

**DIFICULTADES DE ARTICULACIÓN
EN EL LENGUAJE INFANTIL**

T E S I N A

RECUPERACIÓN DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA

P R E S E N T A:

PATRICIA RAMÍREZ LÓPEZ

DIRECTORA DE TESINA

PROFRA. PILAR CÁDOZA MORALES

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Gracias Dios por permitirme llegar a esta instancia del camino y poder concluir mi carrera. Siento mucha gratitud por todas las bendiciones que me das.

A mis padres Evaristo y Guadalupe

Por todo el apoyo incondicional que me han brindado en todo este tiempo. Por todo su amor, por su ejemplo de superación, sus enseñanzas, sus esfuerzos y sacrificios. Por alentarme y aconsejarme en las adversidades. Gracias. Esta meta alcanzada también es de ustedes.

A mis hermanos y su familia

Gracias Jorge, Hilda, Jaime, Mari, por sus comentarios, sugerencias y opiniones. Por aconsejarme y corregirme cuando ha sido necesario. Por ser parte de mi familia.

A mis amigos

Yaneth, Perla, Wendy, Claudia, Raquel, Nelía y Toño. Gracias a cada uno de ustedes, por darme su tiempo cada vez que lo he necesitado, por su ayuda, por sus consejos y por su aliento. Por enseñarme a motivarme, soy muy afortunada al contar con ustedes.

A mi prima Nancy

Que aunque ya no está conmigo, quiero agradecerle todas sus enseñanzas, cariño, amor y sabiduría. Sé que eres mi Ángel que me guía y cuida para que todo me salga bien. Gracias.

***A mi novio
Ángel***

El amor nos enseña a compartir y conocer las necesidades e intereses de ambos. Gracias por tu amor, por tu comprensión, por tu paciencia, por brindarme tu apoyo incondicional.

Gracias por amarme.

Te amo

A la Universidad Pedagógica Nacional

Que ha formado parte de mi vida y que me ha formado en esta profesión tan maravillosa.

***A los Profesionales en Comunicación Humana
Lic. José Miguel Rivera Lira***

Por confiar en mí, por enseñarme su amplia experiencia profesional y sus conocimientos. Por sus consejos y ayuda.

Gracias por darme la oportunidad de compartir este logro.

***Y muy especialmente a mi asesora
Profesora Pilar Cardoza Morales***

Por el tiempo dedicado a la asesoría y revisión de este trabajo. Por su don de ética, paciencia, esfuerzo, aportación, dedicación y apoyo constante. Gracias.

A mis sinodales

Prof. Iván Escalante Herrera

Prof. Joel Salinas González

Prof. Alonso Ramírez Silva

INDICE

	PAG.
Introducción	3
CAPITULO I	
DESARROLLO DE LOS ÓRGANOS ARTICULADORES Y FONOLÓGICOS DEL HABLA	6
1.1.- Bases anatómicas y fisiológicas del lenguaje	6
1.2.- Descripción de los componentes del lenguaje: sonidos y fonemas	26
1.3.- Clasificación de las vocales	30
1.4.- Clasificación de las consonantes	35
CAPITULO II	
TRASTORNOS DE ARTICULACIÓN	47
2.1.- Descripción de las dislalias	47
2.2.- Clasificación de las dislalias	48
2.3.- Etiología de la dislalia funcional	52
2.4.-Tipos de errores en la dislalia funcional	54

CAPITULO III

INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	57
3.1.- Empresa	57
3.2.- Organización de la empresa	59
3.3.- Área de lenguaje	60
3.4.- Descripción de la terapia de lenguaje	60
3.5.- Estudio	61
3.6.- Diagnóstico	63
3.7.- Intervención o tratamiento	64

CAPITULO IV

ESTUDIO DE CASOS	68
Caso 1.- Trastorno articulatorio en una niña con dislalia evolutiva	69
Caso 2.- Trastorno articulatorio en una niña con dislalia orgánica	80
Caso 3.- Trastorno articulatorio en un niño con dislalia funcional	90
CONCLUSIONES	102
GLOSARIO	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
ANEXOS	110

DIFICULTADES DE ARTICULACIÓN EN EL LENGUAJE INFANTIL

INTRODUCCIÓN

Una de las inquietudes que he tenido a lo largo de mi experiencia como terapeuta de lenguaje, en estos 7 años, ha sido contar como se desarrolla el trabajo en el área de lenguaje y cómo es la rehabilitación del trastorno de lenguaje denominado dislalia. Que merece mi especial atención dada su enorme incidencia dentro del ámbito escolar.

Las dificultades de articulación en el lenguaje infantil se observan continuamente en el área escolar. La observación constante de sustituciones, deformaciones o ausencias en los fonemas que emplean los niños en su vida diaria para comunicarse. Las repercusiones negativas que enfrenta el niño dentro del área académica como: reprobación de exámenes, bajo rendimiento académico, repetición de cursos, retraso escolar, etc. Las actitudes negativas que enfrenta el niño en el área emocional cuando presenta este problema como: sentimientos de inferioridad, inseguridad, pérdida de confianza, los desajustes emocionales, inhibición, conductas de evitación, aislamiento, ansiedad, frustración, timidez. Son evidencia de ello.

Estas son algunas características negativas que observé en los niños que presentan esta problemática, en el centro donde comencé a laborar. Y las cuales fueron el detonante para querer explicar este tema. En un principio cuando comencé el apoyo en terapia. Me surgió la necesidad de responder a estas preguntas: ¿Cómo se puede detectar un problema de articulación? ¿Cuáles son los trastornos de articulación? ¿Qué es el desarrollo fonoarticulatorio? ¿Cómo se realiza una evaluación de lenguaje? ¿Cómo es el tratamiento que se lleva a cabo para corregir un problema de articulación? Estas preguntas fueron mi guía para realizar este informe.

Ahora, este informe objeto de memoria de experiencia profesional pretende compendiar las ideas teórico-prácticas acerca de los servicios, funciones y responsabilidades en el área de lenguaje, mostrar el desarrollo funcional de la terapia de lenguaje. Es decir, describir el estudio, el diagnóstico y la intervención que se llevó a cabo para este trastorno de lenguaje y por último mostrar el informe final.

El presente informe se divide en cuatro capítulos. En el primer capítulo se explican los referentes teóricos de la naturaleza del desarrollo de los órganos articuladores y fonológicos de habla. A fin de comprender los órganos que intervienen de forma directa o indirecta en la producción del habla, la función respiratoria y el modo como se producen los fonemas vocálicos y consonánticos.

En el segundo capítulo se describen los referentes teóricos de la problemática de lenguaje en este caso al trastorno de articulación denominado dislalia. Se explica la definición, la etiología, las características y las alteraciones del problema.

En el tercer capítulo se describen las características del Centro, las funciones y responsabilidades del terapeuta de lenguaje y se muestra el estudio, el diagnóstico y la intervención que se llevó a cabo para corregir la dificultad articulatoria.

En el último capítulo se exponen tres estudios de casos, para mostrar con ejemplos el informe final. Mostrar la formalidad que tiene la rehabilitación y fundamentar este informe.

En definitiva, pongo a su disposición a los docentes, psicopedagogos, psicólogos, pedagogos y en general, a cuántas personas estén interesadas por el tema de lenguaje infantil, este informe que he puesto en práctica durante mi desempeño profesional y que hoy me complace compartir.

CAPITULO I

CAPITULO I

DESARROLLO DE LOS ÓRGANOS ARTICULADORES Y FONOLÓGICOS DEL HABLA

En este capítulo se explican los referentes teóricos de la naturaleza de la anatomía y fisiología del lenguaje, en concreto del aparato fonador y sus partes, como funcionan y qué relación hay entre ellos para formar la articulación. Además se expone como son las posiciones que adopta el aparato fonador al producir un sonido y como se produce la articulación de los fonemas y consonantes.

Al ser este proyecto objeto de memoria de experiencia profesional, estas teorías tienen un objetivo. Entender y comprender el proceso del habla. Hay que hacer énfasis que este capítulo es un poco extenso, pero es importante que se desarrolle de esta forma, dado que esta parte ayuda para establecer las actividades directas que se dan en la intervención del lenguaje y nos da la pauta de cómo trabajar las vocales y consonantes en dicha intervención.

1.1.- BASES ANATÓMICAS Y FISIOLÓGICAS DEL LENGUAJE.

Los sonidos representan el soporte material del lenguaje oral. Ya desde temprana edad el niño comienza a articular sus primeras sílabas y a conseguir en breve plazo un caudal de palabras que le permitirán expresarse y comunicarse con sus semejantes.

Dentro del mecanismo de fonación intervienen diferentes órganos, cartílagos, músculos, nervios y sistemas que en una acción combinada dan como resultado la producción de la voz. Todo este proceso se lleva a cabo, gracias a tres órganos que conforman todo el *aparato fonador* los cuales son:

- A) El órganos respiratorio
- B) El órgano fonatorio y resonador
- C) El órgano articulatorio

Para abordar al tema, es conveniente repasar la anatomía y la fisiología de los órganos que intervienen en la articulación. Con el fin de observar la relación que existe entre cada uno de ellos.

A) ÓRGANO RESPIRATORIO

El sistema respiratorio tiene por función la introducción de la corriente de aire; a través del aporte adecuado del oxígeno al organismo y la eliminación de dióxido de carbono. Proporciona la energía básica para el habla, debido a que actúa en la regulación de la intensidad de la voz, la emisión, la frecuencia fundamental de la fuente periódica, el énfasis y la división del habla en varias unidades (sílabas, palabras, frases).

Debido a que la respiración es importante dentro de los seres humanos es conveniente explicar cuáles son las partes que componen este sistema y sus funciones, como se lleva a cabo el proceso de respiración y cuáles son las formas de respirar.

ACTO RESPIRATORIO

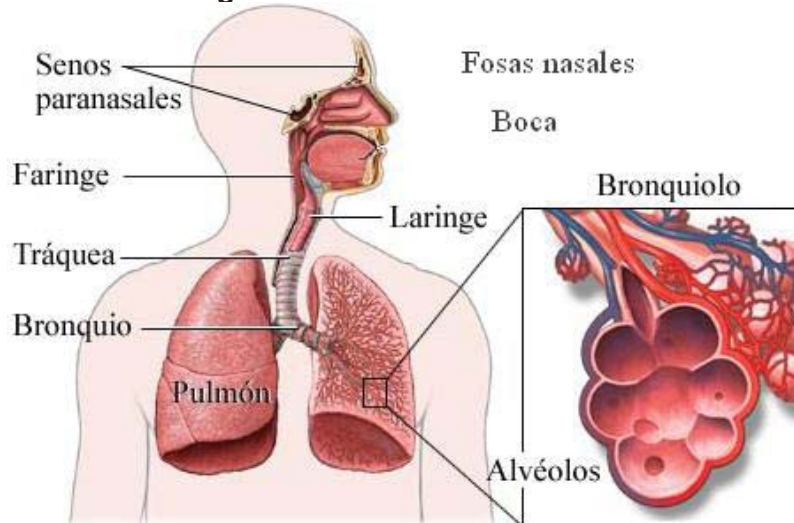
Durante el acto respiratorio se ponen en movimiento diversas partes del organismo. Observar la figura No.1. El trayecto comprende la boca y las fosas nasales (órganos de entrada de aire), la faringe, laringe, tráquea y bronquios (órganos de conducción) y los pulmones (órganos en los que se efectúa propiamente la función respiratoria).

En este punto, Tortora (1997) describe cada uno de los órganos de la respiración:

- **Fosas nasales** son dos cavidades situadas encima de la boca. Se abren al exterior por los orificios de la nariz (donde reside el sentido del olfato) y se comunican con la faringe en la parte posterior. Para mayor información, diríjase al tema: Órganos pasivos de la articulación.
- **Faringe o garganta** es un tubo de alrededor de 12 cm de longitud, se encuentra a continuación de las fosas nasales y de la boca. Forma parte también del sistema digestivo. A través de ella pasan el alimento que ingerimos y el aire que respiramos. Para mayor información, diríjase al tema: Órgano fonatorio y resonador.

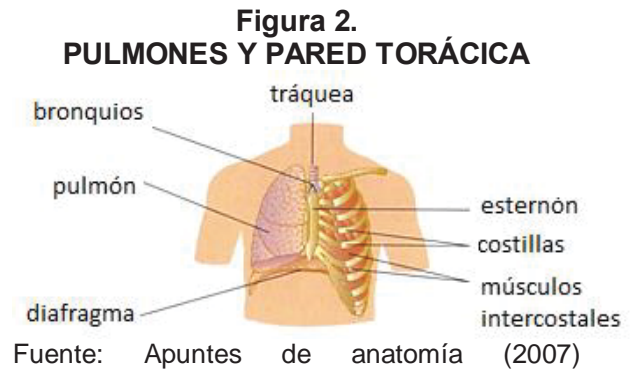
- **Laringe o caja de voz**, es una vía corta que une a la laringe con la tráquea y se encuentra en la parte media del cuello. Es una cavidad formada por cartílagos que presenta una saliente llamada comúnmente nuez. En la laringe se encuentran las cuerdas vocales que, al vibrar, producen la voz. Para mayor información, diríjase al tema: Órgano fonatorio y resonador.
- **Tráquea** es una vía tubular para el paso de aire, de 11 cm de longitud y 2 ½ de diámetro, aproximadamente. Está localizada por delante del esófago y se extiende desde la laringe hasta la quinta vértebra torácica, donde se divide en los bronquios primarios izquierdo y derecho. Las paredes de la tráquea esta compuestas de músculo liso y tejido conjuntivo elástico. Está constituida por cartílagos en forma de C.
- **Bronquios** son los dos tubos en que se divide la tráquea. Penetran en los pulmones (derecho – izquierdo) donde se ramifican una multitud de veces, hasta llegar a formar los bronquiolos. Estos terminan en los alvéolos (bolsas de aire).
- **Pulmones** son órganos esponjosos de color rosado que están protegidos por las costillas. Cada pulmón está envuelto en una especie de bolsa denominada pleura. El pulmón derecho es más grueso y más ancho que el pulmón izquierdo, esto debido a que el pulmón derecho tiene tres lóbulos, (superior, medio e inferior) y el izquierdo tiene dos, (superior e inferior.) Además hay un hueco para acomodar el corazón.

Figura 1. ACTO RESPIRATORIO



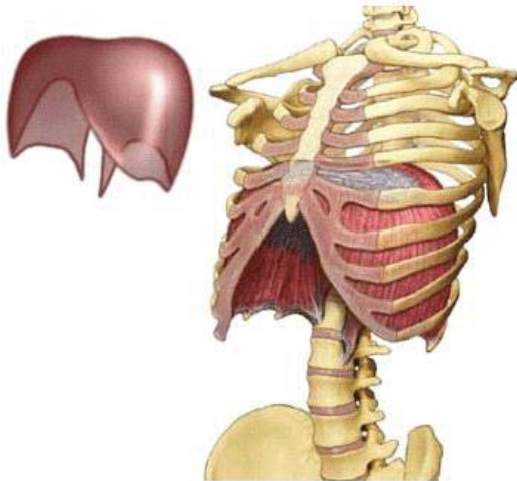
Fuente: Nucleus Communications, Inc. (2004)

Ahora bien, se llama caja torácica a la cavidad en la que se encuentran ubicados los pulmones. (Ver figura 2.) Está limitada por las costillas y a los costados, por las vértebras torácicas atrás y por el esternón adelante. El conjunto de las costillas da al tórax la forma de un embudo invertido.



Indudablemente se observa como estos órganos tienen una relación estrecha dentro del sistema respiratorio; sin embargo, una correcta respiración dependerá de una buena elasticidad pulmonar y de las costillas inferiores así como también del uso adecuado y coordinado del músculo diafragma

Figura 3. DIAFRAGMA



Fuente: <http://www.energiacraneosacral.com/diafragma/diafragmas.html>

Ahora, veamos la figura 3. El diafragma. Es el músculo más plano de todo el organismo, en forma de bóveda que cierra por arriba a la cavidad abdominal y limita por abajo la cavidad torácica. Es decir, es la lámina de músculos esqueléticos que forma el piso de la cavidad torácica. Es cóncavo por abajo y convexo por arriba, y su parte media es aponeurótica o tendinosa y se llama centro frenético, y a su alrededor es donde se encuentran las bandas musculares.

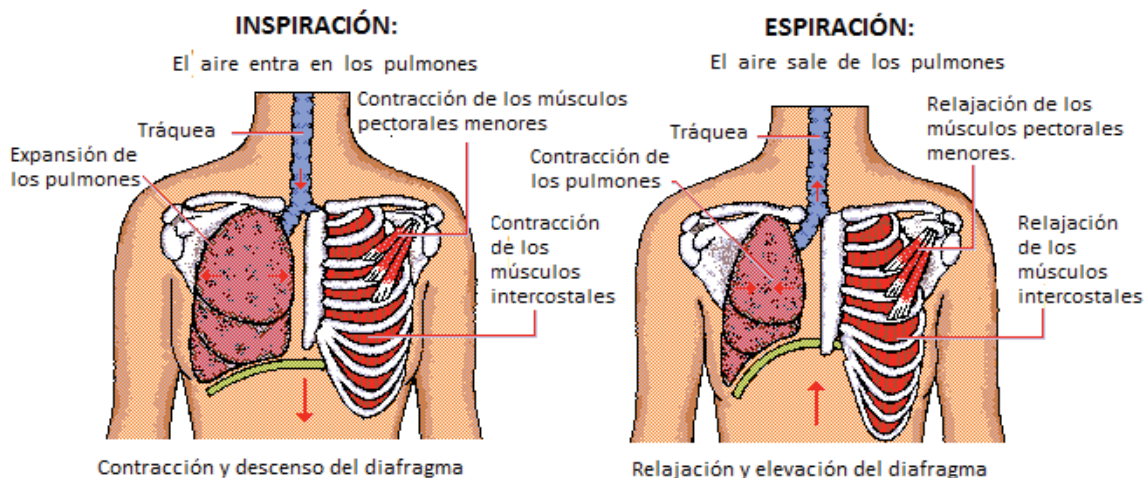
Es más alto por delante que por detrás, ya que las costillas anteriores son mucho más altas que las posteriores. Su bóveda no es regular y desciende más por el lado izquierdo. Es gibado y asimétrico.

PROCESO DE LA RESPIRACIÓN

Peñafiel (2000) nos menciona que, “la respiración es un proceso de dos tiempos: La inspiración o inhalación (toma de aire por una fuerza activa) y la espiración o exhalación (salida de aire por una fuerza pasiva)” (p. 33). A continuación, se explica este proceso de respiración.

- Durante la **inspiración**, véase figura 4. El diafragma se contrae y los músculos intercostales se elevan y ensanchan las costillas. La caja torácica gana volumen y penetra aire del exterior para llenar este espacio.
- Durante la **espiración**, véase figura 4. El diafragma se relaja y las costillas descienden y se desplazan hacia el interior. La caja torácica disminuye su capacidad y los pulmones dejan escapar el aire hacia el exterior.

Figura 4. PROCESO DE RESPIRACIÓN



Fuente: <http://html.rincondelvago.com/el-sistema-respiratorio-humano.html>

Estos tiempos se suceden de una manera regular. Rítmica, constante y normalmente inconsciente. Cabe añadir que, la respiración es tranquila y natural cuando no está acompañada de emisión de voz. Cuando lo está, se alarga el período espiratorio. Como Fairman (1998) nos señala: “La espiración consiste en la expulsión del aire, que puede ser utilizado también para la emisión de la voz. Este aire que se expulsa es el elemento indispensable para que haya sonido laríngeo” (p.20). Además, la

cantidad de aire inspirado, que se introduce en los pulmones y que después se expulsa espirando, constituye la capacidad respiratoria de una persona. Para medir la capacidad respiratoria se utiliza un espiroscopio o un espirómetro.

De acuerdo con Bustos (2000) la capacidad respiratoria media de una mujer adulta es de 3.5 litros y la de un hombre adulto es de 4.5 litros distribuidos de la siguiente manera:

Aire complementario: 1 500 c.c.

Aire respirable: 500 c.c.

Aire de reserva: 1.500 c.c.

Aire residual: 1.000 c.c.

El mismo autor detalla que, el *aire respirable* es el que entra y sale regularmente durante una respiración tranquila. El *aire complementario* es el que se inspira mediante una inspiración forzada y el *aire de reserva* el que se expulsa en una espiración forzada. Y por último, el *aire residual* es el que queda siempre en los pulmones, aún después de una espiración forzada.

Una capacidad respiratoria de 3 litros es suficiente para cumplir con eficacia la función respiratoria y vocal, tanto para hablar como para cantar. Por ello, la capacidad de aire que tenemos no es el aspecto fundamental, sino que tiene más importancia el rendimiento, la manera de utilizarlo, regularlo o dosificarlo.

TIPOS DE RESPIRACIÓN

De acuerdo con Busto (1998) hay diferentes maneras de respirar; es decir, según la zona dónde se concentre el aire que inspiramos, habla de diferentes tipos respiratorios. Estos se clasifican en:

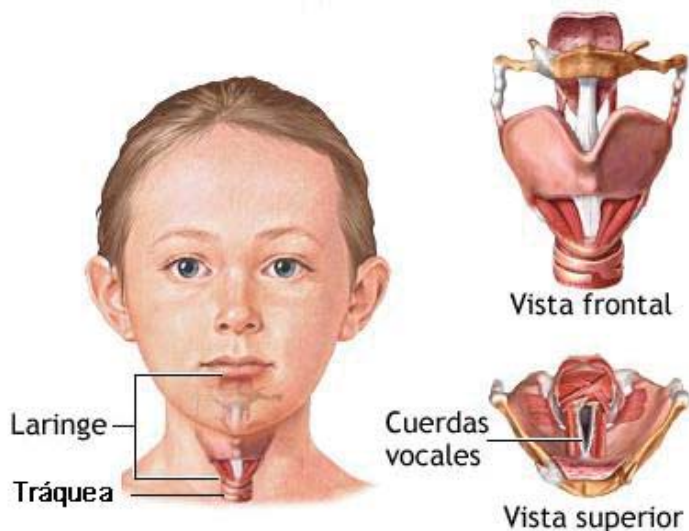
- a) Respiración costo-diafragmático-abdominal. Es el tipo respiratorio más completo.
- b) Respiración inferior abdominal. Es el tipo respiratorio fisiológicamente correcto.
- c) Respiración costal superior o torácica. Es el tipo respiratorio inadecuado e insuficiente tanto para la función respiratoria como para fonatoria.
- d) Respiración invertida. Es el tipo de respiración más inadecuado.

Véase la prueba: Exploración funcional de la respiración. En ella se detalla cada uno de estos conceptos.

B) ÓRGANO FONATORIO Y RESONADOR

La **laringe** o 'caja de voz', "es el órgano de la fonación, está formado por una cubierta de músculo y cartílago, de unos 8 por 5 centímetros, está situada en la parte media; anterior al cuello y se une con la tráquea" (Crystal, 1993, p.127, 128). Está es más notable de frente, se nota por la protuberancia en la garganta conocida como cartílago de tiroides o manzana de Adán (vulgo: 'nuez'), cuya forma es triangular como se muestra en la figura 5. Su cara posterior corresponde a la pared anterior de la faringe a la altura de la quinta, sexta y séptima vértebras cervicales. De aquí la importancia que adquieren estas vértebras como primeros resonadores óseos del tono fundamental formado a nivel de los repliegues vocales.

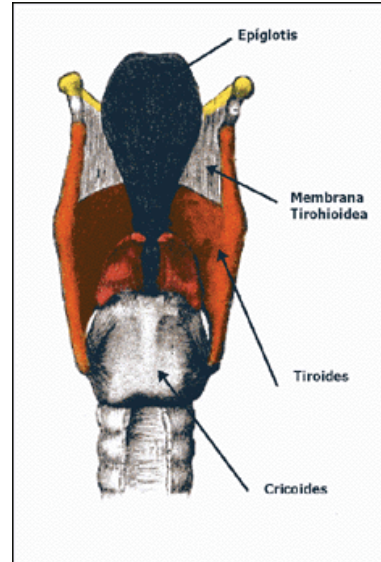
Figura 5. CAJA LARÍNGEA



Fuente: <http://www.clinicadam.com/imagenes-de-salud/19708.htm>

La laringe es la principal fuente de la producción de la voz. El músculo más importante es el tiroaritenoides o cuerda vocal. Sus funciones son tanto biológicas como lingüísticas. Para la primera, la laringe actúa como válvula de cierre de los pulmones, por ejemplo: para ayudar en el proceso de la excreción, o para evitar que una materia extraña se introduzca en la tráquea. Para la segunda, interviene en la producción de varios tipos de sonido, dependiendo del modo de acción de las cuerdas vocales.

Figura 6.
CARTÍLAGOS DE LA LARINGE

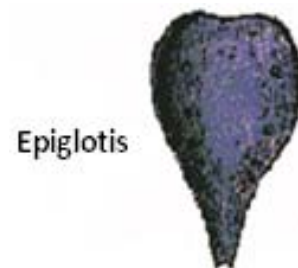
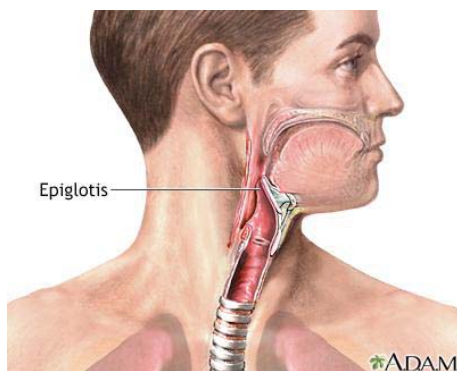


Fuente: <http://www.medicinavademecum.info/?p=109>

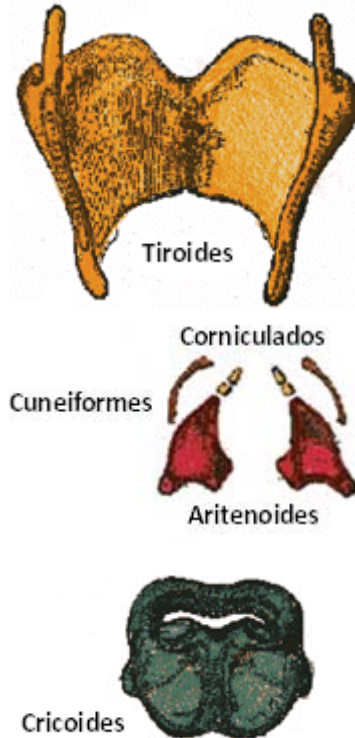
La laringe está constituida básicamente por cartílagos. (Véase la figura 6). Los cartílagos se conectan entre sí en uniones en torno a las cuales se mueven para responder a las presiones de los distintos músculos y ligamentos con los cuales están conectados.

Los principales cartílagos de acuerdo con Fairman (1998) ubicados de arriba hacia abajo son:

- **Epiglotis.** Es un fibrocartílago, que separa a la laringe de la faringe. Obra en el momento de la deglución, descendiendo como un opérculo sobre el orificio laríngeo, para impedir el pasaje de los alimentos a ella.



- **Cartílago tiroides**, cuyo nombre significa escudo, está formado por dos láminas o alas unidas por la parte anterior que actúan como un escudo protector de las cuerdas vocales. Se le conoce vulgarmente como “nuez” o “manzana de Adán”, siendo más acentuado en el hombre que en la mujer.
- **Cartílago aritenoides**, cuyo nombre significa embudo, son dos, están ubicados en la parte posterior de la laringe y se apoyan en el cartílago cricoides.
- **Cartílago cricoides**, cuyo nombre significa anillo y que une a la laringe con la tráquea; tiene forma circular semejándose a un anillo de sello, ya que su parte anterior es aproximadamente cuatro veces más pequeña que la posterior. Ocupa la parte inferior de la laringe y en él tienen su apoyo los otros cartílagos.



MUSCULATURA DE LA LARINGE

Los músculos de la laringe se dividen en dos tipos: los músculos extrínsecos que provienen de fuera de la laringe y que están conectados a los cartílagos por la parte externa; su principal misión es mover a la laringe en su totalidad arriba y abajo. Por ejemplo en la deglución. Los músculos intrínsecos empiezan y acaban en la laringe: su función es mover los cartílagos aritenoides y cricoides, y colaborar en el proceso de contracción de las cuerdas vocales.

Asimismo, en la laringe se encuentran músculos con diferente mecanismo de acción. A saber:

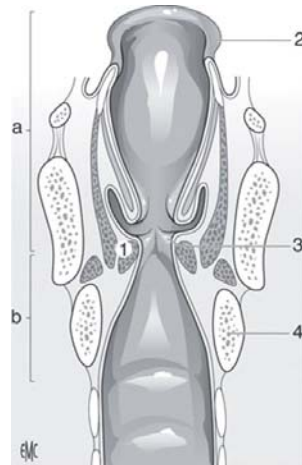
- Dilatadores, que separan las cuerdas vocales abriendo la glotis durante la inspiración
- Constrictores, que acercan las cuerdas vocales cerrando la glotis durante la fonación
- Tensores, que tienden las cuerdas vocales, lo que provee de altura al sonido.

ESTRUCTURA INTERNA DE LA LARINGE

Bustos (2000) afirma que la conformación interna de la laringe consta de tres regiones: glótica, infraglótica y supraglótica (ver figura 7).

- 1) **Glotis** es un espacio virtual de forma triangular, delimitado por el borde libre de los repliegues vocales; desaparece durante la fonación al aproximarse éstos a la línea media.
- 2) **Región supraglótica** corresponde a las estructuras que están por encima de la glotis y los repliegues vocales, se denomina también vestíbulo laríngeo y en él se localizan el cartílago epiglótico -verdadero límite superior de la laringe- y los pliegues ventriculares situados por encima de los repliegues vocales.
- 3) **Región infraglótica** se prolonga hasta el límite inferior de la laringe.

Figura 7.
CORTE FRONTAL DE LA LARINGE

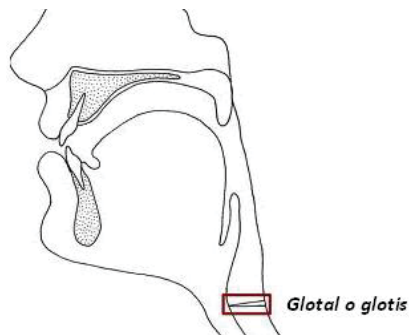


a. Región supraglótica; b. región subglótica; 1. glotis; 2. epiglotis; 3. cuerda vocal; 4. cartílago cricoides.

Fuente: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1245178906479543>

LAS CUERDAS VOCALES

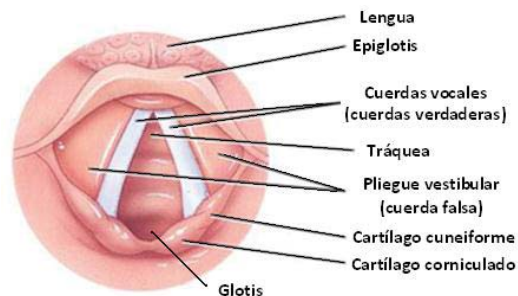
Figura 8. ZONA GLÓTICA



En esta parte, la zona glótica es la más importante porque en ella están situados las cuerdas o ligamentos vocales. Las cuerdas no son cuerdas (como las de la guitarra o arpa), sino labios o repliegues vocales. Son bandas planas triangulares recubiertas por una mucosa lisa de color rosado; se encuentran colocadas en los extremos de la tráquea, que termina en el fondo de la garganta a la altura aproximada de la nuez, más o menos en forma de V invertida, que se mueven acercándose y alejándose (Observe la figura 8).

Sobre este tema Tortora (1997) nos describe, “las cuerdas vocales son dos pliegues musculares, un par superior denominado pliegue vestibular antes falsa cuerda vocal y un par inferior denominado simplemente pliegue vocal y antiguamente cuerda vocal verdadera”(p. 434). En la figura 9 se observan las dos, las cuerdas vocales verdaderas (color blancuzco) y la cuerda falsa (color rosado).

Figura 9. CUERDAS VOCALES



Fuente: <http://www.ecured.cu/index.php/Cuerdas-vocales>

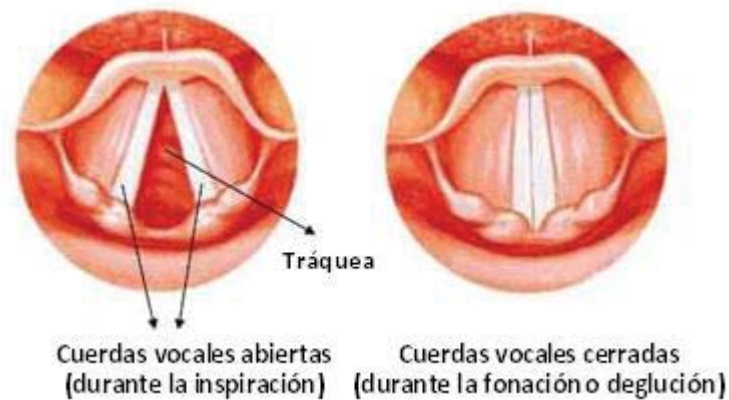
Las cuerdas vocales son las responsables directas de la producción de la voz. Proceso conocido como fonación. Hay tres mecanismos básicos de producción de voz:

- Vibración de los repliegues, que produce los sonidos tonales o sonoros (vocales, semivocales, nasales, etc.).
- Interrupción (total o parcial) en el flujo de aire que sale de los pulmones, que da lugar a los sonidos "sordos" (fricativas sordas, oclusivas sordas, etc.)
- Combinación de vibración e interrupción, como las oclusivas sonoras (en español 'b', 'd' y 'g').

DINAMICA DE LAS CUERDAS VOCALES

Las cuerdas vocales tienen la dinámica que cuando inspiramos; permanecen abiertas, pero cuando emitimos algún sonido (por pequeño que sea) permanecen cerradas. (Véase figura 10). Es por ello que, tras inspirar y soltar el aire, se acercan los repliegues, produciendo una vibración (sonora). La posterior calidad de la vibración sonora, o de los sonidos que emitamos, dependerá del equilibrio entre la presión del aire proveniente de los pulmones y la tensión de las cuerdas vocales. A mayor equilibrio de presión de aire (calidad respiratoria) y tensión de las cuerdas (sin forzar) mayor calidad.

Figura 10. DINÁMICA DE LAS CUERDAS VOCALES



Fuente: http://www.ecured.cu/index.php/Cuerdas_vocales

Conforme a lo anterior Carneado (1996) nos detalla, para que el sonido se produzca es preciso de tres pasos:

1. Que la corriente de aire tenga una presión suficiente para separar las cuerdas vocales de su posición de descanso.
2. Que el orificio glótico esté suficientemente cerrado, en decir, que las cuerdas vocales se aproximen, dejando un estrecho pasaje al aire.
3. Que las cuerdas vocales estén tensas.

Por consiguiente, la glotis se abre durante la inspiración y se cierra durante la fonación. (Véase nuevamente la figura 10). Ahora bien, para la emisión de los tonos (agudos - grave) no es el mismo en las cuerda vocales. En el tono agudo, se origina un aumento en la tensión de las cuerdas vocales y consecuentemente un adelgazamiento de las mismas. Y para el tono grave, las cuerdas vocales disminuyen su tensión y por lo tanto se ensanchan. Asimismo, para la emisión de vocales y consonante pasa algo similar. En las vocales es lento y mantenido, mientras que en las consonantes generalmente no hay mecanismo laríngeo, o se produce un acercamiento de cuerdas brusco y de corta duración.

LOS RESONADORES O CAJAS DE RESONANCIA

El aire que es expulsado de los pulmones, pasa por la glotis entre las cuerdas vocales en vibración. Es el que origina un sonido simple denominado tono fundamental laríngeo. Subjetivamente el sonido consiste en la percepción de vibraciones por medio del oído las que se registran en los centros nerviosos superiores. El sonido está formado por ondas las que, a su vez, son el resultado de la vibración. Toda vibración moviliza los cuerpos elásticos que se encuentran al paso de la onda sonora. Si la frecuencia propia de un cuerpo es la misma que la vibración, este cuerpo comienza a vibrar también, produciendo el fenómeno de resonancia. Todo cuerpo vibrante que refuerce un sonido ya existente se denomina resonador.

