

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL EDUCACIÓN PRIMARIA



MANIFESTACIONES DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL SEGUNDO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88061 JOSÉ ABELARDO QUIÑONES GONZALES – NUEVO CHIMBOTE – 2015.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN EDUCACIÓN; ESPECIALIDAD: EDUCACIÓN PRIMARIA

AUTORA:

- Br. Vela Tamara, Mariela Vinci

ASESORA:

- Mg. Vallejo Martínez, Miriam Vilma

NVO. CHIMBOTE – PERÚ

2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES

E.P. EDUCACIÓN PRIMARIA



ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 9:00 a.m. del día 27 de diciembre de 2017, se instaló en la Sala Multimedia de la Facultad de Educación y Humanidades, el Jurado Evaluador, designado mediante Resolución N° 173-2017-UNS-CFEH, integrado por los docentes:

- Ms. Miriam Vilma Vallejo Martínez (Presidenta)
- Dra. Maribel Enaida Alegre Jara (Secretaria)
- Dr. Juan Benito Zavaleta Cabrera (Integrante); para que en atención a la Resolución Decanatural N° 358-2017-UNS-DFEH; mediante el cual se resuelve declarar **EXPEDITA** a la Srta. Mariela Vinci Vela Tamara, se dé inicio a la Sustentación y Evaluación de Tesis, titulada: **"MANIFESTACIONES DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL PRIMER GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88061 "JOSÉ ABELARDO QUIÑONEZ GONZALES" - NUEVO CHIMBOTE - 2015"**, elaborada por la Bachiller en Educación Primaria:
- **MARIELA VINCI VELA TAMARA**, y

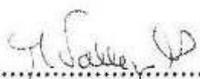
Asimismo, tiene como Asesora a la docente: Mg. **Miriam Vilma Vallejo Martínez**

Finalizada la sustentación, la Tesista respondieron las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y el Público presente.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo, y con las sugerencias pertinentes **DECLARA** en concordancia con el Artículo 73 del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Santa.

Siendo las 10:00 horas del mismo día, se dio por terminado dicha sustentación, firmando en señal de conformidad el presente jurado.

Nuevo Chimbote, 27 de diciembre de 2017

.....

 Mg. **Miriam Vallejo Martínez**
 Presidente

.....

 Dra. **Maribel Alegre Jara**
 Secretaria

.....

 Dr. **Juan Benito Zavaleta Cabrera**
 Integrante

HOJA DE CONFORMIDAD DEL ASESOR

El informe de tesis **MANIFESTACIONES DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL SEGUNDO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88061 JOSÉ ABELARDO QUIÑONES GONZALES - NUEVO CHIMBOTE - 2015**. Ha contado con el asesoramiento de la Mg. Miriam Vilma Vallejo Martínez, quien dejó constancia de su aprobación.



Mg. Miriam Vilma Vallejo Martínez
Asesora del informe de tesis

HOJA DE CONFORMIDAD DEL JURADO EVALUADOR DE LA TESIS

Mg. Miriam Vilma Vallejo Martínez

Presidenta



Dra. Maribel Enaida Alegre Jara

Secretaria



Dr. Juan Benito Zavaleta Cabrera

Vocal

DEDICATORIA

A Dios, mi padre, por darme la vida, por protegerme y guiarme para cumplir, todas mis metas, como el ser profesional.

A mis padres JUDITH Y TEDY, por acompañarme durante este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos. Porque me enseñaron a través de sus sabios consejos a no rendirme ante nada y siempre perseverar en la vida.

Al amor de mi vida, ALEXANDER, por su ayuda y apoyo incondicional y por confiar siempre en mí.

A mi amiga y compañera, MARILU, quien me enseñó, animó a salir adelante y me apoyo en mi investigación

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarme en todo el proceso de mi formación universitaria, por darme salud y mucha sabiduría, para lograr mis metas.

Mi sincero agradecimiento a los docentes de la Universidad Nacional del Santa, por ser alma mater de mi formación profesional y la Facultad de Educación por haberme acogido en sus aulas y guiado durante estos cinco años para poder lograr mis objetivos y metas planteadas de ser excelente profesional. Un agradecimiento muy especial a mi profesora Dra. Violeta Hurtado Chancafe, que siempre estuvo ahí cuando más necesite sin poner ningún obstáculo, ha sacrificado gran parte de su tiempo para brindarme sus conocimientos con paciencia y comprensión durante el desarrollo del presente trabajo de investigación, ahora más que nunca le expreso mi cariño, admiración y respeto.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Mariela Vinci Vela Tamara, estudiante de Educación primaria, identificado con DNI N° 44589290; con la tesis titulada Manifestaciones de La Dislalia Funcional en Los Niños y Niñas del Segundo Grado de Educación Primaria de La Institución Educativa N° 88061 José Abelardo Quiñones Gonzales - Nuevo Chimbote - 2015.

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo tanto, la tesis no ha sido plagiada total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto-plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados, y por lo tanto los resultados que se presentan en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse las faltas de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional del Santa.

Nuevo Chimbote, Marzo 2021



Mariela Vinci Vela Tamara

DNI N° 44589290

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

Se presenta la tesis titulada: Manifestaciones de la Dislalia Funcional en los Niños y Niñas del Segundo Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa N° 88061 José Abelardo Quiñones Gonzales - Nuevo Chimbote - 2015. realizada de conformidad con el Reglamento de Investigación de la Carrera de Educación Primaria vigente, para obtener el Título profesional de Licenciado en Educación Primaria.

El informe está conformado por 5 capítulos, el capítulo I aborda el problema de investigación, el capítulo II trata sobre el marco teórico, el capítulo III refiere el marco metodológico, el capítulo IV trata sobre los resultados, finalizando con las conclusiones, sugerencias, bibliográficas y los anexos correspondientes.

INDICE

	Pág.
PORTADA	1
HOJA DE CONFORMIDAD DEL ASESOR.....	2
HOJA DE CONFORMIDAD DEL JURADO EVALUADOR DE LA TESIS...	3
DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	6
PRESENTACIÓN.....	7
INDICE	8
RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
I. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1. Planteamiento del problema.....	14
1.2. Enunciado del problema.....	17
1.3. Justificación.....	17
1.4. Antecedentes.....	19
1.5. Generales.....	23
1.6. Específicos.....	23
II. MARCO TEÓRICO.....	24
2.1 La Dislalia Antecedentes Históricos.....	25
2.2 Conceptualización.....	25
2.3 Causas de la dislalia en la infancia.....	29
2.3.1. Escasa Habilidad motora.....	30
2.3.2. Factores psicológicos.....	31
2.3.3. Discriminación auditiva.....	31
2.3.4. Percepción del tiempo y el espacio.....	31
2.3.5. Factores Hereditarias.....	32
2.3.6. Deficiencia intelectual.....	32
2.3.7. Factores Ambientales.....	32

2.4	Clasificación de las dislalias.....	34
2.4.1.	Según la cantidad de sonidos alterados.....	34
2.4.2.	Según su etiología.....	35
	• Dislalia Evolutiva.....	35
	• Dislalia Audiógena.....	36
	• Dislalia Orgánica.....	36
	• Dislalia Funcional.....	39
2.5	LA DISLALIA FUNCIONAL.....	41
2.5.1	Causas de la Dislalia Funcional.....	41
2.5.2	Sintomatología en la Dislalia Funcional.....	42
2.5.2.1	Sintomatología en la Articulación.....	43
	• Sustitución.....	43
	• Omisión.....	44
	• Inserción o Adición.....	44
	• Distorsión.....	44
2.5.2.2	Sintomatología en la Personalidad.....	45
2.5.2.3	Sintomatología en el Proceso Escolar.....	45
2.6	Evaluación de las dislalias funcionales.....	46
2.6.1	Articulación.....	48
2.6.2	Inteligencia.....	49
2.6.3	Psicomotricidad.....	50
2.6.4	Percepción y orientación espacial.....	51
2.6.5	Percepción temporal y ritmo.....	52
2.6.6	Percepción y discriminación auditiva.....	53
2.6.7	Personalidad.....	54
2.6.8	Exámenes complementarios.....	54
2.7	Tratamiento de la Dislalia Funcional.....	54
2.7.1	Tratamiento orientado a las causas de la anomalía.....	54
2.7.2	Utilización de técnicas fundamentadas en principios pedagógicos.....	54
2.7.3	Enfoque pluridimensional del tratamiento.....	55
2.7.4	Inicio precoz del tratamiento.....	55

2.7.5. Relación positiva entre el reeducador y el niño/a.....	55
2.7.6. Colaboración familiar.....	56
2.8 Intervención Logopédica.....	56
2.8.1 Modelo fonético.....	56
2.8.1.1 Tratamiento Indirecto.....	57
2.8.1.2 Tratamiento directo.....	62
➤ Enseñanza de la articulación.....	62
➤ Automatización de la articulación correcta.....	64
➤ Integración y generalización de la articulación correcta.....	65
2.8.2Modelo Conductual.....	74
2.9 Pronóstico en una Dislalia Funcional.....	75
III. MARCO METODOLÓGICO.....	76
3.1Método de Investigación.....	77
3.2Tipo de Investigación.....	77
3.3Hipótesis.....	78
3.4Variable.....	78
3.4.1. Definición conceptual.....	78
3.4.2. Definición operacional.....	78
3.5Población y Muestra.....	79
3.6Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	80
3.7Procedimientos de recolección de información.....	81
IV. RESULTADO Y DISCUSIÓN.....	83
4.1 Resultado.....	83
4.2 Discusión.....	88
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	
5.1 conclusiones.....	92
5.2 sugerencias.....	93
VI. REFERENCIAS.....	
6. Anexos.....	100

RESUMEN

Esta investigación denominada, Manifestaciones de la Dislalia Funcional en los Niños y Niñas del Segundo Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa N° 88061 José Abelardo Quiñones Gonzales - Nuevo Chimbote - 2015. tuvo como objetivo principal demostrar las manifestaciones de la dislalia funcional, en los estudiantes del segundo año de educación primaria.

La investigación fue de diseño descriptivo simple, cuya muestra estuvo constituida por 20 niños de la sección A, 21 niños de la sección B y 22 de la sección C comprendidos entre 7-8 años de edad, a quienes se les observó con la técnica de recolección de datos utilizando un test de articulación, de la Autora María Melgar Gonzales, la aplicación del Test de Articulación nos confirma que Los niños y niñas del segundo grado de educación primaria, presentan errores más frecuentes de omisión con un 53.2%. Con la aplicación del Test de Articulación inferimos que los niños presentan problemas de dislalia, manifestados en su mayoría en los errores más comunes de omisión y Distorsión.

Con la aplicación del Test de Articulación me permitió concluir que, si detectamos las dificultades de nuestros niños a temprana edad, podemos tomar las medidas adecuadas, en consultar con un especialista o terapeuta del lenguaje si el niño presentara problemas de dislalia y el experto determinará el grado de dislalia y el tratamiento adecuado.

ABSTRACT

This research called, Manifestations of Functional Dyslalia in Children of the Second Grade of Primary Education of the Educational Institution N° 88061 José Abelardo Quiñones Gonzales - Nuevo Chimbote - 2015. had as main objective to demonstrate the manifestations of functional dyslalia, in the students of the second year of primary education.

The research was of simple descriptive design, whose sample was constituted by 20 children of section A, 21 children of section B and 22 of section C comprised between 7-8 years of age, who were observed with the data collection technique using an articulation test, by the Author Maria Melgar Gonzales, the application of the Articulation Test confirms us that Children of the second grade of primary education, present more frequent errors of omission with 53.2%. With the application of the Articulation Test, we infer that the children present dyslalia problems, manifested mostly in the most common errors of omission and distortion.

With the application of the Articulation Test allowed me to conclude that, if we detect the difficulties of our children at an early age, we can take the appropriate measures, in consulting with a specialist or speech therapist if the child presents dyslalia problems and the expert will determine the degree of dyslalia and the appropriate treatment.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

I. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.

El lenguaje es, desde su inicio, una pieza clave en el desarrollo de un individuo no sólo en cuanto a instrumento de comunicación sino, además, por ser un medio de valor insustituible para facilitar los aprendizajes y el crecimiento personal. Cuanto mayor y mejor sea el nivel adquirido en el desarrollo del lenguaje y más elevado el grado de enriquecimiento conseguido en sus distintos componentes, tanto en su vertiente expresiva como comprensiva, mejor serán las posibilidades de rendimiento educativo, de desarrollo individual y social de las personas. Y esto es así hasta tal punto que entre los seis y siete años el desarrollo del lenguaje oral (y de sus posibilidades de uso) se considera crucial para los aprendizajes escolares y, en concreto, para el aprendizaje de la lectura y escritura, que son elementos clave en el desarrollo educativo individual. (Gómez, 2012: p. 67).

Los problemas de articulación verbal son diversos, hay niños y niñas de 4 y 5 años de edad que no pronuncian con claridad las palabras porque omiten, sustituyen o distorsionan los fonemas, en ocasiones son tantos los errores de articulación que resulta complicado comprender un mensaje, presentándose en tales circunstancias las dislalias, sin embargo, el problema se extiende al área social del niño o niña debido al malestar o frustración que le puede generar el hecho de hablar y no ser comprendido. Así lo señala Castañeda (1999) que menciona “Que el desarrollo del lenguaje en el niño constituye un valioso instrumento o medio para el aprendizaje y la integración social” (Cit. Aldaz, 2014: p. 5).

Ruiz, (2008) nos menciona que uno de los errores que con mayor frecuencia encontramos en los alumnos, son los errores de articulación conocidos como dislalia funcional. Estos trastornos articulatorios constituyen la demanda más habitual de los tutores ante el logopeda, y en los años de educación Infantil y primer ciclo de primaria, el papel de la escuela es vital, tanto para la prevención como para la detección e intervención temprana de dichas anomalías. (p. 51)

En los últimos años y en diferentes partes del mundo son varios los estudios que se han realizado sobre las dislalias; los problemas de articulación o incorrecta pronunciación de las palabras afecta a muchos niños y niñas en la actualidad; sin embargo, es una situación que ha estado presente dentro de la sociedad y de manera específica en las aulas de clase desde algunos años atrás. Así lo confirma la doctora Norma Cabrera (1999): “el trastorno del habla más difundido entre los escolares, tanto en la educación especial como de educación primaria, lo constituyen las alteraciones en la pronunciación, lo que tradicionalmente se conoce como dislalia”. (Cit. Aldaz, 2014: p. 11)

A nivel internacional en América Latina el 42% de los niños menores de 4 a 6 años padecen de dislalia funcional por tal motivo en países como México, Argentina, Paraguay, Ecuador, Chile entre otros; han establecido legalmente programas para el mejoramiento del lenguaje. (Cfr. Calderón, Medina & Quizhpi, 2012: p. 20)

Así mismo Gallego (2000) menciona que la incidencia de las dislalias en la población infantil “Arroja cifras muy dispares según distintos autores registrándose valores entre 35% y 7% aunque estas diferencias pueden deberse a la edad de la muestra”. También en Gallego leemos que para Perelló, lo más frecuente es encontrar entre un 22% - 25% de niños de 5 años afectados por este problema, y entre 4% - 6% de niños de 6 años y medio (Cit. Ruiz, 2008: p.51)

Bolte (2010) Afirma que los trastornos del habla y del lenguaje son una patología relativamente frecuente en la infancia, que ocupa a padres de familia y profesionales de la salud y educación; tienen una prevalencia cercana al 15% – 18% en pre escolares y un 4% en escolares; y su mayor importancia radica en el hecho que altera la capacidad de comunicación del niño con sus padres y tutores (Cit. Calderón, Medina & Quizhpi, 2012: p. 19).

Lozano & Prieto, (2009) mencionan que a nivel nacional existe un número ilimitado de niños que presentan problemas del habla (dislalia) y en muchos casos debido a la precaria situación económica por las que pasa el país.

La Red Terapéutica Del Perú, (2012) menciona que los terapeutas del lenguaje que laboran dentro de las instituciones educativas regulares afirman que actualmente se ha incrementado el número de incidencia de niños/as con alguna dificultad en su habla o trastornos del lenguaje; estos últimos detectados recién a los 4 o 5 años cuando hay mayor exigencia en el ámbito educativo y los niños demuestran sus dificultades para elaborar oraciones largas responder frente a construcciones lingüísticas abstractas o dificultades en la comprensión lo que evidencia en la imposibilidad de responder a preguntas abiertas.

A pesar de ser un problema existente desde ya hace varios años atrás, es una situación en que muchos de los casos no han sido considerados con la magnitud que se merece lo que podría generar dificultades no sólo en el área de lenguaje sino también en otras áreas de desarrollo del niño/a. (Cit. Aldaz, 2014: p. 11).

Del Rio, (1987). Así numerosos estudios aseguran que las características de intercambio comunicativo entre padres/madres e hijos/as determina la forma en la que el/a niño/a aprende y desarrolla su comportamiento verbal. Esto quiere decir que la familia va a ser un factor clave para el buen desarrollo lingüístico antes, durante y después de que el alumnado llegue al colegio. Aprendemos a hablar interactuando con otros/as, de hecho aquellos/as niños/as que viven en ambientes deprimidos económica, cultural o emocionalmente, tienen más posibilidades de sufrir trastornos del lenguaje (Cit. Moreno & Ramírez, 2012: p.39)

A nivel local contamos con muy pocos centros especializados que brinden un tratamiento adecuado para este trastorno del habla (dislalia), y los pocos que existen no se encuentran al alcance de la población.

En la institución educativa “José Abelardo Quiñones Gonzales”, donde realice mis prácticas profesionales, pude observar las dificultades que los niños y niñas del segundo grado de educación primaria, poseen al momento de expresarse (hablar) con sus compañeros, maestros y contexto que lo rodea, lo que me llevo a determinar que se trata de dislalias funcionales, ya que los niños presentan dificultades en la pronunciación de las palabras, como cambiando un fonema por otro al hablar ejemplo: velde por verde, acleta por atleta también

presentaban problemas de omisión ejemplo: profesora por profesora lo que impide lograr un buen nivel de aprendizaje en ellos.

Por tal razón, los maestros/as que viven en esta problemática se ven en la necesidad de buscar herramientas que permitan enfrentar de manera adecuada y oportuna esta situación, con el fin de lograr un pleno desarrollo integral del niño/a y evitar complicaciones más graves en los próximos niveles de educación, así como en las relaciones interpersonales que pueda establecer en los diferentes contextos en que se encuentre, más aún cuando en muchos de los casos no exista apoyo por parte de los padres quienes no conocen la magnitud de la problemática y no le dan la importancia que se merece.

1.2. Enunciado del problema

¿Cuáles son las manifestaciones de la dislalia funcional en los niños y niñas del Segundo grado de educación primaria de la Institución Educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales”- Nuevo Chimbote - 2015?

1.3. Justificación.

El presente trabajo de investigación se justifica porque la dificultad en la pronunciación de los fonemas (dislalia funcional), se presenta como un obstáculo en el desarrollo social, cognitivo, afectivo, sobre todo en niños/as que pasan del primer nivel al segundo, donde se evidencia la necesidad de articular adecuadamente las palabras, para lograr un aprendizaje que será la base para la comprensión e interpretación en un futuro próximo. Así mismo también se justifica porque me he percatado, que los docentes responsables de aulas, no daban las correcciones adecuadas para dar solución a dicho problema, siendo este un aspecto primordial para los futuros aprendizajes que se dan, no solo en el seno de la escuela sino también en el desarrollo del habla del niño y por ende en el desarrollo personal del niño/a.

Aldaz, (2014) menciona que los problemas de dislalia funcional se han vuelto muy comunes en la actualidad, estos afectan a la capacidad del niño para expresarse de manera

verbal y también en otros ámbitos de su desarrollo como la socialización (p. 3). También Macarro & Mesías (2004) afirman que dentro del campo de los trastornos del lenguaje hablado, uno de los errores que con mayor frecuencia encontramos en los alumnos, con edades comprendidas entre los 5 y 6 años de edad es la dislalia funcional. Estos no revisten carácter de gravedad y son muy positivos los resultados de su reeducación. No obstante si no se somete a un tratamiento adecuado puede traer consecuencias muy negativas, por la influencia que ejerce sobre la personalidad del niño y su adaptación social así, como en su rendimiento escolar, ya que las frustraciones que puede crear en el sujeto influyen tanto en su equilibrio emocional como en su desarrollo intelectual. (p.17)

Flores, (2011) afirma que los docentes tienen un papel relevante en este aspecto, ya que en la mayoría de las ocasiones desconocen cuáles pueden ser las dificultades específicas en el habla y en el lenguaje que puedan existir en niños. Las problemáticas que tienen algún trastorno de lenguaje, y las alternativas de detección y tratamiento para la dislalia en niños, lo que hace complicado que entiendan por que ciertos alumnos tienen bajo rendimiento escolar, problemas de conductas e integración al grupo. Los padres también pueden formar parte importante en la educación de los niños con dislalia, ellos tienen que estar conscientes es un problema que tiene solución, por lo tanto deben de apoyar junto con el maestro a la educación de los niños. Es por eso que los profesores, los padres de familia y los alumnos deben de trabajar en conjunto, dejando a un lado la concepción de enfermedad y ver a la dislalia como una “dificultad del lenguaje” que tiene solución pero que es primordial que los niños con dislalia no sean aislados ni discriminados, al contrario mientras más integrados estén al proceso educativo más rápido será la recuperación. (p.29)

Así mismo esta investigación pretende brindar los siguientes aportes:

- A nivel teórico en la medida que la información, los datos y resultados obtenidos de esta investigación sobre la dislalia funcional en los niños y niñas del segundo grado de educación primaria de la Institución Educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales” pasaran a formar parte del cuerpo teórico existente hasta la actualidad del tema de estudio.

- A nivel práctico por cuanto los resultados permitirán tomar medidas necesarias para atender las dificultades en la articulación de algunos fonemas (dislalia funcional) en los niños y niñas de dicha Institución Educativa, para restablecer la fluidez del habla considerando principalmente punto principal en el aprendizaje de una lengua.
- A nivel social en cuanto se presentan alternativas de solución al problema, en el que está inmersa la educación del país, concientizando a las autoridades de las instituciones encargadas, sobre la problemática de la presencia de la alteración en la articulación de las palabras, conocida como dislalia.

