



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

NIVEL DE POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN EDUCACIÓN INFANTIL

TEMA:

“La influencia de factores psicológicos y somáticos en la dislalia de los niños y niñas del primer año de educación básica, de la escuela José Ingenieros N° 2 de la ciudad de Loja. Período Marzo-Agosto del 2010. Lineamientos alternativos.”

Tesis previa a la obtención del Grado de Magíster en Educación

AUTORAS:

- ❖ **DRA. ANDREA PAULINA PAUCAR VILLALTA.**
- ❖ **DRA. MARIANA JANETH QUIROLA MORENO.**

DIRECTOR:

DR. Mg. Sc. LUIS BRAVO.

Loja – Ecuador

2011

CERTIFICACIÓN:

Dr. Mg Sc. Luis Bravo

DOCENTE DEL AREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CERTIFICA:

Haber dirigido y corregido en todas sus partes el desarrollo de la tesis de Maestría en Educación Infantil, titulada: LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOMÁTICOS EN LA DISLALIA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA, DE LA ESCUELA JOSÉ INGENIEROS N° 2 DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO MARZO-AGOSTO DEL 2010. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS, de autoría de las doctoras Andrea Paulina Paucar Villalta y Mariana Janeth Quirola Moreno. En virtud de que la tesis reúne a satisfacción, las cualidades de fondo y forma exigidas para un trabajo de este nivel, autoriza su presentación, sustentación y defensa.

Loja. Octubre del 2010

**Dr. Mg Sc Luis Bravo
DIRECTOR DE TESIS**

AUTORÍA

Los conceptos, ideas y contenidos expuestos en el presente informe de investigación son de exclusiva responsabilidad de las autoras.

Andrea Paulina Paucar Villalta
Moreno

Mariana Janeth Quirola

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja por permitirnos continuar con nuestros estudios profesionales y de manera especial al Programa de Maestría en Educación Infantil.

Nuestro sincero reconocimiento al Magíster Luis Bravo, por su apoyo y asesoría incondicional durante el proceso de desarrollo de nuestra tesis.

Finalmente agradecemos a todas las personas que de una u otra manera colaboraron con nosotras hasta la culminación de nuestro trabajo.

Las autoras

DEDICATORIA

Dedico este logro alcanzado, a mi padre que es mi ángel guardián y la luz de mi vida, a mi madre quien ha sido siempre mi gran apoyo y una constante impulsadora de mis sueños, a mis hermanos: Karla, Hugo, Mónica y Edison, a mis sobrinos Mateo, José David, Ariana y Cristian Joel, por ser parte importante en mi vida y a quienes amo con toda mi alma. Al amor de mi vida... Simón Andrés, por animarme siempre, ser una fuente permanente de motivación y llenar mi vida con su amor.

Andrea Paulina Paucar Villalta

Ofrezco esta meta lograda, a mi madre quien es siempre mi mayor apoyo y una mujer a quien admiro por su perseverancia, a mi padre por ser un ejemplo de tenacidad y lucha permanente, a mis hermanas Paulina y Verónica, a mis sobrinos: Fernando José, y Naomi quienes son la razón de mi vida.

También dedico este trabajo a mis abuelitos quienes son una fuente de amor y a quienes amo con toda mi alma.

Mariana Janeth Quirola Moreno

ESQUEMA DE TESIS

- Portada
- Certificación
- Autoría
- Agradecimiento
- Dedicatoria
- Esquema de tesis

1. RESUMEN

2. INTRODUCCIÓN

3. REVISIÓN DE LITERATURA

3.1 Conceptualización factores psicológicos y somáticos

3.2 Conceptualización de dislalia

3.3 La Dislalia

4. METODOLOGÍA

4.1 Métodos, técnicas e instrumentos

4.1.1 Métodos

4.1.2 Técnicas e instrumentos

4.2 Procedimiento para el desarrollo de la investigación

4.3 Población y muestra

5. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Resultados de la hipótesis específica uno

5.2 Resultados de la hipótesis específica dos

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS

1. Título
 2. Presentación
 3. Objetivos
 4. Contenidos
 5. Actividades
 6. Operativización de la propuesta
 7. Presupuesto
-
- Bibliografía
 - Índice
 - Anexos

1. RESÚMEN

RESUMEN

La presente investigación tuvo el propósito de **investigar sobre la influencia que ejercen los factores psicológicos y somáticos en la presencia de la dislalia de los niños y niñas de primer año de educación básica de la escuela “José Ingenieros N° 2” de la ciudad de Loja**, identificando por una parte las características físicas y psicológicas en los niños y las niñas, y por otro determinando los errores de articulación más frecuentes en los infantes.

Con la utilización de la metodología de la investigación científica con sus diferentes métodos como: la hermenéutica, la descripción, el análisis y la síntesis, así como la aplicación de encuestas, ficha de observación y el test de Melgar a la población investigada: padres de familia, docentes, y a niños y niñas de primer año de básica de la escuela “José Ingenieros N° 2” de la ciudad de Loja, se obtuvo información empírica, la misma que fue analizada, procesada cualitativamente y confrontada con los referentes teóricos, permitiendo llegar a conclusiones importantes acerca de los factores psicológicos que desencadenan dislalias funcionales en los niños y niñas de primer año de básica de la escuela “José Ingenieros N° 2” de la ciudad de Loja.

En base a la información obtenida se pudo determinar que los niños del primer año de educación básica del centro educativo estudiado son propensos a desarrollar cualquier alteración del habla producto de algún trastorno de tipo afectivo, siendo así la sobreprotección el factor psicológico de mayor incidencia en la dislalia y la distorsión el error de articulación más relevante en los niños y niñas.

PALABRAS CLAVES: Factores Psicológicos, Factores Somáticos, Dislalia Funcional, Articulación, Distorsión.

Summary

This research was aimed to **investigate the influence of psychological and somatic factors in the presence of dyslalia of children's first year of basic education school "José Ingenieros N ° 2" of the city of Loja identifying** the one hand the physical and psychological characteristics in girls and girls, and other identifying articulation errors more common in infants.

With the use of scientific research methodology with its different methods such as hermeneutics, description, analysis and synthesis, and the implementation of surveys, observation sheet and test the research population Melgar: parents family, teachers, and children in the first year of elementary school "José Ingenieros No. 2" in the city of Loja, information was empirical, it was analyzed, processed qualitatively and confronted with the theoretical framework, allowing to reach important conclusions about the psychological factors that trigger functional dyslalias children basic first-year school "José Ingenieros No. 2" in the city of Loja.

Based on the information obtained it was determined that children one year of basic school education studied are likely to develop any speech disturbance produced by some affective disorder, making the over-the psychological factor of greatest influence in the dyslalia and distortion error most important joint in children.

KEY WORDS: Factors Psychological, somatic factors, Dyslalias Functional Articulation, Distortion.

2. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se desarrollo en la escuela “José Ingenieros N° 2” de la ciudad de Loja, ubicada en el sector nororiental de nuestra localidad, específicamente en las calles Leónidas Plaza y 8 de Diciembre; este centro fue creado el 13 de Marzo de 1979, a la fecha 31 años de servicio a la comunidad lojana.

El lenguaje es la principal herramienta que posee el ser humano para interactuar y formar vínculos con otros.

Es así que el proceso de la adquisición del lenguaje implica la interacción de factores orgánicos, cognitivos y psicológicos, es decir, para que un niño sea capaz de codificar (establecer la relación entre una palabra escuchada y el concepto a que se refiere), estructurar las palabras en una oración lógica y coherente, y finalmente emitir los fonemas adecuados, necesita del buen funcionamiento de diversos órganos como son boca, lengua, laringe, sistema respiratorio y sistema auditivo, por otro lado también es necesario un buen nivel cognitivo que le permita memorizar palabras y ampliar su vocabulario, además de una adecuada estimulación social que permitan al niño tener patrones a imitar.

La familia y la escuela son los marcos donde básicamente se adquiere y desarrolla el lenguaje de la mayoría de los niños de nuestra sociedad. Nadie discute el papel del entorno familiar en el acceso a las primeras etapas del lenguaje. La importancia de la escuela es igualmente incuestionable, ya que favorece las relaciones e interacciones necesarias

para que se desarrolle la comunicación interpersonal y, en buena medida como consecuencia de ello, la evolución del lenguaje.

Partiendo de este enunciado podemos fácilmente inferir que el niño presentará variadas dificultades si el desarrollo del lenguaje se ve alterado: dificultades en la interacción con los padres y sus pares, rendimiento escolar deficiente, aislamiento, desarrollo cognitivo retrasado, problemas orgánicos etc. Todos estos problemas pueden afectar de manera significativa la esfera psicológica del menor, pudiéndose presentar trastornos conductuales, emocionales y del lenguaje.

Los trastornos en el lenguaje pueden ser variados y con diversos grados de complejidad. Dentro de los trastornos primarios del lenguaje oral, podemos encontrar al trastorno de la articulación, conocida como dislalia funcional. La dislalia funcional es la alteración producida por una mala adecuación del funcionamiento de los órganos articulatorios, traduciendo esto en una mala articulación de las palabras.

Por tal motivo y por ser un tema de relevancia dentro de las alteraciones del habla y porque en los actuales momentos los índices de complicaciones de articulación son más del 50% de la población infantil el presente trabajo de investigación se ha denominado: "La influencia de factores psicológicos y somáticos en la dislalia de los niños y niñas de primer año de educación básica de la escuela "José Ingenieros N° 2" de la ciudad de Loja. Periodo Marzo _ Agosto del 2010. Lineamientos Alternativos".

Basándonos en el tema planteado formulamos los siguientes objetivos específicos:

- Conocer los tipos de dislalia que presentan los niños y niñas de primer año de educación básica, de la escuela “José Ingenieros N° 2” de la ciudad de Loja.
- Determinar la incidencia de los factores psicológicos y somáticos en la presencia de los errores de articulación que presentan los niños y niñas de primer año de educación básica de la escuela “José Ingenieros N° 2” de la ciudad de Loja.
- Formular lineamientos alternativos para contrarrestar los problemas de dislalia de los niños y niñas de primer año de educación básica, de la escuela “José Ingenieros N° 2” de la ciudad de Loja.

Para el desarrollo de la presente investigación fue necesario contar con la ayuda de material teórico-conceptual, en donde se destacaron temas principales y fundamentales, entre los que constan: factores psicológicos que influyen en el desarrollo del lenguaje, la sobreprotección, el lenguaje del entorno familiar, celos infantiles, maltrato infantil.

También se abordaron temas relacionados a los factores somáticos: la hipoacusia, macroglosia, labio leporino, frenillo lingual, frenillo labial. La dislalia, tipos de dislalia, causas de la dislalia y los efectos psicológicos de la dislalia.

Nos planteamos además las siguientes hipótesis:

- La dislalia que se da con mayor frecuencia en los niños y niñas del primer año de educación básica, de la escuela “José Ingenieros N°2” de la ciudad de Loja, es generada por factores psicológicos.
- La distorsión, omisión, adición y sustitución son los principales errores de articulación que presentan los niños y niñas con dislalia del

primer año de educación básica, de la escuela "José Ingenieros N°2" de la ciudad de Loja.

Para el logro de estos objetivos e hipótesis, se implementaron métodos y técnicas que permitieron la explicación cualitativa, acorde a la realidad sobre la aplicación de encuestas a profesores, padres de familia y la aplicación de la ficha de observación y el test de Melgar a los niños, lo que permitió obtener información confiable para explicar, interpretar los resultados, formular conclusiones y plantear alternativas de solución a los problemas detectados. Los métodos utilizados fueron: descriptivo, científico, hermenéutico y el analítico sintético.

Para la presentación y discusión de resultados, se hizo uso de tablas y gráficos estadísticos y de los principales planteamientos del marco teórico para la interpretación de los datos de cada variable e indicador.

Luego de la discusión de la información, se llegó a la verificación de hipótesis, proceso que permitió elaborar las respectivas conclusiones demostrando que: los niños del primer año de educación básica de la escuela "José Ingenieros N° 2" de la ciudad de Loja son propensos a desarrollar cualquier alteración del habla producto de algún trastorno de tipo afectivo, siendo así la sobreprotección el factor psicológico de mayor incidencia en la dislalia y la distorsión el error de articulación más relevante en los niños y niñas.

En base a las conclusiones se presentan las recomendaciones, tanto a los padres de familia como a los docentes del primer año de educación

básica con la finalidad de coadyuvar con métodos o procesos que se deben adoptar para mejorar en parte el problema suscitado.

Finalmente se presentan los lineamientos alternativos para mejorar el comportamiento de los padres de familia como un paso para incidir de manera positiva a la calidad del lenguaje oral de los niños, con talleres para padres de familia y maestros, actividades prácticas, impulsando el involucramiento integral de los maestros y padres de familia en el desarrollo lingüístico de los niños.

3. REVISIÓN DE LITERATURA

3.1. EL LENGUAJE Y SU ADQUISICIÓN

El lenguaje se configura como aquella forma que tienen los seres humanos para comunicarse. Se trata de un conjunto de signos, tanto orales como escritos, que a través de su significado y su relación permiten la expresión y la comunicación humana.¹

Existe una gran variedad de teorías acerca de la adquisición del lenguaje, las que se han ido desarrollando influenciadas por las distintas disciplinas, a las cuales pertenecen sus autores, por el nivel de desarrollo científico y por la época en que han sido formuladas.

Dichas teorías han pasado a constituir la base de muchas concepciones acerca del lenguaje, tanto a nivel clínico con las clasificaciones de trastornos del lenguaje como a nivel terapéutico con enfoques lingüísticos, cognitivos y del desarrollo.

3.2. Propuestas Teóricas de Adquisición de Lenguaje

Teoría Innatista.

Esta teoría postula que los principios del lenguaje son innatos y no aprendidos. Esto significa, que los niños no son sometidos a ningún aprendizaje dirigido para aprender su lengua, sino que esta se adquiere y se desarrolla apoyada en un mecanismo de adquisición del lenguaje (Chomsky, 1982) de carácter universal y específica para la raza humana. Lo anterior implica que el desarrollo del lenguaje está preprogramado en cada individuo y comienza a desarrollarse inmediatamente al estar expuesto a la lengua nativa.

¹ <http://www.misrespuestas.com/que-es-el-lenguaje.html> [Consulta: 13 de noviembre de 2008].

Teoría del Aprendizaje.

Esta teoría afirma que el lenguaje se adquiere según las leyes del aprendizaje como cualquier conducta aprendida (Skinner, 1957). Los adultos serían los modelos para el aprendizaje del lenguaje y reforzarían las conductas lingüísticas. Los niños aprenderían por observación e imitación.

Teoría Cognitiva.

La teoría cognitiva afirma que el lenguaje es un componente más del desarrollo cognitivo. Esto implica que primero se desarrollan las habilidades de pensamiento y luego se proyectan a través del lenguaje (Piaget, 1954).²

Teoría Sociocultural.

La teoría de Vigotsky se basa principalmente en el aprendizaje sociocultural de cada individuo y por lo tanto en el medio en el cual se desarrolla. La influencia del medio social en el desarrollo del lenguaje cumple un papel fundamental, como estímulo positivo o negativo, según el caso.³

3.3. Dificultades del Lenguaje

La mayoría de los niños van a desarrollar una compleja capacidad para el lenguaje y la comunicación a lo largo de su desarrollo. En torno a los 18 meses el niño comenzará a expresarse con palabras aisladas e irá evolucionando hasta la adolescencia, donde habrá adquirido ya, el lenguaje adulto. La adquisición del lenguaje y las habilidades de

² <http://www.articulosgratis.com/fonoaudiologia/teorias-de-la-adquisicion-del-lenguaje.html> [Consulta: 2 de febrero de 2009].

³ <http://www.psicopedagogia.com/definicion/teoria%20del%20aprendizaje%20de%20vigotsky> [Consulta: 17 de diciembre de 2007].

comunicación van a ser, además, fundamentales para el desarrollo de sus capacidades sociales: relaciones con el entorno y cognitivas: atención, percepción, razonamiento, pensamiento, memoria, etc.

Cuando este complejo proceso de adquisición del lenguaje no se produce con normalidad hablamos de **Trastornos del lenguaje** en la infancia.

Los trastornos en el lenguaje pueden ser variados y con diversos grados de complejidad. Dentro de los trastornos primarios del lenguaje oral, podemos encontrar al trastorno de la articulación, conocida como dislalia.

3.4. LA DISLALIA

La **dislalia** es un trastorno en la articulación de los fonemas. Se trata de una incapacidad para pronunciar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas.⁴

El concepto de dislalia corresponde al trastorno en la articulación de los fonemas, bien por la ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por la sustitución de estos por otros de forma incorrecta. Se trata de una incapacidad para pronunciar o formar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas. ⁵

Cuando un niño menor de cuatro años presenta errores en la pronunciación, está considerado como normal, es una etapa común en el desarrollo del lenguaje infantil. Sin embargo, si los errores se mantienen más allá de los cuatro años, se debe consultar a un especialista en lenguaje y audición.

⁴ <http://es.wikipedia.org/wiki/Dislalia>[Consulta: 8 de enero de 2011].

⁵ Nieto Herrera, M. Retardo del lenguaje. Editorial CEPE. 4ta Ed. Pág. 14.

3.4.1. Sintomatología de la Dislalia

La imposibilidad que tiene un niño para realizar una pronunciación correcta la manifiesta con distintos síntomas o errores, como son: la sustitución, la distorsión, la omisión y la inserción.⁶

Sustitución

Se denomina sustitución al error de articulación en que un sonido correctamente emitido, es reemplazado por otro. Así, con frecuencia, la /r/ es cambiada por /g/ o /d/, diciendo "cada" y "cago" en lugar de "cara" y "carro". La /k/ suele ser reemplazada por /t/, expresando "tama" por "cama". Puede sustituir la /d/ por la /l/, "tolo" en lugar de "todo", o pronunciando la /s/ de forma interdental, emitiendo en su lugar /z/, y así dirá "caza" por "casa".

Distorsión

Con frecuencia los niños dislálicos emiten sonidos de forma incorrecta o deformada. Esta alteración es debida a una imperfecta posición de los órganos de la articulación, a la falta de control de los movimientos que han de realizar o a la forma impropia de salida del aire fonador, produciendo lateralizaciones o nasalizaciones incorrectas.

⁶ Nieto, op.cit. Pág. 45.

Omisión

Esto sucede cuando se omite un determinado sonido sin sustituirlo por otro. En unas ocasiones esta omisión afecta solo a la consonante, por ejemplo dirá “caeta” por “carreta” o “emana” por “semana”, pero también suelen omitir en estos casos la sílaba completa que contiene el fonema conflictivo, diciendo “camelo” por “caramelo”. Cuando se trata de sílabas de consonante doble, trabadas o sinfonas, es frecuente la omisión de la consonante medial, así dirá “pato” por “plato” o “futa” por “fruta”. Otra emisión frecuente es la de las consonantes que aparecen en sílaba inversa, especialmente si van al final de la palabra, aunque en otras posiciones sepan pronunciarlas.

Inserción o adición

Se intercala un sonido con otro que es ajeno a esa palabra. En lugar de “ratón” dirá “aratón”, o en lugar de “plato” dirá “palato”. Este tipo de error es el que suele presentarse con menos frecuencia.

3.4.2. Tipos de Dislalia

3.4.2.1. Dislalia evolutiva

Se denomina dislalia evolutiva, aquella fase del desarrollo del lenguaje infantil en la que el niño o la niña es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha. A causa de ello repite las palabras de forma incorrecta desde el punto de vista fonético.

Aunque la dislalia evolutiva no precisa un tratamiento directo, forma parte de un proceso normal, es necesario mantener con el niño o la niña un comportamiento adecuado que ayude a su maduración general para evitar posteriores problemas, y que no permita una fijación del esquema defectuoso, que en ese momento es normal para él o ella.

3.4.2.2. Dislalia audiógena

Son alteraciones de la articulación producidas por una audición defectuosa. El niño que presenta una dislalia audiógena, motivada por un déficit auditivo, tendrá especial dificultad para reconocer y reproducir sonidos que ofrezcan entre sí semejanza, al faltarle la capacidad de diferenciación auditiva. Generalmente en estos casos, junto a la dislalia, se presentarán alteraciones de la voz y del ritmo, que modificarán la cadencia normal del habla.

3.4.2.3. Dislalia orgánica

Se denomina dislalia orgánica al trastorno de la articulación que está motivado por alteraciones orgánicas.

La dislalia orgánica incluye:

Disartria: es una dificultad de la expresión oral del lenguaje debida a trastornos del tono y del movimiento de los músculos fonatorios, secundaria a lesiones del SNC.

