacidad intelectual de algunos centros de educación especial de Cuenca.



1.3 JUSTIFICACION

El presente trabajo de tesis nace de la necesidad de contar con cifras, actualizadas, de pacientes que padecen dificultades del habla y discapacidad intelectual.

Consideramos que el abordaje de la problemática nos permitirá profundizar los conocimientos adquiridos en el pregrado.

El uso de los resultados del estudio así como del instrumento que fue propuesto para el diagnóstico y evaluación tuvo como beneficiarios directos a los pacientes que componen la muestra y como beneficiarios indirectos a los centros especializados donde reciben ayuda, a sus familias y a la colectividad en general.



CAPÍTULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 EL HABLA

El habla es la manera como una persona utiliza una lengua para poder comunicarse.

En lingüística se considera al habla como una selección asociativa entre imagen acústica y conceptos que tiene un hablante en su cerebro y el acto de la fonoarticulación.

“Habla: materialización individual de los pensamientos de una persona, sirviéndose del modelo o sistema que facilita la lengua. Es la actualización aquí y ahora de los fonemas de la lengua por un hablante.”

Habla o dialecto, es la conducta lingüística de un hablante individual, es dar un mensaje basado en los conocimientos y experiencias de cada individuo.

El habla es el medio oral de comunicación. El habla está compuesta de los siguientes elementos:

Articulación: la manera en que se produce los sonidos p. ej., los niños tienen que aprender a producir el sonido de la "s" para poder decir "sol" en vez de "tol".

Voz: el uso de las cuerdas vocales y la respiración para producir sonidos p. ej., se puede abusar de la voz si se la usa demasiado o si se la usa de manera incorrecta, y esto puede causar ronquera o pérdida de la voz.

Fluidez: el ritmo al hablar p. ej., la disritmia o la tartamudez pueden afectar la fluidez de expresión. El habla es la manera de expresar el lenguaje y la lengua.

(7)



2.1.1 CONCEPTO DE ARTICULACIÓN

La articulación de los fonemas es la realización individual de cada fonema de una manera correcta, es decir lograr el punto adecuado de articulación. Por lo que debemos preguntarnos si la articulación del habla es un sinónimo correcto de pronunciación del habla, a lo que respondemos que no, ya que una pronunciación correcta, incluye además de la articulación, la emisión de la voz y la entonación adecuada.

Definimos el fonema como la diversidad de sonidos que se producen con el habla y durante su transcurso. Los fonemas se clasifican según: (8)

El punto de articulación: es el que nos indica la posición y punto de contacto de los órganos fonoarticulatorios al momento de la emisión de un fonema, de esta forma podemos clasificarlos en:

Bilabiales; es el contacto entre los labios, *labio dentales*; el contacto es entre el labio inferior y los incisivos inferiores, *dentales*; contactan la lengua y los dientes, *alveolares*; contactan la lengua y los alveolos, *palatales*; contactan el dorso de la lengua con el paladar, *velares*; el contacto se produce entre el dorso de la lengua y el velo del paladar.

El modo de articulación: es el que nos indica la salida del aire durante la emisión del fonema, de acuerdo con este criterio, podemos dividirlos en:

Oclusivas; porque se produce un cierre entre los órganos articulatorios, que, al abrirse rápidamente, generan un sonido explosivo, *fricativas*; se generan por la aproximación de las estructuras orofaríngeas donde, al salir lentamente, el aire genera un sonido de roce, *africadas*; donde se produce un sonido oclusivo seguido de uno fricativo, *laterales*; cuando el aire fonado sale por ambos lados de la boca, *vibrantes*; cuando por acción de la lengua se produce una o más vibraciones en el aire exhalado, llamándose por esto: simple r o compuesta r.



La sonoridad: se refiere a la intervención o no de la vibración de las cuerdas vocales en la producción de un fonema, conociéndolas como:

Sonoras; en las que si interviene, *sordos*; cuando no hay vibración de las cuerdas.

La resonancia: nos indica por dónde se produce la salida del aire al emitir un fonema y serán:

Orales; cuando la totalidad del aire sale por la boca por obstrucción del velo del paladar hacia la nariz. Y *nasales*; cuando el velo del paladar cierra la salida del aire por la boca y el sonido formado sale por la nariz. (9)

2.1.2 ANATOMIA Y FISILOGIA DEL HABLA

La voz es un sonido que, producido por la laringe y amplificado por las estructuras de resonancia, nos permite la comunicación.

Para la producción del habla, necesitamos conocer el proceso de la producción de la voz, ya que es un sonido producido por la laringe y amplificado por las estructuras de resonancia, este proceso se inicia con la voluntad de cada persona ya que comenzamos con el deseo de emitir un sonido y este desencadena en el sistema nervioso central un gran número de órdenes que ponen en funcionamiento el mecanismo de la respiración, fonación, articulación, resonancia y expresión.

El momento en el que emitimos un sonido, las cuerdas vocales se cierran, luego, el aire que respiramos no tiene salida y crea una presión, alcanza el máximo grado y vence a dicha resistencia, pasando a través de un espacio en las que le dejan vibrar.

Aquí el aire espirado no encuentra salida y se crea una presión, cuando ésta alcanza un grado determinado, vence la resistencia de las cuerdas vocales y al pasar a través del espacio que éstas le dejan las hace vibrar, produciendo un leve sonido que será más grave según el grado de tensión a que sean



sometidas. El sonido se modificará al pasar por las cavidades de resonancia. Estas cavidades son espacios vacíos de la vía respiratoria.

Dentro de las estructuras y el funcionamiento de los diferentes niveles que intervienen en la producción de la voz, primero tenemos al cuerpo elástico que vibra son las **cuerdas vocales**, el medio elástico es el **aire** la caja de resonancia está formada por parte de la laringe y faringe, por la **boca** y por la **cavidad nasal**. La producción de la voz se realiza a partir de diferentes procesos, estos procesos son denominados niveles de producción de la voz.

Primero tenemos a la respiración, ya que este es el motor del proceso fonador, actuando estructuras infraglotticas, (pulmones, bronquios y tráquea), estructuras glóticas (cavidad nasal, bucal y faringe).

El sistema respiratorio está compuesto por la nariz, la cavidad nasal interna y senos paranasales, que tiene como función filtrar, temperar y humedecer el aire inspirado por la faringe, que es el conducto común para el aire y los alimentos, en la que se origina la voz y permite el paso de aire a los pulmones, y por la tráquea, bronquios y pulmones, dividido primero en vías respiratorias altas o superiores formados por la nariz, laringe y faringe. La segunda porción está formada por las vías respiratorias inferiores, la tráquea, los bronquios y los pulmones, los cuales son órganos propios del aparato respiratorio.

Dentro de la respiración existe el proceso de inspiración, que se produce por la contracción del diafragma que hace que éste se expanda y baje provocando que el tórax se expanda longitudinalmente. Al mismo tiempo, debido a la orientación vertical de las inserciones del diafragma en los bordes costales, su contracción también eleva las costillas. La contracción de los músculos intercostales externos, eleva las costillas aumentando la dimensión antero posterior y transversal del tórax. Esto aumenta el volumen dentro del tórax provocando que la presión en los pulmones disminuya generando un gradiente de presión entre los pulmones y el exterior lo que provoca el ingreso de aire. También está el proceso de *Espiración*, donde el diafragma se relaja volviendo a su estado original. Los músculos intercostales se contraen haciendo que la



presión de los pulmones aumente por arriba de los niveles de presión del ambiente provocando que este salga de ellos.

Una vez que el aire sale de los pulmones pasa por los bronquios y la tráquea, llegando a la laringe, donde encontramos el segundo nivel de producción de la voz.

En segundo lugar, tenemos la emisión o fonación, que corresponde a la producción de sonido utilizando el aire expulsado desde los pulmones hacia el exterior, para hacer vibrar las cuerdas vocales, ubicadas en la laringe. La laringe está situada aproximadamente a la altura de la quinta a la séptima vértebra cervical, está formada por un esqueleto cartilaginoso parcialmente calcificado en el adulto, por la presencia de varios músculos y de un gran revestimiento mucoso que tapiza su interior. En el interior de la laringe se encuentran las cuerdas vocales, que son dos músculos como dos labios horizontales situados dentro de la región glótica.

En tercer lugar, tenemos a la **resonancia**, que es el medio por el que se modifica el sonido, esta se lleva a cabo en las tres cavidades supraglóticas principales: faringe, cavidad nasal y cavidad oral, las que modifican el sonido producido por las cuerdas vocales, dando lugar al timbre de voz, la calidad vocal y el color de la voz característico de cada individuo.

Una vez que la onda sonora se ha amplificado formando lo que se conoce como voz se pasa a la producción de la articulación del sonido.

Cuarto: tenemos a la articulación, proceso mediante el cual se llegan a producir los diferentes sonidos del habla (vocales y consonantes). Esto ocurre básicamente en la cavidad supraglótica, donde existen órganos que se van a interponer al paso de la voz (labios, los dientes, la lengua y las diferentes partes del paladar: alveolo, paladar duro, paladar blando o velo). (10)



2.1.3 PROCESO NEUROLOGICO DEL LENGUAJE Y DEL HABLA

Para explicar la adquisición de articulación del habla es necesario mencionar algunos procesos como, el *proceso de recepción*: en el que se capta el mensaje por parte del sujeto que lo recibe, esta captación se hace preponderantemente por vía auditiva. Sin embargo, parece haber un alto porcentaje de captación visual del mensaje hablado.

El proceso de comprensión: Es la interpretación del mensaje recibido. Comprende el proceso de decodificación de los mensajes. Forma parte del Lenguaje Interior. *El proceso de formulación*: Es la puesta en marcha de la verbalización del pensamiento a través de sus propios engramas, tomando para engrama el concepto de Luria. Comprende el proceso de codificación de los mensajes y forma parte del Lenguaje interior y finalmente *el proceso de Expresión*, que es el medio que permite al hablante transmitir su mensaje. Es la utilización de los engramas motores y la activación de las estructuras periféricas que comprenden el lenguaje. Esto es lo que llamaremos Habla. Aquí situamos la Articulación de la palabra hablada.

La adquisición del habla es un proceso complejo, relacionado con el sistema nervioso, cognoscitivo y socioeconómico. Está compuesto por varios factores del desarrollo integral del niño y su ambiente.

El desarrollo y la adquisición del habla, desde el punto de vista anatómico y fisiológico, se da por la funcionalidad de distintos órganos con sus propias acciones y funciones. Es por eso que al habla se le considera como un sistema funcional, que depende de las estructuras anatómicas que la posibilitan biológicamente y de la influencia ambiental que tenga el niño. Siendo el medio donde vive y se desenvuelve, un aspecto importante para un buen desarrollo en su habla, sin embargo esta adquisición no se daría sin el soporte material que es el cerebro.

Si hablamos del cerebro como un aspecto importante para la adquisición del habla tenemos que comenzar por entender que, el sistema nervioso central y el



sistema nervioso periférico intervienen de manera directa e indirecta, por eso veremos que el cerebro junto con la medula espinal forma el sistema nervioso central. Y por otro lado el sistema nervioso periférico está formado por fibras nerviosas que conducen los impulsos nerviosos eferentes, que van del SNC a efectores como glándulas y músculos, siendo los nervios aferentes los que van de los receptores es decir los órganos de los sentidos hacia el SNC.

De ahí que existen varios autores, entre ellos Luria, que estudió la integración y organización del lenguaje, partiendo desde el estudio del SNC analizando el córtex cerebral asociado a la función lingüística del hemisferio izquierdo siendo este un papel fundamental en la función del lenguaje.

Este autor nos indica que la función del hemisferio izquierdo sigue el principio de lateralización por la organización del cerebro dado por la praxis, es por eso que progresivamente el hemisferio izquierdo fue adquiriendo la función del lenguaje, sin embargo existen otros órganos que también cumplen con dicha función. Es decir que, el desarrollo y la adquisición del lenguaje verbal no tienen vías limitadas, depende de todo el sistema.

Cuando imitamos palabras sin sentido, repitiendo estas en forma vacía, es porque hay varias fibras nerviosas y un centro motor que permite su estimulación para poder realizar una actividad determinada.

Primero el oído capta el estímulo, pasando al centro sensorial del cerebro, de éste al centro motor llamado área de Broca, finalmente a las vías nerviosas que llevan la información a los órganos externos de la palabra, quedando desconectado el centro de comprensión en el lenguaje sin sentido.

Al hablar del lenguaje comprensivo, el proceso va desde el centro sensorial al centro de comprensión, esto se encuentra en el área de Wernike en la zona secundaria del córtex temporal del hemisferio izquierdo donde el lenguaje verbal adquiere un significado y, para que esto sea expresado a través del habla, la información se dirige hacia el área de Broca, en la parte inferior del córtex premotor del hemisferio izquierdo (1)

2.1.4 NEURODESARROLLO DEL HABLA

Etapas Prelingüística

Desde el nacimiento hasta los 12- 15 meses el niño aprende a comunicarse especialmente con su madre, siendo esta la primera etapa de comunicación prelingüística, utilizando la entonación, intensidad y ritmo del llanto para expresar diferentes mensajes.

En el segundo mes de vida aparece el juego vocal, con repeticiones de sonidos sin sentido, como los sonidos guturales que se producen cuando el niño se encuentra en momentos de tranquilidad. Aquí el niño repite continuamente, hasta tres días los sonidos más atractivos para él. Estos sonidos son incluidos a la memoria, combinándolos con otros sonidos ya existentes o puede perderlos gracias a su sustitución, formando así nuevos sonidos. En esta etapa el niño responde a las provocaciones de su madre a través de la imitación.

Etapas del juego vocal al lenguaje

En esta etapa aparece el balbuceo, el cual en todas las culturas de los niños es del mismo modo, siendo reforzados por los adultos a través de aprobaciones, asociaciones y repeticiones. Desapareciendo los juegos vocales que no han sido estimulados. Este es un periodo de reforzamiento fonético pero aun no está al servicio del habla.

Etapas lingüística

Entre el primer año de vida y los cinco años de edad se encuentra la etapa más rica en el desarrollo del lenguaje, clasificando este periodo de adquisición de lenguaje en: Palabra- frase, que va desde el año hasta los dos años, el niño se expresa a través de la situación, la mímica y la entonación, La frase simple, que va después de los dos años de edad, las palabras van adquiriendo mayor



complejidad. El niño de cinco a siete años ya adquiere el instrumental locutivo, fonológico y gramatical muy parecido al lenguaje adulto.