1. 4. Antecedentes

Luego de haber visitado las diferentes bibliotecas y haber revisado tesis que se relacionan con la variable de mi investigación describimos a continuación una serie de estudios que se han podido hallar:

Aldaz (2014) realizó una tesis titulada: *“Relación de la dislalia funcional de niños y niñas de 4 a 5 años de edad cronológica y la socialización dentro de aula de clases del centro de Desarrollo Infantil Víctor García Hoz”*. Dicha investigación tuvo como objetivo general: Determinar la relación existente entre los problemas de dislalia en niños/as de 4 a 5 años de edad y los problemas de socialización dentro del aula, en el Centro de Desarrollo Infantil “Víctor García Hoz”, mediante una investigación descriptiva - bibliográfica y de campo, contó con una muestra conformada por 25 niños y niñas de 4 a 5 años de edad, 5 maestras, 25 padres de familia y 2 terapistas de lenguaje ajenas al Centro, utilizando como instrumentos la encuesta dirigida a los maestros, padres de familia y terapistas del lenguaje mientras que a los niños se les aplico fichas de observación y ficha de Evaluación de Lenguaje de María Melgar, llegando a las siguientes conclusiones: Que los niños/as muestran un lenguaje incomprensible debido a la gran cantidad de fonemas mal articulados, generando dificultad en la comunicación verbal y por ende en la interacción social y que los niños/as con dislalia funcional experimentan ansiedad y frustración al no poder transmitir eficazmente de manera verbal su mensaje, y al ser burla de sus compañeros.

Benites & Cabrera (2013) en su tesis titulada “*Aplicación del método Doman para disminuir la dislalia funcional en niños de 5 años de la Institución Educativa N° 252 “Niño Jesús” de la Ciudad de Trujillo 2012*”. Tuvo como objetivo general: Determinar en qué medida el método Doman influye significativamente en la disminución de la dislalia funcional en niños de 5 años de la Institución Educativa N° 252 “Niño Jesús” de la ciudad de Trujillo - 2012. El tipo de investigación fue Aplicativa, de diseño Cuasi Experimentales, la unidad muestral estuvo conformada por 20 alumnos de dicha Institución Educativa, utilizaron como instrumento la prueba de pronunciación para detectar la dislalia funcional. Arribaron a las siguientes conclusiones: Se demostró la mejora que obtuvieron los niños después de la aplicación del método Doman para la disminución de la dislalia funcional en niños de 5 años, los niños y niñas del grupo experimental y grupo control presentaron dificultad durante la aplicación del Pre test, por aplicarse lo tanto se encontraron en el nivel de inicio y proceso. Sin embargo el método Doman en grupo experimental entro en mejores condiciones que el grupo control encontrándose el 80% de los niños en el nivel de logro.

Layza &Valverde (2013) en su tesis: “*Dislalia Funcional en los niños y niñas de segundo grado de educación primaria de la Institución educativa N° 88015 “Edith Weed Davis” Chimbote, 2012*”. Tuvo como objetivo: Conocer cómo se manifiesta la dislalia funcional en los niños y niñas del segundo grado de Educación Primaria de dicha Institución Educativa. El tipo de investigación fue descriptivo y su diseño descriptivo simple, la muestra estuvo conformada por 49 alumnos de la institución Educativa N° 88015 “Edith Weed Davis”. Utilizaron como instrumentos de recolección de datos el test estandarizado de Melgar, M. (1993) examen de sonidos de articulación. Concluyeron: Que con la aplicación del test de articulación los niños de Segundo Grado de Educación Primaria de la I.E. “Edith Weed Davis” presentan problemas de dislalia, manifestados en su mayoría en los errores más comunes de omisión y sustitución. Además que con la aplicación de este test, afirma que los niños de Segundo Grado de Educación Primaria de la I. E. “Edith Weed Davis” presentan porcentaje de 60.5 % de omisión, 100% dificultades en los fonemas, siendo el fonema que más prevalece es la /d/.

Calderón, Medina y Quizhpi (2012) en su tesis titulada: *“Prevalencia de la Dislalia Funcional en niños/as de 5 años a 8 años matriculados en primero, segundo y tercer año de básica en la escuela “Ciudad de Azogues”, durante el periodo Febrero - Agosto”*. Tuvo como objetivo: Determinar la prevalencia de la Dislalia Funcional en niños/as de 5 años a 8 años matriculados en primero, segundo y tercer año de básica en la escuela “Ciudad de Azogues”, durante el periodo Febrero – Agosto 2012. Fue una investigación de estudio transversal, Teniendo como población de 113 estudiantes, utilizaron como instrumentos el test de Articulación a la Repetición (TAR). Arribaron las siguientes conclusiones: La prevalencia de la dislalia funcional fue del 36% en estudiantes de primer a tercer año de básica aplicando el test T.A.R. reducido y que la edad más afectada fue la de 5 años, la dislalia funcional disminuye con la edad, es más prevalente en el sexo masculino y en hijos de padres que tienen una instrucción educativa primaria. La alteración de los fonemas de la dislalia funcional con mayor porcentaje fueron los dífonos consonánticos.

Padilla, (2012) en su tesis titulada: *“Disfluencias del Habla Espontáneo (dislalia) entre los niños y niñas de 5 años de la I. E. “Municipal” N° 80031 – Florencia de mora y la I.E “José Félix Black” N° 80050 - Paijan Trujillo, Perú, 2012”*. El objetivo general fue: Comparar las disfluencias del habla espontáneo (dislalias) entre los niños y niñas de 5 años de edad de dichas Instituciones Educativas. La investigación corresponde al tipo cualitativo y su diseño es descriptivo – comparativo se trabajó con una muestra de 50 niños y niñas de 5 años de edad y para el recojo de datos se utilizó guías de observación. Arribo a la siguiente conclusión: Al comparar las disfluencias del habla espontánea (Dislalias) que se presentan entre los niños y niñas de 5 años de la I.E. Municipal N° 80031 (Florencia de Mora) y la I.E. José Felix Black N° 80050 (Paijan) Trujillo, Perú, 2012, se observó que hay una tendencia marcada en las niñas de ambas instituciones a presentar diversos niveles de dislalia, pero con mayor incidencia en la I. E. de Paijan.

Aguilar, Belduma & Ochoa (2010) en su tesis titulada: *“Repercusión de la dislalia en el Aprendizaje Preescolar en los niños y niñas de los Jardines de Infantes Cruz García, 13 de Abril, 15 de Octubre del Cantón Santa Rosa, durante el periodo lectivo 2009 - 2010”*. Tuvo como objetivo general: Determinar cómo influye la dislalia en el proceso de aprendizaje en el

nivel pre escolar. La investigación corresponde al método inductivo-deductivo, contó con una muestra de 376 alumnos, utilizando como instrumentos el test de articulación y ficha logopédica. Concluyeron que: Los diferentes criterios contrastados en los planeamientos de las hipótesis y la información de campo recopilada evidencian la verificación de las mismas las cual eleva el nivel de rigurosidad científica de la investigación realizada. Esto equivale a decir que de 376 alumnos investigados se registran 29 con problemas de dislalia lo que afecta en si el proceso de enseñanza - aprendizaje.

Ruiz (2008) en su tesis: “*Diseño, Aplicación y Evaluación de un programa de música para la Rehabilitación de Dislalias y Disfonías*”. Tuvo como objetivo: Elaborar un programa de intervención musical que posibilite la mejora de habilidades rítmicas, buco-linguo-labial, respiración, suficiencia nasal, soplo y discriminación auditiva en niños con dislalia y/o disfonía. La investigación se ha llevado a cabo mediante una combinación de metodologías cualitativas y cuantitativas, propia de un diseño cuasi-experimental, la muestra estuvo conformada por 16 alumnos de 5 a 6 de edad. Utilizando como instrumentos la Prueba ELCE (Exploración del lenguaje comprensivo y expresivo), PAF (Prueba de Articulación de fonemas) y la Prueba para la exploración diagnóstica del desarrollo del lenguaje oral. Concluye que: La intervención realizada ha servido para corregir muchos de los errores que los niños cometían y que eran causa de su problema, lo cual ha conducido, según la apreciación subjetiva de la propia logopeda, a que ocho de los nueve niños del grupo experimental hayan mejorado mucho en la producción de los fonemas afectados y además que la aplicación del programa de música como intervención indirecta para la rehabilitación de dislalias y disfonías ha sido positiva para todos los sujetos.

1.5 Objetivo General

Conocer las manifestaciones de la dislalia funcional en los niños y niñas del segundo grado de educación primaria de la Institución Educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales” - 2015.

1.6 Objetivo Específicos.

- Identificar la manifestación que más prevalece de la dislalia funcional en los niños y niñas del segundo grado de educación primaria de la Institución Educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales” – 2015.
- Identificar el error de sustitución en las palabras con fonemas, mesclas y diptongos en los niños y niñas del segundo grado de educación primaria de la Institución Educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales” – 2015.
- Identificar el error de omisión en las palabras con fonemas, mesclas y diptongos en los niños y niñas del segundo grado de educación primaria de la Institución Educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales” – 2015.
- Identificar el error de distorsión en las palabras con fonemas, mesclas y diptongos en los niños y niñas del segundo grado de educación primaria de la Institución Educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales” – 2015.
- Identificar el error de Adición en las palabras con fonemas, mesclas y diptongos en los niños y niñas del segundo grado de educación primaria de la Institución Educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales” – 2015.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

II. LA DISLALIA

2.1 Antecedentes Históricos

El trastorno del habla más difundido entre los escolares, tanto en educación especial como de educación primaria, lo constituyen las alteraciones en la pronunciación, lo que tradicionalmente se conoce como dislalia. Etimológicamente significa dificultad en el habla, del griego “**dis**”, dificultad “**lalein**”, hablar pudiendo definirse como los trastornos de la articulación de los sonidos del habla (pronunciación), donde no exista como base una entidad neurológica.

El termino dislalia no existió siempre, por mucho tiempo se agrupan los trastornos de la pronunciación bajo el nombre de dislalia. El suizo Schuller en los años 30 del siglo XIX comenzó a utilizar el término de dislalia para diferenciar de la alalia (sin lenguaje); posteriormente los estudios realizados por diferentes autores como A. Kussmaul (1892), Berkan (1892), H. Gutzman (1927), P. Liebmann (1924), Froschels (1928), y otros hicieron posible el significado que conserva hoy. Las causas de las dislalias son diversas. En los años 80 del siglo pasado Soep, intento clasificar el trastorno teniendo en cuenta la existencia de dislalias mecánicas (orgánicas) y funcionales. A comienzos de este siglo XX, autores soviéticos trataron de explicar el surgimiento de la dislalia sobre bases de trastornos auditivos de carácter periférico por un lado y con alteraciones en la función de los órganos de la articulación por otro. (Cfr. Regal, 1999: p.90 & Campechano y otros, 2012: p.866).

2.2 Conceptualización

Rodríguez (2010) señala que la dislalia es un trastorno en la articulación de los fonemas o grupos de fonemas por alteraciones funcionales de los órganos periféricos del habla: lengua, labios, paladar, mejillas y dientes. Puede afectar a cualquier consonante o vocal y son muy frecuentes en la infancia, sobre todo en los primeros años escolares. Con una adecuada intervención la mayoría de ellas desaparecen (Cit. Calderón, Medina, y Quizhpi, 2012: p.5)

Logopedas de los equipos de Atención temprana de Cáceres y Badajoz (2004) Es un trastorno de la articulación de los fonemas, se presenta más allá de los cuatro años de edad y de los niños/as que la presentan no pronuncian bien las palabras debido a la omisión, sustitución o deformación de fonemas. (Cit. Aldaz, 2014: p. 34)

Alessandri (2005) informa que la dislalia “es la alteración en la construcción de las praxias articulatorias adecuadas para la emisión de un determinado fonema” (Cit. Aldana, 2007: p.48)

Pohlhammer (2014) La dislalia es la dificultad que presentan algunos niños, y también adultos, para pronunciar un fonema o sonido. Hablamos de fonema y no de letra, porque no siempre un sonido corresponde a una letra. Hay fonemas como el sonido /s/ o el sonido /k/, que se grafican con dos o tres letras diferentes (ejemplo: k, c, q), se considera dislalia cuando una dificultad de pronunciación se mantiene más allá de la edad esperada para la aparición de cada fonema y este es mal pronunciado en todas las palabras, sin importar su posición (p.40).

Gallego y Rodríguez (2009) la dislalia se conoce como dislalia o dislalia funcionales a los trastornos evolutivos de la articulación que no se deben a lesiones o alteraciones neurológicas evidentes (Disartrias), malformaciones anatómicas (disglosias), sordera (dislalia audiógena) o déficit intelectual, en ellas la alteración del desarrollo del lenguaje se restringe a la articulación, si bien pueden aparecer aisladas o formando parte del TEL o el RL (p. 243).

De acuerdo a Pascual (1998) la dislalia son trastornos de la articulación de los fonemas, o bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por la sustitución de éstos por otros de forma impropia. Se trata pues de una incapacidad para pronunciar o formar incorrectamente ciertos fonemas o grupos de fonemas (Cit. Aldaz, 2014: p.37).

Según Gonzales y Ramírez (2012) la dislalia es un trastorno del lenguaje que afecta la articulación de cualquier fonema ya sea por omisión, sustitución o alteración del mismo,

aunque la dislalia puede afectar a diferentes fonemas, los más frecuentes son /r/, /l/, /s/, y /ch/ y por ende palabras compuestas con /br/, /bl/, /pr/, /pl/, /tr/, /tl/. (Cit. Aldaz, 2014: p.37)

Molinero (2010) nos menciona que la dislalia es un trastorno en la pronunciación de los sonidos (del griego dis, dificultad, lalein, hablar) por alteraciones funcionales (sin lesión orgánica) de los órganos fono articuladores. Los factores implicados en la aparición de la dislalia serán un escaso desarrollo de la habilidad psicomotora fina; alteraciones en los conceptos de espacio y tiempo; déficit en la discriminación auditiva; falta de estimulación lingüística; déficit intelectual. Los datos estadísticos sobre la incidencia de la dislalia son escasos, varían en función de la edad del niño y la definición que se haga de esta patología, con mayor frecuencia en el sexo masculino, son muy frecuentes en etapas escolares tempranas. (p.16)

Abad (2012) dice que las dislalias son trastornos de la articulación de la palabra, debida a las alteraciones de los órganos periféricos que la producen sin daño neurológico; clasificándoles en orgánicas a consecuencia de lesiones anatómicas en los órganos articulatorios y funcionales, cuya causa está dada por una mala coordinación muscular debido a factores etiológicos diferentes. (p.11)

Como señalan Gallego, Ortega, & Rodríguez (2005) entre otros, las dislalias son desórdenes de la articulación del habla de tipo fonético, aunque, según Peña (2001), los errores no son siempre de naturaleza sólo fonética o sólo fonológica, si no que en la evolución de la competencia lingüística un error de base motriz originara un percepción auditiva poco precisa, y, al contrario, un error auditivo se fijará provocando una articulación que terminará afectando la dicción. (Cit. Ruiz, E. 2008: p.54)

Según Padilla (2012) la dislalia consiste en la incapacidad del niño para pronunciar correctamente los sonidos del habla que son esperables según su edad y desarrollo. Este trastorno se va a manifestar en errores en la producción de sonidos como la sustitución de una letra por otra (el niño dice “ta sa” en vez de “ca sa”) o la omisión de consonantes (“lapi” en vez de “lá p iz”)(p.9)

Según Correa, V. (2013) nos menciona que las dislalias es un trastorno de pronunciación sistemática que puede afectar a uno o varios fonemas y que no obedece a patologías del sistema nervioso central, se trata de una incapacidad para pronunciar formar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas, estas puede afectar a cualquier consonante o vocal, también puede presentarse el defecto en un solo fonema o afectar tan solo a la asociación de consonantes. (p. 25)

De Lima, H. (2004) explica que la dislalia puede ser provocada por alteraciones congénitas, o adquiridas en el aparato articulador y resonador, lo que hará imposible la comprensión de su lenguaje. (Cit. Correa, V. 2013: p.25)

Según Artigas, Rigau, & García (2008) la dislalia es un error en la articulación específica para determinados sonidos de consonantes, casi siempre es transitoria (p.181)

Para Aguilar, Belduma, & Ochoa, (2010). Es el trastorno más común en los niños, el más conocido y más fácil de identificar. Suele presentarse entre los tres y cinco años con alteraciones en la articulación de fonemas. A un niño le diagnostican dislalia cuando se nota que es incapaz de pronunciar los sonidos correctamente que son vistos como normarles según su edad y desarrollo (p.38)

Cárdenas, E. (2000: p.240) La dislalia es la dificultad o trastorno para la pronunciación o articulación de las palabras, que se manifiesta por la sustitución, omisión o distorsión de los fonemas. Las causas que la producen pueden ser una mal formación o lesión de los órganos de fonación: lengua, labio leporino, defectos en la colocación de los dientes, fisuras palatinas. También puede tener un origen funcional, cuando la persona tiene disfunciones de origen neurológico o psicológico que afectan las áreas del lenguaje. Existen así mismo causas funcionales, sin que haya ningún trastorno en los órganos fonatorios (falta de discriminación auditiva, falta de coordinación motriz relacionado con el lenguaje, etc.) por ultimo cabe señalar las causas ambientales. Provocadas por trastornos emocionales (medio familiar conflictivo, carencia afectiva, medio cultural muy pobre en estímulos verbales, etc.)

Gallardo y Gallego (2003) afirman que “las dislalias son alteraciones en la articulación de los fonemas”. Son las más frecuentes y conocidas de todas las alteraciones del lenguaje; a veces se identifica al Logopeda como el profesional que enseña a los niños y niñas a pronunciar bien (Cit. Fernández, 2014: p.5)

2.3 Causas de la Dislalia en la Infancia

Son muchos factores a considerar a la hora de definir una causa para la dislalia en los niños y niñas. La dislalia es muy fácil de identificarla, cuando un niño o niña con más de 4 años pronuncia mal las palabras, no logra una articulación correcta de las sílabas, el entorno familiar, así como el educador del niño o niña, lo notará. Al principio, muchos intentarán ayudarlo(a) con un tratamiento orientado y especializado; es muy difícil, en esta etapa, solucionar el problema de forma casera. (Yagual, 2013: p. 49)

Según los distintos autores, las causas que pueden provocar la aparición de dislalias son variadas y responden a múltiples criterios. Todos ellos coinciden en admitir la concurrencia de varias de esas causas como desencadenantes de la dislalia.

Juárez y Monfort (1995) señalan que la etiología es poco clara y varía según el tipo de fonemas afectados, pero que, en general, responde a dos tipos de razones:

- Aspectos perceptivos: el niño sigue con una percepción global del habla, tiene más dificultad de lo normal para analizar y contrastar los fonemas y diversificar su sistema fonético, lo que implica que continúa con los errores típicos de los niños de 2-3 años, reforzándolos con el uso.
- Dificultades psicomotrices para la coordinación de los movimientos finos y rápidos que requiere la realización del habla.

García - Valdecasas (2001), también señala, como causas de la dislalia, las dificultades perceptivas y de coordinación motriz en los movimientos finos de la articulación, pero añade,

además, estimulación lingüística inapropiada o insuficiente, trastornos respiratorios y trastornos de tipo afectivo.

Para Peña Casanova (2001) los aspectos que favorecen la existencia o el mantenimiento de la dificultad serían:

- Permanencia de esquemas de articulación infantiles (que coincidirían con los aspectos perceptivos indicados en los autores anteriores).
- Déficit de la discriminación auditiva.
- Movilidad deficiente de la lengua (dificultades motrices).
- Déficit en la orientación del acto motor lingual (dificultades motrices).
- Hábitos de deglución atípicos.

Y añade, como aspectos colaterales que favorecen la dislalia:

- Predisposición genética, en la que se refiere a una posible predisposición neurológica transmisible en casos de patología del habla.
- Incidencia psicosocial: falta de estimulación cultural por parte del entorno y características psicológicas del niño.(Cit. Ruiz, 2008; p.55 - 57)

Aguilar, M. Belduma, M. y Ochoa, M. (2010) nos mencionan las posibles causas que pueden ser determinantes de la dislalia funcional, en algunos casos puede ser una única causa la que desencadene el trastorno, que en orden cronológico son las siguientes:

2.3.1 Escasa Habilidad motora.- El lenguaje está estrechamente ligado a las funciones del movimiento, fundamentalmente de la motricidad fina que entra en juego directamente en la articulación del lenguaje. Existe una relación directa entre el grado de retraso motor y el grado de retraso del lenguaje, en los defectos de pronunciación. (p.39) también la tensión muscular que implica una rigidez excesiva de los órganos fono articulatorios, lo que se traduce en una pronunciación difícil y defectuosa (Ruiz, 2008: p. 62). Los defectos van

desapareciendo al tiempo que adquiere mayor habilidad en las destrezas motoras finas. (Abad, 2012: p.11).

2.3.2 Factores psicológicos.- Cualquier alteración de tipo afectivo - emocional, como traumas, celos, falta de cariño, etc. Condiciona la evolución lingüística y hace persistir modelos articulatorios infantiles. Estas causas juegan un papel muy importante y a menudo se encuentra asociados a algunos de los otros factores (Ruiz, 2008: p. 62). en estos casos falta o esta perturbada la necesidad emocional de comunicarse, que es un elemento básico para el desarrollo del habla del niño. (Abad, 2012: p.12).

2.3.3 Discriminación auditiva.- El niño no decodifica correctamente los elementos fónicos del lenguaje y no percibe diferenciaciones produciendo errores en la imitación oral. (Ruiz, 2008: p. 62). Hay niños que oyendo bien, analizan o integran mal los fonemas correctos que oyen, al tener dificultades para la discriminación acústica de los fonemas con incapacidad para diferenciar unos de otros. La educación auditiva y rítmica será un medio para lograr hablar con perfección (Abad, 2012: p.12).

2.3.4 Percepción del tiempo y el espacio.- Los trastornos articulatorios están asociados a trastornos de la percepción y a la organización espacio – temporal, haciéndose difícil llegar a un desarrollo del lenguaje sin una evaluación correcta de sus senso-percepciones. Muchos niños dislálicos tienen dificultad en este aspecto, ya que el lenguaje comienza a surgir por imitación y sonidos, muchas veces el niño no puede ver un movimiento, pero no lo percibe tal y como es y no es capaz de diferenciar una articulación de otra. (p. 40).