Durante la fonación el emisor pone en movimiento sus articuladores, proveyendo así al tono fundamental laríngeo de cavidades con formas y dimensiones diversas, con partes blandas (móviles) y partes duras (fijas), las que actúan como resonadores durante el pasaje del sonido a través de éstas.

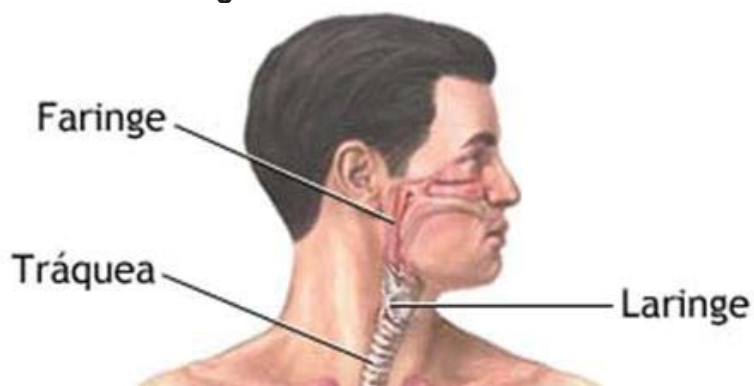
Según Fairman (1998) las cavidades que intervienen en la resonancia son:

- a. Porción fija que abarca la faringe nasal y las fosas nasales. Refuerza los sonidos agudos.
- b. Porción móvil que corresponde a la boca. La lengua, el órgano sumamente móvil, modifica la cavidad oral, siendo el más importante y activo de los resonadores. El velo del paladar se contrae constituyendo un factor sumamente importante dentro de la resonancia. La región labial está capacitada con una enorme movilidad por la acción de sus doce músculos que actúan sobre los labios, accionando también las mejillas. En esta porción móvil todos los sonidos se ven reforzados en forma uniforme.
- c. Porción muy móvil, que incluye la faringe media y la porción de laringe por encima de la glotis. Refuerza especialmente los sonidos graves.

FARINGE

La faringe o garganta es un tubo de alrededor de 12 cm de longitud que se inicia en los nares y corre hacia abajo del cuello. Está colocado justamente en la parte posterior de la cavidad nasal, la boca y por delante de las vértebras cervicales. Ver figura 11. Sus paredes están compuestas de músculos esqueléticos. El interior de las paredes está revestido por una membrana mucosa. (Tortora, 1977). Las funciones de la faringe se limitan a servir de paso para el aire y los alimentos. Hace las veces de una cámara de resonancia para la voz.

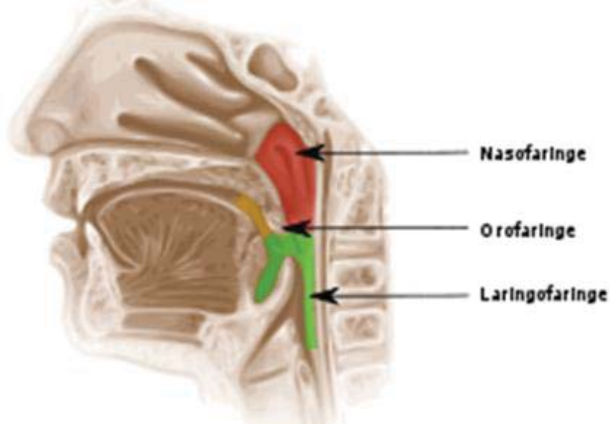
Figura 11. FARINGE



Fuente: <http://www.clinicadam.com/imagenes-de-salud/17235.html>

Las tres principales áreas de resonancia se hallan ubicadas en la faringe. De acuerdo con Fairman (1998) son:

Figura 12. ÁREAS DE RESONANCIA



Fuente: <http://cienciaexplicada.com/faringe-anatomia.html>

Nasofaringe. Porción superior de la faringe conectada con la nariz. Se extiende hacia abajo hasta el paladar blando.

Orofaringe. Porción media de la faringe conectada con la boca. Se extiende desde el paladar blando hacia abajo hasta el hueso hioideo.

Laringofaringe. Porción inferior de la faringe ubicada detrás de la laringe. Se extiende hacia abajo del hueso hioideo y desemboca en el esófago hacia atrás.

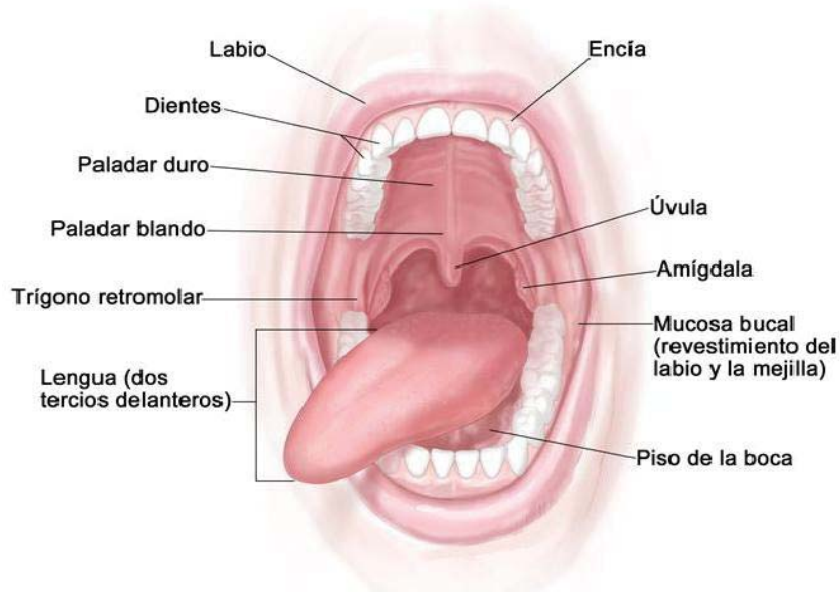
En realidad el sistema de resonancia y el de articulación deberían ser estudiados de manera conjunta ya que son los mismos órganos los que actúan en ambos casos. Sin embargo, por razones didácticas hemos creído conveniente presentarlos por separado.

C) ÓRGANO ARTICULATORIO

En la cavidad oral y bucal, se encuentran la mayor parte de los órganos que intervienen en la articulación de los fonemas. Veamos la figura 13. Los órganos que conforman la boca son: los labios, los dientes y sus alvéolos, el paladar duro, el paladar blando (velo del paladar), las mejillas y la lengua. La voz dependerá, en gran medida de la anatomía y del movimiento de estos elementos. Los movimientos que tienen lugar en la modificación de la corriente de aire en estas cavidades es lo que se llama articulación.

Al respecto Navarro (citado por Gallego, 2000) apunta que, “la articulación es el acto de colocar correctamente los órganos articulatorios en la posición adecuada para producir fonemas específicos” (p.13). Los fonemas específicos son las consonantes y vocales. Es decir, al momento de producir un sonido (unión de una o más consonantes con una o más vocales) los órganos articulatorios adoptan diferentes posiciones para conseguirlo.

Figura 13. ANATOMÍA DE LA CAVIDAD ORAL O BUCAL



Fuente: Terese Winslow (2012)

Los órganos que intervienen en la articulación, según la movilidad que presenten en su papel de modificadores del sonido. Se clasifican en dos grupos:

- 1.- Órganos activos
- 2.- Órganos pasivos

1.- ORGANOS ACTIVOS DE LA ARTICULACION

Son órganos activos, “los que se mueven de forma activa estos son: los labios y la lengua” (Bustos, 1998, p. 56).

▪ LABIOS

Anatómicamente, los labios “son repliegues músculo fibrosos móviles que rodean la boca. Los labios están cubiertos externamente por piel, e internamente por mucosa” (Moore, 2010, p.956). Se utilizan para la prensión de alimentos, succionar líquidos, mantener el alimento fuera del vestíbulo bucal, formar el habla y besar.

Además, los labios son órganos fonéticos de gran importancia, constituye por la variación de su abertura, un filtro para el sonido. Como lo especifica Crystal (1993) al decir, “las configuraciones de los labios que competen al habla abarcan principalmente los grados de «labio-redondeado» y «labio-alargado» (como en las vocales), y los grados de tensión de sus contactos (como en la producción de las consonantes)” (p.134). De este modo

se determina como los labios deben de tener toda la soltura y firmeza requeridas para la pronunciación de las palabras.

Estos dos repliegues musculares, intervienen en la articulación de los fonemas bilabiales como /p/, /b/ y /m/ y los labiodentales, como /f/. Igualmente tienen un papel importante en la articulación de los fonemas vocálicos /o/ y /u/.

▪ LENGUA

La lengua, “está compuesta de músculo esquelético cubierto con una membrana mucosa” (Tortora, 1977, p. 464). Ésta, junto con sus músculos correspondientes, forma el piso en la cavidad oral. La lengua desempeña importantes funciones en la masticación, la deglución, el sentido del gusto y el lenguaje. En relación al lenguaje, este órgano es de suma importancia por las diferentes formas y posiciones que adopta para producir los distintos fonemas.

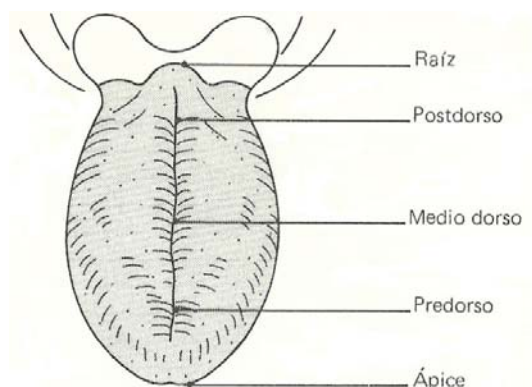
La cara superior o dorso de la lengua, se caracteriza por la presencia de un surco en forma de V. (Véase la figura 14). Ésta puede dividirse en las zonas siguientes: raíz, en el extremo posterior, el dorso o parte superior subdividido en: postdorso, medio dorso, predorso y el ápice o punta de la lengua. Asimismo, en la lengua se encuentra el *frenillo sublingual*, éste ayuda en los movimientos de la lengua. Una alteración orgánica en el frenillo provoca problemas en la articulación, especialmente en las consonantes linguales.

A lo anterior, Tortora (1977) refiere, “en los individuos cuyo frenillo es muy corto, los movimientos de la lengua están restringidos, el habla es defectuosa y se dice que la persona tiene ‘lengua amarrada’. Estos problemas funcionales pueden ser corregidos muy fácilmente cortando quirúrgicamente el frenillo” (p. 464). Este es un trastorno congénito frecuente que se llama *anquiloglosia o frenillo sublingual corto*.

La lengua actúa directamente en la articulación de los fonemas linguodentales o dentales: /t/, /d/;
linguointerdentales: /z/

;linguoalveolares o alveolares: /s/, /n/, /l/, /r/ y /ř/;
linguopalatales o palatales: /y/, /ch/, /ll/, /ñ/, y
linguovelares: /k/, /g/, /j/.

Figura 14. LENGUA



Fuente: Sánchez (1983)

2.- ORGANOS PASIVOS DE LA ARTICULACION

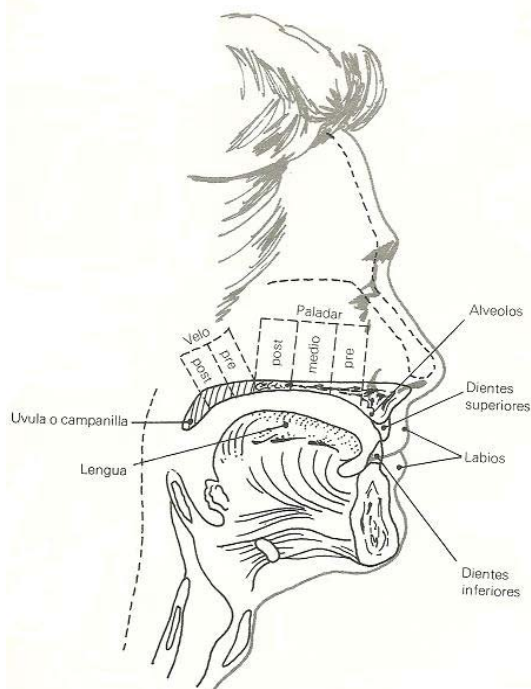
Son órganos pasivos, “los que no se mueven y sirven de apoyo para los órganos activos estos son: paladar, alvéolos, dientes y fosas nasales” (Bustos, 1998, p. 56).

▪ PALADAR

El techo de la boca, que separa las cavidades oral y nasal, se denomina paladar. Se encuentra dividida en dos zonas: el paladar duro anterior y el paladar blando posterior. Ambas están recubiertas por una membrana mucosa que contiene muchas glándulas que se encargan de lubricar y mantener la boca y la garganta húmedas.

El paladar duro comienza inmediatamente detrás de los alvéolos, y se divide en tres zonas: prepaladar, mediopaladar y postpaladar. El paladar blando también conocido como *velo del paladar*, se divide en dos zonas: la prevelar y la postvelar. El velo del paladar termina en la úvula o campanilla, esta es una lengüeta muscular fácilmente visible cuando la boca está abierta (Ver la figura 15).

Figura 15.
ELEMENTOS DEL PALADAR



Fuente: Sánchez (1983)

El velo tiene un papel relevante en el proceso del habla como lo explica Crystal (1993), “Durante la respiración normal la boca está cerrada, y el paladar blando está en su posición descendida, el aire entra y sale por la nariz. Sin embargo, para la producción de la mayoría de los sonidos, el paladar blando está elevado, cerrando la parte superior de la faringe, permitiendo así que se produzca dichos sonidos” (p.132).

De esta forma se observa como el velo del paladar tiene gran importancia en la articulación del lenguaje, ya que es un órgano móvil que cumple la función de determinar si un sonido tendrá características nasales o bucales.

Bustos (2000) realiza una descripción sobre lo anterior:

En la producción de los fonemas nasales, el velo no se adosa a la pared posterior de la faringe, permitiendo así que el aire prosiga su curso hacia la nariz como en el caso de la m, n y ñ. (fonemas nasales); para la producción de los fonemas bucales, el velo del paladar se une con la pared posterior a la faringe, cerrando así el paso de aire hacia la nariz. (p.49-50)

De tal forma, que cuando el velo falta, el habla se desorganiza totalmente.

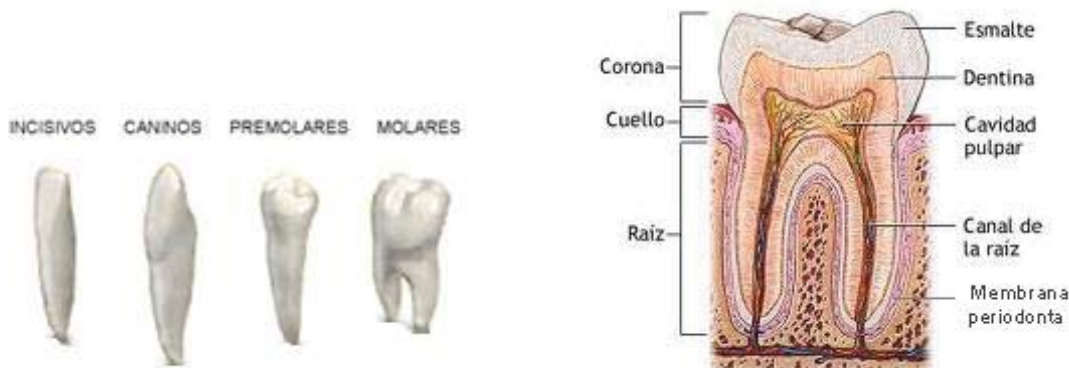
▪ ALVÉOLOS

Entre los incisivos superiores y el comienzo del paladar duro, existe una zona de transición, que recibe el nombre de alvéolos. Ver figura 15. Al ponerse en contacto la lengua con la raíz de los dientes superiores, constituyen el punto de articulación de los fonemas alveolares.

▪ DIENTES

Los dientes “se componen de corona, cuello y raíz. La corona sobre sale de la encía. El cuello se halla entre la corona y la raíz. La raíz está unida al alvéolo dentario por el periodonto; el número de raíces es variable” (Moore,, 2010, p.960) Véase la figura 16. La mayor parte del diente está constituida por la dentina, substancia parecida al hueso que confiere al diente su forma básica y su rigidez.

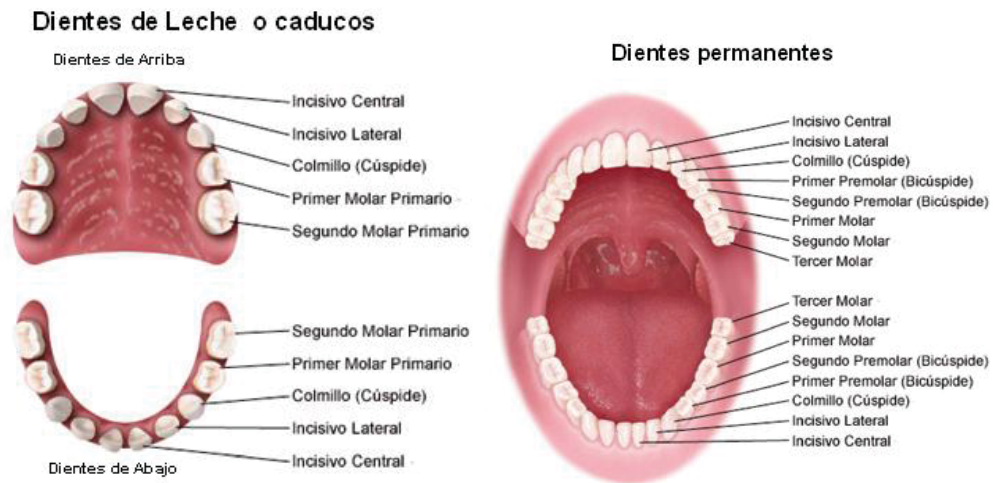
Figura 16. COMPONENTES DEL DIENTE



Fuente: <http://dentalproyect.es/consejos/conoce-losdientes>

En la figura 17 véase que los primeros dientes que salen se denominan dientes de leche o caducos: son 20, diez en cada maxilar. Hay 4 incisivos (en el centro de la boca): uno a cada lado de la línea dental media (los incisivos centrales), y uno a cada lado de estos (incisivos laterales). Cerca de los incisivos laterales están los caninos, uno de cada lado; seguido de los molares, dos a cada lado. Posteriormente y a su debido tiempo estos dientes caducos son reemplazados por 32 dientes permanentes, dieciséis en cada maxilar. (4 incisivos, 2 caninos, 4 premolares y 6 molares – el par más posterior de cada lado también se conoce como muela del juicio-).

Figura 17. DESARROLLO DE LA DENTADURA



Fuente: <http://dentalproject.es/consejos/conoce-losdientes>

Ahora bien, los dientes se utilizan como parte de sus bases articulatorias, por tal razón el alineamiento es importante. A ese alineamiento normal del maxilar superior e inferior produce un patrón completo de contacto entre los dientes es conocido como oclusión. Sin embargo, pueden darse varios tipos de mal-oclusión, en los cuales una alineación defectuosa de los dientes impide este contacto normal (produciendo unas características anormales al morder). También existen varios tipos de mala posición de los dientes entre sí en relación al maxilar. Cualquiera de estas condiciones anormales puede afectar a la articulación, algunas veces de forma grave, y constituyen un factor principal que contribuye a la dificultad en el habla.

De acuerdo con lo anterior, Bustos (1998) destaca:

La falta de una pieza dentaria, una separación anómala entre dos piezas dentarias, una malformación de piezas dentales y la colocación de una prótesis dental o palatina son algunas de las posibles dificultades que puede padecer el niño para articular los fonemas. (p.57)

Por lo tanto, los dientes son órganos necesarios para una correcta articulación, principalmente de los fonemas labiodentales e interdentes, puesto que constituyen el punto fijo para su articulación.

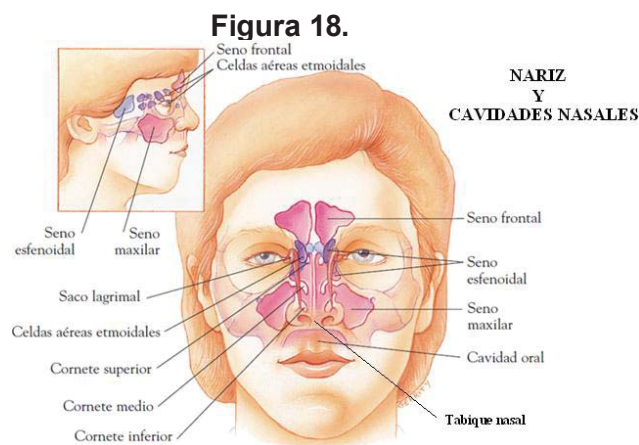
▪ FOSAS NASALES

De acuerdo con Moore (2010) anatómicamente, la nariz es la porción visible que sobresale de la cara, su esqueleto es principalmente cartilaginoso. La separación vertical que divide a la fosa izquierda de la derecha se denomina tabique nasal. Por delante, las fosas nasales se comunican con el exterior a través de los orificios nasales o narinas. Por detrás, cada fosa se comunica con la faringe a través de un orificio llamado coana. Las paredes laterales de las fosas nasales presentan tres eminencias, los cornetes superior, medio e inferior, entre los cuales se encuentran espacios denominados meatos

Asimismo se encuentran los senos paranasales que son cuatro paredes de cavidades, o bolsas llenas de aire, que están ubicadas cerca de las fosas nasales (Véase la figura 18). Al igual que éstas, los senos paranasales están recubiertos por una membrana mucosa.

Existen cuatro tipos diferentes:

1. El seno etmoideo. Ubicado dentro del rostro, en la región del puente de la nariz. Está presente al nacer y luego continúa desarrollándose.
2. El seno maxilar. Ubicado dentro del rostro, alrededor de la región de las mejillas. Está también presente al nacer y luego continúa desarrollándose.
3. El seno frontal. Ubicado dentro del rostro, en la región de la frente. No se desarrolla hasta aproximadamente a los 7 años de edad.
4. El seno esfenoidal. Ubicado en la región profunda del rostro, por detrás de la nariz. No se desarrolla hasta la adolescencia.



Fuente: <http://www.otorrinos.com.mx/servicios/narizyspn/fess.html>

Ahora bien durante la fonación, los senos paranasales, tienen la función de servir de resonadores y de caja de resonancia que amplifica el sonido producido en la laringe, aportando las cualidades de timbre y sonoridad.

A este respecto Fairman (1998) nos explica:

Para sentir la vibración de nuestras cajas de resonancia procedamos así: suavemente apoyemos los dedos de una mano sucesivamente sobre el puente y los lados de la nariz, los labios, la porción anterior del cuello, las mejillas, la parte superior del cráneo o el pecho mientras emitimos el sonido cuyo símbolo es la letra "M". Si lo hemos hecho correctamente, sentiremos las vibraciones del sonido. Una resonancia fácil óptima produce, como mínimo, vibraciones en la nariz y el maxilar superior (p. 31).

Por consiguiente, estas cavidades aéreas cumplen una función importante en la respiración, olfacción y fonación. Por último, modifican la temperatura, la humedad y liberan las impurezas del aire.

Ahora bien, como hemos visto los órganos pasivos y activos son fundamentales para el proceso de la articulación puesto que deben moverse correctamente. Esta idea la demuestra Crystal (1993) al explicar, "para conseguir un buen sonido, el articulador activo debe moverse en la dirección correcta hacia el articulador pasivo, a la velocidad adecuada, manteniendo la forma conveniente, haciendo la cantidad justa de contacto superficial y realizando la presión exacta" (p. 228).

1.2.- DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES DEL LENGUAJE: SONIDOS Y FONEMAS.

Los hablantes de cualquier lengua utilizan sonidos lingüísticos articulados para formar palabras. Un sonido lingüístico se produce por los órganos de fonación del ser humano: labios, dientes, alvéolos, lengua, paladar, úvula, glotis, cuerdas vocales, como anteriormente se detalló. Por tanto, un sonido puede presentar variaciones en el momento de articularse, debido a la influencia del sonido que le sigue o le precede; por ejemplo, la [n] de la palabra nube, se pronuncia como [m] cuando aparece junto al sonido representado por la grafía v: invierno, envase. Hay que mencionar que las **grafías** o letras son la representación escrita de los fonemas.

Por lo anterior, se denomina **Sonido** a las diferentes formas que utilizamos para pronunciar un fonema; es decir, es la realización física de un fonema.

La ciencia que estudia los sonidos es la fonética. Como lo define Munguía (2005) “La **Fonética** estudia la producción de sonidos lingüísticos así como las diferentes realizaciones de estos, es decir, los alófonos” (p.07) Los sonidos se representan entre corchetes [b], [e].

El **fonema**: “representa la unidad, o sea el elemento más simple e indivisible en la percepción oral de un idioma” (Fairman, 1998, p. 33). Es decir, los fonemas son las unidades mínimas de la articulación. Los fonemas se clasifican en vocales (sonidos) y consonantes (ruidos), con distinto mecanismo de emisión. Los fonemas básicos del español en México son: 5 vocales más 18 consonantes. Véase el cuadro 1 en donde se nos muestra los fonemas vocálicos y consonánticos.

Cuadro 1.

FONEMAS BÁSICOS DE ESPAÑOL EN MÉXICO			
Vocálicos	Consonánticos		
1. /a/	1. /b/	7. /x/	13. /ñ/
2. /e/	2. /s/	8. /k/	14. /p/
3. /i/	3. /c/	9. /l/	15. /r/
4. /o/	4. /d/	10. /y/	16. /rr/
5. /u/	5. /f/	11. /m/	17. /t/
	6. /g/	12. /n/	18. /sh/

Fuente: Sánchez (1983)

En otro orden de ideas, él fonema muy raramente se presenta aislado, por lo regular la sílaba es el elemento más significativo. Pero, a que se le llama sílaba. Según Ramírez (1981) la sílaba “es la articulación de uno o varios sonidos que se pronuncian en una sola emisión de voz” (p. 81).

De acuerdo a Munguía (2005) en toda sílaba debe de haber por lo menos una vocal y es posible que se formen de la siguiente manera:

Un fonema vocálico	V	u -na
Dos fonemas	C-V	ca -sa
	V-C	ár -bol ;
Tres fonemas	C-C-V	bra -zo
	C-V-C	car -ta
Cuatro fonemas	C-C-V-C	tron -co
Cinco fonemas	C-C-V-C-C	trans -por-tar

Por otro lado, se denomina *sinfón* o *trabada* al grupo de letras representadas por tres fonemas. Está se compone por una consonante + una consonante + una vocal, su emisión es de un solo golpe de voz. Por ejemplo: pra, dra, fre, gli, cli, etc. La diferencia entre *sinfón* y *trabada* es que, un *sinfón* hace referencia al sonido de esas consonantes y a los fonemas; la *trabada* hace referencia a las consonantes y a su expresión escrita.

La ciencia que estudia los fonemas se llama fonología. Como lo define Munguía (2005) “La **Fonología** se ocupa del estudio de los sonidos en tanto unidades que provocan cambio de significado” (p. 07). Estas unidades se llaman fonemas. Los fonemas se representa entre barras: /b/, /n/, /a/. La fonología no se interesa por las diferencias articulatorias, sino que hace abstracción de éstas; por ejemplo, para las distintas pronunciaciones de [n] establece un único fonema: /n/. Los sonidos son la realización acústica de los fonemas.

La fonología determina cuáles son los fonemas de una lengua y los organiza dentro de un sistema a partir de sus diferencias fundamentales. El Alfabeto Fonético Internacional (AFI) o International Phonetic Alphabet (IPA) es un sistema de notación fonética creado por lingüistas. Su propósito es otorgar en forma regularizada, precisa y única la representación de los sonidos de cualquier lenguaje oral, para lograr que a cada uno de los fonemas corresponda una y sólo una grafía especial.

Suele utilizarse símbolos convencionales para transcribirlos, por lo que su representación gráfica no siempre corresponde a las letras del alfabeto ortográfico.

Como Sánchez (1983) menciona:

El alfabeto fonético no es exactamente como el alfabeto ortográfico usual, pues el alfabeto fonético es necesario que cada fonema tenga una y sólo una representación gráfica o grafía, lo cual no sucede con los alfabetos ortográficos, donde a veces se dispone de dos o más grafías para representar el mismo fonema, como sucede con el fonema /s/ que en el español de México corresponde a las grafías c, s, z, x. (p.29)

Observe con atención el cuadro 2 donde se muestra la falta de correspondencia biunívoca entre los fonemas y las grafías del español que se habla en México.

Cuadro 2.

RELACIÓN ENTRE FONEMAS Y GRAFÍAS DEL ESPAÑOL EN MÉXICO					
Fonemas	Grafías	Ejemplos	Fonemas	Grafías	Ejemplos
/a/	a	ala	/k/	ca	calor
/b/	b	bien		co	color
/s/	ce	cena		cu	cubrir
	ci	cine		k	kilo
	s	sano		que	querer
	x	Xóchitl	qui	quinto	
	z	zapato	/l/	l	lila
/ch/	ch	chile	/m/	m	maroma
/d/	d	dado	/n/	n	nunca
/e/	e	enseñe	/ñ/	ñ	ñandú
/f/	f	fusil	/o/	o	ojo
/g/	ga	ganso	/p/	p	papel
	go	gota	/r/	r	aroma
	gu	gusto	/rr/	r (inicial)	rosa
	gue	guerrero		r (después de consonante)	enredo
gui	guitarra	rr		arroz	
/i/	i	Iris	/t/	t	tanto
	y	soy	/u/	u	uso
/j/	ge	genio	/w/	w	Wilfrido
	gi	gira		/y/	ll	llave
	j	joven	y	yoyo	
	x	Xalapa	/h/	h	huevo

Fuente: Sánchez (1983)

En resumen, la fonética = sonido utiliza corchetes [] y la fonología = fonemas utiliza barras / /.

Por último hemos visto que, la articulación, es el conjunto de movimientos que realizan los órganos de fonación (labios, lengua, velo del paladar, etc.) para la pronunciación de sonidos (consonantes y vocales) y la posición especial que adoptan en el momento de hacerlo. Para una pronunciación clara, distinta de los sonidos y palabras. Es decir, los sonidos se producen al adoptar diferentes posiciones y combinaciones de los órganos del aparato fonador. Este sonido producido es el fonema. Entre los sonidos articulados se establecen dos grupos los fonemas vocálicos y los fonemas consonánticos.

A continuación se detalla el punto y el modo de articular las vocales y las consonantes, es decir se nos indica cuáles son los articuladores pasivos y activos que están en contacto o que se aproximan para articular un fonema.

1.3.- CLASIFICACIÓN DE LAS VOCALES

En español, fonológicamente distinguimos cinco vocales. Las vocales son sonidos continuos en los que la emisión está siempre acompañada de vibraciones de las cuerdas vocales. Jiménez (1989) resalta este punto, “en la pronunciación de las vocales, el aire sale por la boca sin encontrar resistencia en ningún órgano”(p.239). Es decir, cuando articulamos los sonidos vocálicos, el aire no encuentra obstáculos en su salida desde los pulmones al exterior. Por consiguiente, los fonemas vocálicos se diferencian entre ellos por el punto de articulación, es decir, por la posición que adopta la lengua al articular los fonemas y por el grado de abertura de canal de salida del aire.

Para clasificar las vocales, Gallego (1995) describe los siguientes factores:

- **GRADO DE APERTURA (MODO DE ARTICULACIÓN).** Según se abra más o menos la boca al pronunciarse, las vocales pueden ser:
Cerradas o mínimas. Cuando la lengua ocupa la posición más alta dentro de la cavidad bucal: /i/, /u/.
Semiabiertas o medias. Cuando la lengua ocupa una posición superior intermedia en la cavidad bucal: /e/, /o/.
Abierta o máxima. Cuando la lengua ocupa la posición más alta dentro de la cavidad bucal: /a/.
- **PUNTO DE ARTICULACIÓN.** Según la parte del paladar en que se sitúe la lengua para articular los fonemas, estos pueden ser:
Anteriores.- Si la lengua está situada en la parte anterior de la cavidad bucal, por debajo del paladar duro /e//i/
Posteriores.- Si la lengua está situada en la parte posterior de la cavidad bucal, debajo del velo paladar. /o/ /u/
Central o medio.- Cuando la lengua está situada en la parte central de la cavidad bucal. /a/.

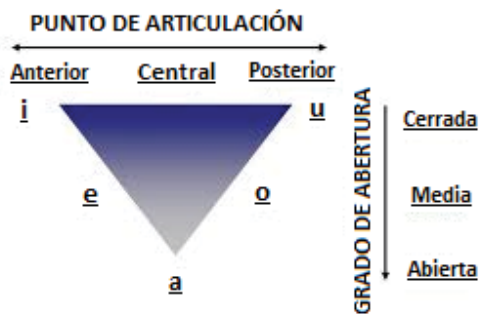
Conforme a lo anterior, mostramos en la figura 19 el triángulo vocálico en dos dimensiones en la primera se muestra un esquema del Triángulo vocálico según Helweg y en la segunda se muestra un esquema que representa bastante bien el interior de la cavidad bucal, esto con el fin, de representar la articulación (modo y lugar) de cada vocal.

Al respecto Corredera (1949) argumenta:

El triángulo vocálico es el estudio de la articulación de los fonemas, se considera la posición tipo que adoptan los órganos articuladores: labios, lengua, dientes y velo del paladar, y agregaremos la existencia o ausencia de sonoridad, lo que denominaremos glotis sonoro o glotis muda. Es decir, considerando únicamente la posición de la lengua, forma una especie de triángulo ideal para los fonemas vocales, denominado triángulo vocálico y cuyos vértices ocupan los fonemas de posición lingual extrema (p. 79).

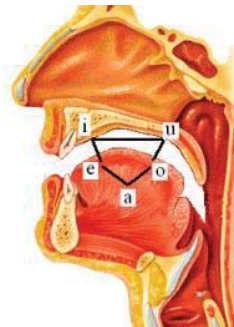
Figura 19. TRIÁNGULO VOCÁLICO DEL ESPAÑOL

TRIÁNGULO VOCÁLICO SEGÚN HELWAG



Fuente: Sánchez (1983)

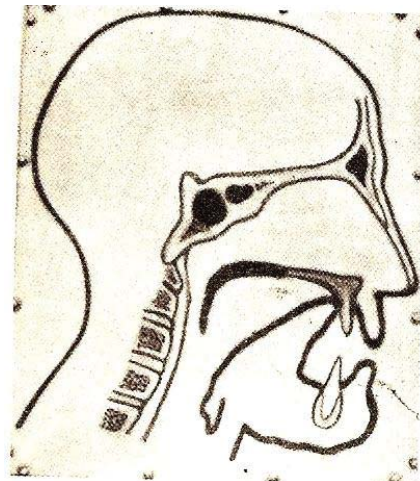
ESQUEMA REPRESENTATIVO DE LA ARTICULACIÓN DE CADA VOCAL.



Fuente: <http://www.uned.es/451059/451059d.htm>

Ahora bien en nuestra exposición temática haremos el estudio de la posición tipo de cada fonema. Por esta razón se define como posición tipo a “los esquemas que se usan, para dar una idea más clara y más correcta posible, de la posición que adoptan los órganos, posición simplificada y típica” (Corredera, 1949, p.80). Hay que considerar que la posición real varía con la palabra pronunciada. Esos esquemas señalan cortes de la cavidad bucal, y en ellos pueden observarse la mayor o menor altura de la lengua en cada caso, su mayor o menor avance en esa cavidad, y la forma que aquélla adopta. Véase la figura 20. Asimismo se harán otros esquemas donde se observa la posición de los labios y los dientes vistos de frente. Véase la figura 21.

Figura 20. POSICIÓN – TIPO



Fuente: Corredera (1949)

Para entender mejor, otra forma de esquematizar el triángulo vocálico y que sigue el orden de la articulación y el grado de abertura se muestra a continuación:

<i>Fonema</i>	<i>Punto de articulación</i>	<i>Grado de abertura</i>
/i/	anterior	Cerrado
/e/	anterior	semicerrado
/a/	central	Abierto
/o/	posterior	semicerrado
/u/	posterior	Cerrado

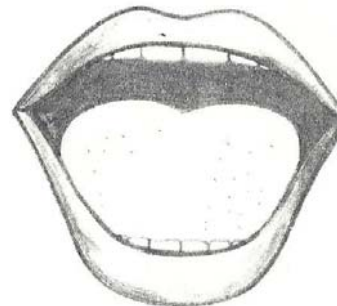
Fin de que el lector pueda producir cada vocal por sí mismo. Se presenta a continuación los esquemas correspondientes a la articulación de las vocales. De acuerdo a varios autores (Corredera, 1949; Gallego, 2000 y Pascual, 1999), se realizó este compilado sobre la posición que adoptan los órganos que intervienen en la modificación del sonido de cada una de las vocales.