El niño debe adquirir más o menos las siguientes palabras según la edad:

1 a 6 meses: 100 palabras

2 años: 300 – 400 palabras

3 años: 1200 palabras

4 años: 1800 palabras

5 años: 2400 palabras

6 años: 3200 palabras

Para adquirir un lenguaje verbal se necesita un proceso gradual y universal entre los 0 y 6 años, sin importar la cultura lingüística del niño. (11)

La /a/ casi siempre es la primera vocal adquirida, esta se obtiene con la abertura de la boca y vibración de las cuerdas vocales. Pero en el caso de las consonantes, la /p/ y la /m/ son las primeras en ser pronunciadas. Por eso las palabras papá y mamá son las combinaciones más fáciles para el niño, por la repetición silábica.

La evolución de la adquisición de los fonemas avanza según dos ejes: grave-agudo y compacto- difuso, como /p, t, k/ y las vocales /a, e, o/.

Luego se van incorporando otras vocales, algunas consonantes oclusivas sonoras /b, d, g/ las nasales /n, ñ/, las fricativas sordas /f, s, ch, j/ las laterales /l/ y la vibrante /r/.

Este desarrollo dura hasta los cinco años aproximadamente.

Para Miguel Puyuelo, el desarrollo del habla no ha terminado a los 4 años de edad. La pronunciación de algunos fonemas no es correcto, como /s, ch, j, l, r/ ya que se tiene que perfeccionar en muchos casos. En niños de 4 a 7 años la pronunciación de estos fonemas en forma aislada suele ser más fácil. No obstante, en el momento que se pronuncia con otros fonemas difíciles, el niño expresa dificultades al momento de pronunciar dicho fonema, de tal manera



que los fonemas más difíciles se van perfeccionando después de los 4-5 años de edad.(12)

2.1.5 ORGANIZACIÓN PSICO- AFECTIVA DEL LENGUAJE

Para la adquisición del lenguaje en un niño, debe efectuarse no solamente la maduración del sistema neurológico y motor que interviene en su producción, sino también un adecuado desarrollo cognitivo social y afectivo.

Desde el momento que nace, el niño se encuentra sumergido en un mundo de palabras y sonidos, sin embargo, adicionalmente, la madre también se comunica de forma preverbal con él a través del tacto, el tono de voz, la expresión facial, los cuidados, etc.

El bebé comienza la vocalización no porque la necesite para comunicarse exclusivamente, sino por el placer de hacerlo: porque quiere, porque le gusta, porque le genera placer.

A la vez quiere relacionarse con su entorno, con las personas que están junto a él, aparece la sonrisa social como primera manera de comunicación y más tarde las vocalizaciones más intencionales con las que intenta dominar su entorno.

El niño primero recibe la palabra y luego goza de ella, convirtiéndola en un instrumento de acción sobre las personas y objetos que están en su entorno.

La relación que tienen con el medio no es la misma en todos los niños, y por otra parte, no es igual la forma en que el ambiente responde; por esto el desarrollo del lenguaje puede condicionarse.

“Así un niño con, digamos, “pulsión relacional” débil pero un entorno estimulante superará quizás ese escollo y logrará un pleno desarrollo; por el contrario, un niño con “pulsión relacional” fuerte pero en un entorno indiferente hará que esa energía se disperse y detenga o lentifique su desarrollo.”



Logramos entender esto si consideramos que el lenguaje está en la naturaleza del hombre, pero no existe una construcción independiente, sino que depende de la existencia de otros, que por un lado hablen y por otro quieran escuchar lo que decimos.

Entre el bebé y su madre (y entorno) hay un intercambio constante, durante el primer año de vida se forma el modelo comunicativo del cual aparece el lenguaje.

En este periodo el desarrollo más importante es a nivel fonológico y prosódico basado en las conductas pre- verbales que recibe y ejecuta. La maduración motora le permitirá desplazamientos y manipulación con objetos, ampliando sus horizontes. Toma conciencia de su propio cuerpo y de los objetos; juega con su cuerpo y el del otro y con objetos. Todas estas actividades hacen que durante el segundo año de vida conquiste la palabra y desarrolle en mayor grado los planos semántico y sintáctico.

Alrededor de los 3 años el niño aprende el significado del “yo”, es el momento en que se afirma su personalidad y comienza a utilizar el pronombre yo para distinguirse, hasta este momento utilizaba su propio nombre, como lo hacen los adultos.

La pasión de su identidad hace que se ponga en el lugar de hablante, y también se pone en el lugar de escucha y de reversibilidad de roles. Comienza entonces a interesarse por el otro, que está siempre presente en la expresión lingüística y a partir de este intercambio se descubre a sí mismo.

Entre los 4 y 5 años busca superarse y ser mejor que el otro, se preocupa por entender el mundo que lo rodea y dominar cada vez más formas semánticas, sintácticas y pragmáticas como un medio para lograrlo.

En su afán por conocer el mundo, comienza a ejercitar las funciones metalingüísticas que le permitirán diferenciar realidad – fantasía, desprenderse del sentido literal, usar indicadores temporales, etc.



La asunción subjetiva del yo a los 3 años aproximadamente y el inicio escolar a los 5 años generan dos hitos que dividen en tres las etapas en el proceso de construcción del lenguaje.

Antes de cumplir tres años, el niño piensa que todo es de él, es el momento de la exploración de su entorno y la satisfacción de sus deseos; luego, con la “afirmación de sí”, comprende que es un ser independiente y que el lenguaje le sirve para intercambiar con el otro, uno que emite y otro que escucha y responde, comenzando a regular su conducta en base a esto.

Cuando se integra a la escuela empieza a socializar, comienza a adaptarse a la pertenencia a un grupo de pares con todas las reglas que esto supone. (9)

2.1.6 CLASIFICACION DE LAS DIFICULTADES DEL HABLA

Las dificultades del habla tienen relación con la comunicación oral. Estas disfuncionalidades van desde simples substituciones de sonido hasta la imposibilidad de expresar el lenguaje; siendo, sus principales causas: pérdida auditiva, trastornos neurológicos y/u orgánicos, discapacidad intelectual, malformaciones congénitas, trastornos psicológicos, etc.

Las principales dificultades del habla son cuatro, a saber:

Dislalia es una alteración en la articulación de los fonemas, es decir, el sujeto tiene dificultad para la pronunciación correcta de las palabras. Puede ser por la ausencia, alteración de algunos sonidos concretos o por la sustitución de éstos por otros de forma inadecuada. (13)

Se clasifica en: *Dislalia evolutiva*; se produce como una fase normal en el desarrollo del lenguaje infantil, aproximadamente entre los dos y los tres años, cuando el niño no es todavía capaz de repetir las palabras que escucha de forma correcta.



Estas dificultades se superan poco a poco y, sólo si persisten tras los cinco años, se pueden considerar trastornos.

Dislalia funcional: problemas en el aparato fonador por un mal funcionamiento de los órganos periféricos que intervienen en el habla.

Dislalia audiógenas: la audición desempeña un papel muy importante en el desarrollo del lenguaje, por lo que el niño que manifiesta una sordera o audición defectuosa presentará dificultades en la pronunciación de los fonemas y en la adquisición del lenguaje en general. La gravedad de los trastornos estará en relación con la pérdida auditiva y la capacidad del niño de compensarla. Los adultos tienen que prestar atención a los signos de alerta y ayudar al pequeño.

Además de las dislalias, estos pequeños suelen presentar alteraciones en la voz y en el ritmo del habla, síntomas que nos pueden servir de pistas para detectar la sordera.

La derivación al especialista y el consiguiente examen radiométrico nos indicará la intensidad de la pérdida y la necesidad o no de prótesis auditiva.

Dislalia Orgánica: Causada por lesiones orgánicas. Cuando es el sistema nervioso el afectado, los trastornos de lenguaje que se producen se denominan disartrias. En cambio, se las llama Disglosia si la alteración afecta a los órganos del habla por malformaciones o anomalías anatómicas de los mismos.

(14)

Según el fonema afectado, tenemos:

Sigmatismo — defecto de la pronunciación de /s/.

Gamacismo — defecto de la pronunciación de /g/, /k/.

Jotacismo — defecto de la pronunciación de /j/.

Lambdacismo — defecto de la pronunciación de /l/.

Rotacismo — defecto de la pronunciación de /r/.

Deltacismo — defecto de la pronunciación de /d/, /t/.

Betacismo- defecto de la pronunciación de /p/



Disfemia es una alteración en el ritmo del habla que se manifiesta con interrupciones en la fluidez de la palabra sin que tenga que ver con los órganos de la fonación activos o pasivos y que consiste en la repetición o alargamiento involuntarios de sonidos, sílabas o palabras; incluso, puede acompañarse de movimientos bruscos e involuntarios en todo el cuerpo.

Se clasifica en: tónica; interrupción total del habla para luego producir la salida repentina de la emisión, clónica; producida por cortas y breves contracciones bucales que dan lugar a una repetición compulsiva de vocablos, tónica – clónica; Se dan las características de las dos anteriores. Es la más frecuente.

Disglosia es una alteración de los fonemas producida por anomalías anatómicas de los órganos implicados en el habla, cuya causa puede ser orgánica o adquirida, lo que dificulta el funcionamiento lingüístico.(15)

Se clasifica en: *Disglosia labial*; Trastorno del habla debido a la alteración en la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios.

Causas: Labio o paladar hendido, frenillo labial superior hipertrófico, fisura del labio inferior, parálisis facial, macrostomia, heridas labiales, neuralgia del trigémino.

Disglosia lingual; Aquí ocurre una alteración de la articulación debido a un trastorno orgánico de la lengua .La lengua es un órgano activo de la articulación de los fonemas, con una extraordinaria sincronización de sus movimientos durante el habla. Es por esto que si hay un trastorno orgánico de la lengua puede repercutir, a la rapidez, exactitud y a la sincronización de los movimientos de la lengua. Como consecuencia nos encontramos ante una disglosia lingual.

Causas: anquiloglosia o frenillo corto, glossectomía, macroglosia, malformaciones congénitas de la lengua, parálisis uni-bilateral del hipoglosso.



Disglosia palatina; Malformaciones orgánicas del paladar óseo y del velo del paladar.

Causas: fisura palatina, fisura submucosa del paladar, paladar ojival, paladar corto, úvula bífida, velo largo, perforaciones.

Disglosia mandibular; El origen de este tipo de trastorno en la articulación de los fonemas, puede ser congénito, de desarrollo o quirúrgico, y es debido a la alteración en la forma de los maxilares. Puede haber alteración de uno o dos maxilares.

Causas: progenie, deserción de maxiliares, disostosis maxilofacial. Entre ellas están la micrognatia, recesión maxilar superior, neoplasia maligna, atresia mandibular.

Disglosia dental: Alteración en la forma o posición de las piezas dentarias. Este tipo de disglosia es producida como consecuencia de una cierta alteración en la posición o en la forma de los dientes o piezas dentarias, por lo que se produce un trastorno en la articulación del habla.

Causas: herencia, desequilibrios hormonales, alimentación, ortodoncia, prótesis. (16)

Disartria es una alteración del acto motriz del habla, producido por un daño en el control muscular, tono y movimiento de los órganos periféricos, debido a una lesión en el sistema nervioso central que afecta la articulación, la entonación, el ritmo y la acentuación.

Se clasifica en: *Disartria flácida*; Se presenta como un habla entrecortada, articula de forma imprecisa con un timbre de rinolalia abierta. Suele ser consecuencia de lesiones bucales. Es típica de la miastenia grave y de las parálisis aisladas de los últimos pares craneales; cada una de ellas con sus características clínicas, si es del vago existirá disfonía, del hipogloso habrá



fasciculaciones e imprecisión articulatoria, del frénico se encontrará respiración acortada y habla débil.

Disartria espástica; típica de las lesiones bilaterales de la corteza motora o de haces corticobulbares, se manifiestan por habla entrecortada, tono grave, poca precisión articulatoria, disfonía y ritmo lento. El paciente se atraganta y presenta disfagia. Se denomina también disartria pseudobulbar por parecerse a la bulba.

Disartria hipocinética, típica de las lesiones extrapiramidales y esta se observa en la enfermedad de Parkinson, se manifiesta como voz y habla monótona con falta de precisión silábica.

Disartria hipercinética; el habla es muy variable, cambios de volumen o de entonación, falta de sincronización entre la respiración y el habla y vocales distorsionadas.

Disartria mixta; se manifiesta por varios síntomas de los especificados en las disartrias hipocinéticas e hipercinéticas: tono grave, disfonía, monotonía, poca precisión de articulación; es típica de la esclerosis múltiple.

Atáxica o afección en el cerebelo; y, movimientos anormales o afección en el sistema extrapiramidal. (17)

2.1.7 EVALUACION DE LAS DIFICULTADES DEL HABLA

La evaluación de las dificultades del habla se realiza a través de la observación del tratante, el uso de test fonoaudiológico y de exámenes neurológicos (generalmente el electroencefalograma, las tomografías cerebrales, pruebas de organicidad).



Respecto a los test que podemos utilizar, tenemos:

Test Mecanismo Oral Periférico:

Prueba para el estudio de la fonación que incluye una valoración de los aspectos anatómicos y funcionales de los elementos interventores del aparato fonador (labios, dientes, lengua, paladar, maxilares), las funciones básicas (de deglución, masticación, succión, respiración, etc.) y formulación lingüística. (18)

Test de Articulación:

Prueba que tiene como objetivo evaluar el nivel articulatorio y la presencia de algunos procesos de simplificación fonológica, organizadas en cinco tipos de redes: sustitución, omisión, adición, distorsión e inversión, en base a la pronunciación de fonemas, de diptongos, de dífonos y de sílabas inversas.

Rango de aplicación: El test de articulación es aplicable desde que el menor tiene lenguaje y es capaz de repetir palabras. No tiene límite de edad.

