

UNIVERSIDAD TÉCNICA AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CENTRO DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA MENCION INTERVENCION EN EL NEURODESARROLLO

Tema: Estrategias de Intervención para el Desarrollo del Lenguaje en
niños de 2 a 6 años con disfunciones orofaciales

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado académico de
Magíster en Estimulación Temprana mención Neurodesarrollo

Autora: Lic. María Fernanda Bayas Maita

Director: Dra. Delia Alejandra Infante Cruz, Mg.

Ambato – Ecuador

2020

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El Tribunal receptor de la Defensa Trabajo de Titulación presidido por la Licenciada Elsa Verónica Troya Ortiz, Magister, e integrado por las señoras: Licenciada Salome Shayana Rúaless Paredes, Magister y por la Psicóloga Clínica Daisy Jacqueline Cisneros Pérez, Magister, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “**Estrategias de intervención para el desarrollo del lenguaje en niños de 2 a 6 años con disfunciones orofaciales**”, elaborado y presentado por la Licenciada María Fernanda Bayas Maita, para optar por el Grado Académico de Magister en Estimulación Temprana; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.



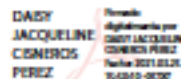
Lic. Elsa Verónica Troya Ortiz. Mg

Presidente y Miembro del Tribunal de Defensa



Lic. Rúaless Paredes Salome Shayana. Mg

Miembro del Tribunal de la Defensa

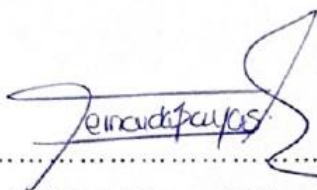


Psc. Cl. Cisneros Pérez Daisy Jacqueline Mg.

Miembro del Tribunal de Defensa

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACION

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el trabajo de investigación con el tema “**ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA EL DESARROLLO DEL LENGUAJE EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS CON DISFUNCIONES OROFACIAL**” nos corresponde exclusivamente a: Licenciada María Fernanda Bayas Maita, Autor y a la Doctora Delia Alejandra Infante Cruz, Mg. directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual del mismo a la Universidad Técnica de Ambato.



Lcda. María Fernanda Bayas Maita

c.c. 1804283255

AUTORA



Delia Infante Cruz

Dra. Delia Alejandra Infante Cruz, Mg.

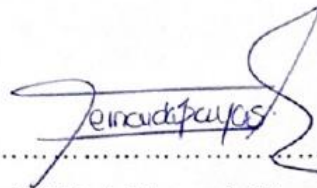
c.c. 3050679640

DIRECTORA

DERECHOS DEL AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.



.....
Lcda. María Fernanda Bayas Maita

c.c. 1804283255

AUTORA

ÍNDICE

| | |
|--|------|
| APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO | II |
| AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACION | III |
| DERECHOS DEL AUTOR | IV |
| ÍNDICE | v |
| ÍNDICE DE TABLAS | vii |
| ÍNDICE DE ANEXOS..... | viii |
| AGRADECIMIENTO | ix |
| DEDICATORIA | x |
| RESUMEN EJECUTIVO | xi |
| ABSTRACT..... | xii |
| CAPÍTULO 1 | 1 |
| EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... | 1 |
| 1.1. Introducción | 1 |
| 1.2. Justificación..... | 3 |
| 1.3. Objetivos | 5 |
| 1.3.1. Objetivo General | 5 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos | 5 |
| CAPÍTULO II | 6 |
| ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS..... | 6 |
| 2.1. Etapas del Desarrollo del Lenguaje Expresivo Oral | 6 |
| 2.1.1. Lenguaje | 6 |
| 2.1.2. Lenguaje Interno | 7 |
| 2.1.3. Lenguaje Expresivo Oral | 7 |
| 2.1.4. Áreas Cerebrales Implicadas en el Lenguaje | 8 |
| 2.1.5. Factores que inciden en el desarrollo del lenguaje oral | 9 |
| 2.1.6- Estructuras del sistema orofacial | 10 |
| 2.1.7. Estructuras del sistema orofacial..... | 10 |
| 2.1.8. Etapas en el desarrollo normal del lenguaje..... | 11 |
| 2.1.9. Adquisición fonológica de los Fonemas | 12 |
| 2.1.9.1. Criterios diagnósticos del DSM-5..... | 13 |
| 2.2. Disfunciones Orofaciales | 14 |

| | |
|--|----|
| 2.2.1. Funciones Orofaciales | 16 |
| 2.2.1.1. Deglución | 17 |
| 2.2.1.2. Masticación | 17 |
| 2.2.1.3. Respiración..... | 17 |
| 2.2.1.4. Habla | 18 |
| 2.2.2. Patologías Asociadas..... | 18 |
| 2.2.2.1. Deglución atípica | 18 |
| 2.2.2.2. Alteraciones de la Masticación | 19 |
| 2.2.2.3. Hipotonía lingual..... | 19 |
| 2.2.2.4. Alteraciones en la respiración | 19 |
| 2.2.2.5. Síndrome de respirador Bucal..... | 20 |
| 2.2.2.6. Malos hábitos Orales..... | 20 |
| 2.2.2.7. Succión digital..... | 20 |
| 2.2.2.8. Respiración bucal | 21 |
| 2.2.3. Trastornos del habla asociados a las disfunciones orofaciales..... | 21 |
| CAPÍTULO III..... | 24 |
| MARCO METODOLÓGICO | 24 |
| 3.1. Ubicación | 24 |
| 3.2. Equipos y materiales | 24 |
| 3.3. Tipo de Investigación..... | 24 |
| 3.4. Prueba de Hipótesis..... | 24 |
| 3.5. Población o muestra | 25 |
| 3.5.1. Población..... | 25 |
| 3.5.2. Muestra..... | 25 |
| 3.5.2.1. Criterios de Inclusión | 26 |
| 3.5.2.2. Criterios de Exclusión..... | 26 |
| 3.5.2.3. Aspectos bioéticos de la investigación..... | 26 |
| 3.6. Recolección de la Información..... | 28 |
| 3.6.1. Formulario de la investigación que contiene los datos demográficos y los datos propios de la investigación..... | 28 |
| 3.6.1.2. Test de Articulación a la Pronunciación TAR | 28 |
| 3.7. Procesamiento de la información y análisis estadístico | 30 |
| 3.8. Variables respuesta o resultados alcanzados..... | 30 |

| | |
|---|----|
| CAPÍTULO IV | 32 |
| RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 32 |
| 4.1. Caracterización de la población de estudio de la investigación | 32 |
| 4.1.1. Características demográficas de los niños que acuden al área de Foniatria, CENNA, 2020 | 32 |
| 4.1.2. Desarrollo de las Disfunciones orofaciales en niños de 2 a 6 años de edad | 33 |
| 4.1.3. Antecedentes del desarrollo del lenguaje de los niños de 2 a 6 años | 34 |
| 4.1.4. Comprobación de la hipótesis | 36 |
| Marlo Lógico..... | 36 |
| 4.1.5. Discusión..... | 38 |
| CAPÍTULO V | 42 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 42 |
| 5.1. Conclusiones | 42 |
| 5.2. Recomendaciones:..... | 43 |
| 5.3. BIBLIOGRAFÍA | 46 |
| ANEXOS | 50 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla N°. 1. Estructuras Fonoarticulatorias | 11 |
| Tabla N°. 2. Adquisición Fonética Fonológica | 12 |
| Tabla N°. 3. Criterios diagnósticos para el trastorno del lenguaje | 13 |
| Tabla N°. 4. Criterios diagnósticos para el trastorno fonológico | 13 |
| Tabla N°. 5. Variables respuesta o resultados alcanzados | 30 |
| Tabla N°. 6. Georeferenciación | 31 |
| Tabla N°. 7. Características demográficas | 32 |
| Tabla N°. 8. Desarrollo de las Disfunciones orofaciales..... | 33 |
| Tabla N°. 9. Antecedentes del desarrollo del lenguaje de los niños de 2 a 6 años..... | 34 |
| Tabla N°. 10. Detalle del tipo de disfunciones orofaciales | 35 |
| Tabla N°. 11. Relación entre el desarrollo del lenguaje y las disfunciones orofaciales | 36 |
| Tabla N°. 12. Medidas simétricas | 37 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| Anexo N° 1. Certificado de Aprobación Muestra | 50 |
| Anexo N° 2. Ficha de observación y detección de disfunciones orofaciales | 51 |
| Anexo N° 3. Test de Articulación T.A.R | 53 |
| Anexo N° 4. Asentimiento Informado | 54 |
| Anexo N° 5. Propuesta | 56 |

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

Un profundo agradecimiento a la Universidad Técnica de Ambato por permitir adquirir el conocimiento para mejorar mi desempeño en la labor profesional.

A mis docentes, personas de gran sabiduría quienes han transmitido sus conocimientos y dedicación que los ha regido, he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de mi proyecto con éxito.

Lic. María Fernanda Bayas Maita

DEDICATORIA

Con cariño y afecto, el presente trabajo va dedicado a mis queridos hijos y esposo, más que el motor de mi vida son parte muy importante de lo que hoy puedo presentar como proyecto.

Gracias a ellos por cada palabra de apoyo, gracias por cada momento en familia sacrificado, por entender que el éxito demanda algunos sacrificios y que el compartir tiempo con ellos, hacia parte de estos sacrificios.

A ellos dedico todas las bendiciones que Dios traerá a nuestras vidas como recompensa de tanta dedicación, esfuerzo y fe.

Lic. María Fernanda Bayas Maita

UNIVERSIDAD TÉCNICA AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Tema:

Estrategias de intervención para el desarrollo del lenguaje en niños de 2 a 6 años con disfunciones orofaciales.

Autora: Lic. María Fernanda Bayas Maita

Director: Dra. Delia Alejandra Infante Cruz, Mg.

Línea de Investigación: Discapacidad y calidad de Vida

Fecha: 18 de Marzo del 2021

RESUMEN EJECUTIVO

Considerando que la adquisición del lenguaje es trascendental durante la primera etapa infantil, el presente estudio presenta los objetivos: identificar las disfunciones orofaciales en niños de 2 a 6 años de edad y su relación con problemas de articulación para la elaboración de un programa de intervención; clasificar las funciones orofaciales y sus patologías asociadas en los niños de 2 a 6 años de edad; describir los antecedentes de desarrollo del lenguaje; relacionar las disfunciones orofaciales con los antecedentes del desarrollo del lenguaje; y diseñar estrategias de intervención miofuncional. La indagación, se desarrolló en el Centro de Enfermedades Neurológicas y Nutricionales de Niños y Adolescentes CENNA; se realizó el trabajo con niños de 2 a 6 años de edad. La población o muestra se conformó por sexo masculino 21 y femenino 9. El marco teórico describe los antecedentes, obtiene conceptos vinculados con los subtemas: deglución, masticación, respiración, habla, patologías asociadas. En la metodología, se aplicó la investigación analítica, el diseño prospectivo y la caracterización de las variables junto con sus dimensiones; el muestreo fue probabilístico, se integró a 30 infantes; en la selección se usó el 5% de margen de error y el 95% de confiabilidad; la recolección de la información se efectuó con la ficha de observación detección de disfunciones orofaciales y el test de articulación a la pronunciación (TAR). Se concluye que el 70% de los infantes presentan dificultades en la Articulación; se evidencio además que el 37% presentaron alteraciones en la respiración, succión, y deglución. Es decir, ante los resultados evidenciados es importante proponer el diseño de una guía de estrategias de intervención que disminuyan las alteraciones y faciliten su tratamiento.

Palabras clave: Estrategias de intervención, desarrollo del lenguaje, disfunciones orofaciales, Articulación.

UNIVERSIDAD TÉCNICA AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Tema:

Intervention Strategies for Language Development in children from 2 to 6 years old with orofacial dysfunctions.

Autora: Lic. María Fernanda Bayas Maita

Director: Dra. Delia Alejandra Infante Cruz, Mg.

Línea de Investigación: Discapacidad y calidad de Vida

Fecha: 21 de Diciembre del 2020

ABSTRACT

Considering that the acquisition of language is transcendental during the early childhood stage, this study presents the objectives: to identify orofacial dysfunctions in children from 2 to 6 years of age and their relationship with articulation problems for the elaboration of an intervention program; classify orofacial functions and their associated pathologies in children 2 to 6 years of age; describe the background of language development; relate orofacial dysfunctions with the history of language development; design myofunctional intervention strategies. The investigation was developed at the Center for Neurological and Nutritional Diseases of Children and Adolescents CENNA; the work was carried out with children from two to six years of age. The population or sample was made up of male 21 and female 9. The theoretical framework describes the antecedents, obtains concepts related to the subtopics: swallowing, chewing, breathing, speaking, associated pathologies. In the methodology, analytical research, prospective design and characterization of the variables were applied along with their dimensions; the sampling was probabilistic, 30 infants were integrated; 5% margin of error and 95% reliability were used in the selection; the information was collected using the orofacial dysfunction detection observation sheet and the articulation test for pronunciation (TAR). It is concluded that infants present difficulty in the pronunciation of phonemes presented in initial syllable; while two have mouth breather syndrome; two infants show immature sucking, one infant shows impaired swallowing; 70% are diagnosed with language disorders. That is, there is a need to employ intervention strategies that reduce the alterations and facilitate their treatment.

Keywords: Intervention strategies, language development, orofacial dysfunctions, knowledge.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Introducción

El presente trabajo tiene como finalidad desarrollar estrategias de intervención que beneficien la articulación del lenguaje en niños de 2 a 6 años con disfunciones orofaciales, desde un abordaje Terapéutico preventivo.

El estudio presentado por (Rodríguez, 2016). Entre los aspectos relevantes en referencia a la investigación, menciona: el crecimiento del complejo cráneo-facial es fundamental en la salud infantil, al ser uno de los predictores depende de la ejecución de estímulos como la succión, la respiración, la masticación y la deglución, que inducen una morfología facial adecuada y caracterizan la estructura del rostro del infante. Esta actividad está influenciada por el tipo de alimentación; en los resultados afirma que la lactancia es indispensable en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. Deduce que la nutrición en edades tempranas, es la mejor técnica en el desarrollo de estructuras cráneo-faciales, al disminuir las disfunciones orofaciales.