2.3.5 Factores Hereditarias.- Para Gallego y Rodríguez es posible que exista una cierta predisposición genética; aunque no excesivos, se conocen algunos casos con antecedentes de problemas del lenguaje. (2005: p.38)

2.3.6 Deficiencia intelectual.- En estos casos no se puede hablar tan solo de dislalia funcional, pues aparece como un síntoma más y como tal puede ser tratada, aunque en estos casos las posibilidades de reeducación son más limitadas y especialmente condicionadas a la

capacidad intelectual del sujeto, la alteración del lenguaje es la dificultad característica de articulación (p. 40).

Además de los factores o causas ya mencionadas, Ruiz (2008: p.61) agrega una posible causa de la dislalia funcional.

2.3.7. Factores Ambientales.- El ambiente en el que se desarrolla un niño junto con sus capacidades personales ira determinando su desarrollo y maduración. Las situaciones ambientales que más negativamente pueden influir en un mal desarrollo lingüístico son: carencia de ambiente familiar, bajo nivel cultural (fluidez de vocabulario, de expresión, modo de articulación), bilingüismo, sobreprotección, rechazo, inadaptación familiar, etc., que conlleva una estimulación lingüística escasa y/o un retraso en el desarrollo normal del niño.

Martínez Agudo (2002) señala básicamente las mismas causas que los autores anteriores, es decir: escasa habilidad motora, dificultades en la percepción del espacio y del tiempo, déficits en la discriminación auditiva, pobreza cultural en el ambiente, y añade una nueva causa: actitudes familiares carentes o con exceso de afecto que impiden al niño evolucionar en sus aprendizajes de una forma normal.

Por último incluiremos la clasificación de Busto Barcos (1998), quien señala que la causa de las alteraciones del lenguaje oral habría que buscarlas en los siguientes componentes del lenguaje oral:

A nivel expresivo:

- Bases psicomotoras: tono muscular, coordinación dinámica general, control postural, expresión motora
- Respiración / voz / Articulación
- Fonética/fonología
- Funciones del habla: habilidad perceptiva, habilidad articulatoria y habilidad rítmica.

A nivel receptivo:

- Funciones auditivas: percepción y discriminación auditiva y memoria secuencial auditiva.
- Comprensión: expresión verbal, comprensión auditiva y asociación auditiva.

A pesar de la variedad y heterogeneidad de factores que pueden contribuir a la aparición o mantenimiento de una dislalia, la mayoría de ellos pueden agruparse en dos: factores exógenos y factores endógenos, ya que, como dice Gallego Ortega (2000):

“El desarrollo del lenguaje infantil está condicionado por varios factores, siendo especialmente relevantes dos: el nivel de competencia lingüística que rodea al niño y la capacidad de éste para recibir el mundo sonoro de su entorno. Cualquier alteración en una de estas variables genera alteraciones en la adquisición y/o desarrollo del lenguaje”.

(Cit. Ruiz, 2008; p.57-58)

No obstante la complejidad que puede suponer establecer las causas que han provocado la aparición de una dislalia, es necesario establecer, de la forma más precisa posible, cuáles son en cada caso, ya que éste será el punto de partida para diseñar la intervención.

2.4 Clasificación de la Dislalias

Existen múltiples clasificaciones de las dislalias dependiendo de diferentes autores, en este caso nos vamos a centrar en una de las publicadas más recientemente.

Según Toja y Peña-Casanova (2014) mencionado en Fernández (2014: p.6-7), las dislalias se pueden clasificar atendiendo a dos criterios:

Por un lado, **según la cantidad de sonidos alterados**: tomando como referencia la nomenclatura aportada por estos autores a las dislalias basándose en los sonidos alterados en la articulación, se ha realizado un cuadro en el que se pueden observar fácilmente el nombre que recibe la dislalia junto con los sonidos que se encuentran alterados en cada una de ellas.

Tipo de dislalia	Defectos de pronunciación de los sonidos
Betacismo	/b/
Chuísmo	/ch/
Deltacismo	/d/
Gammacismo	/g/
Jotacismo	/x/
Kappacismo	/k/
Lambdacismo	/l/
Mitacismo	/m/
Rotacismo	/r/
Sigmatismo	/s/
Seseo	/z/ por /s/
Yeísmo	/ll/
Tetacismo	/t/
Picismo	/p/
Ñunación	/ñ/
Numación	/n/
Ficismo	/f/

Por otro lado en la clasificación **según su etiología** Gallardo y Gallego (2003) Citado por Ruiz, (2008). Clasifican las dislalias en:

- **Dislalia Evolutiva:** Fase del desarrollo del lenguaje infantil en la que el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha, bien porque no articula correctamente o bien porque distorsiona los fonemas. Sólo si persiste después de los 4 – 5 años se puede considerar patológica. (p.60). Son propias del desarrollo evolutivo del niño, se consideran normales porque el niño aún está inmerso en la adquisición del lenguaje y no es capaz de reproducir con exactitud lo que escucha, de formar los

estereotipos acústicos – articulatorios correctos. (Calderón, Medina, y Quizhpi, 2012: p.25-26). Este tipo de dislalia es debido que para articular los fonemas de un idioma es preciso una madurez cerebral y del aparato fonoarticulador. Normalmente desaparece con el tiempo y nunca deben ser intervenida antes de los cuatro años, sobre todo en el fonema /r/ y sinfonos (Cfr. Fernández, 2011: p.31 & Pérez, 2013: p.16).

Según López (2013) para que estas dificultades no causen problemas mayores ni se fije el esquema erróneo, debemos mantener con el niño o niña un comportamiento adecuado que ayude a su maduración general. Para ello, hablaremos al niño/a de forma más clara y adulta, no le imitaremos en sus defectos ni nos los tomaremos como una gracia, y tampoco utilizaremos abreviaciones o ecolalias que él utiliza. (p.22).

Campos, A. & Campos, E. (2014) nos mencionan que la prevalencia de dificultades articulatorias es más común en niños (16,7%) que en niñas (12,7%), siendo la educación paterna, número de hermanos o género, los factores más concluyentes en la dinámica articulatoria y sus patologías (p.448).

- **Dislalia Audiógena:** Una correcta articulación implica una correcta audición, por lo tanto, una audición defectuosa conlleva una dificultad para reconocer y reproducir sonidos que ofrezcan entre si una semejanza. En estos casos se hace necesario un examen audiométrico.

Para Calderón, Medina, y Quizhpi (2012) la dislalia audiógena es un trastorno en la articulación de los fonemas debido a un déficit auditivo. Los niños que no oyen bien tenderán a cometer errores en su pronunciación pues las conductas de atención y escuchar es necesario para una buena discriminación auditiva. (p.26).

Para Pilar Pascual (1981) un elemento fundamental en la elaboración del lenguaje es la percepción auditiva, siendo necesaria para conseguir una correcta articulación el poseer una correcta audición. El niño que no oye nada, no hablará nada espontáneamente, y el niño que oye incorrectamente, hablará con defectos. Estas alteraciones de articulación producidas por una audición defectuosa, se denominan dislalias audiógenas (Cit. Padilla, 2012: p.11). Si la falta de audición es parcial (hipoacusia), en función del momento de aparición (antes o después de establecido el lenguaje), pueden aparecer trastornos de articulación, una hipoacusia dificulta el reconocimiento y la reproducción de sonidos con similitud fonética. El habla del niño hipoacúsico se caracteriza por la predominancia de los armónicos graves y una reducción de la melodía de la palabra. (Campechano & otros. 2012: p.867)

- **Dislalia Orgánica:** Para Pascual García (1995) las alteraciones orgánicas que producen trastornos de la articulación dan lugar a la dislalia orgánica. los factores etiológicos pueden ser diversos, pero siempre están referidas a una alteración, lesión o mal formación que impide o dificulta una articulación correcta, dando como resultado una expresión dislálica.

Diferenciamos dos tipos de dislalias orgánicas: la disartria y la disglosia:

- a) **Disartria.-** Este término se emplea para designar las anomalías del habla de naturaleza motriz, secundarias a lesiones del sistema nervioso central o periférico, las cuales provocan trastornos del tono y del movimiento de los músculos fonoarticulatorios, generando así una forma de dislalia orgánica. En estos casos las lesiones afectan a las zonas del sistema nervioso que gobiernan los músculos de los órganos de la fonación, de la respiración, la resonancia, la prosodia y de la articulación en distinto grado”. (Cit. López, 2013: p.23-24).

Para Molinero (2010) los errores en la pronunciación de los sonidos por lesión orgánica se denominan con la raíz griega del fonema afectado (rota = /r/, sigma = /s/, lambda = /l/, etc.) y el sufijo “tismo” o “cismo” cuando el fonema no se articula correctamente (sigmatismo o sigmacismo = dificultad para articular la /s/); y con la misma raíz y prefijo “para” cuando el fonema se sustituye por otro (pararrotacismo o pararrotatismo). (p. 15).

El origen de las disartrias es muy variado, puede ser desde el nacimiento o debido a alguna enfermedad o accidente posterior que le haya causado el daño o lesión. Por lo general, son graves y su rehabilitación dependerá de lo severa que sea la lesión producida. Existen diversas secuelas extraídas de estas lesiones y que afectan a la expresión del lenguaje, Pascual García (1995) las resume y agrupa en cuatro tipos:

- Deformaciones en la articulación por la dificultad motriz que se presenta y la falta de coordinación y control en los movimientos.
- Trastornos respiratorios.
- Alteraciones en el tono muscular que alteran la articulación cuando se ve afectada la zona buco-facial.
- Torpeza motriz generalizada con alteraciones del movimiento o detención de la madurez psicomotriz. La presencia de movimientos involuntarios dificulta la formación de palabras.

b) **Disglosia.-** Es necesario que todos los órganos que participan en el habla tengan una estructura adecuada, de tal forma que, si estos presentan alguna anomalía o malformación, nos encontraremos con un habla defectuosa y con una pronunciación imperfecta que recibe el nombre de disglosia. La causa principal de estas alteraciones reside en malformaciones congénitas, aunque también se deben a traumatismos, trastornos del crecimiento, parálisis, etc.

Si atendemos a la zona afectada, nos encontramos con disglosias labiales, linguales, mandibulares, dentales, palatinas o nasales. Si la lesión o malformación es más amplia, a veces afecta a dos órganos adyacentes, un ejemplo es los niños/as que nacen con labio leporino o abierto que, en primer lugar, necesitarán cirugía plástica y, posteriormente, ejercitación foniátrica para corregir los fonemas incorrectos. (Cit. López, 2013:p. 23-25)

Según Perelló (1990) Siguiendo el criterio de la división anatómica de los órganos periféricos del habla podemos clasificar los siguientes tipos de Disglosias:

- 1) Disglosia labial: El trastorno de la articulación de los fonemas por la alteración de la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios. Las más frecuentes se deben a los labios leporinos, frenillo, labial superior y neuralgia del trigémino.
- 2) Disglosia mandibular: Trastorno de la articulación producido por alteración de la forma de uno o ambos maxilares. Los más frecuentes son el prognatismo, el retroprognatismo, las resecciones de una, otra o ambas mandíbulas y las anomalías dentarias.
- 3) Disglosia lingual: Alteración de la articulación de fonemas por un trastorno orgánico de la lengua que afecta a la rapidez, exactitud y sincronismo de los movimientos de la lengua. Las más frecuentes son: El frenillo lingual, parálisis del hipogloso, macroglosias, y microglosias.
- 4) Disglosias Palatinas: Es la alteración de la articulación causada por alteraciones orgánicas del paladar óseo y del velo del paladar. Las más frecuentes son la fisura del paladar (esta malformación va asociada en la muchos casos a los traumatismos palatinos), el velo largo o corto del

paladar y la rinolalia abierta o cerrada, con repercusión, a veces, en hipoacusias no detectadas. (Cit. Montfragüe, 2010: p.110).

Además Pérez (2013: p.17) menciona una quinta clasificación de disglosias:

5) Disglosias Dentales: Es un trastorno producido por la alteración en la forma o posición de las piezas dentarias.

- **Dislalia Funcional:** se produce por una función anómala de los órganos periféricos sin que existan trastornos o modificaciones orgánicas, si no tan solo una incapacidad funcional. Generalmente está motivada por inmadurez del sujeto, lo que impide un funcionamiento adecuado de los órganos que intervienen en la articulación.

Para Fernández (2014: p.8) La dislalia funcional es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje por una función anómala de los órganos periféricos, pueden darse en cualquier fonema, pero lo más frecuente es la sustitución, omisión o distorsión de /r/, /k/, /l/, /s/, /f/, /z/, /ch/.

Además Nacimba (2011: p.30) menciona que otro tipo de error es la inversión (cambiarlo por el siguiente).

Castañeda (2011) dice que: son aquellas que se producen debido a alteraciones funcionales de los órganos periféricos del habla (Cit. Flores, 2011: p.30).

Para Cesar (2008) la dislalia funcional es producida por un problema articulatorio que se da en los niños de cinco años en adelante y que es la incapacidad de pronunciar correctamente las palabras dándose en los fonemas que tendrían que estar adquiridos para su edad. (Cit. Flores, 2011: p.32)

En este tipo de dislalia no existe un trastorno orgánico, sino únicamente una incapacidad funcional. El niño/a no es capaz de conseguir la posición y los movimientos adecuados en los órganos de la articulación, de tal forma que la pronunciación incorrecta que realiza poco a poco se va fijando, y pasa a formar parte de su habla habitual. En ciertos casos, el niño/a dislálíco es consciente de que articula mal y trata de corregirse imitando a los adultos, pero sus órganos no responden a lo que él desea, lo que provoca que no consiga los movimientos correctos para pronunciar correctamente.

En otras ocasiones, el niño/a no percibe el defecto, por lo tanto, no puede distinguir las articulaciones que emite bien de las que emite mal. (Cit. López, 2013:p.25)

La dislalia funcional para muchos autores es la única que puede ser considerada como dislalia; el resto estarían denominadas con otros términos. De todos los tipos de dislalia expuestos anteriormente en este caso me voy a centrar en la dislalia funcional, ya que está demostrado que la incidencia de las dislalias en edades infantiles es muy elevada, ya Gallardo y Gallego (2003) en su definición de dislalia aluden al hecho que esta patología es de las más frecuentes y conocidas, pero además afirman que “ si preguntamos a cualquier profesor/a por los problemas del lenguaje de sus alumnos/as, en un gran porcentaje nos proponen los errores articulatorios como los primero y muchas veces lo únicos (Cit. Fernández, 2014: p.6)”.

2.5 LA DISLALIA FUNCIONAL

Para Pascual García (2002) la dislalia funcional se puede definir como un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje, por una función anómala de los órganos periféricos sin que existan trastornos o modificaciones orgánicas del sujeto. Esta autora también resalta que las dificultades pueden producirse en cualquiera de los fonemas pero que existe una mayor incidencia en la /r/, /k/, /l/, /s/, /z/ y /ch/ con sustitución, omisión o deformación. (Cit. Fernández, 2014: p.9).

2.5.1 Causas de la Dislalia Funcional

Robira et al. (1991) y Pascual García (1995) sostienen que existe una etiología muy variada para este trastorno; pudiendo existir la posibilidad de que no sea una sola causa la que

está produciendo esta patología en el niño, sino que son varias incidiendo a la vez. Conocer la etiología de cada sujeto es muy importante para luego poder realizar una intervención adaptada a las características y necesidades particulares y personales de cada uno.

Las causas a las que la autora asocia la dislalia funcional son:

- Escasa habilidad motora.
- Dificultades de la percepción espacio y tiempo.
- Falta de comprensión o discriminación auditiva.
- Factores psicológicos.
- Factores ambientales.
- Factores hereditarios.
- Deficiencia intelectual. (Cit. López, 2013:p.26-28)

Para Medina (2000) & Aviles (2008) agregan otras posibles causas:

- Retraso fonológico.- Cuando los problemas están relacionados a un retraso en el desarrollo del habla. La alteración se produce a nivel perceptivo y organizativo, es decir, en los procesos de discriminación auditiva afectando a los mecanismos de conceptualización de los sonidos y a la relación entre significante y significado
- Trastorno fonético.- Cuando el niño no adquirió de una forma correcta los patrones de movimiento que son necesarios para la producción de algunos sonidos del habla, lo que quiere decir que el niño no mueve los músculos que se encargan del habla, como debería, por eso comete omisiones sustituciones y distorsiones de algunos sonidos de la lengua.
- Alteraciones físicas.- Cuando presenta malformaciones físicas en los órganos que interviene en el habla y que impiden de pronunciar muchos sonidos. Las lesiones en el sistema nervioso pueden ocasionar alteraciones en el movimiento y en la

coordinación en los músculos implicados en el habla. La mala oclusión dental, el frenillo lingual, o malformaciones en el labio (ejemplo, labio leporino o hendido).

- **Dificultades respiratorias.**- Por la relación que tiene la función respiratoria con la realización del acto de la fonación y la articulación del lenguaje. Las dificultades o anomalías en esta función pueden estar en parte alterando la pronunciación de la palabra y creando distorsiones en los sonidos por una salida anómala del aire fonador, principalmente en los fonemas fricativos.

(Cit. Flores 2012: p.32-35)

2.5.2 Sintomatología en la Dislalia Funcional

Carrió Rovira (1991) Los niños/as que padecen dislalia funcional “suelen ser niños intranquilos, distraídos, a veces apáticos, sin interés. Están convencidos que hablan bien y ellos mismos no se dan cuenta de sus errores”.

De acuerdo con Pascual García (1995), la dificultad que presenta el niño/a para hablar viene marcado por distintos aspectos: la articulación del lenguaje, la personalidad y el proceso escolar.

2.5.2.1 Sintomatología en la Articulación:

Existen distintos errores, mencionados anteriormente, causados por la dificultad que presenta el niño/a para una articulación correcta, y aunque en muchos casos dichos errores no nos impiden entender lo que el niño/a nos quiere transmitir, es necesario tratarlos para conseguir corregirlos. Incluso puede que el desarrollo del lenguaje no esté interrumpido o retrasado y las vocales, los diptongos y la imitación de sonidos son normales. Los errores que nos encontramos son:

- **Sustitución:** este tipo de error se produce cuando el sujeto suelta un sonido por otro. Para el niño/a es más fácil emitir unas articulaciones de forma correcta que otras, por eso, cuando encuentra dificultad con alguna de ellas, tiende a reemplazarla por otra que

controla o le resulta más fácil y asequible. En la dislalia audiógena, este tipo de error está caracterizado porque el niño/a tiende a pronunciar el fonema tal y como lo oye, de tal forma que el problema no está en la pronunciación sino en la audición.

La sustitución puede aparecer en el principio, en el medio o en el final de la palabra. Entre los errores más comunes encontramos la sustitución del fonema /r/ por el fonema /d/ o /g/, la sustitución del fonema /s/ por el de /z/ y fonema /k/ que sustituye al /t/.

En las dislalias funcionales, tal y como nos señala Pascual García (1985), este tipo de error es el que aparece más comúnmente y es más difícil su corrección ya que una vez haya adquirido la forma correcta de articulación seguidamente debe integrarlo en su lenguaje común. La dificultad reside en que el sujeto ya tiene fijadas las palabras con la articulación defectuosa por eso sería conveniente enseñarle palabras nuevas con ese fonema para que posteriormente pase a generalizar. Por ejemplo, “lata” en lugar rata, “cedo” por cero.

- **Omisión:** en este caso el niño/a tiende a suprimir de la palabra el fonema que le causa dificultades, no lo sustituye por ningún otro sino que lo omite directamente de la palabra independientemente del lugar que ocupe en la palabra. En ocasiones sólo elimina la consonante que le causa problemas diciendo, por ejemplo, “caetera” en lugar de “carretera”; “apato” por zapato, pero en otras ocasiones omite directamente la sílaba completa que contiene dicha consonante, como “lida” por salida; “camelo” por caramelo.

Para Avilés (2008) En los sifones o grupos consonánticos en los que hay que articular dos consonantes seguidas como “br”, “cl”, “fr”, “cr”, etc” es muy frecuente la omisión de los consonantes líquida cuando existe dificultad para la articulación por ejemplo “paza” por plaza, “bazo” por brazo, “futa” por fruta, etc. (Cit. Flores, 2011: p. 37)

- **Inserción o adición:** cuando el niño/a se encuentra con un sonido que le causa dificultad lo afronta añadiendo junto a él otro sonido que no corresponde a esa palabra, no se salva así la dificultad y se convierte en un vicio de expresión. Este error es el menos frecuente. Un ejemplo sería si pronuncian “aratón” en vez de “ratón”, “balanco” en lugar de blanco, “teres” en lugar de tres, “boroma” en lugar de broma, etc.
- **Distorsión:** sucede cuando se emite un sonido de forma incorrecta pero no se sustituye por otro sino que se emite su articulación de forma aproximada a la correcta pero sin llegar a serla. Suele producirse al no colocar de forma correcta los órganos de la articulación, a la forma de salida del aire, a la vibración o no vibración de las cuerdas vocales por ejemplo cardo en lugar de carro.

2.5.2.2 Sintomatología en la Personalidad:

Carrió Rovira et al. (1991) señalan que, por lo general, el niño/a comienza a ser consciente de su defecto por dos razones:

- Experiencia personal de su lenguaje.
- La mofa o comentarios que provoca cuando habla entre los que se encuentran a su alrededor.

El desarrollo de la personalidad del niño/a y su socialización se verán influenciados con los problemas o dificultades que aparecen en su evolución, de tal forma que, un niño/a que es consciente de que habla mal, se reprimirá a la hora de comunicarse, evitando así la relación y el contacto con los demás, al mostrarse tímido e inseguro. Puede suceder también que al sentirse frustrado por esos problemas, responda de forma agresiva. Este defecto puede originar problemas familiares debido a una falta de aceptación del trastorno.

2.5.2.3 Sintomatología en el Proceso Escolar:

En la etapa de Educación Infantil los niños/as no notarán tanta diferencia entre el niño/a con dislalia y el resto de sus compañeros, algo que es positivo para el niño/a al no sentirse afectado. Será en Educación Primaria cuando el habla ininteligible del niño/a se convierta en un problema para su integración social y para su aprendizaje, lo cual ocasiona una reducción en el rendimiento escolar del niño/a y ciertos aislamientos en relación con sus compañeros. Para evitar todo esto y las posibles repercusiones negativas que puedan surgir en el futuro, es esencial corregir la dislalia lo antes posible.