Aplicación: la aplicación del test se realiza en forma individual a través de la repetición de las palabras presentadas por el examinador al niño. Resaltamos que esta prueba posee dos formas de aplicación, una larga y una resumida que nos ayuda a disminuir el tiempo de evaluación, sin perder su objetivo. En el test de articulación se puede encontrar palabras omitidas, sustituidas, distorsionadas o adicionadas en dífonos vocálicos, consonánticos y en polisílabas, este permite explorar la memoria auditiva en la repetición de frases y oraciones, además permite observar solo si el niño articula mal dicho fonema de la palabra dada, pero no permite saber si el menor usa el repertorio lingüístico que posee, además una evaluación larga inquieta o aburre al niño. Es aquí donde el Fonoaudiólogo, interpreta y da el diagnóstico.(19)

Test de Disfemia:

Prueba que evalúa la fluidez verbal, tomándose en cuenta: esfuerzo durante la articulación de los morfemas, la tensión en la articulación de los fonemas y los bloqueos espasmódicos, consistiendo en la simple expresión de palabras, lo que nos permite visibilizar dificultades en: las manifestaciones lingüísticas (aspectos fonológico-morfosintácticos, léxico-semánticos, fonéticos-prosódicos; pragmáticos); el componente psicofisiológico (respiración, muscular, sincinesias corporales; y, la estimación personal (estimación en la fluidez verbal para el sujeto y valoración personal de la condición diferente).

2.2 DEFINICION DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La Organización Mundial de Salud define a la discapacidad intelectual como limitaciones en la funcionalidad intelectual y la adaptación conductual, dada antes de los 18 años, manifestada en habilidades conceptuales, prácticas y sociales. Caracterizada por una funcionalidad intelectual inferior a la media, de la misma manera se limita en la comunicación, cuidado personal, habilidades sociales, salud, seguridad, habilidades académicas, etc. (20)

Existen dos definiciones ampliamente aceptadas de este término, la del Diagnostic and Statistical Manual (DSM) IV y la de la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

“La DSMIV utiliza el término retraso mental y requiere tres criterios: una inteligencia por debajo de la media, limitación en capacidades adaptativas e inicio antes de los 18 años.”

“La definición de la AAIDD: La AIDD recomienda el uso de discapacidad intelectual en vez de retraso mental. Aunque hace hincapié en que son sinónimos, ya que esto supone muchas consideraciones a nivel legal, en el 2007, la propia asociación Americana de retraso mental (AAMR) cambió su nombre al de asociación americana de discapacidad intelectual (AAIDD). La AIDD define la discapacidad intelectual como una limitación significativa en el



funcionamiento intelectual (razonamiento, aprendizaje y resolución de problemas) y en la conducta adaptativa, que abarca una serie de habilidades sociales y prácticas con inicio antes de los 18 años.”(21)

2.2.1 ETIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Las causas de la discapacidad intelectual son varias, entre ellas esta cualquier condición que limita al Sistema Nervioso Central en su desarrollo.

Las causas de la deficiencia intelectual se dan solo en dos terceras partes de los niños que la sufren, entre más grave sea, se puede reconocer mejor su causa.

La Asociación Americana de retardo mental agrupa tres causas: las prenatales, las perinatales, Y las posnatales.

Causas Prenatales: Las causas prenatales se producen durante la gestación, siendo diversas:

“Gametopatías: proceden del gameto femenino o masculino como son: las *Cromosomopatías* que se producen cuando hay alguna alteración en alguno de los 23 pares de cromosomas. Pueden ser alteraciones numerarias, en este caso pueden ser por exceso como la trisomía 21, Síndrome de Patau (13), Síndrome de Edwards (18) o, por defecto como el Síndrome de Turner; y también pueden ser estructurales, en la que algunos de los cromosomas a partes del mismo están dañados, desactivados o rotos, como, por ejemplo, el Síndrome de Maullido de Gato en el cromosoma 5.

Las Genopatías que son la alteración de un gen o genes localizados. Por ejemplo: Síndrome de Prader Willi (15), Síndrome de Angelman (15), Síndrome de Apert (10), Síndrome de William (7), Síndrome de X-Frágil (expresión de un triplete en un gen).”



“Las Blaustulopatías, son cualquier alteración del organismo que causan Retraso Mental y que ocurre durante las 3 primeras semanas de gestación. Se trata de un periodo de gran susceptibilidad a los agentes teratógenos (cualquier sustancia/elemento/factor que pueda ser tóxica como las drogas, el alcohol, sustancias tóxicas). El efecto del agente teratógeno es de gran impacto, de hecho, durante este periodo de gestación los abortos espontáneos son muy corrientes. Es en este periodo cuando se producen el mayor número de casos de disgracismo o espina bífida debido al ácido voltroico; en cambio el ácido fólico lo previene. También se dan los casos de mosaicismo ya que conviven dos líneas de células: una normal y una trisómica. La trisómica está determinada en algunas células pero no en todas, el número de células es muy variable.”

“Las Embriopatías, suelen suceder entre la tercera semana y la 13. Es cualquier alteración en el embrión y las causas también son agentes teratógenos.

Las Fenopatías ocurren a partir de la semana 13 y el efecto de los agentes Teratógenos depende de: la cantidad, la duración de la exposición, el momento de desarrollo del ser gestante y la vulnerabilidad del organismo que se está desarrollando.”

Infecciones como la rubéola y herpes, drogas y medicamentos como alcohol, heroína, tabaco, fármacos, etc., trastornos funcionales como la hipertensión, toxemia. Trastornos endocrinológicos como la diabetes, hipotiroidismo, hipertiroidismo, alteraciones en la placenta, Hipoxia intrauterina (esto está muy controlado), la Edad de la madre.

Causas Perinatales: Hace referencia a cualquier patología en el momento o antes del nacimiento. Por ejemplo: un embarazo de riesgo que implica sufrimiento fetal o anoxia del parto.

Las situaciones que requieren especial atención son: Bajo peso (menos de 2,5 kilogramos), Prematuridad, Gran prematuridad.



“El retardo mental también se llega a vincular con trauma cerebral durante el parto.

La lesión puede ser producida por falta de oxígeno (hipoxia), hipoglucemia o trauma físico directo, destacándose en esta categoría en uso de fórceps.”

Causas Posnatales: Hace referencia a cualquier patología después de haber nacido. Por ejemplo: la privación afectiva, daño cerebral como un traumático, malnutrición, trastornos degenerativos, ataques, toxinas, .social como falta de estimulación adecuada, enfermedad crónica, abuso y abandono infantil, violencia doméstica.

Trastornos metabólicos como la fenilcetonuria. Los niños con esta enfermedad se ha observado que presentan valores elevados de ácido fenilpirúvico e incapacidad para metabolizar la fenilalanina. Sin embargo, es relativo el nivel de discapacidad intelectual de estos niños pudiendo variar desde una discapacidad profunda hasta una discapacidad dentro de los límites normales.

Los Procesos infecciosos son la causa más frecuente de la deficiencia intelectual son las infecciones prenatales, comúnmente asociado con ceguera, sordera, desordenes en el lenguaje, mal formaciones físicas.

La meningitis, los abscesos cerebrales y la rubeola son enfermedades infecciosas más comunes que suelen darse en mujeres embarazadas.

Y por último los procesos tóxicos por plomo pueden producir lesiones neurológicas difusas. (9)

2.2.2 CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL HABLA SEGÚN EL NIVEL INTELECTUAL

Según la DSM_IV_TR, hay cuatro diferentes niveles calculados en escalas revisadas Wechsler de deficiencia intelectual. Leve con un CI de 50-55 a 70, la



deficiencia intelectual moderada CI de 35-40 a 50-55, grave con un CI de 20-25 a 35-40 y profundo con un CI de 20 o 25.(22)

La deficiencia intelectual leve, pueden llevar una vida independiente con un mínimo de ayuda externa, en muchos casos la deficiencia intelectual leve no se identifica ninguna anomalía cerebral.

Se caracteriza por la adquisición tardía del lenguaje, pero la mayoría alcanza la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana. Gran parte llegan a desarrollar una autonomía personal a todos los niveles. Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos tienen problemas específicos en la lectura y escritura. La mayoría de los que se encuentran en los límites superiores del retraso mental leve pueden desempeñar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, entre ellas los trabajos manuales.

La deficiencia intelectual moderada constituye un 10 % de la población, pueden presentar habilidades visoespaciales superiores a las del lenguaje, mientras que en otros, el patrón es inverso.

Tienen un desarrollo de lenguaje simple, el vocabulario es pobre, es decir tienen un lenguaje limitado, con escasas palabras. Tienen poco logro escolar, pueden aprender a leer y escribir pero con muchos beneficios de programas educativos.

Presentan lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. En la adquisición de la capacidad del cuidado personal y de las funciones motrices también presentan dificultades, de tal manera que algunos necesitan una supervisión permanente. Aunque los progresos escolares son limitados, cierto porcentaje aprende lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo. En la edad adulta, suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos siempre que las tareas estén cuidadosamente estructuradas y que exista una supervisión. La mayoría alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los

demás y participar en actividades sociales simples, por tanto, se considera que este grupo es físicamente autónomo, aunque difícilmente puedan conseguir una vida completamente independiente. (23)

La deficiencia intelectual grave está compuesta del 3 al 4% en la población, Tienen retraso en el desarrollo del lenguaje y en el desarrollo motor, tienen un diagnóstico temprano. Durante la adolescencia pueden llegar a usar palabras comunes en su vida cotidiana, al igual su autocuidado personal.

Tienen muchas dificultades para desarrollar las capacidades comunicativas, así como los hábitos de autocuidado. Consecuentemente, sus posibilidades de aprendizaje son enormemente limitadas. En la edad adulta precisan de una estrecha supervisión, lo que hace muy difícil conseguir cierto nivel de autonomía.

La deficiencia intelectual profunda tiene un lenguaje muy limitado, y se reduce a la comprensión de órdenes sencillas y producción de sonidos sin sentido.

La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos de comunicarse bajo formas muy rudimentarias. Requieren ayuda y supervisión constantes.

2.2.3 DIAGNÓSTICO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Para diagnosticar la discapacidad intelectual, cualquiera que sea su grado, hay que hacerlo cuidadosamente con un buen profesional experimentado, ya que un error de diagnóstico causa daños para el futuro del niño, prejuicios familiares y sociales, usando primero una buena historia clínica individual y familiar, las historia del embarazo y del parto, la consanguinidad de los padres y la presencia de trastornos hereditarios en la familia.

Además se hace un examen físico para valorar el nivel de actividad del niño y la interacción con otras personas, padres y objetos animados. Luego procedemos a un examen neurológico, muchos niños con deficiencia intelectual

grave no tienen anomalías neurológicas graves, alrededor del 25% de niños con parálisis cerebral tienen inteligencia normal. En este examen se exploran las áreas motoras, sensoriales y síndromes neurológicos.

Las pruebas de laboratorio que se realizan son los exámenes bioquímicos, serológicos, citogenéticas, como radiografías de cráneo, tomografía axial computarizada y resonancia magnética. Y por último un examen psiquiátrico, que abarca la entrevista, la historia psiquiátrica y pruebas de inteligencia y personalidad, es frecuente encontrar alteraciones en la conducta tales como hiperactividad, irritabilidad, evitación y agresividad. (24)

2.2.4 PROCEDENCIA E INSTRUCCIÓN DE LOS PADRE DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La procedencia es un factor que influye en gran medida en el desarrollo intelectual del niño, de manera que las personas de sector rural en su mayoría tienen una instrucción baja en el Ecuador, pudiendo frenar el crecimiento cognoscitivo de los niños al limitar la capacidad de los padres y las practicas parentales.

En un estudio, los niños pobres tenían menos posibilidades que aquellos que no lo eran de ser expuestos a materiales y experiencias enriquecedoras del desarrollo.

Los padres de las familias con ingresos más altos pasaban más tiempo con sus hijos, hablaban más con ellos y mostraban mayor interés en lo que tenían que decir. Los niños de estos padres tenían altas puntuaciones en pruebas de CI seis años después. Además, tenían más éxito en las escuelas que los otros niños, así como en pruebas de lenguaje y aprovechamiento. Los padres con bajos ingresos tenían un lenguaje que incluía una cantidad mucho más grande de palabras negativas tales como “alto”, “renunciar” y “no”, y los hijos de padres que hablaban así mostraron un CI y un aprovechamiento más bajos.



Los niños de hogares de clase baja y proletaria obtienen en promedio, entre 10 a 15 puntos menos que sus compañeros de edad de clase media en pruebas de CI estandarizadas. También las diferencias raciales y étnicas influyen en el desempeño intelectual.

Antes de tratar de interpretar estas diferencias de clase social, raciales y étnicas, vale la pena plantear una verdad importante, una que a menudo es pasada por alto cuando se comprueba que los niños blancos y asiáticos estadounidenses superan a sus compañeros de clases afroamericanos o hispanos en las pruebas de CI. Esta verdad es que no podemos predecir nada respecto al CI o a los logros futuros de un individuo con base en su etnicidad o color de piel.

Podemos nombrar algunos factores de Riesgo ambiental asociados con un CI bajo, por ejemplo: el niño es miembro de un grupo minoritario, la cabeza de familia está desempleada o es un trabajador con baja especialización, la madre no completo el bachillerato, el padre está ausente, la familia experimento muchos sucesos estresantes, los padres tienen valores rígidos de crianza de los niños, la madre está muy ansiosa y angustiada, la madre tiene una salud mental deficiente o un trastorno diagnosticado, la madre muestra poco afecto hacia el niño.

2.2.5 INFLUENCIA DEL GENERO EN LOS TRASTORNOS DEL HABLA

Se manifiesta que hay una relación de tres niños por cada niña afectada por trastornos del desarrollo del lenguaje y una relación de dos o tres niños por cada niña afectada de trastornos del desarrollo de la articulación.(25)

Todas las investigaciones están de acuerdo en que hay más hombres disfémicos que mujeres. Tromner y Colombad atribuyen a que el desarrollo del lenguaje es mejor en niñas y también empiezan a hablar más pronto que los niños, Karlin 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 tartamudez en ellos.



Los estudios llevados a cabo por la conocida investigadora de género Eleanor Maccoby, de la Universidad de Stanford en Palo Alto, sugieren que ya desde bebés, las niñas reaccionan más al tacto que los niños. El doctor Karl Prima afirma que las niñas empiezan a hablar antes y expresar las emociones de un modo más verbal que los niños. (26)

2.2.6 DIFICULTADES DEL HABLA Y SU INTERRELACION CON LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

“El retardo mental es fundamentalmente un problema de orden social, universal, que afecta sobre todo a la población del llamado tercer mundo.