Fonema A=/a/

Se realiza con la boca abierta y la lengua retraída hacia abajo.

El fonema /a/ se clasifica como una vocal abierta (por el grado de abertura de la boca) y central (por la posición de la lengua). Véase la figura 21.

Figura 21. FONEMA /A/



Fuente: Jiménez (1989)

POSICIÓN - TIPO:

Labios: La separación de los labios es mayor que en la articulación de las otras vocales.

Dientes: Están separados algo más de 1 centímetro.

Lengua: La lengua permanece plana en el suelo de la boca. Con su punta o ápice detrás de los incisivos inferiores y su dorso está algo elevado hacia la parte media de la boca.

Velo del paladar: El velo del paladar está levantado, apoyado contra el *bosse* faríngea, impide de esta forma, el pasaje del aire por las fosas nasales.

Glotis sonora. Resonancia: Coloca una mano en el pecho, cuando se articula la a, se perciben las vibraciones.

Fonema E=/e/

Se realiza si colocamos los labios en una posición intermedia para cerrar un poco la boca y apoyamos la lengua en la cara interna de los incisivos inferiores. Ver figura 22.

El fonema /e/ se clasifica como una vocal media (por el grado de abertura de la boca) y anterior (por la posición de la lengua).

POSICIÓN - TIPO:

Labios: Están entreabiertos, se puede ver la lengua y los dientes. Las comisuras están separadas.

Dientes: Están separados en distinto plano vertical.

Lengua: La punta de la lengua se coloca detrás de los incisivos inferiores y se apoya en la cara interna de éstos, el dorso se eleva, se arquea y toca el paladar ampliamente. En el centro del paladar, entre éste y la lengua, queda un canal amplio, por donde pasa el aire sonoro. La lengua desciende en su base.

Velo del paladar: Elevado, impide el pasaje de aire por las fosas nasales.

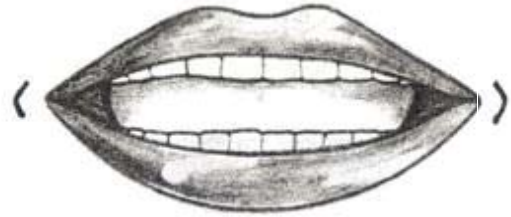
Glotis sonora.

Fonema I = /i/

Se realiza al distender los labios, presenta una abertura alargada que deja ver los dientes muy próximos, sin llegar a tocarse. La punta de la lengua se apoya en la cara posterior de los incisivos inferiores.

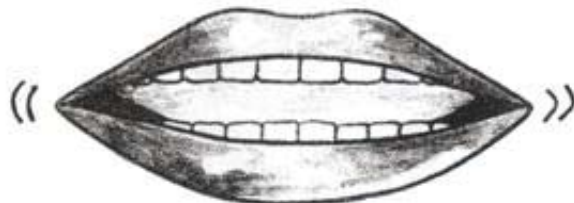
El fonema /i/ se clasifica como una vocal cerrada o alta (por el grado de abertura de la boca) y anterior (por la posición de la lengua). Como se ve en la figura 23.

Figura 22. FONEMA /E/



Fuente: Jiménez (1989)

Figura 23. FONEMA /I/



Fuente: Jiménez (1989)

POSICIÓN - TIPO:

Labios: La abertura labial es alargada, con las comisuras de los labios un poco retiradas hacia atrás.

Dientes: Están muy próximos sin llegar a tocarse. Los incisivos inferiores algo atrás de los superiores, en distinto plano vertical.

Lengua: La punta de la lengua se apoya en la cara posterior de los incisivos inferiores, se arquea fuertemente, hasta tocar con su dorso, a ambos lados, dejando en el centro un canal relativamente estrecho; la estrechez del canal hace que el soplo sonoro comunique al paladar óseo vibraciones muy fuertes.

Velo del paladar: Elevado, apoyado contra la base faríngea, impide la salida del aire por las fosas nasales.

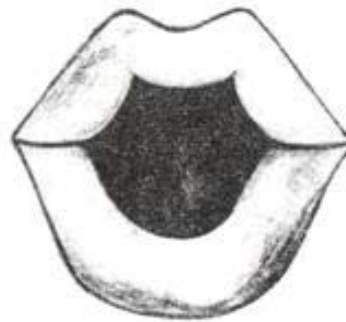
Glotis sonora. Resonancia: Con la mano apoyada en el cráneo, cuando se emite el fonema *i*, se perciben las vibraciones.

Fonema O=/o/

Se realiza con los labios formando un círculo, conserva el mismo grado de abertura. La lengua se recoge hacia el fondo de la boca. Los incisivos se encuentran un poco separados no son visibles.

El fonema /o/ se clasifica como una vocal media (por el grado de abertura de la boca) y posterior (por la posición de la lengua). Ver figura 24.

Figura 24. FONEMA /O/



Fuente: Jiménez (1989)

POSICIÓN - TIPO:

Labios: El músculo orbicular se contrae, los labios se aproximan un poco y avanzan, se forma una abertura ovalada.

Dientes: No son visibles, se encuentran un poco separados por los labios que avanzan y los separan ligeramente.

Lengua: No es visible, se recoge hacia el fondo de la boca; su punta toca la protuberancia alveolar de los incisivos inferiores, el dorso se eleva hacia el velo del paladar, de manera que reduce el canal de pasaje de aire.

Velo del paladar: Se levanta a su altura máxima. La corriente aérea sonora sale por la boca.

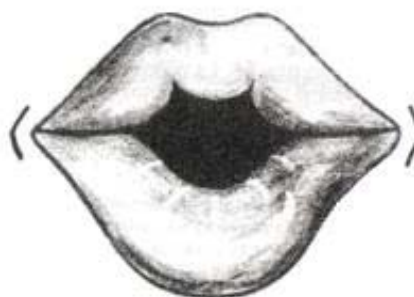
Glotis sonora.

Fonema U=/u/

Se realiza si acercamos más los labios hasta casi cerrarlos en la misma posición circular, y elevamos más la lengua en su parte posterior (postdorso). Como se ve a continuación en la figura 25.

El fonema /u/ se clasifica como una vocal cerrada o alta (por el grado de abertura de la boca) y posterior (por la posición de la lengua)

Figura 25. FONEMA /U/



Fuente: Jiménez (1989)

POSICIÓN - TIPO:

Labios: Los labios se aproximan un poco más que cuando se articula la /u/, forma una abertura ovalada, bastante pequeña. Avanzan, se separa de la cara anterior de los dientes, los que no se ven. Los labios llegan casi al máximo de prolongación, en su sentido anteroposterior.

Dientes: No son visibles, se encuentran separados por los labios que avanzan y los separan.

Lengua: No es visible, la punta de la lengua, colocada detrás de los incisivos inferiores, se separa de la protuberancia alveolar de estos. La lengua se retira hacia el fondo de la cavidad bucal, se hace más estrecho el canal de pasaje del aire.

Velo del paladar: Se levanta, impide el pasaje de aire a las fosas nasales.
Glotis sonora.

1.4. CLASIFICACIÓN DE LAS CONSONANTES

Para Tomás (2004), “las consonantes se caracterizan por el ruido ocasionado ante un obstáculo más o menos grande que impide salir el aire desde los pulmones al exterior” (p. 292). Es decir, en la emisión de las consonantes se da un cierre o estrechamiento del tracto vocal por acercamiento o contacto de los órganos de articulación, de tal manera que produce un sonido característico en cada una de ellas.

Según las circunstancias que rodean esta salida de aire, existen ciertos factores que debemos tener en cuenta a la hora de clasificarlos.

A) ZONA O PUNTO DE ARTICULACIÓN

El punto de articulación es “el lugar donde se tocan o aproximan los órganos (activos y pasivos) para producir un sonido. Asimismo hace referencia al punto del tracto vocal en que se produce la principal oclusión o estrechamiento” (Corredera, 1949; Gallego, 2000 y Martínez, 1996). Es decir, se refiere a la zona del tracto vocal donde un articulador pasivo actúa sobre un articulador pasivo para modificar la corriente de aire y matizar así el sonido.

Pascual (1998,1999) define los órganos que actúan y el punto de articulación donde éstos inciden, se clasifican en:

1. **Bilabiales.** En las articulaciones bilabiales son los dos labios; el labio inferior (órgano activo) y el labio superior (órgano pasivo) los que se ponen en contacto para su emisión. Es decir, Son producidos por los labios al mantener cerrada unos instantes la salida de aire. Se representa mediante la figura 26.

Los fonemas bilabiales son: /p/, /b/, /m/.

Figura 26.

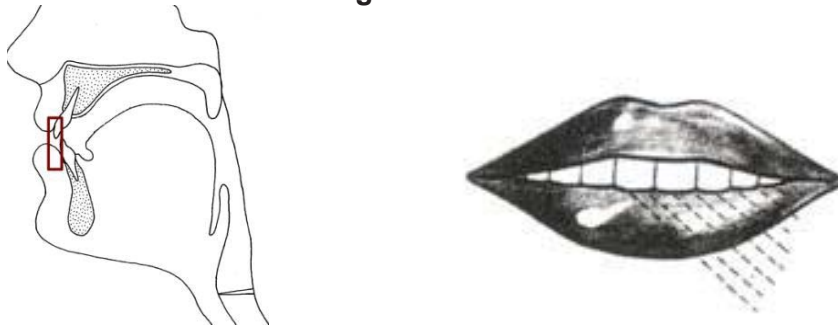


Fuente: Hewlett, N. y Beck, J (2006) y Jiménez (1989)

2. **Labiodentales.** Estas se realizan cuando el labio inferior (órgano activo) toma contacto ligeramente con los incisivos superiores (órgano pasivo). Es decir, el sonido se produce al friccionar el aire, el espacio existente entre los incisivos superiores y el labio inferior, al que tocan. Véase la figura 27.

El único fonema labiodental de nuestra lengua es la /f/.

Figura 27.



Fuente: Hewlett, N. y Beck, J (2006) y Jiménez (1989)

- 3. Linguodentales o Dentales.** La punta de la lengua (órgano activo) se aproxima o toca la cara interior de los incisivos superiores (órgano pasivo). Es decir, colocamos el ápice de la lengua tras la cara interna de los incisivos superiores. Tras un impulso del aire permitimos la salida brusca del sonido. Véase la figura 28

Los fonemas dentales son /d/ y /t/.

Figura 28.

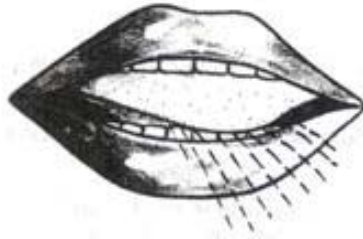


Fuente: Hewlett, N. y Beck, J (2006) y Jiménez (1989)

- 4. Linguointerdentales o Interdentales.** Para su articulación la punta de la lengua (órgano activo) se sitúa entre los incisivos superiores e inferiores (órgano pasivo). Es decir, Colocamos suavemente el ápice de la lengua entre los incisivos superiores y los inferiores, permitiendo la salida de aire mientras mantenemos la postura. Observa la figura 29.

El fonema interdental corresponde a la pronunciación z+ a, o, u. c + e, i. (z, ce, ci).

Figura 29.

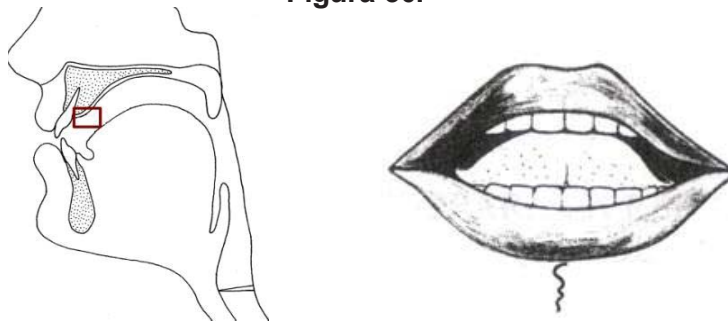


Fuente: Jiménez (1989)

- 5. Linguoalveolares o Alveolares.** En estas articulaciones entran en juego la lengua (órgano activo) y la zona alveolar (órgano pasivo), apoyando el ápice en los alvéolos. Es decir, la punta de la lengua se apoya en los alveolos de los incisivos superiores. Véase figura 29.

Estos fonemas dentales son: /s/, /n/, /l/, /r/ y /rr/.

Figura 30.

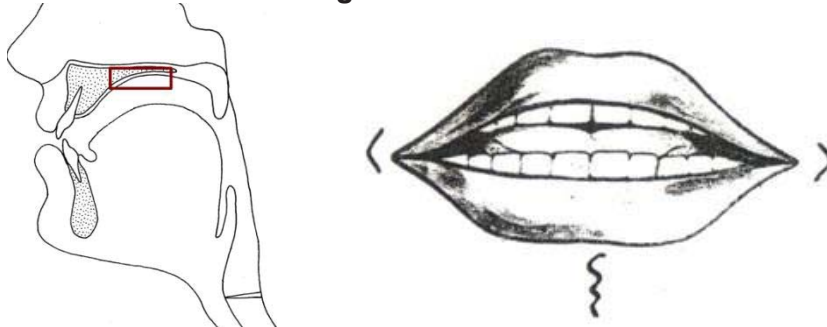


Fuente: Hewlett, N. y Beck, J (2006) y Jiménez (1989)

- 6. Linguopalatales o Palatales.** Para su realización el dorso de la lengua (órgano activo) se adhiere a la parte media y anterior del paladar duro (órgano pasivo). Es decir, el predorso de la lengua toca el paladar duro, dejando en medio un pequeño canal por donde pasa el aire, la punta de la lengua queda libre. Ver figura 30.

Los fonemas palatales son: /ch/, /y/, /ñ/, /ll/.

Figura 31.

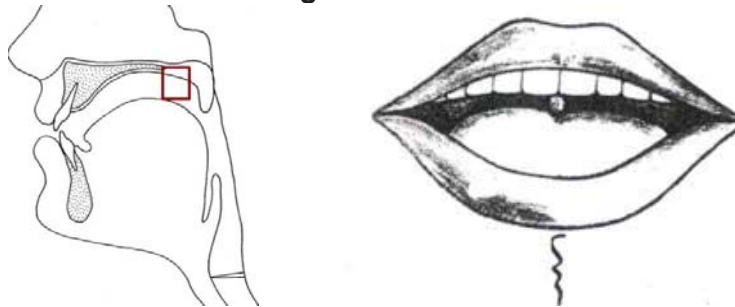


Fuente: Hewlett, N. y Beck, J (2006) y Jiménez (1989)

- 7. Linguovelares o Velares.** Para la emisión de estas articulaciones la lengua (órgano activo) se retrasa hasta el velo del paladar (órgano pasivo). Es decir, el postdorso de la lengua se acerca al velo del paladar o paladar blando. La salida de aire puede ocurrir tanto mientras adoptamos dicha posición /x/, como tras un golpe fuerte del aire /k/, /g/. Observe la figura 31.

Los tres fonemas velares son /k/, /g/, /j/.

Figura 32.

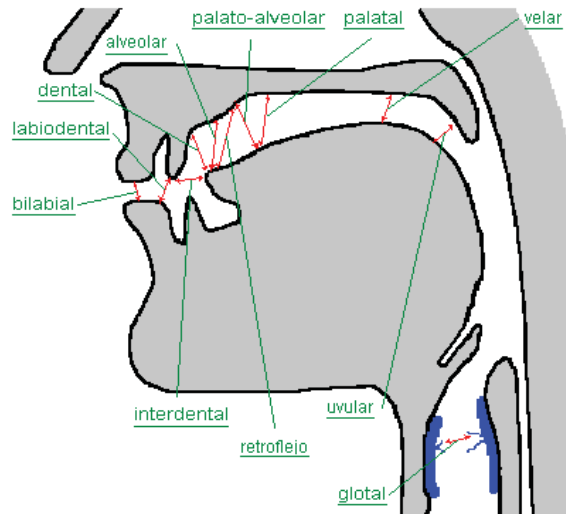


Fuente: Hewlett, N. y Beck, J (2006) y Jiménez (1989)

Para finalizar, en la figura 33 se resumen los puntos de articulación de las consonantes.

Figura 33. PUNTO DE ARTICULACIÓN

Bilabiales: [p,b,m]
Labiodentales: [f]
Dentales: [t, d]
Interdentales: [z]
Alveolares: [s, l, n, r, rr]
Palatales: [ch, y, ll, ñ]
Velares: [k, g, j]



B) MODO DE ARTICULACIÓN

El modo de articulación es “la posición que adoptan los órganos articulatorios en cuanto a su mayor o menor abertura, es la manera en que permitimos la salida de aire durante la fonación” (Pascual, 1999 y Veiga, 2005). Es decir, se refiere a la manera como se produce un sonido y como el flujo de aire es modificado a su paso por la cavidad bucal.

Diversos autores (Pascual, 1998, 1999; Sánchez, 1983; Valverde, 1992 y Veiga, 2003) describen como se realiza la salida de aire. Según este criterio se habla de articulaciones:

1. Oclusivos

En estos fonemas, la salida del aire se caracteriza porque encuentra un obstáculo en algún momento de la fonación. Tras dicho obstáculo, el sonido sale bruscamente produciendo un fonema determinado. Dicho de otra manera, cuando hay un cierre completo de los órganos de articulación, el aire espirado empuja al obstáculo que cierra su salida y la hace saltar. Consta de un momento implosivo y otro explosivo.

Veamos un ejemplo: cuando los labios obstruyen el paso del aire y luego lo dejan escapar mediante una breve explosión, se producen los fonemas /b/ y /p/.

Son fonemas oclusivos son /p/, /b/, /t/, /d/, /k/, /g/.

2. Fricativos

Se producen al darse un estrechamiento del canal bucal, por donde pasa el aire, sin que lleguen a cerrarse por completo los órganos que intervienen en su articulación, produciéndose un sonido de fricción o frotamiento. Es decir, si la corriente de aire se ve obligada a salir por una pequeña abertura y produce una fricción al pasar entre los órganos que se le oponen, se realiza los fonemas fricativos. Se les llama también continuas porque pueden prolongarse tanto tiempo como dure la espiración.

Por ejemplo, si acercamos el labio inferior al filo de los dientes superiores y dejamos escapar el aire a través de ellos entonces realizamos el fonema /f/; o si acercamos el ápice de la lengua a los alveolos y la corriente de aire entonces se produce el fonema /s/.

Son fonemas fricativos: /f/, /z/, /j/, /s/, /y/.

3. Africados

Las consonantes africadas, se forman por la combinación entre oclusivas y fricativas, con las características comunes de ambas, dándose un primer momento de cierre completo de los órganos articulatorios, seguido de una pequeña abertura, por donde se desliza el aire contenido, dando ambos movimientos en el mismo punto articulatorio.

El único fonema africado en nuestra lengua es el fonema /ch/. El cual se produce al aproximar el dorso de la lengua al paladar por cuyo hueco escapa la corriente de aire. Es decir, consiste en una primera oclusión seguida de una fricación.

4. Laterales

Se caracterizan por el hecho de que la corriente fonatoria, en lugar de salir por un canal central, sale por los lados de la lengua, permaneciendo el ápice de la misma en contacto con el paladar. Es decir, la salida del aire se escapa por un lado o los dos de la lengua.

Por ejemplo: para producir el fonema /l/, la punta de la lengua se apoya contra los alvéolos de los incisivos superiores y el aire sale por las aberturas laterales.

Son fonemas laterales: /l/, /ll/

5. Vibrantes

Las consonantes vibrantes se producen por interrupciones intermitentes del aire sonoro motivadas por las vibraciones de la punta de la lengua. Es decir, la punta de la lengua vibra una o varias veces como consecuencia del juego alternante entre presión del aire y oclusión lingual.

Si se produce una sola vibración tenemos /r/; si es más de una vibración tenemos /rr /

La primera se llama vibrante simple (por ejemplo; 'aro');
La segunda, vibrante múltiple (por ejemplo; 'perro' y 'honra').

C) FUNCIÓN DE LAS CUERDAS VOCALES

Veiga (2003) nos explica la función de las cuerdas vocales de la siguiente manera:

Cuando producimos sonidos, las cuerdas vocales pueden vibrar o no vibrar.

- Si las cuerdas vocales no vibran (ver figura 34). Los sonidos se llaman Sordos
Son fonemas sordos: /p/, /t/, /k/, /ch/, /z/, /s/, /j/, /f/

Hay que mencionar que aunque les llamemos fonemas sordos, las cuerdas vocales siempre vibran, ya que de no ser así se trataría únicamente de una espiración y no de una fonación.

- Si las cuerdas vocales vibran (Ver figura 35). Los sonidos se llaman Sonoros
Son fonemas sonoros: las vocales y /b/, /d/, /g/, /y/, /m/, /n/, /ñ/, /l/, /ll/, /r/, /rr/;

Figura 34. SONIDO SORDO



La glotis abierta y las cuerdas vocales separadas. Fuente: Sulica, I, Norma Voice-Function, voice Medicine

Figura 35. SONIDO SONORO



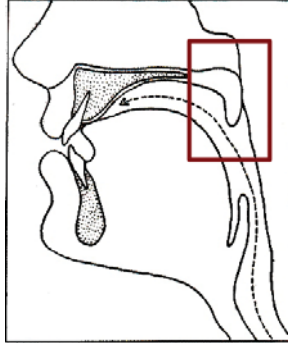
La glotis cerrada y las cuerdas vocales en vibración. Fuente: Sulica, I, Norma Voice-Function, voice Medicine

D) FUNCIÓN DEL VELO DEL PALADAR

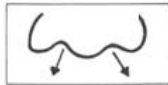
Gallardo y Gallego (1993) consideran que la función del velo del paladar, es una variable más del modo de articulación. Según el velo del paladar se una a la pared faríngea o no, los fonemas pueden ser:

- **Orales o bucales.** El velo del paladar (paladar blando) está unido a la pared faríngea y el aire sale por la cavidad bucal.

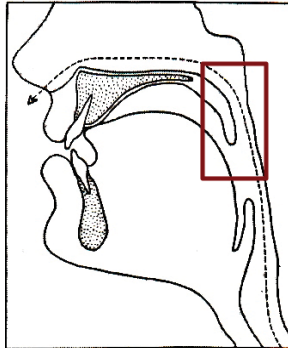
Son fonemas orales: /d/, /b/, /t/, /x/, /p/, /g/, /ch/, /f/, /l/, /k/, /r/, /rr/, /y/, /s/



- **Nasales.** El velo del paladar (paladar blando) baja y cierra la salida del aire por la boca y éste sale por la nariz.



Son fonemas nasales: /m/, /n/, /ñ/



Para finalizar, en los cuadros 3 y 4 se muestra una clasificación general de los fonemas, los rasgos por el punto y modo de articulación, los rasgos de las cuerdas vocales y cavidad nasal.

Cuadro 3.

CLASIFICACIÓN GENERAL DE LOS FONEMAS																		
CONSONANTICOS	POR EL PUNTO DE ARTICULACIÓN		BILABIALES		LABIODENTALES		LINGUODENTALES		LINGUOINTERDENTALES		LINGUOLABIALES		LINGUOPALATALES		LINGUOVELARES			
	POR LA SONORIDAD		S	Sn	S	Sn	S	Sn	S	Sn	S	Sn	S	Sn	S	Sn		
	POR EL MODO DE ARTICULACIÓN																	
	NO NASALES (ORALES)	NO LIQUIDOS	OCCLUSIVOS	/p/	/b/			/t/	/d/							/k/	/g/	
			FRICATIVOS			/f/				/z/		/s/			/y/	/j/		
			AFRICADOS											/ch/				
LIQUIDOS	LIQUIDOS	VIBRANTE SIMPLE									/r/							
		VIBRANTE MÚLTIPLE									/rr/							
		LATERALES									/l/		/ll/					
NASALES			/m/								/n/		/ñ/					
VOCALICOS	ABERTURA ARTICULATORIA	ANTERIORES		CENTRAL				POSTERIORES										
		CERRADA O ALTA	i									u						
		MEDIA		e								o						
		ABIERTA O BAJA						a										
TIMBRE		AGUDOS	INTERMEDIO O NEUTRO				GRAVES											

S: Sorda; Sn: Sonora

Fuente: Construcción propia.

CUADRO 4.

RASGOS MOTIVADOS POR EL PUNTO DE ARTICULACIÓN		
RASGO	ÓRGANOS	EJEMPLOS
Bilabiales	Los dos labios	/p/, /b/, /m/
Labiodentales	Labio inferior y dientes superiores	/f/
Dentales	Lengua detrás de los dientes superiores	/t/, /d/
Interdentales	Lengua entre los dientes	/z/
Alveolares	Lengua sobre la raíz de los dientes superiores	/s/, /l/, /n/, /r/, /rr/
Palatales	Lengua y paladar	/ch/, /y/, /ll/, /ñ/
Velares	Lengua y velo del paladar	/k/, /g/, /j/

RASGOS MOTIVADOS POR EL MODO DE ARTICULACIÓN		
RASGO	ÓRGANOS	EJEMPLOS
Oclusivo	Cierre total y momentáneo del paso del aire	/p/, /b/, /t/, /d/, /k/, /g/
Fricativo	Estrechamiento por donde pasa el aire rozando	/f/, /z/, /j/, /s/, /y/
Africado	Se produce una oclusión y después una fricación	/ch/
Lateral	El aire pasa rozando los lados de la cavidad bucal	/l/, /ll/
Vibrante	El aire hace vibrar la punta de la lengua al pasar	/r/, /rr/

RASGOS MOTIVADOS POR LA INTERVENCIÓN DE LAS CUERDAS VOCALES		
RASGO	ÓRGANOS	EJEMPLOS
Sordo	No vibran las cuerdas vocales	/p/, /t/, /k/, /ch/, /z/, /s/, /j/, /f/
Sonoro	Vibran las cuerdas vocales	Vocales y /b/, /d/, /l/, /r/, /rr/, /m/, /n/, /ñ/, /ll/, /y/, /g/

RASGOS MOTIVADOS POR LA INTERVENCIÓN DE LA CAVIDAD NASAL		
RASGO	ÓRGANOS	EJEMPLOS
Nasal	Parte del aire pasa por la cavidad nasal	/m/, /n/, /ñ/
Oral	Todo el aire pasa por la boca	El resto

Fuente: Construcción propia con datos de diversos autores (Gallardo y Gallego, 1993; Pascual, 1998,1999; Sánchez, 1983; Valverde, 1992 y Veiga, 2003)

CAPITULO II

CAPITULO II

TRASTORNOS DE ARTICULACIÓN

Este capítulo muestra los referentes teóricos sobre los trastornos de habla, destacan por su relativa frecuencia los trastornos de la articulación o fonológicos llamadas comúnmente como dislalias. Las personas con este trastorno pueden tener problemas para utilizar los sonidos requeridos para hablar, lo que es un síntoma de retraso de lenguaje.

Por esa razón, cuando son abundantes los fonemas afectados se pone en peligro la función comunicativa del lenguaje, dado que el habla de los sujetos puede llegar hacerse ininteligible. La dificultad articulatoria puede afectar a cualquier vocal o consonante y referirse a uno o varios fonemas en número indeterminado, aunque su mayor incidencia pueda observarse en aquellos sonidos que requieren una mayor habilidad en su producción, por exigir movimientos más precisos.

Este tema tiene como finalidad que se conozca la definición, la etiología y las características de la dislalia, dado que esta parte sirve de apoyo para determinar el diagnóstico del lenguaje en los niños con problemas de articulación.

2.1.- DESCRIPCIÓN DE DISLALIAS

Gallego (2000) y Pascual (1998) describen las dislalias como:

Alteraciones en la articulación de los fonemas, ocasionados por una manifiesta incapacidad para pronunciar de forma adecuada determinados fonemas o grupos de fonemas, sin que se adviertan lesiones o malformaciones en los órganos periféricos del habla. Asimismo, también corresponde a la ausencia, sustitución o alteración de algunos sonidos concretos por otros de forma impropia.

Este trastorno afecta a cualquier consonante o vocal, o bien a varios fonemas en número indeterminado, aunque la mayor incidencia del problema se observa en ciertos sonidos que requieren una mayor habilidad en su producción por exigir

movimientos más precisos. Cuando son abundantes los fonemas afectados, el lenguaje del sujeto llegar hacerse ininteligible.

La dislalia es la anomalía del lenguaje más frecuente en la edad escolar, sobre todo en los alumnos y alumnas de Educación Preescolar y primer ciclo de Educación Primaria. Por otro lado, dentro de las alteraciones del lenguaje la dislalia se encuentra entre las que tienen un pronóstico más favorable.

No obstante, si no se somete a un tratamiento precoz adecuado, puede traer consecuencias muy negativas, por la influencia que ejerce sobre la personalidad del niño y su adaptación social, así como en su rendimiento escolar. La persistencia de dificultades articulatorias puede tener efectos perjudiciales en los niños, cuando éstos son conscientes de su incapacidad para articular correctamente su lenguaje, puede generarles situaciones de retraimiento e incluso de humillación en determinadas ocasiones, lo que repercutirá negativamente en el desarrollo afectivo de su personalidad.

En este sentido algunos autores (Pascual, 1999; Moreno, 2003), expresan que la articulación defectuosa, le puede llevar con frecuencia al niño a situaciones de aislamiento, bloqueándose su socialización e integración en el grupo. Esto puede desencadenar un rechazo en todo el proceso escolar con repercusiones negativas para su futuro. Puesto que, el niño se siente objetivamente marginado como consecuencia de su dificultad articulatoria, e incluso que sea el mismo el que se margine, aislándose de los demás como consecuencia de su desvalorización o baja autoestima.

Ahora bien, se considera la dislalia como trastorno de lenguaje, después de los 5 o 6 años, momento que se considera como el final de la adquisición de todos los fonemas de la lengua. Hay que aclarar que, la dislalia evolutiva no se considera trastorno de lenguaje por formar parte de un proceso normal del desarrollo del lenguaje.

2.2.- CLASIFICACIÓN DE DISLALIAS

La dislalia puede ser motivada por distintas causas. Al tener en cuenta de una forma genérica el origen de su producción se hace una clasificación de las mismas.

A) DISLALIA EVOLUTIVA O FISIOLÓGICA

La **dislalia evolutiva** “es aquella fase del desarrollo del lenguaje infantil en la que el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha, de formar los estereotipos acústico-articulatorio correctos” (Pascual, 1998, p.28). A causa de ello repite las palabras de forma incorrecta desde el punto de vista fonético. Los síntomas que aparecen son, por tanto, los de la dislalia, al darse una articulación defectuosa.

Dentro de una evolución normal en la maduración del niño, estas dificultades se superan. Sin embargo, Pascual (1998) nos dice: “Solo si persisten más allá de los cuatro o cinco años, se pueden considerar como patológicas” (p.28).

Por lo tanto, para determinar cuándo una dislalia deja de ser evolutiva tenemos que conocer la secuencia de adquisición fonemática de los niños que hablan castellano en México. En el cuadro 5 véase a qué edad pronuncian correctamente los niños un determinado fonema o grupo consonántico.

Cuadro 5. Edad y orden en que se adquiere cada fonema en México

3 a 3 ½ años.	/m/, /ch/, /ñ/, /k/, /t/, /y/, /p/, /n/, /l/, /f/, /ua/, /ue/
4 a 4 ½ años.	/b/, /g/, /r/, /pl/, /bl/, /ie/
5 a 5 ½ años.	/kl/, /br/, /fl/, /kr/, /gr/, /au/, /ei/
6 a 6 ½ años.	/d/, /j/, /s/, /rr/, pr/, /gl/, /fr/, /tr/, /dr/, /d/, /s/, /j/, /eo/

Fuente: Melgar (2007)

Aunque la dislalia evolutiva no precisa un tratamiento directo al formar parte de un proceso normal, es necesario mantener con el niño un comportamiento adecuado que ayude a la maduración para evitar posteriores problemas.

B) DISLALIA ORGÁNICA.

Se denomina **dislalia orgánica** a aquellos trastornos de la articulación que estén motivados por una causa orgánica. A este respecto Gallego (2000), nos menciona “dichas alteraciones pueden referirse a lesiones del sistema nervioso que afectan al lenguaje o a lesiones o malformaciones de los órganos del habla” (p.28).

En función de esta, se divide en dos grupos: Disartrias y Disglosias

- **Disartrias.** “Es una alteración de la articulación propia de lesiones en el Sistema Nervioso Central (SNC), así como de enfermedades de los nervios o de los músculos de la lengua, faringe y laringe, responsables del habla” (Gallego, 2000, p. 48). Se trata de una alteración en la articulación o pronunciación de los sonidos de idioma por causas neurológicas también debida a trastornos del tono y del movimiento de los músculos fonatorios. Este concepto engloba a un conjunto de trastornos motores del habla, caracterizados por alteraciones en la voz, por un incremento de la resonancia nasal para todos los sonidos, dificultades en la entonación y también en la masticación y deglución, lo que explica la presencia de babeo. La intensidad de los síntomas varía en correspondencia al daño neurológico. El habla puede ser totalmente incomprensible, el discurso presenta omisiones, sustituciones, adiciones o distorsiones de una o más fonemas, y en casos más graves el habla no se produce. Es muy frecuente encontrar esta dificultad como parte

del cuadro de síntomas clínicos en niños con diagnósticos de Parálisis Cerebral Infantil.

- **Disglosias.** “Es un trastorno de la articulación de origen no neurológico central y provocado por lesiones físicas o malformaciones de los órganos articulatorios periféricos” (Gallego, 2000, p. 29). Las causas de las disglosias pueden ser varias, ubicadas en diferentes órganos de habla, únicas o asociadas. Podemos citar las malformaciones congénitas craneofaciales, los trastornos del crecimiento, los traumatismos, las parálisis periféricas, las anomalías adquiridas debido a lesiones en la estructura orofacial o de extirpaciones quirúrgicas. Al tener en cuenta el órgano periférico del habla en el que se produce la malformación, se distinguen distintos tipos de disglosia (labiales, mandibulares, dentales, linguales, palatales y nasales). De las malformaciones anatómicas, las más comunes son las del labio leporino acompañado o no de fisura palatina, prótesis dentales, ortodoncias, microglosia, anquiloglosia o “frenillo corto”.

C) **DISLALIA AUDIÓGENA**

La **dislalia audiógena** se refiere según Gallego (2000), a “alteraciones en la articulación que son producidas por una deficiencia auditiva” (p. 25). Por lo que, el niño que presenta una dislalia audiógena, motivada por un déficit auditivo tendrá dificultad para reconocer y reproducir sonidos que ofrezcan entre sí una semejanza, en este sentido el niño que oye de forma deficiente hablará con defectos.

Generalmente en estos casos, junto a las dislalias, se presentarán alteraciones de voz y del ritmo, que modificarán la cadencia normal del habla. Son relativamente frecuentes las hipoacusias de tipo catarral y adenoideo en los niños pequeños, al igual que ligeras hipoacusias no detectadas, por otitis u otras causas. El estudio que detecta con exactitud el problema es el examen audiométrico y un informe otorrinolaringológico que nos indicará la intensidad o grado de la pérdida auditiva.

D) **DISLALIA FUNCIONAL**

De acuerdo a Pascual (1999), “la **dislalia funcional** es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje en sujetos que no presentan ningún tipo de alteración o malformación anatómica, ni lesión neurológica o pérdida de audición que lo genere” (p. 18).

Es decir, es un trastorno en la articulación del habla que se caracteriza por la dificultad para pronunciar correctamente los fonemas de una lengua, ya sea por ausencia o por alteración de alguno de sus sonidos o por la sustitución de unos fonemas por otros. Esta dificultad articuladora se debe a un mal funcionamiento o uso de los órganos articulatorios.