Este defecto supone un obstáculo para el niño/a, a lo largo de su etapa escolar, al influirle en su integración al grupo y en su rendimiento. Para evitar todo esto es necesario comenzar cuanto antes con su reeducación.

2.6 Evaluación de las Dislalias Funcionales

Para Pascual García (2002) Antes de comenzar la intervención y con el objetivo de saber cuál es la patología que presenta el sujeto, es decir, para saber si presenta dislalia o no, se debe realizar una evaluación precisa que valore todos los aspectos que influyen en la articulación. La evaluación es, además, imprescindible para realizar una posterior intervención logopédica acorde a las características personales de cada sujeto y cubrir de este modo todas sus necesidades.

Sobre la relevancia de la evaluación, Pascual García afirma que:

“Es fundamental detectar en cada caso el punto o puntos de arranque de donde ha surgido el problema, los síntomas significativos, para que el tratamiento del mismo vaya dirigido a todos aquellos aspectos en los que existe un deterioro o déficit, con un enfoque pluridimensional, que corrija, no sólo el efecto, sino también la causa”.

Existen múltiples maneras de evaluar a un sujeto con dislalia y los aspectos a tener en cuenta varían según los autores, en este caso se hace referencia a una de las publicaciones más actuales.

Toja y Peña-Casanova (2014) exponen que el primer paso para comenzar una evaluación sería realizar una anamnesis completa y detallada, para llegar a conocer de este modo la situación personal y familiar del sujeto con dislalia. Para ello proponen una serie de aspectos a evaluar:

- Características anatomofuncionales de las estructuras orolingüofaciales: se exploran en este apartado la estructura y tonicidad de labios, lengua, velo del paladar, amígdalas, frenillo lingual, paladar duro, dentición y maloclusión. De la misma manera será necesario evaluar las praxias orolingüofaciales (fundamentales para el diagnóstico diferencial).
- Patrón respiratorio: se valora el modo respiratorio, el tipo, la frecuencia, el ritmo y la amplitud.
- Permeabilidad nasal: mediante la prueba de Glatzel.
- Funcionalidad respiratoria: mediante la prueba de Rosenthal.
- Características de la voz: observando la intensidad, altura tonal, timbre y resonancia. Esta parte sirve para realizar un diagnóstico diferencial con la disglosia (en caso de que sea por una malformación de los órganos) o una disartria (en caso de lesión neuromuscular).
- Lenguaje, habla y comunicación: los aspectos a valorar serán los aspectos semántico y morfosintáctico; aspecto fonético-fonológico, este aspecto se evalúa en repetición, lenguaje dirigido y lenguaje espontáneo; aspecto pragmático; fluidez y lectoescritura.

Gallardo y Gallego (2003) incluyen, además de estos aspectos, la evaluación del soplo (bucal) centrándose en la cantidad, el control y la dirección del mismo. (Cit. Fernández 2014: p.11-13)

Basándome en Pascual García (1985), señalo a continuación las distintas partes con las que tendría que contar un diagnóstico completo de la dislalia funcional, así como los distintos tests que propone para llevar a cabo el estudio de algunos de los apartados:

Para Barrena (2006) menciona que “la entrevista con los padres referida a un trastorno de lenguaje infantil, reviste gran importancia y debe basarse no solo en datos estrictamente lingüísticos, si no como toda Historia del desarrollo del lenguaje, en datos referido a la maduración general”. Y para Sirapi (2011) menciona que la entrevista “se debe mostrar simpatía para la persona y tratar sinceramente de comprender su conducta y sus problemas. La ligazón se estable cuando se muestra aceptación” (Cit. Flores. 2011: p. 38)

2.6.1 Articulación

El siguiente paso en el diagnóstico de la dislalia funcional consiste en el estudio de la articulación del niño/a. Será un examen exhaustivo que nos permita conocer, de forma estricta, los defectos existentes en la pronunciación del niño/a, conociendo el lugar donde tiene lugar el fallo: inicial, intermedia o final; así como el tipo de expresión: lenguaje repetido, dirigido o espontáneo.

Aquí encontramos tres tipos de exámenes de articulación que existen:

- Lenguaje Repetido: este examen tendrá lugar a través de la repetición por parte del niño de una lista de palabras que contienen el fonema o sonido que queremos estudiar. Hay que tener en cuenta la situación del niño para llevar a cabo este examen ya que no es positivo que el niño se canse, por eso podríamos realizarlo por partes.

Para Barrena (2006) menciona que el resultado de la prueba se plasma en una ficha donde quede reflejado el estado de todas las articulaciones. Cuando la alteración de un sonido esté condicionada a la posición en que aparezca dentro de una palabra, ya sea inicial o medial

lo hacemos constar en el apartado de observaciones para tenerlo en cuenta la hora de su reducción (Cit. Flores, 2011 p. 39)

- Lenguaje Dirigido: en este caso mostraremos al niño una serie de imágenes o dibujos que él conozca y cuyo nombre contiene el fonema o sonido que queremos estudiar y que es causa de problema. Incluiremos el nombre del dibujo en el caso de que el niño ya sepa leer, añadiendo así una prueba de lectura.
- Lenguaje Espontáneo: tan relevante como los anteriores es este examen en el cual se observa el lenguaje del niño y su pronunciación a través de una conversación espontánea con el niño al cual llevaremos hacia los datos que queremos estudiar. En este tipo de conversaciones pueden descubrirse fallos o problemas que en los otros exámenes no se observaron.

Para Sirapi (2011) se consigue en base de preguntas y de entablar una conversación dirigida a los datos que queremos analizar. En el resultado debe constar el tipo de error que se presenta, si se da su sustitución, omisión o distorsión de cada fonema afectado, como igual si el efecto es permanente o depende de su situación en la palabra. (Cit. Flores, 2011 p.39).

2.6.2 Inteligencia

Llegados a este punto, es relevante estudiar el nivel intelectual del niño/a para esclarecer si los problemas vienen causados por una dislalia funcional o por una deficiencia mental, en la que el trastorno relativo al lenguaje sería un síntoma más. Es necesario realizar más de una prueba para el estudio de la capacidad intelectual para constatar que los resultados obtenidos son veraces. Pascual García P. (1985) propone distintos tipos de test atendiendo a dos aspectos:

Desarrollo intelectual:

- Matrices Progresivas de Raven es un test que pertenece al tipo de pruebas complementarias, en las que el niño ha de indicar la parte que falta a un dibujo,

presentando las ventajas de ser sencillo de aplicar, adaptado a niños y sin intervención del factor verbal que, en nuestro caso, se presenta deteriorado.

- Test de figura humana de Goodenough es una sencilla prueba de “papel y lápiz” en la que se pide al niño que dibuje una figura humana. Sus resultados pueden proporcionar una valoración del desarrollo intelectual, además de dar una información sobre el nivel de conocimiento del esquema corporal y la organización espacial, pudiendo manifestar también dificultades de orden afectivo.

Ambos tests proporcionan información y valoración sobre el desarrollo intelectual del niño/a.

Comprensión verbal:

- Test de Vocabulario en imágenes de Peabody se le presentan al niño varios dibujos pidiéndole que señale el que corresponda a la palabra que se le indique. A través de él, podremos conocer el nivel de vocabulario que posee sin que tenga que intervenir la palabra hablada, con lo cual queda libre de dificultad que podría suponer una prueba de vocabulario para niños dislálicos cuyo lenguaje estuviera muy afectado.
- Conceptos básicos de Boehm se detectará la comprensión y el dominio que el niño tiene de una serie de conceptos básicos y que en muchos casos hacen referencia a las nociones espacio- temporales, que más tarde habrá que analizar y cuya denominación puede desconocer.

En este caso los tests nos muestran el nivel de vocabulario del niño/a, así como de nociones básicas que posee.

2.6.3 Psicomotricidad

Muchos de los niños/as con dislalia funcional tienen dificultades en su habilidad motora, por eso, es importante detectar problemas en el desarrollo motor. Para conocer este aspecto más detalladamente, es necesario estudiar de forma exhaustiva los siguientes apartados:

- Conductas motrices de base: existe un test que estudia dichas conductas, “el test de Ozeretsky que analiza el desarrollo de la psicomotricidad general en el niño, con una escala aplicable a edades de cuatro a quince años”. En esta prueba se exploran seis aspectos:
 - Coordinación estática
 - Coordinación dinámica de las manos
 - Coordinación dinámica general
 - Rapidez de los movimientos
 - Movimientos simultáneos
 - sincinesias.

- Motricidad buco-facial. Es preciso conocer también cómo funcionan los órganos que participan en la articulación y su movilidad. Existen diversos ejercicios de la lengua y los labios que nos permiten conocer si existen fallos o no en la motricidad de la boca y la cara, así como la agilidad de la lengua. Dichos ejercicios abarcan desde movimientos latearles con la lengua, elevación de la lengua, abrir y cerrar la boca, movimientos giratorios de la lengua, sacar la lengua muy poco sin abrir la boca, unir los labios y estirar la boca como sonriendo, morderse el labio inferior con los dientes superiores y al revés; todos esos ejercicios se realizarán incluyendo cambios de ritmo.

- Conducta respiratoria. La respiración tiene gran importancia en la fonación, por esta razón, es necesario saber cómo la lleva a cabo el niño/a, y si existiera alguna dificultad. Se debe observar la espiración nasal, espiración bucal y la

fuerza y duración del soplo; se cronometrará y anotará el número de segundos en cada espiración.

- Tono y relajación. Es necesario conocer también la capacidad de relajación y el fondo tónico del niño/a, para ello, utilizamos la prueba de pasividad para observar el balanceo y la prueba de relajación para conocer su capacidad de relajación.

2.6.4 Percepción y orientación espacial

Como ya mencioné anteriormente, tiene gran importancia la orientación espacial que el niño/a ha adquirido, así como la percepción de las mismas, ya que resultan relevantes para la articulación del lenguaje.

- Organización perceptiva: el test de L. Bender establece la maduración del niño investigando la función visiomotora asociada a la capacidad del lenguaje. En este test se le pide al niño que copie en un papel en blanco 9 figuras o dibujos según el modelo que se le presenta y seguidamente se procede a analizar los resultados.
- Organización del espacio: en este apartado se estudiará si el niño/a es capaz de orientarse en el espacio, más concretamente, se estudiará si tiene adquiridos los conceptos de derecha e izquierda, la seguridad que muestra y la rapidez para reconocerlos. El test propuesto en este caso es la prueba de Piaget “derecha-izquierda” consistente en reconocer estos conceptos en sí mismo, en otro y teniendo en cuenta la posición de tres objetos. Pascual García (1995) plantea terminar este estudio con la prueba de Head “mano-ojo-oreja” en la que el niño tiene que imitar los movimientos de la persona encargada del examen, después los realizará siguiendo unas órdenes y luego la imitación de figuras esquemáticas.

Ambas pruebas ofrecen una escala desde los 6 años hasta los 12 – 14 años muy útiles para el estudio de este aspecto

2.6.5 Percepción temporal y ritmo

Para estudiar y diagnosticar la capacidad que tiene el niño para percibir y discriminar distintos tiempos y distintos ritmos que se le presenten y con ello conocer el estado de su estructuración temporal, resultará de utilidad la aplicación de las Pruebas de ritmo de Mira Stambak. Estas pruebas constan de tres partes que estudian:

- Tempo espontáneo
- Reproducción de estructuras rítmicas
- Comprensión del simbolismo de estructuras rítmicas y su reproducción

El “tempo” espontáneo valora la cadencia espontánea del sujeto para una actividad motriz y la regularidad que sigue en la misma. La reproducción de estructuras rítmicas mide las posibilidades de aprensión inmediata de una estructura rítmica que se le hace escuchar y que va a presentando una dificultad creciente. Por medio de la comprensión del simbolismo de estructuras rítmicas y su reproducción, se conocerá la comprensión que tiene de cierto simbolismo y la capacidad de reproducción correcta, indicando con ello las posibilidades que presenta de estructuración temporal y rítmica.

2.6.6 Percepción y discriminación auditiva

Hemos visto que la deficiencia auditiva puede ocasionar problemas en la articulación y más concretamente, en el habla del niño/a por eso es necesario incluir en su diagnóstico un análisis preciso de la capacidad auditiva del mismo. Con la finalidad de diferenciar los tipos de discriminación en la percepción y discriminación auditiva a continuación se presentan los siguientes tipos:

- Discriminación de sonidos: es necesario saber si el niño/a reconoce y diferencia unos sonidos de otros, valorando los resultados como un

reconocimiento bueno, mediano o deficiente. Los ejercicios que se realicen en esta prueba se realizarán detrás del niño/a para que no pueda influir la capacidad visual.

- Discriminación de fonemas: se trata de ejercicios en los que el niño/a debe identificar y reconocer fonemas iguales y diferentes así como localizar un fonema dado en una serie de palabras.
- Discriminación de palabras: el niño/a tendrá que distinguir palabras que tienen sonidos parecidos o semejantes. Por ejemplo, se le proponen palabras en las que solo variará alguna consonante. Y que requieran una normal discriminación auditiva para poder realizar la diferenciación.

2.6.7 Personalidad

Es esencial conocer si existe algún desajuste en la adaptación o en la personalidad del niño/a, ya que si esto ocurriera, podría ser el motivo de la existencia de problemas en el lenguaje del niño/a. El test de la familia de Corman, en el que el niño/a debe realizar un dibujo de la familia, permite conocer cualquier problema personal que pudiera existir.

2.6.8. Exámenes complementarios

Estos exámenes sólo se tendrán en cuenta cuando el anterior análisis completo y la entrevista con la familia no aportan los datos suficientes para conocer la causa y hacer un diagnóstico completo, o cuando se presenta que existen otros factores ajenos a la dislalia funcional. Serán llevados a cabo por un médico, que estudiará neurológicamente al niño/a y realizará un examen audiométrico más exhaustivo.

2.7 Tratamiento de la Dislalia Funcional.

Según López (2013 p. 35 - 37) existen una serie de condiciones o principios generales que se deben de tener en cuenta a la hora de establecer el tratamiento para la dislalia funcional:

2.7.1 Tratamiento orientado a las causas de la anomalía.

A través de las pautas marcadas para el diagnóstico detallado anteriormente conoceremos cuáles son las causas que provocan el problema en la articulación ya que “la intervención logopédica debe ir orientada a la causa o causas de la anomalía que presenta el niño” Pascual 1995. Por eso, es esencial que exista un diagnóstico previo al tratamiento.

2.7.2 Utilización de técnicas fundamentadas en principios pedagógicos.

La finalidad educativa debe estar presente a lo largo del tratamiento, así como la participación activa del niño/a. Partiremos siempre de sus posibilidades y limitaciones, y se irá aumentando poco a poco la dificultad, lo cual provocará un esfuerzo por parte del niño/a.

Hay que tener en cuenta que en esta etapa la actividad lúdica cobra gran importancia y, por eso, realizaremos ejercicios apoyándonos en el juego; además, no es beneficioso que el niño/a se sienta cansado, para ello las actividades durarán un tiempo reducido y se cambiará frecuentemente de actividad. Todo esto favorecerá el interés y la participación por parte del niño/a. Se repetirán las actividades constantemente a lo largo de los días.

2.7.3 Enfoque pluridimensional del tratamiento.

Normalmente, los trastornos del lenguaje no son por una única causa, sino que existen síntomas provocados por varias causas, de tal forma que no podemos enfocar el tratamiento únicamente a corregir el problema con la articulación. Debemos ampliar dicho tratamiento basándonos en el diagnóstico previo para incidir también en aquellos aspectos que tienen relación con el lenguaje oral, y que dieron como resultado un rendimiento inferior.

2.7.4 Inicio precoz del tratamiento.

Ya he mencionado a lo largo del trabajo la importancia que tiene la intervención temprana en el tratamiento de la dislalia para conseguir una recuperación positiva, por eso, es esencial iniciar el tratamiento en cuanto se detecte la dificultad. En cuanto a articulación, la atención temprana es esencial debido a que en corta edad es más fácil conseguir una agilidad de los órganos de la articulación; los esquemas articulatorios defectuosos que utiliza el niño/a

costará más corregirlos, a medida que el niño/a crece y los va fijando como correctos; y el retraso escolar que puede surgir en el niño/a cuando se hace consciente de su problema.

2.7.5 Relación positiva entre el reeducador y el niño/a.

La empatía por parte del reeducador y la confianza entre ambos son claves para llevar a cabo el tratamiento de forma satisfactoria. Se tratará en todo momento de aumentar la confianza que el niño/a tiene depositada en sí mismo.

2.7.6 Colaboración familiar.

Éste es un punto esencial en el tratamiento de la dislalia, así como conocer cuál es la actitud que tienen los padres frente a los hijos que sufren dislalia. Así, existen padres que tratan de proteger en exceso a sus hijos y mimarles al máximo, en otras ocasiones a los padres les afecta enormemente el problema de su hijo, provocándoles ansiedad, que deriva en demasiadas exigencias y comparaciones hacia el niño/a. Debemos tratar de modificar todas estas actuaciones, ya que no favorecen al menor en ningún caso, y conseguir así una reeducación positiva desde todos los ámbitos.

A los padres que presentan una actitud positiva hacia sus hijos, lo que se les pide es que en casa lleven a cabo actividades o juegos que permitan el correcto desarrollo del lenguaje del niño/a y que serán guiados por el reeducador. Es muy positivo que los padres hablen mucho con el niño/a y que permitan que éste se exprese.

2.8 Intervención Logopédica

El pronóstico de la intervención suele ser favorable. Dependerá, no obstante, de la rapidez con que se perciba el problema, de la celeridad de la intervención y de la calidad de la misma.

La edad idónea para iniciar el tratamiento logopédico es la de cuatro o cinco años, por cuanto a esta edad los niños suelen haber abandonado las dificultades de pronunciación y muestran ya una capacidad articulatoria similar a la del adulto. En general, dos son los modelos

utilizados para atender las dificultades en la articulación fonemática: el fonético y el conductual.

2.8.1 Modelo fonético

Este modelo admite dos tipos de tratamientos íntimamente relacionados, que se pueden desarrollar de forma paralela o simultánea, siendo viable su disgregación analítica sólo en el plano teórico. Las dos modalidades aludidas son la intervención indirecta y la directa. (Gallardo & Rodríguez, 2005: p.46-47)

Pascual García (1995) señala que “la intervención logopédica tendrá que ir dirigida tanto al aspecto articulatorio como al funcional, con un enfoque pluridimensional”. Así nos encontramos con que el tratamiento que puede ser:

2.8.1.1 Tratamiento Indirecto: en primer lugar, se debe trabajar las funciones que están disminuidas para conseguir mejorarlas. De tal forma que se denomina tratamiento indirecto porque trabaja el lenguaje de forma indirecta, trata de estimular y desarrollar los aspectos funcionales que intervienen en el habla y facilitar así la articulación. (Cit. López, 2013: p.28 - 38)

Dentro de esta modalidad de tratamiento para optimizar el funcionamiento de las bases que condicionan la articulación de los sonidos del lenguaje, se señala los siguientes ejercicios:

Ejercicios Respiratorios

Los siguientes se pueden realizar sentados, de pie y/o caminando, lo ideal es que sean en los tres momentos, pero si en uno solo, también puede producir efectos positivos.

1. Inspira (tomar) aire por la nariz y espirarlo (botarlo) lentamente por la boca.
2. Inspira (tomar) aire por la nariz y espirarlo (botarlo) por la nariz.
3. Soplar papelitos, pitos y/o hacer burbujas.
4. Soplar una vela a diferentes distancias desde lo más cerca de su boca hasta lo más lejos posible de ella.

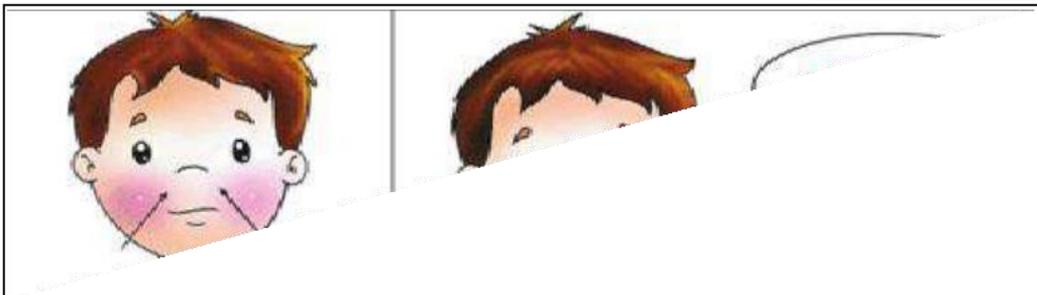


5. Inspirar aire por la nariz y espirarlo un poco por la nariz y otro poco por la boca de forma alterna hasta expulsarlo todo.
6. Inspirar aire por la nariz mientras levanta los brazos, retiene el aire cuando los ha levantado completamente a



la altura de los hombros, durante 3 segundos y los deja descender rápidamente espirando el aire por la boca rápido y fuerte.

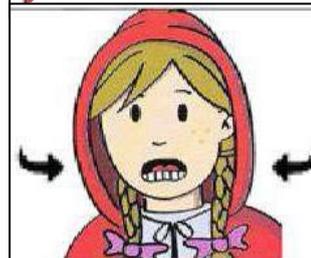
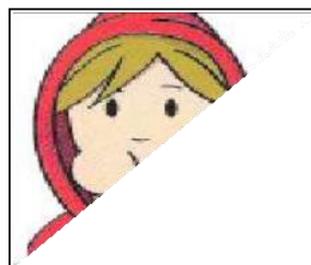
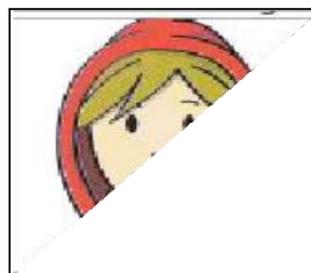
7. Inflar globos de textura suave y de tamaño grande (sin inflar las mejillas).
8. Hacer sonar instrumentos musicales de viento.



Es importante que al realizar estos ejercicios, le indique a él o los niños que no levanten los hombros ni la parte superior del pecho al inspirar sino el abdomen, ya que así obtendrán mayor capacidad vital de aire y podrá tener mayor fuerza para la realización de diversos bucolinguales, además de poder emitir mayor cantidad de palabras sin inspiraciones demasiado frecuentes que interrumpen la fluidez de las expresiones orales.