Disglosia: son las anomalías anatómicas y malformaciones de los órganos del lenguaje y siempre causan defectos de pronunciación. Estas alteraciones pueden estar localizadas en los labios, lengua, paladar óseo o blando, dientes maxilares o fosas nasales, pero en cualquier caso impedirán al niño o la niña una articulación correcta de algunos fonemas.

3.4.2.4. Dislalia funcional

La dislalia funcional: “Es la alteración producida por un inadecuado funcionamiento de los órganos articulatorios”⁷.

“Es un síntoma que implica la dificultad articulatoria del fonema aislado, o en sílaba o en palabra, y que no es producto de una lesión cerebral”.⁸

La dislalia funcional es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje por una función anómala de los órganos periféricos. El fonema es el resultado final de la acción de la respiración, de la fonación y de la articulación. En estos casos existe una incapacidad o dificultad funcional en cualquiera de estos aspectos que impide la perfecta articulación. La dislalia funcional puede darse en cualquier fonema, pero lo más frecuente es la sustitución, omisión o deformación de los siguientes: /r/, /k/, /l/, /s/, /z/ y /ch/.

Para la denominación de los distintos errores que se dan en la dislalia, se utiliza una terminología derivada del nombre griego del fonema afectado con la terminación “tismo” o “cismo”. Así la articulación defectuosa de la

⁷ http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?Id_articulo=39[Consulta:15 de abril de 2007]

⁸ GONZÁLEZ, Jorge. Alteraciones del Habla en la Infancia. Editorial Médica Panamericana. 2da Ed. pág.85

/r/ se denomina rotacismo, etc. Cuando un fonema es sustituido por otro se antepone “para”, como pararrotacismo.

Existen varios factores que pueden generar dislalia funcional, por ejemplo; **desarrollo psicomotor tardío, torpeza de movimientos en órganos del aparato fonador, como en la lengua o labios, percepción deficiente del espacio temporal, frenillo lingual**, y dificultades en la comprensión y discriminación auditiva de fonemas sin que haya alguna lesión auditiva específica.

También podemos incluir, a algunos **trastornos psicológicos**, como la sobreprotección, el maltrato infantil, celos infantiles ya que éstos inciden de forma negativa en la persona, pudiendo afectar partes que den motivo a la existencia de dislalia funcional.⁹

3. 5. FACTORES PSICÓLOGOS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE

Son aquellos agentes que tienen un origen de tipo emocional, que pueden ser desencadenados por situaciones relacionadas con la familia o vida intrapersonal.

3. 5.1. LA SOBREPOTECCIÓN

Se define como exceso de cuidado y / o protección de los hijos por parte de los padres, que va más allá de lo razonable, una sobre indulgencia que termina incapacitándolos para su vida futura.¹⁰

⁹ <http://www.eliceo.com/stag/dislalia/3-a-5-años.html> [Consulta: 8 de octubre de 2009].

¹⁰ Ortega Germania, Psicología del Infante, Editorial Española, 3er Ed. pág. 57

3.5.1.1. CAUSAS DE LA SOBREPOTECCIÓN

- Reparar las limitaciones que sufrimos en nuestra niñez.
- Porque la frustración del hijo revive nuestras propias frustraciones.
- Compensar la ausencia del otro padre.
- Evitar las rabietas del niño.

3.5.1.2. ACTITUDES DE LOS PADRES SOBREPOTECTORES

- Tienden a limitar la exploración del mundo por parte de su hijo.
- Usan el mismo lenguaje del niño para comunicarse con él.
- No suelen soportar que sus hijos se enfaden, lloren o pataleen.
- Disculpan todos los errores del niño, poniendo la culpa en terceras personas.

3.5.1.3. ¿CÓMO ES UN NIÑO SOBREPOTEGIDO?

- Tímido
- Le cuesta alejarse de sus padres (especialmente de mamá).
- Inseguro de lo que hace y de su relación con los demás. Busca la protección de quienes lo rodean.
- Lloro intensamente. Especialmente durante los primeros días de preescolar.

3.5.2. EL LENGUAJE DEL ENTORNO FAMILIAR

La calidad del lenguaje oral que los padres brindan a sus niños y sus bebés tiene una influencia importante en el éxito académico que posteriormente tendrán en la escuela.¹¹

El desarrollo óptimo del lenguaje se fomenta si los padres usan oraciones completas y complejas al interactuar con sus hijos durante los primeros cinco o seis años de vida. Muchos estudios dedicados al desarrollo del lenguaje infantil han demostrado coincidentemente que la forma en que los padres hablan a sus hijos determinará el lenguaje de ellos y la habilidad que tendrán para comunicarse. El lenguaje, a su vez, moldeará los procesos del pensamiento y la resolución mental de problemas.

3.5.3. CELOS INFANTILES

Se pueden definir como sentimientos de envidia y resentimiento hacía otra persona que se supone obligada a prestarnos atención y no lo hace. En la familia, la rivalidad entre los hermanos por conseguir el afecto y la atención de los padres suele ser el principal y primer motivo de celos.

3.5.3.1. ORIGEN DE LOS CELOS INFANTILES

Existen distintas situaciones que pueden provocar en el niño el temor a perder el afecto de los padres o el sentimiento de haberlo ya perdido, siendo así las más comunes:

¹¹ Ortega, op.cit, pág. 79.

- El nacimiento de un hermano: el recién nacido requiere una serie de cuidados y atención que hace perder al mayor parte de la que se le dedicaba a él.
- Los favoritismos y preferencias de los padres: a veces abierta y otras solapadamente los padres manifiestan preferencias por uno de los hijos, lo que crea celos en los otros.
- La excesiva dependencia o necesidad de uno de los padres por parte del niño: normalmente de la madre, lo que desencadena celos hacia al otro progenitor por considerarle rival.

3.5.3.2. CONDUCTAS ANTE LOS CELOS

Las reacciones más frecuentes son cambios en el comportamiento y conductas infantiles, tales como:

- Incremento de la desobediencia.
- Agresividad creciente dirigida al principio contra la madre y posteriormente contra el hermano.
- Utiliza de nuevo el "lenguaje bebé"
- Vuelven las rabietas.

3.5.4. MALTRATO INFANTIL

Es la agresión física, psicológica o emocional que un adulto intencionalmente causa a un menor, sea por castigos violentos, abuso sexual, o formas psicológicas como ponerle en ridículo u ofender

directamente su autoestima. El maltrato infantil afecta su normal desarrollo y su adecuada integración a la sociedad.¹²

3.5.4.1. ¿QUÉ TIPOS DE MALTRATO INFANTIL HAY?

- Agresión física: daño intencional al cuerpo del menor o enfermedad provocada por golpes, patadas o quemaduras.
- Negligencia: es la desatención de las necesidades básicas del niño, como la alimentación, vestido, atención médica, educación, protección y supervisión.
- Abuso sexual: cualquier clase de placer sexual practicado por un adulto con un menor.
- Maltrato emocional: cuando los padres o cuidadores desfogan su ira o enojo contra el menor en forma de insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, críticas, o aislándolos y atemorizándolos.

3.5.4.2. ¿CÓMO AFECTA EL MALTRATO AL INFANTE?

- Actitud pasiva.
- Escasa destreza para la comunicación y para la adquisición de vínculos. con otros niños o adultos.
- Tienden a llamar la atención del adulto.
- trastornos de lenguaje.

3.6. FACTORES SOMÁTICOS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE.

Son aquellos agentes que tienen un origen orgánico y funcional.

¹² Smith James, El niño maltratado, Editorial Simún, 1er Ed. pág. 88

3.6.1. LA HIPOACUSIA

La audición es uno de los cinco sentidos, y cuando está disminuida se denomina pérdida auditiva, sordera o hipoacusia.¹³

La hipoacusia se clasifica en:

- Leve (pérdida menor de 35 dB),
- Moderada (pérdida entre 35 y 60 dB),
- Profunda (pérdida entre 60 y 90 dB) y
- Total o cofosis (pérdida superior a 90 dB).

3.6.1.1. ¿QUÉ CAUSA PÉRDIDA AUDITIVA EN LOS NIÑOS?

Pérdida temporal

En la infancia la pérdida auditiva es normalmente temporal, algunas veces aparece tras catarrros o debida a una acumulación de líquido detrás de la membrana timpánica (otitis media crónica no supurada, u otitis media serosa).

Pérdida permanente

Algunos niños tienen hipoacusia permanente por un daño en el oído externo, medio o interno o en el nervio auditivo. Algunas veces aparece tras enfermedades como la meningitis o al desarrollar un estado que produce pérdida auditiva progresiva. La causa de la hipoacusia permanente varía dependiendo de si el daño se produce desde el nacimiento o más tarde.

¹³ <http://es.wikipedia.org/wiki/Sordera> [Consulta: 2 de octubre de 2007].

Desde el nacimiento: que puede ser debida a varias causas prenatales (como la infección durante el embarazo, el Síndrome de Down o un defecto genético), o problemas durante el parto (falta de oxígeno), o por haber nacido prematuros. **Tras el nacimiento:** algunos niños pueden desarrollar sordera tras una meningitis, una infección por un virus, un golpe en la cabeza o por ciertas medicaciones.

3.6.1.2. CONSECUENCIAS INFANTILES DE LA HIPOACUSIA

- Desarrollo lingüístico deficiente.
- Dificultades para socializar.
- Problemas de aprendizaje.

3.6.2. MACROGLOSIA

La macroglosia es un trastorno en el que la lengua es más grande de lo normal, generalmente debido a un aumento en la cantidad de tejido y no debido a un crecimiento externo como en el caso de un tumor.¹⁴

3.6.2.1. CONSECUENCIAS DE LA MACROGLOSIA

- Problemas en la masticación,
- Dificultades en la fonación, etc.
- Poca precisión y rapidez en la articulación.

¹⁴ <http://es.wikipedia.org/wiki/Macroglusia> [Consulta: 7 de septiembre de 2009].

3.6.3. LABIO LEPORINO

El labio leporino es un defecto congénito de las estructuras que forman la boca. Es una hendidura o separación en el labio y es el resultado de que los dos lados del labio superior no crecieron a la vez.¹⁵

3.6.3.1. CONSECUENCIAS DEL LABIO LEPORINO

Los niños con labio leporino suelen padecer de:

- Problemas en garganta, nariz y oído.
- La voz de estos niños tiene un acento nasal.
- Existen problemas en la pronunciación:

Vocálica: u, o, a

Consonántica: b, p, l.

3.6.4. FRENILLO LINGUAL

Se trata de un repliegue de la mucosa que va desde la base de la boca hasta la lengua a nivel de su línea media en su cara inferior. Este repliegue puede ser sólo mucoso, fibroso e incluso muscular, pudiendo sujetar la lengua a la base de la boca.¹⁶

Fonemas alterados: f, alveolares (l, r) y palatales
Rotacismo (distorsión de la r).

¹⁵ http://es.wikipedia.org/wiki/Labio_leporino [Consulta: 8 de octubre de 2010].

¹⁶ http://es.wikipedia.org/wiki/Frenillo_bucal [Consulta: 1 de septiembre de 2010].

3.6.5. FRENILLO LABIAL

Repliegue que une el labio superior con las encías. En algunos chicos, la membrana que une el labio con la encía superior es tan gruesa que separa los incisivos e incluso impide la movilidad correcta del labio.¹⁷

3.6.5.1. CONSECUENCIAS

Esta malformación bastante frecuente, es causa de dislalia por motivos distintos:

- aparecen las dificultades en la articulación de fonemas /u/, /p/, /b/ y /m/.
- Las bilabiales son sustituidas por la labiodental /f/.
El sorber líquidos a través de un tubito es imposible o difícil.

3.6.6. FISURA PALATINA

La fisura palatina es también un defecto de nacimiento que consiste en una apertura en el cielo de la boca. Hay comunicación directa entre boca y nariz. Causa problemas funcionales, fundamentalmente trastornos del habla.¹⁸

3.6.6.1. CONSECUENCIAS

- Golpe de glotis: la articulación de los fonemas (p, d, k, b, d, y g) son sustituidos por un ruido emitido x la laringe con o sin vibración.

¹⁷ <http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlVerArt?clvart=9194> [Consulta: 9 de abril de 2009].

¹⁸ <http://www.labioleporino.info/> [Consulta: 15 de julio de 2008].

- Ronquido faríngeo: los fonemas fricativos (s, f, z, j) son sustituidos por un ruido realizado por la base de la lengua que contacta hacia atrás con la pared faríngea.
- Soplo nasal: escape de aire x la nariz afectando a todos los fonemas orales.

3.6.7. AUSENCIA DE PIEZAS DENTARIAS

Es la falta de dientes, especialmente de los incisivos superiores, ya sea por alguna malformación o como proceso evolutivo normal en los niños.

3.6.7.1. CONSECUENCIAS

La falta de una pieza dental trae consecuencias funcionales, causan una desorganización de la conformación de las arcadas dentarias, se pierde la eficacia masticatoria y si es un diente anterior se altera la fonación y la estética. El fonema con mayor afección es la r, ya que para pronunciarlo correctamente es necesario apoyarse en los dientes incisivos superiores.

3.7. TRATAMIENTO DE LA DISLALIA

La intervención en los [trastornos fonéticos](#) tendrá como objetivo que el niño aprenda a articular los sonidos correctamente. En general se darán los siguientes pasos en la intervención:

1º Estimular la capacidad del niño para producir sonidos, reproduciendo movimientos y posturas, experimentando con las vocales y las consonantes. Se le enseñará a comparar y diferenciar los sonidos.

2º Estimulación de la coordinación de los movimientos necesarios para la pronunciación de sonidos: ejercicios labiales y linguales.

3º Se realizan ejercicios donde el niño debe producir el sonido dentro de sílabas hasta que se automatice el patrón muscular necesario para la articulación del sonido.

4º Llegados a este punto el niño ya está preparado para comenzar con las palabras completas, a través de juegos se facilitará la producción y articulación de los sonidos difíciles dentro de las palabras.

5º Una vez que el niño es capaz de pronunciar los sonidos difíciles en cualquier posición de una palabra, se tratará que lo realice fuera de las sesiones, es decir, en su lenguaje espontáneo y no solo en las sesiones terapéuticas.

A lo largo de toda la intervención se ejercitará de forma paralela la musculatura que está interviniendo en la producción de los sonidos. Toda la terapia se va a centrar en **juegos** que faciliten la adquisición de las habilidades necesarias con la **participación e implicación del niño**, logrando así, que sea el propio niño quien descubra por sí mismo los procesos.¹⁹

Es conveniente que los padres participen y colaboren en todo el proceso terapéutico siguiendo las instrucciones del terapeuta y realizando las actividades en su domicilio que considere necesarias.

¹⁹ Nieto, op.cit, pág. 456.

4. METODOLOGÍA

4.1 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.1.1 Métodos

Los métodos de investigación utilizados para el desarrollo del presente trabajo de tesis fueron:

Método descriptivo y científico a la vez, porque fue utilizado desde el principio al fin, con el objeto de dar una explicación clara acerca del problema a través del marco teórico conceptual, con la selección de información bibliográfica sobre los factores psicológicos y somáticos que inciden en el origen de problemas fonéticos, y la dislalia.

Método hermenéutico: Permitió recopilar y analizar las referencias bibliográficas, las cuales ayudaron a verificar los datos de la realidad investigada y así dar lugar a la interpretación de los resultados.

Método analítico sintético: Ayudó en la ejecución del proyecto de tesis, al estudio de los planteamientos del marco teórico en relación a las categorías que se estudian, permitió además interpretar, seleccionar, formular conclusiones y el planteamiento de alternativas de solución de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación propuesta.

4.1.2 Técnicas e instrumentos

Entre las técnicas empleadas en la ejecución de la investigación propuesta citamos las siguientes:

La encuesta: Fue dirigida a los padres de familia y maestras de los niños y niñas de primer año de educación básica de la escuela “José Ingenieros N° 2” cuya aplicación permitió obtener información sobre las variables referentes a los factores psicológicos y somáticos en la dislalia.

Para su aplicación fue necesario construir el cuestionario con preguntas cerradas sobre las variables e indicadores en estudio. Se entregó y explicó de forma individual para un buen desarrollo de la misma, en el día y hora acordados.

Técnica de observación: Su construcción se la realizó previamente, tomando como referencia las categorías a investigar, con la finalidad de obtener datos reales del estado actual del lenguaje oral de los niños, se aplicó a la población infantil de 5 a 6 años de edad, a través de una ficha con el fin de obtener información directa y fidedigna de las características y condiciones actuales del lenguaje oral de los niños.

Test de Melgar: El test de Melgar sirvió para medir las articulaciones en los niños y niñas y sus principales errores de articulación a través de pruebas de identificación de láminas concretas, dicho test consta de 57 ítems de eficiencia comprobada, que permitieron discriminar entre la buena y la mala articulación de los niños. Estos ítems de selección se representaron con 57 dibujos, la cual tiene 18 sonidos consonantes, 12 mezclas de consonantes y 6 diptongos. La prueba de articulación incluyó información indispensable y una hoja para anotar los resultados, en la cual las tesisas registraron información pertinente de cada niño. Al test de Melgar se lo ejecutó en un tiempo aproximado de 20 minutos.

4.2 PROCEDIMIENTOS PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

La ejecución de la investigación propuesta implicó la planificación y desarrollo de las siguientes actividades.

Tabulación.- Luego de recabada la información a través de los instrumentos de investigación aplicados, se procedió a la tabulación de los datos para evidenciar la frecuencia y porcentaje de los ítems investigados en la institución donde se realizó la investigación. Para las preguntas cerradas, se hizo uso de la estadística descriptiva, que aportó en la cuantificación de la información y a su representación en tablas y gráficos estadísticos.

Cuando se procesó las respuestas cualitativas que dieron los investigados, se hizo necesario acudir a la tabulación por criterio, lo que permitió la identificación de ideas patrones, para concentrar los datos alrededor de las mismas; cuando se encontraron ideas diferentes se las asumió como nuevo patrón de organización, procediéndose de ésta manera hasta que se agotaron las respuestas dadas a cada indicador indagado.

Representación gráfica de los datos.- La representación de los datos obtenidos, se hizo con ayuda del programa informático Microsoft Excel, para cada pregunta planteada se elaboró la respectiva tabla de frecuencias con los porcentajes y el gráfico correspondiente. En algunos casos fue necesario elaborar y presentar gráficos y tablas de datos en resumen.

Análisis e interpretación de datos.- Se tomó cada uno de los datos de las tablas y gráficos y se procedió a la explicación de su significado en la realidad investigada. Cumplida esta actividad fue necesario acudir a los principales planteamientos del marco teórico, respecto del indicador investigado, este proceso conllevó a la contrastación de los datos de la realidad.

Verificación de hipótesis.- Dado el carácter no experimental de la investigación, se procedió a hacer uso de la vía empírica para la comprobación de hipótesis lo que implicó retomar los porcentajes más elevados de cada indicador y contrastarlos con el marco teórico, para finalmente plantear la decisión que las investigadoras asumían respecto del supuesto hipotético que se formuló al inicio del trabajo como respuesta al problema.

Formulación de conclusiones.- El paso siguiente consistió en la formulación de las conclusiones que derivaron de la actividad investigativa. En su construcción se tomó en consideración los objetivos y los datos que se encontró respecto a cada uno de los indicadores implicados en ellos.

Construcción de lineamientos alternativos.- La propuesta se construyó como una solución al problema encontrado, partiendo de las conclusiones que resultaron de la investigación, tomando en cuenta tanto los planteamientos del marco teórico, como las experiencias y las sugerencias de las personas involucradas en la presente investigación.

Elaboración del informe final de investigación.- El paso final de la investigación fue la integración de los diferentes componentes del tema de

estudio, de acuerdo a las normas reglamentarias que mantiene la Universidad Nacional de Loja, para la presentación de informes de tesis de grado.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de investigación estuvo conformado por todos los alumnos y las alumnas, sus representantes (padre, madre) y las maestras del primer año de educación básica de la escuela "José Ingenieros N° 2", ubicada en la parroquia El Valle, ciudad y provincia de Loja.

La muestra fue de 63 personas, de las cuales, 30 son niños, 30 padres de familia y 3 docentes.

MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN
ESCUELA "JOSÉ INGENIEROS N° 2"
2009-2010

SECTOR INVESTIGADO	H	M	TOTAL
Docentes	-	3	3
Niños de primer año de educación básica	17	13	30
Padres de familia	11	19	30
TOTAL			63

Fuente: Libro de matrículas de la Escuela " José Ingenieros N° 2"

Elaboración: Equipo de investigación.

5. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. RESULTADOS DE LA HIPÓTESIS UNO.

5.1.1. Enunciado

La dislalia que se da con mayor frecuencia en los niños y niñas del primer año de educación básica, de la escuela “José Ingenieros N°2” de la ciudad de Loja, es generada por factores psicológicos.

5.1.2. Indicadores investigados respecto a la hipótesis número uno

1. Tipo de dislalia que presentan los niños de primer año de educación básica

Existen diversos tipos de dislalia, las cuales reciben una denominación según el grado de afección en el lenguaje oral y el causal de su origen. La dislalia funcional ocasiona una pronunciación incorrecta sin presentar alguna lesión de tipo somático, la dislalia audiógena es producida por una lesión auditiva, la dislalia orgánica es producto de distorsiones lingüísticas causadas por una alteración de tipo somático y la dislalia evolutiva provoca dificultades de pronunciación pero es considerada como parte del desarrollo normal de un niño²⁰.

Con el propósito de indagar el criterio de los docentes y padres de familia de los niños y niñas del primer año de educación básica de la institución investigada, se consultó sobre los tipos de dislalia que

²⁰ http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?Id_articulo=39[Consulta:15 de abril de 2007].

presentan dicha población. Los resultados obtenidos se presentan a continuación (Cuadro 1).

CUADRO N° 1

TIPOS DE DISLALIA QUE PRESENTAN SUS ALUMNOS

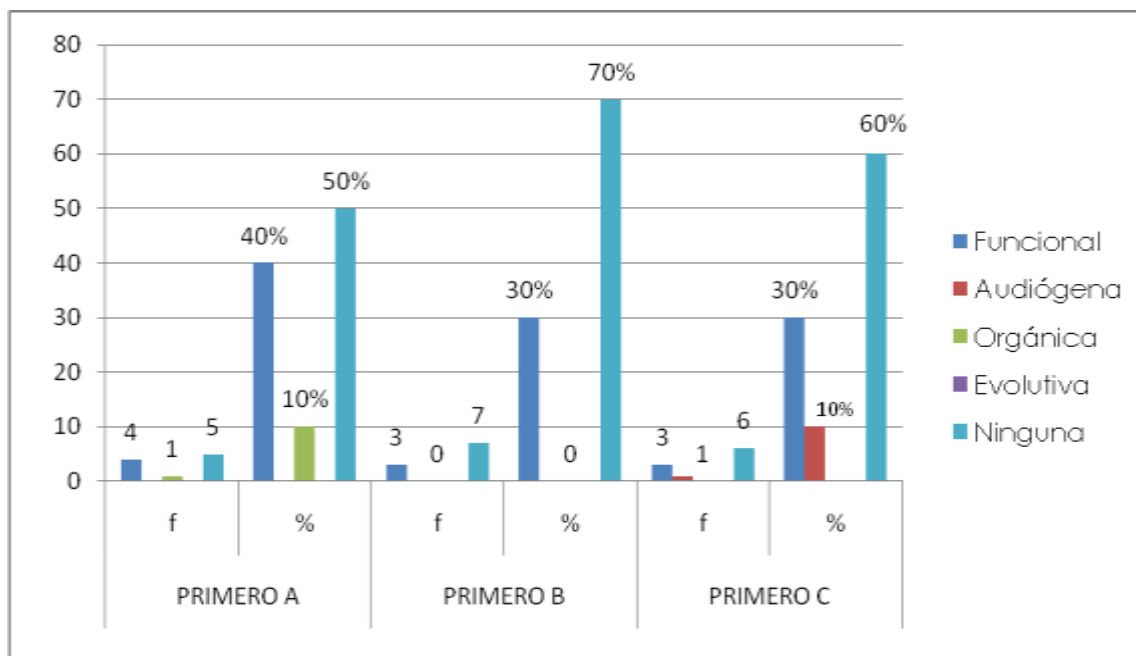
TIPOS DE DISLALIA	DOCENTES DEL PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA					
	PRIMERO A		PRIMERO B		PRIMERO C	
	f	%	F	%	f	%
Funcional	4	40	3	30	3	30
Audiógena	0	0	0	0	1	10
Orgánica	1	10	0	0	0	0
Evolutiva	0	0	0	0	0	0
Ninguna	5	50	7	70	6	60
Total	10	100	10	100	10	100

Fuente: Encuesta a docentes del primer año de educación básica de la escuela "José ingenieros N° 2."

Elaboración: Equipo de investigación

GRÁFICO N° 1

TIPOS DE DISLALIA QUE PRESENTAN SUS ALUMNOS



Fuente: Encuesta a docentes del primer año de educación básica de la escuela "José ingenieros N° 2."

Elaboración: Equipo de investigación.

Análisis:

Mediante la encuesta aplicada a las maestras de los niños que asisten a la escuela "José Ingenieros N° 2", y tras haber dado a conocer y explicar qué es la dislalia y los tipos de dislalia, se obtuvo los siguientes resultados luego de reagrupar la información concerniente a los tres paralelos estudiados y de esta manera adquirir una información global; 10 niños que representan el 34% presentan dislalia funcional puesto que en repetidas ocasiones los niños muestran dificultad articulatoria tanto en fonemas, sílabas o en palabras.

1 niño lo cual corresponde al 3 % padece de dislalia audiógena, aquí se pudo constatar que la percepción auditiva del niño no es buena y es difícil percibir los sonidos produciendo problemas de articulación, léxico, y estructuración.

El 3% más de la muestra que pertenece a 1 niño presenta dislalia orgánica, originada por la presencia de labio leporino.

Así mismo 18 niños lo cual figura el 60% no manifiestan ninguna alteración de tipo lingüístico. Es decir el desarrollo de su lenguaje oral ha ido evolucionando de una manera normal, su habla es inteligible y se pueden comunicar perfectamente con sus coetáneos.

Finalmente ningún niño presenta dislalia de tipo evolutivo es decir el tipo de dislalia que tiene lugar en la fase de desarrollo del lenguaje infantil.

Para corroborar con los datos obtenidos en la encuesta a las maestras de los niños y niñas de primer año de educación básica de la escuela “José Ingenieros N°2 “se consultó también a los padres de familia sobre los tipos de dislalia que presentan sus hijos (Cuadro 2).

CUADRO N° 2

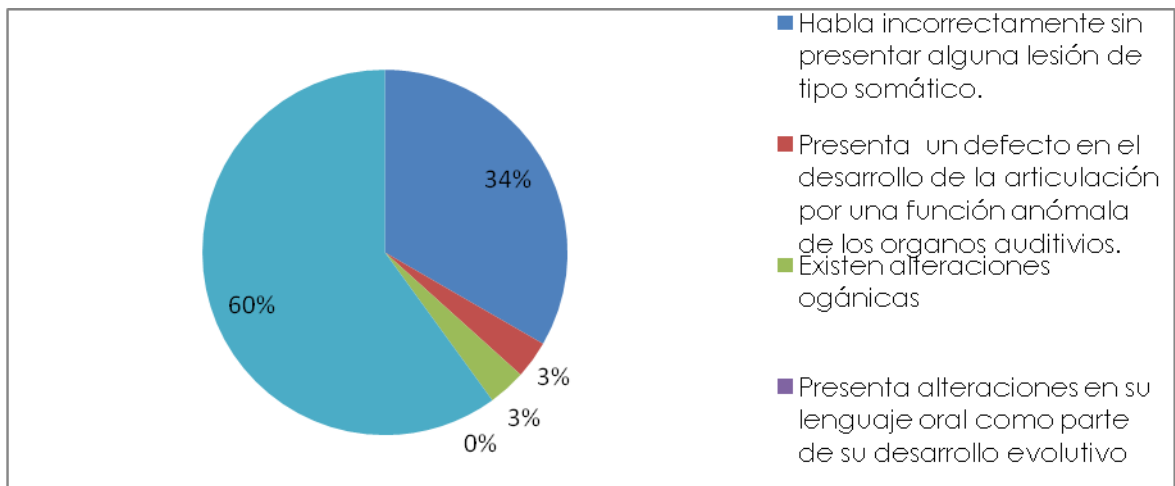
TIPO DE DISLALIA QUE PRESENTAN SUS HIJOS	f	%
Habla incorrectamente sin presentar alguna lesión de tipo somático.	10	34
Presenta un defecto en el desarrollo de la articulación por una función anómala de los órganos auditivos.	1	3
Existen alteraciones orgánicas	1	3
Presenta alteraciones en su lenguaje oral como parte de su desarrollo evolutivo	0	0
Ninguna	18	60
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de Familia de primer año de la escuela José Ingenieros N° 2.

Elaboración: Equipo de investigación.

GRÁFICO N° 2

TIPO DE DISLALIA QUE PRESENTAN SUS HIJOS



Fuente: Encuesta aplicada a los padres de Familia de Primer Año de la Escuela José Ingenieros N° 2.

Elaboración: Equipo de investigación.

Análisis:

Mediante la encuesta aplicada a los padres de familia se logró obtener la siguiente información:

10 niños que representan el 34% hablan incorrectamente sin presentar alguna lesión de tipo somático, aquí los padres manifestaron que el lenguaje de sus niños se vio afectado tras el nacimiento de algún hermano, y/o la sobreprotección que ellos propician a sus hijos, ya sea por temor a perder a sus niños o para evitar rabietas, siendo éstas algunas de las causas de la dislalia funcional.

1 niño, es decir el 3% de la muestra presenta debilidad auditiva, y al no discriminar correctamente los sonidos, tiende a confundir los fonemas pronunciándolos incorrectamente.

Un 3% más de la muestra lo que significa 1 niño, presenta malformaciones de los órganos periféricos del habla, éste presenta labio leporino.

Ninguno de los niños presentan dislalia evolutiva, debido a que este tipo de dislalia es una fase normal en la cual el niño distorsiona o no articula ciertos fonemas.

Finalmente 18 niños que constituyen el 60% no presentan ninguna alteración en su expresión oral, su lenguaje ha evolucionado dentro de los parámetros normales considerados de acuerdo a la edad y su comunicación oral es aceptable y se entiende fácilmente.

2. Origen de la dislalia

La dislalia se origina por dos causas fundamentales: los factores psicológicos que son aquellos agentes de tipo emocional o afectivo que producen alteraciones en el lenguaje oral de los niños y afectan el desarrollo intra e interpersonal de un individuo, produciendo alteraciones en la comunicación y relación con el medio. Y los factores somáticos que son agentes de origen orgánico, a nivel faringo- bucal y de la audición periférica que alteran el desarrollo y evolución del lenguaje oral en los niños.²¹

Bajo esta premisa, se consideró importante encuestar a los docentes y padres de familia del primer año de educación básica de la institución investigada, sobre los factores causantes de la dislalia en los niños y niñas. (Cuadro 3).

CUADRO N° 3

ORIGEN DE LA DISLALIA QUE PRESENTAN SUS ALUMNOS

ORIGEN DE LA DISLALIA	PRIMERO A		PRIMERO B		PRIMERO C	
	F	%	f	%	f	%
Factores Psicológicos	4	40	3	30	3	30
Factores Somáticos	1	50	0	0	1	10
Ninguno	5	10	7	70	6	60
Total	10	100	10	100	10	100

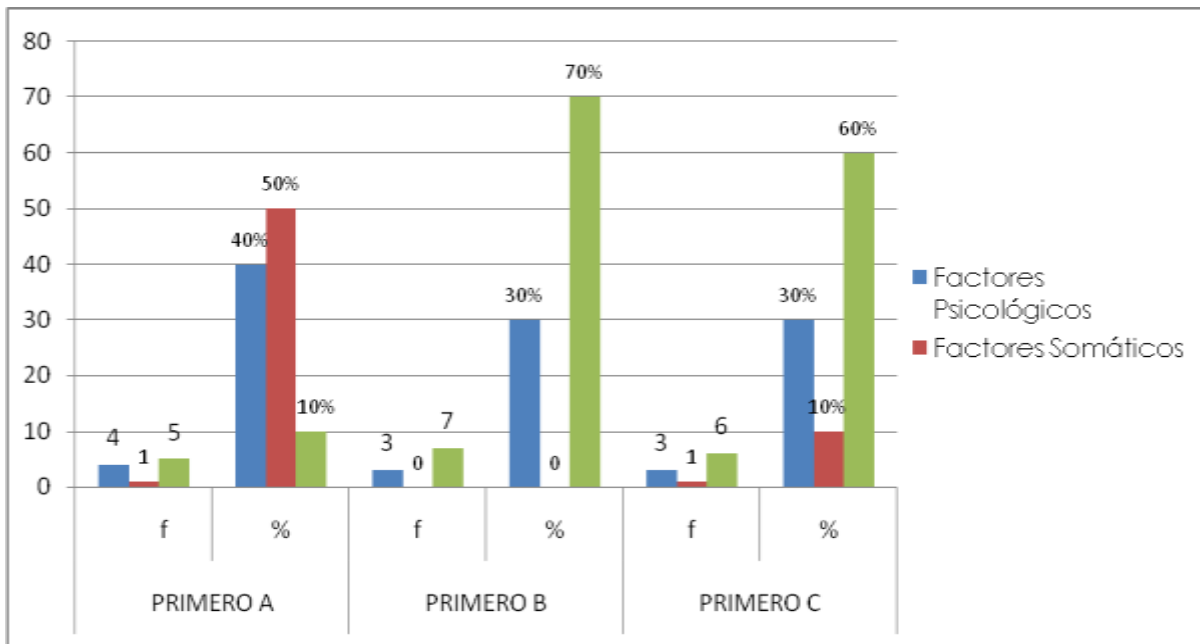
Fuente: Encuesta aplicada a las docentes de primer año de básica de la Escuela José Ingenieros N° 2.

Elaboración: Equipo de investigación.

²¹ González, Jorge Nicolás. Alteraciones del Habla en la Infancia. Editorial Médica Panamericana. 2da Ed. Pág.78.

GRÁFICO Nº 3

ORIGEN DE LA DISLALIA QUE PRESENTAN SUS ALUMNOS



Fuente: Encuesta aplicada a las docentes de primer año de básica de la Escuela José Ingenieros Nº 2.

Elaboración: Equipo de investigación.

Análisis:

En base a las opiniones vertidas por las maestras del primer año de educación básica de la escuela "José Ingenieros Nº 2" y después de organizar la información difundida por ellas se obtuvo que 10 niños lo que equivale al 34% presentan dislalia originada por factores psicológicos, en donde las irregularidades familiares como los celos infantiles, la sobreprotección, el maltrato infantil, el lenguaje infantilizado, etc. frenan el desarrollo psicoafectivo del niño, apareciendo de este modo alteraciones en la articulación de los fonemas, en las sílabas o en la palabras.

2 niños que representan el 6% manifiestan dislalia originada por factores somáticos, en donde hay una alteración orgánica y que puede referirse a

alteraciones del sistema nervioso central que afecten a los centros del lenguaje o a alteraciones que afecten a los órganos del habla por anomalías anatómicas, en este caso se registro un niño con deficiencia auditiva y otro con labio leporino.

El 60% faltante es decir 18 niños no presentan ningún tipo de dislalia, su lenguaje oral ha tenido un desarrollo y evolución normal.

Para corroborar la información dada por las maestras del primer año de educación básica de la escuela "José Ingenieros N°2" fue necesario encuestar también a los padres de familia de la institución. (Cuadro 4).

CUADRO N° 4

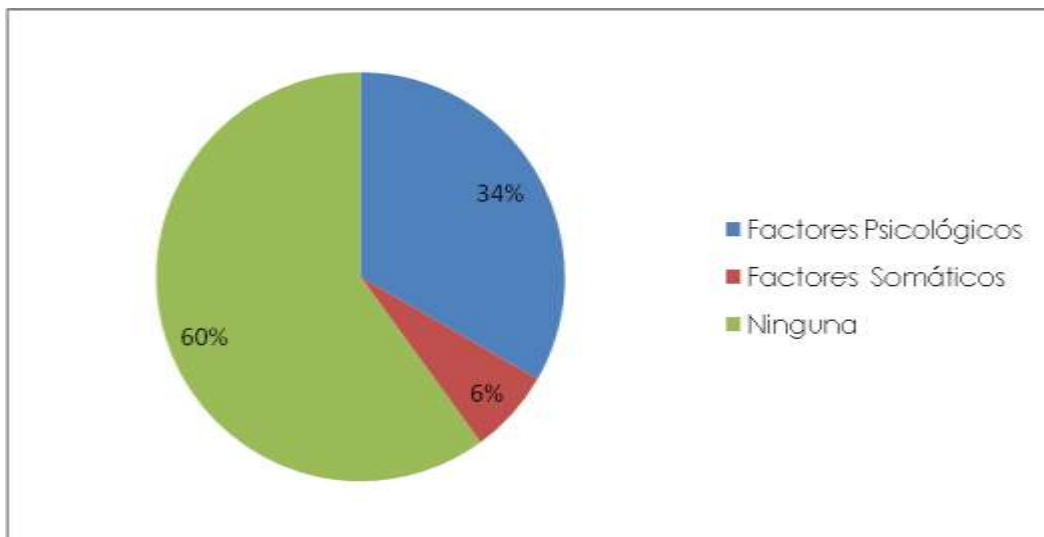
ORIGEN DE LA DISLALIA EN SUS HIJOS	f	%
Factores Psicológicos	10	34
Factores Somáticos	2	6
Ninguna	18	60
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de primer año de la Escuela José Ingenieros N° 2.

Elaboración: Equipo de investigación

GRÁFICO N° 4

ORIGEN DE LA DISLALIA EN SUS HIJOS



Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de primer año de la Escuela José Ingenieros N° 2.

Elaboración: Equipo de investigación

Análisis:

De la opinión facilitada por parte de los padres de familia sobre los factores que causan dislalias se determinó que 10 niños lo que equivale al 34% presentan dislalia originada por factores psicológicos, dentro de los cuales la sobreprotección, el maltrato infantil, los celos infantiles y el lenguaje infantilizado tensionan emocionalmente al niño produciendo una regresión múltiple representada por la presencia de dislalias.

Aquí fue necesario hacerles comprender a los padres de familia que cualquier trastorno de tipo afectivo incide sobre el lenguaje de los niños, haciendo que quede fijado en etapas anteriores, impidiendo una normal evolución en su desarrollo.

2 niños que representan el 6% manifiestan dislalia originada por factores somáticos, es decir aquellos agentes que tienen un origen orgánico y biológico y que generalmente requieren intervención quirúrgica para su tratamiento, como en el caso del labio leporino.

18 de los niños, el 60% no presentan ningún tipo de dislalia, su lenguaje lingüístico ha tenido un desarrollo y evolución normal y pueden comunicarse de manera normal dentro de su círculo educativo, social y familiar.

3. Factores psicológicos y somáticas causantes de la dislalia.

Los factores psicológicos causantes de la dislalia son aquellos que tienen un origen afectivo y generalmente se ocasionan en el círculo familiar o social. Factores como inadecuación familiar, sobreprotección, maltrato infantil, lenguaje infantilizado de los padres, problema de celos ante la venida de un hermano pequeño, perturban la normal evolución del lenguaje.

Los factores somáticos ocasionales de la dislalia son aquellos que están motivados por alteraciones orgánicas e impiden la evolución normal del lenguaje oral y pueden ser: labio leporino, frenillo labial, frenillo lingual, hipoacusia, macroglosia, etc.²²

En el cuadro que se presenta a continuación se detalla los resultados obtenidos de la información extraída de la ficha de observación aplicada

²² González, Jorge Nicolás. Alteraciones Orgánicas que producen dislalia. Editorial Médica Panamericana. 2da Ed. Pág. 80

a los niños y niñas de primer año de básica de la escuela “José Ingenieros N° 2” (Cuadro 5).