El ensayo realizado por (Pardo & Hernández, 2018) en la Universidad Nacional de Colombia, analiza los problemas de salud desde aspectos conceptuales y metodológicos que permiten afrontar las disfunciones orofaciales; muestra algunas orientaciones epidemiológicas que han facilitado el abordaje del proceso salud-enfermedad bucal, influenciados por el modelo biológico-curativo, su alcance se ha centrado en la identificación de factores de riesgo; como son dolor orofacial crónico, de cáncer de faringe, de alteraciones en los tejidos blandos de la boca (lengua, encías y mucosa oral), defectos congénitos como lesiones y fisuras del labio y/o paladar, y otras enfermedades que afectan el cráneo facial; concluye que la utilización de estrategias de intervención adecuadas posibilitan a los niños y niñas el cumplimiento de las funciones orofaciales.

En la investigación realizada por (Cortese & Biondi, 2009) tiene como objetivo describir la frecuencia de costumbres parafuncionales y disfunciones orales en

personas que concurren al Área de Odontología Integral Infantil, en la Facultad de Odontología. En la metodología, se aplicó una revisión de los datos de las historias clínicas del período 2003-2007; además, se ingresaron a las planillas los registros de edad, sexo, motivo de consulta, compromiso emocional, signos, diagnóstico y disfunciones que benefició en su análisis estadístico; la muestra quedó constituida por 133 sujetos de 6 años \pm 3 años. El 96% presentaban disfunciones, el 48% correspondieron a deglución disfuncional, 45% a respiración bucal o mixta y el 3% a masticación unilateral o anterior. En las conclusiones, se observó una alta prevalencia de disfunciones orofaciales significativas con síntomas temporomandibular, es decir malos hábitos orales.

En la indagación realizada por (Costa, Mezzomo, & Soares, 2013) en la Universidad Federal de Santa María, incluye a sujetos de seis y 13 años, ambos sexos, con trastornos fonéticos y / o fonológicos, y alteraciones del sistema estomatognático. Consideramos un criterio de exclusión la presencia de malformaciones, síndromes genéticos, sospecha de deterioro neurológico, psicológico o cognitivo, pérdida de audición, diagnóstico de retraso del lenguaje, terapia del habla antes y maloclusión. Se realizaron anamnesis, evaluación del sistema estomatognático, examen articulatorio, evaluación auditiva y evaluación otorrinolaringológica. Llevamos a cabo dos terapias semanales. Se realizaron encuestas cada ocho secciones. Analizamos la comparación entre el número de sonidos del habla y las características / estructuras de las alteraciones del sistema estomatognático antes y después de dicha terapia, y también la comparación entre los sujetos en relación con la duración de la terapia de acuerdo con el trastorno del habla encontrado. Como resultado los sujetos presentaron entre uno y cuatro fonemas alterados en su discurso, y de uno a cinco aspectos / estructuras en el sistema estomatognático, respectivamente. Ambos sujetos mostraron un discurso adecuado a través de la adecuación de los aspectos / estructuras del sistema estomatognático. El individuo 1 presentó un discurso apropiado después de 16 sesiones, y el sujeto 2 presentó un discurso apropiado después de 8 sesiones de terapia miofuncional. Conclusiones, la terapia nacional ofreció beneficios al tratamiento de aquellos casos de trastornos fonológicos, fonéticos y fonológicos cuando hubo alteraciones de los órganos del habla, promoviendo la adecuación de los teléfonos y la adquisición de los fonemas alterados. La terapia miofuncional presentó mayor eficiencia en casos de trastornos fonéticos y en los casos con menor número de

aspectos o estructuras alterados del sistema estomatognático. También se verificó que la adecuación del habla ocurre concomitantemente con el ajuste del sistema estomatognático. El último puede interferir en el primero. Se sugiere la realización de más estudios sobre el tema, con un corpus más alto, para verificar la eficacia del enfoque terapéutico miofuncional en el tratamiento del habla con otros grupos de niños. La razón de esta sugerencia es que los resultados encontrados en esta investigación se aplican a los casos estudiados y, por lo tanto, no están sujetos a generalización a toda la población.

En este estudio se describe la atención primaria en la detección de disfunciones orofaciales para evitar problemas en la articulación y el desarrollo del lenguaje, desde esta perspectiva se mejorará la producción oral.

1.2. Justificación

Es importante investigar porque fortalece el conocimiento ante la diversidad de problemáticas relacionadas con las disfunciones orofaciales ofreciendo una visión detallada de la intervención, en las alteraciones de respiración, deglución, masticación, succión y el habla.

El aporte de la investigación sobresale en el diseño de estrategias de intervención que benefician en la articulación del lenguaje en niños de 2 a 6 años con disfunciones orofaciales que, mediante la exploración, evaluación, y diagnóstico permite comprender los trastornos del lenguaje desde una perspectiva multidisciplinar; aspectos que sin duda serán de utilidad en el ejercicio profesional.

La relevancia de esta investigación se enfoca principalmente en la población objeto de estudio, siendo los beneficiarios directos los niños y niñas de 2 a 6 años del Centro de Enfermedades Neurológicas y Nutricionales de Niños y Adolescentes CENNA, ubicado en la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua que se encuentran en un período de adquisición del Lenguaje.

El impacto y relevancia de la investigación está en el establecimiento de las bases para llevar a cabo una primera exploración clínica de aspecto generalizado de las

disfunciones orofaciales, a la vez que facilitar una serie de herramientas específicas que permitan un conocimiento detallado, de esta forma se posibilita el diagnóstico y pronóstico de los desequilibrios miofuncionales y su influencia en la articulación del Lenguaje.

La utilidad práctica, teórica y metodológica contribuirá en la profundización del conocimiento vinculado con las disfunciones orofaciales; por su alto contenido, se constituirá en una guía para efectuar futuras investigaciones, considerando la escasa información dentro del área de investigación, especialmente en el campo de la salud y sobre todo en el área de Estimulación Temprana.

El estudio es original e innovador porque las estrategias de intervención mejoran el desarrollo del lenguaje en niños de 2 a 6 años con disfunciones orofaciales, teniendo como fin prevenir, evaluar, diagnosticar, habilitar y rehabilitar la alteración de alguno de estos aspectos; además, permite comprender la relación entre el desarrollo articulatorio y el establecimiento de las diferentes funciones: succión, deglución, masticación, respiración, articulación e identificación de los rasgos característicos de las diferentes disfunciones orofaciales.

Es factible realizar el estudio, existe el apoyo de los integrantes del Centro de Enfermedades Neurológicas y Nutricionales de Niños y Adolescentes CENNA, ubicado en la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua; se resalta que los recursos humano, material, económico y tecnológico son de exclusiva responsabilidad de la autora.

La investigación se relaciona con el perfil profesional porque tiene como fin contribuir en el conocimiento de los profesionales y fortalecer las capacidades de prevenir, promover e intervenir en los problemas del Neurodesarrollo en la población materno-infantil, que desarrollen a través de la investigación científica, el auto aprendizaje, la superación continua, la gestión social y servicios de salud, desde la posición crítica, propositiva, sistémica y de liderazgo, que contribuyan al buen vivir de la sociedad, fortaleciendo los índices de bienestar acorde al Plan Nacional de Desarrollo.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Identificar las disfunciones orofaciales en niños de 2 a 6 años de edad y su relación con problemas de articulación para la elaboración de un programa de intervención.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Clasificar las funciones orofaciales y sus patologías asociadas en los niños de 2 a 6 años de edad.
- Describir los antecedentes de desarrollo del lenguaje de los niños de 2 a 6 años.
- Relacionar las disfunciones orofaciales con los antecedentes del Desarrollo del Lenguaje.
- Diseñar estrategias de intervención miofuncional.

CAPÍTULO II

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1. Etapas del Desarrollo del Lenguaje Expresivo Oral

Según, (Leonor, 2000) la adquisición del lenguaje se da en los primeros 4 años de vida, cuando el cerebro está en proceso de desarrollo y maduración, es el período más intensivo en la adquisición de las habilidades del habla y el lenguaje. Estas habilidades se desarrollan mejor cuando el niño está expuesto consistentemente a un mundo lleno de imágenes, sonidos y el lenguaje de los demás.

La adquisición del lenguaje es un proceso lento que se hace evidente cuando el bebé inicia su interacción con el adulto a escasos meses de vida. Generalmente se observa un desarrollo paralelo entre el lenguaje y el comportamiento motor, aun cuando para algunos autores (Lenneberg, 1967) el desarrollo del lenguaje es independiente del desarrollo motor. Muestra de ello es el hecho que niños con dificultades motoras severas logran desarrollar un lenguaje alternativo (Valverde, 2010)

En la etapa del Desarrollo: Existen períodos claves del habla y el lenguaje de los bebés y los niños que van desde los 4 años hasta los 7 años. En estos períodos clave el cerebro está más capacitado para absorber el lenguaje. Si se dejan pasar estos períodos y no se expone al niño al lenguaje, será más difícil que el niño lo aprenda (Ygual Fernández, Cervera Mérida y Rosso, 2008)

2.1.1. Lenguaje

“El lenguaje es una función compleja, compuesta de cinco niveles: fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático. Se reconocen como elementos centrales del lenguaje la fonología segmenta, la morfosintaxis y la semántica. La fonología segmental y la morfosintaxis, tanto en su componente expresivo como receptivo están claramente lateralizados en el hemisferio izquierdo e implican la participación de los lóbulos temporales, frontales y parietales” (Rosselli, 2015)

2.1.2. Lenguaje Interno

El lenguaje interno, es un proceso de evaporación del lenguaje en el pensamiento, que va de fuera hacia dentro, Luria, siguiendo la interpretación de Vygotsky sobre el lenguaje interior, estudió un aspecto del mismo: la función pragmática o reguladora del lenguaje, de gran importancia para la psicología, propuso examinar la actividad concreta del niño y de su comunicación con los adultos como clave para comprender el acto voluntario mediatizado por el lenguaje. Realizó numerosas observaciones en las que pudo comprobar que en la base del acto voluntario se encuentra la comunicación del niño con el adulto. El niño en los orígenes de la comunicación con el adulto orienta su atención y su acción a la indicación verbal de éste, para en las etapas siguientes “estar en condiciones de convertir esta actividad interpsicológica en un proceso intrapsíquico de auto regulación. La esencia del acto voluntario libre consiste en que su causa se encuentra en las formas sociales de la comunicación y del comportamiento”. (Leonor, 2000)

La dimensión expresiva del habla interna constituye una manifestación de los estados más profundos de la consciencia. Así, el lenguaje interior surge en la teoría de Vygotsky gracias a la relación interfuncional entre pensamiento y lenguaje. En esencia, la mayoría de nuestros pensamientos cobran forma gracias a la unión de palabras, y ese es el aspecto clave del lenguaje interior según Vygotsky.

2.1.3. Lenguaje Expresivo Oral

(Valverde, 2010) afirma que la adquisición del lenguaje oral se concibe como el desarrollo de la capacidad de comunicarse verbal y lingüísticamente por medio de la conversación en una situación determinada y respecto a determinado contexto y espacio temporal. Por lo tanto, al efectuarse un balance, de una serie de producciones es esencial hacer intervenir el contexto lingüístico y extralingüístico del intercambio verbal, del tema de conversación, las actitudes y motivaciones de los participantes, al igual que las informaciones sobre la organización formal de los enunciados y las palabras que lo componen.

En su sentido más amplio, el lenguaje oral puede describirse como la capacidad de comprender y usar símbolos verbales como forma de comunicación, o bien se puede definir como un sistema estructurado de símbolos que cataloga los objetos, las relaciones y los hechos en el marco de una cultura. Al ser el lenguaje más específico de la comunicación, se afirma que es un código que entiende todo aquel que pertenece a una comunidad lingüística. (Valverde, 2010)

2.1.4. Áreas Cerebrales Implicadas en el Lenguaje

Las áreas auditivas de asociación en el lóbulo temporal, en particular el área de Wernicke, juegan un papel fundamental en la comprensión del lenguaje mientras que las áreas de asociación del lóbulo frontal, en especial el área de Broca, son esenciales en la producción del lenguaje. En el lóbulo parietal se encuentran fibras de conexión como es el caso del fascículo arqueado que permite la comunicación entre los lóbulos temporales y frontales. Por otro lado, el hemisferio derecho juega un papel importante en el procesamiento de los aspectos no centrales; la fonología suprasegmental (prosodia) y la pragmática. (Luisa y Verdú, 2015)

Las interrupciones o distorsiones en este proceso suelen tener repercusiones importantes en la maduración intelectual y psicológica del niño. La ausencia de lenguaje antes de los 5 años de edad es de mal pronóstico para el desarrollo integral del niño. Un lenguaje comprensible para extraños a la edad de 4 años descarta problemas lingüísticos serios. En esta edad son normales ciertos defectos de fluidez y de articulación. El sistema fonológico del niño debe estar completo a los seis años de edad; a esta edad no sólo todos los fonemas de la lengua deben de estar presentes en su expresión verbal sino también las diversas combinaciones silábicas. (Rosselli, 2015)

La adquisición del lenguaje es el resultado del proceso de maduración cerebral. Estudios recientes por (Kolb y Fantie, 1989) de neuroimagen han encontrado que estas regiones cerebrales se van mielinizando de manera paralela a la adquisición del lenguaje. Por ejemplo, Su y colaboradores (2008) encontraron que las áreas de Broca y Wernicke revelan un pico de mielinización rápida y simultáneamente antes de los 18 meses, con una desaceleración del proceso de mielinización después de esta edad. (Rosselli, 2015)

2.1.5. Factores que inciden en el desarrollo del lenguaje oral

El contexto ambiental en el que el niño vive y crece juega un papel fundamental en la adquisición y el desarrollo de la comunicación y del lenguaje oral. El lenguaje se va conformando gracias a la exposición de modelos lingüísticos correctos y al establecimiento de situaciones que favorezcan su práctica consolidación, perfeccionamiento y generalización. El desarrollo comunicativo-lingüístico puede verse condicionado por una serie de factores tanto de orden extrínseco como intrínseco. (Perez, 2010). En el sistema lingüístico se reconocen tres dimensiones desde la doble vertiente de la comprensión y de la expresión respectivamente:

- **Fonética y fonología:** La fonética se ocupa de las características físicas de los sonidos: los rasgos laríngeos, el punto y el modo de articulación.