Ejercicios Buco faciales

1. Encoger y estirar los labios.
2. Apretar los labios y separarlos bruscamente.
3. Espicharse las mejillas con las manos creando resistencia en los labios.
4. Vibrar los labios (carrito).
5. Abrir y cerrar la boca.
6. Subir la lengua al paladar.
7. Subir la punta de la lengua al paladar y bajarla al piso de la boca.
8. Hacer gárgaras sin agua (2 veces máx.) y con agua (todas las veces que desee).
9. Limpiarse los labios y/o dientes con la punta de la lengua, superior, inferior y en círculo.
10. Doblar la punta de la lengua hacia arriba.
11. Doblar la punta de la lengua hacia abajo.
12. Acanalar la lengua.
13. Tocarse la cara interna de las mejillas con la punta de la lengua.
14. Vibrar la punta de la lengua entre los dientes.
15. Hacer como la onomatopeya del pavo.
16. Pasar la punta de la lengua de atrás hacia adelante por el paladar.



17. Pasar la punta de la lengua de delante hacia atrás por el paladar sin dejar caer la lengua sino que quede paradita.
18. Tocarse la comisura de los labios con la punta de la lengua.
19. Tocarse las últimas muelas superiores e inferiores con la punta de la lengua.
20. Vibrar la punta de la lengua en el paladar.

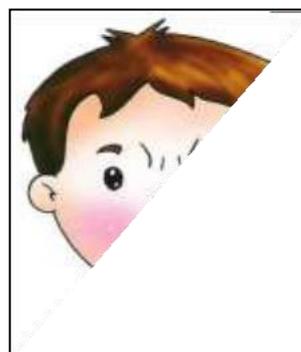
El número de veces a realizar cada ejercicio depende de las dificultades que presente el niño en hacerlo.

Ejercicios De Percepción Auditiva

1. Que el niño o los niños se recuesten sobre el pupitre o la silla con los ojos cerrados y en silencio, dejar pasar 10 segundos, luego preguntarles a cada uno que sonidos o ruidos escucho mientras descansaba.



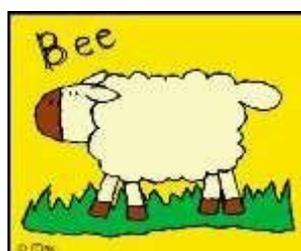
2. Los niños deben cerrar los ojos, apoyando la cabeza sobre los brazos en la silla o pupitre, el docente debe moverse y hablar desde diferentes sitios o puntos del salón de clase y ellos deben señalar en qué lugar se encuentra usted, inmediatamente abrirán los ojos para corroborar la respuesta dada.



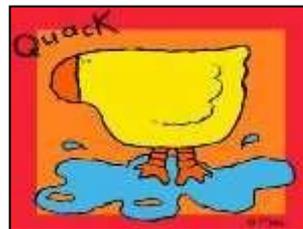
3. Lo anterior, pero ahora la maestra tocara a un niño este dirá “hola” y los demás deberán decir a quien tocaron (hacerlo con varios niños ubicados en diferentes lugares del salón).



4. Que los niños reproduzcan la siguiente serie de golpes o ritmos, los cuales podrá hacer usted con sus manos, el zapato o un tambor.



5. Forme dos equipos para realizar un juego, cada grupo deberá hacer 2 sonidos seguidos y el otro deberá repetir los mismos sonidos en el mismo orden, el que se equivoque perderá un punto y el que lo haga correctamente ganará un punto, al final el que obtenga más puntuación ganará. El juego irá aumentando de complejidad, ya que primero serán dos sonidos, luego tres, cuatro y así sucesivamente hasta donde usted lo considere apropiado.



Ejercicios De Relajación:

- Los niños sentados de forma tranquila con las manos sobre las piernas decirles que aprieten lo más fuerte que puedan la parte del cuerpo que usted vaya mencionando y se mantengan así hasta que cuente (ud.) 1, 2, 3, 4, 5, de forma lenta y tranquila; luego ellos deberán relajar (dejar de contraer) dicha parte de manera lenta, acompañado de una respiración profunda espirando por la boca.

Las partes del cuerpo a trabajar son: piernas, glúteos, abdomen, manos, brazos, ojos, boca, todas las partes juntas. Cada parte debe contraerse y relajarse tres veces.



- Recostados sobre su pupitre o silla póngalos a escuchar música de ritmos suave variado, algunas opciones son la música instrumental y las canciones infantiles.



2.8.1.2 Tratamiento Directo: trata de enseñar al niño/a la emisión correcta de todas las articulaciones y la integración de las mismas en su expresión espontánea. Se actúa directamente sobre el lenguaje después de haber conseguido unas bases con el tratamiento indirecto. En este tratamiento se distinguen dos partes: enseñanza de la articulación e integración de la misma en el lenguaje espontáneo. (López 2013: p.37)

Se refiere al tratamiento directo de la articulación de los fonemas pronunciados de formas defectuosas u omitidas, tanto en posición aislada como integrados en palabras. Una vez conseguida la funcionalidad óptima de los órganos y capacidades anteriores quizá sea necesaria la descripción y entrenamiento como se produce el sonido y una breve experimentación guiada mediante ensayos de error de la emisión del fonema (tratamiento fonético). En otros casos, sólo se requerirá un tratamiento fonológico, es decir, la pronunciación correcta del fonema dentro de una palabra, mediante ejercicios de repetición con ciertas modificaciones (posición del fonema, nivel de dificultad de la sílaba que conforma el fonema).

Pascual (2000) menciona tres fases consecutivas pueden vertebrar la intervención para conseguir una articulación correcta (Cit. Gallego & Rodríguez, 2005: p. 50 - 54)

- **Enseñanza de la articulación:** En su primer nivel de intervención, se procurará la adquisición del sistema vocálico, debido a que se trata de fonemas con una mayor

facilidad de emisión. Aunque no son muy frecuentes, pueden observarse algunos errores de distorsión y sustitución de ellos.

A continuación, se enseñaran las consonantes, las cuales se producen por la espiración del aire de los pulmones y los obstáculos que producen los órganos fonoarticulatorios para conferirles los atributos auditivos pertinentes. Primero se trabajarán las consonantes sordas defectuosas, que al no precisar de vibración de las cuerdas vocales son más fáciles de pronunciar. Seguidamente se culminará con las consonantes sonoras y entre ellas las de mayor dificultad.

Se intentará enseñar en una misma sesión aquellas consonantes que son análogas por su modo de pronunciación o articulación, advirtiendo de las nimias pero determinantes diferencias.

Todas las consonantes, tras ser aprendidas de forma aislada, se acompañarán de cada una de las vocales y se demandará la correcta pronunciación silábica, tanto en el caso de las sílabas directas como inversas, cuando sea pertinente.

Otro nivel de intervención logopédica más específica o especializada es la reeducación, tras detectar articulaciones defectuosas. Conviene procurar, en la medida de lo posible, hacerlo a modo de juego, sin que el niño perciba que se está reeducando su pronunciación, a pesar de que se trate, generalmente, de sesiones individuales. De otra parte, se evitará, también en lo posible, enfatizar el sonido incorrecto y a partir de él enseñar a emitir el correcto, si no que se obviará el incorrecto, se enseñará el adecuado y se trabajará con él creando asociaciones motrices y expresiones, de manera que se vaya destruyendo el sonido inicial defectuoso, en beneficio del adquirido (el correcto).

En el proceso de adquisición del sonido adecuado, se recurrirá a sonidos auxiliares similares a los sonidos correctos, pero no aquellos incorrectos que ya tiene el niño integrado en su sistema lingüístico, intentando rectificarlos. Además se utilizaran los recursos adecuados: espejo para percibir visualmente las

posiciones correctas, grabadoras para reforzar el avance y corregir las disfunciones y depresores o palillos para demostrar las posiciones de los órganos. La correcta pronunciación fonética se conseguirá con mayor probabilidad de éxito integrando diferentes percepciones: auditiva (discriminación auditiva del fonema así como la descripción oral de la forma correcta de colocación de órganos), visual (mostrando lo que se describe oralmente: colocación de los órganos buco-faciales) e incluso táctil (tocando esa forma colocación específica).

Debido a la limitación espacial, se han explicitado pautas de intervenciones fundamentales y genéricas. El lector interesado en profundizar sobre la reeducación de fonemas específicos puede consultar una obra anterior (Gallego, 2000).

- **Automatización de la articulación correcta.** De nada sirve la intervención anterior si no se continua trabajando para fijar “estos patrones articulatorios correctos y los automatismos postulares y de movimientos para que el niño pueda emitir estos sonidos nuevos que han aprendido, prescindiendo de los apoyos que antes se le han proporcionado para conseguirlos” (Pascual, 2000). En cierto sentido, se trata de afianzar lo aprendido y aprender a realizarlo de forma mecánica, sin esfuerzo fonoarticulatorio intencional y refuerzo.

Utilizar el ritmo como recurso de apoyo en esta automatización de movimientos se ha tornado eficaz, además de la mera repetición de tales movimientos y en definitiva, del sonido adquirido. A continuación y de ahí la importancia del ritmo, se acompañará la consonante con una vocal para afianzar su pronunciación (pa-pa-pa-pa-pa-pa), repitiendo nuevamente varias veces para asegurar la memorización auditiva del fonema y de la sílaba. Después se pueden cambiar varias sílabas con la misma consonante y distinta vocal (pa-pe-pa-pe) y viceversa (pa-da-pa-da) con el propósito de agilizar la articulación. Progresivamente se irá incrementando el nivel de dificultad, alternando la articulación de sílabas directas e inversas (la-al-la-al), la articulación de sílabas de similar pronunciación, como

es el caso de las formadas con los fonemas /z/ y /s/ (za-za-sa-sa) y por último, la articulación de sinfonos que son los más difíciles de producir (pla – pla – para - pra).

- **Integración y generalización de la articulación correcta.** Se trata de incorporar los fonemas y sílabas aprendidos al lenguaje convencional del niño. Ello se logra a través de diversas tareas de repetición, de expresión dirigida y de expresión espontánea.

Los ejercicios de repetición consisten en incorporar las sílabas en palabras cortas y fáciles no habituales para el sujeto, pues de ser así serían pronunciadas de forma incorrecta como las tenía adquiridas. Tras ser aprendidas mediante la reiteración de su pronunciación, se irá paulatinamente incrementando la longitud de las mismas y su nivel de dificultad, procurando que aparezcan todas las posiciones de la sílaba dentro de la palabra (inicial, media y final) y sus formas directa e inversa, si es posible.

Puede suceder que el sujeto pronuncie correctamente unas palabras y otras no. En estos casos, al contrario de lo que pudiera aparecer a primera vista, la atención no se centrará sobre las palabras que emite defectuosamente, intentando rectificarlas, sino que se insistirá en las que produce adecuadamente, para afianzar la interiorización del esquema articulatorio correcto.

La misma actividad de repetición se desarrollará, una vez conseguida con números considerables y diversificados de palabras, en proposiciones y frases en las que esté incluido el sonido deseado. Los ejercicios de expresión dirigida consisten en que sea el propio sujeto el que pronuncie las palabras que contengan el fonema seleccionado en todas sus variantes: posiciones en la sílaba (directa / inversa) y en la palabra (inicial/media/final). Por su parte la labor del logopeda consistirá en mostrar estímulos visuales y preguntas para que el discurso del niño incluya los fonemas elegidos, presentar frases incompletas en las que falten

precisamente palabras que contengan los fonemas dificultoso al contrario, partir de esa palabra para construir una frase. Por último, se puede demandar la identificación de un determinado fonema dentro de una serie de palabras, a modo de juego, de manera que el sujeto tenga que discriminar el sonido y pronunciarlo, identificando su posición.

Finalmente, los ejercicios de expresión espontánea consisten en estimular al niño para que incorpore los fonemas aprendidos en su lenguaje espontáneo, consiguiendo así la transferencia de lo aprendido en ese momento. Si es preciso y necesario advertir, cuando produzcan los errores en los sonidos trabajados, que vuelva a pronunciarlos de forma correcta, recordando así al niño los esquemas articulatorios idóneos.

Paul (2001) Si la participación de la familia en todo el proceso de intervención resulta fundamental, en esta última fase se torna imprescindible, dado que es el ambiente familiar donde más se comunica el niño y donde lo hace de forma más natural.

A continuación se presenta ejemplos de actividades que se puede realizar para mejorar cada uno de los fonemas.

Actividad N° 1: ¿Te cuento un cuento?

Objetivo: Estimular la producción de los fonemas de la lengua materna de los niños, con base en la lectura de un cuento, ayudando en especial a aquellos que presenten dificultad para pronunciarlos.

Justificación: Esta actividad es importante, ya que, a través de ella se trabaja la comprensión lectora e indirectamente permite abordar la pronunciación de diversos fonemas. Además la lectura de cuentos uno de los actos que se realizan dentro del aula con bastante frecuencia debido a las posibilidades que brinda de

ser dinámico, alegre, divertido, etc. Permitiendo ser este un buen medio para prestar ayuda a quienes presenten cierto tipo de dificultad en la pronunciación de los fonemas de su lengua materna.

Procedimiento: En esta actividad se les facilita cuatro cuentos en los que se pueden trabajar los fonemas /k/, /g/, /j/ y /p/; estos son dados como ejemplo de cómo se pueden encontrar o crear cuentos que permiten abordar diversos fonemas, por ello se les sugiere que no se limiten únicamente a ellos.

Cuento con el Fonema /K/ ¿Te Cuento un Cuento?

Para desarrollar esta actividad, con este cuento, léaselos a los niños, sentándolos en forma de círculo, si le es posible, para tener mayor visualización de ellos. Paséese entre los alumnos mientras lee. Haga énfasis en: las palabras que tengan el sonido /k/, en los apartes que representan la onomatopeya de la gallina y en los nombres que le dan al conejo, la gallina, el caracol, la cuchara y la cabra. Intente que los niños los repitan al momento que usted los lee.

Al finalizar el cuento en el que todos o por lo menos la mayoría a participado, hágalos notar el fonema que predominó en el cuento. dele el nombre y el sonido de este; luego, dígale que se pongan la mano en la base de la lengua (garganta) y pronuncie junto con ellos las siguientes combinaciones silábicas: ka-ke-ki-ko-ku, deberán sentir un movimiento fuerte como de golpe en su garganta; el que no lo sienta, diríjase hasta él e inténtelo individualmente y fíjese si está subiendo la punta de la lengua cambiando la /k/ por /t/ o pegando los labios y sustituyendo la /k/ por /p/.

Si es el primer caso, ayúdese con un lápiz presionándole suavemente la punta de la lengua (para que no se levante) y empújela un poco hacia atrás, que intente hacer el sonido nuevamente. Déjele este ejercicio para que lo continúe haciendo en su casa y al día siguiente al empezar la jornada de trabajo repítalo y verifique

si cumplió su orden, realícelo hasta que lo pueda pronunciar con y sin el lápiz, (puede escribirle en su cuaderno los ejercicios de velo del, paladar que se encuentra al final del manual, para que los realice también y facilite la motricidad de los órganos fono-articulatorios).

Si es el segundo caso, pronúnciele el fonema abriendo bien su boca y dígame que se fije en el movimiento que usted realice que no son los labios los que se mueven sino su lengua en la garganta como si fuera un golpecito



Soy la gallina
«Coco-poco-pico».

Cuenta mi abuela Carolina, que en el huerto de su casa de campo viven unos personajes muy simpáticos.

En un lado del huerto está la gallina «Coco-poco-pico». Pica por aquí, picotea por allá y cocorocó, nunca deja de cantar.



Yo no estoy
en este cuento.

Enfrente vive el caracol «Coco- loco», que corre y corre, poco a poco.

Me llamo
«Cuca-cucaracha».

A la derecha se encuentra la «Cabra-coja», que en el campo se cayó, una pata se rompió y coja, coja se quedó.



Y a la izquierda vive en una cueva
«Cuca-cucaracha».
Le gusta caminar y, cuando se cansa,
se acuesta, en medio de los cultivos.



Un día, el caracol,
la cabra y la cucaracha,
cansados de oír cantar a la gallina,
le dijeron:

—«Coco-poco-pico»,
aunque tienes poco pico
nunca dejas de cacarear,
¿cuándo te vas a callar?

Pero la gallina
no les dejó terminar
y se puso a cantar:

—«Colorín, colorín,
este cuento llegó a su fin».

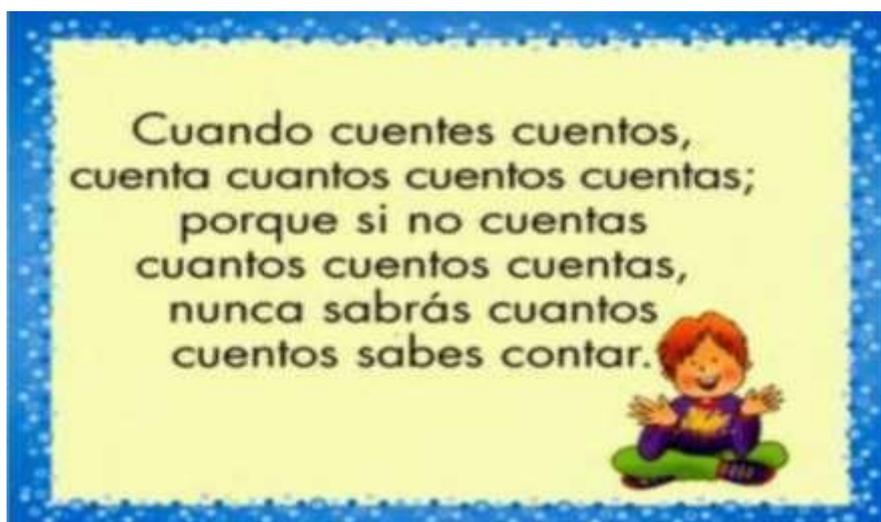
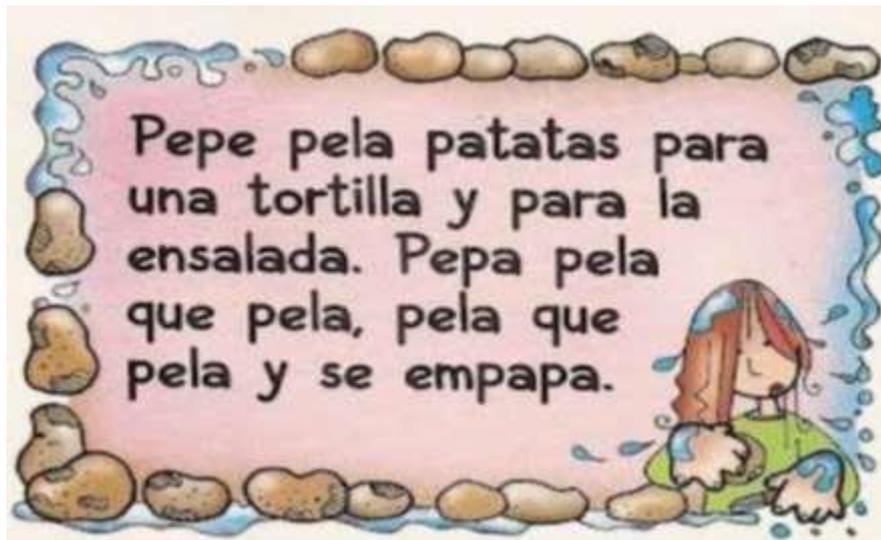


Actividad N° 2: Trabalenguas

Objetivo: Adquirir el control tónico y fuerza lingual. Los trabalenguas son ideales para divertirse con los niños, aumentar el vocabulario y aprender, aún más, los fonemas de las palabras.

Procedimiento:

- Los trabalenguas son juegos de palabras difíciles de pronunciar, que se dicen rápido y en voz alta. En todos los trabalenguas se utilizan palabras con sonidos o letras iguales o parecidas, para que el resultado final sea difícil de pronunciar.
- Tienen la finalidad de entretener a los niños, además, sirven para desarrollar la pronunciación de las palabras, la velocidad y el ejercicio de la memoria.
- Lo idea es comenzar pronunciando lentamente cada palabra del trabalenguas, para luego ir aumentando la velocidad. Es un juego de habilidad en el que los errores aparecen en cada frase y a medida que se pronuncian más rápido; esto los hace más graciosos aún
- Comenzar a repetir lentamente trabalenguas cortos y sencillos: Por ejemplo; "cuchara, cucharita, cucaracha"
- Ir agregando palabras con fonemas parecidos, para dificultar la pronunciación de las palabras.
- Buscar, con los niños, sonidos que sean parecidos entre sí.
- Inventar trabalenguas o frases con palabras de sonidos parecidos o iguales.
- Repetir trabalenguas e ir aumentando la velocidad cada vez más.



Actividad N° 3: Canciones

Objetivo: Afianzar la movilidad, elasticidad y tonicidad lingual.

Procedimiento:

- De forma lúdica les enseñamos a los niños-as las canciones, por ejemplo a través de láminas pictográficas.
- El objetivo es desarrollar una adecuada articulación de los fonemas, relacionar sonidos con palabras, frase.

EN LA FERIA DE CEPILLIN

En la feria cepillin me encontré un acordeón bumbum el acordeón chiquitín
chiquitín en la feria cepillin.



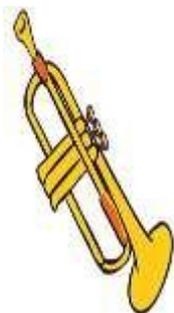
En la feria cepillin me encontré una guitarra
taratara la guitarra bumbum el acordeón
chiquitín chiquitín en la feria cepillin.



En la feria cepillin me encontré una trompeta

tuntun la trompeta taratara la guitarra

bumbum el acordeón chiquitínchiquitín en la feria cepillin.



En la feria cepillin me encontré

una batería tratra la batería tuntun

la trompeta taratara la guitarra bumbum el acordeón

chiquitínchiquitín en la feria cepillin.



En la feria cepillin me encontré

un lindo piano plinplin el lindo piano

tratra la batería tuntun la trompeta

taratara la guitarra bumbum el acordeón

chiquitínchiquitín en la feria cepillin



2.8.2 Modelo Conductual

Gallego & Rodríguez (2005: p. 54) Derivado de la psicología del aprendizaje, percibe los trastornos articulatorios como conductas objetivas, observables, mensurables y reeducables. Las disfunciones articulatorias se deben a hábitos inadecuados que se podrán extinguir a través de refuerzo negativos y la sustitución por otras conductas adecuadas, mediante la descomposición en sus partes analíticas más elementales, que serán enseñadas por separado (movimientos buco – faciales observables) y reforzadas positivamente al ser adquiridas, incidiendo después en los componentes adicionales de la conducta.