CUADRO N° 5

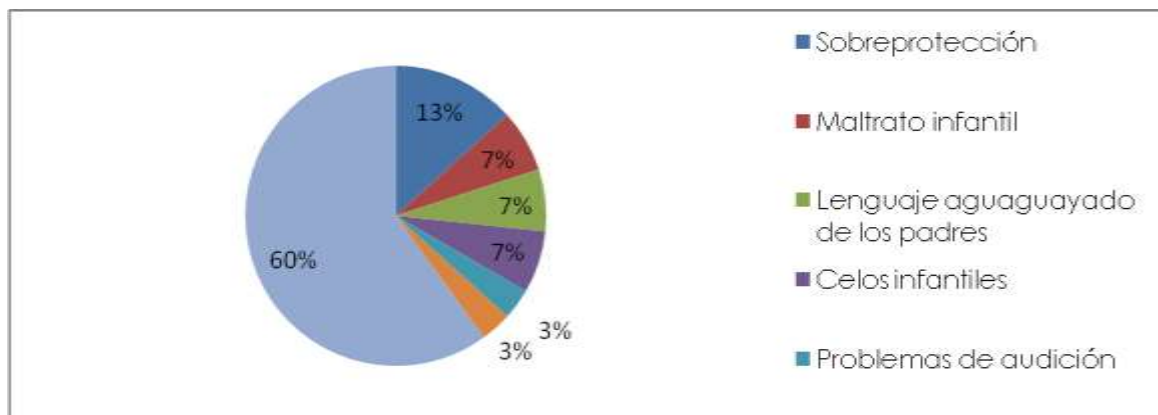
FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOMÁTICOS CAUSANTES DE DISLALIA EN LOS ALUMNOS	f	%
Sobreprotección	4	13
Maltrato infantil (físico)	2	7
Lenguaje infantilizado de los padres	2	7
Celos infantiles	2	7
Problemas de audición (hipoacusia)	1	3
Labio leporino	1	3
Ninguna	18	60
Total	30	100

Fuente: Ficha de observación aplicada a los niños de primer año de la escuela José Ingenieros N°2.

Elaboración: Equipo de investigación.

GRÁFICO N° 5

FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOMÁTICOS CAUSANTES DE DISLALIA EN LOS ALUMNOS



Fuente: Ficha de observación aplicada a los niños de primer año de la escuela José Ingenieros N°2.

Elaboración: Equipo de investigación.

Análisis:

4 de los niños que equivalen al 13 % presentan dislalia funcional, originada por la sobreprotección, es decir un exceso de cuidado y / o protección de los hijos por parte de los padres y que va más allá de lo razonable²³, son los padres y quienes estén al cuidado de los niños los responsables de estimular el desarrollo del lenguaje para que se esfuercen a hablar y pidan las cosas por su nombre; jamás hay que complacerlo cuando lo haga con mímica o llanto, “no hay que tratar de adivinar sus pensamientos o deseos”.

2 niños que equivalen al 7 % presentan dislalia funcional, originada por maltrato infantil, es decir la agresión física, psicológica o sexual que un adulto intencionalmente causa a un menor, en estos niños se pudo evidenciar señales de violencia física como laceraciones en su cuerpo.

2 niños que equivalen al 7 % presentan dislalia funcional, originada por el uso de lenguaje infantilizado por parte de los padres, al hablar con sus hijos usan diminutivos y palabras mal pronunciadas que confunden a los niños.

2 niños más que equivale al 7 % presentan dislalia funcional, causada por celos infantiles, es decir, sentimientos de envidia y resentimiento hacía otra persona, aquí se pudo comprobar que existen ciertas preferencias por parte de los padres a los hijos, ya sea por la edad o por poseer ciertos rasgos físicos parecidos al del progenitor.

²³ Ortega Germania. Psicología del Infante, Editorial Española. 3ra Ed. Pág. 57

1 niño que equivale al 3 % presenta dislalia audiógena, motivada ésta por hipoacusia, es decir cuando está disminuida la capacidad auditiva, aquí el niño tiene dificultad para reconocer y reproducir sonidos.

Y el 60% de los niños que equivale a 18 infantes no presentan ninguna alteración lingüística producida por factores somáticos o psicológicos, su lenguaje oral ha ido desarrollándose y evolucionando normalmente originando destrezas para comunicarse con quienes rodean al niño.

5.1.3 DECISIÓN DE LA HIPÓTESIS UNO:

Tomando como referencia los datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a maestros y padres de familia de los niños que asisten al primer año de educación básica, de la escuela “José Ingenieros N°2” de la ciudad de Loja y la ficha de observación, se **ACEPTA** la hipótesis número uno y se **AFIRMA** que la dislalia que presentan estos niños en su mayoría es de tipo **FUNCIONAL**, originada por **FACTORES PSICOLÓGICOS**, los mismos que retrasan y perturban la normal evolución del lenguaje.

5.2. RESULTADOS DE LA HIPÓTESIS DOS.

5.2.1. Enunciado

La distorsión, omisión, adición y sustitución son los principales errores de articulación que presentan los niños y niñas con dislalia del primer año de educación básica, de la escuela “José Ingenieros N°2” de la ciudad de Loja.

5.2.2. Indicadores investigados respecto a la hipótesis número dos

1. Errores de articulación presentes en la dislalia

Los principales errores de articulación presentes en la dislalia son: la distorsión, la cual es una alteración debida a una posición imperfecta de los órganos de articulación al momento de hablar, la omisión que se caracteriza porque el niño excluye algunos fonemas al comunicarse verbalmente, la adición es un problema lingüístico en donde el infante añade fonemas o vocales a una palabra y la sustitución que se pone de manifiesto cuando el niño cambia un fonema por otro.²⁴

Para extraer información se aplicó el Test de Melgar a los niños y niñas del primer año de educación básica (Cuadro 6).

CUADRO N° 6

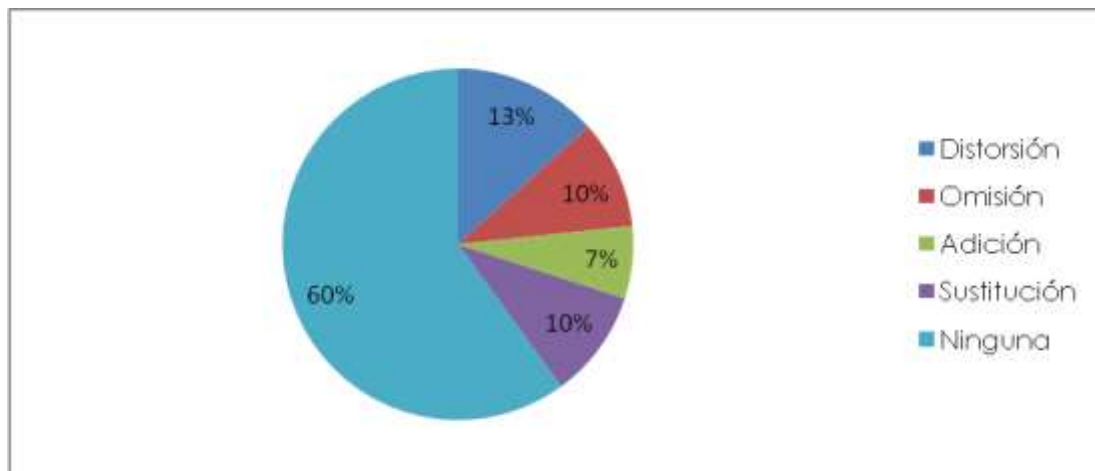
ERRORES DE ARTICULACIÓN PRESENTES EN LA DISLALIA	f	%
Distorsión	4	13
Omisión	3	10
Adición	2	7
Sustitución	3	10
Ninguna	18	60
Total	30	100

Fuente: Test de Melgar aplicado a los niños de primero de básica de la "Escuela José Ingenieros N°2"
Elaboración: Equipo de investigación.

²⁴ http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?id_articulo=39[Consulta:15 de abril de 2007].

GRÁFICO N° 6

ERRORES DE ARTICULACIÓN PRESENTES EN LA DISLALIA



Fuente: Test de Melgar aplicado a los niños de primero de básica de la escuela "José Ingenieros N°2"

Elaboración: Equipo de investigación.

Análisis:

A través del Test de Melgar se obtuvieron los siguientes datos: 4 niños que representan el 13% presentan como error de articulación la distorsión, en esta alteración el sonido se da de forma incorrecta o deformada, pero tampoco es sustituido por otro fonema concreto, sino que su articulación se hace de forma aproximada a la correcta, pero sin llegar a serlo.

3 niños que constituyen el 10% manifiesta problemas de omisión, esta es otra forma que el niño tiene para salvar su dificultad articulatoria, omitiendo el fonema que no puede pronunciar, sin ser sustituido por ningún otro, pudiéndose dar la omisión en cualquier lugar de la palabra.

2 niños más que corresponde al 7% denotan problemas de adición, en ocasiones entre un sonido que le resulta difícil de articular, el niño intercala

junto a él otro fonema que no corresponde a la palabra y sin conseguir con ello salvar la dificultad.

El 10% de los niños, 3 en total presentan errores de sustitución y es aquí cuando el niño reemplaza un sonido por otro y es incapaz de pronunciar una articulación concreta y en su lugar emite otro que le resulta más fácil y asequible.

Y finalmente 18 niños que figuran el 60% no presentan ningún tipo de error de articulación.

Para tener un certero conocimiento de los errores de articulación que se dan en los diferentes tipos de dislalias en los niños de primer año de básica aplicamos el Test de Melgar (Cuadro 7).

CUADRO N° 7

ERRORES DE ARTICULACIÓN PRESENTES EN LOS TIPOS DE DISLALIAS

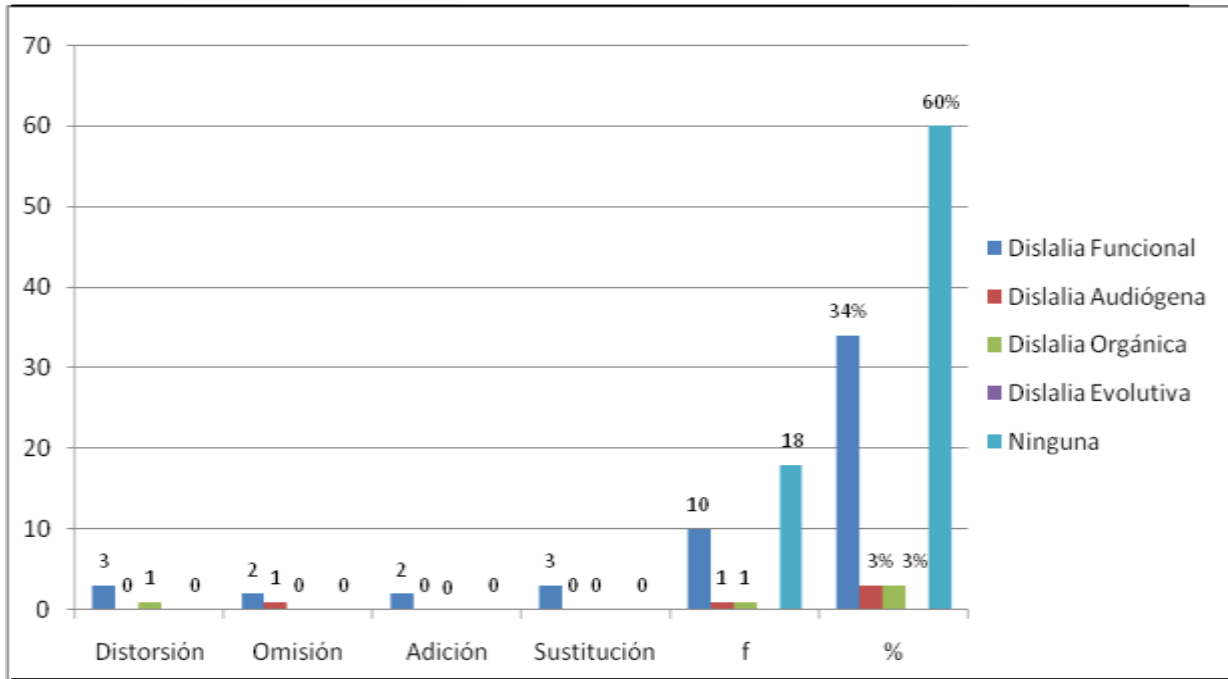
TIPOS	Distorsión	Omisión	Adición	Sustitución	f	%
Dislalia Funcional	3	2	2	3	10	34
Dislalia Audiógena	0	1	0	0	1	3
Dislalia Orgánica	1	0	0	0	1	3
Dislalia Evolutiva	0	0	0	0	0	0
Ninguna	0	0	0	0	18	60
Total	4	3	2	3	30	100

Fuente: Test de Melgar aplicado a los niños de primero de básica de la escuela "José Ingenieros N° 2"

Elaboración: Equipo de investigación

GRÁFICO N° 7

ERRORES DE ARTICULACIÓN PRESENTES EN LOS TIPOS DE DISLALIAS



Fuente: Test de Melgar aplicado a los niños de primer año de básica de la escuela "José Ingenieros N° 2"

Elaboración: Equipo de investigación

Análisis:

De **10** niños que equivalen al **34%** de la muestra y al presentar dislalia funcional, se obtuvo que 3 de ellos poseen como error de articulación la distorsión en donde los niños emiten sonidos de forma incorrecta o deformada como en el caso de los fonemas /r/, /s/, /rr/, /l/, /y/.

2 niños omiten fonemas consonánticos como /d/, /l/, /r/, /rr/, /n/, /ñ/ y al no saber pronunciarlos prescinden la sílaba completa que contiene dicha consonante, por eso muchas veces su lenguaje resulta incomprensible.

2 infantes adicionan vocales al inicio de una palabra o aumenta una vocal en la mitad de una palabra tales como /a/.

Y 3 niños más cambian un fonema por otros semejantes, siendo la sustitución al principio, en el medio o al final de la palabra, las consonantes remplazadas son /r/, /g/, /l/.

De la muestra el **3%** más que equivale a un niño y al padecer éste de dislalia audiógena presenta como error de articulación la omisión, en donde las consonantes más afectadas para este tipo de dislalia son /f/, /s/, /j/ y las vocales como /e/, /i/.

Un niño más representado por el **3%** y al poseer labio leporino provoca errores de articulación al distorsionar los fonemas /b/, /p/, /l/ y las vocales /u/, /o/, /a/.

Y 18 niños equivalentes al **60%** no manifiestan ningún error de articulación, su lenguaje se ha desarrollado dentro de los parámetros normales para su edad.

Se logró determinar también mediante el Test de Melgar los fonemas y vocales que con mayor frecuencia están alterados en los niños de primer año de educación básica de la escuela "José Ingenieros N° 2 "(Cuadro 8).

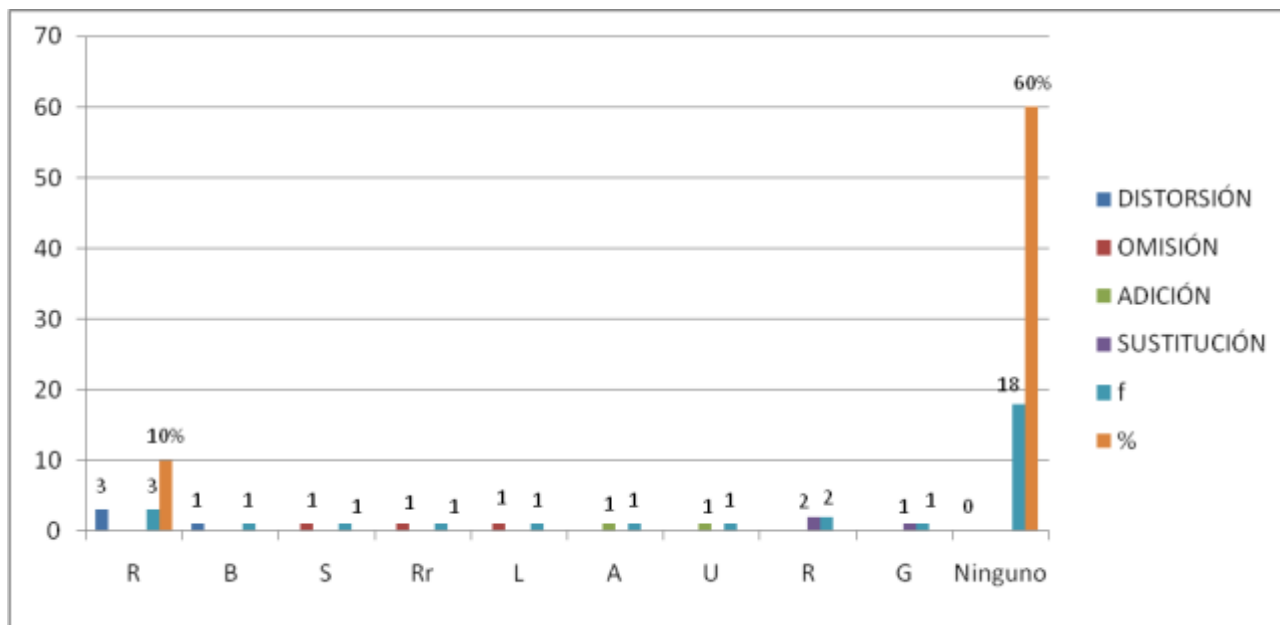
CUADRO N° 8

FONEMAS Y VOCALES ALTERADOS	DISTORSIÓN	OMISIÓN	ADICIÓN	SUSTITUCIÓN	f	%
R	3	0	0	0	3	10
B	1	0	0	0	1	3.33
S	0	1	0	0	1	3.33
Rr	0	1	0	0	1	3.33
L	0	1	0	0	1	3.33
A	0	0	1	0	1	3.33
U	0	0	1	0	1	3.33
R	0	0	0	2	2	6.69
G	0	0	0	1	1	3.33
Ninguno	0	0	0	0	18	60
Total	4	3	2	3	30	100

Fuente: Test de Melgar aplicado a los niños de primer año de básica de la escuela "José Ingenieros N° 2"
Elaboración: Equipo de investigación

GRÁFICO N° 8

FONEMAS Y VOCALES ALTERADOS



Fuente: Test de Melgar aplicado a los niños de primer año de básica de la escuela "José Ingenieros N° 2"
Elaboración: Equipo de investigación

Análisis:

A través del test de Melgar se logró determinar que 4 niños presentan como error de articulación a la **distorsión**.

De los cuales **3** de ellos (10%) presentan rotacismo gutural, es decir la incapacidad de pronunciar correctamente el fonema /r/.

El rotacismo se debe a la mala colocación de la lengua que junto al aire que se sopla impide originar el sonido adecuado y para pronunciar correctamente el sonido /r/ se debe colocar la lengua sobre la parte superior y por dentro de los dientes de arriba.²⁵

Y **1** niño más, es decir el 3.33%, distorsiona el fonema /b/ debido a la hendidura o separación que existe en el labio superior, producto del labio leporino que padece el niño y para producir este fonema es necesario acercar o cerrar los labios.

Existen 3 niños que manifiestan dentro de los errores de articulación las **omisiones** para los fonemas /s/, /rr/, /l/.

De ellos **1** niño y que representa el 3.33% suprime la "s", por ejemplo "emana en vez de semana".

Otro niño es decir el 3.33% más de la muestra elimina la "rr", por ejemplo "caeta en lugar de carreta".

Y el 3.33% faltante, es decir **1** niño más de la muestra omite el fonema "l", por ejemplo "peota por pelota".

²⁵ Valles Arandíngua Antonio, Fichas de recuperación de dislalias, Editorial CEPE, 1er Ed. Pág. 170

Hay 2 niños que muestran **adición** como error de articulación.

De los cuales, **el primero** es decir el 3.33% adhiere la vocal “a” al inicio de una palabra por ejemplo “aratón en vez de ratón”.

Y **el otro** niño representando igualmente el 3.33% aumenta la vocal “u” en la mitad de una palabra como por ejemplo “pautin en lugar de patín”.

Y finalmente 3 niños más presentan **sustituciones** como error de articulación para los fonemas /r/ y /g/.

Dos de estos niños, es decir el 6.69% sustituyen, **el uno** la “r por la d”, por ejemplo “dana en lugar de rana”.

Y el **otro niño** suplanta la “r por la l” por ejemplo “cala en vez de cara”.

Y el 3.33% más de la muestra lo que equivale a **1** niño sustituye el fonema “g por la b” por ejemplo “bato en lugar de gato”.

Así mismo se logró verificar mediante la aplicación del Test de Melgar a los niños de primer año de educación básica de la escuela “José Ingenieros N°2” de la ciudad de Loja que el resto de los niños de toda la muestra y que corresponden a 18 y que llegan a representar el 60% más de la muestra estudiada no presentan ningún fonema o vocal alterado.

5.2.3 DECISIÓN DE LA HIPÓTESIS DOS:

Tomando como base los datos obtenidos del Test de Melgar y la ficha de observación, se **ACEPTA** la hipótesis **DOS** y se **AFIRMA QUE LOS ERRORES DE ARTICULACIÓN** que presentan los niños de primer año de educación básica, de la escuela “José Ingenieros N°2” de la ciudad de Loja son **LA**

DISTORSIÓN, LA OMISIÓN, LA ADICIÓN Y LA SUSTITUCIÓN. Siendo el más **FRECUENTE** la **DISTORSIÓN**, en donde el sonido se da de forma incorrecta debido a una imperfecta posición de los órganos de articulación.