Entre las principales dificultades del habla podemos encontrar retraso en la aparición del habla (que si bien está muy relacionado con el grado de inteligencia, podemos decir que el habla en estos niños suele aparecer entre los 30 y 36 meses de edad), dislalia y tartamudez.” (27)

El lenguaje verbal, con todos los sonidos de su lengua se obtiene alrededor de los 5- 6 años de edad. Hay algunos fonemas difíciles de discriminar y se necesitan más tiempo para una adecuada pronunciación, como es en el caso de las fricativas frontales. Al igual que otros grupos consonánticos más complejos, presentando omisiones y sustituciones.

Después de los 6 años hay una mejoría de la producción de las consonantes como ch», «j», «s», «z», «l» y «r».

Por ello, la mala pronunciación muchas veces es común hasta los 7 años de edad.

Algunos estudios sobre el lenguaje de los sujetos con discapacidad intelectual ha conducido al establecimiento de niveles altos de competencia comunicativa de cada rango de conciencia intelectual en el caso de haber estado sometido a una educación correcta. Estos aspectos positivos de la comunicación, dependientes de la educación recibida, pueden obtenerse una vez alcanzada la

pubertad considerando que las personas con discapacidad intelectual pueden mejorar su lenguaje hasta los treinta años.

Evans (1971) analizó la muerte del lenguaje espontáneo obtenida en un grupo de 101 adolescentes y adultos con discapacidad intelectual de ambos sexos, hallando que las capacidades lingüísticas de los sujetos con edades cronológicas entre 17 y 31 años eran superiores al grupo de sujetos con edades comprendidas entre los 8 y 16 años.

Rondal y Sohier ponen de manifiesto en sus estudios que existe un crecimiento lingüístico en los sujetos con discapacidad intelectual entre los 12 años y la edad adulta. Las implicaciones educativas de este crecimiento del lenguaje entre la infancia y la edad adulta, opuesto a la noción de un periodo crítico para la adquisición del lenguaje en los deficientes mentales, son evidentes.

El lenguaje es una de las funciones más afectadas en los niños con discapacidad intelectual. El 90% de los niños con discapacidad intelectual grave presentan problemas del habla, mientras que en la discapacidad intelectual leve, el 50% de niños presenta esta dificultad.

Estos niños siguen las mismas fases del desarrollo del lenguaje que un niño normal, solo que más lento, pudiendo no alcanzar un correcto lenguaje.

Los niños con discapacidad intelectual tienen un lenguaje parecido al de sus contrapartes normales de menor edad. Se han visto algunas diferencias en la gramática y la utilización del lenguaje. Al parecer los niños con discapacidad intelectual hacen menos preguntas que los niños normales.

El marcado retraso y las lentitudes del desarrollo léxico de las personas con discapacidad intelectual parecen deberse según Rondal y Lambert a las causas siguientes:

Dificultad en la captación y relación entre objetos, personas, situaciones, acontecimientos y las palabras que los simbolizan, además debido a un déficit



en la retención de estas mismas relaciones, presentan dificultad en la memoria a corto plazo de estímulos captados a través del canal auditivo, dificultad en la captación de la composición fonológica de la palabra para que signifique el referente, déficit en la aprehensión del referente extrínseco o su representación mental.

Otra de las causas por las que se da un retraso marcado en el desarrollo léxico de las personas con discapacidad intelectual es un retraso en la atribución a los referentes, es decir la inserción del objeto, de la persona o del acontecimiento en un marco espacio- temporal, un retraso en el desarrollo de la capacidad de representar algo en general y en particular, como juegos simbólicos y sustitutivos.

La atención auditiva es una causa muy común de retrasos del lenguaje, en la que se basa el aprendizaje verbal del niño y que está más alterada que la atención.

El proceso del desarrollo semántico estructural en los niños con deficiencia intelectual es el mismo que en los niños normales, ya que llega al mismo tipo de organización semántica, aunque es más lento con un intervalo de tiempo más largo. La captación de un mensaje verbal es mucho mayor en niños con deficiencia intelectual si es que se asocia con una imagen visual.

Con respecto al proceso del desarrollo morfosintáctico, los niños presentan un notable proceso en este sector, plantean problemas delicados a los sujetos con deficiencia intelectual en la adquisición y uso de los morfemas gramaticales, incluso su retraso supera lo que podría esperarse sobre la edad mental.

En los retrasos moderados y severos, es muy probable que el desarrollo morfológico se quede incompleto, especialmente en el campo de las flexiones verbales.

En cuanto a los aspectos sintácticos, los niños con deficiencia intelectual moderados y severos utilizan con menos frecuencia toda una serie de



estructuras sintácticas y estas estructuras están menos estabilizadas en su actuación lingüística.

En los aspectos comprensivos presentan las siguientes características:

Solo comprenden estímulos auditivos cuando están apoyados a un contexto ambiental conocido y en una situación esperada, muchas veces su comprensión auditiva la hacen basándose en el ritmo y melodía afectiva y emocional de la frase de una manera más abundante de la que se puede esperar en casos de evolución emocional del lenguaje, reaccionan muy bien si se apoyan en imágenes visuales, hay más capacidad de asociación que de recuerdo.

Los niños con deficiencia intelectual captan bien algunas palabras de toda la frase, pero el resto lo suelen adivinar por el contexto cuando éste es muy familiar, otras veces suelen realizar una capacitación selectiva en función de sus propios intereses o necesidades específicas de la situación o de las cosas que resultan más familiares.

Las perturbaciones fonéticas y fonológicas le van a impedir la comprensión exacta del mensaje.

Presentan dificultades para comprender las frases negativas. Así como captar dos frases a la vez o una frase compleja por tener varias ideas.

Estos niños no utilizan la organización verbal, al menos que hayan sido entrenados para ello.

En los aspectos sobre la expresión verbal tenemos las siguientes:

En el caso del desarrollo intelectual muy bajo, no intentan comunicarse verbalmente, aunque cuando lo hacen se apoyan en gestos, sonidos asociados y muy cargados emocionalmente.



La mayoría utilizan un habla infantil para manifestar sus necesidades más básicas, algunos de ellos conocen objetos y personas y sin embargo no los nombran si no se les indica que lo hagan, es muy frecuente que nombren a los objetos o acciones en forma infinitiva.

Mantienen frases muy simples, mal coordinadas, y mal estructuradas gramaticalmente.

Los adolescentes con deficiencia intelectual son unos comunicantes muy malos, encontrándose con las mayores dificultades en la codificación, es decir, son poco precisos en sus descripciones, es decir no transmiten los indicios adecuados, existe una comunicación egocéntrica, según la cual son incapaces de tener en cuenta el punto de vista de su interlocutor en el intercambio verbal.

2.2.7 IMPLICACIONES CON OTRAS AREAS DEL DESARROLLO: COGNITIVA, SOCIAL Y EMOCIONAL DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

En los niños y adolescentes con deficiencias intelectuales se encuentran afectados todas las operaciones intelectuales, es decir estas están lentificadas y este hecho influye sobre todo en el desarrollo lingüístico, el desarrollo del lenguaje tiene mucha importancia en los niños con deficiencia intelectual, el aprendizaje de los niños y adolescentes con deficiencia intelectual esta favorecido por el reforzamiento verbal, debido a que la verbalización conduce a una asimilación conceptual más estable y duradera.

La palabra no es simplemente una imagen auditiva, motriz o visual que ha llegado a ser el estímulo condicionado capaz de provocar respuesta que el objeto concreto o estímulo incondicionado. La construcción mental que corresponde realmente al significado de la palabra en el sujeto con deficiencia intelectual, solo llega a realizarse de manera restringida. Concluimos, no se puede aprender hablar si no se puede aprender a pensar, habrá que reestructurar las experiencias afectivo-perceptivo-motrices del sujeto con deficiencia intelectual para que pueda alcanzar la intención significativa que se



expresa en el símbolo verbal ya que el aprendizaje del lenguaje implica una estructuración de los datos de la experiencia.

Con respecto al área socioemocional, se pueden establecer en general ciertas características en el plano de lo socio-emocional.

Los niños y adolescentes graves y profundos se relacionan fundamentalmente con los adultos, no suelen jugar ni relacionarse con otros niños, no sonríen ni lloran por necesidades propias. Con relación a la comunicación generalmente no pueden comunicarse siendo frecuentes los sonidos interactivos sin intencionalidad expresiva.

Los niños y adolescentes moderados suelen relacionarse con otros niños, con los que a veces juegan, aunque no se someten a las reglas del mismo. Por lo general juegan solos, incluso cuando están con otros. Suelen ser cariñosos y necesitados de cariño, aunque sus afectos son poco estables y limitados a las personas con las que mantienen un contacto permanente. Suelen ser inestables y con bajo nivel de tolerancia a la frustración. Con respecto a la comunicación, llegan a adquirir un lenguaje oral, aunque incorrecto, y de sintaxis simplificada, es decir de frases de tres o más palabras que forman una oración, su vocabulario se relaciona fundamentalmente con necesidades básicas.

Los niños y adolescentes de grado leve, suelen relacionarse con adultos y niños, participan en actividades de grupo. En los juegos no son muy buenos, su comportamiento general está condicionado por el tipo de pensamiento por lo que su personalidad está sometida a sus propios conflictos y modo de relacionarse. El intercambio afectivo es poco expresivo y las frustraciones afectivas mal asimiladas. En su comunicación, adquieren un lenguaje oral completo, aunque con ciertas dificultades en la construcción gramatical. Construyen y unen oraciones de 5/6 palabras o más. Pueden tener dificultades en concordancias y pronunciación correcta de ciertas palabras a causa de dislalias de tipo funcional que superan con atención especializada.

Los trastornos del lenguaje y la deficiencia intelectual ejerce una influencia negativa en el desarrollo socioemocional del niño y adolescente al mantenerla bajo la dependencia de los adultos y al dificultarle la racionalización de la conducta. Al no poder hacerse comprender o temer a la burla de los demás, no habla correctamente, queda recluido a su medio familiar donde únicamente se le comprende, esto dificulta su socialización y autonomía. Sus padres a menudo hablan por él no solo porque temen que su hijo no se desenvuelva por sí solo, sino, porque no quieren que los demás se den cuenta de su deficiencia intelectual.

Las dificultades lingüísticas propician la timidez y la agresividad. La dificultad de explicar a otros o de explicarse a sí mismo sus sentimientos, sus deseos, temores, las deja en mano de la impulsividad y del capricho. La imposibilidad de verbalizar emociones e instintos, impide tomar conciencia de ello y por tanto socializarse. Se comporta como un niño pequeño que obedece simplemente a los impulsos primitivos no socializados ni racionalizados.

Los psicólogos soviéticos, han señalado la importancia del lenguaje como medio de regulación del comportamiento. En un primer momento es el adulto, mediante la instrucción verbal, el que regula el comportamiento del niño. Pronto adquiere el dominio de la posibilidad de organizar sus acciones, comienza a representarse el mismo la imagen de su acción futura. El lenguaje dirigido como un mandato a sí mismo, a medida que el niño desarrolla, muy rápidamente llega a ser el medio más importante de regulación de su propio comportamiento.

2.2.8 LEY DE EDUCACIÓN PARA EL NIÑO CON DISCAPACIDAD

“Artículo 27.- Derecho a la educación.- el estado garantizara a las personas con discapacidad el derecho de acceder, permanecer y culminar dentro del Sistema Nacional de Educación y del Sistema de Educación Superior, para obtener educación, formación y/o capacitación, asistiendo a clases en un establecimiento educativo especializado o un establecimiento de educación escolarizada, según el caso.

Artículo 28.- Educación inclusiva.- La autoridad educativa nacional implementará las medidas pertinentes, para promover la inclusión de estudiantes con necesidades educativas especiales que requieran apoyos técnico- tecnológico y humanos, tales como personal especializado, temporales o permanentes y/o adaptaciones curriculares y de accesibilidad física, comunicacional y espacios de aprendizaje, en un establecimiento de educación escolarizada.

Para el efecto, la autoridad educativa nacional formulará, planificará, ejecutará y evaluará el Plan Anual de Adaptación Curricular para ser cumplido por el personal docente educativo, el mismo que se presentará treinta días antes del inicio del año lectivo.

Artículo 29.-Evaluación para la educación especial.- el ingreso o la derivación hacia establecimientos educativos especiales para personas con discapacidad, será justificada única y exclusivamente en aquellos casos, en que luego de efectuada la evaluación integral, previa solicitud o aprobación de los padres o representantes legales, por el equipo multidisciplinario especializado en discapacidades certifique, mediante un informe integral, que no fuere posible su inclusión en los establecimientos educativos regulares.

La evaluación que señala el inciso anterior será base sustancial para la formulación del plan de educación considerando a la persona humana como su centro.

La conformación y funcionamiento de los equipos multidisciplinarios especializados estará a cargo de la autoridad educativa nacional, de conformidad a lo establecido en el respectivo reglamento.

Artículo 30.- Educación especial y específica.- El Consejo nacional de igualdad de discapacidades coordinará con las respectivas autoridades competentes en materia de educación, el diseño, la elaboración y la ejecución de los programas de educación, formación y desarrollo progresivo del recurso humano necesario

para brindar la atención integral a las personas con discapacidad, procurando la igualdad de oportunidades para su integración social.

La autoridad educativa nacional proveerá los servicios públicos de educación especial y específica para aquellos que no puedan asistir a establecimientos regulares de educación, en razón de la condición funcional de su discapacidad. La autoridad educativa nacional garantizará la educación inclusiva, especial y específica, dentro del Plan Nacional de Educación, mediante la implementación progresiva de programas, servicios y textos guías en todos los planteles educativos.

Artículo 31.-Capacitación y formación a la comunidad educativa.- La autoridad educativa nacional propondrá y ejecutará programas de capacitación y formación relacionados con las discapacidades en todos los niveles y modalidades del sistema educativo.

La autoridad sanitaria nacional podrá presentar propuestas a la autoridad educativa nacional, a fin de coordinar procesos de capacitación y formación en temas de competencia del área de salud, como la promoción y la prevención de la discapacidad en todos los niveles y modalidades educativas.