La fonología estudia la manera en que se organiza el sistema de sonidos que conforman el lenguaje.

En la adquisición fonética fonológica existe un orden de aparición y unas estructuras de desarrollo muy definidas; la rapidez de adquisición varía de unos niños a otros.

- **Morfosintáctica:** estudia la estructura interna de las palabras y el modo en el que se relacionan dentro de la oración.

El niño adquiere las estructuras morfosintácticas mediante los procedimientos de imitación a través de un gradual y progresivo desarrollo de reglas recogidas desde el modelo del adulto; existe un orden en su adquisición ligado a la evolución del pensamiento.

- **Semántica:** se ocupa del significado de las palabras en la mente de los hablantes y de su combinación cuando aparecen integrando una oración.(Pérez, 2010)

2.1.6- Estructuras del sistema orofacial

El sistema estomatognático está compuesto por huesos, dientes, articulación temporo mandibular, músculos, sistema vascular y nervioso y espacios vacíos; sobre los huesos están las partes blandas, partes duras. Cualquier alteración, principalmente en los dientes, tenderá a producir un desarreglo en todo este sistema orofacial. (Varela, 1987).

Manns, G. Díaz consideran las estructuras de cabeza y cuello como una Unidad Funcional indivisible, desde un enfoque sistémico funcional orgánico considerar que dichas estructuras conforman órganos, cada uno con funciones específicas y determinadas que se relacionan, como una verdadera “Organización funcional”.(Chiavaro, 2011)

2.1.7. Estructuras del sistema orofacial

El sistema orofacial se encuentra constituido por diferentes estructuras como la boca, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar, los dientes, las glándulas salivales y la faringe; igual manera incluye funciones de respiración y alimentación de esta forma abarca además la función articularia y fonatorio es decir se encuentra bajo la coordinación del sistema nervioso central.

El sistema estomatognático está compuesto por huesos, dientes, articulación temporomandibular, músculos, sistema vascular y nervioso y espacios vacíos; sobre los huesos están las partes blandas, partes duras. Cualquier alteración, principalmente en los dientes, tenderá a producir un desarreglo en todo este sistema orofacial (Varela, 1987).

(Chiavaro, 2011) consideran las estructuras de cabeza y cuello como una Unidad Funcional indivisible, desde un enfoque sistémico funcional orgánico considerar que dichas estructuras conforman órganos, cada uno con funciones específicas y determinadas que se relacionan, como una verdadera “Organización funcional”

Tabla N°. 1. Estructuras Fonoarticulatorias

| Estructuras Fonoarticulatorias | | |
|---------------------------------------|---|------------------------------|
| Nominación Específica | Estructura Específica | Tipo De Funcionalidad |
| Órganos | Lengua Laringe Pulmones | |
| Hueso | Mandíbula | |
| Prominencia | Mejillas | |
| Repliegue | Labios | |
| Pliegues | Pliegues Vocales | |
| Músculos | Intrínsecos y Extrínsecos de la laringe Intrínsecos y Extrínsecos de la lengua Velo del paladar Faringe Faciales Elevadores de la Mandíbula | Activas |
| Tabique | Velo del Paladar | |
| Conducto | Faringe | Pasiva y Activa |
| Bóveda | Paladar | |
| Cavidades | Nasal Oral | Pasivas |
| Piezas | Dentarias | |

Fuente: (Susaníbar Chavez, Condori y Dioses Chocano, 2013) Compilado por:
(Bayas, 2020)

2.1.8. Etapas en el desarrollo normal del lenguaje

Las etapas de desarrollo del Lenguaje según Spreen, Risser y Edgell, 1995 para niños de 2 a 5 años son las siguientes:

- Incremento en la longitud promedio de la frase de 2.0 a 4.5 palabras
- Sobre generalización de reglas morfológicas

- Manejo de las reglas morfológicas y sintácticas en oraciones simples
- Inicio de oraciones complejas
- Uso de reglas lingüísticas en la comprensión de frases Empleo del lenguaje para referirse a eventos remotos en el tiempo y el espacio
- Uso del lenguaje con fines diversos: imaginar, predecir, interpretar, otros Incremento de la habilidad conversacional, con conservación del tópico
- Utilización de reglas de cortesía en el lenguaje. Selección del estilo apropiado de expresión según la situación social.(Perez, 2010)

2.1.9. Adquisición fonológica de los Fonemas

Se describe las características del desarrollo del lenguaje del niño de 2 a 6 años. Es importante la determinación del orden en la adquisición de sonidos se analiza los sonidos agrupados según su modo de producción en los 4 niveles de articulación y las vocales (Luisa y Verdú, 2015).

Tabla N°. 2. Adquisición Fonética Fonológica

Adquisición Fonética Fonológica

| | | |
|----------------------|--------|---------------------------------|
| Vocales | 2 años | a o u e i |
| Sonidos | 3 años | m n ñ p t k b d g f s j y ch. l |
| | 4 años | r |
| | 5 años | r |
| Diptongos | 3 años | ia io ie. ua ue ei ai. . ui |
| | 4 años | au |
| Grupos | 4 años | pl bl |
| Consonánticos | | fl cl. gl |
| | 5 años | br. pr. cr. gr. tr. dr |

Fuente: (Susaníbar Chavez, Condori y Dioses Chocano, 2013) Compilado por:
(Bayas, 2020)

2.1.9.1. Criterios diagnósticos del DSM-5

Los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5 sirven como guía para identificar los síntomas más significativos que convendría examinar en base a establecer un diagnóstico correcto. Su utilización ha de regirse uniformemente por el juicio clínico una vez efectuada la evaluación de dichos criterios. Los criterios que tener en cuenta para establecer el diagnóstico de las diferentes categorías diagnósticas de los trastornos de la comunicación según el DSM-5. (Gonzales, 2019)

Tabla Nº. 3. Criterios diagnósticos para el trastorno del lenguaje

Criterios diagnósticos para el trastorno del lenguaje

Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (hablado, escrito, lenguaje de signos u otro) debido a deficiencias en la comprensión o la producción que incluye lo siguiente:

Vocabulario reducido (conocimiento y uso de palabras).

Estructura gramatical limitada (capacidad para situar las palabras y las terminaciones de las palabras juntas para formar frases basándose en reglas gramaticales y morfológicas).

Deterioro del discurso (capacidad para usar vocabulario y conectar frases para explicar o describir un tema o una serie de sucesos o tener una conversación).

Las capacidades del lenguaje están notablemente, desde un punto de vista

Fuente: (Gonzales, 2019) Compilado por: (Bayas, 2020)

Tabla Nº. 4. Criterios diagnósticos para el trastorno fonológico

Criterios diagnósticos para el trastorno fonológico

Dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes.

La alteración causa limitaciones en la comunicación eficaz

participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier comunicación

El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del periodo de desarrollo

Las dificultades no se pueden atribuir a afecciones congénitas o adquiridas, como parálisis cerebral, paladar hendido, hipoacusia, traumatismo cerebral u otras afecciones médicas o neurológicas

Fuente: (Gonzales, 2019)

Compilado por: (Bayas, 2020)

2.2. Disfunciones Orofaciales

En el año de 1970, inicia el papel del trabajo fonoaudiológico en el área de motricidad orofacial. A partir de esta fecha surgen las primeras publicaciones sobre motricidad orofacial en libros y en artículos científicos.

El 26 de junio de 2015, en la ciudad de Lima- Perú, se reunieron varios participantes de Colombia, Chile, Argentina, Brasil, Perú, Ecuador, Panamá, México, Estados Unidos, España y Portugal con el objetivo de presentar ante la comunidad académica y científica el día de la motricidad orofacial, en homenaje a la Dra. Irene Marchesan, por aportar al crecimiento y desarrollo de la motricidad orofacial en Brasil y en el mundo. (Marchesan, 2017)

La función orofacial, la masticación y la oclusión dental comenzaron a estudiarse de forma científica a finales del siglo XX en Europa y Norteamérica. En 1899 E.H. Angle fue quién publicó la descripción y clasificación de diversos tipos de maloclusión dental y señaló algunos problemas terapéuticos de la ortopedia maxilar en la interposición lingual y la respiración bucal. Nadoleczny en 1912 observó la existencia de un desorden funcional en la coordinación de la musculatura necesaria para el habla, por lo tanto, analizó la relación funcional entre los defectos en la posición de la lengua, que causaban estragos en la producción de sonidos. (Luisa y Verdú, 2015)

(Ygual-Fernández y Cervera-Mérida, 2013), identifico los desórdenes miofuncionales de las estructuras orofaciales en características anatómicas y fisiológicas de las estructuras que interfieren con un desarrollo normal de la dentición, el habla y la salud de los niños y niñas. Los trastornos forman parte de anomalías anatómicas y funcionales que afectan a las estructuras orofaciales, craneales y a sus funciones.

A partir de esto (Chiavaro, 2011) define como Disfunción orofacial al “trastorno de la función de un determinado órgano o sistema”, en un proceso continuo y dinámico y no como un fenómeno dicotómico, por lo tanto interpretar el nuevo orden y organización establecida pero también es necesario encontrar cómo la Disfunción se relaciona o es interdependiente del resto de los Sistemas Orgánicos, forma parte del Sistema Orgánico Funcional en su conjunto por lo que el abordaje terapéutico se debe realizar actuando sobre las disfunciones encontradas y los órganos involucrados en disfunción.

Por otra parte, Raquel Andressa en el 2009 Investigó sobre la influencia de los hábitos orales en el perfil miofuncional de los niños de tres a cinco años, las consecuencias del biberón y el chupete en el desarrollo orofacial. Verificaron una alteración en la oclusión labial debido a la acción ineficiente de la musculatura involucrada, como también de postura habitual atípica de la lengua con señales de flacidez y protrusión. Además, indica alteraciones de arcos dentales con consecuencias en la oclusión y en la articulación de los fonemas. En ese estudio estos hábitos demostraron una relación con el aspecto y postura de los órganos fono articulatorio. (Andressa, 2009)

Américo Duran en el 2012 menciona que las funciones de succión y deglución se realizan desde la gestación; a la semana 27 ya hay coordinación perfecta de estas funciones. La succión, respiración, y deglución son actividades interdependiente en la que intervienen todos los elementos musculares y nerviosos de la cara y el cuello, regidos por mecanismos instintivos y reflejos de alta especialidad y complejidad que forman parte de los patrones funcionales; de ellos depende el éxito del amamantamiento. (Durán, 2012)

En América del Sur se desarrolló una concepción del tratamiento para Disfunciones Orofaciales desde una filosofía integral que se conoce con el nombre de Terapia Miofuncional donde se realiza una evaluación inicial, y al final la intervención terapéutica multidisciplinaria, (Elisabeth Herrera) sustenta las bases de esta terapia en los siguientes puntos:

El medio ambiente influye y modifica las estructuras miofuncionales; A través de la intervención e interacción terapéutica, se pueden producir modificaciones en la función muscular con las estructuras ya existentes, y la modificación del incremento

del flujo sanguíneo y oxigenación muscular. (Varela, 1987)

(Álvarez García, 2005) manifiesta que algunos malos hábitos orales desequilibran tanto las funciones orofaciales como el crecimiento facial y dentario, y predisponen a la aparición de dificultades fonoarticulatorias. Entre los más frecuentes encontramos la succión digital, el uso del biberón o del chupete más allá de las edades normales, la deglución atípica, el morderse las uñas y los malos hábitos de nutrición que son los principales factores para crear las disfunciones orofaciales.

2.2.1. Funciones Orofaciales

Las funciones de succión, deglución y masticación se inician en la etapa intrauterina; ahí se perfeccionan para enfrentar la etapa del nacimiento. Además, existen factores intrínsecos y extrínsecos responsables de la fisiología neonatal normal. Por esto, los especialistas del crecimiento y desarrollo intrauterino de común acuerdo con los padres deben conocer todos los detalles involucrados en una formación y una función adecuada del aparato estomatognático para poder identificar con tiempo algún problema en su funcionalidad. (Durán, 2012)

Todas las funciones que se realizan en la cavidad oral (respiración, succión, deglución, masticación y fonación), estimulan el crecimiento y desarrollo del tercio inferior de la cara. Por ello, el tipo de lactancia, así como los hábitos orales disfuncionales, pueden influir sobre la morfología definitiva de los maxilares y de la oclusión dentaria dando paso a las disfunciones orofaciales y por ende alteraciones en el desarrollo del lenguaje, en la articulación y en la correcta pronunciación. (Mendoza, 2010)

El desarrollo de la alimentación y la deglución implica una serie sumamente compleja de interacciones que se inician en los períodos embriológico y fetal, continúan hasta la primera infancia y la niñez. Los estudios realizados en fetos para valorar las funciones de succión, deglución, y masticación se realizan con métodos como la ultrasonografía con Doppler a color y los que dan imágenes de tercera y cuarta dimensión. (Durán, 2012)

2.2.1.1. Deglución

(Camba, 2003) define a la deglución como contracciones musculares interdependientes y coordinadas, que ponen en juego a pares craneales, nervios cervicales y músculos a nivel bucofonador. La integridad de todos estos elementos garantizará la creación de las presiones diferenciales a nivel del tracto digestivo desde la boca hasta el esófago, responsable de la progresión del bolo alimenticio. Los factores que influyen en la correcta preparación del bolo alimenticio son la correcta dentición y oclusión, la buena movilidad a nivel de la articulación temporomandibular, una correcta salivación y el mantenimiento de un estado cognitivo que posibilite la atención.