CONCLUSIONES

Luego de realizado el proceso de investigación, se procede a la formulación de las conclusiones finales del trabajo realizado, las cuales se constituyen en puntos de partida para futuras investigaciones en relación con los factores psicológicos y somáticos que desencadenan la dislalia en los niños de primer año de básica.

Las conclusiones a las que se llega en función de los objetivos propuestos, son las siguientes.

- ❖ Las dislalias se presentan por diferentes causas y de acuerdo a su origen los niños de primer año de educación básica de la escuela “José Ingenieros N° 2” de la ciudad de Loja, presentan dislalia orgánica, dislalia audiógena, dislalia evolutiva, y la más relevante la dislalia funcional.
- ❖ Cualquier trastorno de tipo afectivo incide sobre el lenguaje del niño, es así que la sobreprotección es el factor psicológico de mayor incidencia en la dislalia de los niños de primer año de educación básica de la escuela “José Ingenieros N° 2” de la ciudad de Loja.
- ❖ Los errores de articulación provocados por dislalias funcionales que poseen los niños y niñas de primer año de educación básica de la escuela “José Ingenieros N° 2” de la ciudad de Loja, son la adición, la sustitución, la omisión, y la distorsión.
- ❖ La distorsión es el error que con mayor frecuencia aparece en los niños y niñas de primer año de educación básica de la escuela

“José Ingenieros N° 2” de la ciudad de Loja, dando origen a dislalias consonánticas, siendo la más frecuente el rotacismo.

RECOMENDACIONES

Habiendo elaborado las conclusiones, procedemos a señalar finalmente las recomendaciones, las cuales están encaminadas a sugerir los métodos o procesos que se deben adoptar para mejorar en parte el problema suscitado.

- ❖ Sugerimos a los padres de familia evitar escenarios de comportamientos perjudiciales para sus hijos como la sobreprotección, el maltrato infantil y el lenguaje infantilizado pues estos son escenarios negativos en el comportamiento y lenguaje oral de los niños.
- ❖ A los progenitores estar pendientes del desarrollo del lenguaje verbal de sus hijos y de esta manera estar alertas y evitar problemas de articulación.
- ❖ A los maestros que su labor al presentarse cualquier tipo de problemas ha de ser conectar con los padres y sensibilizarlos sobre la importancia evolutiva-afectiva de los niños y niñas y sensibilizarse y humanizarse, evitando etiquetar de mal alumno a un niño que es víctima de situaciones familiares desequilibradas
- ❖ Así mismo a los docentes se les invita a realizar cursos de capacitación sobre trastornos de lenguaje y así puedan estar preparados para realizar un diagnóstico oportuno y remitir el problema al logopeda.

- ❖ Se recomienda la Terapia de Lenguaje con el objeto de establecer o restablecer la comunicación lingüística alterada o interrumpida en la población estudiantil.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
NIVEL DE POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN EDUCACIÓN INFANTIL

LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS

“Orientaciones para mejorar las habilidades del lenguaje oral en los niños y niñas que asisten al primer año de educación básica de la escuela “José ingenieros N° 2” de la ciudad de Loja.”

AUTORAS:

Dra. Andrea Paulina Paucar Villalta.
Dra. Mariana Janeth Quirola Moreno

LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS

1. TÍTULO

“Orientaciones para mejorar las habilidades del lenguaje oral en los niños y niñas que asisten al primer año de educación básica de la Escuela “José Ingenieros N° 2” de la ciudad de Loja”.

2. PRESENTACIÓN

La familia es el grupo humano primario más importante en la vida del hombre, la institución más estable de la historia de la humanidad. El hombre vive en familia, aquella en la que nace, y, posteriormente, la que el mismo crea. Es innegable que, cada hombre o mujer, al unirse como pareja, aportan a la familia recién creada su manera de pensar, sus valores y actitudes; transmiten luego a sus hijos los modos de actuar con los objetos, formas de relación con las personas, normas de comportamiento social, que reflejan mucho de lo que ellos mismos en su temprana niñez y durante toda la vida, aprendieron e hicieron suyos en sus respectivas familias, para así crear un ciclo que vuelve a repetirse.

Es así que el desarrollo psicológico del niño es una combinación entre factores biológicos (como la genética) y factores ambientales. La familia es el principal factor ambiental, por lo que es importante realizar todas las acciones posibles para promover a la familia como potenciador del desarrollo del niño. Los pilares esenciales son la comunicación, estilo educativo, relación afectiva de comprensión y respeto. Por el contrario la inconsistencia en la comunicación, la dispersión de la autoridad, el autoritarismo, la sobreprotección, y las ambivalencias afectivas son fuentes

claras de conflicto para el niño y la familia. Por esta razón y en vista de los resultados de la investigación, se comprueba que determinados factores psicológicos originan la presencia de algunas dificultades en la forma de expresión de los niños, como consecuencia de lo anterior, se ha logrado identificar problemas lingüísticos en los niños y niñas con errores orales frecuentes como: omisión, distorsión, adición y sustitución.

Surge entonces la necesidad de plantear alternativas de solución que contribuyan a la disminución de estas dificultades, existen diversas estrategias o formas de prevenir, detectar y tratar los problemas de dislalia, por lo que se ha creído conveniente sugerir un Taller de Escuela para Padres, como una opción eficaz para superar conflictos intrafamiliares y al mismo tiempo proporcionar a los padres de familia diversas estrategias para entender, apoyar, comprender y dar respuesta a los cambios propios del proceso de desarrollo por el cual están pasando sus hijos, tanto en el ámbito emocional, afectivo, académico, lingüístico y social.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Impulsar a través del taller de “Escuela para Padres” a contrarrestar los factores psicológicos que originan la dislalia y capacitar a padres y maestros sobre el tratamiento de problemas de lenguaje oral en los niños y niñas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer las dificultades que se presentan en la familia actual y buscar juntos alternativas para mejorar sus conflictos intrafamiliares y de esta manera contrarrestar las causas que originan la dislalia.
- Impactar en la dinámica de familia y modificar estilos de vida que repercutan significativamente en la calidad de vida y del lenguaje de los niños.
- Proporcionar estrategias a los padres de familia y las maestras para mejorar alteraciones en el lenguaje oral de los niños y niñas, provocadas por factores psicológicos.

4. CONTENIDOS

Los temas a desarrollar en el taller de “Escuela para Padres” que se propone son los siguientes:

- Factores Psicológicos que influyen negativamente en el desarrollo del lenguaje.
- Informar a los padres sobre la importancia de hablar a sus hijos de manera clara sin utilizar lenguaje infantilizado.
- Terapia de Lenguaje.

5. ACTIVIDADES

Se desarrollará el taller de “Escuela para Padres” a través de las siguientes actividades:

1) Acercamiento a las autoridades de la escuela para proponer el taller y concertar el día y la hora para su desarrollo.

- ❖ Se realizará la debida visita a la directora de la escuela y a las maestras del primer año de educación básica de la escuela “José Ingenieros N°2” de la ciudad de Loja, para solicitar el permiso, y colaboración en el desarrollo del taller, acordando aspectos importantes como el local, los días y horas.
- ❖ Una vez obtenida la autorización, se emanará a realizar la invitación a los padres de familia, maestras y del primer año de educación básica para que asistan y participen en el taller.

2) Desarrollo del taller.

El taller se efectuará en cuatro sesiones, con una duración de dos horas por cada reunión.

▣ PRIMERA SESIÓN:

- ✓ Iniciaré la primera reunión de padres de familia, maestras e investigadoras en el lugar y hora destinados con una dinámica de presentación y motivación con el objeto de promover un buen ambiente.

La dinámica se denomina “**El Tartamudo**”, consiste en hacer un círculo entre todos los participantes y uno comienza diciendo su nombre. El integrante de la derecha tendrá que pasar al centro y

repetir el anterior tartamudeando y después decir su propio nombre, así sucesivamente hasta que todos los nombres sean mencionados.

- ✓ Se realizará una conferencia a los padres de familia de temas alusivos a la sobreprotección, los celos infantiles, el lenguaje infantilizado y el maltrato a los niños.
- ✓ Mediante la técnica de la Discusión dirigida, que consiste en un intercambio de ideas entre los participantes que previamente han trabajado los temas, se profundizará en los conocimientos mediante un análisis crítico de los argumentos y se estimulará de esta manera la comunicación interpersonal y la tolerancia.
- ✓ Y finalmente se dará lectura a una historia que hace que las personas revisen sus actitudes y generen cambios sobre todo en la sobreprotección tan dañina para el crecimiento del ser humano y su desarrollo. La lectura se titula "El extraño caso de cangurito".

✚ SEGUNDA SESIÓN:

- ✓ Para la segunda reunión de los padres de familia se iniciará con una dinámica de grupo llamada **"cola de vaca"** para propiciar un ambiente adecuado para el trabajo. Esta dinámica consiste en hacer sentar a los padres de familia en círculo, el coordinador se queda en el centro y empieza a hacer preguntas a cualquiera de los participantes, la respuesta debe ser siempre "La cola de vaca", todo el grupo puede reírse, menos el que está respondiendo, si se ríe pasa

al centro y da una prenda. Por ejemplo: ¿Qué es lo que más te gusta de tu novia?
¡LA COLA DE VACA!

- ✓ Se darán pautas a través de un discurso para estimular el desarrollo del lenguaje en la etapa infantil y prevenir posibles trastornos.
- ✓ Los padres de familia elaborarán en grupos, un diagrama de Ishikawa, (espina de pescado) esta es una técnica de análisis de causa y efectos para la solución de problemas, relaciona un efecto con las posibles causas que lo provocan.

TERCERA SESIÓN:

- ✓ Una vez convocados tanto padres de familia como maestras en el día y hora acordada se iniciará la jornada con la dinámica de grupo **“Orden en el banco”** se marca con cinta aislante, dos líneas paralelas en el suelo. *El ancho debe ser de unos 20 cms. Nadie puede salirse de las líneas.* El facilitador invita al grupo a ubicarse dentro de las rayas. Una vez que están todos colocados se explica que el objetivo es ubicarse según las edades, o la fecha de nacimiento, o la estatura, sin salirse de los trazos.
- ✓ Se capacitará teóricamente a los padres de familia y maestras sobre la dislalia y temas alusivos con la ayuda de una especialista en Terapia de Lenguaje.

- ✓ Finalmente se creará una charla interactiva con la ayuda del especialista, habrá la comunicación directa y universal mediante texto-conferencia, la que permitirá dotar de mayores posibilidades de interacción entre los asistentes.

✦ CUARTA SESIÓN:

- ✓ Para empezar con la ultima sesión de trabajo se realizará una dinámica **“la despedida”**, esta consiste en entregar paletitas con pensamientos y se van entregando en cadenita empezando por el maestro, este le entrega una paletita a un padre de familia y le dice lo que le agrado de el mientras compartieron este taller, y que le desea en el futuro, este padre de familia que recibe escoge otra paleta y la entrega a otro. y así sucesivamente.
- ✓ Brindar un seminario taller sobre rehabilitación de la dislalia.
- ✓ Para culminar con el seminario taller se realizarán actividades prácticas interactivas.

6. ESTRATEGIAS

6.1 Ludoterapia.- Método psicoterapéutico basado en el empleo del juego como medio capaz de hacer que el individuo aprenda a comprenderse mejor a sí mismo y a los demás a través de la descarga de sus sentimientos sin temor al castigo. Es de gran ayuda en el caso de personas inadaptados, con problemas de conducta (inhibidos,

agresivos, reprimidos, etc.), de aprendizaje o de lenguaje.

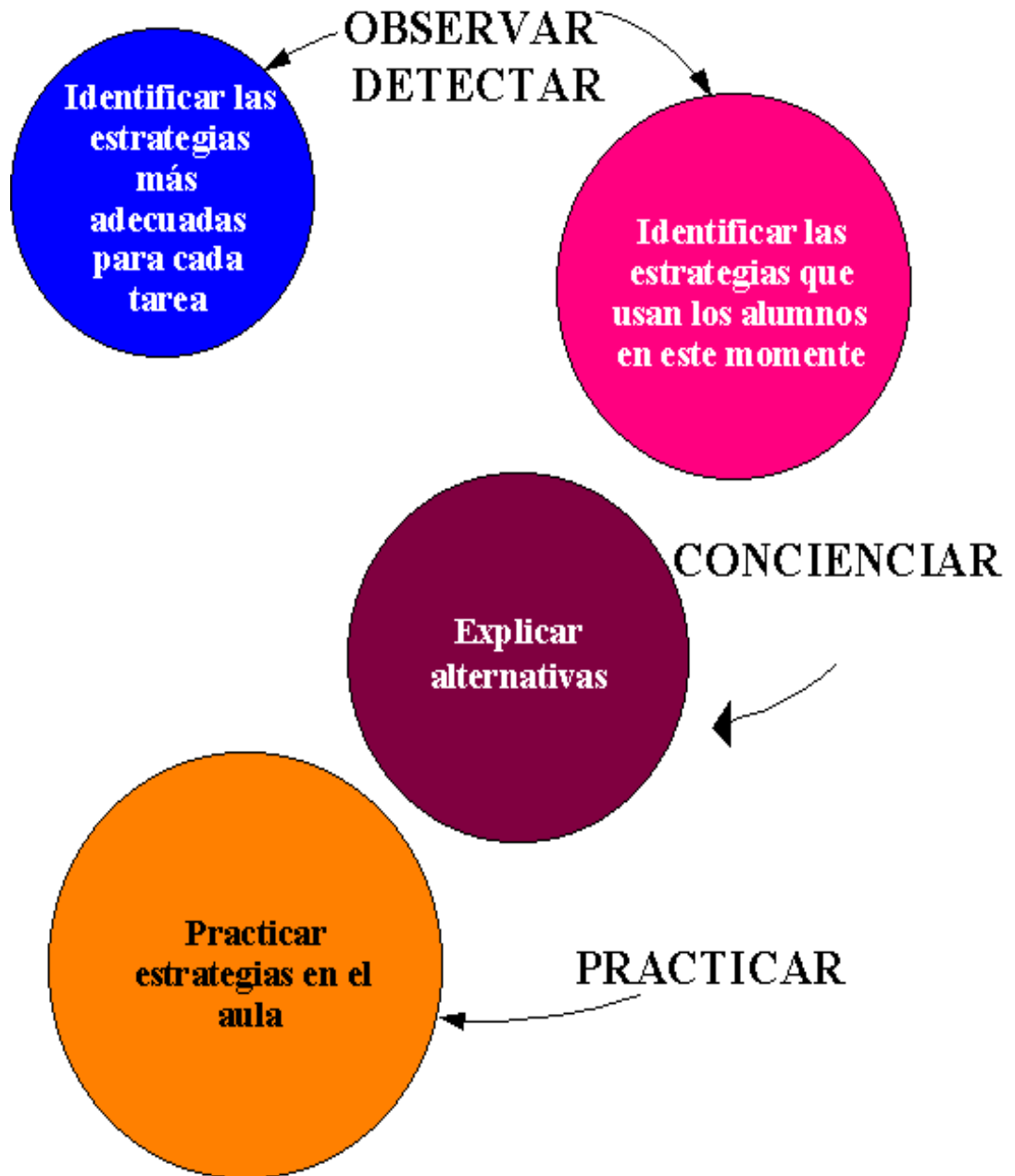
6.2 Cuestionarios de estrategias.- nos servirán para extraer información individual hasta identificar los principales problemas que presentan los diversos niños y de las causas de la dislalia.

6.3 Lectura reflexiva: permitirá la interacción de los padres de familia y maestros y un intercambio positivos de diversas e interesantes experiencias.

6.4 Autovaloración: permitirá una evaluación personal de lo aprendido y el compromiso firme de una aplicación futura.

6.5 Estrategias afectivas.- Las estrategias afectivas ayudan a crear y mantener climas internos y externos adecuados para el aprendizaje. Aunque estas estrategias pueden no ser directamente responsables de conocimientos o actividades, ayudan a crear un contexto en el cual el aprendizaje efectivo puede llevarse a cabo. Ejemplos de estrategias afectivas incluyen ejercicios de relajación y auto-comunicación.

PLAN DE ESTRATEGIAS



BINGO DE AMIGOS

Instrucciones.- se le entregará a cada asistente la hoja de bingo, junto con un lápiz, quienes deberán preguntar entre los padres de familia y maestros hasta dar con la persona que cumpla con las características que corresponda a cada casillero. El que llena primero grita bingo y será el ganador.

Su hijo cumple años en Enero.	Su esposo se llama Juan.	Le gusta el color negro.	Su comida favorita es el pollo horneado.
Usa en este momento medias blancas.	Desayunó jugo con pan.	Tiene 3 hijos.	Es de la provincia
Tiene en su cédula un número 7.	Ha viajado a otro país.	Trabaja como chofer.	No le gusta el ají

Nota.- No podrá constar el nombre de la misma persona dos veces.

CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS

Mi hijo se llama.....

Tieneaños de edad

Tiene.....hermanos

En casa prefiere estar con.....

Es poco.....

E bastante.....

Su mayor talento es.....

Le gusta.....

No le gusta.....

Su mayor miedo es.....

Su mayor dificultad es.....

Frente a nuevos retos es.....

Cuando está molesto es.....

EL HOMBRE SABIO

Había una vez en un pueblo de Medio Oriente, un hombre a quien todo el pueblo lo admiraba por su serenidad frente a la vida y la manera positiva en como enfrentaba los problemas, toda la gente lo veía como un gran ejemplo por la sabiduría que tenía.

Al oír tal hecho, un par de niños traviosos e incrédulos de la sabiduría de aquel anciano, planearon un "macabro" plan:

Reunieron a mucha gente de aquel lugar para desenmascarar a aquel hombre y cuando estuvieron frente a frente le dijeron lo siguiente: todo el pueblo murmura de tu sabiduría, pero nosotros no te creemos y deseamos probarte, el anciano solo asintió con una mirada cálida, los niños continuaron y le preguntaron: señor "sabio" ¿qué tenemos en nuestras manos?, por la pequeñez de las mismas, fácilmente se podía adivinar que era una blanca palomita, cuando el anciano respondió los niños quedaron perplejos, luego prosiguieron y le dijeron y la palomita que tenemos en nuestras manos... ¿está viva o está muerta?, con el propósito de que si decía que estaba viva la aplastarían hasta matarla y si decía que estaba muerta iban a abrir sus manitos y dejarla volar, el hombre sonrió y les dijo... **LA DECISIÓN ESTÁ EN SUS MANOS.** Y de esta manera el anciano probó nuevamente su sabiduría y explico al pueblo que ser sabio es la capacidad de elegir entre uno y otro camino y aceptar las consecuencias.

El Extraño Caso del Cangurito

Cangurito se asomó al exterior desde el bolsillo de su Mamá Canguro. ¡Que grande es el mundo! Exclamó con admiración. ¿Cuándo me dejarás salir a recorrerlo?

-Yo te enseñaré sin necesidad de que salgas de mi bolso – Dijo Mamá Canguro pasándole la lengua por el fino pelaje.- No quiero que te juntes con malas compañías ni que te expongas a los peligros del bosque. Yo soy una Canguro responsable y decente.

Cangurito lanzó un suspiro y permaneció en su escondrijo sin protestar.

Ocurrió que cangurito como todos los canguros, empezó a crecer y a desarrollarse, y lo hizo de tal manera que el bolsillo de Mamá Canguro comenzó a descoserse por las costuras.

- ¡Te prohíbo seguir creciendo!- dijo con energía Mamá canguro-. Y cangurito, que era una criatura más obediente del mundo, dejó de crecer en aquel instante.

Dentro del bolsillo de Mamá Canguro, comenzó a hacer preguntas y preguntas acerca de todas las cosas que veía. Era un animalito inteligente y demostraba una clara vocación científica pero Mamá Canguro le molestaba no encontrar a mano las respuestas necesarias para satisfacer la curiosidad de su pequeño.

- ¡Te prohíbo que vuelvas a hacerme mas preguntas!- Y cangurito que cumplía a la perfección el cuarto mandamiento, dejó de preguntar y se le puso la cara de cretino.

Un buen día las cosas estuvieron a punto de volver a sus causas normales. Ocurrió que cangurito, asomado como siempre desde el bolsillo de su Mamá vio cruzar ante sus ojos una cangurita de su misma edad. Era el ejemplar más hermoso de su especie.

- ¡Mamá! exclamó con voz emocionado – quiero casarme con la Cangurita.

Mamá Canguro derramó una lágrima;

-¿Quieres abandonarme por una Canguro cualquiera? ¡Este es el pago que das a mis desvelos!

Y con más energía que nunca Mamá Canguro dio una orden:

- ¡Te prohíbo que te cases!

Y cangurito no se casó.