El niño dislábico, en unos casos, sabe que articula mal y él quisiera corregirse y trata de imitar las palabras, pero sus órganos no obedecen con la facilidad que él desea, y no encuentra el movimiento concreto que debe realizar para pronunciar un sonido correctamente.

Como afirma Pascual (1999) a continuación:

La experiencia demuestra que hay una serie de sonidos en los que se da una mayor incidencia de dislalias, que por lo general corresponden a aquellos que requieren mayor habilidad para su articulación. Entre éstos se pueden citar: /r/, /s/, /k/, /l/, /z/, /ch/, /d/ y los sinfonos o sílabas de consonante doble, cuya pronunciación es más difícil teniendo que omitir por lo general la consonante medial (p.18).

Para la denominación de los distintos errores que se dan en la dislalia, se utiliza una terminología derivada del nombre griego del fonema afectado, con la terminación “tismo” o “cismo”. Cuando un fonema es sustituido por otro se antepone “para”, como pararrotacismo.

Según el fonema afectado, las dislalias son llamadas:

Fonema	Dislalia
B y P	Betacismo
T y D	Deltacismo
K	Kappacismo
G	Gammacismo
S	Sigmatismo
J	Jotacismo
M	Mitacismo
L	Lambdacismo
R, RR	Rotacismo
CH	Chuísmo
Z	Seseo (a la sustitución por S)
LL	Yeísmo (a la sustitución por Y)
R	Pararrotacismo (sustitución de R por otros fonemas)

Ahora bien, los resultados estadísticos existentes, demuestran que se da una mayor incidencia de dislalias en el sexo masculino que en el femenino. Esto concuerda con el hecho, que hay una evolución más rápida en el lenguaje de la niña que del niño.

2.3.- ETIOLOGÍA DE LA DISLALIA FUNCIONAL

La dislalia funcional está motivada por diferentes factores que, como su nombre lo indica, bloquean o impiden el normal funcionamiento del lenguaje en el desarrollo del niño. En muchos casos no es sola una causa determinante, sino que estas anomalías funcionales se deben, por lo general, a una combinación de factores que incide en el niño, para determinar el tipo de dislalia.

Estos factores etiológicos los podemos clasificar en tres grupos principales:

- a) Funcionales
- b) Psicológicos
- c) Ambientales.

a) CAUSAS FUNCIONALES

En la expresión oral del lenguaje entran en juego una serie de funciones que tienen que tener el desarrollo adecuado para poder producir una articulación correcta. Cuando hay una alteración en este proceso funcional, la expresión hablada puede deformarse inicialmente y fijar unos esquemas articulatorios incorrectos que determinan un habla defectuosa en el niño o dislalia funcional.

Para Pascual (1999) estas causas funcionales son las siguientes:

Escasa habilidad motora.- El desenvolvimiento del lenguaje está estrechamente ligado a las funciones del movimiento. Es la motricidad fina la que entra en juego directamente con la articulación. Es decir, el lenguaje articulado es posible gracias a una serie de movimientos finos de los órganos de fonación y articulación. Al respecto y como prueba de ello, Gallego (2000) nos menciona: “es que aquellos fonemas que precisan una mayor control de los órganos articulatorios, especialmente de la lengua, son los últimos que aparecen (/l/, /r/, /rr/ y sinfonos)” (p.22). Ahora puede afirmarse una relación directa entre el grado de retraso motor y el grado de retraso del lenguaje en los defectos de pronunciación. Por consiguiente, hay que desarrollar el aspecto motor en las primeras etapas de la educación infantil. Porque a medida que el niño desarrolle su psicomotricidad fina adquirirá la agilidad y coordinación de movimientos que requieren para articular correctamente.

Falta de comprensión y discriminación auditiva. Otro factor que genera una dislalia es la falta de comprensión o discriminación auditiva, está produce una incapacidad para diferenciar unos sonidos de otros y por tanto para llevar a cabo una imitación correcta. Cuando estas causas aparecen generan una dislalia producida, no por que el niño no oiga, sino por una falta de comprensión auditiva, creando un fallo en la exacta imitación de los fonemas oídos. Es decir, el niño oye bien, pero analiza e integra mal los fonemas correctos que oye. Por lo que la educación auditiva y rítmica será, por tanto, un medio para lograr hablar con perfección.

Falta de control de la función respiratoria. Los malos hábitos o falta de control en la respiración alteran el habla, con deformaciones o distorsiones en los sonidos, por una salida anómala del aire fonador. Algunos problemas son: respirar por la boca, no sonarse la nariz cuando hay mucosidad.

Dificultades en la percepción del espacio y el tiempo. Cuando los niños aún no han integrado las nociones espacio-temporales, la imitación de movimientos y de sonidos les resultan difíciles de producir, ya que no los perciben tal como son, con el consiguiente riesgo para el desarrollo del lenguaje infantil, al tener limitado su desarrollo perceptivo. Por esta razón, el desarrollo de la percepción del espacio y del tiempo tiene un interés necesario para la evolución del lenguaje.

Tensión muscular. Un factor que incide negativamente en el habla y que bloquea la articulación, es la tensión muscular que transmite rigidez a los órganos orofaciales, impide la pronunciación ágil y fluida. Las tensiones emocionales que vive el sujeto se convierten en tensiones musculares que pueden dificultar la articulación.

b) CAUSAS PSICOLOGICAS

Los factores afectivos juegan un papel importante como generadores de trastornos de lenguaje. La falta de cariño o la sobreprotección, la inadaptación familiar, los celos ante la venida de un hermano pequeño, la actitud ansiosa de los padres, el rechazo hacia el niño, experiencias traumatizantes por un ambiente familiar desunido, por falta de alguno de los padres o por un accidente, pueden provocar un trastorno en el desarrollo de la personalidad del niño que se refleja en la expresión del lenguaje. Considerando lo anterior, el niño llega a perder el deseo de comunicarse, que es un elemento esencial para el desarrollo del lenguaje. Por esta razón, toda perturbación psicoafectiva en la infancia retarda o perturba la normal evolución del lenguaje.

c) CAUSAS AMBIENTALES

El ambiente es un factor de gran importancia en la evolución del niño que, junto con los elementos y capacidades personales, determinan su desarrollo y maduración. En muchas ocasiones las perturbaciones psicoafectivas que padece el niño están motivadas por ambientes poco favorables, como:

- Carencia afectiva, por ausencia o falta de padres. Esta es la situación de aquellos niños que viven en instituciones como; casa hogar, albergues, centro de ayuda, asociaciones. En las cuales, les falta la cercanía de los padres y el ambiente afectivo normal.

- Nivel cultural en que se desenvuelve el niño y la incorrecta expresión hablada que tenga la familia. A veces en el ambiente familiar, por bajo nivel cultural o por defectos articulatorios no corregidos, se habla de una manera deformada e impropia. Con ello, solo se proporciona al niño unos modelos inadecuados y mantiene el refuerzo de una expresión defectuosa.
- El bilingüismo existente en el ambiente en que se desenvuelve el niño, que puede crear desorientaciones en la etapa de fijación de lenguaje.
- La superprotección materna que impide la debida maduración del niño, que queda detenido psicológicamente en etapas que debería haber superado.
- El ambiente familiar y el entorno que lo rodea. Desunión, tensión o desequilibrio de los miembros de la familia, con experiencias traumatizantes, vividas en el seno familiar o el ambiente que le rodea afectarán con frecuencia a la personalidad del pequeño, y se manifestarán a veces en alteraciones del lenguaje.

2.4.- TIPO DE ERRORES EN LA DISLALIA FUNCIONAL

La articulación defectuosa es el síntoma fundamental, a través del cual se manifiesta la inmadurez o dificultad funcional que presenta el niño. El lenguaje estará más o menos afectado según sea el número de fonemas a los que se extienda su dislalia. En general la palabra es fluida, aunque a veces puede llegar a hacerse ininteligible por las continuas deformaciones articulatorias.

La imposibilidad que se tiene para realizar una pronunciación correcta se manifiesta con distintos síntomas o errores.

Valverde, García, Pérez (1992) mencionan cinco tipos de errores:

- 1) Sustitución.** Se denomina sustitución al error de articulación en que un sonido, dentro de la palabra, es reemplazado por otro. El niño es incapaz de pronunciar una articulación concreta y en su lugar emite otra que le resulta más fácil y asequible. La sustitución puede darse al principio, en medio o al final de la palabra. Por ejemplo, el niño dice: “cada” en vez de “cara”, “cedo” en vez de “cerro” o bien “tama” en vez de “cama”.
- 2) Omisión.** Otro síntoma que se presenta ante la dificultad articulatoria es omitir el fonema que no se sabe pronunciar, sin ser sustituido por ningún otro, puede darse la omisión en cualquier lugar de la palabra. Por ejemplo, el niño a veces omite tan sólo la consonante que no sabe pronunciar, y así dira “apato”

por “zapato”, “caetera” por “carretera”, o “teéfono” por “teléfono”, pero también suele omitir la sílaba completa que contiene dicha consonante, como: “camelo” por “caramelo”, “lida” por “salida”. Cuando se trata de sílabas dobles en las que hay que articular dos consonantes seguidas y existe dificultad medial se omite. El niño dice: “paza” por “plaza”, “bazo” por “brazo”, “futa” por “fruta”, “libo” por “libro”, etc.

- 3) **Inserción o adición.** En ocasiones, ante un sonido que le resulta difícil de articular, el niño intercala junto a él otro fonema que no corresponde a esa palabra. Por ejemplo, el niño dice: “palato” por “plato”, “teres” por “tres”, “aratón” por “ratón”
- 4) **Distorsión.** Se entiende por el sonido distorsionado cuando se da de forma incorrecta o deformada, se puede aproximar más o menos a la articulación correspondiente. Es decir, el sonido se pronuncia de forma aproximada a la correcta pero sin llegar a serlo. Generalmente es debido a una imperfecta posición de los órganos de articulación, a la forma de salida de aire, a la vibración o no vibración de las cuerdas vocales, etc. Por ejemplo, el niño en lugar de decir “carro” dirá “cardo”; “lluvia” por “liuvia”.
- 5) **Inversión.** Se entiende por inversión el cambiar el orden de los sonidos. Por ejemplo, El niño dice: “cocholate” por “chocolate”; “tonicias” por “noticias”, “estuata” por “estatua”.

CAPITULO III

CAPITULO III

INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

Este informe describe la experiencia profesional de la pasante Patricia Ramírez López en centros de apoyo psicopedagógico específicamente en el área de lenguaje durante un período de 7 años y muestra los conocimientos que la Licenciatura en Pedagogía aporta a este entorno laboral.

Cabe aclarar que durante ese tiempo se trabajó en cuatro centros distintos los cuales fueron: Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), Consultorio integral terapéutico en comunicación humana y psicopedagogía, Centro de Educación Integral y Apoyo Psicopedagógico (CEIAP) y Centro de Rehabilitación Neurológica y Educación Especial (CRENIEE).

Para este proyecto se utilizó la información que el Centro de Rehabilitación Neurológica y Educación Especial (CRENIEE) nos brinda, ya que es la última empresa en la cual se laboró. Esta empresa nos da la oportunidad de mostrar y describir en forma detallada los servicios, las funciones y las responsabilidades. Además muestras las características del trabajo profesional que se desarrolló con pacientes con dificultades de articulación en el lenguaje infantil, en este caso al trastorno de articulación denominado dislalia.

3.1.- EMPRESA

Centro de Rehabilitación Neurológica Integral y Educación Especial. (CRENIEE), es un centro especializado en Rehabilitación Neurológica, en el que se destaca la filosofía del trabajo multidisciplinario como principal objetivo.

Historia

Esta empresa se creó a principios de los años 90 por un grupo inquieto de profesionales que trabajaban en ese entonces con pacientes con riesgo, lesiones, y/o secuelas neurológicas. Con el fin de apoyar a estos pacientes y a sus familiares se creó este Centro, el inició fue muy difícil ya que el ensayo fue con diferentes profesionistas, diferentes formaciones y tendencias terapéuticas. Finalmente, y después de muchos intentos el grupo quedo integrado por especialistas en

rehabilitación neurológica, neuropsicología, neuropediatría y especialistas consultores externos.

Visión

Ofrecer una atención integral y multidisciplinaria que tiene por finalidad lograr los máximos niveles de funcionalidad, independencia y calidad de vida para la recuperación óptima del paciente, abordando sus necesidades físicas, psicológicas, médicas, laborales y sociales.

Considerando lo anterior, la rehabilitación neurológica es una especialidad imprescindible en cualquier planteamiento terapéutico, médico o quirúrgico, al habilitar, restaurar o mejorar la funcionalidad, aliviar los síntomas y aumentar el bienestar del paciente.

Misión

Nuestra diaria labor está enfocada hacia una participación activa tanto del paciente como de su familia en el tratamiento, habilitación y rehabilitación para el éxito de programa.

Personal

Nuestro equipo de trabajo está compuesto por recursos humanos de alta calidad y especialistas con Maestría en Rehabilitación Neurológica, Doctorado en Neurociencias, especialistas consultores en Neurología, Neurofisiología además de contar con Terapeutas de lenguaje, rehabilitación física, estimulación temprana, psicología, audición, psicomotricidad y psicopedagogía.

Servicios

- Terapias individualizadas: Se brinda atención especializada a través de terapias individuales en sesiones de una hora, durante el número de sesiones semanales que se requieran para ello. Se atienden a partir de 3 meses de edad hasta la edad adulta.
- Estudios especializados: El gabinete de estudios que se realizan dentro del centro son: Mapeo cerebral o Electroencefalograma (EEG), Potenciales Evocados Múltiples, Electromiografía (EMG), audiometría, Valoración y seguimiento neurológico.
- Asesoría y consultoría a escuelas y particulares: Nuestro servicio de consultoría se especializa en apoyar o capacitar al personal docente de manera individual en instituciones educativas en las áreas de detección, manejo y seguimiento de los casos de niños que presentan síntomas como

inquietud, aislamiento, problemas de atención (conocido como trastorno de déficit de atención o TDA-H) y dificultades de aprendizaje. Asimismo se imparten diplomados con reconocimiento universitario.

CRENIEE cuenta actualmente con atención a niños con Autismo tipo Asperger, deficiente auditivo, parálisis cerebral, discapacidad intelectual, problemas de conducta, problemas de lenguaje, deficientes motores, TDA-H, apoyo psicológico.

3.2.- ORGANIZACIÓN DE LA EMPRESA

El Centro se encuentra organizado en 7 áreas de atención las cuales son:

- I. Área de audición.
- II. Área de lenguaje
- III. Área psicopedagógica o de aprendizaje
- IV. Área de psicomotricidad
- V. Área psicológica
- VI. Área de rehabilitación física
- VII. Área de estimulación temprana

Brevemente, se resumen las funciones de cada una de estas áreas. El área de lenguaje se explica con mayor profundidad en un apartado independiente, por ser el tema principal de este informe.

Área de audición. Rehabilita a las personas hipoacúsicas (sordas) a comprender el lenguaje. La estimulación es a través de actividades preparativas.

Área psicopedagógica o de aprendizaje. Crea habilidades para mejorar los procesos básicos del aprendizaje como son: la memoria, la atención, la escritura, la lectura, el cálculo, la percepción auditiva y visual. Además en esta área se da una orientación a padres sobre el desarrollo infantil.

Área de psicomotricidad. Se desarrolla la práctica corporal libre de la persona, a través del juego. De modo que la persona experimente, conozca, muestre y sienta su espacio. Esta práctica ayuda a favorecer las actitudes y conductas propias del cuerpo humano como: trastorno de conducta, hiperactividad, control de reglas y la tolerancia. Dado que se tratan las emociones, el pensamiento, los conflictos psicológicos y el cuerpo.

Área psicológica. Tiene el propósito de lograr el bienestar emocional. Atiende aspectos como: evaluaciones psicológicas (Dibujo de la figura humana, Test de Bender, WISC-IV, Raven, RIAS, Test de la Familia, entre otras), maltrato infantil, seguimiento de patologías, manejo del duelo, etc. Además desarrolla las habilidades sociales y adaptativas de los pacientes.

Área de rehabilitación física. Recupera, rehabilita o compensa una o más limitaciones funcionales motrices, sensoriales, intelectuales o emocionales de la persona con discapacidad, con el propósito de impedir su progresión o derivación en otra discapacidad. Tiene la finalidad de posibilitar la integración de la imagen del esquema corporal en condiciones de una mayor normalidad.

Área de estimulación temprana. Favorece la maduración de habilidades y aptitudes necesarias para un desarrollo bio-psico-social óptima en la infancia temprana. Los candidatos a este tratamiento son aquellos bebés que hayan presentado factores de riesgo (prenatales, perinatales y posnatales). Por ello, el rango de edad es de 3 a 5 años.

3.3.- AREA DE LENGUAJE.

El objetivo principal en el área de lenguaje es prevenir, reducir y rehabilitar a los niños afectados con un trastorno de lenguaje. Para lograrlo se proporciona una intervención adecuada en apoyo a las dificultades que se puedan presentar a nivel comprensivo y/o expresivo del lenguaje y la comunicación. Asimismo, se desarrollan las habilidades para articular correctamente los fonemas.

Responsabilidades en el área de lenguaje

La primera responsabilidad al entrar a esta área es brindar apoyo terapéutico. Por tanto, el cargo principal es fundamentalmente como terapeuta de lenguaje.

El terapeuta brinda su apoyo a través de la terapia. Esta terapia se planea y desarrolla con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente. Los puntos que se deben tener en cuenta para elaborar con responsabilidad la terapia son los siguientes:

- Elaborar un estudio completo
- Evaluar y dar un diagnóstico
- Planear y diseñar un programa
- Registrar y actualizar la información
- Elaborar y ejecutar las actividades programadas.
- Aplicar la intervención con enfoque multidisciplinario.
- Dar atención personalizada.

3.4.- DESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA DE LENGUAJE

Para llevar a cabo lo anterior, es preciso que se conozcan las diversas alteraciones en el lenguaje, estas son diversas como: dislalia, disglosia, disartria,

disfemia, el niño que no habla, retrasos en el desarrollo del lenguaje, *afasias*, etc. Es importante identificar correctamente su origen y sus características particulares de cada uno de estos trastornos para buscar, acceder y obtener el tratamiento adecuado.

En este caso, no se mencionarán todas las alteraciones solo se hará una descripción detallada de cómo se diseñó, planeó y construyó la terapia de lenguaje en el trastorno de articulación denominado dislalia.

La terapia de lenguaje pasa por tres fases o parámetros:

- 1) Estudio
- 2) Diagnóstico
- 3) Intervención y tratamiento

3.5.- ESTUDIO

En esta fase se detectan las dificultades que tiene el niño, para ello se realiza una evaluación completa que abarca la exploración de toda la situación. Con el fin de enfocar el tratamiento de manera asertiva según los resultados arrojados.

El estudio se divide en dos tiempos: en primer lugar, se realiza una exhaustiva historia clínica y posteriormente se realiza la exploración de la articulación propiamente dicha. A continuación se detalla cada uno de los estudios:

▪ **Historia clínica**

En esta parte es necesario conocer la situación personal y familiar del niño. Por consiguiente, se realiza la historia clínica (Anexo 1), esta contiene datos importantes como: datos personales-familiares, la evolución del embarazo (prenatal, perinatal y postnatal), desarrollo evolutivo (psicomotor, lenguaje, alimentación, sueño, control de esfínteres) y el desarrollo social, etc.

La información se obtiene a través de una entrevista con los padres de familia.

▪ **Evaluación del lenguaje**

Después de conocer los datos preliminares que nos sirven como orientativos y que nos proporciona un conocimiento básico del niño y su entorno. Se procede a realizar la exploración y el análisis de articulación. El examen es completo y sistemático. La exploración contempla precisar el fonema – problema: que emite el niño con dificultad dentro de la palabra, según su posición (inicial, intermedia o final). A su vez, se revisa a qué tipo de

expresión está referido, si al lenguaje repetido, al lenguaje dirigido o inducido, o al lenguaje espontáneo.

Para hallar el inventario fonético se utilizan los siguientes procedimientos:

- En el lenguaje dirigido o inducido. Los estímulos presentados son láminas de dibujos de objetos familiares para el niño. Dentro de esta prueba el niño tiene que decir el nombre de cada uno de estos; en cada lámina se estudia un fonema.
- El examen del lenguaje repetido. Se utilizan una lista de palabras en las cuáles el sonido examinado esté entre ellos. Dentro de esta prueba se pide al niño que repita las palabras.
- El examen de lenguaje espontáneo. A través de una conversación con el niño se obtiene esta información. Como elementos motivadores se utilizan: láminas de dibujos, o bien, se realiza un diálogo sobre algún cuento o se realizan algunas preguntas sobre su escuela, la familia, juegos, programas de televisión que suele ver, etc.

Ahora bien, hay que hacer una aclaración, anteriormente en el área de lenguaje no contaba con pruebas para la exploración del lenguaje, específicamente de la dislalia. Es hasta la entrada a mi cargo dentro de esa área que se construye y elabora una batería de pruebas que registran cualitativamente, los niveles básicos del comportamiento general del niño en relación al problema de la dislalia. Estas pruebas estandarizadas se obtienen a partir de los conocimientos teóricos tomados de diversos autores (Acero y Valero, 2001; Bustos, 1998; Melgar, 2007; Monfort & Juárez, 1994 y Pascual, 1999), motivo por el cual, las pruebas dan crédito de su gran validez, confiabilidad y fiabilidad. Asimismo, el área de lenguaje diseñó los formatos de hoja de registro y hoja de análisis de todas las pruebas.

Para entender mejor, dentro de cada prueba se incluye: objetivo de la prueba, material que se necesita para su aplicación, normas de aplicación (consigna que se da al niño, para realizar la prueba) y corrección de la prueba. En esta última, se agrega una hoja de registro y una hoja de análisis. En la hoja de registro se explica cómo realizar las anotaciones del estado de articulación del niño. En la hoja de análisis se explica cómo interpretar los resultados de la hoja de registro.

Sin más, para la evaluación del lenguaje se utilizó la siguiente batería de instrumentos:

- ✓ Test de Registro Fonológico Inducido de Monfort y Juárez (1999). La prueba evalúa el lenguaje dirigido o inducido con referencia visual. (Anexo 2). Se utilizan imágenes.
- ✓ Prueba de Inventario Experimental de Articulación. Es una construcción propia con datos de Melgar (2007). La prueba evalúa el lenguaje repetido sin referencia visual. (Anexo 3).
- ✓ Lenguaje Espontáneo de Articulación. Es una construcción propia con datos de Acero y Valero (2001). La prueba evalúa el lenguaje espontáneo (Anexo 4). Nota: Se utilizan imágenes.
- ✓ Prueba de Imitación de Vocales y Sílabas. Es una construcción propia con datos de Pascual (1999). La prueba evalúa la articulación de las vocales y sílabas de manera aislada (Anexo 5).
- ✓ Exploración funcional de los órganos bucofonatorios. Es una elaboración propia con datos de Bustos (1998). La prueba evalúa la presencia o ausencia de alteración orgánica de labios, lengua, mandíbula, paladar, dientes y fosas nasales (Anexo 6).
- ✓ Exploración funcional de las práxias bucofaciales. Es una elaboración propia con datos de Bustos (1998). La prueba evalúa la habilidad para ejecutar y articular los movimientos de los labios, lengua, gestos (Anexo 7).
- ✓ Exploración funcional de la respiración. Es una elaboración propia con datos de Bustos (1998). La prueba evalúa la respiración, la capacidad y la coordinación respiratoria y el control del soplo (Anexo 8).

Nota importante: Todas las pruebas deben estudiarse en su totalidad antes de aplicarse.

La aplicación de todas las pruebas es de manera individual.

3.6.- DIAGNÓSTICO

Una vez que se tiene la información aportada de las observaciones (historia clínica) y los resultados de la evaluación.

Se procede al diagnóstico. En esta fase, se integran simultáneamente dentro del diagnóstico otros datos. Es decir, se realiza una revisión lo más extensa posible. Dado que, el diagnóstico de una dislalia supone causas múltiples y normalmente

este problema puede estar asociado a otras problemáticas. Por esta razón si se requiere se realizan otros estudios complementarios con otros especialistas. Como: los neurólogos, otorrinolaringólogos, psicólogos, pediatras, maestros, etc.

En resumen, el diagnóstico es el resultado de la información valorada y evaluada como: las fuentes informativas (historia clínica), los instrumentos de medida (Test o pruebas para evaluación de lenguaje) y el aporte de otras técnicas (estudios complementarios). Con el fin de llegar a una alteración determinada. En este caso, determinar el tipo de dislalia que presenta el niño.

El diagnóstico se da por escrito (véase el capítulo IV). El informe tiene por título: **EVALUACIÓN DEL LENGUAJE**. Resumen clínico e informe. Este informe consta de los siguientes apartados:

- Datos personales
- Motivo de derivación
- Reporte de conducta durante la evaluación
- Instrumentos de la evaluación
- Historia de vida
- Resultados de las pruebas
- Diagnóstico

Es importante mencionar que todos estos documentos (informe del diagnóstico, historial clínico, las evaluaciones del lenguaje y los estudios complementarios) se encuentran anexos en un expediente personal. Dentro del Área lenguaje cada niño cuenta con el suyo.

Este expediente aporta a los terapeutas un mejor control de la problemática. Ayuda a analizar la alteración o retraso que presenta el niño, para elaborar la propuesta de trabajo. Es decir, la intervención que se llevará a cabo de acuerdo a las características propias de cada niño.

3.7.- INTERVENCIÓN O TRATAMIENTO

Una vez que se realiza la exploración y que se establece el diagnóstico se procede a la intervención. En esta fase, la intervención presenta las siguientes características:

El programa es totalmente individualizado. De acuerdo a las características del niño (capacidades, habilidades y aptitudes) y los objetivos específicos que más adelante se detallan, se diseña el programa de cada niño. Asimismo, el terapeuta trabaja de manera directa e individual con él. El trabajo se realiza en una sesión de una hora, una vez a la semana.

Se estructura el programa en base a objetivos. El programa establece una serie de objetivos específicos. Estos objetivos se diseñan de acuerdo al niño, los ejes que sigue son los siguientes: a) prevenir posibles alteraciones articulatorias, b) restaurar la conducta articulatoria alterada, c) implantar las habilidades articulatorias ausentes, d) estimular el desarrollo fonológico del sujeto.

La intervención tiene un enfoque multidisciplinario. Este enfoque resalta el trabajo en equipo específicamente de todos los que se involucran en la expresión oral del niño. El profesor, la familia, los especialistas, etc. Todos en conjunto participan, para que el niño modifique su estructura en el lenguaje. En este caso el terapeuta apoya a los padres de familia con algunas recomendaciones. Estas recomendaciones se determinan de acuerdo a cada niño y su problemática.

El programa tiene un enfoque pluridimensional. Esto se refiere, a que el tratamiento se dirige tanto al aspecto articulatorio como al funcional. Es decir, el programa de reeducación utiliza dos vertientes: el tratamiento indirecto y el tratamiento directo.

- **Tratamiento indirecto.** Esta estrategia pretende estimular y desarrollar aquellos aspectos que facilitan la correcta articulación del lenguaje. El objetivo de este programa es mejorar las funciones que inciden en la expresión oral del lenguaje y abarca todo un conjunto de actividades orientadas a estimular las bases funcionales de la articulación. Esas actividades se realizan a modo de juego, para que indirectamente se logre el objetivo.

Las actividades que se llevan a cabo en esta fase están referidas a:

Práxias bucofaciales:	Discriminación auditiva:	Respiración:
Ejercicios de lengua (movimientos externos e internos)	Discriminación de sonidos.	Ejercicios de espiración nasal con
Ejercicios de labios	Memoria auditiva de secuencias.	Ejercicios de espiración bucal con
Ejercicios de mejillas	Discriminación fonética.	Ejercicios de soplo
Ejercicios de mandíbula	Audición de palabras.	
Ejercicios del velo del paladar		
Ejercicios de deglución		

- **Tratamiento directo.** Esta estrategia enseña la consecución de forma correcta del fonema-problema y su automatización para ser integrada en su lenguaje espontáneo. Es a través de actividades que se consigue el afianzamiento y la generalización del fonema.

Es importante decir que, ambos tratamientos siguen un desarrollo paralelo, se comienza siempre por el tratamiento indirecto y posteriormente se sigue con el tratamiento directo. Ambos tratamientos se trabajan en la misma sesión..

Recursos pedagógicos: uso de cartas descriptivas. Las actividades son importantes por ello se utiliza una carta descriptiva para tal objetivo. El nombre del documento que contiene dichas características se llama Planeación y programación de actividades véase anexo 10. En este ejemplo, se observa cómo se trabaja en terapia y cómo se registran los datos. Esta planeación se realiza en todas las sesiones, aporta datos importantes para nuestra evaluación y contribuye a obtener mejores resultados en su tratamiento.

Evaluación durante la intervención. Esta evaluación se presenta en dos tiempos. Primero, se realiza una evaluación frecuente, cada que el niño asiste a sesión, esto contribuye a tener un monitoreo continuo sobre su tratamiento. Además nos permite ver sus avances o complicaciones, mantener los objetivos y atender la línea de seguimiento. Estas notas se registran en la planeación y programación de actividades en el apartado de evaluación. Segundo, se realiza una evaluación final al terminar el tratamiento. Para esta parte, se utilizan nuevamente las pruebas Test de Registro Fonológico Inducido (anexo 2) y la Prueba de lenguaje espontáneo (anexo 4).

El resultado y la actitud al final del tratamiento. En esta parte, se detallan las conclusiones finales del tratamiento. Se describen los logros, errores, comentarios, sugerencia, discrepancias, etc. Que se presentan tanto con el sujeto como con la participación de los padres.

En esta parte se anexan unas gráficas del seguimiento de su tratamiento. Están nos aportan los datos necesarios para evaluar la eficiencia del programa.

Recursos didácticos. La intervención utiliza materiales didácticos como: láminas, seriaciones, lotos, juegos, cassettes de sonido y ruidos, cuentos sin letras, libros irrompibles, libros de dibujos y acciones, etc. Por este motivo el terapeuta debe de disponer de una gran variedad de material didáctico para utilizarlo como elemento motivador en cada sesión. Los materiales propician la situación de juego y ayuda a la interacción con el niño.

CAPITULO IV

CAPITULO IV

ESTUDIO DE CASOS

Para dar continuidad a este informe de experiencia profesional es preciso mostrar con ejemplos el informe final. Los casos que a continuación se presentan se seleccionaron de 10 casos terminados dentro del centro. Sólo se describirán tres casos las características que presentan son las siguientes:

- Los casos muestran la problemática real en un niño que padece problemas de articulación específicamente de dislalia.
- El niño muestra actitudes negativas en el entorno escolar, familiar y social.
- Se presenta la evaluación, el diagnóstico y la intervención que se llevó a cabo en el paciente.
- Se elaboró de manera individualizada la orientación para padres, este consiste en una serie de recomendaciones de cómo realizar las actividades en casa para obtener mejores resultados en el tratamiento.
- Presenta la actitud y el resultado al final del tratamiento.
- Presenta unas gráficas donde se muestran los resultados del tratamiento. Así como el total de sesiones que se utilizaron para resolver el problema y muestra además el curso de acción que se siguió para corregir cada fonema.

Caso 1.- Trastorno articulatorio en una niña con dislalia evolutiva.

EVALUACIÓN DE LENGUAJE RESUMEN CLÍNICO E INFORME

DATOS PERSONALES

Nombre del Niño/a: Jennifer Andrea Arista Vidal

Fecha de Nacimiento: 13 agosto 2006 **Edad:** 4 años 2 meses

Escuela: Colegio Dabrey's **Escolaridad:** 1º de Kínder

Nombre del madre: Ninfa de Rocío Vidal Herrera **Edad:** 45 años

Ocupación: Hogar

Nombre de la padre: Abraham Arturo Arista Ceja **Edad:** 45 años

Ocupación: Comerciante

Fecha de entrevista y Valoración: Octubre 2010

MOTIVO DE DERIVACIÓN

Los padres de Jenny piden una evaluación de lenguaje, debido a que presenta problemas para comunicarse en el colegio. La madre refiere que presenta dificultades para pronunciar las palabras.

REPORTE DE CONDUCTA DURANTE LA EVALUACIÓN

Cuando Jenny llegó estaba tranquila, amigable y distraída. Observa todo lo que hay en el consultorio. Al referirse a su mamá y a su papá dice: Tú papa y tú mamá. Posteriormente se platicó con ella y se le explicó por qué estaba ahí.

La evaluación se aplicó en tres sesiones de una hora, en las cuales se recogieron los datos suficientes para reconocer los procesos generales del desarrollo que ha seguido Jenny hasta ahora.

INSTRUMENTOS DE LA EVALUACIÓN

Se aplicó una batería de instrumentos para determinar el diagnóstico. La batería incluyó:

- Entrevista. (solo asistió la madre). Historia Clínica.
- Inventario Experimental de Articulación (IEA)

- Prueba de Imitación de Vocales y Sílabas (IVS)
- Exploración funcional de los órganos bucofonatorios.
- Exploración funcional de las praxias bucofaciales.
- Exploración funcional de la respiración.

HISTORIA DE VIDA

Es la menor de tres hijos. Vive con sus padres. La madre tuvo un embarazo delicado, tuvo que tener reposo para evitar cualquier amenaza de aborto. Cumplió con las 39 semanas de gestación. Nace por cesaría, pesó 3.200 kgs, midió 49 cm, tuvo de *apgar* 8/9, parto tranquilo y sin complicaciones.

Desarrollo psicomotor. Se sentó a los nueve meses, caminó al año ocho meses. No gateó. Presenta pie plano.

Alimentación. Tomo leche materna sólo hasta los dos meses; pues no tomaba el pezón, se le sustituyó por fórmula. El destete fue sin problemas; en la actualidad come muy bien o en ocasiones pide hasta doble ración.

Sueño. Duerme sola en su recamara desde el año y medio.

Control de esfínteres. Lo adquirió si problemas.

Hábitos. Está en proceso comienza a vestirse sola. No sabe abotonarse ni desabotonarse, no sabe anudarse los zapatos.

Desarrollo de lenguaje. No recuerda mamá cuando comenzó los balbuceos. Entre los ocho meses comenzó a decir sus primeras palabras. Utilizó jergas; no corregían padres, se acostumbraron a su habla, le entendían lo que quería decirles. Hasta que tenía como tres años. Después comenzaron a notar que por momentos no quería hablar. Actualmente su habla es ininteligible. No comprende instrucciones.

Antecedentes familiares con alteraciones del lenguaje. Ninguno

Escolaridad. Asiste a la escuela en 2º Kinder, le agrada la maestra y tiene una relación muy buena con ella, la maestra refiere que Jenny no comprende instrucciones y no habla, por lo que tiene dificultad para integrarse a actividades grupales.

Juego. Le gusta jugar con sus muñecas, regularmente juega sola en casa. Le gusta armar rompecabezas y logra hacerlo cuando las piezas son grandes y pocas. En los juegos en ocasiones no sigue instrucciones y presenta baja tolerancia a la frustración por qué se enoja fácilmente.

Socialización. En la escuela nadie quiere jugar con ella porque no habla. Aparte de que se enoja cuando no hacen lo que ella quiere. Es voluntariosa.

Dinámica familiar. Es la consentida de toda la familia. Los pasatiempos son ir al parque, cine, teatro, circo, etc. Hay sobreprotección por parte de toda la familia. La relación que lleva con la madre es buena, todo el tiempo está con ella. Con el padre la relación es tranquila y buena. La relación con sus hermanos es excelente.

Métodos disciplinarios. La disciplina la lleva la madre, porque él padre trabaja. La disciplina es imparcial ya que lo castigos son cumplidos, sin embargo los premios se le otorgan se los merezca o no.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

De las pruebas de articulación se detectan diversas dificultades, tanto en el lenguaje dirigido, inducido y espontáneo, afecta a los siguientes fonemas:

- Sustituye /l/ por /d/ siempre en posición inicial e intermedia en sílabas directas.
- Sustituye /d/ por /g/ en sílabas directas sobre todo en la posición inicial.
- Sustituye de /b/ por /g/; /l/ por /n/; /ll/ por /ñ/; /n/ por /ñ/ en posición intermedia en sílabas directas.
- Sustituye /l/ por /r,rr/ en sílabas directas en todas las posiciones.
- Omite sífonos de /l/ y /r/ siempre.
- Sustituye /m/ por /n/ en sílabas inversas.
- Omite /r/ en sílabas inversas.
- Omite diptongos /au/ /ei/ /eo/.
- Ocasionalmente, hay agregado de sílabas dentro de las palabras.