Artículo 32.- Enseñanza de mecanismos, medios, formas e instrumentos de comunicación.- La autoridad educativa velará y supervisará que los establecimientos educativos públicos y privados, se implemente la enseñanza de los diversos mecanismos, medios, formas e instrumentos de comunicación para las personas con discapacidad, según su necesidad.

Artículo 33.- Accesibilidad a la educación.- La autoridad educativa nacional en el marco de su competencia, vigilará y supervisará en coordinación con los gobiernos autónomos descentralizados, que las instituciones educativas escolarizadas y no escolarizadas, especial y de educación superior, públicas y privadas, cuenten con infraestructura, diseño, adaptaciones físicas, ayudas técnicas y tecnológicas para las personas con discapacidad; adaptación curricular; participación permanente de guías intérpretes, según la necesidad y



otras medidas de apoyo personalizadas y efectivas que fomenten el desarrollo académico y social de las personas con discapacidad.

La autoridad educativa nacional garantizara que en las escuelas públicas especiales y regulares, se entregan de manera gratuita textos y materiales en sistema Braille así como del aprendizaje de la lengua de señas ecuatoriana y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas.

Artículo 34.- Equipos multidisciplinarios especializados.- La autoridad educativa nacional garantizara en todos sus niveles la implementación de equipos multidisciplinarios especializados en materia de discapacidades, quienes deberán realizar la evaluación, seguimiento y asesoría para la efectiva inclusión, permanencia y promoción de las personas con discapacidad dentro del sistema educativo nacional.

Artículo 35.- Educación-participativa.- La autoridad educativa nacional y los centros inclusivos, especiales y regulares, deberán involucrar como parte de la comunidad educativa a la familia y/o a las personas que tengan bajo su responsabilidad y/o cuidado a personas con discapacidad, en la participación de los procesos educativos, desarrollados en el área de discapacidades.

Artículo 36.- Inclusión étnica y cultural.- La autoridad educativa nacional velara que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de desarrollar los procesos educativos y formativos dentro de sus comunidades de origen, fomentando su inclusión étnico-cultural y comunitaria de forma integral.

Artículo 37.- Formación de Transición.- La autoridad educativa nacional, desarrollara programas de acuerdo de acuerdo a las etapas de la vida para las personas con discapacidad que se formen en los centros de educación especial y regular, y, ejecutaran programas orientados a favorecer la transición de una persona que adquiriera una discapacidad en cualquier etapa de su vida.

Artículo 38.- Becas.- La autoridad educativa nacional en coordinación con el instituto Ecuatoriano De Crédito Educativo y Becas y otros organismos

relacionados, garantizaran la concesión de becas y créditos educativos a las personas con discapacidad, con enfoque de género, a sus hijas e hijos y a las personas que están a cargo de las personas con discapacidad, en todo los sistemas del sistema nacional del Ecuador.

La Secretaria Nacional de Educación Superior Ciencia y Tecnología, hará cumplir a las instituciones de educación superior públicas y privadas la concesión de becas de tercer y cuarto nivel, en sus modalidades presencial, semi-presencial y a distancia para personas con discapacidad, aplicando criterios de equidad de género.

Artículo 39.- Educación Bilingüe.- La autoridad educativa nacional implementara en las instituciones de educación especial para niños, niñas y adolescentes con discapacidad el modelo de educación intercultural y el de educación bilingüe- bicultural.

La autoridad educativa nacional asegurara la capacitación y enseñanza en lengua de señas ecuatoriana de los distintos niveles educativos, así como la promoción de la identidad lingüística da las personas sordas.

Artículo 40.- Difusión en el ámbito de educación superior.- La secretaria Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, asegurara que todas las instituciones de educación superior se transversalice el conocimiento del tema de la discapacidad dentro de las mallas curriculares de las diversas carreras y programas académicos, dirigidos a la inclusión de las personas con discapacidad y a la formación humana de las y los futuros profesionales.

Artículo 41.- Difusión en ámbito de la formación de conductores y choferes.- La autoridad nacional competente en transporte terrestre, tránsito y seguridad vial, asegurara que en todos las escuelas y centros de conducción no profesional y de choferes profesionales, se transversalice el conocimiento y el manejo del tema de la discapacidad y sus normativas vigentes en sus cursos de manejo.” (28)



2.2.9 CENTROS DE EDUCACION ESPECIAL

Asociación para el Desarrollo Integral del Niño excepcional del Azuay

“La Asociación para el Desarrollo Integral del Niño excepcional del Azuay (ADINEA), es una entidad sin fines de lucro que educa en forma integral a niños, adolescentes y adolescentes con discapacidad intelectual de 0 a 20 años, a través de sus programas de estimulación temprana, escolar y pre-talleres, con la finalidad de lograr inclusión participativa en el entorno, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

La entidad realiza además, actividades de prevención primaria de discapacidades en la población en edad fértil, con estudiantes de colegios y universitarios de carreras ligadas a la intervención social.

La entidad durante su trayectoria ha tenido grandes triunfos y satisfacciones, en la tarea de apoyar a los niños con discapacidad mental; sin embargo, ha debido también soportar serias dificultades en el ámbito económico que le han puesto en el riesgo de cerrar sus puertas. Por ello, es indispensable que las autoridades del Gobierno, responsables de su rol en la colectividad, apoyen iniciativas como la de ADINEA, en beneficio de los estudiantes que hoy acuden a sus instalaciones.” (29)

3 Instituto psicopedagógico Agustín Cueva Tamariz

Atiende a niños y adolescentes de entre 5 y 18 años, con discapacidad intelectual. El centro, está ubicado en el sector de las calles Mercedes Pozo y Francisco Estrella. .

En este establecimiento los alumnos reciben terapia ocupacional, de lenguaje y psicológica. Tienen clases especiales de música y educación física. Allí laboran 14 docentes. Es un servicio gratuito por lo que tienen gran demanda, pues llegan estudiantes incluso de sectores periféricos como las parroquias de El Valle y Cumbe. (30)



Instituto Especial San José de Calasanz

La Escuela Especial y Centro de Formación Artesanal San José de Calasanz, ubicada en Cuenca – Ecuador, es un centro que ofrece talleres artesanales y educación básica a niños y adolescentes con necesidades educativas especiales.

Se crea la Institución como Talleres Ocupacionales el 3 de julio de 1996 con la resolución No. 061-SD-DINEPP.

Ante los requerimientos de la comunidad se autoriza la creación de la Escuela Especial San José de Calasanz el 11 de junio de 1998 con la resolución No. 0042 otorgada por la Dirección Provincial de Educación y Cultura del Azuay.

En la búsqueda de mejores alternativas y oportunidades para adolescentes con discapacidad se gestiona la formación artesanal en la que intervienen tres instancias: Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo y Relaciones Laborales y la Junta Nacional de Defensa del Artesano, con la modalidad del ciclo básico artesanal, el 26 de junio 2002, Resolución Interinstitucional No. 067-JNDA-MEC-MTRH-2001, creándose de esta manera en 1996, en la ciudad de Cuenca, un Centro ocupacional para capacitar a adolescentes con discapacidad de escasos recursos económicos.

Dos años más tarde se abrió una escuela y desde el 2001 funciona un ciclo básico artesanal.

A la escuela asisten estudiantes de entre 7 y 40 años, con casos moderados de parálisis cerebral, discapacidad física, intelectual, Síndrome de Down y deficiencias auditivas, bajo la responsabilidad de 26 personas entre profesores, maestros de talleres y especialistas para los casos que exigen mayor atención y cuidado.



Los talleres de especialización son: Panadería, Marquetería y Adornos para el hogar. En los talleres de Transición a la vida joven-adulta se descubren sus inclinaciones y se perfeccionan en tres años más. (31)

Instituto Piloto de Integración del Azuay

En el Instituto Piloto de Integración del Azuay estudian niños y adolescentes con capacidades diferentes, en el horario de 08:00 a 13:00. Allí emprenden actividades académicas y reciben talleres sobre cocina, carpintería, pintura, manualidades y más.

Una profesora del Instituto Piloto de Integración, recalca que esa institución recibe a personas desde uno hasta los 20 años de edad. El objetivo principal es brindarles las herramientas necesarias para que se integren a la sociedad. (32)



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS:

3.1 GENERAL:

Diagnóstico y Evaluación logopédica de las dificultades del habla en niños/as y adolescentes de 7 a 18 años con discapacidad intelectual de algunos centros de educación especial de Cuenca.

3.2 ESPECIFICO:

- Conocer la frecuencia de las dificultades del habla en pacientes con discapacidad intelectual de los centros de educación especial antes mencionados.
- Determinar las patologías más frecuentes del habla.
- Caracterizar los resultados de las variables epidemiológicas: edad, sexo, residencia, nivel de instrucción de los padres y antecedentes familiares con las dificultades del habla.

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO:

Realizaremos un estudio de tipo descriptivo.

4.2. UNIVERSO:

Es homogéneo finito y estará constituido por 249 niños/as y adolescentes de los centros de educación especial, “Agustín Cueva Aguilar, Centro Piloto de Integración del Azuay, Adinea, San José de Calasánz”

4.3. VARIABLES:

Edad, género, Antecedentes familiares con dificultades del habla, Dificultades del habla, Nivel de instrucción de los padres, Procedencia.

4.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO DE VARIABLES	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad.	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació hasta cuando se realiza los test.	Edad cronológica o tiempo que una persona cumple a la fecha de aplicación del estudio.	Años cumplidos.	7 a 9años: 10 a 12 años: 13 a 15 años: 16 a 18 años
Género.	Diferencias biológicas y	Diferencias biológicas y	Diferencias biológicas y	M= masculino. F = femenino.



	sociales entre hombre y mujer.	sociales entre hombre y mujer.	sociales.	
Antecedentes familiares con dificultades del habla.	Familiares del niño que hayan padecido de dificultades del habla.	Familiares con dificultades del habla.	Referencia de una historia clínica.	Si No
Dificultades del habla.	Problemas en la articulación, fluidez, cognición y anatomía del habla.	Problemas en la articulación, fluidez, cognición y anatomía del habla.	Entrevista personal Test de Articulación Mecanismo Oral Periférico. Evaluación de la Disfemia	Dislalia: 1 Disglosia: 2 Disartria: 3 Disglosia: 4 Normal: 5
Nivel de instrucción de los padres	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Nivel de instrucción	Años aprobados	Primaria Secundaria Superior Ninguna
Procedencia	Origen o lugar donde vive una persona.	Lugar donde vive una persona.	Lugar donde vive	Rural Urbano

4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Ingresaron al estudio todos los niños y adolescentes de los centros de educación especial “Agustín Cueva Tamariz, Centro Piloto de Integración del Azuay, Adinea, San José de Calasánz” de 7 a 18 años que asisten regularmente a dichos centros.

4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todos los niños y adolescentes que no presentaron discapacidad intelectual, que tienen parálisis cerebral, los niños y adolescentes que no quisieron participar en la investigación, niños que no formaron parte de los centros especiales nombrados en el proyecto, que no presentaron ningún tipo de dificultad del habla y que no asistieron regularmente a los centros de educación especial.

4.7 PROCEDIMIENTOS, INSTRUMENTOS Y MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS

- Para llevar a cabo este estudio elegimos cuatro centros especiales con niños con discapacidad intelectual.
- Entrevista, autorización y firma de un consentimiento informado dirigido a los directivos de los centros de educación especial de la ciudad de Cuenca y los representantes del grupo de estudio.
- Aplicamos las pruebas fonoaudiológicas a los pacientes con discapacidad intelectual de los centros de educación especial para identificar los trastornos del habla.

La identificación de los trastornos del habla lo hicimos a través de los test de Articulación que tiene como objetivo evaluar el nivel articulatorio y la presencia de algunos procesos de simplificación fonológica en los niños o pacientes. Test de Mecanismo Oral Periférico el cual incluye

una valoración, que nos informó de algunos aspectos funcionales, de los elementos interventores del aparato fonador, una valoración de la disfemia (tartamudez) para ver la fluidez verbal del sujeto y por último, una ficha de observación y entrevista personal enfocada al registro de conductas que manifiesta el paciente desde que ingresa hasta que abandona la consulta para su evaluación.

- La aplicación del test Mecanismo Oral Periférico (MOP) se realizó con el siguiente procedimiento: Sentado frente a frente con el niño, hicimos que nos imite los movimientos y gestos indicados por el terapeuta:
 - o Primero, se evaluó la motricidad de la lengua mediante movimientos de protrucción, lateralidad, elevación, movimientos alternos de sacar y meter la lengua: lenta y rápidamente, pronunciar /la/ y /k/, hacerla vibrar, acanalarla, lamer, evaluar tamaño y temblor de la lengua.
 - o Segundo, se evaluó la motricidad de los labios con movimientos de protrucción con y sin resistencia, retracción, abrir y cerrar la boca lenta y rápidamente, hacerlo vibrar, apretar los labios, pronunciar /ma/ y /pa/; simetría y forma de los labios.
 - o Tercero, se evaluó el paladar, su simetría y forma; tamaño, forma y posición de la úvula, movilidad del velo mediante ejercicios de carraspear, toser, producción de /a/ entrecortada y reflejo de vomito.
 - o Cuarto, se evaluó los dientes, se observará su implantación, estudio y oclusión.
 - o Quinto, finalmente se evaluó la movilidad del maxilar con ejercicios de rotación, lateralización hacia la derecha, izquierda y llevarlo hacia adelante.

El test de articulación, el cual tuvo como objetivo evaluar el nivel articulatorio y la presencia de algunos procesos de simplificación fonológica en los niños, se realizará con el siguiente procedimiento.

- o Antes de iniciar el test nos relacionamos y nos ganamos la confianza del niño para obtener un buen resultado en la aplicación del test.
- o Se le presentó al niño láminas de dibujos del folleto de articulación y a continuación se le dijo el nombre de estos ya sea de forma espontánea, dirigida o repetitiva.
- o Las palabras dichas por el niño fueron transcritas en la hoja de evaluación y posteriormente se clasificaron por tipos de errores: omisión, sustitución, distorsión y adición.
- o Luego se hizo una reunión para informar a los padres de familia sobre el diagnóstico del niño.

La validez y la confiabilidad de los resultados radican en que los datos fueron tomados directamente de la fuente, sin intermediarios. Adjunto a la tesis se anexaron los instrumentos que fueron utilizados

Resaltamos que la información obtenida de esta investigación se llevó con absoluta confidencialidad, entregando los resultados a los directores de los centros de educación especial participantes en nuestro estudio.