2.2.1.2. Masticación

La masticación comprende un patrón cíclico y repetido de movimientos de rotación lateral de los labios y de la musculatura mandibular, el objetivo es triturar y fragmentar los alimentos. El movimiento masticatorio puede comenzarse y pararse a voluntad, pero una vez iniciado continúa de forma totalmente automática por un mecanismo reflejo, cuyo centro de control está a nivel del tronco del encéfalo. El reflejo masticatorio se estimula con el contacto del alimento en la boca. Cuando la presencia del alimento estimula las encías, los dientes y la lengua, el paladar duro y el velo del paladar, los dientes y la lengua en sus diferentes regiones. Es lo que se denomina puntos de articulación. (Camba, 2003)

2.2.1.3. Respiración

La implicación de los órganos fono articulatorios con la función respiratoria va más allá del hecho de que el sistema respiratorio es el generador de la energía, el soplo espiratorio que dará lugar a la producción de la voz. Durante la respiración tienen lugar a nivel laríngeo movimientos glóticos, que posibilitan los flujos aéreos inspiratorio y espiratorio. Así, durante la inspiración se produce una abducción o apertura de los pliegues vocales, mientras que durante la espiración o al toser se produce la aducción o aproximación de los mismos. (Camba, 2003)

2.2.1.4. Habla

El habla es una función voluntaria y por tanto altamente dependiente de los niveles de integración superior. El sistema nervioso central estará encargado de la elaboración del lenguaje hablado, su programación, síntesis e interpretación y de la génesis del impulso motriz.

El lenguaje es el resultado de la implicación de muchas áreas cerebrales cuya función última es dar significado a las palabras habladas o escritas, es una función expresiva y comprensiva. (Camba, 2003)

2.2.2. Patologías Asociadas

2.2.2.1. Deglución atípica

En la deglución atípica, la lengua interpuesta entre los arcos dentarios, impide la oclusión de los mismos. Los labios (especialmente el labio inferior) tratan de tapar la abertura anterior de la boca, produciéndose así la contracción de la musculatura peri bucal y permaneciendo en reposo, en cambio, los músculos elevadores de la mandíbula. Por otra parte, la contracción de esta musculatura peri bucal, de afuera hacia adentro, interfiere en el crecimiento natural de los maxilares, especialmente el maxilar inferior, desencajando las mandíbulas y agravando por tanto el problema, puesto que de esta forma se facilita la succión o mordida del labio inferior y la labio-versión de los incisivos superiores.(Castells, 1992)

La Deglución atípica con ruido, proyección anterior de la lengua, contracción exagerada del orbicular, movimientos de la cabeza, habla imprecisa con problemas de articulación y exceso de saliva; habla con sonoridad extraña debido a las frecuentes otitis y con alto índice de ceceo anterior o lateral. Voz con híper o hipo nasalidad, o ronca, todos estos problemas pueden traer como consecuencia problemas digestivos y atragantamientos por la incoordinación de la respiración con la masticación. (Varela, 1987)

Alrededor de los dos o tres años, el desarrollo de los procesos alveolares y de los

dientes limita el espacio para la lengua. Por la maduración de las vías nerviosas, un nuevo tipo de deglución comienza a instaurarse. Esta forma de tragar del lactante, sin embargo, puede mantenerse hasta alrededor de los cuatro años sin mayores inconvenientes. Pasado este tiempo, el tragar infantil debe haber sido corregido, o es entonces cuando hablaremos de deglución atípica. (Castells, 1992)

2.2.2.2. Alteraciones de la Masticación

Cuando hablamos de hábitos alimenticios, no sólo nos referimos a lo que se come, sino también a cómo, al tiempo disponible, al valor que se le da a la alimentación, etc. Normalmente el problema alimentario no es solo del paciente, sino también de su familia. Hay padres que por ahorrar tiempo por la mañana siguen dando el desayuno con biberón a niños que ya deberían comer alimentos más sólidos, como galletas o tostadas, y que podrían utilizar la taza o el vaso para beber.(Varela, 1987)

2.2.2.3. Hipotonía lingual

La presencia de hábitos bucales deformantes, especialmente el empuje lingual, se encuentra íntimamente relacionada con las dislalias; tanto la lengua como el espacio intermaxilar, sufren modificaciones considerables en el crecimiento entre los 10 años de edad y la adultez; la lengua se vuelve relativamente más pequeña cuando se compara con el espacio intermaxilar, y parece probable que estos cambios relativos en la morfología del espacio intermaxilar y la musculatura de la lengua, puedan también jugar una parte en el desarrollo de la voz.(Camba, 2003)

2.2.2.4. Alteraciones en la respiración

Según (Camba, 2003) las características que presenta los niños con alteración en la respiración son:

- La respiración rápida que provoca una vocalización más reducida.
- La dificultad en la inspiración que provoca una reducción en la producción del número de sílabas durante la espiración.
- La dificultad en la espiración que provoca inconvenientes en el inicio de la

vocalización con escape notorio de aire antes de comenzarla.

- Los movimientos involuntarios de los músculos respiratorios que generan elevaciones diversas de la voz e interrupciones en la vocalización

2.2.2.5. Síndrome de respirador Bucal

La respiración bucal se define como la respiración que el individuo efectúa a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz, generalmente se utilizan ambas vías, es decir, la bucal y la nasal. Los síntomas más comunes de los pacientes que respiran por la boca se refieren a falta de aire o insuficiencia respiratoria, cansancio rápido al realizar actividades físicas, dolor en los costados y en la musculatura del cuello, disminuye el sentido del olfato y del gusto, halitosis, boca seca, dormir mal y roncar, somnolencia durante el día, ojeras, escupir al hablar. (Chauca-Saavedra, 2019)

2.2.2.6. Malos hábitos Orales

Los hábitos orales, principalmente el biberón, chupete y la respiración oro nasal se relacionaron con alteraciones de la motricidad oro facial incluso el sistema (Andressa, 2009)

La alimentación con biberón y los hábitos de succión no nutritiva favorecen al desarrollo de las maloclusiones involucrando diferente participación de complejos musculares craneofaciales que son utilizados cuando el niño ejerce acción de amamantamiento principalmente las fuerzas que ejerce la lengua contra el paladar duro y blando, causando cambios en el desarrollo armónico de las arcadas dentarias.(Mendoza, 2010)

2.2.2.7. Succión digital

Son hábitos bucales deformantes más frecuentes en el niño, capaces de producir grandes anomalías dentomaxilo faciales, alteraciones en la función masticatoria, en la psiquis y del estado de salud general. Es uno de los hábitos que más interesa, por la frecuencia con que se presenta, por las deformaciones que produce y por la implicación psíquica que de ellos se deriva. La succión del pulgar es la forma más común, aunque

se pueden encontrar casos de succión de otros dedos y en una variada gama de posiciones. (Pérez Acosta, Vicia Olga Reyes Suárez y Yamilín Licea Rodríguez, 2013)

Estos hábitos de succión (chupete, pulgar o succión del labio inferior), mantenidos más allá de los tres o cuatro años, ocasionan diversas malformaciones (mordida abierta, mordida cruzada, retracción mandibular, retracción de los incisivos anteriores superiores, etc.) ya que las arcadas dentarias se acomodan al objeto succionado. Los efectos de la succión digital dependerán de la intensidad, el tiempo, la frecuencia, el número de dedos implicados, la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfo genético. El uso del chupete y la succión digital favorecen la deglución atípica. (Castells, 1992)

2.2.2.8. Respiración bucal

Un alto porcentaje de pacientes con malformaciones son respiradores bucales. A menudo el niño respira por la boca porque durante los primeros estadios de su desarrollo ha tenido una obstrucción de las vías respiratorias nasofaríngeas, pasaje nasofaríngeo angosto asociado a una membrana nasal inflamada, cornetes inflamados, vegetaciones adenoideas, amígdalas hipertróficas, tabique nasal desviado, que ha dificultado la respiración nasal. Las alergias severas y persistentes que afectan a las vías respiratorias altas, que provocan congestiones nasales frecuentes, producen en el sistema respiratorio, efectos similares. (Castells, 1992)

2.2.3. Trastornos del habla asociados a las disfunciones orofaciales

Es frecuente encontrar en estos pacientes trastornos del habla asociados, tales como:

- Articulación defectuosa de uno o varios fonemas (dislalias)
- Problemas de inteligibilidad del habla poco claro
- Mala coordinación de los órganos bucofonatorios
- Labios híper o hipotónicos
- Mandíbula caída
- Poca fuerza de los maseteros

Para lograr una correcta articulación del lenguaje se requiere una buena coordinación de la musculatura orofacial y de la respiración, cuando hay deformación en dichos órganos o simplemente una mala coordinación, podemos encontrar problemas articulatorios.

La boca desempeña un importante papel en dos de las funciones que intervienen en la fonación: resonancia y articulación, puesto que los labios, los dientes, el complejo velo lingual y otras estructuras orofaciales intervienen en la articulación de los fonemas (Varela, 1987)

Bustos (1983) advierte que la retroversión de los incisivos dificultará la articulación de los fonemas dentales. O que otras formas de mal oclusión provocadas por la retracción o prognatismo mandibular, pueden traer como consecuencia la deformación o alteración de los fonemas que tienen como punto de articulación (s, ch) y de aquellos en que la lengua tiene como punto de apoyo los dientes y alveolos (d, f, t, r, rr). Las dificultades de cierre labial (debidas a desequilibrios musculares de los labios producidos por la respiración bucal, desencaje mandibular, deglución atípica, etc.) pueden conllevar problemas en la articulación de los fonemas bilabiales (b, m, p). (Ygual Fernández, Cervera Mérida y Rosso, 2008)

Si la morfología de estas cavidades está alterada, lógicamente y en función de la importancia de esta alteración, la voz puede verse alterada, es recomendable aplicar la terapia miofuncional debe también corregir el desequilibrio de las fuerzas musculares en la articulación de sonidos, puesto que los pacientes, suelen tener disfunciones en la musculatura orofacial, la musculatura desequilibrada, suele haber fuerzas desequilibradas durante la articulación de los sonidos.(Costa, Mezzomo y Soares, 2013)

El defecto de la fonación puede ser audible o inaudible y las presiones derivadas de la colocación inadecuada de la lengua pueden influir en la ATM (articulación temporomandibular), los dientes, las estructuras de soporte o los músculos faciales. A menudo observamos en nuestra práctica habitual como Estimuladores, que el maxilar inferior se desplaza hacia adelante con la lengua entre los dientes o en otras posiciones anormales para emitir sonidos como la s, l, t, d, n y la debilidad de la parte media de la

lengua puede producir un sonido defectuoso de la ch, j o su con introducción de la lengua lateralmente. (Castells, 1992)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ubicación

La investigación se realizó en el Centro de Enfermedades Neurológicas y Nutricionales de Niños y Adolescentes CENNA, ubicado en la Ciudad de Ambato, Provincia de Tungurahua, sector Ficoa, avenida Guaytambos y Avellanas. Edificio Monza 1er piso (frente al Parque Los Quindes).

3.2. Equipos y materiales

- Formulario de la investigación que contiene los datos demográficos y los datos propios de la investigación.
- Ficha de Observación Detección de Disfunciones Orofaciales
- Test de Articulación a la Pronunciación (T.A.R)

3.3. Tipo de Investigación

La presente investigación es de Tipo Analítico, diseño prospectivo debido a que se obtendrá la caracterización de las distintas variables que componen las dimensiones del trabajo determinándolas en base al análisis teórico, estadístico y clínico.

El enfoque es cuantitativo, porque ayuda a orientar y sustentar teóricamente el estudio mediante la investigación al utilizar datos numéricos y emplear recursos estadísticos para confirmar la hipótesis (Hernández, 2014)

3.4. Prueba de Hipótesis

En la formulación de la hipótesis se presenta:

Hipótesis nula:

H₀: El desarrollo del lenguaje en niños de 2 a 6 años si tiene relación con las Disfunciones Orofaciales.

Hipótesis alternativa:

H₁: El desarrollo del lenguaje en niños de 2 a 6 años si tiene relación con las Disfunciones Orofaciales.

3.5. Población o muestra**3.5.1. Población**

El estudio se realizó en niños y niñas de 2 a 6 años de edad que acudieron al Área de Foniatría del Centro de Enfermedades Neurológicas y Nutricionales de Niños y Adolescentes CENNA

3.5.2. Muestra

La muestra estará integrada por 30 niños y niñas será probabilística y para su selección se utilizará el 5% de error del margen emitido y el 95% de confiabilidad porque todos tienen la misma oportunidad para participar, resultando como un mínimo 29 niños.

3.5.2.1. Criterios de Inclusión

- Niños de 2 a 6 años que acuden a Terapia de Lenguaje en el centro de salud
- de “Santa Rosa”
- Niños de sexo masculino y femenino
- Niños que sus padres o responsables firmaron el Asentimiento y Consentimiento
- Informado, para ratificar el acuerdo con la participación.
- Niños con diagnóstico de Retraso en la Adquisición y desarrollo del Habla
- Niños con Hipotonía- OFA

3.5.2.2. Criterios de Exclusión

- Niños con síndromes genéticos y malformaciones
- Niños con sospecha de deterioro neurológico
- Niños con tratamiento de ortodoncia o terapia miofuncional orofacial previa o actual.

3.5.2.3. Aspectos bioéticos de la investigación

En la Constitución de la República del Ecuador aprobada en el 2008, Art.- 44 define que: “El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas, en el Art.- 46 sostiene que: “el Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

Atención a menores de 6 años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de sus derechos”.

Dentro de la sección séptima sobre salud, establece en su Art.- 32 que: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros

derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Por lo tanto, en el presente proyecto de desarrollo se consideró el bien superior del sujeto de investigación para lo cual:

- Se realizó una charla a los representantes legales de los sujetos de investigación (Niños-as de 2 a 6 años), en la cual se dio a conocer cuál era el objetivo del proyecto, cuales son los beneficios que obtenían al participar en el mismo, se les indicó que el proyecto como investigación garantiza el derecho de confidencialidad es decir que los datos obtenidos no serán revelados por nombre y se utilizara un código numérico para identificar a cada sujeto de investigación.
- Se indicó que se respetara la autonomía, confidencialidad, privacidad, no teniendo maleficencia en los datos obtenidos y que los representantes legales que decidan participar en el proyecto serán informados sobre los resultados.
- Se informó que para la obtención de resultados se aplicara el test de TAR que evalúa el nivel de Articulación del sujeto de investigación.
- Se solicitó el respectivo consentimiento informado y firmado. Y, además, a los niños se les hará firmar un asentimiento informado
- Se consideró también que las personas pueden retirarse cuando deseen y no recibirán ningún estímulo económico para realizar la investigación.
- Se respetó el principio de confiabilidad indicando que la información recogida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación
- Sé explico a los representantes legales que las intervenciones no tienen riesgo alguno ni efectos secundarios.
- Los resultados servirán para la obtención del título en Magister en Estimulación Temprana mención: intervención en Neurodesarrollo y serán publicados.