En los órganos bucofonatorios y en la exploración a través de práxias bucofaciales se demuestra lo siguiente:

- no se observan anomalías orgánicas.
- Escasa flexibilidad, en los labios. Asimismo hay cierta torpeza y poca agilidad en movimientos de la lengua; en todos los puntos arriba, abajo, izquierda, derecha.
- Falta de expresión facial

Su tipo respiratorio es costal superior que debe corregirse. Presenta ascenso clavicular y contracciones musculares y signos de tensión. Presenta inspiración bucal y poca fuerza en el soplo.

DIAGNÓSTICO

A la vista de los resultados obtenidos se concluyó que Jennifer dentro de su desarrollo de lenguaje presenta diversas dificultades articulatorias, de tipo dislalia. Al tener en cuenta la edad de la niña, se puede decir que es de carácter evolutivo. Como se explicó anteriormente en el capítulo II.

ORIENTACIÓN PARA PADRES

Principios básicos que los padres deben considerar para el tratamiento de lenguaje tomando en cuenta las características del niño:

- ✓ Se sugiere que los padres supervisen las actividades de los ejercicios orofaciales, labiolinguales, maxilofaciales, bucofaciales y respiratorios.
- ✓ Cuando hable con su hija. Pronuncie las palabras, despacio y con claridad. Sin gritos y sobresaltos.

- ✓ No realizar comentarios delante de ella, sobre su forma de hablar.
- ✓ Evitar correcciones e interrupciones constantes cuando hable.
- ✓ Evitar repetir a la niña las palabras tal y como las pronuncia. En principio, cuando pronuncie una palabra incorrectamente nos limitaremos a repetírsela de forma correcta sin burlas, sin bromas y sin enfados.
- ✓ La forma idónea de corregirle es repetirle la palabra o frase correctamente varias veces de distintas formas y sin exigirle repetición.
- ✓ La duración de las actividades debe ser corta, la constante repetición tiende a cansar y dispersar la atención de la niña.
- ✓ No forzarle a repetir fonemas que aún no ha adquirido, sólo aquellos que le indiquemos que debe generalizar.
- ✓ Reforzarle positivamente todos y cada uno de sus avances.
- ✓ Aprovechar cualquier ocasión para practicar las práxias de forma indirecta; al lavarse los dientes, tomar con popote, jugar con burbujas, apagarle a la velita.
- ✓ Dejar que se exprese libremente, no responda nunca por la niña.
- ✓ Evitar la sobreprotección y darle pequeñas responsabilidades. Como recoger sus juguetes, poner la mesa, etc. Para que adquiera mayor autonomía e independencia.

ORIENTACIÓN A LA PROFESORA

Primeramente se informó a la profesora de comienzo del tratamiento y el plan de trabajo a seguir. Hay que mencionar que una vez al mes se realiza una junta con la profesora para ver los avances o modificar el trabajo dentro del salón de clases con el fin de obtener mejores resultados.

A continuación se presentan algunas de las recomendaciones que la profesora llevó a cabo dentro del salón de clase.

- ✓ Sentar a la niña junto a un compañero que vocalice bien las palabras.
- ✓ Evitar comentarios negativos de la niña por su forma de hablar, con sus demás compañeros.
- ✓ Se sugiere que cuando la niña diga algo y no se le entienda, lo repita de diferente forma o bien repita la frase correctamente.
- ✓ Mostrar interés y alegría cada que la niña participe o hable dentro de sus actividades escolares.
- ✓ Se recomienda que la profesora cuando este frente a la niña, vocalice correctamente las palabras, despacio y sin alzar la voz.
- ✓ Reforzar en clase los fonemas adquiridos. Se le da una lista de palabras a la profesora con los fonemas adquiridos con el fin de generalizarlos en el medio escolar.
- ✓ Incluir dentro de sus actividades juegos divertidos de expresión facial: risa, tristeza, asombro, seriedad, etc.
- ✓ Estimular la participación en trabajos de grupo (murales, recortables, semillas, etc.) para aumentar su socialización.

- ✓ En representaciones teatrales, se invita a la niña a salir para romper con su timidez.
- ✓ No mostrar con la niña una protección especial, ni hacerle distinción dentro de sus iguales, debe desarrollar libremente su personalidad.
- ✓ Cuando asista a excursiones aumentar su vocabulario haciéndole observar todo lo que tiene a su alrededor.

INTERVENCIÓN

Una vez realizada la exploración de lenguaje y establecido el diagnóstico.

Los objetivos que se plantean para este caso son los siguientes:

- Mejorar la movilidad de los órganos bucofonatorios.
- Incrementar la fuerza y dirección e intensidad del soplo.
- Articular correctamente los fonemas alterados.
- Observar las posiciones de los órganos que se trabaja.
- Discriminar y reconocer los fonemas aprendidos.
- Automatizar los fonemas corregidos a través de la expresión dirigida.
- Integrar los fonemas aprendidos en el lenguaje espontáneo.
- Motivar a la niña para que se exprese espontáneamente y así automatizar e integrar la correcta pronunciación.

TRATAMIENTO

Las actividades son fundamentales para el tratamiento, por esa razón es de vital importancia contar con diversas técnicas o recursos, sobre cómo obtener cada fonema. En este caso no se profundizará sobre las técnicas que se llevaron a cabo para el tratamiento, puesto que no es el tema principal de esta investigación. Solo se mostrarán uno o dos ejemplos, para entender que son la parte primordial para el éxito de un tratamiento. Ahora bien, las actividades se trabajaron frente al espejo y es de manera lúdica, esto con el fin de crear interés y la participación por parte del niño.

A continuación se presentan algunas de las actividades que se realizaron dentro del tratamiento de Jenny.

ACTIVIDADES INDIRECTAS:

- **Práxias bucofaciales**

Mejillas

Inflar las dos mejillas con un buche de agua.

Inflar las dos mejillas con aire.
Aspirar las dos mejillas.
Inflar una mejilla y otra mejilla con aire, alternativamente

Velo del paladar

Toser
Hacer gárgaras con agua.
Hacer gárgaras sin agua.
Aspiraciones profundas, expulsar el aire por la nariz.
Bostezo.
Tomar aire por la nariz y hacer espiraciones fuertes, nasales y bucales.
Alternativamente.
Emisión de “a” frente al espejo, controlar los desplazamientos del velo.

Mandíbula

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

Lengua

Sacar y meter la lengua. (mantener la boca abierta)
Lengua arriba y abajo. (mantener la boca abierta)
Llevar la lengua de un lado a otro. (tocar la comisura de los labios)
Con la punta de la lengua empujar una mejilla y otra, alternativamente.
Lengua arriba y abajo, detrás de los incisivos superiores e inferiores.
Chupar, con la punta de la lengua, el labio superior en ambas direcciones.
Chupar, con la punta de la lengua, el labio inferior en ambas direcciones
Chupar alternativamente, el labio superior e inferior con un movimiento rotatorio amplio.
Con la boca entreabierta dejar la lengua ancha y relajada, y estrecha y tensa.

Labios

Posición del beso y sonrisa, con los labios juntos.
Adelante y atrás, con los labios separados. (enseñar los dientes)
Esconder los labios y sacarlos en posición de reposo.
Chupar el labio superior con el inferior.
Chupar el labio inferior con el superior.
Con los incisivos inferiores morder el labio superior.
Con los incisivos superiores morder el labio inferior.
Imitar la posición de las vocales.
Distender la comisura de un lado y del otro, alternativamente.
Vibración de los labios.

- **Respiración**

Soplo

Apagar velas con un soplo fuerte y rápido.

Mover la llama de la vela y cerillas, sin que llegue a apagarse, con un soplo prolongado y suave.

Mover molinillos de papel.

Desplazar con el soplo trocitos de papel de seda, algodones, pelotas de ping pong, bolitas de papel.

Hacer pompas de jabón.

Hacer burbujas de agua con un popote.

Mantener, con el soplo, una hoja de papel contra la pared.

Empañar un espejo, situado debajo de la nariz, con el soplo nasal.

Emisión de vocales cortas, /a/, /e/, /i/, /o/, /u/.

Emisión de vocales largas, /a/, /e/, /i/, /o/, /u/.

Intercalar ambas emisiones.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO

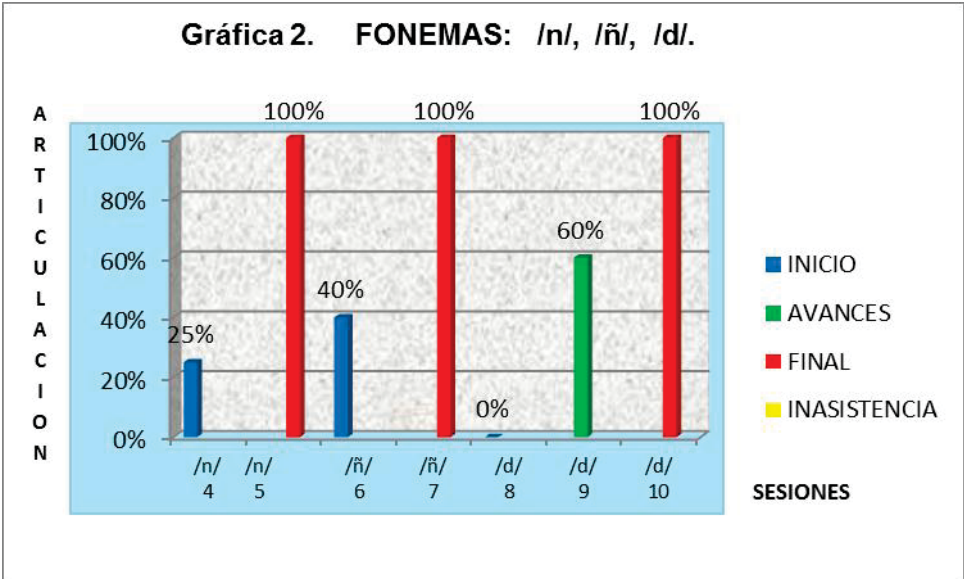
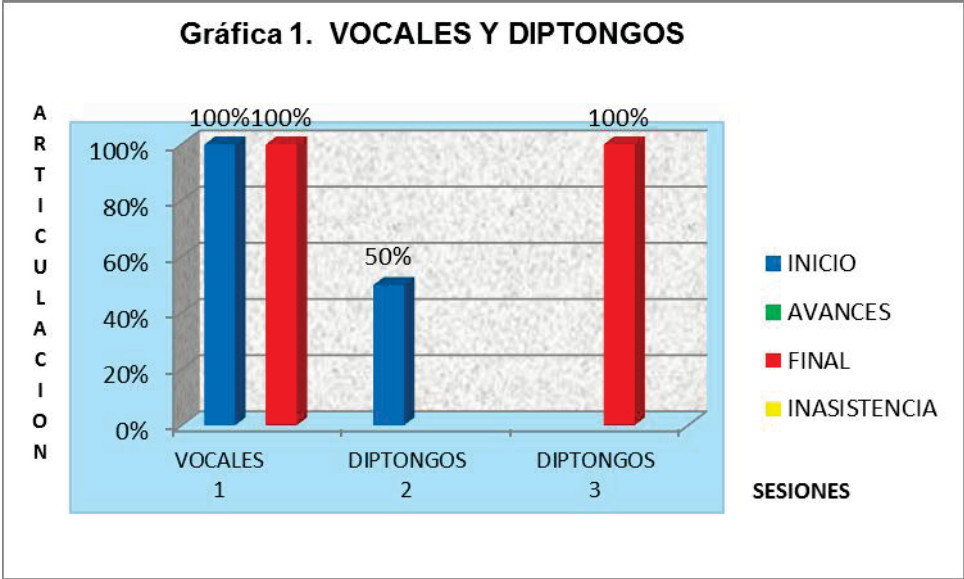
El tratamiento fue exitoso, tuvo una duración de 7 meses. En 33 sesiones se corrigió su problema de dislalia evolutiva.

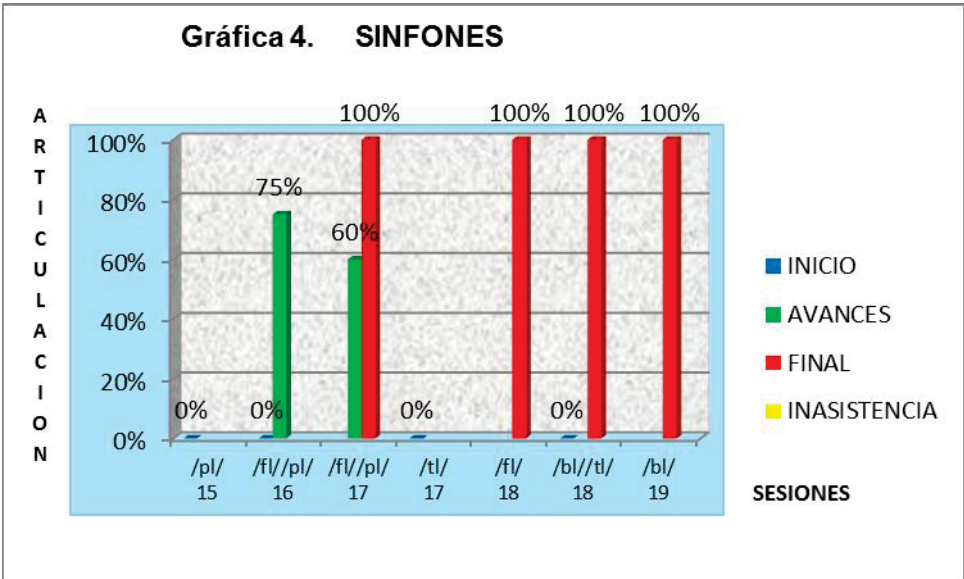
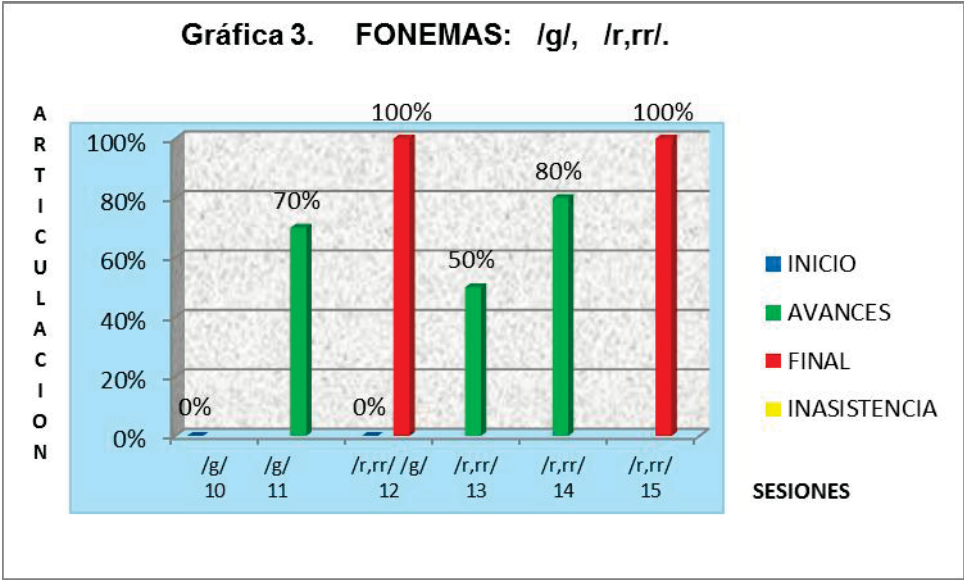
Para corroborar el éxito. Véase todas las gráficas que se realizaron dan muestra de la continuidad del trabajo en las sesiones. Ahora bien, el apoyo de los padres de Jenny fue fundamental, se mostraron responsables y comprometidos en el tratamiento. Prueba de ello, es que no faltaron a ninguna sesión. Observe todas las gráficas, no hay ninguna barra de inasistencias (barras amarillas). Además se mostraron positivos en la orientación para padres, siempre colaboraron en las tareas a casa, cambiaron hábitos como: dar responsabilidades pequeñas a Jenny y evitar la sobreprotección.

Por último, la colaboración de la profesora durante todo el tratamiento ha sido de suma importancia, especialmente en el momento de la generalización. El tiempo que dedico a sus actividades y el hecho de seguir las recomendaciones muestran la dedicación el compromiso que se adquirió.

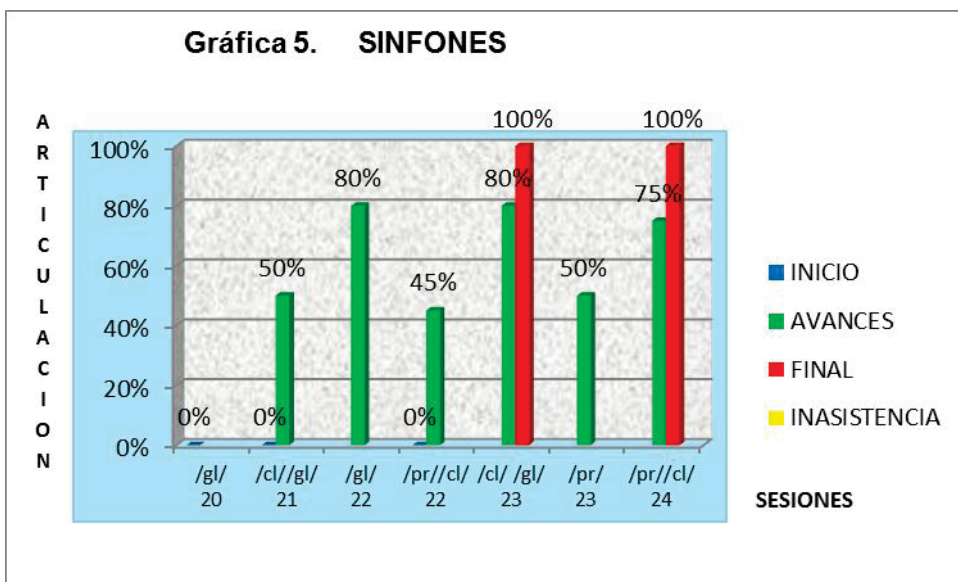
GRÁFICAS

Estas gráficas dan muestra del éxito del tratamiento y la continuidad del trabajo en las sesiones. En ellas se describe el total de sesiones que se necesitaron para corregir el lenguaje. Asimismo se observa el avance de cada fonema en sesión. Este avance se da en porcentajes. Es decir, cada fonema articulado muestra el porcentaje de inicio, el avance y el final. Cabe añadir que los porcentajes son aproximados, puesto que se elaboraron a partir de la evaluación (véase hoja de planeación y programación de actividades anexo 10) en sesión.

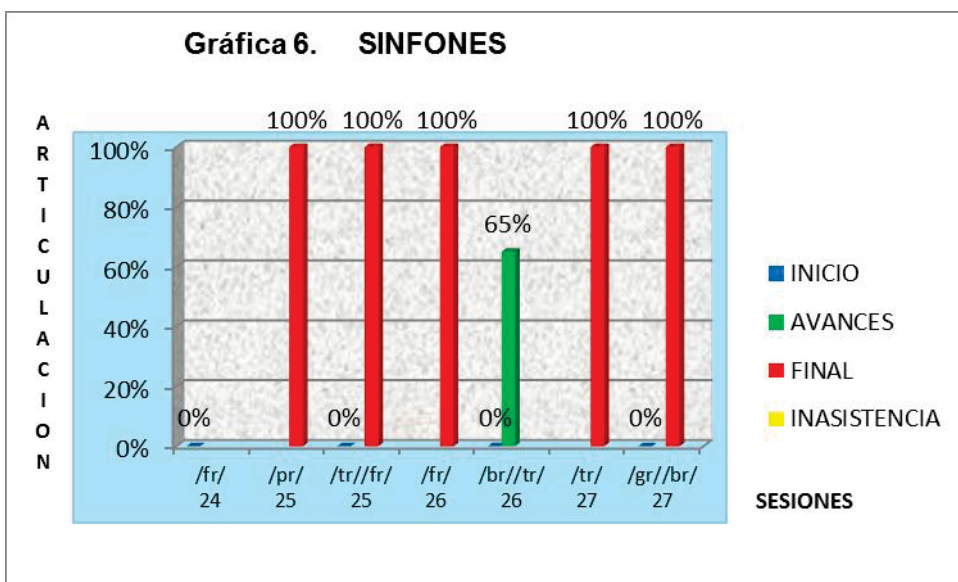


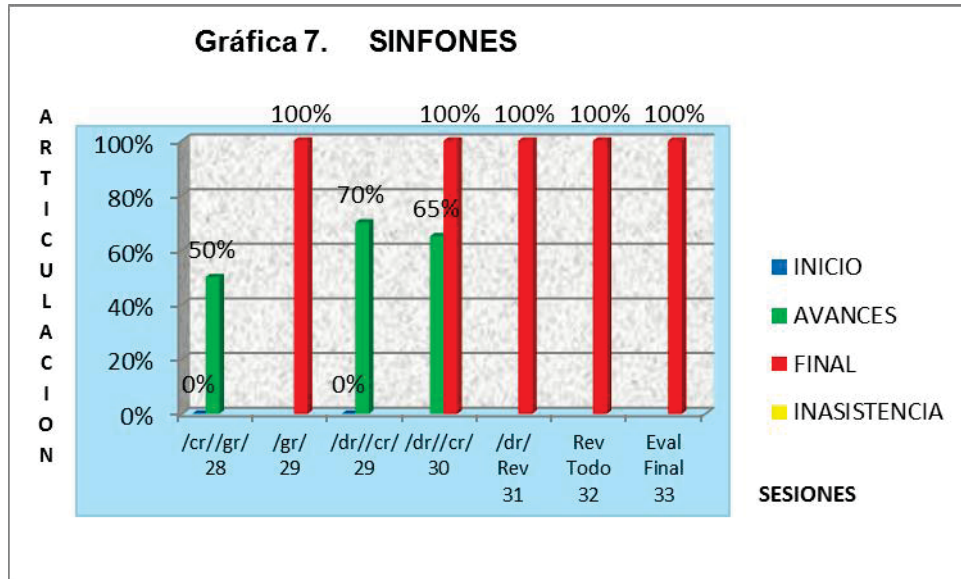


Gráfica 5. SINFONES



Gráfica 6. SINFONES





ACTITUD AL FINAL DEL TRATAMIENTO

Al término del tratamiento Jenny se mostró feliz, con más confianza en sí misma y con mayor seguridad en sus relaciones sociales. Le dio las gracias a su maestra por ayudarla en su tratamiento dedicándole una oratoria especial en su escuela.

Asistió a clases de danza clásica y natación. Convivió con mayor facilidad en parques, centros recreativos y fiestas infantiles. Se incrementó el grupo de amigos.

Caso 2.- Trastorno articulatorio en una niña con dislalia orgánica.

EVALUACIÓN DE LENGUAJE RESUMEN CLÍNICO E INFORME

DATOS PERSONALES

Nombre del Niño/a: Ana Karina Cartas Pérez
Fecha de Nacimiento: 16 – Noviembre - 1998 **Edad:** 12 años 11 meses
Escuela: Secundaria Diurna N° 173 **Escolaridad:** 1° de Secundaria
Nombre del madre: Beatriz Pérez Anaya **Edad:** 49 años
Ocupación: Hogar
Nombre de la padre: Lorenzo Cartas Luna **Edad:** 50 años
Ocupación: Abogado
Fecha de entrevista y Valoración: Octubre 2011

MOTIVO DE DERIVACIÓN

La madre de Karina pide una evaluación de lenguaje, porque su hija no habla bien. La madre refiere que anteriormente acudió a terapia de lenguaje en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), pero nunca concluyeron con el tratamiento por lo que ahora sigue con el problema.

REPORTE DE CONDUCTA DURANTE LA EVALUACIÓN

Durante la evaluación Karina se notaba intranquila al moverse en su asiento, se platicó con ella y se le explicó por qué estaba ahí, anteriormente ya había asistido con un especialista y entendió que iba ser de nuevo evaluada y cooperó muy bien.

Karina es amable, respetuosa, noble, presenta baja autoestima ella lo externo inmediatamente. Al decir: “soy fea”, “no me gusta tener amigos”, “No puedo hacer nada bien”, “me gusta estar sola”, además de que se mostró nerviosa, se muerde las uñas y se toca el pelo constantemente. Al dialogar le cuesta trabajo, no se le entiende cuando habla y su actitud es de una niña pequeña.

La evaluación se aplicó durante tres sesiones, incluida la entrevista.

INSTRUMENTOS DE LA EVALUACIÓN

Se aplicó una batería de instrumentos para determinar el diagnóstico. La batería incluyó:

- Entrevista. (solo asistió la madre está divorciada). Historia Clínica.
- Test de Registro Fonológico Inducido. (RFI)
- Inventario Experimental de Articulación (IEA)
- Prueba de Imitación de Vocales y Sílabas (IVS)
- Exploración funcional de los órganos bucofonatorios.
- Exploración funcional de las praxias bucofaciales.
- Exploración funcional de la respiración.

HISTORIA DE VIDA

Es la hija menor, tiene un hermano mayor de 16 años. Vive con su madre. La visita su padre todos los domingos debido a divorcio. Durante el embarazo la madre cumple con 39 semanas de gestación y tuvo amenaza de aborto a los ocho meses del embarazo, durante el embarazo tuvo tristeza, falta de energías, estuvo irritable con enojos y se sentía frustrada, él padre tomaba mucho. Nace por cesaría, pesó 2,680 kgrs y midió 48 cms, tuvo de apgar 9, a la madre le retiran la matriz por una hemorragia que se presenta en el parto pero sale del hospital sin complicaciones.

Desarrollo psicomotor. Gateo muy poco a los 10 meses y camino al año y medio. Presenta pie plano actualmente, está en tratamiento, se ha caído en dos ocasiones fuertemente de sentón, eso ha traído como consecuencia que presente problemas con la columna vertebral, está en tratamiento.

Alimentación. Tomó leche durante dos meses y luego fórmula. Actualmente su apetito es adecuado.

Sueño. Duerme en recamará, con el hermano pero en diferentes camas.

Control de esfínteres. Lo adquirió en la guardería. Se puede observar que Karina cada que presenta problemas emocionales, comienza a presentar enuresis secundaria. Es decir, la falta de control de esfínteres. Este problema comenzó desde los siete años y actualmente sigue sin controlar.

Hábitos. Se viste, se baña y tiende su cama sola.

Desarrollo de lenguaje. Se vio afectado desde los dos años y medio. Fue atendida en el Seguro Social, Karina no hablaba nada y fue canalizada a terapia.

Antecedentes familiares con alteraciones del lenguaje. Dentro de la familia el padre presentó problemas de lenguaje.

Escolaridad. Fue a guardería a los dos años y fue reportada por su lenguaje, entra al kínder a los cuatro años hasta entrar a la primaria en donde le dan apoyo de USAER por su lenguaje hasta 5º grado. Asimismo, asistió a terapias en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), cuando tenía cuatro años y medio pero no terminó el tratamiento; vuelve a regresar a los ocho años y medio, nuevamente no terminó

el tratamiento. Actualmente asiste a 1º de secundaria y presenta problemas de aprendizaje y lenguaje.

Juego. En su tiempo libre ve televisión, radio. La madre refiere que tiene un amigo imaginario, un oso de peluche.

Socialización. En la escuela no presenta relaciones afectivas, presenta rechazo con sus demás compañeros. Ellos se burlan y la critican por hablar mal, Se aísla fácilmente, habla poco y presenta timidez.

Dinámica familiar. Los padres se separan cuando ella tenía siete años, sintió mucho la separación, lloraba mucho cuando el padre se iba y regresaba. Actualmente, cuando el padre llega a visitar a sus hijos la esposa lo sigue tratando como si fuera su esposo, es decir, hay negación del divorcio. No acepta su madre que ya están separados y que su esposo ya tiene otra familia, dice: “él sigue siendo mi marido”. Con esta demostración Karina se siente confundida en la relación que tienen sus padres. Ella manifiesta enojo, tristeza y pocas veces se siente feliz. Manifiesta: “mis papas siguen juntos, solo que cada uno en su casa. Se aman todavía”. La relación con su madre es tensa, por ser adolescente entran en conflictos constantemente. La relación con su padre es tranquila, la visita todos los domingos. La relación con su hermano es confusa, toma el rol de papá. Al presentar esa conducta su hermano hace que Karina manipule las situaciones según le convienen, argumenta su mamá.

Métodos disciplinarios. La disciplina la lleva la madre, los métodos son a través de regaños, castigos y en muy pocas ocasiones se han realizado golpes físicos. Los premios y castigos no son cumplidos.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

Tras la exploración que se llevó a cabo se obtuvieron las siguientes alteraciones fonémicas:

- Sustitución de /t/ por /k/; /l/ por /g/; /ll/ por /ñ/ en sílaba directa, en posición inicial e intermedia
- Sustitución de /l/ por /r,rr/ en sílaba directa, en posición inicial, intermedia y final.
- Omisión de /r/ en sílabas inversas.
- Omisión de /l/ en sílabas siempre
- Omisión de /r/ en sílabas siempre

Estas fallas se presentaron a su vez dentro del lenguaje inducido, como en el repetido y en el espontáneo.

En cuanto al estudio de las práxias bucofaciales, vemos que presenta alteración en el punto de articulación de los labios, presenta poca flexibilidad, control y agilidad para hacer movimientos con ellos. Por otro lado los movimientos de lengua y los gestos faciales son buenos a excepción de recorrer la punta de la lengua en forma circular y el guiño del ojo.

En los órganos bucofonatorios, se observan anomalías en los dientes presenta malformaciones en piezas.

Su tipo respiratorio es costal superior que debe corregirse. Presenta ascenso clavicular y contracciones musculares y signos de tensión. Tiene dificultad a la hora de controlar el soplo.

DIAGNÓSTICO

A la vista de los resultados obtenidos se concluyó que Karina presenta Dislalia orgánica de tipo disglosia, es decir, “es un trastorno de la articulación de origen no neurológico central y provocado por lesiones físicas o malformaciones de los órganos articulatorios periféricos” (Gallego, 2000, p.28). Véase el Capítulo II.

ORIENTACIÓN PARA PADRES

Principios básicos que los padres deben considerar para el tratamiento de lenguaje:

- ✓ Se sugiere que los padres supervisen las actividades de los ejercicios orofaciales, labiolinguales, maxilofaciales, bucofaciales y respiratorios.
- ✓ No realizar comentarios delante de ella, sobre su forma de hablar.
- ✓ No manifestar preocupación, ni ser excesivamente correctores y exigentes, ya que pueden provocar inhibición verbal.
- ✓ Cuando pronuncie una palabra incorrectamente nos limitaremos a repetírsela de forma correcta sin burlas, sin bromas y sin enfados.
- ✓ La forma idónea de corregirles es repetirle la palabra o frase correctamente varias veces de distintas formas y sin exigirle repetición.
- ✓ La duración de las actividades debe ser corta, la constante repetición tiende a cansar y dispersar la atención de la niña.
- ✓ No forzarle a repetir fonemas que aún no ha adquirido, sólo aquellos que le indiquemos que debe generalizar.
- ✓ No responder por la niña dejar que se exprese libremente.
- ✓ Evitar la sobreprotección y darle pequeñas responsabilidades. Como recoger su ropa, tender su cama, poner la mesa, lavar los trastes, etc. Para que vaya adquiriendo mayor autonomía e independencia.
- ✓ Hablarle de la cosas que le interesen y que son susceptibles de retener su atención.
- ✓ Crear un clima de seguridad y comprensión en torno a su hija para favorecer su autoestima positiva; y observar y reforzar adecuadamente los logros obtenidos por la niña mediante elogios, alabanzas, muestras de cariño.
- ✓ Proporcionarle seguridad y confianza en todo momento.
- ✓ Favorecer las interacciones sociales con otras personas, especialmente con niñas de su edad.

INTERVENCIÓN

A la vista de los resultados obtenidos en la evaluación del lenguaje.

Los objetivos generales de la intervención fueron los siguientes:

- Establecer una buena función respiratoria.
- Ejercitar y agilizar los órganos bucofonatorios implicados en la fonación.
- Mejorar la fuerza y direccionalidad del soplo.
- Articular correctamente los fonemas alterados.
- Percibir y discriminar auditivamente sonidos, fonemas, palabras y frases.
- Proporcionar seguridad y confianza en sus exposiciones orales e incrementar su intencionalidad comunicativa con interlocutores nuevos.
- Reforzarle la confianza en sí misma para aumentar la autoestima.
- Motivar a la niña para que se exprese espontáneamente y así automatizar e integrar la correcta pronunciación.

TRATAMIENTO

Las actividades son fundamentales para el tratamiento, por esa razón es de vital importancia contar con diversas técnicas o recursos, sobre cómo obtener cada fonema. En este caso no se profundizará sobre las técnicas que se llevaron a cabo para el tratamiento, puesto que no es el tema principal de esta investigación. Solo se mostrarán uno o dos ejemplos, para entender que son la parte primordial para el éxito de un tratamiento. Ahora bien, las actividades se trabajaron frente al espejo y es de manera lúdica, esto con el fin de crear interés y la participación por parte del niño.

A continuación se presentan algunas de las actividades que se realizaron dentro del tratamiento de Karina

ACTIVIDADES DIRECTAS:

- **Fonema /k/**

Respirar profundamente por la nariz y sacar de forma intermitente por la boca mediante implosiones con K: “kkkkkkkkkkkkk”.

Tomar el espejo pequeño, nos miramos en él mientras pronunciamos /k/.

Dirigir nuestros movimientos: ¿Cómo esta nuestra boca? ¿Dónde sientes cosquillas al pronunciar la /k/? ¿Por dónde sale el aire?

Observar una tarjeta o ficha con el fonema /k/.

Imitar el sonido haciendo el trazo con el fonema.

Emitir en voz alta el fonema *k* en la posición inicial en sílabas y palabras: ka, ko, ku, ke, ki; cara, coche, cama, casa, etc.

Emitir en voz alta el fonema *a* en posición media en sílabas y palabras: aka, ako, aku, ake, aki; boca, acto, poca, moka, mica, etc.

- **Fonema /g/**

Emitir en voz alta el fonema *g* en la posición inicial: ga, go, gu, gue, gui

Repetir una serie de sílabas donde se use */g/* y */k/* así: ga, ga, ga, ka, ka, ka,

Emitir en voz alta el fonema *g* en posición inicial, en palabras: gato, gasa, gota, gallo, gallina, guitarra, guerra, etc.

Emitir en voz alta el fonema *g* en posición media en palabras: Diego, canguro, Colgate, algodón, pulga, agacharse, hormiga, tengo, daga, mango, sigue, agua, viga, vago, toga, pago, verruga, agarra, agasajo, juego, juguetes, etc.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO

El tratamiento fue exitoso, tuvo una duración de casi 9 meses. En 39 sesiones se corrigió su problema de dislalia orgánica.

Hay que hacer énfasis que, a pesar de contar con la malformación de sus dientes, no fue un obstáculo para superar la dificultad articulatoria. Además véase todas las gráficas en ellas se muestra la evidencia sobre el éxito de su tratamiento.

Ahora bien, Karina durante su tratamiento tuvo complicaciones. Observe la gráfica 8 y 9 cada fonema se corrigió en 3 o más sesiones, esta actitud se debió a que no realizaba la tarea en casa, no le gustaba realizar las actividades a pesar de ser a modo de juego, se decía a sí misma “no puedo hacerlo, no lo haré”. Y no realizaba las actividades. Aunado a esto, tenía constantemente discusiones con su mamá no seguía reglas, ni instrucciones. Todo el tiempo había tensión entre ellas. Eso complicó la situación del tratamiento. Estas actitudes que Karina mostraba por momentos desesperaban a su mamá, y lo manifestaba no asistiendo a terapia, véase las gráficas 8, 9, 11 y 13 se observan inasistencias (barras amarillas).