Una vez que el sujeto consigue emitir el sonido correcto será inmediatamente reforzado, con mayor énfasis que los refuerzos parciales a las aproximaciones sucesivas a la conducta final. Refuerzos que serán retirados paulatinamente y procurando que éstos se combiertan en intrínsecos, esto es, que la propia pronunciación correcta se convierta en el refuerzo del niño.

La intervención se centrará en el plano individual correctivo pero también en el contexto que debe propiciar la aparición de las conductas lingüísticas deseadas. La secuencia de intervención propuesta por este modelo se puede concretar de la siguiente manera:

- Imitar
- Afianzamiento de conductas básicas, mediante el refuerzo positivo.
- Moldeamiento.
- Encadenamiento.
- Refuerzos.
- Pausas.
- Mantenimiento de la conducta.

2.9 Pronóstico en una Dislalia Funcional.

La recuperación completa es posible gracias a una buena audición, tiempo de varios meses y edad correspondiente. Es muy raro que se produzcan recaídas.

Tal y como señalan Carrió Rovira et al. (1991), la dislalia funcional no es algo que desaparezca de forma espontánea ya que si el niño/a llega a los 7 años con dicho trastorno este se fortalece. Es necesario que el niño/a que padece dislalia funcional sea consciente de ello, pero además, si siente molestias por su forma de hablar y tiene la necesidad de corregirlo, favorecerá la reeducación.

(Cit. López 2013: p. 38)

CAPÍTULO III
MARCO
METODOLÓGICO

3.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Los métodos que se emplearon fueron:

1. **El Método analítico** para decodificar la literatura científica especializada.
2. **El Método sintético** para formular las principales categorías de investigación el problema, los objetivos, conclusiones, recomendaciones.
3. **El Método deductivo** para aplicar las normas APA en el texto y en las referencias bibliográficas, bajo el enfoque cuantitativo.

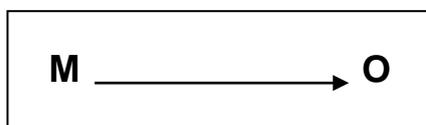
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010; p. 80) el tipo de investigación a emplear es descriptiva, ya que se quiere conocer las características o rasgos de una situación o fenómeno objeto de estudio.

A. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

En el presente trabajo de investigación se utilizó el diseño descriptivo simple en la medida que se pretende conocer las manifestaciones de la dislalia funcional en los alumnos/as del primer grado de educación primaria. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010; p. 77 - 81)

El esquema para este diseño es el siguiente:



M: muestra

O: Observación de la muestra

3.3 HIPÓTESIS

Por su naturaleza de investigación no presenta hipótesis.

3.4 VARIABLE

Variable fundamental: Manifestaciones de la dislalia funcional.

3.4.1 Definición conceptual

La dislalia funcional consiste en la incapacidad del niño para pronunciar correctamente los sonidos del habla que son esperables según su edad y desarrollo. Esta dificultad se va a manifestar en errores en la producción de sonidos, que pueden darse en cualquier fonema, pero los más frecuente es la sustitución, omisión, adición o distorsión de /r/, /k/, /l/, /s/, /f/, /z/, /ch/?. (Fernández, 2014: p.8).

3.4.2 Definición operacional

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
D I S L A L I A F U N C I	OMISIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Omite los fonemas de las palabras. - Omite el fonema en las palabras trabadas. - Omite los fonemas en las palabras que presentan diptongos.
	SUSTITUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Sustituye los fonemas de las palabras. - Sustituye el fonema en las palabras trabadas. - Sustituye los fonemas en las palabras que presentan diptongos.
	DISTORCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Distorsiona los fonemas de las palabras. - Distorsiona el fonema en las palabras trabadas. - Distorsiona los fonemas en las palabras que presentan diptongos.

O N A L	INCERCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Añade los fonemas de las palabras. - Añade el fonema en las palabras trabadas. - Añade los fonemas en palabras que presentan diptongos.
----------------------------	------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

1. Población.

La población estuvo conformada por todos los niños y niñas del segundo grado de Educación Primaria de la Institución educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales” – Nuevo Chimbote - 2015.

CUADRO N° 01: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN

ALUMNOS DEL SEGUNDO GRADO DE EDUCACION PRIMARIA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88061 “JOSÉ ABELARDO QUIÑONES GONZALES” NUEVO CHIMBOTE - 2015

GRADO	Varones	Mujeres	TOTAL
A	7	13	20
B	15	6	21
C	16	6	22
TOTAL	38	25	63

Fuente: Nomina de matricula

2. Muestra.

La muestra estuvo conformada por 63 alumnos, 38 varones y 25 mujeres, que pertenecen a la institución educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales” de Nuevo Chimbote, cuyas características son las siguientes:

- La mayoría de niños proviene de asentamientos humanos.
- Pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.
- La mayoría de alumnos no tuvieron estudios en el nivel inicial.
- Los alumnos /as presentan en su mayoría problemas de conducta.

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Técnica

- **Observación directa:** Permitirá recabar información acerca de las actitudes y características de los niños y niñas que padecen de dislalia funcional.
- **Técnica de análisis de documentos:** El análisis de la bibliografía se llevó a cabo a lo largo de toda la investigación.
- **Técnica Psicométrica:** Por cuanto vamos a utilizar Test de articulación de sonidos en español de María Melgar de Gonzales (1993) para conocer las manifestaciones de dislalia funcional de los alumnos de segundo grado de educación primaria de Institución educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales” – Nuevo Chimbote - 2015.

Instrumento:

- Test de articulación de sonidos en español de María Melgar de Gonzales (1993)

3.7 Procedimientos de recolección de información.

- Coordinación con el director y con los docentes del segundo grado de educación primaria de la Institución educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales”.

- Elaboración de los instrumentos de recolección de datos.
- Aplicación de los instrumentos de recolección de datos.
- Procesamiento estadístico de la información obtenida.
- Elaboración del informe final del trabajo realizado.

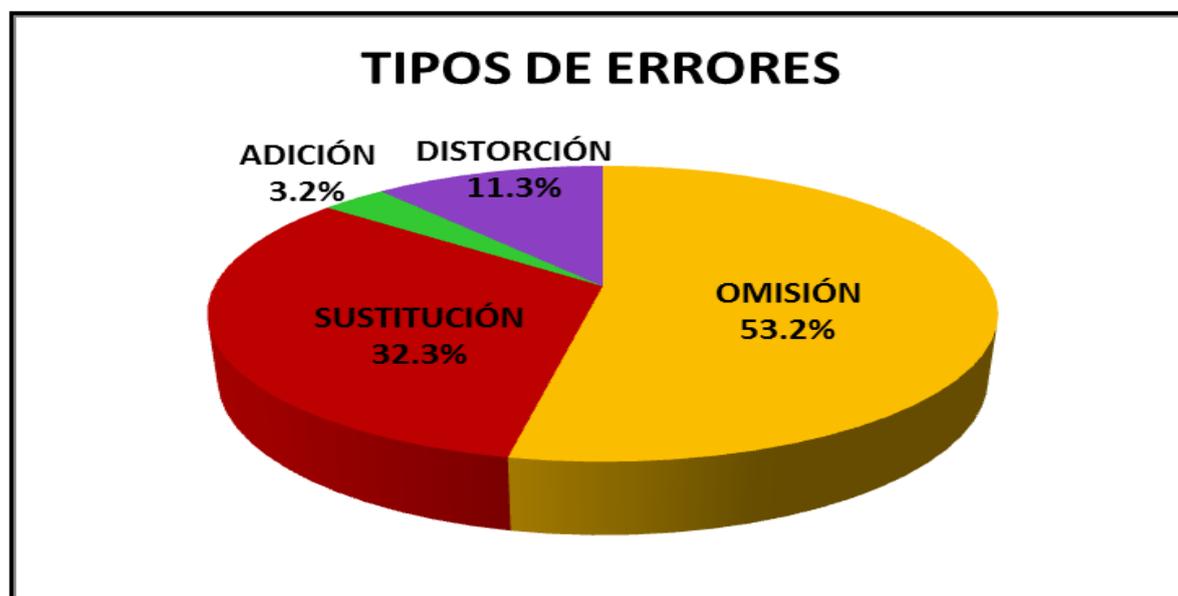
CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y
DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

TABLA N° 01

TIPOS DE ERRORES DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL SEGUNDO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88061 “JOSÉ ABELARDO QUIÑONES GONZALES”.

ERRORES	Fi	%
OMISIÓN	33	53.2
SUSTITUCIÓN	20	32.3
ADICIÓN	2	3.2
DISTORCIÓN	7	11.3
TOTAL	62	100%



Fuente: Los alumnos del Segundo Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales”.

Fuente: Tabla N° 0

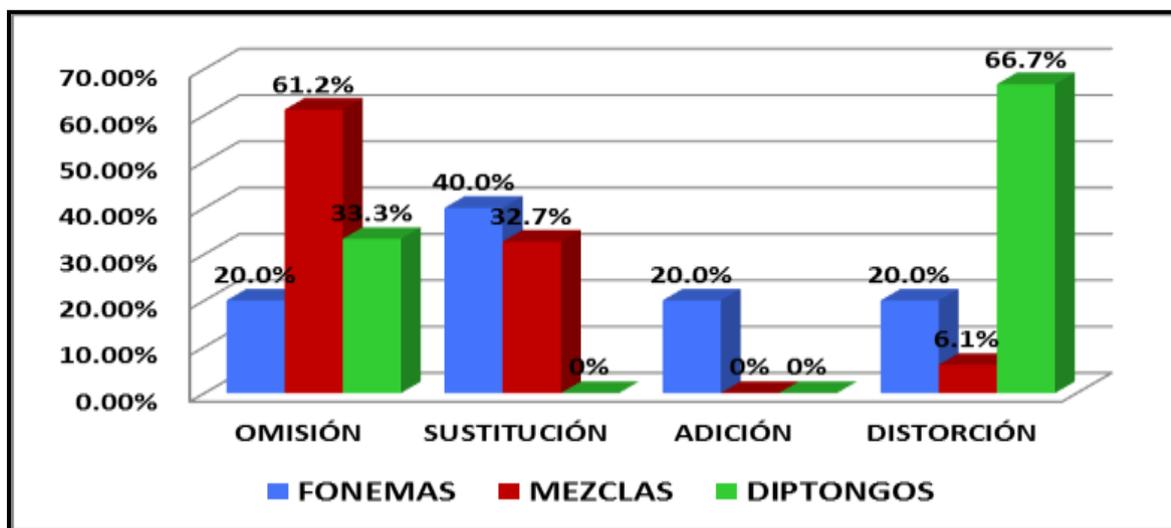


GRAFICO N° 01

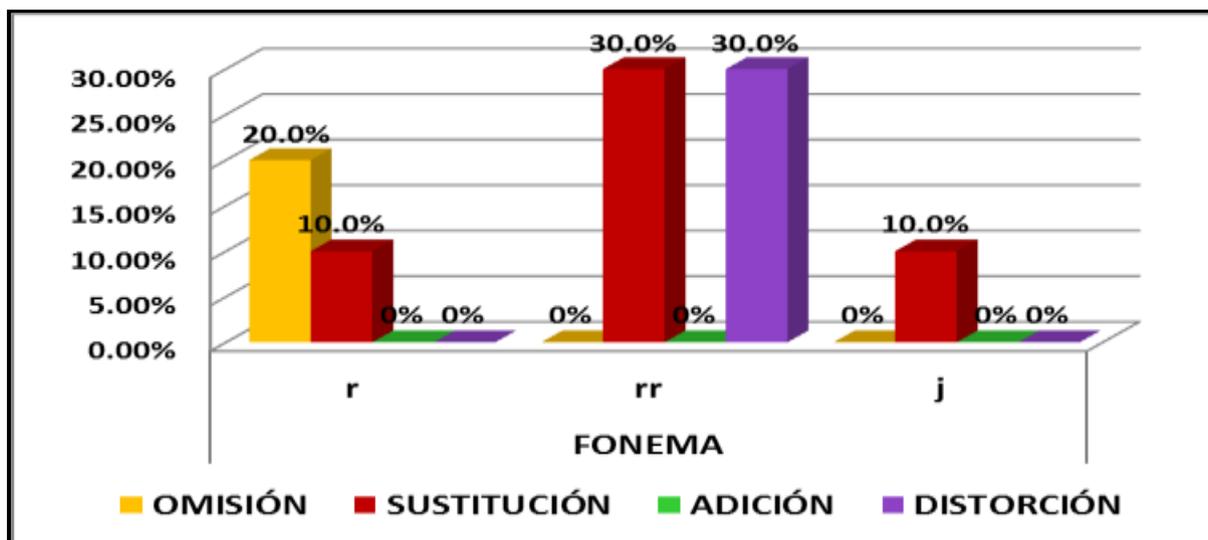
TIPOS DE ERRORES DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL SEGUNDO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88061 “JOSÉ ABELARDO QUIÑONES GONZALES”.

TABLA N° 02

TIPOS DE ERRORES DE LA DISLALIA FUNCIONAL SEGÚN LOS FONEMAS, MEZCLAS Y DIPTONGOS EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL SEGUNDO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88061 “JOSÉ ABELARDO QUIÑONES GONZALES”.

ERRORES	FONEMAS		MEZCLAS		DIPTONGOS	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
OMISIÓN	2	20.0	30	61.2	1	33.3
SUSTITUCIÓN	4	40.0	16	32.7	0	0.0
ADICIÓN	2	20.0	0	0.0	0	0.0
DISTORCIÓN	2	20.0	3	6.1	2	66.7

Fuente: Los alumnos del Segundo Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales”.



Fuente: Tabla N° 02

GRÁFICO N° 02

TIPOS DE ERRORES DE LA DISLALIA FUNCIONAL SEGÚN LOS FONEMAS, MEZCLAS Y DIPTONGOS EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL SEGUNDO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88061 “JOSÉ ABELARDO QUIÑONES GONZALES”.

TABLA N° 03

FONEMA QUE MÁS PREVALECE EN LOS ERRORES DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL SEGUNDO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88061 “JOSÉ ABELARDO QUIÑONES GONZALES”.

ERRORES	FONEMAS					
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
	r		rr		j	
OMISIÓN	2	20.0	0	0.0	0	0.0
SUSTITUCIÓN	1	10.0	3	30.0	1	10.0
ADICIÓN	0	0.0	0	0.0	0	0.0
DISTORCIÓN	0	0.0	3	30.0	0	0.0

Fuente: Los alumnos del Segundo Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales”.

Fuente: Tabla N° 03

GRÁFICO N° 3

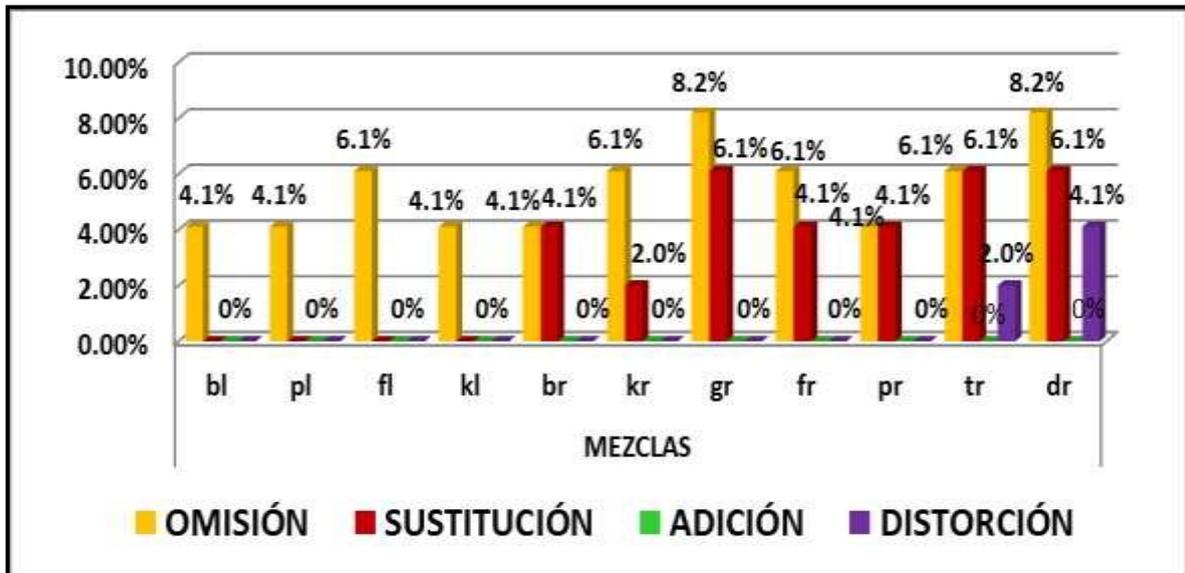
FONEMA QUE MÁS PREVALECE EN LOS ERRORES DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL SEGUNDO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88061 “JOSÉ ABELARDO QUIÑONES GONZALES”.

TABLA N° 04

MEZCLAS QUE MÁS PREVALECE EN LOS ERRORES DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL SEGUNDO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88061 “JOSÉ ABELARDO QUIÑONES GONZALES”.

ERS	MEZCLAS																															
	F	i	%	F	i	%	F	i	%	F	i	%	F	i	%	F	i	%	F	i	%	F	i	%								
	bl		pl		fl		kl		br		kr		gr		fr		pr		tr		dr											
OMI	2	4.	1	2	4.1	3	6.	1	2	4.	1	2	4.	3	6.	1	4	2	3	6.	1	2	4.	1	2	3	6.	1	4	2	8.	
SUS	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	2	4.	1	1	2.	0	3	6.	1	2	1	2	4.1	3	6.	1	3	3	6.	1		
ADI	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.		
DIS	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	0	0.	1	2.	0	4.

Fuente: Los alumnos del Segundo Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales”.



Fuente: Tabla N° 04

GRÁFICO N° 04

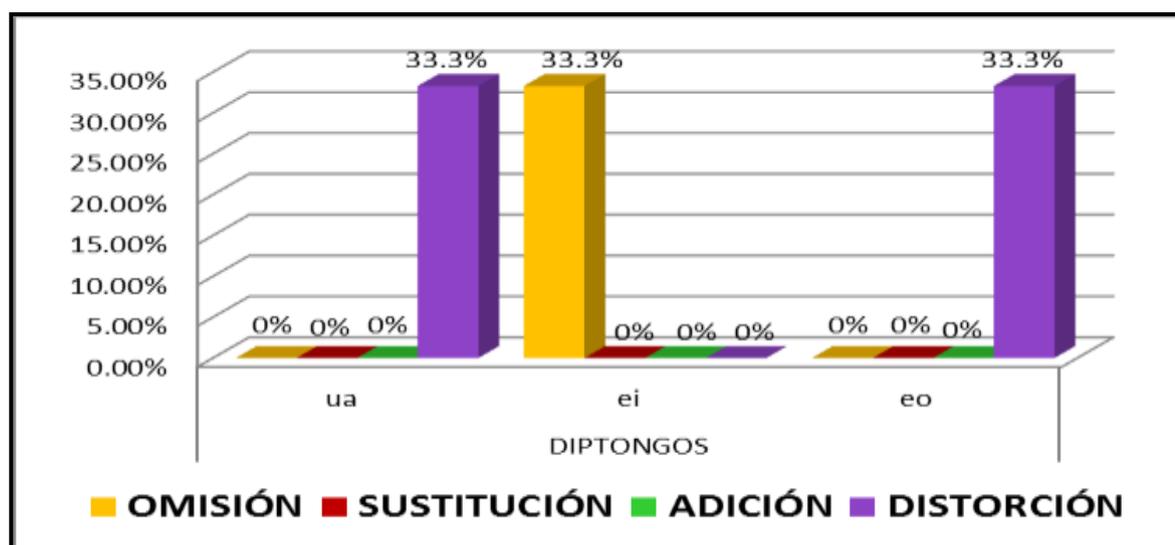
MEZCLA QUE MÁS PREVALECE EN LOS ERRORES DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL SEGUNDO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88061 “JOSÉ ABELARDO QUIÑONES GONZALES”.

TABLA N° 05

DIPTONGOS QUE MÁS PREVALECE EN LOS ERRORES DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL SEGUNDO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88061 “JOSÉ ABELARDO QUIÑONES GONZALES”.

ERRORES	DIPTONGOS					
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
	ua		ei		eo	
OMISIÓN	0	0.0	1	33.3	0	0.0
SUSTITUCIÓN	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ADICIÓN	0	0.0	0	0.0	0	0.0
DISTORCIÓN	1	33.3	0	0.0	1	33.3

Fuente: Los alumnos del Segundo Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales”.



Fuente: Tabla N° 05

GRÁFICO N° 05

DIPTONGO QUE MÁS PREVALECE EN LOS ERRORES DE LA DISLALIA FUNCIONAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL SEGUNDO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88061 “JOSÉ ABELARDO QUIÑONES GONZALES”.

4.2 DISCUSIÓN

1. Con los resultados

- En la tabla y gráfico N° 01, el error más frecuente de la dislalia funcional es la de omisión que se presenta con un 53.2%, en sustitución 32.3%, en la adición 3.2 % y finalmente distorsión con un 11.3% en los niños y niñas de segundo grado de educación primaria de la institución educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales”.

Por lo que puedo decir que los niños y niñas de segundo grado de educación primaria de dicha institución educativa el error que más prevalecen de la dislalia funcional es la omisión con un porcentaje de 53.2% que se observa en la tabla y gráfico N° 01.

- En la tabla y gráfico N° 02, se observa que los niños y niñas, presentan mayor dificultad en los fonemas con un porcentaje de 10%, posteriormente se observa las mezclas con un porcentaje de 49% y finalmente se presenta el diptongo con un porcentaje de 3%, en los errores de dislalia funcional.

Por lo que puede decir que en los niños y niñas del segundo grado de dicha institución presentan mayor dificultad en las mezclas con un porcentaje de 49%.

- En la tabla y gráfico N° 03, el fonema que más prevalece es la “rr” con un porcentaje de 6%, el fonema “r” con un porcentaje 3% y el fonema “j” en un porcentaje 1% en los fonemas de dislalia funcional.