Cuando Mamá Canguro murió, vinieron a sacar a cangurito del bolsillo delantero de la difunta. Era un animal extrañísimo, su cuerpo era pequeño como el de un recién nacido, pero su cara comenzaba a arrugarse como la de un animal viejo.

Apenas toco la tierra con sus patas, su cuerpo se bañó de un sudor frío.

- ¡Tengo miedo a la tierra! – dijo: – Parece que baila a mí alrededor.

Y pidió que le metiesen en el tronco de un árbol.

Cangurito pasó el resto de sus días asomando el hocico por el hueco del tronco. De cuándo en cuándo se le oía repetir en voz baja:

- Verdaderamente ¡que grande es el mundo!

AUTOVALORACIÓN

Mi participación en ésta charla fue el.....por ciento.

El tema tratado fue.....

Comprendí de lo explicado.....por ciento

Aprendí.....

.....

.....

Lo que más me gustó o llamó la atención fue.....

.....

Lo que menos me gustó o no me llamó la atención fue.....

.....

La expositora dominaba el tema en un.....por ciento

Mis compromisos desde ahora son.....

.....

.....

.....

Nombre.....

ESTRATEGIAS AFECTIVAS

Se entregará a cada participante un pedazo de hoja de papel en cual deberá escribir 3 nombres de animales en el orden de su preferencia, frente a cada animal, anotará la razón por la que le gusta.

Ejemplo:

Caballo.- por su tenacidad y su fuerza.

El perro.- porque es fiel.

La paloma.- porque es un animal libre.

Luego se intercambiarán entre los asistentes los papelitos con el nombre del asistente respectivo. Y se empezará la dinámica.

Entre tanto el facilitador escribirá en la pizarra lo siguiente.

1. ¿Como me ven las personas?

2. Lo que aparento ser...

3. Lo que realmente soy...

Por lo tanto se leerá cada pregunta en este orden, incluyendo el nombre del animal respectivamente.

7. OPERATIVIDAD

Para dar cumplimiento a los lineamientos alternativos que se proponen frente a las conclusiones del proceso investigativo, y con el fin de contribuir a contrarrestar los factores psicológicos que originan la dislalia y capacitar a los padres de familia y maestros sobre el tratamiento de problemas de lenguaje oral en los niños y niñas que asisten al primer año de educación básica de la escuela "José Ingenieros N° 2" de la ciudad de Loja.

En este propósito se podrán elaborar trípticos que contendrán información general de las temáticas a desarrollarse y ejecutar.

En el desarrollo de los talleres sobre los lineamientos alternativos se podrán realizar: charlas, dinámicas, debates, videos, clases demostrativas, resaltando los problemas intrafamiliares y las características principales de la dislalia. De manera concreta, la implementación de los talleres sugeridos, implicarían tentativamente el cumplimiento de las siguientes acciones:

8. OPERATIVIZACIÓN DE LA PROPUESTA

ESTRATEGIAS	TEMÁTICAS	ESTRATEGIAS	TIEMPO	MÉTODOS
Enseñar a los padres de familia sobre sobreprotección, celos infantiles, lenguaje infantilizado y maltrato a los niños.	-¿Qué es la sobreprotección, los celos infantiles y la agresividad? -Causas -Tratamiento	_Conferencia a los padres de familia	2 horas	Discusión dirigida
Informar a los padres sobre la importancia de hablar a sus hijos de manera clara sin utilizar lenguaje infantilizado.	-¿Qué es el lenguaje infantilizado? - Consecuencias en el desarrollo del lenguaje	- Discurso	2 horas	Diagrama de Ishikawa,
Capacitar teóricamente a los padres de familia y maestras sobre la dislalia y temas alusivos.	- ¿Qué es la dislalia? - ¿Causas de la dislalia? - ¿Tipos de dislalia? - ¿Errores de articulación frecuentes en la dislalia?	-Charla interactiva con la ayuda de un especialista.	2 horas	Mediante preguntas
Brindar un seminario taller sobre rehabilitación de la dislalia.	- Ejercicios buco faciales - Ejercicios de respiración - Ejercicios de relajación - Ejercicios de Ritmo - Discriminación de Fonemas - Ejercicios de Psicomotricidad -- Ejercicios de discriminación auditiva - Discriminación de sílabas - Discriminación de palabras - Ejercicios de expresión dirigida - Ejercicios de repetición de oraciones	Actividades prácticas interactivas.	4 horas divididas en dos sesiones	Preguntas y participación

Recursos

- Carteles
- Papel
- Marcadores
- Cinta
- Hojas de lectura
- Paletas

Local

Escuela “José Ingenieros N° 2”

Tiempo

Cuatro sábados, con un horario de dos horas por cada encuentro.

Evaluación

El análisis de desempeño, serán valorados por las investigadoras y se hará la autoevaluación por parte de los padres de familia. Una autoevaluación constructiva requiere que los estudiantes reflexionen acerca de lo que ellos están aprendiendo en una gran variedad de formas. Igualmente, ubica a los padres en una posición donde estos puedan reconocer sus fortalezas y debilidades y sean capaces de hacer planes para un mejoramiento futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabanas CR. ; y otros. Dislalias y espasmofemia funcional. Relaciones específicas. Rev Cubana de Ped. 1973; 45:193-8.
2. COMELLAS María de Jesús, Biblioteca de Educación Preescolar. 2da Ed.
3. FITZGERALD, Irma, Psicología del Desarrollo, el Lactante y el Preescolar. Editorial Sep. Volumen 1.
4. González, Jorge Nicolás, Alteraciones del Habla en la Infancia. Editorial Médica Panamericana. 2da Ed. 2003
5. HURLOCK, Elizabeth, Desarrollo del niño. Editorial: Mc. Graw Hill 2da Ed.
6. Ingram, D. (1983): Trastornos fonológicos en el niño. Editorial Médica y Técnica. Barcelona.
7. MILLER, George. Lenguaje y comunicación. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1979.
8. Nieto Herrera, M.(1985): El niño disléxico. Prensa mexicana. México. 2da Ed.
9. Nieto Herrera, MB. (1967): Anomalías del lenguaje y su corrección, Méndez Otero, México, DF 1967. 2da Ed.
10. Nieto Herrera, M. (1990): Retardo del lenguaje. Editorial CEPE. Madrid. 3era Ed.
11. Ortega Germania, Psicología del Infante, editorial española. 3era Ed.
12. Perelló, J. y otros.: Trastornos del habla. Editorial científico médico. 4ta Ed. Barcelona. 1981

13. SAUSSURE, Ferdinand de. Curso de lingüística general. Losada, Buenos Aires, 1982. Vigésima cuarta Ed.
14. Smith James, El niño maltratado, editorial Simún. 1er Ed.
15. TSVETKOVA, L. S. Reeducción del lenguaje, la lectura y la escritura. Editorial Fontanella, Barcelona, 1977.

WEBGRAFIA

1. <http://www.misrespuestas.com/que-es-el-lenguaje.html> [Consulta: 13 de noviembre de 2008].
2. <http://www.articulosgratis.com/fonoaudiologia/teorias-de-la-adquisicion-del-lenguaje.html> [Consulta: 2 de febrero de 2009].
3. <http://www.psicopedagogia.com/definicion/teoria%20del%20aprendizaje%20de%20vigotsky> [Consulta: 17 de diciembre de 2007].
4. <http://es.wikipedia.org/wiki/Dislalia>[Consulta: 8 de enero de 2011].
5. <http://www.eliceo.com/stag/dislalia/3-a-5-años.html> .
6. http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?Id_articulo=39[Consulta:15 de abril de 2007].
7. <http://es.wikipedia.org/wiki/Sordera> [Consulta: 2 de octubre de 2007].
8. http://es.wikipedia.org/wiki/Labio_leporino [Consulta: 8 de octubre de 2010].
9. http://es.wikipedia.org/wiki/Frenillo_bucal [Consulta: 1 de septiembre de 2010].
10. <http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlVerArt?clvar=9194> [Consulta: 9 de abril de 2009].

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁG.
Portada	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Agadecimiento	iv
Dedicatoria	v
Esquema de Tesis	vi
1. RESÚMEN	ix
2. INTRODUCCIÓN	2
3. REVISIÓN DE LITERATURA	
3.1. E Lenguaje y su adquisición	8
3.2. Propuestas Teóricas de adquisición del Lenguaje	8
3.3. Dificultades del Lenguaje	9
3.4. La Dislalia	10
3.4.1. Sintomatología de la Dislalia	11
3.4.2. Tipos de Dislalia	12
3.5. Factores psicológicos que influyen en el desarrollo del lenguaje	15
3.6. Factores somáticos que influyen en el desarrollo del lenguaje	19
3.7. Tratamiento de la dislalia	24
4. METODOLOGÍA	
4.1. Métodos, Técnicas e Instrumentos	27
4.1.1. Métodos	27
4.1.2. Técnicas e instrumentos	27
4.2. Procedimientos para el desarrollo de la investigación	29
4.3. Población y muestra	31
5. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
5.1. Resultados de la Hipótesis específica uno	33
5.1.1. Enunciado	33
5.1.2. Indicadores investigados de la hipótesis específica uno	33
5.1.3. Decisión respecto a la hipótesis específica uno	45
5.2. Resultados de la Hipótesis específica dos.	45
	83

5.2.1. Enunciado	45
5.2.2. Indicadores investigados de la hipótesis específica dos	46
5.2.3. Decisión respecto a la hipótesis específica dos	53
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	59
LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS	
1. TÍTULO	62
2. PRESENTACIÓN	62
3. OBJETIVOS	63
4. CONTENIDOS	64
5. ACTIVIDADES	64
6. ESTRATEGIAS	68
7. OPERATIVIDAD	79
8. OPERATIVIZACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS	80
Bibliografía	82
Índice	84
Anexos	87

ANEXOS

ANEXOS 1: INSTRUMENTOS UTILIZADOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE EDUCACIÓN ARTE Y COMUNICACIÓN PROGRAMA DE MAESTRÍA EN EDUCACIÓN INFANTIL

Encuesta dirigida a los padres de familia de los niños que presentan dislalia.

De la manera más comedida se solicita llenar la siguiente encuesta, la misma que tiene fines investigativos.

1. ¿Qué característica tiene el lenguaje oral de su hijo?

Repite palabras incorrectamente Si No A veces

Presenta un defecto en el desarrollo de la articulación por una función anómala de los órganos auditivos.

Si No A veces

Existen alteraciones orgánicas.

Si No A veces

Presenta alteraciones en su lenguaje oral como parte de su desarrollo evolutivo.

Si No A veces

Ninguna de las anteriores

2. ¿Qué factores influyen directamente en la parte psicológica de su hijo?

Cuidado y protección excesiva Si No A veces

Lenguaje familiar aguaguayado Si No A veces

Celos infantiles y competencia entre hermanos Si No A veces

Agresión física y psicológica Si No A veces

2. Su hijo presenta alguna de estas alteraciones.

Deficiencia auditiva- sordera Si No A veces

La lengua es más grande de lo normal. Si No A veces

Hendidura o separación en el labio. Si No A veces

Repliegue que une el labio superior con las encías. Si No A veces

Repliegue que va desde la base de la boca a la lengua. Si No A veces

Apertura en el cielo de la boca. Si No A veces

Falta de dientes, especialmente incisivos superiores Si No A veces

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE EDUCACIÓN ARTE Y COMUNICACIÓN
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN EDUCACIÓN INFANTIL

Encuesta dirigida a las maestras de los niños que presentan dislalia.

De la manera más comedida se solicita llenar la siguiente encuesta, la misma que tiene fines investigativos.

1. ¿Qué es para usted la dislalia? Marque el casillero con el que esté de acuerdo.

Es una alteración en la voz de los niños que les impide hablar correctamente.

Es un trastorno en la articulación de los fonemas, bien por la ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por la sustitución de estos por otros de forma incorrecta.

Es un problema que afecta la lectura de los niños y su capacidad de comprensión.

2. Su alumno tiene un lenguaje oral:

Muy bueno

Bueno

Regular

Malo

3. Sus alumnos son:

Sobreprotegido.

Maltratado.

Criado en un ambiente donde lo consideran un bebé.

Celoso de sus hermanos.

4. Sus alumnos presentan alguna de estas características:

Problemas de audición.

Lengua grande.

Frenillo lingual.

Frenillo labial.

Labio leporino.

Fisura palatina.

Ausencia de piezas dentarias.

5. ¿Qué tipo de dislalia presenta su alumno?

Funcional

Evolutiva

Audiógena

Orgánica

FICHA DE OBSERVACIÓN PARA NIÑOS CON DISLALIA.

Nombre del niño/a.....

Edad.....

Aspectos	Si	No	En parte
CARACTERÍSTICAS DEL LENGUAJE ORAL			
Esta alteración es debida a una imperfecta posición de los órganos de articulación.			
Omite ciertos fonemas.			
El infante añade fonemas o vocales a una palabra.			
El niño cambia un fonema por otros semejante.			
FACTORES PSICOLÓGICOS CAUSANTES DE LA DISLALIA FUNCIONAL			
Sobreprotegido			
Maltrato por sus padres			
Sus padres le hablan un lenguaje aguaguayado			
Celos infantiles			
ESTADO FÍSICO			
Problemas de audición			
Macroglosia			
Labio leporino			
Frenillo labial			
Frenillo lingual			
Fisura palatina			
Ausencia de piezas dentarias			

Test de Melgar

Nombre.....

Edad.....

Sexo.....

SONIDOS SUJETOS A PRUEBA	LISTA DE PALABRAS	INICIAL				MEDIA				FINAL			
		O	A	S	D	O	A	S	D	O	A	S	D
M	mesa												
M	cama												
N	nariz												
N	mano												
N	botón												
Ñ	uña												
P	pelota												
P	mariposa												
J	jabón												
J	ojo												
J	reloj												

SONIDOS SUJETOS A PRUEBA	LISTA DE PALABRAS	INICIAL				MEDIA				FINAL			
		O	A	S	D	O	A	S	D	O	A	S	D
b	vela												
b	bebe												
k	casa												
k	boca												
g	gato												
g	tortuga												
f	Elefante												
f	foco												
y	payaso												
y	yuca												
ll	llave												
d	candado												
d	red												
l	Luna												
l	pelota												

l	pastel													
l	sol													
r	arete													
r	collar													
rr	rata													
rr	perro													
t	teléfono													
t	patín													
ch	chupón													
ch	cuchara													
s	zapato													
s	vaso													
s	lápiz													

SONIDOS SUJETOS A PRUEBA	LISTA DE PALABRAS	INICIAL				MEDIA				FINAL				
		O	A	S	D	O	A	S	D	O	A	S	D	
Bl	blusa													
Cl	clavo													
Fl	flor													
Gl	globo													
Pl	plato													
Br	libro													
Kr	cruz													
Dr	cocodrilo													
Fr	frutilla													
Tr	tigre													
Pr	prado													
Tr	tren													

SONIDOS SUJETOS A PRUEBA	LISTA DE PALABRAS	INICIAL				MEDIA				FINAL				
		O	A	S	D	O	A	S	D	O	A	S	D	
Au	jaula													
Ei	peinilla													
Eo	león													
Ie	pie													
Ua	guante													
Ue	huevo													



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

NIVEL DE POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN EDUCACIÓN INFANTIL

TEMA:

“La influencia de factores psicológicos y somáticos en la dislalia de los niños/as del Primer Año de Educación Básica, de la escuela José Ingenieros N° 2 de la ciudad de Loja. Período Marzo-Agosto del 2010. Lineamientos alternativos.”

Proyecto de Tesis previo a la obtención del Grado de Magíster

AUTORAS:

- ❖ DRA. ANDREA PAULINA PAUCAR VILLALTA.
- ❖ DRA. MARIANA JANETH QUIROLA MORENO.

Loja – Ecuador

2010

1. TEMA:

La influencia de factores psicológicos y somáticos en la dislalia de los niños y niñas del primer año de educación básica, de la escuela "José Ingenieros N°2" de la ciudad de Loja. Período Marzo-Agosto del 2010. Lineamientos alternativos.

2. PROBLEMÁTICA:

La escuela José Ingenieros N° 2. de la ciudad de Loja, está ubicada en el sector nororiental de nuestra localidad, específicamente en las calles Leonidas Plaza y 8 de Diciembre; este centro fue creado el 13 de Marzo de 1979, a la fecha 31 años de servicio a la comunidad²⁶. Dicha Institución educa a niños y niñas desde 5 a 12 años, este plantel educativo está bajo la dirección de la Licenciada Balbina Tandazo y una planta docente constituida por 16 maestros, de los cuales 7 poseen título de Licenciados en educación básica, también cuentan con el apoyo de maestros de asignaturas especiales como: música, computación, cultura estética, cultura física, inglés y manualidades, También el centro Educativo cuenta con la ayuda de un conserje.²⁷

La escuela José Ingenieros N°_2 tiene un horario vespertino: de 13h00 a 17h30.

Los objetivos institucionales son los siguientes:

- Promover la educación integral de los educandos, orientándose en la democratización de la educación.

²⁶ Información obtenida de documentos del archivo del Plan estratégico Institucional de la Escuela José Ingenieros Nro. 2, pág. 3.

²⁷ Información obtenida de documentos del archivo del Plan estratégico Institucional de la Escuela José Ingenieros Nro. 2, pág. 5.

- Alcanzar la cooperación de los padres de familia e instituciones de desarrollo, para solucionar los problemas de infraestructura.
- Impulsar la participación familiar en los procesos de aprendizaje.
- Propiciar la unidad y solidaridad que permita crear un ambiente acogedor, para que nos lleve al desarrollo social, intelectual y afectivo de los miembros de la comunidad.
- Ofrecer cuidado a los pequeños con responsabilidad y profesionalismo.
- Ofrecer a los niños espacios y experiencias que promuevan el aprendizaje y el esparcimiento.

La visión institucional es:

La educación es la columna vertebral sobre la cual se levanta la cultura y progreso de los pueblos. Por ello, el compromiso es, que nuestra institución llegue a satisfacer las demandas de la comunidad educativa, y estar dispuesta a mejorar la calidad de la educación, para lograr ubicarse en un lugar preferencial, dada la preparación de sus alumnos, que estarán capacitados para continuar sus estudios en cualquier centro educativo.

La misión institucional es:

Dar una educación de calidad, procurando el desarrollo de las capacidades y potencialidades de los educandos, logrando entes activos, reflexivos, críticos y creativos, para ello su personal docente tiene un alto espíritu humano y profesional.

Los valores corporativos son:

- ✓ Ética profesional.
- ✓ Mantener el prestigio de la Institución.
- ✓ Fortalecimiento de los valores espirituales, morales y sociales.

El lema institucional:

“El niño no es un vaso de agua para tomar, es un lámpara para encender”.

En cuanto a la infraestructura, puede indicarse, que una parte es de estructura metálica y la otra de hormigón armado. La institución se distribuye en aulas, una para cada año de básica; además existe un bar, cocina para la colación escolar, habitación para el conserje, baterías higiénicas, canchas deportivas, patio, oficina para la Dirección, secretaría y laboratorio de computación.

La población de estudiantes la conforman 240 niños/as, legalmente matriculados y asistiendo normalmente en el presente periodo escolar. En primer año de educación básica asisten 54 niños/as.²⁸

A este centro educativo asisten un alto porcentaje de alumnos con escasos recursos económicos, niños y niñas con padres migrantes, padres que trabajan a tiempo completo en el mercado y disponen de poco tiempo para compartir con sus hijos, razón por la cual los niños están al cuidado de familiares o personas de servicio doméstico. Varios de los niños pertenecen a hogares disfuncionales, ya sea por divorcio o por ser hijos de madres solteras. Un gran porcentaje de los padres de familia son añosos lo cual les da un toque de incompatibilidad al momento de compartir y criar a sus hijos, otro aspecto destacable de las familias de los niños que asisten a la escuela José Ingenieros N° 2 es que en su mayoría tienen un nivel de educación primario y medio.