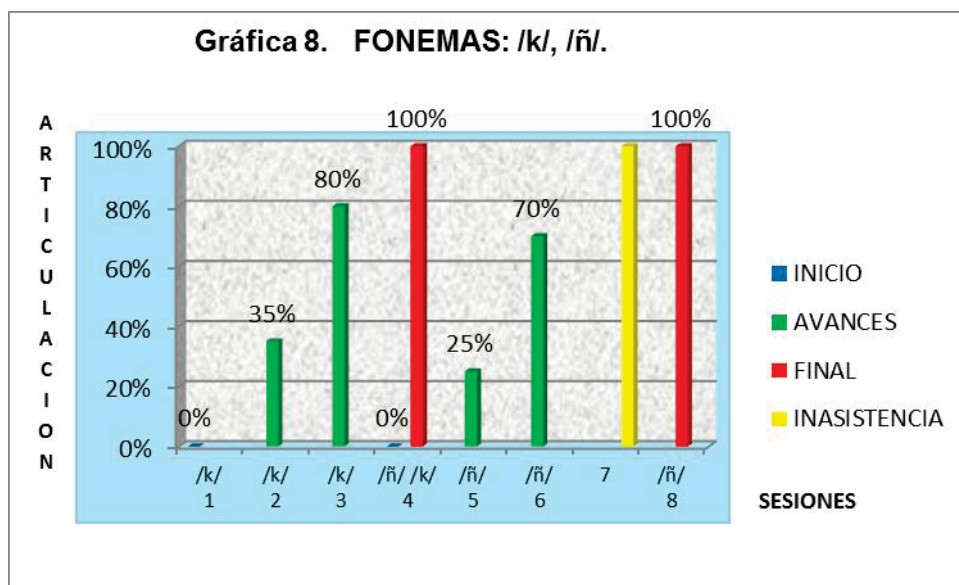
Pero en esta parte hay que hacer una descripción más detallada. Las inasistencias que se muestran en las gráficas 8 y 9 son desarrolladas por actitudes negativas descritas anteriormente que se muestran por parte de madre e hija en sesiones, esas actitudes complicaron la terapia por tanto se procedió a que ambas asistieran a apoyo psicológico con el fin de que solucionarían sus conflictos y diferencia y ayudar en el proceso del tratamiento del lenguaje. El proceso de convencimiento fue a través de conversaciones en donde se trataron temas de integración familiar, estas se realizaron de forma independiente en el Centro. Una

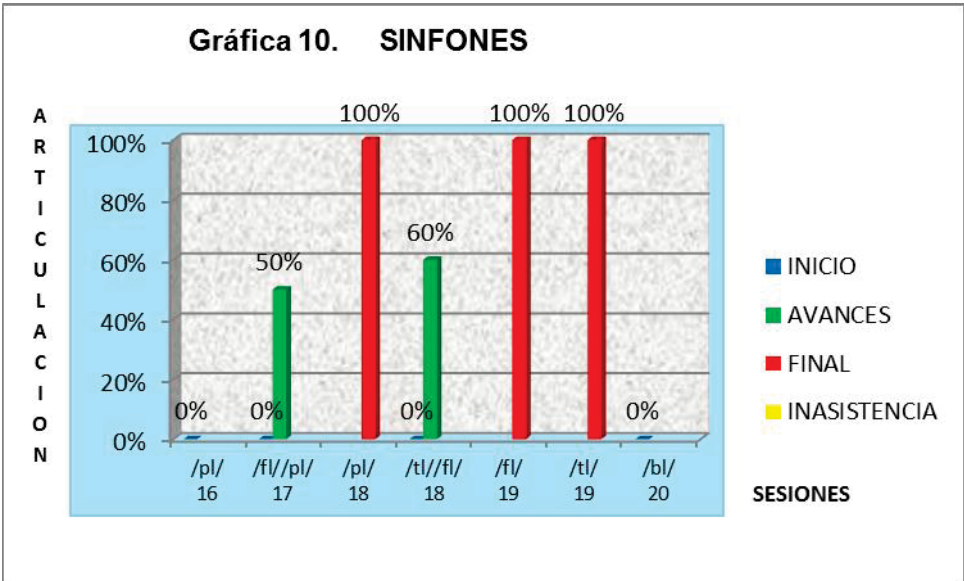
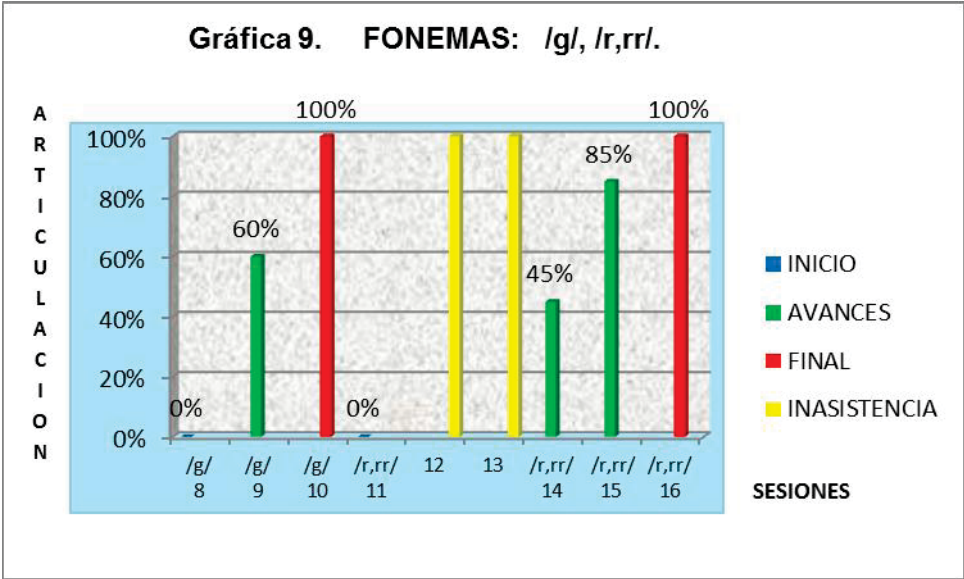
vez que se logró que asistieran a terapia psicológica el proceso del tratamiento tuvo una pequeña mejoría esta se observa en la gráfica 10, véase que hay un poco más de avances y más fonemas corregidos en menos tiempo.

Por otra parte hay que señalar que el trabajo multidisciplinario con otros especialistas a veces es necesario, por qué en terapia se presentan avances y regresiones constantemente como en las gráficas 11 y 13 donde se vuelven a presentar inasistencia (barras amarillas) y en ocasiones pequeñas diferencias.

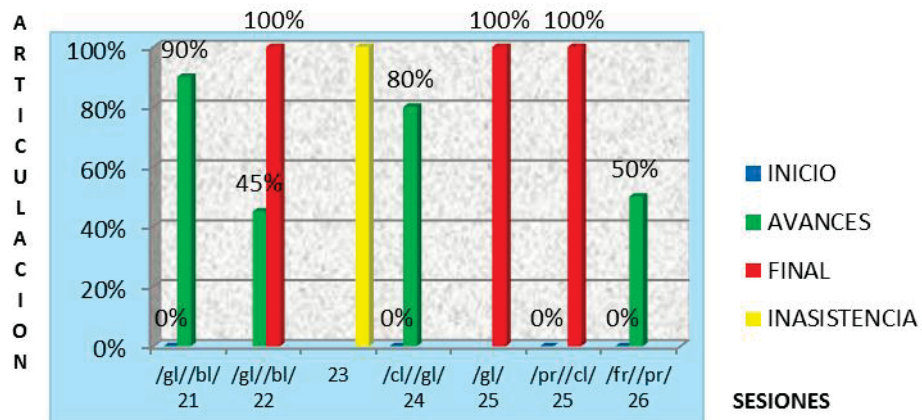
GRÁFICAS

Estas gráficas dan muestra del éxito del tratamiento y la continuidad del trabajo en las sesiones. En ellas se describe el total de sesiones que se necesitaron para corregir el lenguaje. Asimismo se observa el avance de cada fonema en sesión. Este avance se da en porcentajes. Es decir, cada fonema articulado muestra el porcentaje de inicio, el avance y el final. Cabe añadir que los porcentajes son aproximados, puesto que se elaboraron a partir de la evaluación (véase hoja de planeación y programación de actividades anexo 10) en sesión.

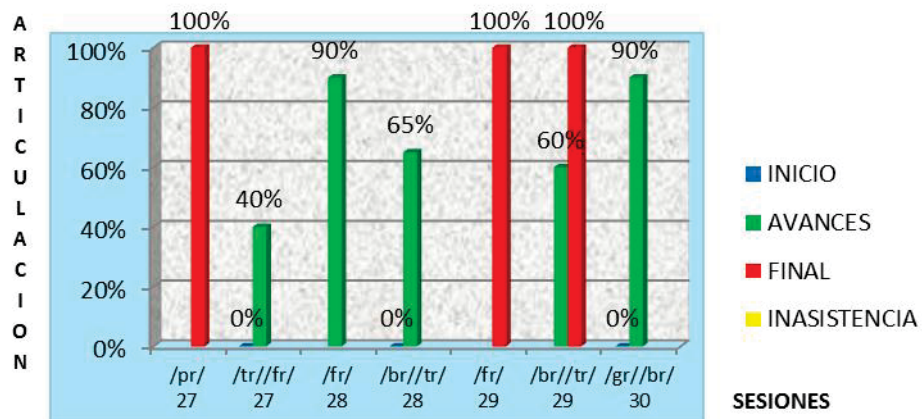


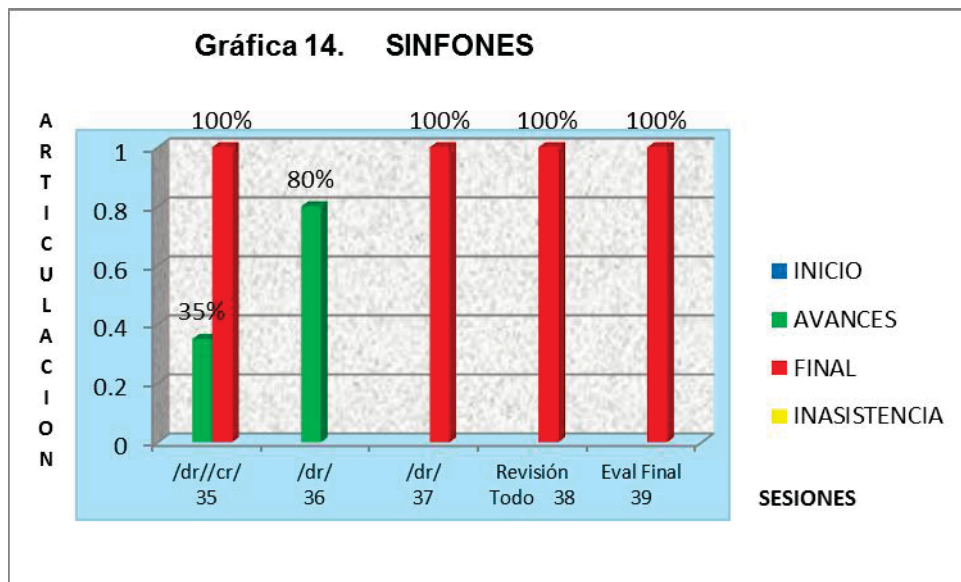
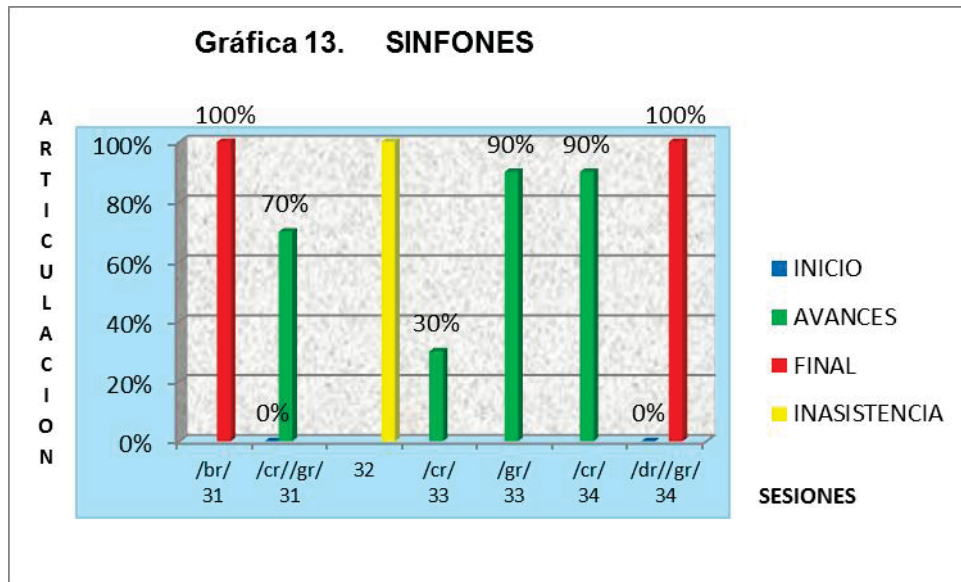


Gráfica 11. SINFONES



Gráfica 12. SINFONES





ACTITUD AL FINAL DEL TRATAMIENTO

Al término del tratamiento Karina se mostró platicadora, contenta y feliz. Su postura cambio, ahora es más erguida. Cuando camina levanta la cabeza y mira hacia enfrente. Cuando platica te mira a la cara. En fin, Karina muestra confianza en sí misma y seguridad. Se integra a las actividades escolares. Participó en una obra de teatro en su escuela. Sus conversaciones presentan entusiasmo y ya cuenta con un grupo pequeño de amigos en su colegio.

La relación con su madre es diferente, hay más comprensión y entendimiento. Tiene más conversaciones entre ella. Ahora sé siente a gusto y tranquila en casa. Sigue en tratamiento psicológico junto con su mamá.

Caso 3.- Trastorno articulatorio en un niño con dislalia funcional.

EVALUACIÓN DE LENGUAJE RESUMEN CLÍNICO E INFORME

DATOS PERSONALES

Nombre del Niño/a: Cesar Jair Vargas Salazar
Fecha de Nacimiento: 03 – Octubre - 2005 **Edad:** 06 años 4 meses
Escuela: Miguel Hidalgo y Costilla **Escolaridad:** 1º de Primaria
Nombre del madre: Viridiana Vargas Salazar **Edad:** 21 años
Ocupación: Estudiante - Derecho
Fecha de entrevista y Valoración: Febrero 2012

MOTIVO DE DERIVACIÓN

La madre de Cesar pide una evaluación de lenguaje, porque su hijo presenta dificultad al pronunciar las palabras. En la lecto-escritura se muestra el problema, porque así como pronuncia escribe. Actualmente bajo de calificaciones. Además le cuesta trabajo integrarse a las actividades, sus compañeros no entienden lo que dice, siempre está solo y se dice asimismo que es un tonto.

REPORTE DE CONDUCTA DURANTE LA EVALUACIÓN

La evaluación se realizó en tres sesiones incluida la entrevista. Durante la prueba Cesar se mostró muy tranquilo y colaborador, aunque en ocasiones se mueve y se distrae fácilmente.

INSTRUMENTOS DE LA EVALUACIÓN

Se aplicó una batería de instrumentos para determinar el diagnóstico. La batería incluyó:

- Entrevista. (madre soltera). Historia Clínica.
- Test de Registro Fonológico Inducido (RFI)
- Inventario Experimental de Articulación (IEA)
- Prueba de Imitación de Vocales y Sílabas (IVS)
- Exploración funcional de los órganos bucofonatorios.

- Exploración funcional de las praxias bucofaciales.
- Exploración funcional de la respiración

HISTORIA DE VIDA

Es el hijo mayor, tiene una hermana de dos años. Vive con su madre. Durante el embarazo la madre cumple 39 semanas de gestación, tuvo tristeza, falta de energías, llantos a causa de enojos por padres y rechazo de la gente. Nace por cesarí, pesó 3, 800 grs y midió 51 cms, tuvo un apgar de 9, parto sin complicaciones.

Desarrollo psicomotor. Comenzó a sostener la cabeza a los cuatro meses, se sentó solo a los cinco meses, se sostuvo de pie a los siete meses, gateó a los seis meses, dio sus primeros pasos a los 11 meses, al año y medio comenzó a subir y bajar escaleras, el lado derecho de su cuerpo sirvió como apoyo.

Alimentación. Tomó leche materna hasta los cuatro meses, después tomó fórmula le produjo reflujo. Dejó el biberón al año y medio. El destete fue sin complicaciones, la guardería sirvió de apoyo para la enseñanza. A los seis meses comenzaron los alimentos sólidos. Actualmente come bien.

Sueño. Cuando nació presentó problemas para dormir se despertaba en las noches, así duro hasta los tres meses. Dormía solo hasta el nacimiento de su hermanita. Después y hasta la actualidad duerme junto a mamá en una sola cama. En ocasiones espera a mamá para dormir. A veces habla dormido.

Control de esfínteres. Lo adquirió entre los dos años y medio. El proceso fue en guardería.

Hábitos. Prepara su ropa y se viste solo. No puede subir y bajar bragueta. En el baño le ayudan a enjabonar, él se enjuaga y se seca solo.

Desarrollo de lenguaje. Comenzó a balbucear a los cuatro meses, emitió los primeros fonemas a los ocho meses, emitió sus primeras palabras al año. Emitió sus primeras frases al año y medio. Comenzó hablar al año y medio. Le comenzaron a llamar por su nombre al año. Anteriormente se dirigían a él por seudónimos: “bebé, gordito”. El problema de lenguaje se comenzó a detectar entre los dos a tres años, no pronunciaba bien las palabras. Asistió a terapias de lenguaje con una psicóloga una vez a la semana durante tres semanas.

Antecedentes familiares con alteraciones del lenguaje. Dentro de la familia un primo presenta retraso de desarrollo.

Escolaridad. Fue a guardería desde los tres meses hasta un año y medio. Al kínder sólo asistió un año, su adaptación es buena, entra a la primaria a los seis años actualmente se encuentra en 1º grado. Regularmente juega solo. Su rendimiento en la escuela es bajo porque presenta problemas en la lecto-escritura y en la integración grupal.

Juego. Juega con muñecos de acción y rompecabezas le gustan las películas infantiles. En casa juega con su hermanita.

Socialización. En la escuela se aísla fácilmente, se siente incomprendido porque sus compañeros no le entienden cuando habla, así que tiende a estar solo con frecuencia.

Dinámica familiar. La relación que lleva con la madre es buena es cordial, existe buena comunicación entre ellos.

Métodos disciplinarios. La disciplina la lleva la madre, hay límites y reglas, los métodos son a través de regaños, castigos y en muy pocas ocasiones se han realizado golpes físicos. Los premios y castigos siempre son cumplidos.

RESULTADOS DE LA PRUEBAS

Estudiadas las pruebas aplicadas y datos recabados, los resultados que se obtienen permiten manifestar que las dificultades que presenta son:

- Sustitución del fonema /n/ por /ñ/; /n/ por /g/; /l/ por /g/; /l/ por /r,rr/ en posición inicial y media en sílabas directas.
- Sustitución del fonema /n/ por /d/; /l/ por /d/ en posición media en sílabas directas.
- Ocasionalmente presenta omisión del fonema /d/ en posición media.
- Distorsión del fonema /s/ en todas las posiciones.
- Omisión del fonema /r/ y el fonema /l/ en posición final y en sílabas inversas.
- Omisión del fonema /l/ y el fonema /r/ en sílabas siempre.
- Omisión de los diptongos /ai/, /eu/, /ia/, /ie/, /io/, /iu/, /oi/, /ui/.
- Inversión de los diptongos /au/, /ai/.

Estas fallas se detectan principalmente dentro del lenguaje inducido, el lenguaje repetido y el lenguaje espontáneo

En la exploración de los órganos bucofonatorios y las práxias bucofaciales observó lo siguiente:

No se observan anomalías orgánicas. Presenta dificultades para realizar movimientos de la lengua, sobre todo en la parte interna de la boca como es el movimiento del paladar. El movimiento de los labios es bueno. A su vez presenta algunas dificultades para realizar los gestos de las mímicas emocionales y en el movimiento de la frente y cejas.

Su tipo respiratorio es costal superior o torácica que debe corregirse. Presenta ascenso clavicular y contracciones musculares y signos de tensión. Presenta inspiración bucal y poca fuerza en el soplo.

DIAGNÓSTICO

A la vista de los resultados obtenidos se concluyó que Cesar presenta Dislalia de tipo funcional, es decir, es un trastorno en la articulación del habla que se caracteriza por la dificultad para pronunciar correctamente los fonemas de una lengua, ya sea por ausencia o por alteración de alguno de sus sonidos o por la

sustitución de unos fonemas por otros. Esta dificultad articulatoria se debe a un mal funcionamiento o uso de los órganos articulatorios. Véase el Capítulo II.

Ello repercute en la articulación de los fonemas arriba señalados. Como consecuencia, el niño muestra ciertas dificultades para discriminar los fonemas que confunde al articular y transmite los errores a la escritura de palabras.

ORIENTACIÓN PARA PADRES

Principios básicos que los padres deben considerar para el tratamiento de lenguaje:

- ✓ Se sugiere que los padres supervisen las actividades de los ejercicios orofaciales, labiolinguales, maxilofaciales, bucofaciales y respiratorios.
- ✓ Hablar al niño de forma lenta y clara.
- ✓ No tratar al niño como si fuera más pequeño, ni reforzarle los modelos articulatorios incorrectos por muy graciosos que resulten.
- ✓ Dejar que se exprese libremente, no responda nunca por el niño.
- ✓ No realizar comentarios delante de él, sobre su forma de hablar.
- ✓ No manifestar preocupación, ni ser excesivamente correctores y exigentes, ya que pueden provocar inhibición verbal.
- ✓ Evitar repetir al niño/a las palabras tal y como él las pronuncia. En principio, cuando pronuncie una palabra incorrectamente nos limitaremos a repetírsela de forma correcta sin burlas, sin bromas y sin enfados.
- ✓ La forma idónea de corregirles es repetirle la palabra o frase correctamente varias veces de distintas formas y sin exigirle repetición.
- ✓ Realizar juegos de atención auditiva. Con los ojos cerrados, adivinar qué objetos producen los sonidos que escucha. Se utilizan llaves, cucharas, palmas, etc.
- ✓ Evitar la sobreprotección y darle pequeñas responsabilidades. Como recoger sus juguetes, poner la mesa, etc. Para que adquiera mayor autonomía e independencia.
- ✓ La duración de las actividades debe ser corta, ya que la constante repetición tiende a cansar y dispersar la atención del niño.
- ✓ No forzarle a repetir fonemas que aún no ha adquirido, sólo aquellos que le indiquemos que debe generalizar.
- ✓ Reforzarle positivamente todos y cada uno de sus avances.

INTERVENCIÓN

Una vez obtenido el diagnóstico. Los objetivos que se plantean de cara a la intervención son los siguientes:

- Respirar correctamente con la agilidad y ritmo adecuados para una buena fonación.
- Conseguir la inspiración nasal correcta.
- Controlar la dirección e intensidad del soplo.
- Articular correctamente los fonemas alterados.
- Desarrollar una correcta repetición auditiva de sonidos y fonemas, sílabas, palabras.
- Pronunciar correctamente, todos los fonemas en el lenguaje repetido, dirigido y espontáneo.
- Motivar al niño para que se exprese espontáneamente y automatizar e integrar la correcta pronunciación.

TRATAMIENTO

Las actividades son fundamentales para el tratamiento, por esa razón es de vital importancia contar con diversas técnicas o recursos, sobre cómo obtener cada fonema. En este caso no se profundizará sobre las técnicas que se llevaron a cabo para el tratamiento, puesto que no es el tema principal de esta investigación. Solo se mostrarán uno o dos ejemplos, para entender que son la parte primordial para el éxito de un tratamiento. Ahora bien, las actividades se trabajaron frente al espejo y es de manera lúdica, esto con el fin de crear interés y la participación por parte del niño.

A continuación se presentan algunas de las actividades que se realizaron dentro del tratamiento de Cesar.

ACTIVIDADES DIRECTAS:

- **Fonema /d/**

Emitir el sonido /d/. Con la mano sentir la vibración en el cuello. A continuación emitir el sonido /t/ y notar la ausencia de vibración.

Emitir el sonido /d/. Soplar la palma de la mano y emitir igualmente el sonido /t/ observando la diferencia de salida de aire en uno y otro sonido.

Realizar discriminación auditiva del sonido /d/ entre otros, en sílabas y palabras:

Por ejemplo:

ta ta ta la la la la da da da da

ta da da da da ta ta ta da da

la ta da la ta da la ta da la

Emitir sonidos en voz alta primero el fonema aislado y generalizarlo en la posición inicial en sílabas y palabras. da do du de di; dame dime doma

Emitir en voz alta el fonema en posición media: ada, ado, adu, ade, adi; oda, odo, odu, ode, odi; etc.

Emitir en voz alta el fonema en palabras en posición media: moneda, comida, saldo, poda, dado, dedo, mide, etc.

Emitir palabras con fonema /d/ y /t/.

/d/	/t/
doma	toma
dote	lote
nada	nata
codo	coto
boda	bota
seda	seta

Emitir palabras con el fonema /d/: dame, pide, día, ducha, detrás, dáselo, bebida, dice, médico, dibujo, comida, medicina, dulce, navidad, conduce, miedo, dos, donde, anda, hondo, ciudad, dado, medio, media, lado, duende, desde, Dios, dedo, dime, doma, dicho, dámelo, dilo.

- **Fonema /r/**

Colocar la mano sobre la mejilla de la terapeuta, emitir el sonido del fonema /l/ notar la vibración, emitir el sonido del fonema /r/ notar la ausencia de vibración.

Colocar la mano frente a la boca de la terapeuta emitir el sonido del fonema /r/ y notar la salida explosiva y central del aire.

Colocará la mano en el cuello, observa la vibración de las cuerdas vocales.

Discriminación visual clara ante el espejo del fonema /r/.

Emitir el sonido /n/ y /l/. Corregir la salida de aire.

Articular deprisa:

na na na la la la ta ta ta da da da

lana lana lana tala tala tala tanala tanala tanala

Imitar el sonido del gallo: kikiriki..

Emitir palabras con el fonema /r/: cara, caramelo, quiero, naranja, nevera mira, loro, primero, cura, herida, mariposa, aire, para, tira, pera, arena, oreja, tijera, armario, llora, poro, pira, loro, puro, muro.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO

El tratamiento fue exitoso, tuvo una duración de 9 meses. En 40 sesiones se corrigió su problema de dislalia funcional.

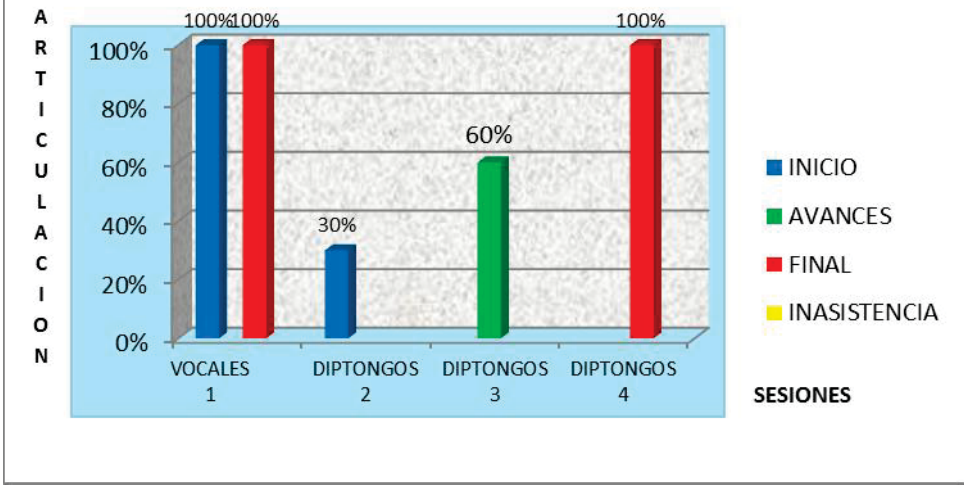
Hay que mencionar que un 60% en el tratamiento de Cesar presentó dificultades para realizar las actividades, esto debido a que se mostró inquieto, por su falta de atención. Esta actitud de Cesar planteó que se modificarán sus actividades. Entonces se procedió a que las actividades fueran con apoyo visual y auditivo, con el fin de crear interés y participación. El uso de láminas, dibujos, grabaciones, marionetas, C.D. didácticos, etc. Ayudaron mucho. Es importante explicarlo por qué si bien se utilizan estos recursos dentro de las actividades, en ocasiones si requiere usarlos con más frecuencia se hace. Aquí hacemos énfasis de que el programa es individualizado y personalizado en cada niño, ya que como vimos se adecuan las actividades de acuerdo a las capacidades y posibilidades de él para que tenga éxito el tratamiento.

Ahora bien, el tratamiento de Cesar como se observa en las gráficas 15,16 17 y 18 da muestra de esas dificultades de distracción puesto que Cesar para que corrigiera algunos fonemas se llevó entre 3 o 4 sesiones. En la gráfica 8 fue más constante y mejoró su dedicación en terapia puesto que los fonemas trabajados se llevaron menos tiempo para su corrección. Hay que decir que a pesar de contar con inasistencias (barras amarillas) no fueron mucho obstáculo ya que el apoyo de mamá fue fundamental, por qué realizaba actividades anteriores en casa de manera entusiasta aún, aunque no tuviera tarea.

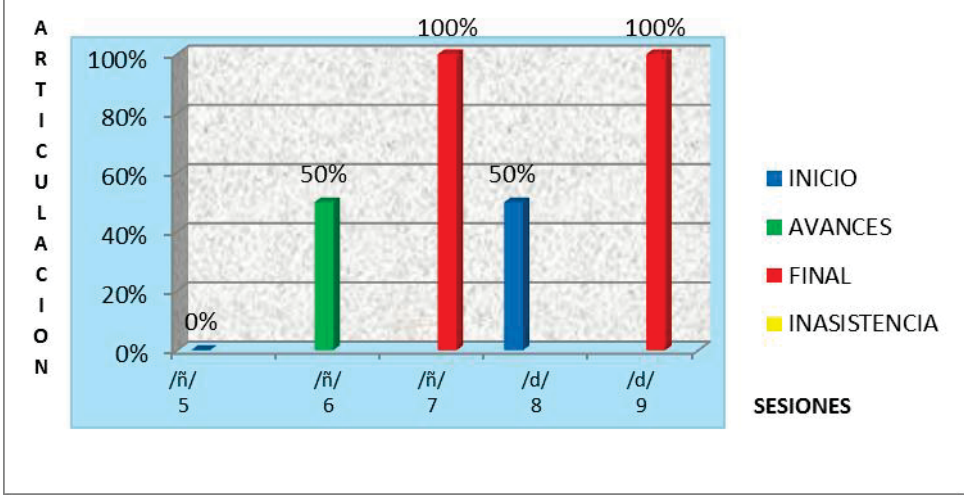
GRÁFICAS

Estas gráficas dan muestra del éxito del tratamiento y la continuidad del trabajo en las sesiones. En ellas se describe el total de sesiones que se necesitaron para corregir el lenguaje. Asimismo se observa el avance de cada fonema en sesión. Este avance se da en porcentajes. Es decir, cada fonema articulado muestra el porcentaje de inicio, el avance y el final. Cabe añadir que los porcentajes son aproximados, puesto que se elaboraron a partir de la evaluación (véase hoja de planeación y programación de actividades anexo 10) en sesión.

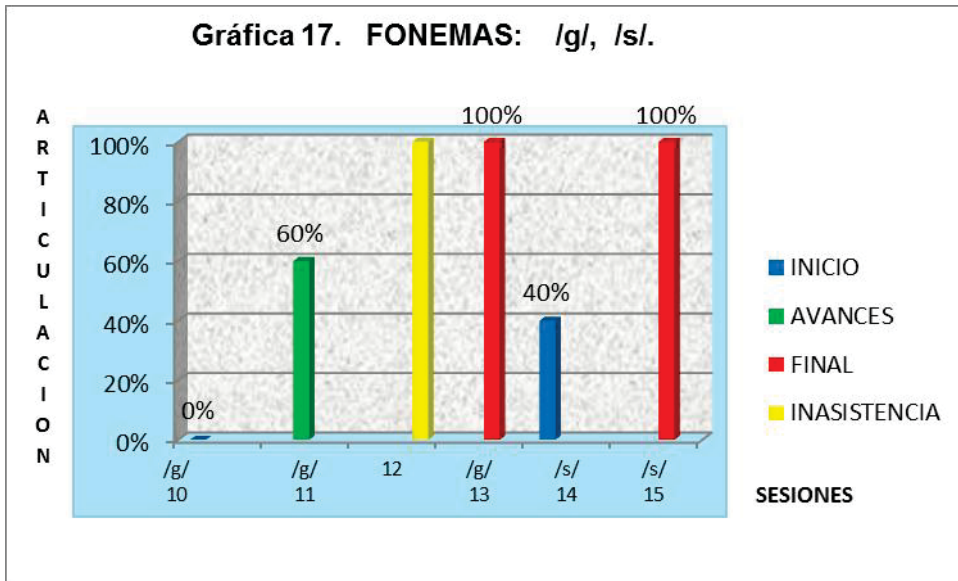
Gráfica 15. VOALES Y DIPTONGOS



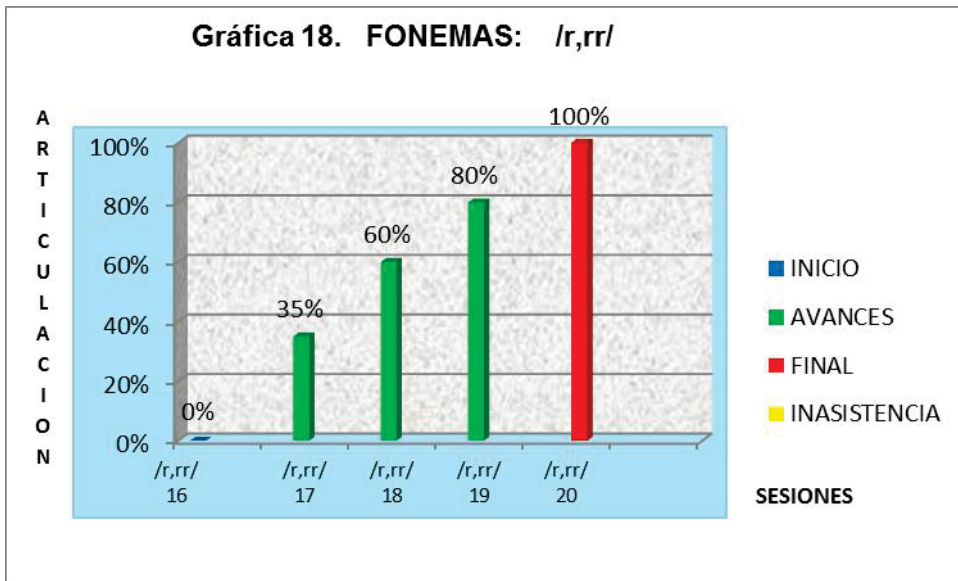
Gráfica 16. FONEMAS: /ñ/, /d/.



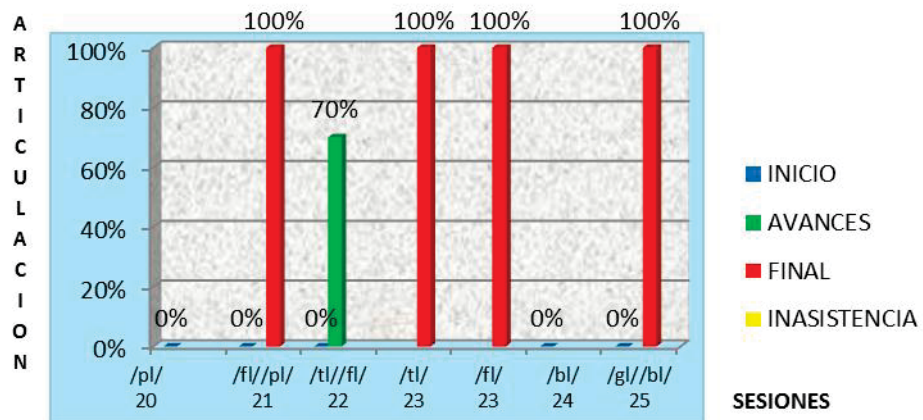
Gráfica 17. FONEMAS: /g/, /s/.