Por lo que puedo decir que en la tabla y gráfico N°03, el fonema que más prevalece es la “rr” con un porcentaje de 6% en los niños y niñas de dicha institución.

- En la tabla y gráfico N° 04, puede observar que la mezcla que más prevalece es la “dr” con un porcentaje de 9%, la mezcla “gr” y “tr” con un porcentaje 7% cada una.

Por lo que puedo decir que en tabla y gráfico N° 04, la mezcla que prevalece es la “dr” con un porcentaje de 9% en los niños y niñas de dicha institución.

- En la tabla y gráfico N° 05, puede observar que el diptongo que más prevalecen “ua”, “ei” y “eo” con un porcentaje de 1%, cada una de ellas.

Por lo que puedo decir que en la tabla y gráfico N° 5, se observa que los diptongos que prevalecen son la “ua” “ei” “eo” con un porcentaje de 1% en los niños y niñas de dicha institución educativa.

2. Con los antecedentes

- Según Calderón, Medina y Quizhpi, 2012 en su tesis titulada: *“Prevalencia de la Dislalia Funcional en niños/as de 5 años a 8 años matriculados en primero, segundo y tercer año de básica en la escuela “Ciudad de Azogues”, durante el periodo Febrero - Agosto”*. Teniendo como población de 113 estudiantes, con un diseño descriptivo – comparativo para obtener el título profesional de : Licenciatura en Fonoaudiología

concluyeron que la dislalia funcional puede darse en cualquier fonema, lo más frecuente es la sustitución, omisión o deformación del fonema /r /,/k/,/s/, /z/ y /ch/.

- Concuero con los autores: Calderón, Medina y Quizhpi ya que mencionan acerca de los errores de la dislalia funcional que presentan en su tesis mencionada, ya que me permite fortalecer mi informe y que se puede apreciar en mis resultados obtenidos.

3. Con el marco teórico

Asimismo Gallego, 2000 p.20 menciona que el niño con dislalia funcional no utiliza correctamente dichos órganos a la hora de articular un fonema, a pesar de ninguna causa de tipo orgánico. Afirma que se puede dar en cualquiera de los fonemas y las más frecuentes son bien por sustitución, omisión o distorsión.

Coincido con Gallego ya que Los niños y niñas del segundo grado de educación primaria de la institución educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales”. Presentan errores más frecuentes de omisión que se presenta con un 53.2%, en la tabla N° 01, ya que con esta información nos ayuda a fortalecer los resultados obtenidos.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos puedo concluir que:

- La aplicación del Test de Articulación nos afirma que Los niños y niñas del segundo grado de educación primaria de la institución educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales”. Presentan errores más frecuentes de omisión con un 53.2%.
- Con la aplicación del Test de Articulación inferimos que los niños de Segundo grado de Educación Primaria de la institución educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales”, presentan problemas de dislalia, manifestados en su mayoría en los errores más comunes de omisión y Distorsión.
- Los niños y niñas del segundo grado de educación primaria de la institución educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales”. Presentaron dificultades en los fonemas con un porcentaje de 100%, tal como se observa en la tabla N° 02 y el gráfico N° 02.
- Con la aplicación del Test de Articulación deducimos que el fonema que más prevalece en es la “rr” con un porcentaje de 30%, en los niños y niñas del segundo grado de educación primaria de la institución educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales”.
- La mezcla que más prevalece es la “gr”, “dr” con un porcentaje de 8.2% en Los niños y niñas del segundo grado de educación primaria de la institución educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales”.
- Con la aplicación del Test de Articulación nos afirma que los niños y niñas del segundo grado de educación primaria de la institución educativa N° 88061 “José Abelardo Quiñones Gonzales”. que el error que más prevalece en los diptongos es la “ua”, “ei” con un porcentaje de 3%.

5.2 SUGERENCIAS

Para los padres y docentes:

- ❖ Evitar burlas, comparaciones con otros niños y repeticiones constantes de las palabras “mal pronunciadas”
- ❖ Utilizar un vocabulario correctamente pronunciado.
- ❖ Realizar situaciones que favorezcan su expresión oral como, cantar canciones infantiles, adivinanzas, contar cuentos, etc.
- ❖ Ponerse frente a un espejo y enseñarle al niño movimientos linguales y labiales para enseñarle la articulación correcta de los fonemas.
- ❖ Demostrarle confianza, seguridad y motivarles constantemente.
- ❖ Consultar con un especialista o terapeuta del lenguaje si el niño presentara problemas de dislalia para que el experto determine el grado de dislalia y el tratamiento adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ABAD, S. (2012). *La Dislalia Funcional y su incidencia en la conducta de las niñas y niños del primer año de Educación Básica de la Escuela Fiscomisional "San José", Parroquia de Loja. Periodo lectivo 2011*. Proyecto de tesis previa al grado de licenciado en Psicorrehabilitación y Educación Especial. Universidad Nacional de Loja - Ecuador. Recuperado el 06 de abril del 2015, disponible en:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/3698/1/ABAD%20MONTERO%20SANTIAGO%20ALEJANDRO%20.pdf>.
- AGUILAR, M., BELDUMA, M. y OCHOA, M. (2010). *Repercusión de la dislalia en el aprendizaje preescolar en los niños y niñas de los jardines de infantes cruz gracia, 13 de abril, 15 de octubre del cantón Santa Rosa, durante el período lectivo*. Tesis de grado para la obtención del título de licenciada en Ciencias de la Educación, en la especialidad: Educación Inicial y Parvularia. Universidad técnica de Machala – Ecuador. Recuperado el 06 de abril del 2015, disponible en:
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/74/1/T-UTMACH-FCS-002.pdf>
- ALDANA, Y. (2007). *Manual Práctico para Docentes, Actividades para trabajar dislalias funcionales en niños entre 6 y 10 años de edad*. Trabajo Especial de grado para optar el Título de Especialista en Enseñanza de la lengua. Universidad Católica Cecilio Acosta. Facultad de ciencias de Educación. Maracaibo – Venezuela. Recuperado el 13 de abril del 2015, disponible en:
<https://esther1973.files.wordpress.com/2010/07/manual-para-trabajar-dislalias-funcionales.pdf>
- ALDAZ, J. (2014). *Relación de la dislalia funcional de niños/as de 4 a 5 años de edad cronológica y la socialización dentro de aulas de clases del Centro de Desarrollo Infantil Víctor García Hoz*. Tesis previa a la obtención del título licenciada en Ciencias de la Educación Especialización Educación Especial. Universidad

Tecnológica Equinoccial “UTE”. Quito – Ecuador. Recuperado el 10 de abril del 2015, disponible en:

http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/17066/1/55088_1.pdf

ARCO, J y OTROS (2004). *Manual de Evaluación e intervención psicológica en Necesidades Educativas Especiales*. 1ra edición. Madrid - España. Mc Grawhill.

ARTIGAS, J. y OTROS (2008). *Trastornos del lenguaje*. Revista Protocolos Diagnóstico Terapéutico de la A.E.P: Neurología Pediátrica. Recuperado el 17 de abril del 2015, disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/24-lenguaje.pdf>

BENITES, L. y CABRERA, K. (2013). *Aplicación del método Doman para disminuir la dislalia funcional en niños de 5 años de la Institución Educativa N° 252 “Niño Jesús” de la Ciudad de Trujillo 2012*. Tesis para obtener el título profesional de: Licenciada en Educación Inicial. Universidad Nacional de Trujillo – Trujillo.

CALDERÓN, C., MEDINA, J. y QUIZHPI, L. (2002). *Prevalencia de la dislalia funcional en niños/as de 5 años a 8 años matriculados en primero, segundo y tercer año de básica en la escuela “ciudad de azogues”, durante el periodo febrero – agosto 2012*. Tesis para la obtención del título de licenciatura en Fonoaudiología. Universidad de Cuenca Facultad De Ciencias Médicas. Cuenca – Ecuador. Recuperado el 06 de abril del 2015, disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3794/1/TECF13.pdf>

CAMPECHANO, L. y OTROS. (2012). *Dislalia Asociada a Hábitos Orales*. Revista Oral n° 41. Recuperado el 17 de abril del 2015, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2012/ora1241g.pdf>.

CAMPOS, A. y CAMPOS, L. (2014). *Patologías de la comunicación. Proyecto para enfermería infantil. Dislalias*. Revista electrónica trimestral de enfermería Global. Málaga – España. Recuperado el 14 de abril del 2015, disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/revision5.pdf>.

CÁRDENAS, E. (2000). *Diccionario de Pedagogía y Psicología*. Editado por Importadores A.F.A. s.a. Perú.

CORREA, V. (2013). *Elaboración y aplicación de un manual de ejercicios de terapias de lenguaje dirigido a niños-as de 3 a 5 años de la Parroquia el Corazón, cantón Pangua, provincia de Cotopaxi año 2012*. Tesis para la obtención del Título Licenciada en ciencias de la Educación en la especialidad de educación Parvularia. Universidad Técnica De Cotopaxi. Latacunga – Ecuador. Recuperado el 13 de abril del 2015, disponible en: <http://repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/1706/1/T-UTC-1580.pdf>

FERNANDEZ, E. (2014). “*Intervención Logopédica en niños con dislalia a través de la música*”. Trabajo Fin de Grado. Universidad de Valladolid. España. Recuperado el 13 de abril del 2015, disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7373/1/TFG-M-L162.pdf>.

FERNANDEZ, Z. (2014). *Rotacismo: Guía de Apoyo*. Grado de maestro en educación primaria. Universidad de Cantabria. Facultad de Educación. Recuperado el 10 de abril del 2015, disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5670/Fern%C3%A1ndezBediaZaloa.pdf?sequence=1>

FLAMENCO, S., SALVADOR, K y TORRES, M. (2003). *Propuesta de instrumentos para la detección y tratamiento de problemas de aprendizaje en la adquisición de la lecto-escritura (dislexia y dislalia) que presentan niños y niñas durante el primer ciclo de educación básica*. Trabajo de Graduación. Universidad Don Bosco. Facultad de

Ciencias y Humanidades. Escuela de Educación. Soyapango - San Salvador. Recuperado el 10 de abril del 2015, disponible en: http://rd.udb.edu.sv:8080/jspui/bitstream/123456789/26/1/032429_tesis.pdf

FLORES, B. (2011). *Desarrollo del lenguaje en el niño de 5 a 8 años en el problema: Dislalia funcional*. Tesis para obtener el título de licenciada en pedagogía. Universidad Veracruzana. Facultad de pedagogía. Boca del Rio – Veracruz. Recuperado el 13 de abril del 2015, disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/29593/1/FloresRamirez.pdf>.

GALLEGO, C. (2009). *Trastornos Específicos del Lenguaje*. Universidad Complutense de Madrid. España. Recuperado el 13 de abril del 2015, disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/lenguaje.pdf>

GALLEGO, J. Y RODRIGUEZ, A. (2005). *Atención Logopédica al alumnado con dificultades en el lenguaje oral*. Málaga – España. Ediciones Aljibe.

GÓMEZ, I. (2012). *Diseño y Evaluación de una programa de intervención Didáctica para alumnado de educación Infantil y primaria con trastorno fonológico*. Estudios de Doctorado en Psicopedagogía. Universidad de Granada. Facultad de Ciencias de la Educación. Granada. Recuperado el 18 de abril del 2015, disponible en: [file:///C:/Users/PC/Downloads/21457773%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/21457773%20(1).pdf)

LÓPEZ, A. (2013). *El Desarrollo del lenguaje de 3 a 6 años. La dislalia*. Trabajo de fin de grado en educación Infantil. Universidad de Valladolid. Escuela Universitaria de Educación de Palencia. España. Recuperado el 13 de abril del 2015, disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4740/1/TFG-L312.pdf>.

LÓPEZ, L. & SOLARES, Y. (2009). *“Guía Logopédica para el abordamiento de la dislalia en niños de 4 a 7 años de edad”*. Informe final de investigación presentado a la escuela de Ciencias psicológicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela

de Ciencias Psicológicas. Guatemala_Recuperado el 10 de abril del 2015, disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/370/1/89990.pdf>.

MACARRO, M. Y MESÍAS, O. (2004). *Prevención de Dislalias Programa Educativo*. Programa Educativo. Mérida. Recuperado el 17 de abril del 2015, disponible en: <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/30527/009200520001.pdf?sequence=1>.

MOLINERO, D. (2010). *Biociencias*. Universidad Alfonso X el Sabio. Revista de la facultad de Ciencias de la Salud. Villanueva de la Cañada – Madrid. Recuperado el 06 de abril del 2015, disponible en: <http://www.uax.es/publicacion/trastornos-de-la-comunicacion-oral.pdf>.

MONTFRAGUE, M. (2010). *Análisis de la demanda asistencial en trastornos del lenguaje, habla y comunicación*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca. Facultad de Psicología. Recuperado el 10 de abril del 2015, disponible en http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/83174/1/_Garc%C3%ADaMateos_Montfrag%C3%BCe_An%C3%A1lisis.pdf DPEE

MORENO, R. Y RAMIREZ, A. (2012). *Las Habitaciones de la Dislalia*. Estudios de Doctorado en Psicopedagogía. Universidad de Granada. Facultad de Ciencias de la Educación. Recuperado el 13 de abril del 2015, disponible en: <http://www.ugr.es/~miguelgr/ReiDoCrea-Vol.1-Art.5-Moreno-Ramirez.pdf>.

NACIMBA, V. (2011). *Como afecta la dislalia en el desarrollo de los prerrequisitos para el aprendizaje de la lecto-escritura en los niños de primero de básica del centro infantil EMDI dela ciudad de Quito, parroquia el Tingo, durante el año lectivo 2010 - 2011*. Proyecto Socioeducativo para Optar el Grado de Licenciatura en Pedagogía. Universidad central del Ecuador. Facultad de Filosofía letras y ciencias de la educación. Quito – Ecuador. Recuperado el 10 de abril del 2015, disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/286/1/T-UCE-0010-64.pdf>

- PADILLA, M. (2012). *Disfluencias del habla Espontánea (Dislalia) entre los niños y niñas de 5 años de la I.E. Municipal N° 80031 – Florencia de Mora y La I.E. José Felix Black N° 80050 – Paijan Trujillo, Perú, 2012*. Tesis para obtener el Título Profesional de: Licenciada en Educación Inicial. Facultad de Educación e idiomas Escuela Académico Profesional de Educación Inicial. Universidad César Vallejo
- PÉREZ, E. (2013). *Aportaciones de la Educación Musical en el tratamiento y corrección de problemas de articulación en el Lenguaje Oral*. Grado en educación Infantil. Universidad de Valladolid. Segovia. España. Recuperado el 13 de abril del 2015, disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/3222/1/TFG-B.237.pdf>.
- POHLHAMMER, A. (2014). *¿Qué son las dislalias?*. Columna primeras palabras: Universidad de Chile, disponible en: <http://www.cantandoaprendo.cl/pdf/columna8.pdf>
- REGAL, N. (1999). *Dislalias. Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Marqués”*. Revista Cubana Ortod. Vol. 89 – 93. Cuba. Recuperado el 17 de abril del 2015, disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_2_99/ord06299.pdf
- RUIZ, E. (2008). *Diseño, aplicación y evaluación de un programa de música para la rehabilitación de dislalias y disfonías*. Tesis para optar el grado de doctorado. Universidad de Burgos. Facultad de Humanidades y Educación. Departamento de Ciencias de la Educación - Burgos. Recuperado el 10 de abril del 2015, disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7373/1/TFG-M-L162.pdf>
- SALVADOR, C. (2009) *Relación de los factores psicosociales con déficit sensorial en niños de edad pre – escolar: Dislalia en familias disfuncionales en zonas urbanas y rurales de Quito. Año 2008*. Tesis de grado para la obtención de título de Médico. Universidad San Francisco de Quito. Ecuador.

YAGUAL, H. (2013). *Manual con ejercicios articulatorios para la atención de la dislalia funcional de los niños y niñas de 5 años del centro de Educación básica Fiscal N° 2 General César Rohón Sandoval de la Parroquia Antoncito del Cantón Salinas, provincia de Santa Elena, durante el año lectivo 2012 -2013*. Trabajo de titulación para la obtención del título de licenciada en Educación Parvularia. Universidad Estatal Península de Santa Elena. Facultad de Ciencias de la Educación e Idiomas. La Libertad – Ecuador. Recuperado el 13 de abril del 2015, disponible en: <http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/1028/1/proyecto%20HILDA2.pdf>

ANEXOS

EXAMEN DE ARTICULACIÓN DE SONIDOS EN ESPAÑOL
(Hoja de calificación)

Nombres y Apellidos:.....

Grado: 2 do

Instrucciones: Este examen se calificara de la siguiente manera: si el problema lo presenta al inicio, medio o final marcaremos con una X y en la observación colocaremos el tipo de dificultad que presenta sustitución, omisión, distorsión, adición.

Tarjetón	Sonido sujeto a pruebas	Lista de Palabras	1	2	3	Observación
			I Inicio	M Medio	F Final	
1	<u>Consonantes</u> (m)	Mesa, cama....				
2	(n)	Nariz, mano, botón				
3	(ñ) uña.....				
4	(p)	Pelota mariposa ..				
5	(k)	Casa boca				
6	(f)	Foco elefante				
7	(y)	Llave payaso				
8	(l)	Luna bola sol				
9	(t)	Teléfono patín				
10	(ch)	Chupón cuchara				
11	(b)	Vela bebe				
12	(g)	Gato tortuga				
13	(r)	arete collar				
14	(rr)	Ratón perro				
15	(s)	Zapato vaso lápiz				
16	(j)	Jabón ojo reloj				

	(d)	Dedo candado red				
17	<u>Mezclas</u> (bl)	Blusa				
18	(pl)	Plato				
19	(fl)	Flor				
20	(kl)	clavos				
21	(br)	Libros				
22	(kr)	Cruz				
23	(gr)	tigre				
24	(gl)	globo				
25	(fr)	Fresas o fruta				
26	(pr)	Preso				
27	(tr)	Tren				
	(dr)	cocodrilo				
28	<u>Diptongos</u> (ua)	guante				
29	(ue)	huevo				
30	(ie)	Pie				
31	(au)	jaula				
32	(ei)	peine				
33	(eo)	león				

Fecha: 28/ 09/ 2015

Fuente: Dra. Violeta Hurtado Chancafe

HISTORIA DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

(Entrevista al padre o madre del niño)

1. Datos Informativos:

- Nombre del niño o alumno:

- Fecha de Nacimiento: _____

- Edad: _____

- Lugar que ocupa el niño en la familia:

Hijo único

Nº de hijo

Ultimo hijo

- Sexo: Masculino () Femenino ()

- Nombre de los padres del alumno:

- Mamá:.....edad.....ocupación.....

- Papá:.....edad.....ocupación.....

2. Evolución del lenguaje:

a) Desarrollo del lenguaje

- ¿A qué edad empezó a gorgear, balbucear, a decir sus primeras palabras?

.....

- ¿Al llegar al año de edad cuantas palabras aproximadamente decía?

.....

- ¿tuvo retraso en su lenguaje?

.....

- ¿Articula adecuadamente los fonemas de las palabras?

.....

b) Problemas de articulación

- ¿Desde cuándo tiene dificultades en su articulación?

.....

- ¿En qué fonemas presenta las dificultades?

.....

c) Intervención

- Ha recibido tratamiento si () no ()

- ¿Qué tipo de tratamiento?

.....

.....

.....

Fecha: 28/ 09/ 2015

Fuente: Bach. Mariela Vinci Vela Tamara.