Es importante indicar que los aspectos éticos con los que se realizó la investigación están acorde a Normas nacionales e internacionales para investigaciones en seres

humanos. DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008). Código de Ética del Ministerio de Salud Pública e Instituciones Adscritas. Quito-Ecuador 2013.

http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Doc_Codigo_Etica.pdf

3.6. Recolección de la Información

Luego de la aprobación de la Comisión de Bioética de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, del proyecto de investigación e Innovación se inició con la ejecución del mismo. Se informó a los padres sobre la investigación solicitando el permiso y la firma del consentimiento informado. La recolección de la información se realizó con los siguientes cuestionarios:

3.6.1. Formulario de la investigación que contiene los datos demográficos y los datos propios de la investigación.

3.6.1.1. Ficha de Observación Detección de Disfunciones Orofaciales

Carasusán, Donato, & Ventosa (2014), la ficha de observación detección de disfunciones orofaciales, tiene como objetivo lograr el establecimiento de las bases para realizar una exploración clínica y posterior valoración sistemática, ordenada y completa, necesaria para diagnosticar y pronosticar desequilibrios miofuncionales y su influencia en el órgano bucal. Abarcan aspectos morfológicos y funcionales del sistema estomatognático, a la vez que contemplan aspectos estético - faciales y posturales del paciente. La evaluación se realizará a través de la observación directa y de pruebas subjetivas y objetivas enunciadas en el mismo protocolo.

Estas fichas son un recurso muy útil para realizar una evaluación global del S.E. A partir de ellas se identificarán aquellos aspectos que requieran una evaluación más minuciosa, que podrá efectuarse de acuerdo a las necesidades de cada caso- utilizando las guías o fichas específicas.

3.6.1.2. Test de Articulación a la Pronunciación TAR

(Maggiolo, 2017) Se basaba en su experiencia de acuerdo a la cual utilizaba una lista de palabras y frases, con la modalidad repetición, para identificar esas deformaciones en los niños, el Test de Articulación a la Repetición (TAR) es una prueba que permite evaluar el nivel fonético de los niños, pudiendo así detectar posibles dislalias o inconsistencia fonémica, como evaluar la memoria auditiva en la repetición de las frases y oraciones, este test se puede aplicar a todo niño que haya adquirido el lenguaje y que sea capaz de repetir palabras y no tiene límite de edad. Su realización se lleva a cabo en forma individual a través de la repetición de las palabras presentadas por el examinador al niño.

La Prueba consta de cinco secciones que se presentan a continuación:

Fonemas: Incluye 124 palabras bisilábicas y trisilábicas que contienen los 17 fonemas consonánticos del sistema fonológico del español según su realización en Chile, ordenados de acuerdo a su zona articulatoria de anterior a posterior.

Cada uno de los fonema, se evalúa en lo que se denominaba posición inicial, media, final y trabante y en dos oportunidades por cada posición para mayor confiabilidad del registro del desempeño del niño.

Diptongos: Incluye 26 palabras que contienen 13 diptongos posibles en español, tanto crecientes (ejemplo “piano”) como decrecientes (ejemplo “auto”).

Secuencias consonánticas: Incluye 25 palabras con diferentes secuencias consonánticas homosilábicas en el español tanto en sílaba inicial (“blusa”) como final de palabra (“tabla”).

Palabras polisilábicas: Consta de 10 palabras, 5 de ellas son palabras solo con sílabas del tipo CV (por ejemplo, “mariposa”) y otras 5 que contienen estructuras silábicas que ofrecen mayor dificultad en su realización como secuencias consonánticas homosilábicas (ejemplo “bicicleta”) y sílabas con coda silábica (ejemplo “helicóptero”). La elección de la mitad de palabras con estructura silábica más simple y la otra mitad con estructuras más complejas evidencia el equilibrio con el que están seleccionadas las palabras estímulo (Maggiolo L., 2017)

3.7. Procesamiento de la información y análisis estadístico

Los datos se incorporaron al sistema estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) respetando las variables y su codificación (operacionalización de variables), se verificó la calidad de los datos.

El paso fue para las variables cuantitativas continuas se empleó medidas de tendencia central y de distribución. Para las variables cualitativas se usó frecuencias y porcentajes. Para la prueba de la hipótesis se empleó la correlación de Pearson (Bivariable), con de prevalencia en los intervalos de confianza. Los datos se presentan en tablas.

3.8. Variables respuesta o resultados alcanzados

Tabla N°. 5. Variables respuesta o resultados alcanzados

| Variable | Definición | Indicador | Escala | Tipo De Escala |
|---------------------------------|--|--|---|------------------------|
| Disfunciones orofaciales | Desequilibrio de las funciones del Sistema Orofacial, su Manifestación y Persistencia puede contribuir a provocar, y agravar maloclusiones dentales (Diana Grandi,2014) | Ficha de Observación y 2. Detección de Disfunciones Orofaciales | 1. Normal: sin alteraciones | Cualitativa Nominal |
| | Medio fundamental de la comunicación que le permitenal individuo expresar y comprender ideas, pensamientos y sentimientos.(Mariangela Maggiolo,2017) | Test de Articulación a la pronunciación (TAR) | 1. Alteracion es en el Lenguaje: >20 puntos | Cualitativa Nominal |
| Desarrollo del lenguaje | | | Fonemas, diptongos, secuencias consonánti | |

cas.,
palabras
parisilábicas

2.Normal:
< 20 puntos

Fuente: Variables respuesta o resultados alcanzados

Compilado por: (Bayas, 2020)

Tabla N°. 6. Georeferenciación

| | | | |
|-------------|--|-------------------------------|-----------------------|
| Edad | Son cambios continuos en las personas. Años | Cuantitativa continua | Cuantitativa continua |
| | Rodríguez (2018) | | |
| Sexo | Cédula | 1. Hombre : Sexo masculino | Cualitativa |
| | Es una condición orgánica que distingue individuos hombres mujeres. Miranda (2012) | 2. Mujer: Sexo Femenino | Nominal |

Fuente: Variables respuesta o resultados alcanzados

Compilado por: (Bayas, 2020)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Caracterización de la población de estudio de la investigación

4.1.1. Características demográficas de los niños que acuden al área de Foniatria, CENNA, 2020

Tabla N°. 7. Características demográficas

| Características | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|-------------------|------------------------|
| Sexo | | |
| Hombre | 21 | 70% |
| Mujer | 9 | 30% |
| Total | 30 | 100% |
| Edad del Niño: | Media | Desvió estándar |
| | 3,73 | 1,112 |

Fuente: Características demográficas Compilado por: (Bayas, 2020)

Análisis e interpretación

De una totalidad de 30 estudiantes equivalente al 100%; 21 correspondiente al 70% pertenecen al género masculino; mientras 9 equivalente al 30% se incluye en el género femenino. Según los datos estadísticos obtenidos en las características demográficas la mayor parte de personas observadas corresponde al género masculino y una minoría al femenino.

4.1.2. Desarrollo de las Disfunciones orofaciales en niños de 2 a 6 años de edad

Tabla N°. 8. Desarrollo de las Disfunciones orofaciales

| Características | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|------------|------------|
| Disfunciones Orofaciales | | |
| Normal: Sin Alteración | 19 | 63% |
| Disfunción Definida: Con Alteración | 11 | 37% |
| Total | 30 | 100% |

Fuente: Desarrollo de las Disfunciones orofaciales Compilado por: (Bayas, 2020)

Análisis e interpretación

En la presente tabla se obtiene que 19 niños pertinentes al 63% no presentan disfunciones orofaciales; mientras 11 niños equivalente a 37% si presentan disfunción definida: con alteración.

Según la información estadística, la mayor parte de infantes no presentan disfunciones orofaciales; mientras un menor porcentaje presenta disfunción definida con alteración, lo que genera un desequilibrio de las funciones, su manifestación y persistencia puede contribuir a provocar y agravar las maloclusiones dentales. Ello dependerá de su etiopatogenia, como así también de la intensidad, duración y frecuencia de las disfunciones.

4.1.3. Antecedentes del desarrollo del lenguaje de los niños de 2 a 6 años

Tabla N°. 9. Antecedentes del desarrollo del lenguaje de los niños de 2 a 6 años

| Características | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Desarrollo del lenguaje expresivo oral | | |
| Alteraciones en el Lenguaje | 21 | 70% |
| Desarrollo Normal | 9 | 30% |
| Total | 30 | 100% |

Fuente: desarrollo del lenguaje de los niños de 2 a 6 años

Compilado por: (Bayas, 2020)

Análisis e interpretación

De una totalidad de 30 niños y niñas, equivalente al 100%, en cuanto al desarrollo de lenguaje 21 concerniente al 70% presentan alteraciones en el lenguaje; mientras 9 equivalente al 30% exterioriza un desarrollo normal.

En los resultados del test se determina que, en el desarrollo del lenguaje expresivo oral, la mayoría de niños y niñas presenta alteraciones en la articulación de los fonemas agrupados en las siguientes categorías: bilabiales, labiodentales, dentales, alveolares, palatales y velares; además, presentan dificultad en la pronunciación de fonemas presentados en sílaba inicial, media, final. Se resalta que los fonemas evaluados fueron clasificados de acuerdo con el punto articulatorio de las palabras.

Tabla N°. 10. Detalle del tipo de disfunciones orofaciales

| Detalle del tipo de disfunciones orofaciales | | | | |
|---|-------------------|-----------------|-------|------|
| Evaluación | | | | |
| Dimensiones | Indicadores | Ítems | Total | % |
| Examen Exobucal | Labios | Competentes | 0 | 0% |
| | | Incompetentes | 2 | 19% |
| Examen Endobucal | Lengua | Normal | 0 | 0% |
| | | Alterado | 2 | 18% |
| | Arcadas dentarias | Mordida abierta | 1 | 9% |
| | | Mordida cerrada | 0 | 0% |
| Funciones Orofaciales | Respiración | Nasal | 0 | 0% |
| | | Oral | 2 | 18% |
| | Succión | Madura | 0 | 0% |
| | | Inmadura | 2 | 18% |
| | | Uso de biberón | 1 | 9% |
| | Deglución | Normal | 0 | 0% |
| Alterada | | 1 | 9% | |
| Total | | | 11 | 100% |

Fuente: detalle del tipo de disfunciones orofaciales

Compilado por: (Bayas, 2020)

En referencia a la observación efectuada en la evaluación de las disfunciones orofaciales se determina el siguiente detalle:

- En el examen exobucal 2 infantes presentan labios incompetentes.
- En el examen endobucal 2 infantes exteriorizan alteraciones en su lengua (frenillo sublingual)
- En las funciones orofaciales 2 infantes presentan respiración oral, indicando un síndrome de respirador bucal; dos infantes presentan una succión inmadura, mientras 1 uno usa biberón; mientras en un infante se evidencia una deglución alterada.

4.1.4. Comprobación de la hipótesis

Marlo Lógico

Hipótesis nula:

H₀: Las estrategias de intervención no favorecen el desarrollo normal del lenguaje en niños de 2 a 6 años.

Hipótesis alternativa:

H₁: Las estrategias de intervención si favorecen el desarrollo normal del lenguaje en niños de 2 a 6 años.

Marco estadístico

En el análisis estadístico se trabaja con un error del 5%, una confiabilidad del 95%, una significación del 0,05.

Tabla N°. 11. Relación entre el desarrollo del lenguaje y las disfunciones orofaciales

| Correlaciones | | | | | |
|--|--|-------------------------------|--|-------------------|--------------------|
| | | Disfunciones Orofaciales | Desarrollo del lenguaje expresivo oral | | |
| Disfunciones Orofaciales | Correlación de Pearson | | 1 | 1,000 | |
| | Sig. (bilateral) | | | 0.0 | |
| | Suma de cuadrados y productos cruzados | | 32,000 | 48,000 | |
| | Covarianza | | 32,000 | 48,000 | |
| | N | | 2 | 2 | |
| | Sesgo | | 0 ^d | ,000 ^d | |
| | Típ. Error | | 0 ^d | ,000 ^d | |
| | Bootstrap ^c | Intervalo de confianza al 95% | Inferior | 1 ^d | 1,000 ^d |
| | | | Superior | 1 ^d | 1,000 ^d |
| | Desarrollo del lenguaje expresivo oral | Correlación de Pearson | | 1,000 | 1 |
| Sig. (bilateral) | | | 0.0 | | |
| Suma de cuadrados y productos cruzados | | 48,000 | 72,000 | | |

| | | | | |
|--|------------------------|-------------------------------|-------------------|--------------------|
| | Covarianza | | 48,000 | 72,000 |
| | N | | 2 | 2 |
| | | Sesgo | ,000 ^d | 0 ^d |
| | | Típ. Error | ,000 ^d | 0 ^d |
| | Bootstrap ^c | Intervalo de confianza al 95% | Inferior | 1,000 ^d |
| | | | Superior | 1,000 ^d |

La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

c. A no ser que se indique lo contrario, los resultados autodocimantes se basan en 1000 bootstrap samples

Fuente: Programa Estadístico SPSS

Compilado por: (Bayas, 2020)

En la tabla 11 se visualiza Una correlación entre el desarrollo del lenguaje y las disfunciones orofaciales obteniendo en la correlación de Pearson el valor de 1 equivalente al 100% en su correlación sumando a esto una significación bilateral de 0.0 inferior a la significación de 0.05 Propuesta al inicio del estudio Cabe destacar que el intervalo de confianza continúa con el 95%

Tabla N°. 12. Medidas simétricas

| Medidas simétricas | | Valor | Error típ. asint. ^a | Sig. aproximada |
|---------------------------|------------------------------|-------|--------------------------------|-----------------|
| Nominal por nominal | Coefficiente de contingencia | ,707 | | ,157 |
| Intervalo por intervalo | R de Pearson | 1,000 | ,000 ^c | |
| N de casos válidos | | 2 | | |

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Fuente: Programa Estadístico SPSS

Compilado por: (Bayas, 2020)

Análisis e interpretación

En la verificación de la hipótesis se toma como referente la información estadística obtenida en resultados de la variable independiente: disfunciones orofaciales y la variable dependiente desarrollo del lenguaje expresivo oral; por tanto se emplea una significación del 0,05% con una confiabilidad del 95% asumiendo dos casos válidos

(resultados de las variables de estudio) donde el coeficiente de contingencia es 0.7, por acercarse a uno toma un valor positivo, mientras el intervalo de Pearson por su aproximación a uno toma también un criterio positivo caracterizándose por un error atípico asintótico de 0.0 por ser inferior a 0.05 y mediante una aproximación normal se asume la hipótesis alternativa que dice: Las estrategias de intervención si favorecen el desarrollo normal del lenguaje en niños de 2 a 6 años.