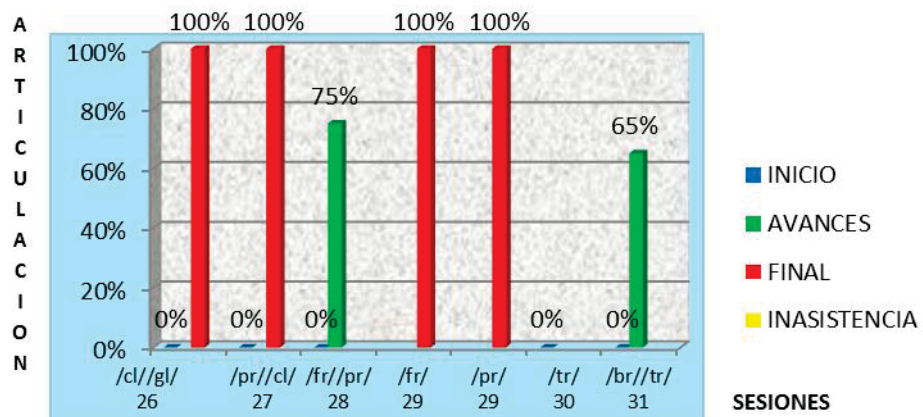
Gráfica 18. FONEMAS: /r,rr/

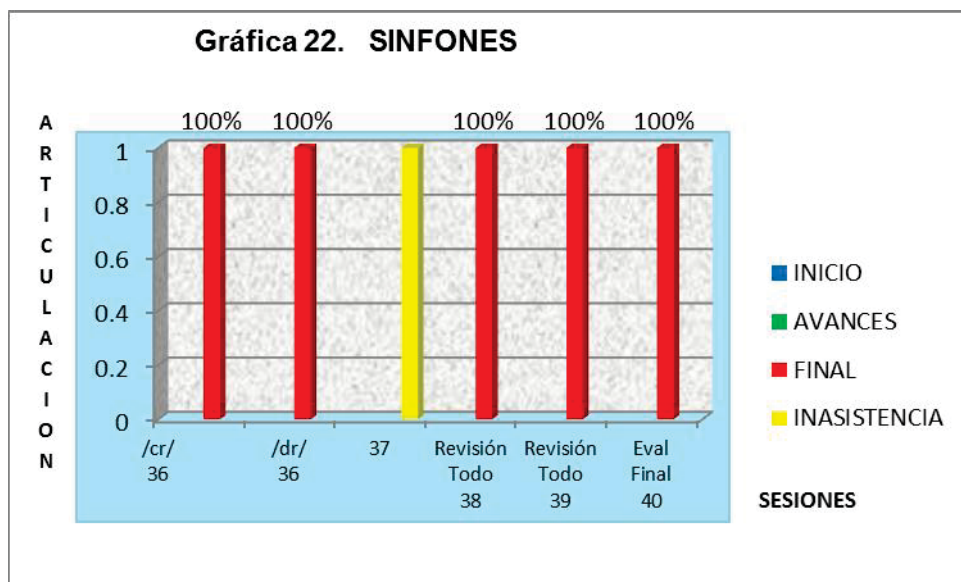
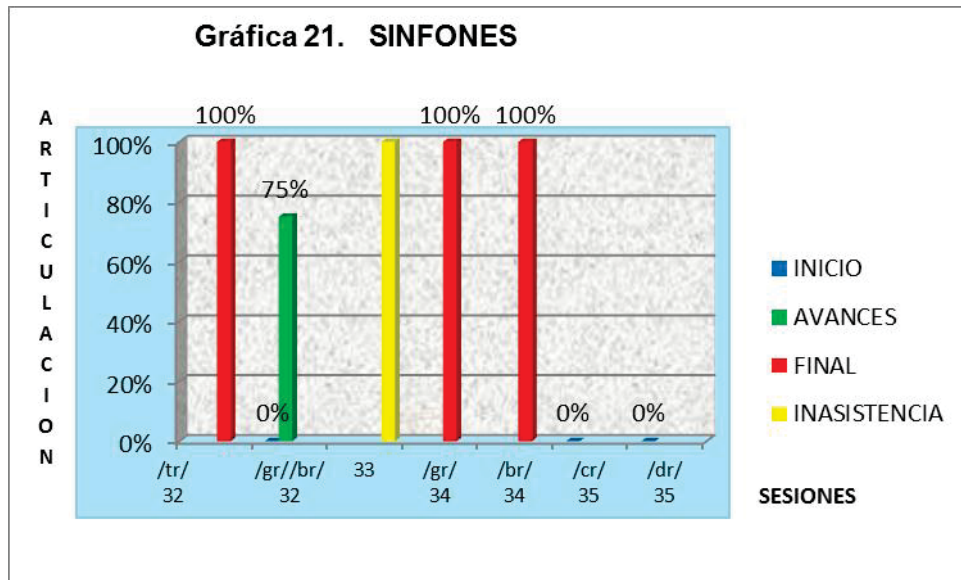


Gráfica 19. SINFONES



Gráfica 20. SINFONES





ACTITUD AL FINAL DEL TRATAMIENTO

Al término del tratamiento Cesar se mostró feliz. Se integra con facilidad a actividades grupales donde implica participación y colaboración. Cuenta con un grupo de amigos pequeño. La lectura y la escritura mejoró, es decir, la lectura tiene fluidez y comprensión; la escritura ya no presenta inversiones, agregados y sustituciones o falta de letras dentro de la palabras. Este hecho contribuyó a que aumentarán sus calificaciones. Sé favoreció su confianza en sí mismo y seguridad. Participó en danza regional en su escuela. Aumento el gusto por la lectura.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

No es fácil determinar el tiempo que se llevará para corregir un problema de dislalia. Este se encuentra condicionado por factores externos como: apoyo familiar, economía, distancia del centro, terapeuta, falta de constancia, faltas a terapia, tareas a casa, etc.

Para evaluar un problema de lenguaje hay diversas pruebas estandarizadas y no estandarizadas. Se pueden establecer una batería de instrumentos con ambas características. Es decir, las pruebas estandarizadas y no estandarizadas son utilizadas dentro de la evaluación de lenguaje. Con esto quiero decir que no hay lineamientos para rechazar las pruebas no estandarizadas dentro del diagnóstico.

Las pruebas se crean, diseñan o establecen de acuerdo al trastorno de lenguaje. Es decir, el problema de disfemia, disartria, disglosia, etc. Cada uno de los trastornos de lenguaje cuenta con su propia batería de instrumentos para su evaluación.

El departamento o área de lenguaje y/o departamento o área psicopedagógico por lo regular son los encargados de diseñar, crear y realizar estas evaluaciones.

Este informe utilizó esta batería de instrumentos que fueron funcionales mientras se estuvo a mi cargo. Sin embargo hay que mencionar, que la persona que está a cargo del área determina si las pruebas pueden ser utilizadas o bien procede a renovarlas.

- **Enfoque multidisciplinario.**

La participación de otros profesionales, en este caso del profesor/a fue fundamental en el tratamiento. El profesor/a contribuyó a generalizar el lenguaje en el entorno escolar además con su colaboración el tratamiento duró menos tiempo.

Compromiso y responsabilidad por parte del profesor/a. En esta parte el abordaje con el profesor/a fue a través de una junta que se realizó una vez al mes dentro del colegio. En este punto, la terapeuta informa las recomendaciones que se deben seguir dentro del salón de clases para generalizar la articulación. Estas recomendaciones señalan las actividades diarias que ayudan a reforzar la articulación. Además se presentan los avances o complicaciones que el niño pueda presentar.

En relación con lo anterior, si el niño presenta un problema de cómo trabajar alguna actividad, antes de la junta. Se establece apoyo con una libreta de apunte llamada bitácora. Esta técnica ayuda a realizar las recomendaciones pertinentes en su momento. Este proceso lo realizan los padres de familia, son los intermediarios de traer y llevar la libreta con la terapeuta.

El psicólogo es otro de los profesionales que mayor participación tiene dentro de los trastornos de lenguaje. Es de gran ayuda en el tratamiento sobre todo cuando hay problemas de comportamiento, conducta o emocionales como el duelo, la ira, la tristeza, la depresión, etc. Ya que gracias al apoyo en conjunto con el terapeuta de lenguaje hay un éxito significativo dentro del tratamiento.

▪ **Aporte pedagógico**

El uso de carta descriptiva dentro de la rehabilitación de lenguaje es útil y más en terapia. El planear y programar las actividades que se llevan a cabo en las sesiones crea un eje a seguir y ayuda a la consecución de resultados.

La evaluación dentro de la carta descriptiva. En esta se ven los avances y complicaciones que tuvo el niño durante la intervención. Estas notas se registran en el área de observaciones. La evaluación contribuye a mantener los objetivos del tratamiento.

Todos los recursos de la técnica pedagógica que se emplean para hacer más agradable a los niños las actividades del tratamiento. Es decir, el uso de técnicas y metodologías que orientan el proceso de enseñanza-aprendizaje. En terapia de lenguaje, un ejemplo que resultó útil, fue el método fonético (enseñanza de los letras por sonido) y método onomatopéyico (enseñanza del sonido fonético a través de un ruido de la naturaleza).

▪ **Éxito del tratamiento**

Las gráficas evidencian el éxito del tratamiento. En ellas se muestran el total de sesiones que se utilizaron para corregir el problema de articulación. Asimismo se muestra de manera particular cuantas sesiones se utilizaron para corregir un fonema es decir, se señala el inicio y el final del mismo.

Responsabilidad por parte de los padres de familia durante el tratamiento. Cuando los familiares se comprometen a cambiar hábitos y seguir las recomendaciones que son necesarios dentro del tratamiento de su hijo. El éxito es inmediato, al adecuar nuevos hábitos de trabajo, crear nuevas responsabilidades, crear nueva convivencia, etc. Presenta en el niño una actitud positiva que se muestra rápidamente en el tratamiento.

Por otro lado, si no hay responsabilidad por parte de los padres de familia en el tratamiento se crea una frustración y negación.

En esta parte se presentan dos acciones distintas. Primero, que los padres se muestren renuentes al comienzo del tratamiento de su hijo. En este caso, en un principio hay dificultad para seguir las recomendaciones, solo cuando se asimilan cambian, dando como resultado que solo un poco más tarde el niño termine su tratamiento.

Segundo, que no terminen el tratamiento de su hijo por qué no toleren los padres seguir esas recomendaciones. El problema con estos niños es que andan de un consultorio a otro.

- **Prevención**

Limite el uso de los aparatos electrónicos (televisión, iPod, Tablet, el uso de internet, etc.). Enseñe a los niños a no usar la televisión para entretener. Específicamente, en los juegos de video, dado que estos están entorpeciendo el desarrollo del lenguaje.

Integre al niño actividades recreativas que permitan el movimiento, el equilibrio corporal, los movimientos finos y la coordinación del cuerpo. Estas actividades pueden ser: futbol, danza folklórica, danza clásica, natación, taekwondo, actividades manuales, jazz por mencionar algunos.

Integre al niño parques infantiles o recreativos como: resbaladillas, columpios, sube y baja, brincolines inflables, bicicletas, triciclos, etc. O bien realice actividades como caminar, correr, brincar, saltar, atrapar, gatear.

GLOSARIO

AFASIAS. Imposibilidad de traducir el pensamiento en palabras con integridad linguolaríngea.

ÁLOFONO. Variante que se da en la pronunciación a un fonema, según su posición en la palabra o en la sílaba o según las características de fonemas vecinos: el fonema /d/ tiene varios álofonos

APARATO FONADOR. Conjunto de órganos que intervienen en la producción del sonido articulado.

APGAR. El Test de Apgar es una prueba de evaluación del cuadro de vitalidad de un bebé, que se realiza justo cuando acaba de nacer. Se valora a través de una puntuación determinada al minuto de nacer, a los 5 minutos y, a veces a los 10 minutos. La puntuación al primer minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a las 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación. La prueba examina 5 categorías: el ritmo cardíaco (la frecuencia de los latidos del corazón), el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, los reflejos de irritabilidad y la coloración de la piel del bebé. La puntuación varía de 1 a 10, dependiendo de las respuestas que ofrezca el bebé en el momento de la exploración. La proporción se basa en una escala de 1 al 10, en donde 10 corresponde al niño más saludable y los valores inferiores a 5 indican que el recién nacido necesita asistencia médica de inmediato para que se adapte al nuevo ambiente.

BOSSE. No tiene traducción literal en español. Corresponde a un levantamiento, protuberancia, joroba, chichón.

DISFEMIA. Es el defecto de locución constituido por la repetición de sílabas o la dificultad para pronunciar alguna de ellas llevando consigo un paro o espasmo de la fluidez verbal. Se le conoce también como tartamudez.

FRENILLO SUBLINGUAL. Es un pliegue de la túnica mucosa en la línea media de la superficie inferior de la lengua, que la une al piso de la cavidad oral. Si dificulta o impide el movimiento normal de ésta, se dice que hay ANQUILOGLOSIA o FRENILLO SUBLINGUAL CORTO.

JERGA. Conjunto de expresiones especiales y particulares de una profesión o clase social. Lenguaje difícil de entender. O dicho de otra manera, la jerga es una manera de hablar que tienen diferentes grupos sociales, con la intención de que las personas externas a ellos no comprendan lo que están queriendo decir. La jerga puede ser en abreviaciones, o palabras retóricas, también los modernismos son formas de ésta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acero, P. y Valero, E. (2001). *Integración de fonemas en el lenguaje espontáneo*. Madrid: CEPE. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.

Acosta, V. et al. (1998). *Dificultades del habla infantil: Un enfoque clínico*. Málaga: Aljibe.

Balan de la Cruz, E. (2008). *Estrategias de lenguaje para niños: Ejercicios y actividades para adquirir los fonemas*. México: Trillas.

Bustos, I. (1991). *Reeducación de problemas de la voz*. Madrid: CEPE Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.

----- (2000). *Tratamiento de los problemas de la voz*. Madrid: CEPE. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.

Bustos, Ma. C. (1998). *Manual de logopedia escolar: Niños con alteraciones del lenguaje oral en educación infantil y primaria*. Madrid: CEPE. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.

Carneado, R. (1996). *Temario de audición y lenguaje: Cuerpo de Maestros*. Sevilla: Mad, S.L.

Cassan, A. (2007). *Apuntes de anatomía*. Barcelona: Parramón.

Corredera, T. (1949). *Defectos en la dicción infantil: Procedimiento para su corrección*. Buenos Aires: Kapelusz.

Crystal, D. (1993). *Patología del lenguaje*. Madrid: Cátedra.

Fairman, S. (1998). *Trastornos en la comunicación oral: Fonoaudiología para docentes, estudiantes y padres*. Buenos Aires: Magisterio del río de la plata.

Gallego, J. L. (1999). *Calidad en la intervención logopédica*. Málaga: Aljibe.

- (2000). *Dificultades de la articulación en el lenguaje infantil*. Málaga: Aljibe.
- Gallego, J. L. y Gallardo, J. R. (1995). *Manual de logopedia escolar: Un enfoque práctico*. Málaga: Aljibe.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, Ma. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill/Interamericana.
- Hewlett, N. y Beck, J. (2006). *An introductions to the sciencie of phonetics*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Jiménez, J. (1998). *La prevención de dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura: Método mapal*. Madrid: CEPE. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Jiménez, J. y Alonso, J. (2000). *Corregir problemas de lenguaje*. Barcelona: RBA Práctica.
- Martínez, E. (1996). *El sonido en la comunicación humana*. Barcelona: Octaedro.
- Melgar, Ma. (2007). *Cómo detectar al niño con problemas de habla*. México: Trillas.
- Monfort, M. y Juárez, A. (1993). *El niño que habla: El lenguaje oral en el preescolar*. Madrid: CEPE. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- (1994). *Registro Fonológico Inducido*. Madrid: CEPE. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Moore, K. y Dalley, A. (2010). *Anatomía con orientación clínica*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Moreno, J. M., Suárez, A. y Martínez, J. (2003). *Trastornos del habla: Estudio de casos*. Madrid: EOS.
- Moreno, J. M., Suárez, A., Martínez, J. y García-Baamonde, Ma. (2003). *Retrasos en la adquisición y desarrollo del lenguaje: Estudio de casos*. Madrid: EOS.
- Munguía, I., Munguía, M. E. y Rocha, G. (2005). *Larousse. Gramática española: Reglas y ejercicios*. México: Larousse.

- Mura, S. (2009). *La dinámica articuladora: Método de trabajo, técnicas y ejercitaciones para mejorar y corregir la articulación de la palabra hablada*. Rosario: Corpus.
- Pascual, P. (1999). *Tratamiento de los defectos de articulación en el lenguaje del niño*. Madrid: Escuela Española.
- (1998). *La dislalia: Naturaleza, diagnóstico y rehabilitación*. Madrid: CEPE. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Peñafiel, F y Fernández, J. (2000). *Cómo intervenir en logopedia escolar: Resolución de casos prácticos*. Madrid: CCS.
- Ramírez, A. (1981). *Ortografía práctica*. México: Mc Graw-Hill.
- Rondal, J. A. (1998). *Trastornos del lenguaje I*. Barcelona: Paidós.
- Sánchez, G. (1983). *Notas de fonética y fonología*. México: Trillas.
- Serón, J. y Aguilar, M. (1992). *Psicopedagogía de la comunicación en el lenguaje*. Madrid: EOS.
- SOS, A. y SOS, Ma. L. (1999). *Logopedia práctica*. Madrid: Escuela Española.
- Suárez, A., Moreno, J., Martínez, J. y García-Baamonde, Ma. E. (2006). *Trastornos de la fluidez verbal: Estudio de casos*. Madrid: EOS.
- Tomas, J., Barris, J., Batlle, S., Molina, M., Rafael, A. y Raheb, C. (2005). *Psicomotricidad y reeducación: Fundamentos, diagnóstico, reeducación psicomotriz y de lectoescritura*. Barcelona: LEARTES.
- Tortora, G. y Anagnostakos, N. (1977). *Principios de anatomía y fisiología*. México: Harla/TEN CIEN.
- Valverde, A. et al. (1992). *El alumno con dislalia funcional: Detección y tratamiento*. Madrid: Escuela Española.
- Veiga, Ma. P. (2005). *Estimulación del lenguaje en educación infantil: estrategia de actuación ante los trastornos detectados en el aula*. Vigo: Ideaspropias.

A N E X O S

ANEXO 1

HISTORIA CLÍNICA

DATOS PERSONALES-FAMILIARES

Nombre y Apellidos: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ años _____ meses
Nombre de la madre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
Nombre del padre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
Dirección: _____
Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____
Número de hermanos: _____ y lugar entre ellos: _____
Situación conyugal progenitores/cuidadores:
Casados y viven juntos () Casados y no viven juntos () Separados legalmente / divorciados ()
No viven juntos () No casados () no viven juntos () Madre finada () Padre finado ()
Padres desconocidos () Motivo: _____ Otros: _____
Relación afectiva de la pareja: Positiva () Negativa () Aceptable () Otros: _____

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Motivo de consulta: _____
Actitud de los padres ante el problema: _____
Evolución: _____
Signos y síntomas: _____
Nivel afectivo:
Nervioso () Distraído () Amable () Sensible () Agresivo () Tímido () Ansioso ()
Otros: _____
Nivel verbal:
Renuente al contestar () Silencioso () Explícito () Verbalización excesiva () Coherente ()
Tartamudez () Repetitivo () Otros: _____
Nivel físico:
Apariencia personal: Aseada Si () No ()
Malformaciones físicas Si () No () Cuáles _____
Posturas inadecuadas Si () No () Cuáles _____
Zurdo () Diestro ()

HISTORIA EVOLUTIVA

Datos del desarrollo

Prenatal (Todo lo que ocurre antes del nacimiento, evolución del embarazo)

Perinatal (Todo lo que puede ocurrir durante el parto)

Postnatal (Todo lo que puede ocurrir después del nacimiento del niño/a)

Edad de la madre: _____

El embarazo: Planeado () No planeado () Aceptado () No Aceptado ()

Amenaza o intento de aborto. Si () No ()

Por qué _____

Reacción emocional de los padres al enterarse del embarazo _____

Problemas emocionales durante el embarazo _____

Enfermedades de la madre durante la gestación Si () No ()

Cuál _____ Medicamentos Si () No ()

Cuál _____ por qué _____
 Recibió atención médica durante el embarazo. Si () No ()
 Ingesta de alcohol, medicamentos y/o tabaquismo por parte de la madre Si () No ()
 Cuál _____
 Situación de la pareja durante el embarazo
 Noviazgo () Unión libre () Matrimonio () Ocasional ()
 Conflicto entre la pareja o separación durante el embarazo Si () No ()
 Por qué _____
 Ocupación de la madre durante el embarazo _____
 Con quién vivía la madre durante el embarazo _____
 Preparación de los padres para el nacimiento del bebé: Cursos () Lecturas () Videos ()
 Otros _____

PARTO

Atendido en Hospital Si () No () ¿Dónde? _____
 De cuantos meses nació el niño /a _____
 Parto: Inducido () Espontáneo () Duración _____
 Expulsión: Corta () Larga ()
 Cesárea () Fórceps () Por qué _____
 Ráquea () Anestesia General () Sin anestesia ()
 Complicaciones en el momento del nacimiento: Si () No ()
 Llanto inmediato: Si () No ()
 Asfixia neonatal () Hipoxia Neonatal () Ictericia () Apnea () Otros _____
 Permaneció en incubadora: Si () No () Cuánto tiempo _____
 Peso _____ talla _____ Apgar _____
 Respiración normal: Si () No ()
 Coloración _____
 Tono muscular _____
 Problemas cardíacos: Si () No () ¿Cuál? _____
 Irritabilidad _____
 Alimentación: Natural () Artificial () Qué tipo: _____

ALIMENTACION

Alimentado al seno: Si () ¿Cuánto tiempo? _____
 No () ¿Por qué? _____
 Relación madre-hijo en el momento de la alimentación:
 Platcaba () Acariciaba () Lo acariciaba () Permanecía callada () Sentada () Acostada ()
 Participaba el padre: Si () No () Por qué _____
 Biberón: Hasta que edad _____ por qué _____
 Reacción del niño al momento del destete: _____
 Alimentos sólidos: A qué edad _____ Vómitos: Si () No ()
 Tipo de alimentación: (alimentos sólidos, biberones, etc.) _____
 Deglución: _____ Masticación: _____
 Succión digital: _____
 Participación en la dieta familiar: Edad _____ Reacción del niño: _____
 Anorexia: Si () A qué edad la presentó: _____
 Cuál cree que sea la razón: _____
 Cómo reacciona la madre: _____
 Recurren atención médica: Si () No () por qué _____
 Restricción alimentaria: Si () No () Cuál _____
 Preferencias en su alimentación: _____
 Actitud de los padres cuando el niño no come: _____
 Horarios de comida: _____
 Apetito del niño en la actualidad: _____

SUEÑO

Presenta problemas para dormir: Si () No () Desde cuándo: _____

Normalidad: Si () No () Anormalidad: Por exceso () Por defecto ()

Habla dormido () Sonambulismo () Terrores nocturnos () Pesadillas () Miedo ()

Insomnio () Duerme en exceso () Ataques de sueño ()

Qué hacen los padres en caso que la respuesta sea afirmativa _____

El niño tiene o tenía algún muñeco, cobija, suéter u otro objeto que no quiera que se lo quitaran:

Si () No () A qué edad lo deja _____ Aún permanece con él _____

Actualmente el niño con quién duerme: Solo () Hermano () Tío/a () Abuelo /a () madre ()

Padre () padres () Otros _____

A qué hora duerme el niño: _____ Duerme el niño a la misma hora todos los días: _____

Duerme el niño a la misma hora que toda la familia: _____

Cuántas horas duerme al día: _____

Con interrupciones () Sin interrupciones ()

CONTRO DE ESFÍNTERES

A qué edad empezó el control de esfínteres: _____

Matutino _____ Nocturno _____

Proceso _____

HÁBITOS DE HIGIENE

Se viste solo: Si () No () ¿Cómo? _____

Que prendas se coloca solo: _____

Se sabe abotonar: Si () No () Se sabe desabotonar: Si () No ()

Se desviste solo: Si () No () ¿Cómo? _____

Se baña solo: Si () No () Tiende su cama: Si () No ()

Otros hábitos: _____

SALUD

Descripción de la salud del niño en general del nacimiento a la edad actual: _____

Cartilla Nacional de Vacunación: Si () No ()

Enfermedades que ha tenido el niño: Sarampión () Varicela () Rubéola () Escarlatina ()

Víruela () Paperas () Hepatitis () Asma () Alergias () Cuáles: _____

Bronquitis () Sinusitis: () convulsiones () Epilepsia () Tipo: _____

Cuáles: _____

Crisis de ausencias () Se priva cuando llora () Desde cuándo: _____

Meningitis () Amigdalitis () Cada cuándo: _____

Salida de pus, sangre o líquido de los oídos () Otros: _____

Qué golpes y/o accidentes ha tenido el niño: _____

Hubo necesidad de internamiento o intervención quirúrgica: Si () No ()

En caso afirmativo: Edad _____ Lugar _____ Tiempo _____

Se informó al niño sobre el tratamiento y/o consecuencias: Si () No ()

Por qué _____

Cada cuándo recibe atención médica: _____

DESARROLLO PSICOMOTOR

A qué edad comenzó a sostener la cabeza y el cuello: _____

A qué edad se sentó solo: _____

A qué edad se sostuvo en pie: _____

A qué edad gateó: _____

A qué edad dio sus primeros pasos: _____
A qué edad subió y bajo escaleras: _____
A qué edad caminó: _____
A qué edad corrió: _____
A qué edad comenzó a tomar o agarrar las cosas: _____
Puede comer solo: _____
¿Cómo es su habilidad manual? _____
¿Qué mano utiliza con frecuencia para coger los objetos?: _____
Tropieza o cae con frecuencia: _____

LENGUAJE

Sonreía cuando le hablaban: Si () No () Por qué _____
A qué edad ocurrió: _____
A qué edad comenzó a balbucear: _____
A qué edad fijó la mirada: _____
A qué edad jugó con la voz: _____
Comprendió su nombre: Si () No () A qué edad: _____
Utilizó sonidos para comunicar algo: Si () No () A qué edad: _____
Utilizó gestos: Si () No () ¿Cuáles? _____
A qué edad: _____
Comprendió órdenes: Si () No () A qué edad: _____
A qué edad emitió los primeros fonemas: _____
A qué edad emitió las primeras palabras: _____
A qué edad emitió las primeras frases: _____
Actualmente su habla es: _____
Actualmente comprende lo que se le dice: Si () No () Por qué: _____
Es hablador en casa: _____
Mutismo: Si () No () Por qué: _____ Cuánto tiempo: _____
Tartamudeo: Si () No () Edad: _____ Desde cuándo: _____
Observaciones: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES CON ALTERACIONES DEL LENGUAJE / HABLA / COMUNICACIÓN

Quién: _____
Trastorno: _____

DATOS DE INTERES: APOYO PSICOPEDAGOGICO

Institución: USAER () CAPED () Particular () OTROS: _____
Lugar: _____
Cuánto tiempo: _____
Observaciones: _____

HISTORIA ESCOLAR

Guardería: Si () No () Edad: _____ Tipo: _____
Tiempo de adaptación: _____
Mano que utiliza para dibujar: _____
Kínder: Si () No () Edad: _____ Tiempo de adaptación: _____
Presentó angustia de separación: Si () No () Edad: _____
Educación primaria: Edad Comienzo: _____ Tipo: _____
Año actual: _____
Año reprobado: _____ Por qué: _____
Aprovechamiento actual: _____
Educación secundaria: _____

Edad: _____ Año actual: _____
 Otras: _____
 Cómo ha sido su comportamiento con sus compañeros y maestros:
 Aislada () Amistoso () Agresivo () rebelde ()
 Lo han expulsado: Si () No () Por qué: _____
 Cuántas ocasiones: _____
 Reacción de los padres: _____
 Que prefiere jugar dentro de la escuela: _____
 Juega sólo: _____ Juega con sus compañeros: _____
 Rendimiento escolar actual: Excesivo () Alto () Normal () Bajo ()
 Conducta del niño ante el trabajo: Excesivo () Alto () Normal () Bajo ()
 Dificultades ante el trabajo: Normal () Bajo ()
 Cambio de centro escolar: Si () No () Número de veces: _____
 Adaptación al nuevo centro: Buena () Aceptable () Malo ()

JUEGO

Actividades del niño en su tiempo libre: _____
 Qué juegos prefiere: _____
 Qué juguetes prefiere: _____
 Juega sólo o con otros niños: _____
 Lugar que dispone para jugar: _____
 Cómo se relaciona durante el juego con otros niños: _____
 Cuántas horas ve la T. V. _____ Cuáles programas ve: _____
 Observaciones: _____

SOCIALIZACION

Actitud frente a las normas en general:
 Sumisión () Rebeldía () Crítica () Aceptación () No sumisa ()
 Nivel de autosuficiencia: Autosuficiencia () Ayudado () Siempre ayudado ()
 Lugar: Casa () Escuela ()
 Dependencia familiar: Con todos () Con padre () Con madre ()
 Actitud: Dependiente () Apego normal () Independiente ()
 Actitud frente hermanos /as:
 Conductas celotípicas () preferencias selectivas ()
 Observaciones: _____
 Actitud frente a iguales:
 Aislamiento () Conductas estereotipadas () Comportamiento irreflexivo () Autoritarismo ()
 Conductas destructivas () Mentiras () Robos () Es líder () Coopera en juegos ()
 Coopera en trabajos () Otros: _____

FAMILIA Y DINÁMICA FAMILIAR

Relación con padres, hermanos y otros miembros de la familia: _____
 Pasatiempos en familia y frecuencia: _____
 Comunicación familiar: _____
 Manejo de conflictos familiares: _____
 Participación del padre en la educación del niño: _____
 A tiempo y cuidados que dedican hacia el niño: _____

MÉTODOS DISCIPLINARIOS

Quién administra la disciplina: Madre () Padre () Ambos () Abuelo () Tíos () Otro _____
 Qué métodos utiliza: Regaño () Castigo () Golpes Físicos () Otros _____
 Considera que el método disciplinario es: Consistente () Inconsistente () Rígido () Flexible ()

Premios: _____

Castigos: _____

Existen acuerdos en la pareja para llevar a cabo la disciplina: Si () No ()

Por qué: _____

Reacciones del niño ante la frustración, fracaso y castigos: _____

RELACIONES AFECTIVAS

El niño tiene relación más cercana con: Madre () Padre () Ambos () Hermanos ()

Abuelos () Tíos () Otros: _____

La relación del niño es conflictiva con: Madre () Padre () Ambos () Hermanos () Tíos ()

Otro: _____ Por qué _____

ACONTECIMIENTOS SIGNIFICATIVOS

Separación o divorcio de los padres: _____

Enfermedad prolongada de algún miembro de la familia: _____

Desempleo del padre: _____

Otro: _____

OBSERVACIONES O COMENTARIOS ADICIONALES _____

ANEXO 2

✓ TEST DE REGISTRO FONOLÓGICO INDUCIDO

LENGUAJE DIRIGIDO CON REFERENCIA VISUAL

Normas de aplicación y corrección:

Objetivo:

- Observar el habla espontánea e imitativa del niño para valorar su habilidad articuladora

A. Material necesario

Para la prueba Test de Registro Fonológico Inducido se necesitan 57 imágenes y la hoja de registro.

B. Normas de aplicación

El examinador le enseña al niño las 57 imágenes, y el niño las debe ir nombrando. Preguntando:

Consigna: « ¿Qué ves aquí?, solo en la palabra FUMA, el examinador debe preguntar: ¿Qué está haciendo este señor? »

Observación: No se debe realizar ningún tipo de corrección en los posibles errores de dicción ni en la lengua utilizada por el niño.

C. Corrección

Hoja de registro:

En la hoja de registro en la columna de EXPRESIÓN ESPONTÁNEA se apunta lo que dice espontáneamente el niño cuando se le presenta la tarjeta. En caso de error de pronunciación, o si el niño no emite la palabra prevista, se le dice:

-Vamos a intentarlo otra vez. Escucha. Esto se llama... (Le decimos la palabra prevista por el test).

Se apunta lo que repite el niño en la columna REPETICIÓN. Se hace sólo una repetición para cada palabra.

En el apartado de observaciones se registran el nombre de las palabras que no recuerda, para valorar el nivel de vocabulario. A su vez se hará referencia la actitud del niño ante la realización de la prueba.

Baremos:

El primer baremo se refiere al número de palabras erróneas.

Se cuenta como palabra correcta la palabra que no presente ninguna alteración en la EXPRESIÓN ESPONTANEA o en la REPETICIÓN si ésta ha sido necesaria por no haber obtenido la palabra esperada al primer intento y si el niño la ha repetido correctamente. Una palabra incorrectamente pronunciada al primer intento y corregida en la repetición, se valora como errónea a la hora de aplicar el baremo general.

REGISTRO FONOLÓGICO INDUCIDO**HOJA DE REGISTRO**

M. Monfort – A. Juárez

Nombre y Apellidos.....	Edad:.....
Fecha:	

ITEMS	CF	EXPRESIÓN ESPONTANEA	REPETICIÓN
1. moto [móto]	0,7	.....	.....
2. boca [bóka]	0,7	.....	.....
3. piña [píña]	0,7	.....	.....
4. piano [pjáno]	0,7	.....	.....
5. pala [pála]	1,3	.....	.....
6. pie [pjé]	1,5	.....	.....
7. niño [níño]	1,5	.....	.....
8. pan [pán]	1,7	.....	.....
9. ojo [óxo]	1,9	.....	.....
10. llave [láʎe]	1,9	.....	.....
11. luna [lúna]	2,9	.....	.....
12. campana	3,8	.....	.....
[kampána]	4,0	.....	.....
13. indio [índjo]	4,6	.....	.....
14. toalla [toála]	4,6	.....	.....
15. fuma [fúma]	4,8	.....	.....
16. dedo [déðo]	5,8	.....	.....
17. peine [peíne]	6,4	.....	.....
18. ducha [duca]	7,5	.....	.....
19. gafas [gáfas]	8,3	.....	.....
20. toro [tóro]	8,5	.....	.....
21. silla [síla]	8,7	.....	.....
22. taza [táea]	9,3	.....	.....
23. cuchara [kúcara]	9,6	.....	.....
24. teléfono	10,6	.....	.....
[teléfono]	11,0	.....	.....
25. sol [sól]	11,0	.....	.....
26. casa [kása]	11,4	.....	.....
27. pez [péø]	11,6	.....	.....
28. jaula [xáúla]	12,2	.....	.....

29. zapato [θapáto]	12,8	.....	.....
30. flan [flán]	13,0	.....	.....
31. lápiz [lápiθ]	13,2	.....	.....
32. pistola [pistóla]	13,9	.....	.....
33. mar [már]	14,3	.....	.....
34. caramelo	15,1	.....	.....
[karamélo]	15,5	.....	.....
35. plátano [plátano]	15,7	.....	.....
36. globo [glóbo]	15,9	.....	.....
37. palmera	16,3	.....	.....
[palméra]	16,3	.....	.....
38. clavo [kláβo]	16,6	.....	.....
39. tortuga [tortúga]	17,0	.....	.....
40. pueblo [pwéblo]	18,8	.....	.....
41. tambor [tambór]	19,7	.....	.....
42. escoba [eskóβa]	20,0	.....	.....
43. mariposa	20,1	.....	.....
[mariposa]	20,3	.....	.....
44. puerta [pwérta]	20,3	.....	.....
45. bruja [brúxa]	20,5	.....	.....
46. grifo [grífo]	21,1	.....	.....
47. jarra [xaña]	23,6	.....	.....
48. tren [trén]	23,6	.....	.....
49. gorro [góro]	24,0	.....	.....
50. rata [řata]	24,2	.....	.....
51. cabra [káβra]	24,8	.....	.....
52. lavadora [laβadora]	51,9	.....	.....
53. preso [préso]		.....	.....
54. semáforo		.....	.....
[semáforo]		.....	.....
55. fresa [frésa]		.....	.....
56. árbol [árbol]		.....	.....
57. periódico		.....	.....
[perjódiko]		.....	.....