Finalmente, el proceso investigativo se ajustó a todas las normativas éticas y deontológicas que orienta el correcto proceder de los interventores en salud mental, especialmente las señaladas en la Ley Orgánica de Salud (Capítulo III, Art. 7, literal I)



4.8 ASPECTOS BIOETICOS

La realización del estudio contó con la autorización previa de las autoridades de los centros: Agustín Cueva Tamariz, Centro Piloto de Integración del Azuay, Adinea, San José de Calasánz así como de la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas. Se obtuvo un consentimiento informado de todos y cada uno de los representantes de los niños y niñas que ingresen al estudio. Se informó ampliamente de la naturaleza del mismo.

4.9 RECURSOS

Humanos

Directos:

- o Autoras: Rodas Molina Ma. Belén; y, Cobos Guevara Ma. Paz.
- o Directora: Silvia Sempértegui León.

Indirectos:

- o Director(a) del centro de educación especial.
- o Representantes de los pacientes con capacidad cognitiva, de los centros de educación especial.

Materiales:

- o 01 Laptop.
- o 01 Impresora láser.
- o 01 Cartucho de impresión.
- o 01 Resma de hojas de papel bond, A4.
- o 01 Bloque de fotocopiables: solicitudes de consentimiento informado; material bibliográfico; pruebas fonoaudiológicas

CAPÍTULO V

5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Caracterización de la población estudiada: Para caracterizar la distribución de las variables de estudio se aplicaron pruebas de estadística descriptiva según la naturaleza de las mismas.

Se realizaron valoraciones a 249 niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 7 y 18 años, de los Centros Agustín Cueva Tamariz, Asociación para el Desarrollo Integral del Niño Excepcional del Azuay, Instituto Piloto de Integración del Azuay Y San José de Calasánz. De este total, 163 niños y adolescentes tras la aplicación de los test, presentaron trastornos del habla, se determinó un porcentaje global de 65,46%

De los niños y adolescentes con trastornos del habla 69 fueron del Centro Agustín Cueva Tamariz que corresponde al 42,3%; 33 niños fueron del IPIA que corresponden al 20,2 %; 17 niños fueron del Instituto San José de Calasánz que corresponde al 10,4 %; y, 44 niños que corresponde al 27,0% fueron del ADINEA, conforme lo detallamos en el cuadro N^o 1

CUADRO N^o 1

DISTRIBUCIÓN DE 163 NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DEL HABLA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL. SEGÚN EL CENTRO DEL CUAL PROCEDEN. CUENCA - 2012

Institución Académica	Frecuencia	Porcentaje
Instituto Psicopedagógico "Agustín Cueva Tamariz"	69	42,3%
Instituto Piloto de Integración del Azuay	33	20,2%
Escuela Especial "San José de Calasanz"	17	10,4%
Asociación para el Desarrollo Integral del Niño excepcional del Azuay	44	27,0%
Total	163	100,0%

Elaborado por: María Belén Rodas M – María Paz Cobos G

Fuente: Base de datos.

CUADRO No 2:
DISTRIBUCIÓN DE 163 NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
DEL HABLA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL. SEGÚN EDAD. CUENCA -
2012

Edad	Frecuencia	Porcentaje
7 a 9	50	30,7%
10 a 12	59	36,2%
13 a 15	40	24,5%
16 a 18	14	8,6%
Total	163	100%

Elaborado por: María Belén Rodas M – María Paz Cobos G
Fuente: Base de datos.

En el cuadro N°2 Podemos observar la distribución por edades, entre 7 a 9 años hay una frecuencia de 50 y un porcentaje de 30,7%, entre 10 a 12 años hay una frecuencia de 59 y un porcentaje de 36,2%, entre 13 a 15 años hay una frecuencia de 40 y un porcentaje de 24,5%, y entre las edades de 16 a 18 hay una frecuencia de 14 y un porcentaje de 8,6%.



CUADRO No 3:
DISTRIBUCIÓN DE 163 NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
DEL HABLA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL. SEGÚN GENERO.
CUENCA - 2012

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	103	63,2%
Femenino	60	36,8%
Total	163	100,0%

Elaborado por: María Belén Rodas M – María Paz Cobos G
Fuente: Base de datos.

En el cuadro N°3 podemos observar la variable género en la cual detallamos que la frecuencia de niños y adolescentes es de 103 con un porcentaje de 63,2%, y la frecuencia de niñas y adolescentes es de 60 con un porcentaje de 36,8 %, recalando que se valoró una mayor cantidad de niños y adolescentes que de niñas y adolescentes, es por eso que el mayor porcentaje en esta tabla es del género masculino.

CUADRO No 4:
DISTRIBUCIÓN DE 163 NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
DEL HABLA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL. SEGÚN INSTRUCCIÓN
DEL PADRE. CUENCA - 2012

Instrucción Padre	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	72	44,2%
Secundaria	43	26,4%
Superior	11	6,7%
Ninguna	37	22,7%
Total	163	100,0%

Elaborado por: María Belén Rodas M – María Paz Cobos G

Fuente: Base de datos.

En el cuadro N°4 apreciamos la variable instrucción del padre evidenciándose que en la instrucción primaria hay una frecuencia de 72, con un 44,2%, y en la instrucción superior hay una frecuencia de 11, con un 6,7%.



CUADRO No 5:
DISTRIBUCIÓN DE 163 NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
DEL HABLA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL. SEGÚN INSTRUCCIÓN DE
LA MADRE. CUENCA - 2012

Instrucción Madre	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	90	55,2%
Secundaria	44	27,0%
Superior	18	11,0%
Ninguna	11	6,8%
Total	163	100,0%

Elaborado por: María Belén Rodas M – María Paz Cobos G

Fuente: Base de datos.

En el cuadro N°5 apreciamos la variable instrucción de la madre evidenciándose que en la instrucción primaria hay una frecuencia de 90, con un 55,2%, y los niños/as y adolescentes que tienen madres que no presentan ninguna instrucción con una frecuencia de 11 y con un 6,8%.

CUADRO No 6:
DISTRIBUCIÓN DE 163 NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
DEL HABLA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL. SEGÚN EL TIPO DE
DIFICULTAD DEL HABLA. CUENCA - 2012

Dificultades del Habla	Frecuencia	Porcentaje
Dislalia	134	82,2%
Disglosia	8	4,9%
Disfemia	13	8,0%
Disartria	8	4,9%
Total	163	100,0%

Elaborado por: María Belén Rodas M – María Paz Cobos G

Fuente: Base de datos.

Mientras que en el Cuadro N°6 podemos ver la variable dificultades del habla y su clasificación, apreciando la dislalia con una frecuencia de 134 y un porcentaje de 82,2%, la Disglosia con una frecuencia de 8 y un porcentaje de 4,9%, la disfemia con una frecuencia de 13 y un porcentaje de 8%, y por último la disartria con una frecuencia de 8 y un porcentaje de 4,9%.



CUADRO No 7:
DISTRIBUCIÓN DE 163 NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
DEL HABLA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL. SEGÚN FAMILIARES QUE
PRESENTEN TRASTORNOS DEL HABLA. CUENCA - 2012

Antecedentes Familiares	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	19,0%
No	132	81,0%
Total	163	100,0%

Elaborado por: María Belén Rodas M – María Paz Cobos G

Fuente: Base de datos.

En el cuadro N° 7 observamos que hay niños y adolescentes que presentan antecedentes familiares con una frecuencia de 31 y un porcentaje de 19%, y los que no presentan antecedentes familiares con una frecuencia de 132 y un porcentaje de 81%

CUADRO No 8:
DISTRIBUCIÓN DE 163 NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
DEL HABLA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL. SEGÚN LA
PROCEDENCIA. CUENCA - 2012

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	75	46,0%
Rural	88	54,0%
Total	163	100,0%

Elaborado por: María Belén Rodas M – María Paz Cobos G
Fuente: Base de datos.

En el cuadro N° 8 de acuerdo a la procedencia podemos observar que hay niños y adolescentes de procedencia urbana con una frecuencia de 75 y un porcentaje de 46%, y en la procedencia rural con una frecuencia de 88 y un 54%.

CUADRO No 9:
DISTRIBUCIÓN DE 163 NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
DEL HABLA Y DIS-CAPACIDAD INTELECTUAL. SEGÚN DIFICULTADES
DEL HABLA Y EDAD. CUENCA - 2012

			EDAD				Total
			7 a 9	10 a 12	13 a 15	16 a 18	
DIFICULTADES DEL HABLA	Dislalia	N°	43	49	29	13	134
		%	32,09%	36,57%	21,64%	9,70%	100,00%
	Disglosia	N°	2	1	5	0	8
		%	25%	12,50%	62,50%	0,00%	100%
	Disfemia	N°	3	5	4	1	13
		%	23,08%	38,46%	30,77%	7,69%	100,00%
	Disartria	N°	2	4	2	0	8
		%	25%	50%	25%	0,00%	100,00%
TOTAL		N°	50	59	40	14	163
		%	30,67%	36,20%	24,54%	8,59%	100,00%

Elaborado por: María Belén Rodas M – María Paz Cobos G

Fuente: Base de datos.

En el cuadro N° 9 de cruce de variables entre edades y dificultades del habla podemos observar que la dislalia en niños y adolescentes entre 10 a 12 años con una frecuencia de 49 tienen un porcentaje de 36,57%, mientras que en las edades de 16 a 18 años con una frecuencia de 13 hay un 9,7 %, en la Disglosia hay una frecuencia de 5 y un porcentaje de 62,5% entre las edades de 13 a 15 años, entre los 16 a 18 años se encontró una frecuencia de 0, en la disfemia hay una frecuencia de 5 con un porcentaje de 38,46% entre las edades de 10 a 12 años y entre los 16 a 18 años hay una frecuencia de 1 con un porcentaje de 7,69%, en la disartria hay una frecuencia de 4 y un porcentaje de 50% entre las edades de 10 a 12 años, mientras que en los 16 a 18 años hay una frecuencia de 0.

CUADRO N°10:
DISTRIBUCIÓN DE 163 NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
DEL HABLA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL. SEGÚN DIFICULTADES
DEL HABLA Y GÉNERO. CUENCA - 2012

			GENERO		
			Masculino	Femenino	Total
DIFICULTADES DEL HABLA	Dislalia	Nº	83	51	134
		%	61,9%	38,0%	100,0%
	Disglosia	Nº	5	3	8
		%	62,5%	37,5%	100,0%
	Disfemia	Nº	11	2	13
		%	84,6%	15,30%	100,0%
	Disartria	Nº	4	4	8
		%	50,0%	50,00%	100,0%
TOTAL		Nº	103	60	163
		%	63,1%	36,80%	100,0%

Elaborado por: María Belén Rodas M – María Paz Cobos G

Fuente: Base de datos.

En el cruce de variables del cuadro N°10 entre género y dificultades del habla se observó que en el género masculino la dislalia tiene una frecuencia de 83 y un porcentaje de 61,9% mientras que el género femenino tiene una frecuencia de 51 y un porcentaje de 38%, la Disglosia tiene una frecuencia de 5 y un porcentaje de 62,5% en el género masculino, mientras que en el género femenino hay una frecuencia de 3 con un porcentaje de 37,5%, la disfemia tiene una frecuencia de 11 y un porcentaje de 84,6% en el género masculino y una frecuencia de 2 con un porcentaje de 15,30 en el género femenino, la disartria tiene una frecuencia de 4 con un porcentaje de 50%, en el género masculino, mientras que en el género femenino hay una frecuencia de 4 con un porcentaje de 50%

CUADRO No 11:
DISTRIBUCIÓN DE 163 NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
DEL HABLA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL. SEGÚN DIFICULTADES
DEL HABLA E INSTRUCCIÓN DEL PADRE. CUENCA - 2012.

			INSTRUCCIÓN PADRE				
			Primaria	Secundaria	Superior	Ninguna	Total
DIFICULTADES DEL HABLA	Dislalia	Nº	60	35	8	31	134
		%	44,7%	26,1%	5,9%	23,0%	100,0%
	Disglosia	Nº	2	3	2	1	8
		%	25,0%	37,5%	25,0%	12,5%	100,0%
	Disfemia	Nº	6	4	1	2	13
		%	46,1%	30,7%	7,6%	15,4%	100,0%
	Disartria	Nº	4	1	0	3	8
		%	50,0%	12,5%	0,0%	12,0%	100,0%
TOTAL		Nº	72	43	11	37	163
		%	44,1%	26,3%	6,7%	22,9%	100,0%

Elaborado por: María Belén Rodas M – María Paz Cobos G

Fuente: Base de datos.

En el cuadro N°11 de cruces de variables entre dificultades del habla e instrucción del padre se aprecia a la dislalia con un 44,7% en instrucción primaria y un 5,9% en instrucción superior, a la disglosia con un 37,5% en instrucción secundaria, y un 12,5% en ninguna instrucción. A la disfemia con un 46,1 % en instrucción primaria y un 7,6% en instrucción superior, a la disartria con un 50% en instrucción primaria y un 0% en instrucción superior

CUADRO No 12:
DISTRIBUCIÓN DE 163 NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
DEL HABLA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL. SEGÚN DIFICULTADES
DEL HABLA E INSTRUCCIÓN DE LA MADRE. CUENCA - 2012.

			INSTRUCCIÓN MADRE				
			Primaria	Secundaria	Superior	Ninguna	Total
DIFICULTADES DEL HABLA	Dislalia	Nº	73	37	16	8	134
		%	54,4%	27,6%	11,9%	5,9%	100,0%
	Disglosia	Nº	5	1	2	0	8
		%	62,5%	12,5%	25,0%	0,0%	100,0%
	Disfemia	Nº	9	3	0	1	13
		%	69,2%	23,0%	0,0%	7,6%	100,0%
	Disartria	Nº	3	3	0	2	8
		%	37,5%	37,5%	0,0%	25,0%	100,0%
TOTAL		Nº	90	44	18	5	163
		%	55,2%	26,9%	11,0%	3,0%	100,0%

Elaborado por: María Belén Rodas M – María Paz Cobos G

Fuente: Base de datos.