4.1.5. Discusión

1. En la identificación de las funciones orofaciales se menciona la respiración, succión, masticación, y deglución; para el fonoaudiólogo especialista en motricidad orofacial Guzmán, Rimassa, Castañón, & Flores, (2018) manifiesta que es de interés el proceso de articulación del habla, la cual se relaciona con el rango de acción mandibular, y por ende con la articulación temporo mandibular, en su relación con problemas de articulación; otros profesionales como Jaque, Jeldes, & Mieres (2011) coinciden que los movimientos labiales que logran ejecutar en un porcentaje relativamente alto (85% y 80%) son: inflar las mejillas y la distensión y elevación de labios; situación que no concuerda a cabalidad con la literatura. Por lo expuesto Redondo & Lorente (2004) en su estudio establece que la terapia miofuncional aporta en la valoración y corrección de las disfunciones orofaciales que pueden interferir en funciones primarias como son la succión, la masticación, la deglución, la respiración y la fono-articulación. Por tanto la investigación tiene una relación con los estudios efectuados por los indagadores (Guzmán, Rimassa, Castañón, & Flores, 2018), (Jaque, Jeldes, & Mieres, 2011) y (Redondo & Lorente, 2004)
2. En la clasificación de las funciones orofaciales y sus patologías asociadas en los niños de 2 a 6 años de edad, los resultados obtenidos se relacionan con los estudios efectuados por: Durán, Rodríguez, De la Teja, & Zebadúa (2012)menciona que las funciones son: de succión, deglución y masticación se inician en la etapa intrauterina; Rodríguez (2016)c oincide que las funciones que se realizan en la cavidad oral (respiración, succión, deglución, masticación

y fonación), estimulan el crecimiento y desarrollo del tercio inferior de la cara. Rivera, Pérez, & Rangel (2015) expone que existe la necesidad de aplicar actividades orofaciales que contribuyan en la pronunciación y articulación, lo que ayuda a mejorar la forma de expresar sus emociones, intereses y opiniones con un lenguaje oral claro y mejor estructurado; menciona Zurita (2010) además, mejorará el nivel gramatical y semántico, pudiendo los infantes estructurar mejor las oraciones, emplea adecuadamente el sujeto, verbo y los artículos, también demuestra tener un incremento de su vocabulario. Sostiene Gironda (2012) que las estrategias de intervención al ser planificadas de acuerdo a la edad y necesidades a satisfacer de cada niño y niña generan resultados positivos, siendo uno de ellos, la mejora de la pronunciación correcta de algunas palabras en los infantes. Entonces, claro está que la utilización de programas preventivos es un pilar fundamental en el desarrollo integral.

3. En cuanto a la descripción de los antecedentes de desarrollo del lenguaje de los niños de 2 a 6 años, se detalla que las disfunciones orofaciales son un conjunto de alteraciones anatómicas y funcionales del sistema orofacial que perjudican un desarrollo apropiado para el niño de 0 a 6 años, puesto que en esta etapa es cuando se adquieren y generalizan dichas funciones, resultados que están relacionados con los criterios expuestos por los investigadores: Espinoza, (2018) el retraso en la adquisición de las funciones orofaciales por trastornos estructurales, o los malos hábitos adquiridos, provocan consecuencias nefastas para el desarrollo orofacial del niño. Es así como González, Gianfranco, & Quirós (2012) afirma que la deglución infantil o atípica, la succión digital o malos hábitos adquiridos, y las anomalías en los órganos bucofonatorios propician, inexorablemente, alteraciones en el sistema orofacial. Como afirma Molina, Guerra, & Gutiérrez (2003) en la deglución, si la lengua se interpone entre los dientes al tragar, se dice que conserva el hábito de succión de cuando la lengua se amoldaba al pezón materno para mamar. A la salida de los dientes y al cambio de alimentación, modificamos el patrón neuromuscular, pero si no fuera así, la lengua interpuesta entre los maxilares hace de freno a la erupción normal de los incisivos y crea una mordida abierta anterior. Si el hábito se abandona tempranamente, se corrige la mordida abierta espontáneamente. En

el caso de las anomalías a nivel estructural, no sólo pueden afectar a la estética del niño, también pueden presentar otras complicaciones a la alimentación, dentición, habla, e incluso podrían afectar al oído. A causa de la mala formación, los bebés tienen problemas para succionar la leche: así pues, mientras un bebé con labio leporino no tiene tanta dificultad, los que presentan paladar hendido tendrán más complicaciones para alimentarse.

4. En el presente estudio, existe una relación entre las disfunciones orofaciales con los antecedentes del desarrollo del lenguaje, criterio sostenido por Concepción (2017) al manifestar, las disfunciones orofaciales son un conjunto de alteraciones anatómicas y funcionales del sistema orofacial que perjudican un desarrollo apropiado para el niño de 0 a 6 años, puesto que en esta etapa es cuando se adquieren y generalizan dichas funciones. El retraso en la adquisición de las funciones orofaciales por trastornos estructurales, o los malos hábitos adquiridos, provocan consecuencias nefastas para el desarrollo orofacial del niño. Afirma Sarango (Sarango, 2014), Los niños que presentan problemas en la motricidad orofacial ostentaran una deglución inadecuada y la presencia de función muscular compleja, en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal cuyo objetivo es el transporte del bolo alimenticio y también la limpieza del tracto respiratorio. Como mencionan González, Gianfranco, & Herrera (2012) La deglución infantil o atípica, la succión digital o malos hábitos adquiridos, y las anomalías en los órganos bucofonatorios propician, inexorablemente, alteraciones en el sistema orofacial. En la deglución, si la lengua se interpone entre los dientes al tragar, se dice que conserva el hábito de succión de cuando la lengua se amoldaba al pezón materno para mamar. A la salida de los dientes y al cambio de alimentación, modificamos el patrón neuromuscular, pero si no fuera así, la lengua interpuesta entre los maxilares hace de freno a la erupción normal de los incisivos y crea una mordida abierta anterior.
5. En el presente estudio, el diseño de estrategias de intervención miofuncional facilitan la corrección del desequilibrio muscular orofacial, la creación de nuevos patrones musculares en la deglución, la creación de patrones adecuados para la articulación de la palabra, la reducción de hábitos nocivos; según

Mercado (2017) la base del trabajo es el sistema bucomaxilofacial, que se encarga de funciones vitales como la respiración, succión, deglución, masticación y el habla; y otras múltiples como bostezar, llorar, vomitar, etc.; McNeill (2002) y Barquero (2012) afirman la terapia miofuncional es aplicada para prevenir, valorar, diagnosticar y corregir las disfunciones orofaciales que pueden interferir tanto en la producción del habla como sobre la estructura de los dientes y las relaciones maxilares. Por lo tanto las estrategias de intervención miofuncional facilitarán el conocimiento sobre el crecimiento facial y su interacción con tejidos blandos como lengua labios y musculatura orofacial para lograr un equilibrio músculo esquelético que de funcionalidad adecuada al habla.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Después de efectuado el estudio se determina las siguientes conclusiones:

1. En el presente estudio se identificó las disfunciones orofaciales en niños de 2 a 6 años de edad y su relación con problemas de articulación para la elaboración de un programa de intervención, desde esta perspectiva, el 63% no presentan una disfunción orofacial; mientras que el 37% exterioriza disfunción definida: con alteración; por tanto, las patologías incluyen desajustes en los órganos orofaciales que dificultan la masticación, respiración, deglución articulación y fonación.
2. El conocimiento relacionado con la clasificación de las funciones orofaciales y sus patologías asociadas en los niños de 2 a 6 años de edad, contribuye en la adquisición de hábitos orales, en la vía respiratoria nasal debido al agrandamiento de las amígdalas, adenoides y/o alergias, beneficiando al 70% de niños y el 30% de niñas, de esta manera se fortalece en el desarrollo anatómico y en las funciones: deglución, respiración, articulación.
3. En cuanto a la descripción de los antecedentes de desarrollo del lenguaje de los niños de 2 a 6 años, el 70% presentan alteraciones en el lenguaje; el 30% exterioriza un desarrollo normal; por tanto, la aplicación de estrategias preventivas, en las dificultades del lenguaje, debe cubrir objetivos dentro de la evaluación, que sitúan la detección precoz de los mismos y su intervención temprana, como los indicadores que garantizan el desarrollo pleno de las posibilidades lingüísticas de aquellos infantes que manifiestan problemas.
4. En cuanto a la relación de las disfunciones orofaciales con los antecedentes del desarrollo del lenguaje, se establece que existe una vinculación, detallándose: en el examen exobucal, (labios competentes e incompetentes); examen

endobucal (lengua normal y alterado), arcadas dentarias, (mordida abierta, mordida cerrada), en las funciones orofaciales: respiración (nasal, oral), succión (madura, inmadura), uso de biberón (deglución normal y alterada), en la evaluación efectuada se obtiene, en el examen exobucal 2 infantes presentan labios incompetentes, mientras en la evaluación endobucal 2 infantes exteriorizan alteraciones en su lengua (frenillo sublingual); en las funciones orofaciales 2 infantes presentan respiración oral, indicando un síndrome de respirador bucal; dos infantes presentan una succión inmadura, mientras 1 uno usa biberón; mientras en un infante se evidencia una deglución alterada.

5. Según los resultados presentados se obtiene que existe la necesidad de diseñar estrategias de intervención para el desarrollo del lenguaje expresivo oral en niños de 2 a 6 años con disfunciones orofaciales, considerando que el 63% no presenta disfunciones orofaciales, mientras el 37% presentan alteraciones; en el desarrollo del lenguaje oral; el 70% es diagnosticado con alteraciones de lenguaje, y el 30%, adquiere la normalidad. Según el resultado, se deduce que existe una relación entre las disfunciones orofaciales y alteraciones en el lenguaje oral; es decir, las estructuras anatómicas del sistema orofacial se van formando durante los primeros años de vida; por tanto, la estimulación infantil en temprana edad ejercita el sistema orofacial para un buen desarrollo del lenguaje oral, así se previene los problemas de la respiración, masticación, deglución y habla; adquisición de malos hábitos de succión o trastornos de articulación.

Considerando como limitación, que a nivel mundial la pandemia COVID-19 afecta de distintas maneras en función de cada persona, se realiza la propuesta, sin embargo no se pudo aplicar las estrategias de intervención para el desarrollo del lenguaje expresivo oral en niños de 2 a 6 años con disfunciones orofaciales.

5.2. Recomendaciones:

1. Se recomienda fortalecer la elaboración de un programa de intervención que facilite la aplicación de estrategias de prevención de las disfunciones orofaciales en niños de 2 a 6 años de edad para mejorar los problemas de

articulación que incluyen desajustes en los órganos orofaciales que dificultan la masticación, respiración, deglución articulación y fonación.

2. En el presente estudio se identifica las disfunciones orofaciales en niños de 2 a 6 años de edad y su relación con problemas de articulación para la elaboración de un programa de intervención, desde esta perspectiva, el 63% no presentan una difusión orofacial; mientras que el 37% exterioriza disfunción definida: con alteración; por tanto, las patologías incluyen desajustes en los órganos orofaciales que dificultan la masticación, respiración, deglución articulación y fonación.
3. Fortalecer el conocimiento relacionado con la clasificación de las funciones orofaciales y sus patologías asociadas en los niños de 2 a 6 años de edad, aportará en el mejoramiento de los hábitos orales al facilitar la adquisición de saberes, las habilidades y destrezas en el tratamiento de los problemas de articulación que incluye las alteraciones en la respiración, succión, deglución y masticación; así se reforzará el habla, el equilibrio muscular y las estructuras óseas de la región oral.
4. Planificar la intervención terapéutica mediante estrategias que relacionen las disfunciones orofaciales y el desarrollo del lenguaje, aportando información sobre los aspectos que inciden en las diferentes alteraciones y estableciendo las líneas básicas del tratamiento, potenciando el conocimiento de los recursos y las herramientas necesarias que permitan tomar decisiones adecuadas y realizar / llevar a cabo una intervención cuidadosa y eficaz
5. Diseñar estrategias de intervención para el desarrollo del lenguaje expresivo oral en niños de 2 a 6 años con disfunciones orofaciales, con el propósito de prevenir, valorar, diagnosticar y corregir las disfunciones orofaciales que pueden interferir, tanto en la producción del habla, como sobre la estructura orofacial. Así se explora y valora las alteraciones que pueden aparecer, tanto en la musculatura orofacial como en las funciones básicas, que son respiración, masticación y deglución.

Otra investigación relacionada con el tema de estudio puede aplicar las estrategias de intervención para el desarrollo del lenguaje expresivo oral en niños de 2 a 6 años con disfunciones orofaciales.