TOTAL DE PALABRAS CORRECTAS:

TOTAL DE PALABRAS ERRONEAS:

TOTAL DE FONEMAS ERRONEOS:

REPETICION AISLADA DE FONEMAS O SILABAS:

OBSERVACIONES SOBRE EL COMPORTAMIENTO:

OBSERVACIONES:

ANEXO 3

✓ INVENTARIO EXPERIMENTAL DE ARTICULACIÓN

LENGUAJE REPETIDO SIN REFERENCIA VISUAL

Normas de aplicación y corrección

Objetivo:

- Observar el habla imitativa del niño para valorar la capacidad discriminativa en la distinción de los diferentes sonidos que percibe y su habilidad articulatoria.

A. Material necesario

Para la prueba de Inventario Experimental de Articulación se necesitan la hoja de registro y la hoja de análisis.

B. Normas de aplicación

El examinador repite con emisión clara y rítmica cada una de las palabras.

Consigna: « Ahora vas a repetir cada una de las palabras que yo te diga»

Observación: No se debe realizar ningún tipo de corrección en los posibles errores de dicción ni en la lengua utilizada por el niño.

C. Corrección

Hoja de registro:

En la hoja de registro se anotan, en cada una de las casillas de “expresión imitativa”, las producciones orales emitidas por el niño. En el apartado de observaciones se hará referencia a la actitud del niño durante la prueba.

Hoja de análisis:

Se registran los fonemas alterados, en el recuadro correspondiente según el tipo de alteración observada (sustitución, omisión, distorsión, inversión, y adicción), en posición inicial, media y final. Se valoran los fonemas alterados I.M.F. de cada fonema y se anota el No. Total de errores. Con el fin de ser cuantificada en su totalidad.

INVENTARIO EXPERIMENTAL DE ARTICULACIÓN HOJA DE REGISTRO

Apellidos: Nombre:
 Fecha de nacimiento: Fecha de exploración:
 Edad: Centro escolar: Curso:
 Datos de interés:
 Examinador:

SONIDO SUJETO A PRUEBA	LISTA DE PALABRAS			1	2	3	EXPRESION IMITATIVA
				I	M	F	
(m)	mesa	cama	Sam				
(n)	nariz	mano	botón				
(ñ)	ñandú	piñata					
(p)	pelota	mariposa					
(x)	jabón	ojo	reloj				
(b)	balón	bebé					
(k)	casa	boca					
(g)	gato	tortuga					
(f)	foco	elefante					
(y)	llave	payaso					
(d)	dedo	candado	red				
(l)	luna	bola	sol				
(r)		aretes					
(r, rr)	ratón	perro	collar				
(t)	teléfono	patín					
(ch)	chupón	cuchara					
(s)	silla	vaso	lápiz				
Mezclas							
(bl)	blusa	temblores	Pablo				
(kl)	clavo	inclina	tecla				
(fl)	flor	inflado	rifle				
(gl)	globo	englobar	regla				
(pl)	plato	completo	soplo				
(br)	brazo	libro	cobre				
(kr)	Cruz	escribe	chacra				
(dr)	drama	cocodrilo	padre				
(fr)	fresas	afrodita	cofre				
(gr)	grano	agravio	tigre				
(pr)	príncipe	aprobar	compra				
(tr)	tren						
Diptongos							
(au)	auto	jaula					
(ei)		peine					
(eo)		león					
(ie)	hiere	tienda	pie				
(ua)		guante	agua				
(ue)	huevo	duelo					

OBSERVACIONES SOBRE EL COMPORTAMIENTO.:

Fuente: Construcción propia

INVENTARIO EXPERIMENTAL DE ARTICULACIÓN HOJA DE ANÁLISIS

Apellidos: Nombre:
 Edad: Fecha de exploración:

NIVEL DE EDAD	FONEMAS	SUSTITUCIÓN		OMISIÓN			OTRAS ALTERACIONES									FONEMAS ALTERADOS			
		I	M	F	I	M	F	INVERSIÓN			DISTORSIÓN			ADICIÓN			I	M	F
								I	M	F	I	M	F	I	M	F			
3	(m)																		
3	(n)																		
3	(ñ)																		
3	(p)																		
6	(x)																		
4	(b)																		
3	(k)																		
4	(g)																		
3	(f)																		
3	(y)																		
6	(d)																		
3	(l)																		
4	(r)																		
6	(r, rr)																		
3	(t)																		
3	(ch)																		
6	(s)																		
4	Mezclas																		
4	(bl)																		
5	(kl)																		
5	(fl)																		
6	(gl)																		
4	(pl)																		
5	(br)																		
5	(kr)																		
6	(dr)																		
6	(fr)																		
5	(gr)																		
6	(pr)																		
6	(tr)																		
5	Diptongos																		
5	(au)																		
5	(ei)																		
6	(eo)																		
4	(ie)																		
3	(ua)																		
3	(ue)																		
Nº. Total																			

OBSERVACIONES SOBRE EL COMPORTAMIENTO:

Fuente: Construcción propia

ANEXO 4

✓ LENGUAJE ESPONTÁNEO DE ARTICULACIÓN

LENGUAJE ESPONTÁNEO

NORMAS DE APLICACIÓN Y CORRECCIÓN

Objetivo:

- Observar el habla espontánea del niño para valorar su habilidad articulatoria.

A. Material necesario

Para la prueba se necesitan láminas de imágenes tomadas del libro Integración de fonemas en el lenguaje espontáneo de Acero y Valero (2001). La hoja de registro y la hoja de análisis.

B. Normas de aplicación

El examinador le enseña al niño las láminas de las imágenes, éste tiene que tomar una al azar y el niño debe de ir describiendo lo que ve. Pueden utilizarse para la observación de una a tres tarjetas.

Consigna: « ¿Qué ves aquí?, Di él o los nombres de lo que vez en la está lámina,»

Observación: No se debe realizar ningún tipo de corrección en los posibles errores de dicción ni en la lengua utilizada por el niño.

C. Corrección

Hoja de registro:

En la hoja de registro se anotan los fonemas que el niño articule incorrectamente.

Hoja de análisis:

Dentro de la misma hoja se registran los fonemas alterados.

LENGUAJE ESPONTÁNEO DE ARTICULACIÓN
HOJA DE REGISTRO / HOJA DE ANÁLISIS

Apellidos:..... Nombre:
Fecha de nacimiento: Fecha de exploración:
Edad: Centro escolar: Curso:
Datos de interés:
Examinador:



Fuente: Construcción propia

ANEXO 5

✓ PRUEBA DE IMITACIÓN DE VOCALES Y SÍLABAS

LENGUAJE REPETIDO

Normas de aplicación y corrección:

Objetivo:

- Observar el habla imitativa del niño en la producción de vocales y sílabas de manera aislada, para valorar su habilidad práxica articuladora.

A. Material necesario

Para la prueba de imitación de vocales y sílabas se necesita la hoja de registro y la hoja de análisis.

B. Normas de aplicación

El examinador con emisión clara y rítmica repite cada una de las vocales y sílabas.

Consigna: « Ahora vas a repetir cada una de las vocales y sílabas que yo te diga »

Observación: No se debe realizar ningún tipo de corrección.

C. Corrección

Hoja de registro:

En la hoja de registro se anotan, en cada una de las casillas, las producciones orales emitidas por el niño.

Una vez terminada la prueba se especifican las vocales y sílabas no pronunciadas correctamente por el niño.

En el apartado de observaciones se hará referencia a la expresión oral y a la actitud del niño ante la realización de la prueba.

Hoja de análisis:

Dentro de la misma hoja se registran los fonemas alterados.

PRUEBA DE IMITACIÓN DE VOCALES Y SÍLABAS HOJA DE REGISTRO

Apellidos: Nombre:
 Fecha de nacimiento: Fecha de exploración:
 Edad: Centro escolar: Curso:
 Datos de interés:
 Examinador:

Directas

	P	B	T	D	K	G	F	Z	S	Y	J	CH	M	N	Ñ	L	LL	R	RR
a																			
e																			
i																			
o																			
u																			

Inversas

	a	e	i	o	u
S					
N					
L					
R					

Sinfones

	PL	BL	FL	CL	GL	PR	BR	FR	TR	DR	CR	GR
a												
e												
i												
o												
u												

Vocales

Diptongos

a	e	i	o	u	ai	au	ei	eo	eu	ia	ie	io	iu	oi	ua	ue	ui

Claves

Dentro de cada casilla anotar expresión imitativa

Observaciones:

.....

Fuente: Construcción propia

ANEXO 6

✓ EXPLORACIÓN FUNCIONAL DE LOS ÓRGANOS BUCOFONATORIOS

Normas de aplicación y corrección:

Objetivo:

- Observar la presencia o ausencia de alteración orgánica periférica de labios, lengua, paladar, mandíbula, dientes y fosa nasal.

A. Material necesario

Para la prueba de los órganos bucofonatorios se necesita un abatelenguas o espátula lingual, un espejo de bolsillo, la hoja de registro y la hoja de perfil de resultados y hoja de análisis.

B. Normas de aplicación

Para explorar la anatomía y funcionalidad de los órganos articulatorios pedimos al niño que abra la boca y observamos cada uno de sus órganos bucales.

Consigna: « Quiero que abras la boca y hagas los movimientos que yo te diga »

Dentro de la exploración nos podemos encontrar con las siguientes alteraciones de los órganos articulatorios:

LABIOS

- **Labio fisurado (labio leporino)** o malformación congénita del labio, especialmente del superior, que se puede presentar en forma unilateral o bilateral, acompañado o no de fisura palatina. Para valorar el labio fisurado se observa si hay señal de cicatriz o abundante tejido cicatrizal, tanto en el labio superior como en el inferior. Ello evidencia la operación del labio fisurado.
- **Frenillo labial** o repliegue membranoso que une la parte media y posterior del labio superior a los dientes incisivos. Para valorar el frenillo labial se observa el tamaño del repliegue membranoso (normal o corto).

- **Tono labial** o tonicidad muscular de los labios. Para valorar el tono labial se observa la normalidad (tono normal), la disminución de la tensión labial o flacidez (hipotonía) y el aumento exagerado de la tensión labial o rigidez (hipertonía) al pellizcar suavemente hacia afuera cada uno de ellos. Además, la incoordinación, asimetría y torpeza de los labios en la realización de los ejercicios con o sin palabras (prueba praxias bucofaciales, ítems de los labios) nos ayuda a valorar el tono labial.

LENGUA

- **Tamaño lingual.** Para valorar el tamaño lingual se observa la normalidad (lengua normal), la lengua excesivamente pequeña (microglosia) que apenas puede salir los labios y la lengua excesivamente grande (macroglosia) que ocupa plenamente toda la base de la boca y sobresale de ésta teniéndola siempre abierta. Además, la incapacidad para elevar y mover la lengua con habilidad en la emisión de los sonidos, bien por defecto o por exceso, nos ayuda a valorar el tamaño lingual.
- **Frenillo lingual** o repliegue membranoso situado en la cara inferior e interna de la lengua que imita los movimientos del ápice lingual. Para valorar si hay un frenillo lingual se observa si el ápice lingual no toca el alvéolo superior y la lengua no sale de los labios para realizar los fonemas ápico-alveolares y los interdentes.
- **Tono lingual** o tonicidad muscular de la lengua. Para valorar el tono lingual se observa la normalidad (tono normal), la disminución de la tensión lingual o flacidez (hipotonía) por mover la lengua de manera incontrolada y el aumento exagerado de la tensión lingual o rigidez (hipertonía) por mover la lengua con torpeza. Además, la poca presión y la movilidad exagerada de la lengua en la realización de los ejercicios con o sin palabras (prueba praxias bucofaciales: ítems de la lengua) nos ayuda a valorar el tono lingual..

PALADAR

- **Paladar ojival.** Para valorar el paladar ojival se observa si el paladar es estrecho, muy elevado y se asemeja a la forma de una campana. El paladar ojival se presenta, generalmente, asociado a los malos respiradores o respiradores bucales y en aquellos niños que tienen el mal hábito de chuparse el dedo. Al respirar continuamente por la boca (boca abierta) hay una mala posición de la lengua, que presiona sobre el paladar y lo eleva en su parte media. El tratamiento es protésico y corresponde al odontólogo corregir esta alteración orgánica. Además, creemos conveniente que debe haber una supervisión por parte del otorrinolaringólogo, ya que la presencia de paladar ojival conlleva, generalmente, un problema de audición.

- **Fisura palatina** o división del paladar óseo y blando en dos mitades, dejando en directa comunicación las cavidades bucal y nasal. Para valorar la fisura palatina se observa si existe cicatriz debido a una fisura operada.
- **Tamaño del paladar.** Para valorar el tamaño del paladar se observa la normalidad (paladar normal), o la deficiente longitud congénita del paladar, generalmente del óseo, ocasionada por un velo demasiado corto y poco móvil (paladar pequeño), o por un cavum demasiado grande (paladar grande), lo que puede determinar una voz nasal agravada y acompañada de ronquera.

Además para valorar el funcionamiento del velo del paladar se aconseja recurrir a los ítems de orden oral o imitativa de la función respiratoria. A través de los ejercicios de soplo y de la emisión sostenida de la vocal «a», se puede detectar si hay o no un adecuado ascenso del velo del paladar.

MANDÍBULA

- **Oclusión dentaria.** Para valorar la oclusión dentaria se observa si el niño al abrir y cerrar la boca, dejando los labios entreabiertos, realiza una oclusión dentaria correcta o una maloclusión dentaria. La mala oclusión puede ser provocada por la retracción (retrucción) del maxilar inferior o, por el contrario, la proyección (progenia) exagerada del maxilar inferior. Su consecuencia será la deformación de los fonemas que tienen como punto de articulación la zona interdental, y aquellos en que la lengua tiene como punto de apoyo los dientes y los alvéolos.
- **Abertura bucal** o coordinación maxilar para abrir y cerrar la boca sin dificultad. Para valorar la abertura bucal se pide al niño que abra y cierre varias veces la boca y se observa si la abertura bucal se realiza sin dificultad, presenta dificultad de coordinación o apenas puede abrir la boca.
- **Salivación** o exceso de saliva en la boca. Para valorar la salivación se observa al niño en diferentes situaciones y se percibe en qué momento se produce la salivación y cuándo con mayor intensidad. El exceso de saliva va unido a boca abierta. Al mantener la boca abierta hay caída de saliva por las comisuras labiales, encharcamiento en la boca o excesiva saliva en el momento de hablar.
- **Boca abierta en reposo,** debido a un mal hábito adquirido, o a una insuficiencia respiratoria y/o a una obstrucción nasal. Para valorar si el niño mantiene la boca abierta se le observa en diferentes situaciones y actividades. La boca abierta no necesariamente va unida a salivación. Los niños que respiran por la boca suelen padecer hipertrofias adenoideas y presentar una mala respiración nasal, lo que podría conllevar a una deficiente ventilación de la caja timpánica y a un trastorno de audición.

DIENTES

- **Falta de pieza dentaria (agenesia)** debida a un desarrollo insuficiente o defectuoso de los dientes. No se debe confundir la falta de pieza dental debida al cambio normal de la segunda dentición con la agnesia.
- **Separación de las piezas dentales (diastema)** o separación anómala entre dos piezas dentarias. No se debe confundir la excesiva separación dentaria con la extracción de una pieza dental o con el cambio normal de la segunda dentición (falso diastema).
- **Malformación piezas dentales** o ausencia de piezas dentarias o caries dentales de grave afectación, debido a una deficiente nutrición, mal uso y abuso de jarabes (automedicación).
- **Prótesis dental** o colocación de una dentadura o prótesis artificial para la corrección dentaria.
- **Prótesis palatina** o colocación de un paladar artificial.

Para valorar la implantación dentaria se le pide al niño que nos enseñe los dientes, superponiendo maxilar superior e inferior y entreabriendo los labios.

FOSA NASAL

Es el órgano fundamental para las funciones respiratorias y fonatoria.

Para valorar el grado de permeabilidad y funcionalidad nasal se comprueba mediante un espejo, colocándolo horizontalmente debajo de la nariz del niño, y a través de la respiración en silencio.

Observamos si el espejo queja empañado simétricamente por el aire que sale de una narina y de la otra; o por el contrario, una narina empaña el espejo más que la otra, o el espejo no queda empañado.

C. Corrección

Hoja de registro:

En los recuadros correspondientes de la hoja de registro se anota la observación realizada de cada uno de los órganos bucofonatorios.

Hojas de análisis:

En la hoja de análisis se anota, en la casilla correspondiente, la valoración de cada uno de los seis órganos articulatorios explorados. En el apartado de observación se especifica la afectación que presenta el órgano. Criterios de

valoración. Normal: No se observa alteración. Afectado: Se observa una alteración periférica de los órganos bucofonatorios, de carácter anatómico y/o funcional, que modifica la emisión de la voz y/o dificulta la producción de fonemas y de las palabras.

ORGANOS BUCOFONATORIOS HOJA DE REGISTRO

Apellidos: Nombre:
 Fecha de nacimiento: Fecha de exploración:
 Edad: Centro escolar: Curso:
 Datos de interés:
 Examinador:

LABIOS	Labio fisurado: sí () no ()	Frenillo labial: normal () corto ()	Tono labial: Hipotonía () normal () hipertonía ()
---------------	---	---	--

LENGUA	Tamaño lingual: microglosia () normal () macroglosia ()	Frenillo lingual: sí () no ()	Tono lingual: hipotonía () normal () hipertonía ()
---------------	--	---	---

PALADAR	Paladar ojival: sí () no ()	Fisura palatina: sí () no ()	Tamaño del paladar: pequeño () normal () grande ()
----------------	---	--	---

FOSA NASAL	Mucosidad: sí () no () constipado ()	Vegetaciones adenoideas: sí () no ()	Malformaciones tabique nasal: sí () no ()
-------------------	--	--	---

MANDÍBULA	Oclusión dentaria: correcta () retracción del maxilar inferior () proyección del maxilar inferior ()	Abertura bucal: abre () no abre () abre con dificultad ()	Salivación: sí () no ()	Boca abierta: sí () no ()
------------------	---	--	-------------------------------------	---------------------------------------

DIENTES	Falta pieza dentaria: sí () no () cambio ()	Separación de piezas dentales: sí () no ()	Malformación piezas dentales: sí () no ()	Lleva prótesis dental: sí () no ()	Lleva prótesis palatina: sí () no ()
----------------	--	--	---	--	--

Observaciones:

Fuente: Construcción propia

ORGANOS BUCOFONATORIOS

HOJA DE ANÁLISIS

Apellidos: Nombre:

Edad: Fecha de exploración:

	Normal	Afectado	OBSERVACIONES
Labios			
Lengua			
Paladar			
Mandíbula			
Dientes			
Fosa nasal			

Normal: No se observa alteración

Afectado: Se observa alteración de carácter anatómica y/o funcional.

Fuente: Construcción propia

ANEXO 7

✓ EXPLORACIÓN FUNCIONAL DE LAS PRÁXIAS BUCOFACIALES

Normas de aplicación y corrección:

Objetivo:

- Observar la habilidad para ejecutar y articular movimientos aprendidos con los labios, lengua, gestos fáciles, necesarios para la articulación de los fonemas y para la producción de la palabra hablada.

A. Material necesario

Para la prueba de práxias bucofaciales se necesita una regla plana de unos 10 cm o lápiz, la hoja de registro y la hoja de análisis.

B. Normas de aplicación

Para explorar las práxias bucofaciales se pasa cada uno de los ítems de la prueba (labios, lengua y gestos faciales) según la consigna de orden oral. Si el niño no comprende alguna consigna de orden oral, se realiza el mismo ítem, pero utilizando la consigna de imitación.

Consigna de orden oral: « Ahora vas a hacer los gestos que yo te diga »

Consigna de imitación: « Quiero que imites los gestos que yo hago »

Es importante explorar las práxias labiales para valorar el grado de habilidad articulatoria necesaria para la producción de los fonemas.

Es conveniente explorar las práxias linguales para valorar el grado de habilidad articulatoria (rapidez, exactitud y sincronismo) necesaria para favorecer movimientos precisos en la producción de la palabra.

También es necesario explorar las práxias fáciles para valorar el grado de habilidad articulatoria, indispensable para una mejor expresión facial que acompaña a la palabra hablada.

C. Corrección

Hoja de registro:

En la hoja de registro se anota la puntuación parcial y la puntuación total.

Puntuación parcial:

- 1 punto por cada ítem realizado correctamente.
- 0 puntos por cada ítem no realizado correctamente.

Puntuación total:

La puntuación total es la suma de las puntuaciones parciales. El niño debe alcanzar una puntuación total mínima de 4 ítems sobre 6 para considerar superada la prueba.

Hoja de análisis:

En la hoja de análisis se anota en las casillas (labios, lengua y gestos faciales) la suma total de puntos obtenidos en las hojas de registro.

La elaboración de un sistema de categorías nos permite establecer una correspondencia entre la puntuación total y la valoración cualitativa.

Criterios de puntuación y valoración:

- 6 puntos: Muy buena
- 4 - 5 puntos: Buena
- 2 - 3 puntos: Deficiente
- 0 - 1 puntos: Muy deficiente

PRÁXIAS BUCOFACIALES HOJA DE REGISTRO

Apellidos: Nombre:
 Fecha de nacimiento: Fecha de exploración:
 Edad: Centro escolar: Curso:
 Datos de interés:
 Examinador:

		ORDEN ORAL	IMITACIÓN	OBSERVACIONES
L a b i o s	Con los labios cerrados, intentar llevarlos hacia adelante y hacia atrás, articulando « o », « i »			
	Morder el labio inferior con los dientes superiores.			
	Morder el labio superior con los dientes inferiores.			
	Apretar una regla o lápiz entre los labios.			
	Abrir la boca y enseñar los dientes estirando los labios.			
	Con la boca cerrada llevar los labios hacia la comisura derecha y hacia la comisura izquierda.			
Puntuación total:				

		ORDEN ORAL	IMITACIÓN	OBSERVACIONES
L e n g u a	Con la boca abierta colocar la lengua en la comisura derecha.			
	Con la boca abierta colocar la lengua en la comisura izquierda.			
	Con la boca abierta recorrer con la lengua, de forma circular, los labios, de derecha a izquierda y de izquierda a derecha.			
	Colocar la lengua detrás de los dientes incisivos superiores.			
	Intentar tocar la nariz con la punta de la lengua.			
	Intentar tocar la barbilla con la punta de la lengua.			
Puntuación total:				

		ORDEN ORAL	IMITACIÓN	OBSERVACIONES
Gestos faciales	Abrir y cerrar los ojos simultáneamente.			
	Guiñar los ojos alternativamente.			
	Fruncir y arrugar las cejas.			
	Mímica del llanto.			
	Mímica del fumar.			
	Mímica del beso sonoro.			
Puntuación total:				

Observaciones:

.....

Fuente: Construcción propia

PRÁXIAS BUCOFACIALES HOJA DE ANÁLISIS

Apellidos: Nombre:
 Edad: Fecha de exploración:

	PUNTOS	Muy buena	Buena	Deficiente	Muy deficiente	OBSERVACIONES
Labios						
Lengua						
Gestos faciales						

Criterios de puntuación y valoración:

- 6 puntos: Muy buena
- 4 - 5 puntos: Buena
- 2 - 3 puntos: Deficiente
- 0 - 1 puntos: Muy deficiente

Fuente: Construcción propia

ANEXO 8

✓ EXPLORACIÓN FUNCIONAL DE LA RESPIRACIÓN

Normas de aplicación y corrección:

Objetivo:

- Observar con la prueba de función respiratoria, la capacidad y la coordinación respiratoria funcional y el control del soplo.
- Observar con la prueba de tipo respiratorio, las diferentes formas en que el aire inspirado se concentra en la cavidad torácica y/o abdominal.
- Observar con la prueba de conducta respiratoria si existe una correcta movilidad de la caja torácica y un tono muscular adecuado del cuello.

A. Material necesario

Para la prueba de respiración se necesita una vela, la hoja de registro y la hoja de análisis.

B. Normas de aplicación

FUNCIÓN RESPIRATORIA

Para explorar la función respiratoria se pasa cada uno de los seis ítems de la prueba para comprobar el modo respiratorio (nasal, o oral o ambos), según la consigna de orden oral. Si el niño no comprende alguna o todas las consignas de orden oral, se realizarán el mismo ítem, pero utilizando la consigna de imitación.

Consigna de orden oral: « Ahora vas hacer unos ejercicios de respiración, toma y expulsa aire por la boca y/o por la nariz»

Consigna de imitación: « Quiero que imites lo que yo haga»

También es necesario observar la función respiratoria en situación de reposo y durante la prueba hablada.

TIPO RESPIRATORIO

Para explorar el tipo respiratorio se observa el tipo de respiración que realiza el niño. Este se pondrá de pie y el examinador colocará mano en la parte posterior del hombro y la otra en el abdomen, sin presionar las partes señaladas.

Antes de dar la consigna de orden oral, observamos la respiración vital del niño y a partir de los movimientos respiratorios pasaremos a dar la consigna.

Consigna de orden oral: « Ahora vas a tomar aire por la nariz, todo lo que puedas, y después lo irás expulsando, poco a poco, a la vez que vas contando desde el número uno hasta que se te acabe el aire». Realizar el ejercicio tres veces.

Los tipos respiratorios se clasifican en:

- **Respiración costo-diafrágico-abdominal.** Es el tipo respiratorio más completo.
En el momento de la inspiración, el abdomen se abomba o se adelanta ligeramente, mientras que la parte media del tórax se ensancha y se movilizan los músculos de la región paravertebral, a la que sirve de apoyo la columna vertebral. Durante la espiración las costillas se retraen y la pared abdominal se contrae, provocando una presión sobre los órganos alojados en el abdomen y elevando el diafragma. De la ascensión lenta y regular de este músculo depende la presión con que el aire llega y pasa por los repliegues vocales, traduciéndose en una mayor o menor intensidad de la voz y de la secuencia de los sonidos.
- **Respiración inferior o diafrágico-abdominal.** Es el tipo respiratorio fisiológicamente correcto.
En este caso el aire se concentra en la parte posterior de los pulmones, a la altura de las últimas costillas – las cuales tienen mayor extensibilidad que las superiores-, y el diafragma participa activamente con los movimientos de ascenso y descenso. Este movimiento dinamiza la acción de las costillas inferiores, del abdomen y de la zona lumbar. Como consecuencia tiende a abultar el abdomen hacia afuera durante la inspiración y hacia adentro durante la espiración.
- **Respiración costal superior o torácica.** Es el tipo respiratorio inadecuado e insuficiente tanto para la función respiratoria como para la fonatoria.
El aire inspirado se concentra en la parte alta de la caja torácica –zona clavicular y costillas superiores-, movilizándose ésta en mayor o menor grado cuando más profunda es la inspiración. Respirar de esta manera supone que el pecho ascienda al inspirar, mientras la zona diafrágico-abdominal se contrae hacia adentro. Puede darse además, un ascenso de las clavículas y de los hombros durante la inspiración, lo cual acorta la musculatura del cuello y la fija en una posición de tensión.
- **Respiración invertida.** Es el tipo respiratorio más inadecuado.
El mecanismo respiratorio se invierte y los movimientos costales y diafrágicos se realizan en fase opuesta (respiración basculante). En el momento de la inspiración el abdomen se retrae y las costillas se levantan.

Durante la espiración el tórax se hunde y el abdomen es empujado hacia afuera acompañando la columna de aire.

CONDUCTA RESPIRATORIA

Para explorar la conducta respiratoria se observa durante las pruebas de función respiratoria y tipo respiratorio, si existe o no ascenso forzado de los hombros y las clavículas y si existe o no contracción muscular en el cuello.

Los tipos de conducta respiratoria se clasifican en:

- **Conducta respiratoria correcta.** Existe una adecuada relajación de los hombros y de los músculos del cuello, permite el libre juego entre las diferentes partes anatómo-fisiológicas de la laringe y del aparato bucal, y controla el aire desde el diafragma.
- **Conducta respiratoria inadecuada.** Los hombros ascienden se acorta la musculatura del cuello, se fija en una posición tensa y se suprime consecuentemente la fisiológica movilidad que necesitan los músculos y cartílagos laríngeos que intervienen en la fonación.

C. Corrección

FUNCIÓN RESPIRATORIA

Hoja de registro:

En la hoja de registro se anota la puntuación parcial y la puntuación total obtenida.

Puntuación parcial:

- 1 punto por cada ítem realizado correctamente.
- 0 puntos por cada ítem no realizado correctamente.

Puntuación total:

La puntuación total es la suma de puntuaciones parciales. El niño debe alcanzar una puntuación total positiva mínima de 4 ítems sobre 6 para considerar superada la prueba.

Hoja de análisis:

En la hoja de resultados se anota la suma total de puntos obtenidos en la hoja de registro.

La elaboración de un sistema de categorías nos permite establecer una correspondencia entre la puntuación total y la valoración cualitativa.

Criterios de puntuación y valoración:

- 6 puntos: Muy buena
- 4 - 5 puntos: Buena
- 2 - 3 puntos: Deficiente
- 0 - 1 puntos: Muy deficiente

TIPO RESPIRATORIO Y CONDUCTA RESPIRATORIA

Hoja de registro:

En la hoja de registro se señalan las casillas correspondientes al tipo respiratorio y a la conducta respiratoria.

Hoja de análisis:

En la hoja de análisis se tienen en cuenta los siguientes criterios de valoración en base a un orden establecido.

En relación al tipo respiratorio:

- Muy correcto: Costo-diafragmático-abdominal.
- Correcto: Inferior o abdominal.
- Inadecuado: Costal superior o torácico.
- Muy inadecuado: Invertido.

En relación a la conducta respiratoria:

- Correcta: Ausencia de ascenso clavicular y de contracción muscular del cuello.
- Inadecuada: Presencia de ascenso clavicular y de contracción muscular del cuello (signos de tensión y esfuerzo).

En el apartado de observación se anotan las apreciaciones y los datos de interés recogidos durante las pruebas.

RESPIRACIÓN

HOJA DE REGISTRO

Apellidos: Nombre:
 Fecha de nacimiento: Fecha de exploración:
 Edad: Centro escolar: Curso:
 Datos de interés:
 Examinador:

		ORDEN ORAL	IMITACIÓN	OBSERVACIONES
FUNCION RESPIRATORIA	Tomar aire por la nariz y expulsarlo por la boca lentamente y en silencio.			
	Tomar aire por la nariz de manera rápida y profunda, y expulsarlo por la boca lentamente y en silencio.			
	Tomar aire por la nariz o por la boca de manera rápida y profunda, y al expulsarlo contar de uno al diez.			
	Apagar la llama de una vela de un soplo.			
	Mantener la llama de una vela con el soplo.			
	Tomar aire por la boca de manera profunda y expulsarlo por la boca de golpe (suspiro).			
PUNTUACIÓN TOTAL:				

TIPO RESPIRATORIO	CONDUCTA RESPIRATORIA
Respiración costo-diafragmático-abdominal ()	Ascenso clavicular. si () no ()
Respiración inferior o abdominal. ()	Contracción muscular del cuello. si () no ()
Respiración costal superior o torácica. ()	
Respiración invertida. ()	

Observaciones:

.....

Fuente: Construcción propia

RESPIRACIÓN HOJA DE ANÁLISIS

Apellidos: Nombre:
 Edad: Fecha de exploración:

	PUNTOS	Muy buena	Buena	Deficiente	Muy deficiente	OBSERVACIONES
FUNCIÓN RESPIRATORIA						

Criterios de puntuación y valoración:

6 puntos: Muy buena
 4 - 5 puntos: Buena
 2 - 3 puntos: Deficiente
 0 - 1 puntos: Muy deficiente

	Costo-diafragmático-abdominal	Inferior o abdominal	Costal superior o torácico	Invertido	OBSERVACIONES
TIPO RESPIRATORIO					

Criterios de puntuación y valoración:

Muy correcto: Costo-diafragmático-abdominal
 Correcto: Inferior o abdominal.
 Inadecuado: Costal superior o torácico.
 Muy adecuado: Invertido.

		Correcta	Inadecuada	OBSERVACIONES
CONDUCTA RESPIRATORIA	Ascenso clavicular			
	Contracción muscular del cuello			

Criterios de puntuación y valoración:

Correcta: Ausencia de ascenso clavicular y de contracción muscular del cuello.
 Inadecuada: Presencia de ascenso clavicular y de contracción muscular del cuello.

Fuente: Construcción propia

ANEXO 10

PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

Apellidos: Arista Vidal Nombre: Jennifer Andrea
 Sesión: 5 Área: lenguaje Fecha: 17 de noviembre de 2010

OBJETIVOS	ACTIVIDAD DIRECTA	ACTIVIDAD INDIRECTA	RECURSOS MATERIALES	EVALUACIÓN	RECOMENDACIONES
<p>Incrementar la fuerza del soplo.</p> <p>Desarrollar la movilidad de los labios y lengua.</p> <p>Conseguir la articulación correcta del fonema diptongos</p> <p>Reforzamiento del fonema aprendido (tarea a casa)</p>	<p>Apagar la vela con soplo fuerte y rápido.</p> <p>Hacer burbujas de agua con un popote.</p> <p>Posición de beso y sonrisa con labios juntos.</p> <p>Sacar y meter la lengua, manteniendo la boca abierta.</p> <p>Llevar la lengua de un lado a otro, tocando la comisura.</p> <p>Lengua arriba y abajo, manteniendo boca abierta.</p>	<p>Reconocimiento de vocales. a,e,i,o,u.</p> <p>Discriminación de vocales, pronunciación en voz alta.</p> <p>a, e, i, o, u, a, u, i, e, o, i, e, a, u</p> <p>Pronunciación de vocales juntas/ diptongos en voz alta/ Juego libre con plastilina.</p> <p>aa, ao, au, ae, ai.</p> <p>oa, oo, ou, oe, oi, etc.</p>	<p>Vela</p> <p>Vaso de plástico</p> <p>Popote</p> <p>Chocolate</p> <p>Imágenes de objetos</p> <p>Plastilina</p>	<p>Pronunciar fonema anterior todas las vocales</p> <p>a, e, i, o, u.</p> <p>Asociar la letra con un objeto. (se muestra una imagen)</p>	<p>Tarea: Explicar a mamá actividades anteriores, como realizarlas en casa.</p> <p>15 repeticiones diarias de cada uno de las actividades directas.</p>
TIEMPO: 1 Hora	15 minutos	25 minutos		10 minutos	10 minutos

Observaciones:

Jenny se mostró inquieta con el juego de plastilina al momento de pronunciar los diptongos por tanto se cambió actividad. Se realizaron grecas en su cuaderno, con colores pronunció los diptongos. Al final mientras se realizaban las recomendaciones a mamá, realizó el juego con plastilina.

Fuente: Construcción

ANEXO 11

INSTITUCIONES DE APOYO

Instituto Nacional de Rehabilitación I. N. R.
Av. México Xochimilco No. 289
Col. Arenal de Guadalupe, C. P. 14389
Del. Tlalpan, México, D.F.
Teléfono: 59 99 10 00 ext. 18225
Pág. Web: www.inr.gob.mx

Instituto Mexicano de la Audición y el Lenguaje, A.C. I. M. A. L
Av. Progreso 141-A,
Col. Escandón – Tacubaya, C. P. 11800
México D.F.
Teléfonos: 52 77 64 44 / 52 77 65 20
Pág. Web: www.imal.org.mx

Instituto Pedagógico Para Problemas Del Lenguaje I.A.P.
Calle Poussin, No. 63 S/N.
Col. San Juan Mixcoac, C.P. 03730
Del. Benito Juárez, México D.F.
Teléfonos: 55 98 11 20 / 56 15 35 53

Centro de Rehabilitación Neurológica Integral
y Educación Especial. C.R.E.N.I.E.E.
Calle Lira # 56, Colonia Prados Coyoacán.
Del. Coyoacán, México, D.F.
Teléfonos: 56 77 97 58
Pág. Web: www.creniee.org.mx

Centro Psicoterapéutico Integral
Calle Unión # 361,
Colonia Tepeyac Insurgentes, C. P. 07020,
Del. Gustavo A. Madero, México, D.F.
Teléfono: 56 74 65 01
Pág. Web: www.centropsicoterapeuticointegral.com