En el cruce de variables del cuadro N°12 entre dificultades del habla e instrucción de la madre, se aprecia la dislalia con un 54,4% de niños y adolescentes con madres de instrucción primaria, y un 5,9% con ninguna instrucción. La disglosia con un 62,5% en instrucción primaria y un 0% en ninguna instrucción. La disfemia con un 69,2% y un 0% en ninguna instrucción. La disartria con un 37,5 en instrucción primaria y secundaria y un 0% en instrucción superior.

CUADRO No 13:
DISTRIBUCIÓN DE 163 NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
DEL HABLA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL. SEGÚN DIFICULTADES
DEL HABLA Y FAMILIARES QUE PRESENTEN TRASTORNOS DEL
HABLA. CUENCA - 2012.

		ANTECEDENTES FAMILIARES			
			Si	No	Total
DIFICULTADES DEL HABLA	Dislalia	Nº	28	106	134
		%	20,8%	79,1%	100,0%
	Disglosia	Nº	0	8	8
		%	0,0%	100,0%	100,0%
	Disfemia	Nº	2	11	13
		%	15,3%	84,6%	100,0%
	Disartria	Nº	1	7	8
		%	12,5%	87,5%	100,0%
TOTAL		Nº	31	132	163
		%	19,0%	80,9%	100,0%

Elaborado por: María Belén Rodas M – María Paz Cobos G

Fuente: Base de datos.

En el cuadro N° 13 observamos que en la dislalia hay un 79,1% en niños y adolescentes que no presentan antecedentes familiares y un 20,8% los que si presentan antecedentes familiares. En la disglosia hay un 100% de niños y adolescentes que si presentan antecedentes familiares y el 0% los que no presentan. En la disfemia un 84,5% no presentan antecedentes familiares y un 15,3% si presentan antecedentes familiares. En la disartria un 87,5% de niños y adolescentes que no presentan antecedentes familiares y un 12,5% si presentan antecedentes familiares.

CUADRO No 14:
DISTRIBUCIÓN DE 163 NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
DEL HABLA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL. SEGÚN DIFICULTADES
DEL HABLA Y PROCEDENCIA. CUENCA - 2012

			PROCEDENCIA		
			Urbana	Rural	Total
DIFICULTADES DEL HABLA	Dislalia	Nº	61	73	134
		%	45,5%	54,4%	100,0%
	Disglosia	Nº	3	5	8
		%	37,5%	62,5%	100,0%
	Disfemia	Nº	8	5	13
		%	61,5%	38,4%	100,0%
	Disartria	Nº	3	5	8
		%	37,5%	62,5%	100,0%
TOTAL		Nº	75	88	163
		%	46,0%	53,9%	100,0%

Elaborado por: María Belén Rodas M – María Paz Cobos G

Fuente: Base de datos.

En el cuadro N° 14 se observa la dislalia con un 54,4% en procedencia rural, y un 45,5% de procedencia urbana. La disglosia con un 62,5% de procedencia rural, y un 37,5% de procedencia urbana. La disfemia con un 61,5% de procedencia urbana y un 38,4% de procedencia rural. La disartria con un 62,5% de procedencia rural y un 37,5% de procedencia urbana.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Los trastornos del habla son un problema de salud pública muy frecuente siendo una desventaja en los procesos de identidad en general y la identidad lingüística en particular. Su importancia en la adaptación social y emocional, abarcando inconscientemente todo.

Aproximadamente un niño debe tener un lenguaje casi correcto a la edad de 7 años, a pesar de que un elevado número de niños y adolescentes al pasar esta edad continúan con problemas de habla y se va corrigiendo con el tiempo. (33)

Según la teoría de Rondal y Sohier manifiestan en su estudio que hay un crecimiento en el proceso del habla en los pacientes con discapacidad intelectual entre 12 años y 18 años de edad.

Observando al mismo tiempo en nuestro estudio que el porcentaje de dificultades del habla entre las edades de 10 y 12 equivale a 36,2% y a una frecuencia de 59, mientras que el porcentaje entre las edades de 16 a 18 años es de 8,6 % y una frecuencia de 14.

Un estudio realizado en el Policlínico “Héroes de Girón”, Cerro (Cuba) un total de 312 niños con trastornos del habla se determinó que el sexo más afectado con trastornos del habla fue el masculino.(34)

Confirmando así la teoría de Tromner y Colombad que dicen que el desarrollo del lenguaje y del habla es mejor en niñas, ya que empiezan a hablar más pronto que los niños, existiendo mayor cantidad de hombres que mujeres con dificultades del habla.

En nuestro estudio podemos observar la variable género en la cual detallamos que la frecuencia de niños y adolescentes con problemas del habla es de 103



con un porcentaje de 63,2%, y la frecuencia de niñas y adolescentes es de 60 con un porcentaje de 36,8 %.

Con respecto a la instrucción de los padres, se realizó un estudio en la ciudad de Santa Fe, Argentina con una muestra de 228 niños, el habla de los niños con padres de instrucción baja mostraron un desempeño inferior que los niños de padres con instrucción académica alta en las tareas que valoran el lenguaje comprensivo y el nivel de vocabulario. El menor desempeño obtenido por los niños de padres con instrucción académica baja sugiere un perfil caracterizado por una menor habilidad para la comprensión de órdenes simples y complejas, así como por dificultades en el habla y la pronunciación. (35)

En nuestro estudio apreciamos la variable Instrucción del padre, con un porcentaje de 44,2% en instrucción primaria, y una frecuencia de 72, dentro de la instrucción superior con un porcentaje de 6,7% y una frecuencia de 11.

En la variable instrucción de la madre un porcentaje de 55,2% y una frecuencia de 90 corresponde a la instrucción primaria y un 6,8% con una frecuencia de 11 corresponde a ninguna instrucción de la madre.

En la ciudad de Camaguey-Cuba se realizó un estudio de 160 niños en dos centros educativos, con el objetivo de pesquisar la presencia de trastornos de la comunicación oral, se encontró un mayor predominio de dislalias con un 85%, siguiéndole en orden la disfemia con un 13 %.(36)

Otro estudio realizado en Cuba de un total de 312 niños con trastornos del habla se observó que la dislalia predominó dentro de los trastornos de la comunicación oral en las niñas y niños evaluados. (34)

En nuestro estudio, se observó un porcentaje de niños y adolescentes, el 82,2% de estos tienen dislalia, siendo el trastorno del habla más común dentro del estudio, seguido por la disfemia con un 8%



En nuestro estudio encontramos un 81,0% y una frecuencia de 132 de niños y adolescentes que no presentan antecedentes familiares y un 19% de niños y adolescentes que si presentan antecedentes familiares.

En la ciudad de Quito-Ecuador, se hizo un estudio en 4 comunidades, 2 en zona rural y 2 en zona urbana. Fueron examinados un total de 203 niños, de los cuales solamente 25 de ellos, (12.3%) tienen trastornos del habla, específicamente dislalia y 178 restante (87.7%) no lo tienen. De ellos 18 (72%) pertenecieron a una zona urbana, y 7 de ellos (28%) pertenecieron a una zona rural. (37)

En nuestro estudio se evidencia que hay niños/as y adolescentes de procedencia rural con un porcentaje de 54% con una frecuencia de 88 y en el sector urbano existe un 46% con una frecuencia de 74.

6.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

6.1.1 CONCLUSIONES

Diagnosticamos y evaluamos las dificultades del habla en niños/as y adolescentes de 7 a 18 años con discapacidad intelectual de los centros de educación especial Agustín Cueva Tamariz, Centro Piloto de Integración del Azuay, Adinea y San José de Calasáñz, de la ciudad de Cuenca.

- Al conocer la frecuencia de las dificultades del habla encontramos que la Dislalia se presenta con un 82,2 % y una frecuencia de 134, seguido por la disfemia con un 8% y una frecuencia de 13 y por último la disglosia y la disartria con un 4,9% y una frecuencia de 8 en ambos.
- La patología más frecuente del habla es la dislalia con un 82,2%, y una frecuencia de 134.
- De acuerdo a los resultados de las variables obtuvimos que entre los 10 a 12 años hay un 36,2% de con dificultades del habla con una frecuencia de 59, entre los 7 a 9 años hay un 30,67% con una frecuencia de 50, entre los 13 a 15 años hay un 24,54% con una frecuencia de 40 y por ultimo entre los 16 a 18 años hay un 8,59% con una frecuencia de 14.
 - Se observo que en el género masculino hay un porcentaje de 63,2% de dificultades del habla, frente a un 36.8% del género femenino.
 - En el caso de la instrucción de la madre se observa que hay niños y adolescentes con trastornos del habla que tienen madre de instrucción primaria, con un 55,2%. Y un 6,8% de niños y adolescentes con madres que no tienen algún tipo de instrucción.



- En el estudio se obtuvo que 31 niños/as y adolescentes presentaron antecedentes familiares de trastornos del habla que representan el 19% y 132 niños y adolescentes no presentaron antecedentes familiares de trastornos del habla siendo el 80,9%

- Con respecto a la procedencia se obtuvo que un 54% corresponde a la procedencia rural a niños y adolescentes de una frecuencia de 88 y un 46% de niños y jóvenes que pertenecen a la procedencia urbana.

6.1.2 RECOMENDACIONES:

- Se recomienda a los centros de educación especial poner énfasis en la atención de los niños en cuanto al tratamiento fonoaudiológico de cada uno de ellos ya que con un perfecto desenvolvimiento de sus habilidades verbales desarrollan mejor su aprendizaje
- Pedir una homologación entre el área educativa y de salud con un aumento de salario para fonoaudiólogos con el fin de incentivar, y de esa manera dar prioridad a ambas áreas.
- Actualizar al menos cada 6 meses los diagnósticos del área de fonoaudiología, de cada niño para un correcto tratamiento.
- Realizar talleres con la presencia de los padres, resultando importante que ellos se concienticen de la labor que deben cumplir como tales.

7. GLOSARIO:

- **DISLALIA.**

Es un trastorno en la articulación de los fonemas. Se trata de una incapacidad para pronunciar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas. El lenguaje de un niño dislálico muy afectado puede resultar ininteligible.

- **DISFEMIA.**

Llamado también tartamudez, es un trastorno de la comunicación (no un trastorno del lenguaje) que se caracteriza por interrupciones involuntarias del habla que se acompañan de tensión muscular en cara y cuello, miedo y estrés. Ellas son la expresión visible de la interacción de determinados factores orgánicos, psicológicos y sociales que determinan y orientan en el individuo la conformación de un ser, un hacer y un sentir con características propias.

- **DISGLOSIA.**

Es un trastorno de la articulación de los fonemas, de origen no neurológico central, debido a alteraciones anatómicas y/o fisiológicas de los órganos articulatorios periféricos. Que dificultan el funcionamiento lingüístico en personas sin afectaciones neurológicas o sensoriales detectables, con una inteligencia no verbal dentro de los límites de la normalidad, y que a pesar de tener una estimulación adecuada, una educación suficiente y unos progresos observables, no llega a alcanzar un conocimiento lingüístico que les permita comprender y expresarse de forma correcta.

- **DISARTRIA.**

Es un trastorno del habla cuya etiología se atribuye a una lesión del sistema nervioso central y periférico. Se distingue de una afasia motora en que no es un trastorno del lenguaje, sino del habla; es decir, el paciente manifiesta dificultades asociadas con la articulación de

fonemas. Entre los síntomas destaca: - Emisiones más automáticas. - Contexto conversacional. - voz forzada. - Respiración irregular y poco coordinada. - Articulación defectuosa. - Ritmo lento. - Tono y volumen del habla. El afectado por disartria puede producir sonidos inexistentes en su lengua habitual puesto que no articula correctamente. En el diagnóstico y rehabilitación debe participar un equipo multidisciplinario compuesto, al menos, por: neuropsicólogo, logopeda, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, kinesiólogo.

- **HABLA.**

Materialización individual de los pensamientos de una persona, sirviéndose del modelo o sistema que facilita la lengua. Es la actualización aquí y ahora de los fonemas de la lengua por un hablante.

- **DISRITMIA**

Es el término médico más adecuado para definir, de forma genérica, cualquier alteración del ritmo; bien sea éste de origen cardíaco (el más frecuentemente utilizado) como de cualquier otro órgano y/o sistema de la especie animal capaz de generar fenómenos eléctricos.

- **ATAXIA**

Es un síntoma o enfermedad que se caracteriza por provocar la descoordinación en el movimiento de las partes del cuerpo de cualquier animal, incluido el hombre.

- **LEXICO**

Puede significar una lista de palabras; las palabras utilizadas en una región específica, las palabras de un idioma, o incluso de un lenguaje de programación.

- **EMBRIOPATIAS**

Término que agrupa las malformaciones congénitas debidas a ciertas acciones (radiaciones ionizantes, productos químicos, enfermedades infecciosas) ejercidas sobre el producto de la concepción durante el periodo embrionario (los dos o tres primeros meses) de la vida intrauterina.

- **INCLUSION EDUCATIVA**

La inclusión es un concepto teórico de la pedagogía que hace referencia al modo en que la escuela debe dar respuesta a la diversidad. Es un término que surge en los años 90 y pretende sustituir al de integración, hasta ese momento el dominante en la práctica educativa. Su supuesto básico es que hay que modificar el sistema escolar para que responda a las necesidades de todos los alumnos, en vez de que sean los alumnos quienes deban adaptarse al sistema, integrándose a él. La opción consciente y deliberada por la heterogeneidad en la escuela constituye uno de los pilares centrales del enfoque inclusivo.

- **MIELINIZACION**

Desarrollo de la vaina de mielina alrededor de una fibra nerviosa.