Es importante mencionar que toda dificultad persistente, presentada por un niño/a en su expresión y comprensión lingüística es susceptible de generar consecuencias perjudiciales para su desarrollo personal, escolar y social. Esta es la razón por la cual, desde el preescolar o inicial, la

²⁸Información proporcionada en un diálogo informal con la directora y maestras del Primer año de Educación Básica.

manifestación de dificultades requiere la vigilancia y el ajuste de la acción pedagógica. 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 dislalias. En el Ecuador, estadísticas del 2009 manifiestan que 11 de cada cien niños presentan dislalia, siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, en nuestra ciudad los porcentajes fluctúan en términos semejantes, 8 de cada 100 niños presentan dislalia, siendo la más habitual la de tipo funcional, de este porcentaje de niños dislálicos solo el 3% reciben atención profesional adecuada.²⁹

En la escuela José Ingenieros Nro. 2, existen algunos alumnos que presentan cierta alteración en el lenguaje oral. La principal desencadenante de este problema lingüístico es la sobreprotección.³⁰

Para que un niño se desarrolle normal e íntegramente son necesarias ciertas condiciones psicológicas, somáticas y que lo rodee un círculo familiar equilibrado, el mismo que debe ofrecerle espacios y oportunidades positivas y estimulantes que le permitan explorar, conocer, interpretar, descubrir, etc. con toda la libertad e independencia que un niño necesita, y de esta manera ir incrementando su bagaje de experiencias personales. Si por el contrario existen problemas psicológicos y somáticos el desarrollo afectivo, motriz y sobre todo la función más compleja y elevada en el ser humano como es el lenguaje se ven perturbados. La facultad de hablar es un requisito indispensable en todas las actividades sociales del hombre, necesita hablar para comunicar sus necesidades, pensamientos, deseos, comprender a los otros y poderse relacionar con ellos, para adquirir los aprendizajes escolares; desenvolverse socialmente en el juego y en sus

²⁹ Porcentajes obtenidos de censos logopédicos del 2009.

³⁰ Información obtenida a través de observaciones directas de la problemática en la población a investigarse.

ocupaciones laborales, en el trabajo, cuando piensa, cuando reflexiona y cuando crea. El desarrollo del lenguaje oral tiene lugar por medio de la socialización. Este desarrollo viene en el nacimiento, el progreso del lenguaje para comunicarse es una de las diferencias más importantes que distinguen a los niños de cinco años en adelante, ya que están en una etapa en la cual utilizan el lenguaje oral para transmitir sus sentimientos y deseos, interactuar con otros, formular preguntas y pensar acerca de las cosas que los rodean, etc. Para que el lenguaje en los niños evolucione normalmente es necesario propiciar espacios y actividades que lo estimulen, lo fortalezcan y lo potencien, debido a que en los primeros años de vida la comunicación verbal juega un papel muy importante, ya que influye directamente en el desarrollo intelectual, afectivo y social del niño, al estimular su evolución lingüística estamos proporcionándole una herramienta útil para su integración a la sociedad lo cual lo introduce al mundo y le da la facilidad de comunicarse con los que lo rodean, la estimulación lingüística difícilmente se puede separar de la parte afectiva. Cuando la evolución del lenguaje está alterada se presenta una incapacidad para articular y pronunciar correctamente, debido a que el lenguaje es un sistema de comunicación aprendido, cualquier interferencia con la capacidad de aprendizaje podría causarle daños. Los principales problemas de lenguaje que se presentan en niños de 5 a 6 años son las dislalias, las cuales son consideradas como una alteración de la capacidad de articular y pronunciar correctamente determinados fonemas. Las causas para que se dé un problema de lenguaje son variadas: puede deberse a dificultades en la percepción del tiempo y del espacio, alteraciones en el aparato fono-articulador, factores psicológicos, ambientales, hereditarios e intelectuales. Su deficiencia suele repercutir en actitudes de aislamiento, soledad, rebeldía, agresividad e inestabilidad

motriz. Afecta indudablemente su rendimiento escolar, su adaptación social y su capacidad productiva para el futuro.

Por tales razones nuestra pregunta de investigación es:

¿Cómo influyen los factores psicológicos y somáticos en la dislalia de los niño/as del primer año de educación básica, de la escuela “José Ingenieros N° 2” de la ciudad de Loja. Período Marzo - Agosto del 2010?
Lineamientos alternativos.

La investigación se ejecutará durante los meses Marzo – Agosto del 2010 y se llevará a cabo en la Escuela José Ingenieros Nro.2 de la ciudad de Loja,

Los sujetos de investigación son:

- Directora de la escuela.
- Tres maestras del primer año de educación básica.
- 28 Padres de familia.
- Niños/as de 5 a 6 años.

Los problemas derivados son los siguientes:

1. ¿Qué tipo de dislalia presentan los niños/as?
2. ¿Cuáles son los principales errores de articulación que presentan los niños /as con dislalia?

3. JUSTIFICACIÓN:

La presente investigación pretende abordar los factores psicológicos y somáticos que influyen en la presencia de dislalia de los niños de Primer Año de Educación Básica y se argumenta desde los siguientes ámbitos:

Desde la perspectiva profesional de nuestra carrera, este trabajo está debidamente justificado, ya que como estudiantes hemos sido instruidos con un alto sentido humanitario y preparados con múltiples conocimientos

teórico- prácticos que nos facultan el poder diagnosticar y proponer alternativas de solución frente al problema.

Desde el punto de vista argumentativo, nos proponemos dejar un referente teórico alusivo al tema y también pretendemos proporcionar nuevos datos y técnicas encaminadas a resolver la problemática que encierra el mundo de los niños dislálicos.

Desde la perspectiva legal, esta investigación se convierte en un requisito obligatorio previo a obtener el título de magísteres en Educación Infantil.

Nuestra investigación, tendrá viabilidad porque los beneficiarios directos serán los niños/as de 5 años que presentan dislalia. Además garantiza la aplicación del plan de tratamiento en un ambiente lúdico, activo y de completo respeto.

Dicho proyecto es factible porque cuenta con el apoyo de autoridades, maestros, y padres de familia de la escuela José Ingenieros N°2 de la ciudad de Loja, las autoridades de la Universidad Nacional de Loja, el Área de la Educación el Arte y la Comunicación, el Programa de Maestría en Educación Infantil y las familias de los niños tratados.

4. OBJETIVOS:

4.1. Objetivo general:

Investigar sobre la influencia que ejercen los factores psicológicos y somáticos en la presencia de la dislalia de los niños/as del Primer Año de Educación Básica de la ciudad de Loja.

4.2. Objetivos específicos:

1. Conocer los tipos de dislalia que presentan los niños/as de primer año de educación básica, de la escuela "José Ingenieros N° 2" de la ciudad de Loja. Período Marzo - Agosto del 2010.
2. Determinar la incidencia de los factores psicológicos y somáticos en la presencia de los errores de articulación que presentan los niños/as con dislalia del primer año de educación básica, de la escuela "José Ingenieros N° 2" de la ciudad de Loja. Período Marzo - Agosto del 2010.
3. Formular lineamientos alternativos para contrarrestar los problemas de dislalia de los niños/as de primer año de educación básica, de la escuela "José Ingenieros N° 2" de la ciudad de Loja. Período Marzo - Agosto del 2010.

5. MARCO TEÓRICO:

CAPITULO I

FACTORES PSICÓLOGOS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE:

Son aquellos agentes que tienen un origen de tipo emocional, que pueden ser desencadenados por situaciones relacionadas con la familia o vida intrapersonal.

1.1. LA SOBREPOTECCIÓN:

1.1.1. SIGNIFICADO DE SOBREPOTECCIÓN:

Se define como exceso de cuidado y / o protección de los hijos por parte de los padres, que va más allá de lo razonable, una sobre indulgencia que termina incapacitándolos para su vida futura.³¹

1.1.2. CAUSAS DE LA SOBREPOTECCIÓN:

- La sobreprotección se debe a las siguientes causas:
- Reparar las limitaciones que sufrimos en nuestra niñez.
- Porque la frustración del hijo revive nuestras propias frustraciones.
- Compensar la ausencia del otro padre.
- Remediar nuestra propia ausencia.
- Evitar las rabietas del niño.
- Querer que los hijos nos quieran.

1.1.3. ACTITUDES DE LOS PADRES SOBREPOTECTORES:

- Tienden a limitar la exploración del mundo por parte de su hijo.
- Usan el mismo lenguaje del niño para comunicarse con él.
- No suelen soportar que sus hijos se enfaden, lloren o pataleen.
- Disculpan todos los errores del niño, poniendo la culpa en terceras personas.
- Evitan a sus hijos situaciones conflictivas o difíciles.

³¹ Ortega Germania, Psicología del Infante, editorial española, pág. 57

1.1.4. ¿CÓMO ES UN NIÑO SOBREPOTEGIDO?

- Tímido
- Le cuesta alejarse de sus padres (especialmente de mamá).
- Inseguro de lo que hace y de su relación con los demás. Busca la protección de quienes lo rodean.
- Lloro intensamente. Especialmente durante los primeros días de preescolar y, en algunos casos, la mamá debe ingresar al jardín para acompañar al niño mientras se acostumbra a ese nuevo espacio y a las personas que están cerca de él.
- Nervioso y algo solitario. Para él es complicado relacionarse con otros niños de su misma edad y tiende a aislarse un poco.
- Dificultad en el desarrollo del lenguaje y, por lo mismo, para escribir y comprender. Esto se supera en el colegio, pero el choque para el niño en ocasiones es fuerte porque puede sentirse presionado para rendir igual que los otros.
- Pocas veces asume la responsabilidad de sus actos porque está acostumbrados a que sus padres lo hagan por él.

1.2. EL LENGUAJE DEL ENTORNO FAMILIAR:

La calidad del lenguaje oral que los padres brindan a sus niños y sus bebés tiene una influencia importante en el éxito académico que posteriormente tendrán en la escuela. La madre es la primera maestra de idiomas que tiene un niño. Las investigaciones muestran que la voz de la madre afecta al bebé mientras está en el útero. Durante las últimas seis semanas de embarazo, un grupo de futuras mamás leyó en voz alta el mismo cuento infantil dos veces al día hasta que sus bebés nacieron. Varios días después del nacimiento, los investigadores pusieron audífonos a cada niño recién

nacido y un chupete electrónico en la boca. La frecuencia con que los niños succionaban el chupete cambiaba cuando se les hacía escuchar la grabación de la historia leída por sus mamás cuando ellos aún estaban en el útero. La frecuencia con que los niños succionaban volvió a cambiar cuando la persona que oían en la grabación era una mujer que no conocían. La mayoría de los bebés aprendió a succionar con la misma frecuencia generada al oír a sus madres leyéndoles antes de que nacieran.

La calidad de la relación madre-hijo tiene una influencia importante en la adquisición del lenguaje. Cuando una mamá abraza a su hijo, le sonríe y le habla, provoca en él arrullos, gorjeos y otras expresiones pre lingüísticas. Los sentimientos y la conducta de la madre determinan significativamente el desarrollo lingüístico de sus hijos. Las madres que suelen estar alegres y hablar a sus bebés mientras hacen las tareas habituales facilitarán la adquisición del lenguaje. Por el contrario, las madres que generalmente están preocupadas, indecisas, tensas o calladas mientras interactúan con sus niñitos, podrían causarles retrasos en la adquisición del habla.³²

Aunque los niños pequeños no puedan hablar, es muy importante que los padres les hablen mientras los alimentan o los visten, les cambian los pañales, juegan o interactúan con ellos. Los estudios demuestran que existe una relación significativa entre la calidad del lenguaje que los niños oyen habitualmente y la calidad del lenguaje que hablarán más adelante. Aunque sean pequeños y no puedan decir ni una palabra, es importante que las madres y los padres usen oraciones completas al hablarles. Si los

³² Ortega Germania, Psicología del Infante, editorial española, pág. 79.

padres suelen hablar como bebés al dirigirse a sus hijos, el desarrollo del lenguaje se verá obstaculizado.

Cuando los padres hablen a sus niños en edad preescolar deben usar oraciones complejas. Las oraciones complejas tienen adverbios, adjetivos y frases y cláusulas modificadoras. En vez de decirles “tráeme tu camiseta”, díganles “tráeme tu camiseta roja”. En vez de decirles, “mamá ya va”, díganles “mamá irá contigo en cuanto se seque las manos”. El desarrollo óptimo del lenguaje se fomenta si los padres usan oraciones completas y complejas al interactuar con sus hijos durante los primeros cinco o seis años de vida. Muchos estudios dedicados al desarrollo del lenguaje infantil han demostrado coincidentemente que la forma en que los padres hablan a sus hijos determinará el lenguaje de ellos y la habilidad que tendrán para comunicarse. El lenguaje, a su vez, moldeará los procesos del pensamiento y la resolución mental de problemas.

Numerosos estudios han derribado otro viejo mito de la educación infantil: “Los niños deberían callarse y dejar hablar a los adultos” La práctica juega un papel muy importante en el desarrollo de las habilidades lingüísticas de los niños. Los jovencitos que tienen más oportunidades de escuchar y de hablar con adultos serán comunicadores más efectivos y exitosos que aquellos que no gozan de esas oportunidades. En resumen, los niños que en sus casas están expuestos a un ambiente lingüístico enriquecido y cuyos padres cariñosamente los invitan a hablar serán jóvenes que no solo hablarán con exactitud y claridad, sino que también entenderán lo que sus maestros les digan en la escuela. Las semillas del desempeño académico exitoso han sido bien plantadas en los niños si, desde antes de su nacimiento, han oído a sus padres con oraciones completas y practicado las estructuras de las oraciones complejas modeladas para ellos. Cuando

lleguen a la edad escolar esos niños estarán listos para aprender a leer, escribir y pensar usando el idioma, porque estarán familiarizados con él y serán capaces de entender el uso de los patrones de lenguaje enriquecido empleado por los maestros. Estos patrones complejos del lenguaje también son similares a las estructuras de las oraciones que encontrarán en los libros que leen en la escuela.

1.3. CELOS INFANTILES:

1.3.1. INTRODUCCIÓN.

Los celos infantiles son demandas que encontramos con bastante frecuencia por parte de las familias a los Equipos de Orientación Educativa. Ante todo debemos considerar que los celos son un estadio relativamente normal que hay que superar, hemos de prestarle atención cuando alteren la convivencia y el desarrollo normal del niño o sean persistentes y no remitan pasados los cinco años de edad.³³

Ante todo, debemos procurar que la relación de los padres con el niño o la niña no debe cambiar, por la llegada del retoño. Debemos de dedicarle un tiempo del día exclusivamente al hijo o hija mayor, para que sienta que esa relación tan especial y mágica no se ha modificado por el nuevo nacimiento, por lo contrario se dará el sentimiento del PRINCIPE O PRINCESA DESTRONADOS.

³³ Ortega Germania, Psicología del Infante, editorial española, pág. 57

1.3.2. SIGNIFICADO:

Se pueden definir como sentimientos de envidia y resentimiento hacía otra persona que se supone obligada a prestarnos atención y no lo hace. En la familia, la rivalidad entre los hermanos por conseguir el afecto y la atención de los padres suele ser el principal y primer motivo de celos.

1.3.3. ORIGEN DE LOS CELOS INFANTILES:

Existen distintas situaciones que pueden provocar en el niño el temor a perder el afecto de los padres o el sentimiento de haberlo ya perdido. Cabe destacar:

El nacimiento de un hermano: el recién nacido requiere una serie de cuidados y atención que hace perder al mayor parte de la que se le dedicaba a él; la conducta de la madre hacía los hijos cambia durante y después del embarazo, puede aparecer impaciente o fácil de enfadarse, estos cambios están asociados a la gestación y el niño hace responsable de ellos al bebé.

- Los favoritismos y preferencias de los padres: a veces abierta y otras solapadamente los padres manifiestan preferencias por uno de los hijos, lo que crea celos en los otros.

-La excesiva dependencia o necesidad de uno de los padres por parte del niño: normalmente de la madre, lo que desencadena celos hacia al otro progenitor por considerarle rival.

-El sentimiento de inseguridad y de inadaptación: el niño o la persona insegura frecuentemente envidia a los demás; estos sentimientos suelen ser el resultado de situaciones de ridículo en la infancia, de sentirse rechazado

o bien criticado de forma severa. El alentar la competencia entre los hermanos favorece la presencia de los celos. No le es fácil al niño compartir a su madre ni con el padre ni con el hermano, pero con éste último le es más difícil porque es más parecido a él.

1.3.4. CONDUCTAS ANTE LOS CELOS:

Las reacciones más frecuentes son cambios en el comportamiento y conductas infantiles:

-Incremento de la desobediencia.

-Más llorones y tercos.

-Irritables y nerviosos.

-Agresividad creciente dirigida al principio contra la madre y posteriormente contra el hermano.

-Retraimiento que desemboca en relación hostil con el hermano.

-Afectuosidad excesiva hacia el bebé.

-Se chupa el dedo.

-Vuelve a hacerse pipi o caca encima.

-Utiliza de nuevo el "lenguaje bebé"

-Vuelven las rabietas.

-Cambios en el sueño.

-Se incrementa las conductas rituales.

1.4. MALTRATO INFANTIL:

1.4.1. SIGNIFICADO:

Es la agresión física, psicológica o emocional que un adulto intencionalmente causa a un menor, sea por castigos violentos, abuso sexual, o formas psicológicas como ponerle en ridículo u ofender directamente su autoestima. El maltrato infantil afecta su normal desarrollo y su adecuada integración a la sociedad.³⁴

1.4.2. ¿QUÉ TIPOS DE MALTRATO INFANTIL HAY?

- Agresión física: daño intencional al cuerpo del menor o enfermedad provocada por golpes, patadas o quemaduras.
- Negligencia: es la desatención de las necesidades básicas del niño, como la alimentación, vestido, atención médica, educación, protección y supervisión.
- Abuso sexual: cualquier clase de placer sexual practicado por un adulto con un menor. No solo por contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) sino también por ser utilizado como objeto de estimulación sexual. Se incluye el incesto, la violación, la vejación y el acoso sexual.
- Maltrato emocional: cuando los padres o cuidadores desfogan su ira o enojo contra el menor en forma de insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, críticas, o aislándolos y atemorizándolos.

³⁴ Smith James, El niño maltratado, editorial Simún, pág. 88

1.4.3. ¿CÓMO PODEMOS DARNOS CUENTA DE QUE UN NIÑO ES MALTRATADO O ABUSADO?

Hay varias señales y cambios de conducta en el niño que causan alerta y merecen atención:

- Señales físicas repetidas como moretones, llagas, quemaduras, etc.
- Presentación personal muy descuidada: sucio, mal oliente, etc.
- Cambios en la conducta escolar sin motivo aparente: agresividad, apatía, retraimiento, actitud defensiva y recelosa, etc.
- Conducta sexual inapropiada, juegos y conocimientos no adecuados para su edad.
- Expresión de temor al ir a la casa o regresa a la escuela después del fin de semana en peores condiciones (triste, sucio, etc.).
- Temor de ir a la escuela y faltas continuas a clases sin justificación.
- Pérdida del apetito o, por el contrario, hambre insaciable.
- Dolores frecuentes sin causa aparente.
- Retraso en el desarrollo físico, emocional e intelectual.
- Conductas antisociales: fugas, vandalismo, robos, etc.
- Intento de suicidio o síntomas de depresión.
- Relaciones secretas, reservadas y extrañas entre el niño y un adulto.
- Falta de cuidados médicos básicos.

1.4.4. ¿CÓMO AFECTA EL MALTRATO AL INFANTE?

- ✓ Avidéz afectiva.
- ✓ Actitud pasiva.
- ✓ Sentimiento de desvalorización.

- ✓ Escasa destreza para la comunicación y para la adquisición de vínculos. con otros niños o adultos.
- ✓ Tienden a llamar la atención del adulto.
- ✓ Presenta apatía, somnolencia, tristeza, mutismo.
- ✓ trastornos de lenguaje.

CAPITULO II

FACTORES SOMÁTICOS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE.

Son aquellos agentes que tienen un origen orgánico y funcional.

2.1. LA HIPOACUSIA:

2.1.1. SIGNIFICADO:

La audición es uno de los cinco sentidos, y cuando está disminuida se denomina pérdida auditiva, sordera o hipoacusia.³⁵

2.1.2. CLASIFICACIÓN DE LA HIPOACUSIA

La hipoacusia se clasifica en:

- Leve (pérdida menor de 35 dB),
- Moderada (pérdida entre 35 y 60 dB),
- Profunda (pérdida entre 60 y 90 dB) y
- Total o cofosis (pérdida superior a 90 dB).

³⁵ Internet, enciclopedia Wikipedia, hipoacusia, www.google.com.

2.1.3. ¿QUÉ CAUSA PÉRDIDA AUDITIVA EN LOS NIÑOS?

PÉRDIDA TEMPORAL:

En la infancia la pérdida auditiva es normalmente temporal, algunas veces aparece tras **catarros** o debida a una acumulación de líquido detrás de la membrana timpánica (otitis media crónica no supurada, u otitis media serosa). Se estima que el 90% de los niños tendrán en algún momento este cuadro, con o sin pérdida de audición. Los niños tienen una anatomía diferente a la de los adultos, lo que les hace más predispuestos a desarrollar una **otitis media** crónica no supurada tras un catarro, y son menos capaces de librarse de ella. Sin embargo, la otitis media crónica no supurada normalmente se resuelve espontáneamente y es relativamente rara después de los 10 años.