EXAMEN DE ARTICULACIÓN DE SONIDOS EN ESPAÑOL

(Tarjetones)

Sonidos probados,

Consonantes,

Mezclas y

Diptongos

MARIA MELGAR DE GONZALES

REVISADO Y CORREGIDO

1993

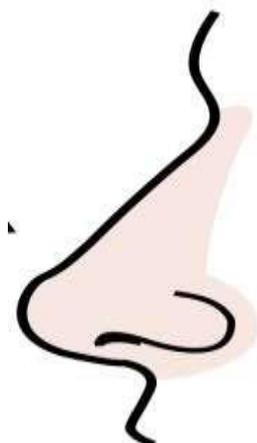
EXAMEN DE ARTICULACIÓN DE SONIDOS EN ESPAÑOL

Consonantes

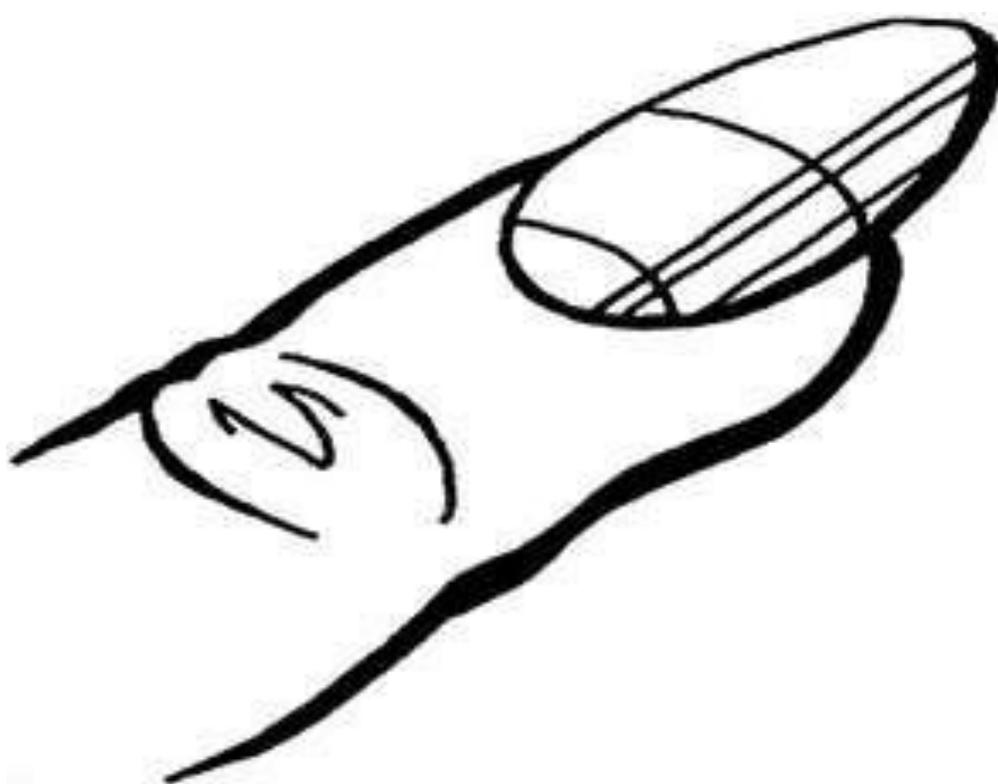
Tarjetón N°1 (m)



Tarjetón N°2 (n)



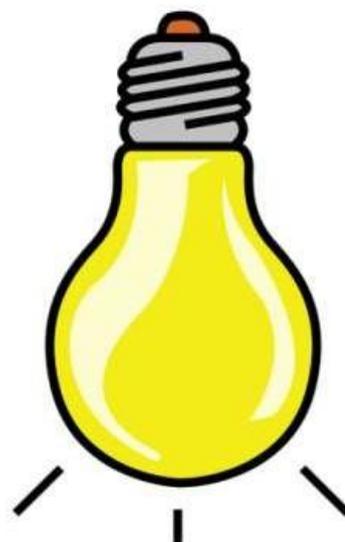
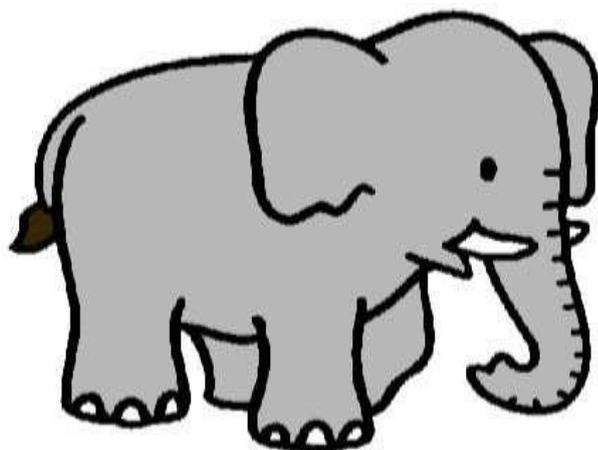
Tarjetón N°3 (ñ)





Tarjetón N°5 (k)

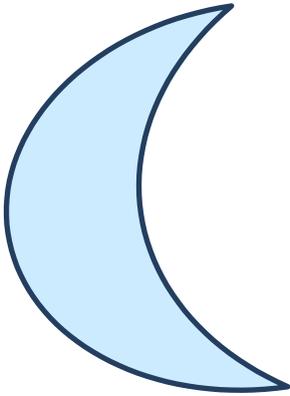




Tarjetón N°7 (y)



Tarjetón N°8 (I)



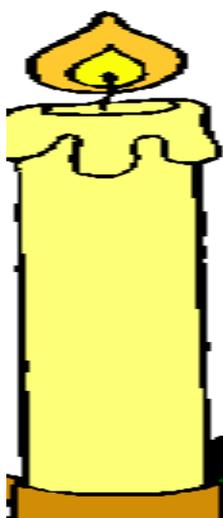
Tarjetón N°9 (t)



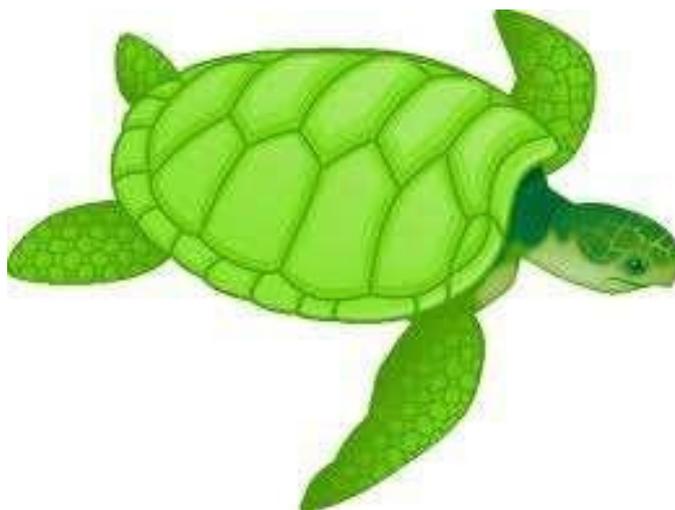
Tarjetón N°10 (ch)



Tarjetón N°11 (b)



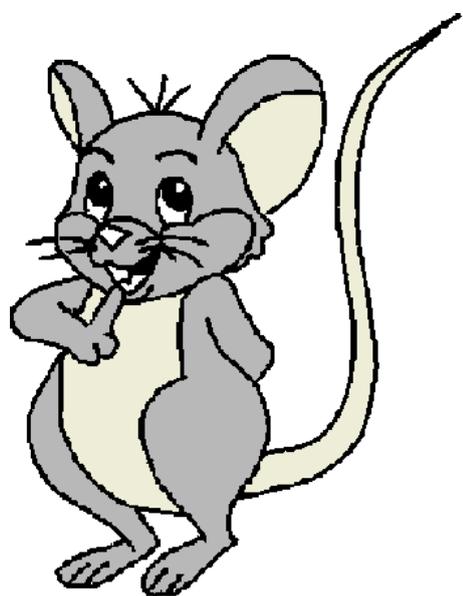
Tarjetón N°12 (g)



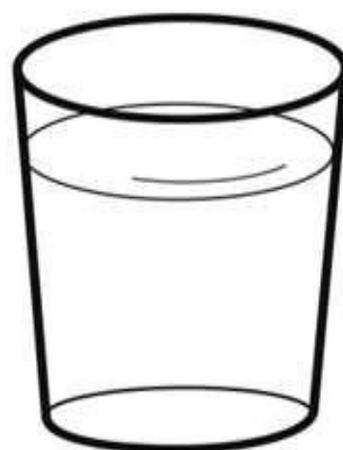
Tarjetón N°13 (r)



Tarjetón N°14 (rr)



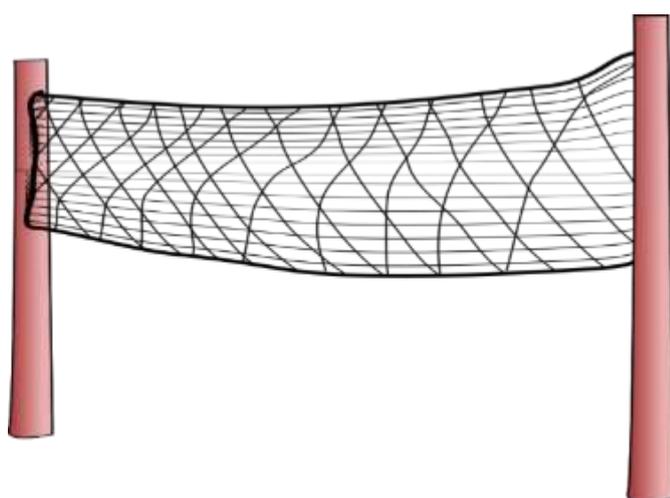
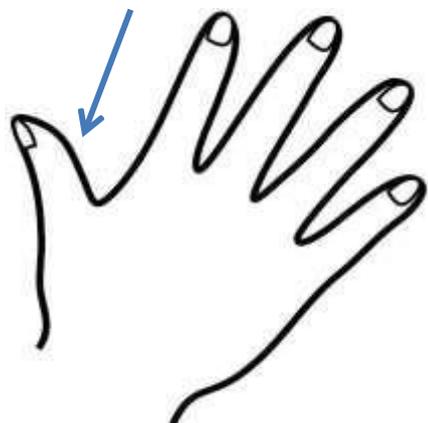
Tarjetón N°15 (s)



Tarjetón N°16 (j)



Tarjetón N°16 (d)



Mezclas

Tarjetón N°17 (bl)



Tarjetón N°18 (pl)



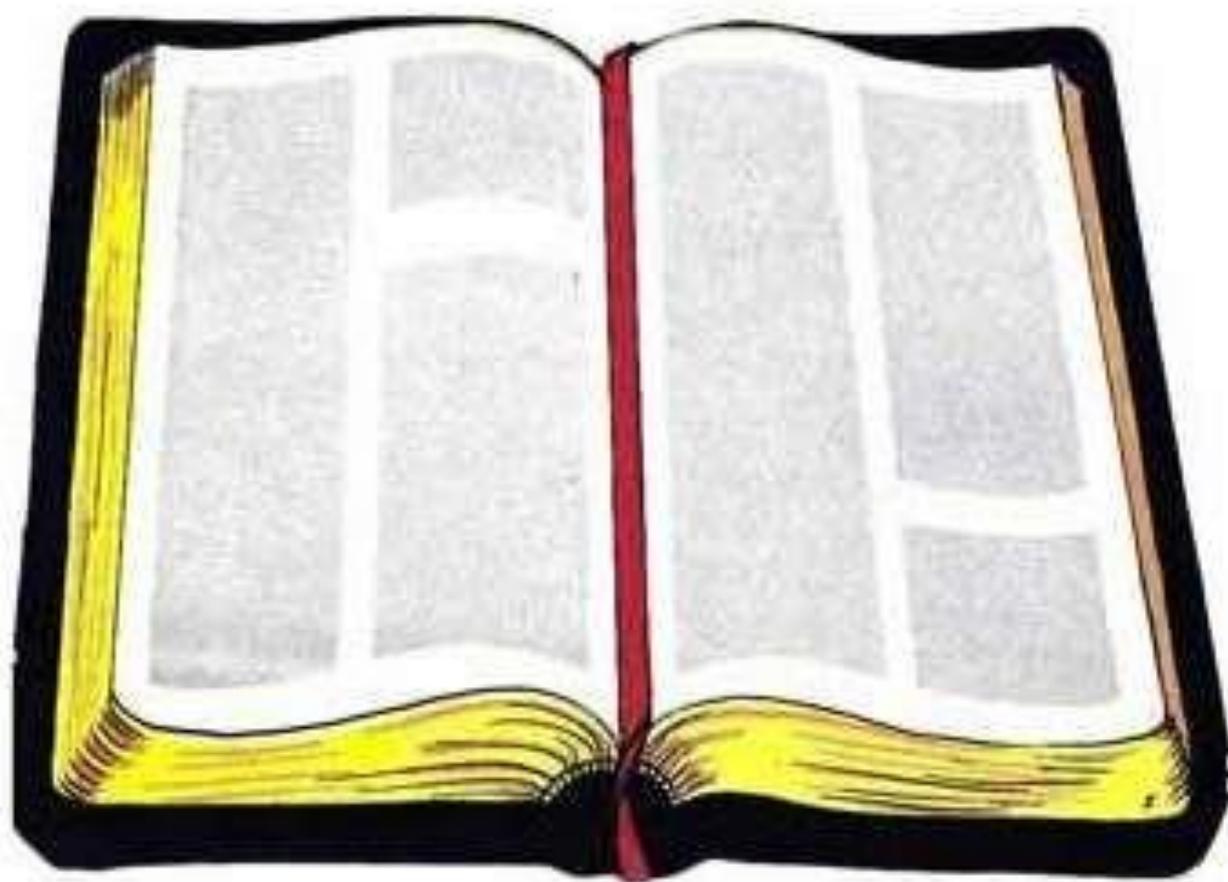
Tarjetón N°19 (fl)



Tarjetón N°20 (kl)



Tarjetón N°21 (br)



Tarjetón N°22 (kr)





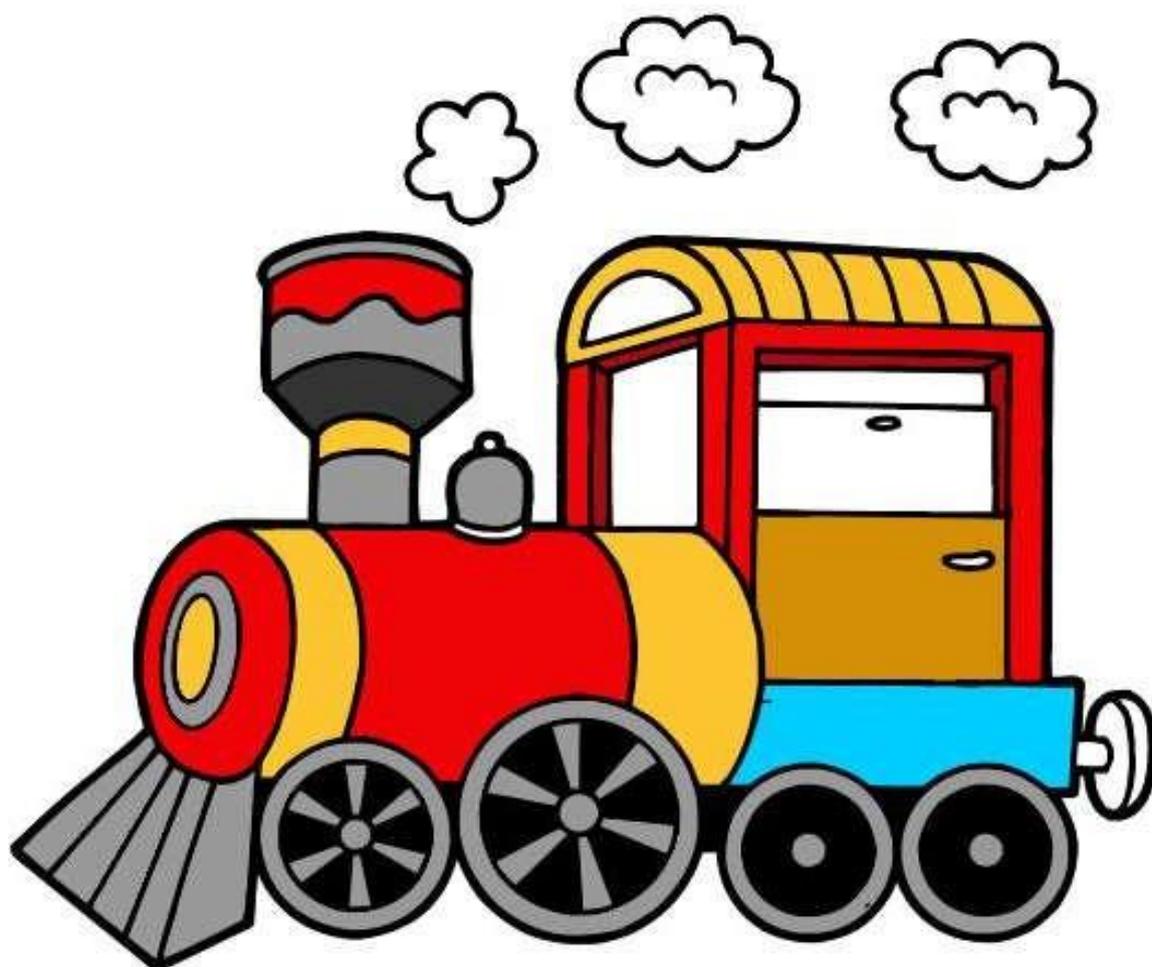
Tarjetón N°24 (gl)

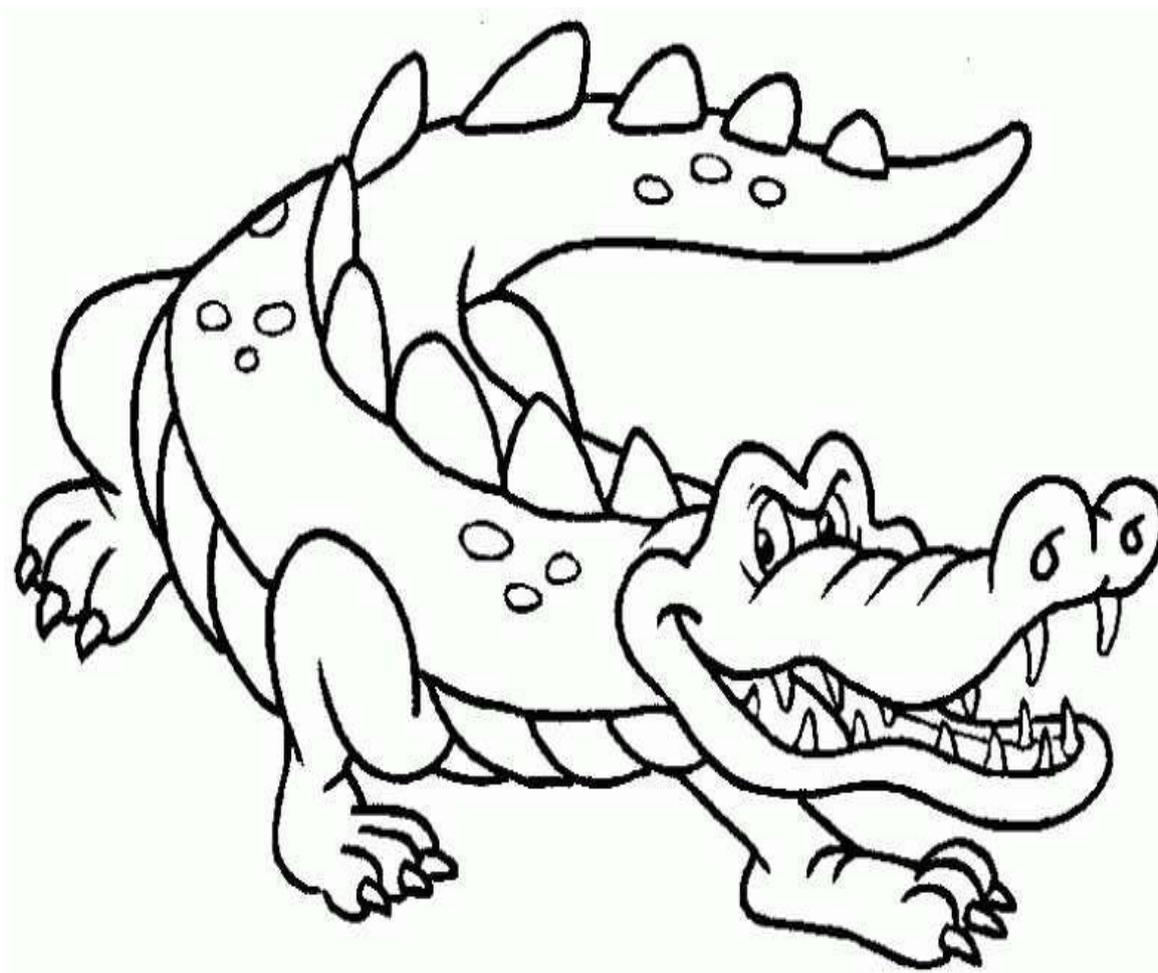




Tarjetón N°26 (pr)



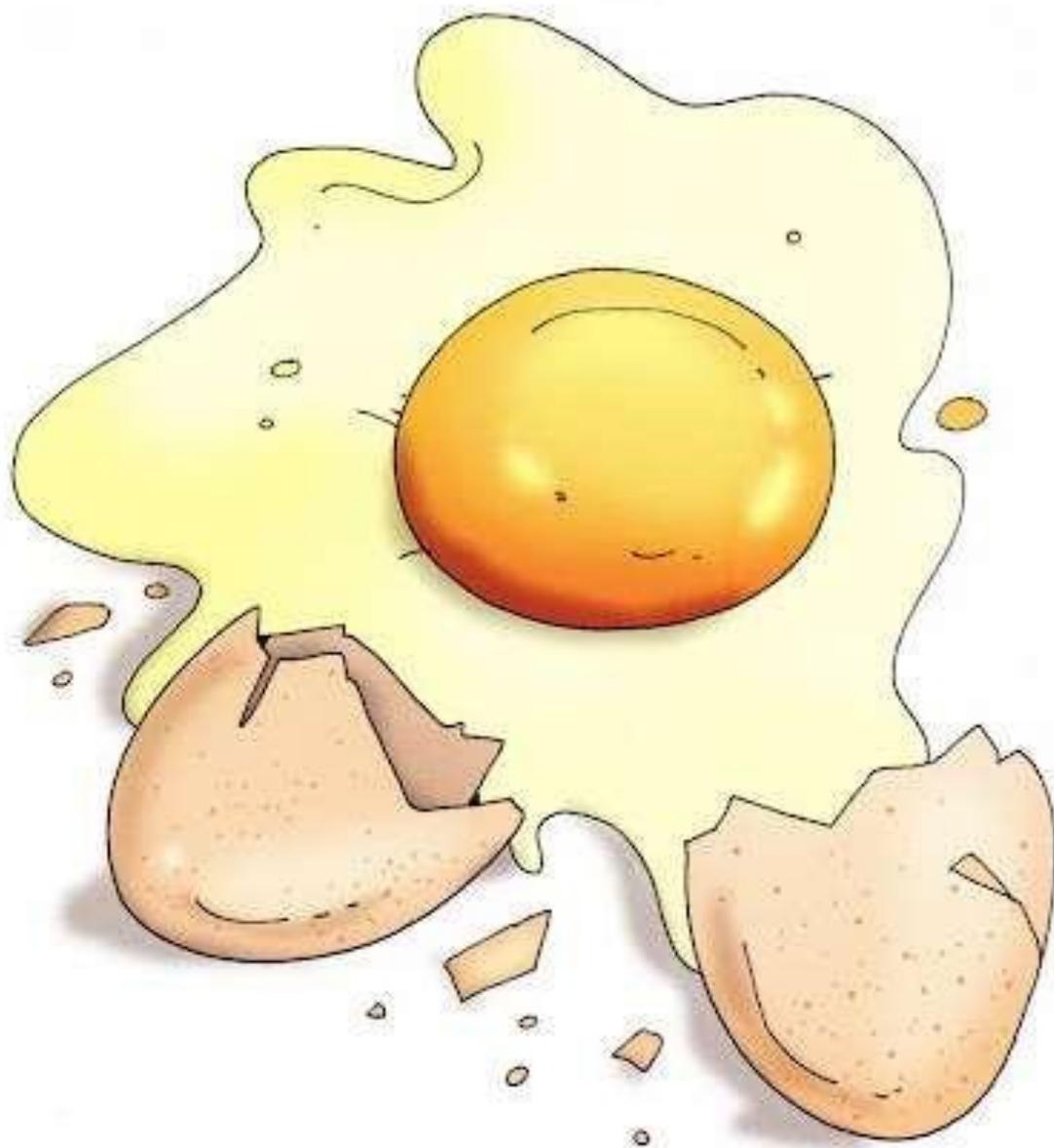




Diptongos

Tarjetón N°28 (ua)





Tarjetón N°30 (ie)