8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Pablo Félix Castañeda. El lenguaje verbal del niño. Lima- Perú; UNMSM: 1999.P. 55-71
2. Ardila A, Rosselli M, Matute E. Neuropsicología de los Trastornos del Aprendizaje. Guadalajara- México. Manual Moderno.2005.p.98.
3. O.N.G Actitud. Preguntas Frecuentes. 2012; Disponible en: <http://ongactitud.org/preguntas.html>.
4. feaps.org. Discapacidad Intelectual: Aspectos generales. 2012; Se consigue en: http://www.feaps.org/biblioteca/salud_mental/capitulo01.pdf.
5. espacioLogopedico.com. Desarrollo del lenguaje en el niño deficiente mental. 2012; Disponible en: http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=114
6. Roldán M. Inclusión de niños/as con discapacidad en los centros educativos fiscales de la ciudad de Quito (tesis de candidatura). Quito. Universidad Tecnológica Equinoccial Campus Occidental.2010.p. 51
7. American Speech-Language-Hearing Association. ¿Qué es el lenguaje? ¿Qué es el habla?. Disponible en: <http://www.asha.org/public/speech/development/lenguajehabla.htm>
8. González J. Alteraciones del Habla en la infancia. 1ra ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008. p. 77.
9. Alessandri M. Trastornos del Lenguaje. Argentina: Landeira; 2000. P. 23-25



10. Allalí A. La voz, Terapéutica de los trastornos vocales. 2da edición: Barcelona. MASSON;2004. p. 34-36.
11. Mundo bebe. Las distintas etapas de adquisición del lenguaje, 2012. Disponible en: http://www.mundobebeweb.com/las-distintas-etapas-de-adquisicion-del-lenguaje/notas_744/
12. Consultorio Especializado en Lenguaje y Aprendizaje. Desarrollo del lenguaje oral, 2005. Disponible en: <http://www.grupoalianzaempresarial.com/consultorioespecializadoenlenguajeyaprendizaje/desarrollodelenguajeoral.htm>
13. Medina Rubio R, Comellas M, Chico González P, Otero O, Garrido Genovés V, Morales Vico A, et al. La Educación Personalizada en la Familia. Madrid: Rialp; 1990.p. 264.
14. Jiménez Ortega J, Alonso Obispo J. Superar las dificultades del lenguaje. Madrid: LA TIERRA HOY;2006. p. 88-89
15. Torres Gil J, Conesa Pérez I, Brun Gasca C. Trastornos del Lenguaje en niños con necesidades educativas especiales. Barcelona: Ceac; 2003.p. 53-61
16. Pikabea Torrano I. Glosario del Lenguaje. La Coruña- Spain: Netbiblo; 2008.p. 70
17. Suarez C, Calcedo L, Medina J, Ortega P. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Madrid; 2ª ed, tomo I; Panamericana; 2007.p. 328
18. Psicopedagogia.com. Intervencion de las Dificultades del Lenguaje Oral, 2010. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=317>



19. Scribd. Test de Articulación a la Repetición. Junio del 2011. Se consigue en: <http://es.scribd.com/doc/59461070/TEST-DE-ARTICULACION-A-LA-REPETICION-1>
20. Hormigo A, Tallis J, Esterkind de Chein A. Retraso Mental en niños y adolescentes. Buenos Aires- Argentina. Noveduc.2006. p. 21
21. Estudio Etiológico del Retraso Psicomotor y Discapacidad Intelectual. Integración de las pruebas genéticas con otras pruebas para el diagnóstico de retrasos no filiados. Disponible en: <http://www.avpap.org/documentos/gipuzkoa2011/geneticaDI.pdf>
22. Sue D, Sue DW, Sue S. Psicopatología Comprendiendo la Conducta Anormal. Santa Fe- México: Cengage Learning: 2010.p. 436
23. Rios Hernandez M. Manual de educación física adaptada al alumno con discapacidad. 2da edición. Barcelona. PAIDOTRIBO. 2005.p. 269,270,271.
24. VALLEJO RUILOBA, J., Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría, Tercera edición. Barcelona, Salvat, 1991.
25. MANUAL DE DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Lenguaje, Lecto-Escritura y Matemáticas, J. Nicasio García, tercera edición, NARCEA, Madrid- España .p. 159.
26. Manual de supervivencia para la Mujer con Estrés, Georgia Witkin, editorial Amat, primera edición, Nueva York, 2000, Pag 265.
27. Gonzales, Jorge N. Alteraciones del Habla en la Infancia. Madrid: Panamericana: 2003.p.49-51
28. República del Ecuador – Asamblea Nacional. Ley orgánica de discapacidad. Junio 2012. Se consigue en:



<http://www.umet.edu.ec/pdf/ley-organica-de-discapacidades.pdf>

29. El Mercurio. Adinea llega a su 30 aniversario. Cuenca- Ecuador; 2006, se consigue en: <http://www.elmercurio.com.ec/hemeroteca-virtual?noticia=66566>
30. El Mercurio. Instituto Psicopedagógico Agustín Cueva con necesidades urgente. Cuenca – Ecuador.2011. Se consigue en: <http://www.elmercurio.com.ec/285515-instituto-psicopedagogico-agustin-cueva-con-necesidades-urgentes.html>
31. Institutocalasanz.org. Instituto San José de Calasanz, trabajo y dignidad. Se consigue en: <http://institutocalasanz.org/>
32. El Tiempo.com.ec. Niños con discapacidad luchan por su inserción educativa.2008. Se consigue en: <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/1443-nia-os-con-discapacidad-luchan-por-su-insercia-n-educativa/>
33. Triadó C, Forns M. La Evaluación del Lenguaje, Una Aproximación Evolutiva. Barcelona; Anthropos, 1992. p.
34. Pazo Quintana T, Viduera Tamayo I, Lopez Blanco N, Urrusuno Carvajal F, Llanes Álvarez M. Valoración logofonítrica de niñas y niños antes de iniciar el círculo infantil. Rev Cubana Pediatr v.75 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2003. Se consigue en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312003000300005



35. Arán Filippetti V. Estrato Socioeconómico y Habilidades Cognitivas en Niños Escolarizados: Variables Predictoras y Mediadoras. *Psyke* vol.21 no.1 Santiago mayo 2012. Se consigue en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-2282012000100001&script=sci_arttext
36. Hernández Cisneros F, Hernández N, Castellanos Morell L, Martínez Brunet D. Trastornos de la comunicación oral. Pesquisaje en niños de centros educacionales. *Rev Cubana Med Gen Integr* v.15 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct 1999. Se consigue en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000500007&script=sci_arttext
37. Salvador Mora C. Relación de los factores psicosociales con déficit sensorial en niños de edad pre-escolar: Dislalias en familias disfuncionales en zonas urbanas y rurales de Quito. Quito- Enero 2009. Se consigue en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/370/1/89990.pdf>



CAPÍTULO VII

ANEXOS

9. ANEXO N°1

PRUEBAS FONOAUDIOLÓGICAS

EVALUACION DE LA ESTRUCTURA Y FUNCION ORAL

Nombre: _____ Edad: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Evaluación: _____

1. Lengua:

Criterios	Valoración			
• Protrucción recta.	0	1	2	3
• Lateralización: a la izquierda.	0	1	2	3
• Lateralización: a la derecha.	0	1	2	3
• Elevación hacia los dientes superiores.	0	1	2	3
• Tamaño:	Grande		Mediano	pequeño
• Movimientos alternos: lentamente.	0	1	2	3
• Movimientos alternos: rápidamente.	0	1	2	3
• Produzca (la).	0	1	2	3
• Produzca (ka).	0	1	2	3
• Hacerla vibrar.	0	1	2	3
• Acanalarla.	0	1	2	3
• Lamer (chupete).	0	1	2	3
• Beber (líquido).	0	1	2	3
• Temblores en la lengua:	Sí		No	
Observaciones:				

2. Labios:

Criterios	Valoración			
• Simetría, forma: _____.	Sí		No	
• Protrucción de labios /o/: sin resistencia.	0	1	2	3
• Protrucción de labios /o/: con resistencia.	0	1	2	3
• Retracción de los labios /i/: o sonrisa.	0	1	2	3
• Abre y cierra la boca: lentamente.	0	1	2	3
• Abre y cierra la boca: rápidamente.	0	1	2	3



• Produzca (pa).	0	1	2	3
• Produzca (ma).	0	1	2	3
Observaciones:				

3. Paladar:

Criterios	Valoración			
• Simetría, forma: _____.	Sí		No	
• Úvula, forma.	Bífida		normal	
• Úvula, tamaño.	Grande	mediano	pequeño	
• Úvula, posición.	media	derecha	Izquierda	
• Movilidad del velo, carraspear.	0	1	2	3
• Movilidad del velo, toser.				
Observaciones:				

4. Dientes:

Criterios	Valoración		
• Implantación:			
• Estado.	Regular	bueno	Malo
• Oclusión.	Regular	bueno	Malo
Observaciones:			

5. Movilidad maxilar:

Criterios	Valoración			
• Derecha.	0	1	2	3
• Izquierda.	0	1	2	3
• Adelante.	0	1	2	3
• Rotación.	0	1	2	3
Observaciones:				



6. Funciones Básicas:

Criterios	Valoración			
• Deglución, voluntaria.	0	1	2	3
• Deglución, involuntaria.	0	1	2	3
• Masticación, alimentos suaves.	0	1	2	3
• Masticación, alimentos duros.	0	1	2	3
• Presencia de sialorrea.	sí		No	
Observaciones:				

7. Formulación Lingüística:

Respiración				
Criterios		Valoración		
• Frecuencia		respiratoria: _____		
• Tipo respiratorio.		Costal Superior	Diafragmática	Abdominal
• Simetría.		Torácica		Asimetría
• Obstrucción		nasal: _____		
• Duración:		Inspiración	Retención	Espiración
• Respiración sincronizada con fonación: /a/		_____ /i/		
• Respiración sincronizada con fonación: /m/		_____ /s/		



ANEXO N°2

VALORACION DE LA ARTICULACION

Nombre: _____ Edad: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Evaluación: _____

Fonema	Estímulo	Transcripción	Omisión	Sustitución	Distorsión	Adición
M	Mano					
	Cama					
P	Pelo					
	Lápiz					
V	Vaso					
	uva					
M	Mano					
	Cama					
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					
	Ratón					
Rr	Perro					
Y	Payaso					
	Yoyo					
K	Casa					
	Boca					
G	Gato					
	Pega					
J	Jabón					
	Ojo					
Ch	Chanco					
	Cuchara					



Ñ	Uña					
	Ñños					

Diptongos	Estímulo	Transcripción	Omisión	Sustitución	Distorsión	Adición
Au	Jaula					
Ei	Peinilla					
Ie	Pie					
Ue	Huevo					
Io	Avión					
Ai	Bailar					

Dífonos	Estímulo	Transcripción	Omisión	Sustitución	Distorsión	Adición
Pl	Plato					
Bl	Blusa					
Kl	Chicle					
Fl	Flor					
Gl	Globo					
Br	Brazo					
Cr	Cruz					
Fr	Frutilla					
Gr	Tigre					
Tr	Tren					
Pr	Profesor					

S. inversas	Estímulo	Transcripción	Omisión	Sustitución	Distorsión	Adición
Al	Almohada					
An	Banco					
En	Lengua					
Am	Tambor					
Ar	Barco					
Es	Espejo					



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÈDICA

Cuenca, 25 de septiembre del 2012

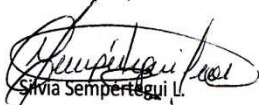
Dra.
Emma Sánchez
DIRECTORA DEL INSTITUTO PSICOPEDAGÓGICO
"AGUSTÍN CUEVA TAMARIZ"
Ciudad.

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo me dirijo a Usted para solicitar de la manera más comedida se presten las facilidades a las estudiantes: MARÍA BELEN RODAS MOLINA, MARIA PAZ COBOS GUEVARA, realicen la investigación "DIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN LOGOPÈDICA DE LAS DIFICULTADES DEL HABLA EN NIÑOS/AS Y JÓVENES DE 7 A 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE ALGUNOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE CUENCA". Protocolo aprobado por la Comisión de asesoría de trabajos de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas.

En espera de una favorable aceptación al presente anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,



Silvia Sempertegui U.
Directora del Trabajo de Investigación.





UNIVERSIDA DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÈDICA

Cuenca, 25 de septiembre del 2012

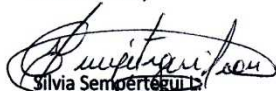
Magister
Gloria Sánchez Cedillo
INSTITUTO PILOTO DE INTEGRACIÓN DEL AZUAY
Ciudad.

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo me dirijo a Usted para solicitar de la manera más comedida se presten las facilidades a las estudiantes: MARÍA BELEN RODAS MOLINA, MARIA PAZ COBOS GUEVARA, realicen la investigación "DIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN LOGOPÈDICA DE LAS DIFICULTADES DEL HABLA EN NIÑOS/AS Y JÓVENES DE 7 A 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE ALGUNOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE CUENCA". Protocolo aprobado por la Comisión de asesoría de trabajos de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas.

En espera de una favorable aceptación al presente anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,



Silvia Sempertegui

Directora del Trabajo de Investigación.





UNIVERSIDA DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÈDICA

Cuenca, 25 de septiembre del 2012

Señora

María Mercedes Espinoza de Cueva

ASOCIACIÓN PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO EXCEPCIONAL DEL AZUAY.

Ciudad.

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo me dirijo a Usted para solicitar de la manera más comedida se presten las facilidades a las estudiantes: MARÍA BELEN RODAS MOLINA, MARIA PAZ COBOS GUEVARA, realicen la investigación "DIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN LOGOPÈDICA DE LAS DIFICULTADES DEL HABLA EN NIÑOS/AS Y JÓVENES DE 7 A 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE ALGUNOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE CUENCA". Protocolo aprobado por la Comisión de asesoría de trabajos de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas.

En espera de una favorable aceptación al presente anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,



Silvia Sempertegui L.

Directora del Trabajo de Investigación.



Autorizado
Susana Silva
04-10-2012
Inicia-05-10-2012



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÈDICA

Cuenca, 25 de septiembre del 2012

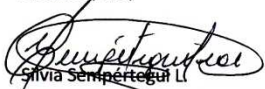
Tecnóloga
Eulalia Torres
DIRECTORA DE LA ESCUELA ESPECIAL
"SAN JSE DE CALASANZ"
Ciudad.

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo me dirijo a Usted para solicitar de la manera más comedida se presten las facilidades a las estudiantes: MARÍA BELEN RODAS MOLINA, MARIA PAZ COBOS GUEVARA, realicen la investigación "DIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN LOGOPÈDICA DE LAS DIFICULTADES DEL HABLA EN NIÑOS/AS Y JÓVENES DE 7 A 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE ALGUNOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE CUENCA". Protocolo aprobado por la Comisión de asesoría de trabajos de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas.

En espera de una favorable aceptación al presente anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,


Silvia Sempertegui
Directora del Trabajo de Investigación.



Recibido el 28 Set. 2012.