5.3. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilera, S., Castro, C., Rivas, M., & Rubio, C. (2012). *Descripción de Órganos Fonoarticulatorios y Funciones Orofaciales de los Estudiantes de Interpretación Musical, Mención Vientos Caña Simple y Bisel*. Santiago, Chile: Universidad de Chile.
2. Álvarez García (2005) “Protocolo de observación de la tipología facial y maloclusiones”, *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 25(1), pp. 19–27. doi: 10.1016/S0214-4603(05)75806-X.
3. Andressa, R. (2009) “Influencia de los hábitos orales en el perfil miofuncional orofacial de niños de tres a cinco años.”, *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 32, pp. 24–35.
4. Barquero, M. (8 de Agosto de 2012). Rehabilitación orofacial, tratamiento precoz y preventivo: terapia miofuncional. *Revista Científica Odontológica*, 8(2), 4.
5. Bumann, A. (2000). Atlas de diagnóstico funcional y principios terapéuticos en odontología. *Editorial Masson*, 10.
6. Camba, S. S. (2003) “Fisioterapia orofacial y de reeducación de la deglución. Hacia una nueva especialidad”, *Fisioterapia*, 25(5), pp. 0–00. Disponible en: <http://www.doyma.es>.
7. Camba, S. (01 de Mayo de 2008). Fisioterapia orofacial y de reeducación de la deglución. Hacia una nueva especialidad. *Fisioterapia*, 13(1), 71 - 76.
8. Carasusán, L., Donato, G., & Ventosa, Y. (2014). *Herramientas de evaluación de las disfunciones orofaciales*. Barcelona, España: Comisión de Herramientas de Evaluación por Patologías Logopédicas.
9. Castells, M. (1992) “Terapia miofuncional y logopedia”, “*Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*”, 12(2), pp. 85–92. doi: 10.1016/S0214-4603(92)75537-5.
10. Concepción, L. (2017). *Las disfunciones orofaciales en la infancia*. Tenerife, España: Universidad de la laguna.
11. Cortese, S., & Biondi, A. (2009). Relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales con trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes. , 107(2), . *Archivos argentinos de pediatría. Universidad de Buenos Aires*, 107(2), 134-138.
11. Costa, P., Mezzomo, C., & Soares, M. (Noviembre de 2013). Efficiency of

- Myofunctional Therapy in Cases of Phonological, Phonetic and Phonetic-Phonological Disorders. *Universidad Fedreal de Santa María*, 15(16), 1703–1711.
12. Chauca-Saavedra, C. L. (2019) “Síndrome del respirador bucal y repercusiones”,
 13. Durán, A. (2012) “Succión, deglución, masticación y sentido del gusto prenatales. Desarrollo sensorial temprano de la boca”, en Cols., D.-G. A. y Gracias (eds.). *Acta Pediatr Mex*, pp. 137–141.
 14. Espinoza, L. (2018). *Relación entre hábitos irales y alteraciones orofaciales en niños de tres a nueve años de edad*. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico de Villareal.
 15. Estrada, Y. (2015) “Factores de riesgo de maloclusiones en niños de 5 años con dentición temporal”, *Mediciego*, 21(1).
 16. Gironda, L. (2012). Cantos, rimas y juegos para desarrollar el lenguaje oral en niños y niñas en el nivel inicial Jardín Infantil Planeta Niños. *Universidad Nacional Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia.*, 1-48.
 17. González, M., Gianfranco, D., & Quirós, O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. *Revista Latinamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 4.
 18. Gonzales, L. (2019) “Trastornos del lenguaje y la Comunicación.”, 8, p. 272. Disponible en: <https://books.google.com/books?id=PFK3inQcvk8C&pgis=1>.
 19. Guzmán, D., Rimassa, C., Castañón, G., & Flores, C. (Junio de 2018). Motricidad orofacial en disfunciones temporomandibulares: enfoque integrador en la intervención interdisciplinaria. *Universidad de Valparaíso*, 6.
 20. Hernandaez, R. (2014) *Metodología de la Investigacion*. 6a ed. Editado por R. Marcela. Mèxico: Interamericana.
 21. Jaque, S., Jeldes, P., & Mieres, J. (2011). *Valoración de movimientos orofaciales en menores de 3 a 5 años con desarrollo normal datos normativos*. Santiago, Chile: Universidad de Chile. Fcaultad de Medicina.
 22. Leonor, A. (2000) “El papel del Lenguaje Interiore en la regulación del

- comportamiento”, *Revista Venezolana de Educación*, 3(1316–4910), pp. 61–68.
23. Luisa, M. y Verdú, V. (2015) Retraso del lenguaje. Retraso del lenguaje.
24. Maggiolo, M. (2017). Test de articulación a la repetición (TAR): un legado de la profesora fonoaudióloga Edith Schwalm. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 16, 14.
25. McNeill, C. (Diciembre de 2002). Temporomandibular Disorders. *Quintessence Books. Revista Científica Odontológica.*, 8(2), 5.
26. Marchesan, I. (2017) “Una reseña de Motricidad Orofacial II. Evaluación y diagnóstico”, *Revista Chilena de Fonoaudiología*, pp. 1–3.
27. Mendoza, A. (2010) “Relación de la Lactancia Materna y Hábitos de Succión no Nutritiva con Maloclusión Dental”, *Revista chilena de pediatría*, 81(2), pp. 3–7. doi: 10.4067/s0370-41062010000200012.
28. Mercado, M. (2017). Ejercicios orofaciales y su relación con el desarrollo del Lenguaje Oral. *Perspectivas en primera infancia*, 24.
29. Molina, B., Guerra, R., & Gutiérrez, R. (2003). *Laringe y Patología Cérvico Facial*. Madrid, España: Libro virtual de formación en ORL.
30. Pardo, F., & Hernández, L. (Abril de 2018). Enfermedad periodontal: enfoques epidemiológicos para su análisis como problema de salud pública. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 258-264.
31. Paso Quintana, T. et al. (2003) “Valoración logofoniatría de niñas y niños antes de iniciar el círculo infantil”, *Revista Cubana de Pediatría*, 75(3), pp. 0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312003000300005 (Consultado: el 19 de febrero de 2020).
32. Pérez Acosta, K., Vicia Olga Reyes Suárez, I. y Yamilín Licea Rodríguez, I. (2013) “Tratamiento del hábito de succión digital mediante la técnica de relajación”, 19(3), pp. 348–357. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/348>.
33. Pérez, P. (2010) “Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación”, *The Journal of Immunology*, 184(2), pp. 624–636. doi: 10.4049/jimmunol.0900936.
34. Redondo, A., & Lorente, J. (2004). Trastornos del Lenguaje. *Pediatría Integral. Unidad de Neurología, Electrofisiología y Desarrollo (UNED)*, 8(8), 10.

35. Rivera, E., Pérez, G., & Rangel, H. (2015). Análisis Discursivo de la Motricidad Orofacial en Colombia. *Revista Signos Fónicos*, 1-19.
36. Rodríguez, Y. (14 de Junio de 2016). Función motora oral del lactante como estímulo de crecimiento craneofacial. *Universidad Odontológica*, 35(74), 11.
37. Rosselli, M. (2015) *Neuropsicología del desarrollo Infantil. El manual*. Bogota: Neuropsicología del desarrollo infantil.
38. Sarango, M. (2014). *La estimulación temprana para mejorar los problemas orofaciales de los niños/as con cuadriplejia de 0 a 3 años, que asisten a la unidad de educación especial CADE, de la ciudad de Loja período octubre 2013 - a febrero 2014*. Loja: Universidad Nacional de Loja.
39. Susanibar Chavez, F., Condori, O. H. y Dioses Chocano, A. (2013) “Adquisición Fonética-Fonológica Phonetics-Phonological Acquisition”, *Rev. digit. EOS Perú Instituto Psicopedagógico EOS Perú ISSN Electrónica*, 1(1), p. 2013.
40. Valverde, S. S. (2010) “Etapas del desarrollo del habla y el lenguaje”, *Publicación de National Institute on Deafness and Other Communication Disorders NIH, 00-4781 S*, pp. 1–7. Disponible en: https://www.nidcd.nih.gov/sites/default/files/Documents/health/spanish/NIDCD- Speech-Lang-Development-Spanish_0.pdf.
41. Varela, M. (1987) “Síndrome del respirador bucal.”, *Revista chilena de odontología*, 1(1), pp. 9–17.
42. Ygual-Fernández, A. y Cervera-Mérida, J. F. (2013) “Relación entre la percepción y la articulación en procesos fonológicos sustitutorios de niños con trastornos del lenguaje”, *Revista de Neurología*. doi: 10.33588/rn.56s01.2013012.
43. Ygual Fernández, A., Cervera Mérida, J. F. y Rosso, P. (2008) “Utilidad del análisis fonológico en la terapia del lenguaje”, *Revista de Neurología*, 46(S01), p. S97. doi: 10.33588/rn.46s01.2008009.
44. Zurita, N. (2010). Las estrategias lúdicas en el desarrollo de los niños y niñas de cuatro años, del centro de educación inicial "Gotitas del Saber", Sangolquí-Quito, año lectivo 2010 - 2011. *Universidad central del Ecuador*, 1-97.

ANEXOS

Anexo N° 1. Certificado de Aprobación Muestra



CERTIFICADO DE APROBACION - MUESTRA

A petición verbal de la Lic. Fernanda Bayas, Estimuladora Temprana, se certifica que una vez revisada la base de datos del Centro de Especialidades Neurológicas y Nutricionales de niños y Adolescentes CENNA Ambato, se obtuvieron los siguientes datos de los niños de 2 a 6 años que acuden a consulta en el Área de Foniatría, y se autoriza realizar la aplicación del Proyecto de Investigación : "ESTRATEGIAS DE INTERVENCION EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS CON DISFUNCIONES OROFACIALES".

Muestra: 30 niños y niñas

Es todo cuanto puedo certificar, en honor a la verdad.

Delia Infante
entamente:

Dra. Delia Infante Cruz
MEDICO ESPECIALISTA
FONIATRIA Y AUDILOGIA
MEDICO GENERAL
REG. 3050679008

Dra. Delia Alejandra Infante Cruz
MEDICO FONIATRA CENTRO CENNA
AMBATO

Anexo N° 2. Ficha de observación y detección de disfunciones orofaciales

14 | Herramientas para la evaluación de disfunciones orofaciales

DIAGNÓSTICO LOGOPÉDICO - Pruebas, fichas y guías

Ficha de observación y detección de disfunciones orofaciales. Franja de edad: 2 a 6 años

2.2.2. FICHA DE OBSERVACIÓN Y DETECCIÓN DE DISFUNCIONES OROFACIALES. FRANJA DE EDAD: 2 A 6 AÑOS

Elaborado por: GRACIELA DONATO Fonoaudióloga, Logopeda col. 08-0201
DIANA GRANDI Licenciada en Fonoaudiología, Logopeda col. 08-0011

Nombre: Apellidos:
Fecha de nacimiento: Edad:
Domicilio: Teléfono:
Asiste a: Guardería parvulario educación infantil
Derivado por:
Motivo de consulta:
Fecha de la observación:

Examen exobucal:

- **Facies:**
- **Labios en reposo:** Competentes Incompetentes
- **Frenillos labiales:** Normal **Alterado**
Superior
Inferior
- **Contracción de musculatura perioral en reposo** No Sí
- **Nariz:**
Narinas:
Presencia de mucosidad: No Sí

Observaciones:

Examen endobucal:

- **Lengua:**
Tamaño:
Movilidad:
Frenillo:
Posición en reposo: Retruída Protruída
- **Paladar óseo:** Normal Ojival Otras características
- **Paladar blando y úvula:** Conformación: Normal Alterada
- **Dentición:** Temporal Mixta
Observaciones:
- **Arcadas dentarias:**
Relación ántero-posterior:
 Tendencia a clase I (normoclusión) Tendencia a clase II (distoclusión) Tendencia a clase III (mesioclusión)
Relación vertical: Normal
 Mordida abierta Anterior Lateral
 Mordida cubierta

Col·legi de Logopedes de Catalunya

15 | Herramientas para la evaluación de disfunciones orofaciales

DIAGNÓSTICO LOGOPÉDICO - Pruebas, fichas y guías

Ficha de observación y detección de disfunciones orofaciales. Franja de edad: 2 a 6 años

Relación transversal: Mordida cruzada Unilateral Bilateral Laterodesviación

• Piezas dentarias:

Características normales para la edad: Sí No

Observaciones:

Funciones orofaciales:

• Tipo respiratorio:

• Modo respiratorio: Nasal Mixto Oral

• Espejo de Glatzer (permeabilidad nasal) Simétrico Asimétrico

• Reflejo narinario de Godin: Presente Enlentecido Ausente

• Escape nasal: No Sí Unilateral Bilateral

• Succión: Madura Inmadura

Uso prolongado del chupete: No Sí

Uso prolongado del biberón: No Sí

Observaciones:.....

• Deglución de

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Normal | Líquidos | Sólidos | Saliva |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Disfuncional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Características:.....

Presencia de babeo: No Sí

Observaciones:.....

• Masticación:

Dieta adecuada para la edad Normal Alterada

Observaciones:.....

• Actitud Postural: Normal Alterada

Observaciones:.....

• Examen fonético-fonológico: Dislalias: S R RR Otras:.....

Articulaciones de compensación: P B M T N L CH LL

• Voz: Normal Disfónica

Observaciones:.....

Presencia de otros hábitos lesivos No Sí ¿Cuáles?:.....

Evaluación realizada por:.....

Observación:

Los ítems señalados en color se consideran clínicamente significativos y por lo tanto requerirán el tratamiento etiológico adecuado, ya sea a cargo del logopeda como así también de otros profesionales que intervienen sobre el S.E. (ORL, Odontopediatra, Ortodoncista, Especialista en Disfunción Témpero Mandibular - ATM, etc.).

Col·legi de Logopedes de Catalunya

Anexo N° 3. Test de Articulación T.A.R

TEST DE ARTICULACIÓN A LA REPETICIÓN (T.A.R)

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Examinador: _____ Fecha de Evaluación: _____

| FONEMAS | | Sílaba Inicial | Sílaba Media | Sílaba Final | Sílaba Trabada |
|---|----|----------------|---------------------|--------------|----------------|
| Bilabiales | B | Bote _____ | Cabeza _____ | Nube _____ | Objeto _____ |
| | P | Pato _____ | Zapato _____ | Copa _____ | Apto _____ |
| | M | Mano _____ | Camisa _____ | Suma _____ | Campo _____ |
| Labio Dental | F | Foca _____ | Búfalo _____ | Café _____ | Aftosa _____ |
| Dentales | D | Dama _____ | Cadena _____ | Codo _____ | Pared _____ |
| | T | Tapa _____ | Botella _____ | Mata _____ | Etna _____ |
| Alveolares | S | Sapo _____ | Cocina _____ | Taza _____ | Pasto _____ |
| | N | Nido _____ | Panera _____ | Maní _____ | Canto _____ |
| | L | Luna _____ | Caluga _____ | Pala _____ | Dulce _____ |
| | R | Rosa _____ | Poroto _____ | Coro _____ | Torta _____ |
| | RR | Rosa _____ | Carroza _____ | Perro _____ | |
| Palatales | Y | Llave _____ | Payaso _____ | Malla _____ | |
| | Ñ | Ñato _____ | Puñete _____ | Caña _____ | |
| | CH | Chala _____ | Lechuga _____ | Noche _____ | |
| Velares | K | Casa _____ | Paquete _____ | Taco _____ | Acto _____ |
| | G | Gato _____ | Laguna _____ | Jugo _____ | Signo _____ |
| | J | José _____ | Tejido _____ | Caja _____ | Reloj _____ |
| Difonos Vocálicos | | | | | |
| Piano _____ | | Violín _____ | | Diuca _____ | |
| Vaina _____ | | Auto _____ | | Fui _____ | |
| Difonos Consonánticos | | | | | |
| Tabla _____ | | Clavo _____ | | Flecha _____ | |
| Regla _____ | | Brazo _____ | | Fruta _____ | |
| Premio _____ | | Atlas _____ | | Tigre _____ | |
| Rey _____ | | | | Dragón _____ | |
| | | | | Crema _____ | |
| | | | | Plato _____ | |
| Palabras Polisilábicas | | | | | |
| Carabínero _____ | | | Ametralladora _____ | | |
| Panadería _____ | | | Helicóptero _____ | | |
| Caperucita _____ | | | Bicicleta _____ | | |
| Frases | | | | | |
| 1. El perro salta. _____ | | | | | |
| 2. La niña rubia come. _____ | | | | | |
| 3. Ana fue al jardín con su gatita. _____ | | | | | |
| 4. La guagua lloraba porque tenía hambre. _____ | | | | | |
| 5. El mono que estaba dentro de la jaula se perdió. _____ | | | | | |
| 6. Juanito se metió debajo de la cama para que no lo pillara su mamá. _____ | | | | | |

Observaciones. _____

Firma y Timbre

Anexo N° 4. Asentimiento Informado

Fecha de aplicación



**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD MAESTRÍA EN ESTIMULACION TEMPRANA MENCION
NEURODESARROLLO
ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE FAMILIA**

**ESTRATEGIAS DE INTERVENCION EN EL DESARROLLO DEL
LENGUAJE EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS CON DISFUNCIONES
OROFACIALES**

La presente investigación tiene como directora Doctora Delia Infante y es realizada por, María Fernanda Bayas Maita, estudiante de la Maestría en Estimulación Temprana mención Neurodesarrollo de la Universidad Técnica de Ambato. El objetivo de la presente investigación es Identificar las disfunciones orofaciales en niños de 2 a 6 años de edad y su relación con antecedentes del desarrollo del lenguaje para la elaboración de un programa de intervención en niños de 2 a 6 años que asisten al Centro CENNA.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Una vez que haya comprendido el estudio y si Usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de asentimiento.

Información del estudio.

Riesgos del Estudio: La participación en la presente investigación no implica riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física y emocional.

Beneficios: La información obtenida será utilizada en beneficio de la comunidad, pues con este estudio se conseguirá determinar la eficacia de las Estrategias de Intervención para el desarrollo del Lenguaje en niños de 2 a 6 años, que asisten al Centro CENNA área de Foniatria.

Confidencialidad. La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

La participación es voluntaria: la participación de este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir si desea participar en el estudio sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Publicación: se realizará posibles publicaciones en revistas científicas, pero no se expondrá su identidad.

Preguntas: Si tiene alguna duda sobre esta investigación comuníquese al número del responsable de la investigación que se expone a continuación: 0998269324 Correo electrónico: **maferbavas1@gmail.com** **Agradezco su participación.**

Anexo N° 5. Propuesta

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA EL DESARROLLO DEL LENGUAJE EXPRESIVO ORAL EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS CON DISFUNCIONES OROFACIALES

Introducción

La Terapia Miofuncional es un conjunto de procedimientos y técnicas utilizadas en la corrección del desequilibrio muscular orofacial, reducción de hábitos nocivos y mejoramiento de la Articulación del Lenguaje Expresivo Oral.(Castells, 1992)

Las causas de los problemas de la articulación y pronunciación se producen porque la lengua choca contra dientes superiores, empujándolos hacia adelante, y produciendo salida de aire y su consecuencia es la mala articulación de fonemas dentales y alveolares.

Es importante mencionar que la hipotonía Lingual es otra causa que producen alteraciones en la pronunciación

Detectar a tiempo signos de alerta como: Persistencia de hábitos alimenticios propios de etapas anteriores, Patrón postural incorrecto del niño, Hipotonía Labial, Motricidad orofacial reducida, y problemas en la deglución (derrame del contenido, engullen, no tragan).

Objetivo de intervención

Estimular el proceso articulatorio del paciente, a través de estrategias terapéuticas con el fin de obtener un desarrollo Normal y eficiente del Lenguaje Expresivo Oral que le ayude en su ámbito familiar, social y escolar.

Etapas del Plan de Intervención.

1. Identificar a niños que presenten alteraciones en el Lenguaje Expresivo Oral o

se evidencie niños con malos hábitos Orales.

2. Evaluar el nivel de Lenguaje que presenta el niño o la niña mediante la aplicación del Test de Articulación a la Repetición T.A.R y una ficha de Observación de Disfunciones Orofaciales.-Se efectuarán teniendo en cuenta las líneas generales de tratamiento, para los trastornos articulatorios en niños de 2 a 6 años.
3. Aplicar las Estrategias de Intervención para estimular el Lenguaje Expresivo Oral o reeducar malos hábitos orales adquiridos.

Actividades

Estimulación Miofuncional para la Rehabilitación de la Deglución Atípica

| Objetivo | Desarrollo de la Actividad | Recursos |
|--|---|--|
| Ejercicios para la musculatura labial | <ul style="list-style-type: none"> • Introducir los dedos meniques del niño en las comisuras y ensanchar la abertura bucal, haciendo que contraiga el orbicular de los labios (boca de payaso) • Alargar el labio superior por debajo del borde de los incisivos superiores frotarlo con fuerza. • Elevar el labio superior mientras ambos labios se mantiene juntos, de manera que se arrugue la piel del mentón. • Introducir agua en la boca y llevarla hacia las mejillas, luego expulsar el agua con fuerza. | <p style="text-align: center;">Espejo Agua Lápiz</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Sostener un lápiz entre los dientes y repetir series de palabras que comiencen con consonantes labiales/p/b/m/. | |
|--|---|--|

Estimulación Miofuncional para Labios

| | | |
|------------------------------|--|---|
| <p>Aumentar Tono:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • El niño/a debe sujetar con sus labios un botón unido con un hilo dental. El estimulador tiene que tirar del hilo mientras el niño intenta que no se escape, haciendo fuerzas con sus labios, una vez que niño haya ganado fuerza en los labios se cambiará el botón por uno más pequeño. • Colocar el extremo de una cuchara de Plástico entre los labios del niño/a sujetándola en el plano horizontal. Cuando ya mantenga esta posición, el Terapeuta le colocara un peso sobre la cuchara y el niño deberá equilibrarla con la fuerza de los labios, realizando la función de contrapeso. • El niño/a de sujetar un lápiz en el centro de los labios, sin moverlo, durante 8 segundos y posteriormente 15 segundos. | <p>Botón Hilo Cuchara de Plástico Lápiz</p> |
|------------------------------|--|---|

| | | |
|---------------------------|--|---|
| Movilidad | <ul style="list-style-type: none"> • Dependerá de la dificultad que presente el niño/a: Vibración de Labios, Con los dientes Cerrados estirar y proyectar los labios, movimientos laterales de los labios, elevar el labio superior, enseñando los dientes superiores, bajar el labio inferior, enseñando los dientes inferiores. | Espejo |
| Posición de Reposo | <ul style="list-style-type: none"> • El niño debe colocar una oblea entre los labios y mantenerlo unos minutos e ir aumentando el tiempo de forma progresiva. | Oblea |
| Cierre labial | <ul style="list-style-type: none"> • El niño/a de sujetar cada caramelo con los labios, durante un minuto con movimientos labiales antes de introducirlo en el interior de la boca. • Colocar el extremo de un cepillo de dientes entre los labios y contraerlos de tal manera que el cepillo de dientes se eleve durante 5 segundos, 25 veces, 1 vez al día, la lengua mantiene una posición baja. • Colocar una hoja de papel entre los labios y contraerlos, mientras el terapeuta intenta halar la hoja, realizarlo 1 vez al día, durante 5 segundos, 25 veces. • Colocar una cuerda a la que se unirá un objeto de poco peso en un extremo, se coloca el extremo libre entre los labios, contrayéndolos mientras se da 5 pasos. Ir cambiando lo objetos aumentando progresivamente el peso. | <p>Caramelo Cepillo de Dientes Hoja de Papel Cuerda Objeto de poco peso</p> |

| | | |
|--|--------------------------|--|
| | Realizarlo 1 vez al día. | |
|--|--------------------------|--|

Estimulación Miofuncional para Lengua

| | | |
|----------------------|---|--|
| Aumentar Tono | <ul style="list-style-type: none"> • El niño/a debe cerrar los dientes y colocar la punta de la lengua en el paladar duro, ejerciendo presión, sobre las varias veces, con ello se trabaja la musculatura del suelo bucal y de la punta de la Lengua. • Abrir y cerrar la boca, mientras hacemos presión con la punta de la lengua, de tal forma ejercemos resistencia a la hora del cierre de la boca. Trabajaremos los músculos linguales y suelo bucal. • El terapeuta sujeta la punta de la lengua y simultáneamente se inyecta agua contra el paladar. • El niño debe tragar el agua moviendo la parte posterior de la lengua y el velo del paladar. | <p>Espejo Jeringuilla Agua</p> |
| Movilidad | <ul style="list-style-type: none"> • Chasquear la punta de la Lengua elevando la parte anterior de la lengua, chasquearla contra el paladar duro. • Colocar una gomita en la punta de la Lengua e intentar quitársela estrechándola y moviéndola hacia atrás, posteriormente colocaremos la gomita en la parte media de la lengua. • Sacar la lengua y apoyar la punta en un | <p>Gomita de sabores Palillo</p> |

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| | <p>palillo, el niño/a tendrá que estrechar y ensanchar la Lengua, sin mover la lengua hacia adelante o atrás.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sacar la lengua y moverla hacia la derecha e izquierda sin llegar a topar las comisuras labiales y sin mover la mandíbula, aumentar la dificultad del ejercicio subiéndola hacia la Nariz y bajándola hacia la barbilla. | |
| Frenillo Lingual | <ul style="list-style-type: none"> • Chasquear la punta de la lengua, el niño/a deberá realizar una serie de chasquidos con la punta de la lengua contra el paladar duro, manteniendo la boca abierta y posteriormente con los dientes cerrados. • Se debe realizar una fuerte succión de la lengua contra el paladar duro, abriendo y cerrando la boca, sin dejar de tener la lengua succionada. Trabajamos la elasticidad del frenillo lingual. | Espejo |
| Reeducación de la posición Lingual | <ul style="list-style-type: none"> • Se utiliza un caramelo pequeño y se le da la niño/a y se le dice que mantenga contra las rugosidades palatinas hasta que se disuelva. Mientras tanto fluye la saliva y él ni se ve obligado a deglutir. • Introducir nuevas texturas de forma gradual en la Alimentación Líquidos semisólidos. • Aumentar las cantidades y variar los tipos de alimentos: sabores, consistencias, temperaturas, texturas, volúmenes, formas. | Caramelo Variedad de alimentos |

Estimulación Miofuncional para Lengua

- El niño/a debe cerrar los dientes y colocar la punta de la lengua en el paladar duro, ejerciendo presión, sobre él varias veces, con ello se trabaja la musculatura del suelo bucal y de la punta de la Lengua.
- Abrir y cerrar la boca, mientras hacemos presión con la punta de la lengua, de tal forma ejercemos resistencia a la hora del cierre de la boca. Trabajaremos los músculos linguales y del suelo bucal.
- El terapeuta sujeta la punta de la lengua y simultáneamente se inyecta agua contra el paladar. El niño debe tragar el agua moviendo la parte posterior de la lengua y el velo del paladar.



Cierre labial

- El niño/a de sujetar cada caramelo con los labios, durante un minuto con movimientos labiales antes de introducirlo en el interior de la boca.
- Colocar el extremo de un cepillo de dientes entre los labios y contraerlos de tal manera que el cepillo de dientes se eleve durante 5 segundos, 25 veces, 1 vez al día, la lengua mantiene una posición baja.
- Colocar una hoja de papel entre los labios y contraerlos, mientras el terapeuta intenta halar la hoja, realizarlo 1 vez al día, durante 5 segundos, 25 veces.



Ejercicios para la musculatura Temporo Mandibular

- Mientras contamos hasta diez y relajamos.
- Masticar con boca cerrada con control táctil de las mejillas, alternando de lado, con mucha y poca fuerza y con los labios juntos.




Ejercicios para la musculatura Velar

- Bostezar, hacer gárgaras e inflar globos.
- Emitir vocales en diferentes tonos. Emitir la vocal /a/ con golpe glótico.
- Cantar con la boca cerrada y pronunciar el fonema /k/.
- Silbidos en diferentes tonos, largos y cortos, suaves y fuertes.
- Inspirar por la nariz y alternar la respiración en soplo nasal y bucal.




Movilidad

- Chasquear la punta de la Lengua elevando la parte anterior de la lengua, chasquearla contra el paladar duro.
- Colocar una gomita en la punta de la Lengua e intentar quitársela estrechándola y moviéndola hacia atrás, posteriormente colocaremos la gomita en la parte media de la lengua.
- Sacar la lengua y apoyar la punta en un palillo, el niño/a tendrá que estrechar y ensanchar la Lengua, sin mover la lengua hacia adelante o atrás.
- Sacar la lengua y moverla hacia la derecha e izquierda sin llegar a topar las comisuras labiales y sin mover la mandíbula, aumentar la dificultad del ejercicio subiendo la punta de la lengua hacia la Nariz y bajándola hacia la barbilla.