PÉRDIDA PERMANENTE:

Algunos niños tienen hipoacusia permanente por un daño en el **oído externo**, medio o interno o en el nervio auditivo. Uno de cada 1.000 niños nace con pérdida auditiva permanente. Algunas veces aparece tras enfermedades como la meningitis o al desarrollar un estado que produce pérdida auditiva progresiva. La causa de la hipoacusia permanente varía dependiendo de si el daño se produce desde el nacimiento o más tarde. **Desde el nacimiento:** algunos niños nacen con pérdida auditiva permanente, que puede ser debida a varias causas prenatales (como la infección durante el embarazo, el Síndrome de Down o un **defecto genético**), o problemas durante el parto (falta de oxígeno), o por haber nacido prematuros. **Tras el nacimiento:** algunos niños pueden desarrollar

sordera tras una **meningitis**, una infección por un **virus**, un golpe en la cabeza o por ciertas **medicaciones**. Algunos niños pueden tener un defecto genético presente desde el nacimiento aunque la pérdida auditiva aparezca más tarde.

2.1.4. CARACTERÍSTICAS DE UN NIÑO HIPOACÚSICO:

- El niño no responde a la voz de los padres y los ruidos ambientales.
- El niño no produce ningún sonido de balbuceo.
- El niño solamente responde cuando puede ver la cara de quien le habla.

2.1.5. Consecuencias infantiles de la hipoacusia:

- Desarrollo lingüístico deficiente.
- Dificultades para socializar.
- Problemas de aprendizaje.

2.2. MACROGLOSIA:



3.2.1. SIGNIFICADO:

La **macroglosia** es un trastorno en el que la lengua es más grande de lo normal (en posición de reposo protruye más allá del reborde alveolar), generalmente debido a un aumento en la cantidad de tejido y no debido a un crecimiento externo como en el caso de un tumor.³⁶

3.2.2. CAUSAS DE LA MACROGLOSIA:

Existen **causas congénitas** y adquiridas de la macroglosia verdadera; los ejemplos del agrandamiento congénito incluyen hipertrofia muscular, hiperplasia glandular, hemangioma, linfangioma. Además, aparece en condiciones como cretinismo, síndrome de Down, síndrome de Hurler, macroglosia autosómica dominante, diabetes mellitus neonatal, síndrome Beckwith-Wiedemann.

Causas adquiridas como: acromegalia, mixedema, amiloidosis, hipotiroidismo, sífilis terciaria, quistes o tumores como mioma, sarcoma, trauma neurológico, lipomatosis simétrica benigna, hipertrofia idiopática, hipertrofia reversible como efecto colateral de la terapia de inhalación de beclometasona; hay también edema de la lengua que puede ser causado por reacción a una variedad de alérgenos que incluyen algún alimento (alcachofa) o medicamentos como inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o como una complicación relacionada con la duración de algunas cirugías por compresión mecánica local (la presión ejercida por el retractor de lengua u otro instrumento) o debida a obstrucción regional (flexión del cuello, o posición baja de la cabeza) que impide el adecuado drenaje venoso y linfático.

³⁶ Internet, enciclopedia Wikipedia, hipoacusia, www.google.com.

3.2.3. CONSECUENCIAS DE LA MACROGLOSIA:

- Anomalías dento-músculo-esqueléticas,
- Problemas en la masticación,
- Dificultades en la fonación, etc.
- Los dientes son empujados hacia delante separándolos.
- Poca precisión y rapidez en la articulación (habla bradilálica).
- Suele haber sialorrea constante (sacar la lengua y jadear como un perro).

3.3. LABIO LEPORINO:



3.3.1. ¿QUÉ ES EL LABIO LEPORINO?

El labio leporino es un defecto congénito de las estructuras que forman la boca. Es una hendidura o separación en el labio y es el resultado de que los dos lados del labio superior no crecieron a la vez.³⁷

³⁷ Internet, enciclopedia Wikipedia, hipoacusia, www.google.com.

2.3.2. ¿QUÉ LO OCASIONA?

El labio leporino se presenta sobre todo en familias con un historial de esta anomalía en alguno de los padres, en otro niño o un pariente inmediato. Pero también puede presentarse en familias sin los antecedentes ya mencionados. Se cree que hay factores ambientales que reaccionan con ciertos genes específicos e interfieren con el proceso normal del desarrollo del labio. Algunos autores refieren como causantes de labio leporino a algunos fármacos, drogas, productos químicos, plomo, deficiencias de vitaminas.

2.3.3. CONSECUENCIAS DEL LABIO LEPORINO:

Los niños con labio leporino suelen padecer de:

- Infecciones del oído, debidas al desarrollo incompleto del paladar y de los músculos palatinos, que son necesarios para abrir las trompas de Eustaquio, las cuales se encuentran a cada lado de la garganta y conducen al oído medio.
- Problemas en garganta, nariz y oído.
- La voz de estos niños tiene un acento nasal.
- Incorrecta posición de las piezas dentarias.
- Existen problemas en la pronunciación:

Vocálica: u, o, a

Consonántica: b, p, l.

3.4. FRENILLO LINGUAL:



3.4.1. SIGNIFICADO:

Se trata de un repliegue de la mucosa que va desde la base de la boca hasta la lengua a nivel de su línea media en su cara inferior. Este repliegue puede ser sólo mucoso, fibroso e incluso muscular, pudiendo sujetar la lengua a la base de la boca. Al nacer, la lengua es corta y el frenillo tirante, pero al crecer el niño la lengua se hace más fina y larga. El frenillo también se alarga con el uso y por lo tanto la verdadera lengua ligada es muy rara.³⁸

A veces también se observa un frenillo a nivel de los dientes incisivos centrales superiores, el cual produce una separación entre ellos. Este frenillo no suele producir un espacio muy importante y mejora al salir los dientes de los lados; ocasionalmente si esto no fuera así y la separación se mantuviera, podría realizarse tratamiento ortodóncico y cortarlo.

³⁸ ³⁸ Internet, enciclopedia Wikipedia, hipoacusia, www.google.com.

3.4.2. ¿QUÉ PROBLEMAS TIENE?

El frenillo verdadero es realmente muy poco frecuente y excepcionalmente será capaz de producir tirantez e inmovilidad de la lengua, dando problemas a la hora de mamar e incluso con posterioridad a la hora de hablar. Solamente lo consideraremos importante en el caso de que la punta de la lengua no pueda sobresalir más allá de los dientes o del borde de las encías o cuando la punta de la lengua tenga una muesca cuando el niño saque la lengua al máximo.

3.4.3. FONEMAS ALTERADOS EN EL FRENILLO LINGUAL:

Fonemas alterados: f, alveolares (l,r) y palatales
Rotacismo (distorsión de la r).

3.4.4. ¿QUÉ ACTITUD DEBEMOS ADOPTAR?

Tener la lengua con un menor movimiento no suele ser causa de problemas para el habla y menos para una alimentación (succión) correcta. Por este motivo, únicamente en los raros casos antes citados de frenillo verdadero, se podrá pensar en cortar el frenillo. Esta intervención no deberá realizarse nunca antes del año de edad (mejor entre los 2-3 años de edad), pues puede tener problemas de hemorragia, infección o que deje un tejido cicatricial residual.

3.5. FRENILLO LABIAL:



3.5.1. SIGNIFICADO:

Repliegue que une el labio superior con las encías. En algunos chicos, la membrana que une el labio con la encía superior es tan gruesa que separa los incisivos e incluso impide la movilidad correcta del labio.³⁹

3.5.2. CONSECUENCIAS:

Esta malformación bastante frecuente, es causa de dislalia por motivos distintos:

- Impide la movilidad normal del labio superior y produce un diastema (separación) entre los incisivos centrales, un espacio entre los incisivos centrales, tanto temporales como permanentes, es común y puede ser absolutamente normal en la época previa a la erupción de los incisivos laterales.

- **Como consecuencias más evidentes** aparecen las dificultades en la articulación de fonemas /u/, /p/, /b/ y /m/.

- Las bilabiales son sustituidas por la labiodental /f/.

El sorber líquidos a través de un tubito es imposible o difícil.

³⁹ Internet, enciclopedia Wikipedia, hipoacusia, www.google.com.

2.6. FISURA PALATINA:



2.6.1. FISURA PALATINA:

La fisura palatina es también un defecto de nacimiento que consiste en una apertura en el cielo de la boca. Hay comunicación directa entre boca y nariz. Causa problemas funcionales, fundamentalmente trastornos del habla.⁴⁰

2.6.2. CONSECUENCIAS:

- Golpe de glotis: los fonemas oclusivos sordos y sonoros son sustituidos por un ruido emitido x la laringe con o sin vibración (según el sonido sea sordo o sonoro). Mueve los labios como si articulara correctamente.
- Ronquido faríngeo: los fonemas fricativos (s, f, z, j) son sustituidos por un ruido realizado por la base de la lengua que contacta hacia atrás con la pared faríngea. La boca está entreabierta y los labios inmóviles.
- Soplo nasal: escape de aire x la nariz afectando a todos los fonemas

⁴⁰ ⁴⁰ Internet, enciclopedia Wikipedia, hipoacusia, www.google.com.

orales.

· Kinofonía: voz con un timbre grave como consecuencia de la resonancia de la voz en las fosas nasales.

2.7. Ausencia de piezas dentarias:



2.7.1. SIGNIFICADO:

Es la falta de dientes, especialmente de los incisivos superiores, ya sea por alguna malformación o como proceso evolutivo normal en los niños.

2.7.2. CONSECUENCIAS:

La falta de una pieza dental trae consecuencias funcionales, causan una desorganización de la conformación de las arcadas dentarias, se pierde la eficacia masticatoria y si es un diente anterior se altera la fonación y la estética. El fonema con mayor afección es la r, ya que para pronunciarlo correctamente es necesario apoyarse en los dientes incisivos superiores.

CAPITULO III

DISLALIA

3.1. CONCEPTO:

El concepto de dislalia corresponde al trastorno en la articulación de los fonemas, bien por la ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por la sustitución de estos por otros de forma incorrecta. Se trata de una incapacidad para pronunciar o formar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas. ⁴¹

La dislalia puede afectar a cualquier consonante o vocal. Puede presentarse el defecto referido a un solo fonema o a varios en número indeterminado, o afectar tan solo a la asociación de consonantes, cuando estas aparecen unidas en una sola sílaba, omitiendo en este caso una de ellas. El lenguaje del niño dislállico, si se extiende a muchos fonemas, puede llegar a hacerse ininteligible, por las desfiguraciones verbales que emplea continuamente.

3.2. ¿CUÁNDO EMPIEZA A SER DISLALIA?

Cuando un niño menor de cuatro años presenta errores en la pronunciación, está considerado como normal, es una etapa común en el

⁴¹ Nieto Herrera, M, Retardo del lenguaje. Pág. 14.

desarrollo del lenguaje infantil. En este período, no se aplica tratamientos ya que su habla todavía está en fase de maduración. Sin embargo, si los errores se mantienen más allá de los cuatro años, se debe consultar un especialista en lenguaje y audición.

3.3. TIPOS DE DISLALIA:

Atendiendo a sus causas podemos clasificar las dislalias en: dislalia evolutiva, dislalia funcional, dislalia audiógena y dislalia orgánica.

3.3.1. Dislalia evolutiva:

Se denomina dislalia evolutiva, aquella fase del desarrollo del lenguaje infantil en la que el niño o la niña es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha, de formar los estereotipos acústico-articulatorios correctos. A causa de ello repite las palabras de forma incorrecta desde el punto de vista fonético. Los síntomas que aparecen son, por tanto, los de la dislalia, al darse una articulación defectuosa. Aunque la dislalia evolutiva no precisa un tratamiento directo, forma parte de un proceso normal, es necesario mantener con el niño o la niña un comportamiento adecuado que ayude a su maduración general para evitar posteriores problemas, y que no permita una fijación del esquema defectuoso, que en ese momento es normal para él o ella. Por tanto, es conveniente hablarle

siempre de forma clara y adulta, no imitando sus defectos ni tomarlos como una gracia ya que puede reforzar la pronunciación defectuosa e impedir su evolución.

3.3.2. Dislalia funcional:

La dislalia funcional es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje por una función anómala de los órganos periféricos. Se presentan las anomalías descritas al tratar el concepto general de dislalia sin que existan trastornos o modificaciones orgánicas en el sujeto, sino tan solo una incapacidad funcional. El fonema es el resultado final de la acción de la respiración, de la fonación y de la articulación. En estos casos existe una incapacidad o dificultad funcional en cualquiera de estos aspectos que impide la perfecta articulación. La dislalia funcional puede darse en cualquier fonema, pero lo más frecuente es la sustitución, omisión o deformación de los siguientes: /r/, /k/, /l/, /s/, /z/ y /ch/. El niño o la niña dislállico, en muchos casos, sabe que articula mal, quiere corregirse y trata de imitarnos, pero sus órganos no obedecen con la facilidad que desea, y no encuentran el movimiento concreto que debe ser realizado para pronunciar un sonido correctamente. Para la denominación de los distintos errores que se dan en la dislalia, se utiliza una terminología derivada del nombre griego del fonema afectado con la terminación "tismo" o "cismo".

Así la articulación defectuosa de la /r/ se denomina rotacismo, la de la /s/ sigmatismo, la de la /d/ delatamiento, etc. Cuando un fonema es sustituido por otro se antepone "para", como pararrotacismo. El resultado de la experiencia y las estadísticas demuestran que se da una mayor incidencia de dislalias en el sexo masculino que en el femenino.

3.3.3. Dislalia audiógena:

Un elemento fundamental en la elaboración del lenguaje es la percepción auditiva, necesaria para conseguir una correcta articulación. El niño o la niña que no oye nada, no hablará nada espontáneamente, y quien oye incorrectamente, hablará con defectos. Estas alteraciones de la articulación producidas por una audición defectuosa se denominan dislalias audiógenas. La "hipoacusia, en mayor o menor grado impide la adquisición y el desarrollo del lenguaje y dificulta el aprendizaje de conocimientos escolares, trastorna la afectividad y altera el comportamiento social" (Perello, J. 1973). El niño que presenta una dislalia audiógena, motivada por un déficit auditivo, tendrá especial dificultad para reconocer y reproducir sonidos que ofrezcan entre sí semejanza, al faltarle la capacidad de diferenciación auditiva. Generalmente en estos casos, junto a la dislalia, se presentarán alteraciones de la voz y del ritmo, que modificarán la cadencia normal del habla.

La causa audiógena de la dislalia se detectará con exactitud a través del examen audiométrico que indicará la intensidad de la pérdida. Según sus resultados se verá si es necesaria la aplicación de una prótesis auditiva que permita la ampliación del sonido y que en la mayoría de los casos será útil, tanto para el desarrollo de su lenguaje como para su vida de relación. El tratamiento de la dislalia funcional también puede ser válido para la dislalia audiógena, en lo que se refiere a la enseñanza y corrección de la articulación.

3.3.4. Dislalia orgánica:

Se denomina dislalia orgánica al trastorno de la articulación que está motivado por alteraciones orgánicas. Estas alteraciones orgánicas pueden referirse a lesiones del sistema nervioso que afecten al lenguaje, en cuyo caso se denominan disartrias. Cuando la alteración afecta a los órganos del habla, por anomalías anatómicas o malformaciones de los mismos, se tiende a llamarlas disglosias. La dislalia orgánica incluye:

Disartria: pueden ser de origen muy variado dentro del trastorno neurológico, dándose igualmente desde el nacimiento o como consecuencia de enfermedad o accidente posterior.

Disglosia: son las anomalías anatómicas y malformaciones de los órganos del lenguaje y siempre causan defectos de pronunciación. Estas

alteraciones pueden estar localizadas en los labios, lengua, paladar óseo o blando, dientes maxilares o fosas nasales, pero en cualquier caso impedirán al niño o la niña una articulación correcta de algunos fonemas. Atendiendo al órgano afectado se clasificarán en disglosias labiales, linguales, palatinas, dentales, mandibulares y nasales o rinolalia.

3.4. CAUSAS DE LA DISLALIA:

Son muchos los factores a considerar a la hora de definir una causa para la dislalia de un niño. Sin embargo, la definición de la causa es fundamental para un posterior tratamiento especializado, ya que esta intervención va a variar según el problema: somático o psicológico.⁴²

Las posibles causas de los trastornos del habla son:

1- Retraso fonológico:

Cuando los problemas están relacionados a un retraso en el desarrollo del habla. El niño simplifica los sonidos porque no aprendió a producir los más complejos de su lengua. Su capacidad articulatoria no está afectada.

2- Trastorno fonético o dislalia:

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

⁴² Nieto Herrera, M, Retardo del lenguaje. Pág. 33

encargan del habla, como debería, y por eso comete omisiones, sustituciones y distorsiones de algunos sonidos de la lengua.

3- Alteraciones físicas:

Cuando el niño presenta malformaciones físicas en los órganos que intervienen en el habla y que le impiden de pronunciar muchos sonidos. Las lesiones en el sistema nervioso pueden ocasionar alteraciones en el movimiento y en la coordinación de los músculos implicados en el habla. La mala oclusión dental, el frenillo lingual, o malformaciones en el labio (ejemplo, labio leporino o hendido), pueden ocasionar una dislalia.

4- Problemas psicológicos:

Cuando el niño vive situaciones que le causan alteraciones psicológicas como: sobreprotección, celos infantiles, agresividad, etc.

3. 5. SINTOMATOLOGÍA DE LA DISLALIA:

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

pronunciación correcta la manifiesta con distintos síntomas o errores, como son: la sustitución, la distorsión, la omisión y la inserción.⁴³

3.5.1. Sustitución:

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

⁴³ Nieto Herrera, M, Retardo del lenguaje. Pág. 45.

3.5.2. Distorsión:

Con frecuencia los niños dislálicos emiten sonidos de forma incorrecta o deformada, pudiéndose dar esta distorsión de manera más o menos acusada. Esta alteración es debida a una imperfecta posición de los órganos de la articulación, a la falta de control de los movimientos que han de realizar o a la forma impropia de salida del aire fonador, produciendo lateralizaciones o nasalizaciones incorrectas. Las distorsiones pueden ser personales, cada sujeto que presenta ese error manifiesta en ocasiones deformaciones muy particulares, que pueden llegar a ser chocantes o llamativas al oído de los demás, siendo en estos casos la forma que más afecta al sujeto que las padece, por la acogida que pueda tener en el entorno. La distorsión, junto a con la sustitución, son los dos errores que con mayor frecuencia aparecen en la sintomatología de la dislalia.

3.5.3. Omisión:

Otro síntoma que se puede presentar ante la dificultad articulatoria es el de la omisión del fonema que no se sabe realizar. En unas ocasiones esta omisión afecta solo a la consonante, por ejemplo dirá "caeta" por "carreta" o "emana" por "semana", pero también suelen omitir en estos casos la sílaba completa que contiene el fonema conflictivo, diciendo

“camelo” por “caramelo”. Cuando se trata de sílabas de consonante doble, trabadas o sinfones, es frecuente la omisión de la consonante medial, bien porque el niño o la niña no sepa pronunciarla o, aunque pueda articularla de forma aislada, por la dificultad que supone la emisión continuada de dos consonantes sin vocal intermedia. Así dirá “pato” por “plato” o “futa” por “fruta”. Otra emisión frecuente es la de las consonantes que aparecen en sílaba inversa, especialmente si van al final de la palabra, aunque en otras posiciones sepan pronunciarlas.

3.5.4. Inserción o adición:

En ocasiones, entre un sonido que le resulta difícil de articular, el niño intercala junto a él otro fonema que no corresponde a esa palabra y, sin conseguir con ello salvar la dificultad, se convierte en un vicio de dicción. En lugar de “ratón” dirá “aratón”, o en lugar de “plato” dirá “palato”. Este tipo de error es el que suele presentarse con menos frecuencia.

3.6. EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS DISLALIAS:

En general, entre las edades de 4 a 6 años, el niño o la niña no se dan cuenta de su defecto y cree firmemente que habla bien. Es aproximadamente hacia los 7 años cuando empieza a reconocer su problema por dos vías:

- **Experiencia personal del lenguaje.**
- **Las risas, chistes y comentarios que suscita su forma de hablar ente las personas que le rodean.**

Ante esta situación puede tener una reacción de frustración, manifestándose en forma de agresividad. Otra forma de reacción es el retraimiento y timidez, en estos casos evitará todos los contactos y posibilidades de relacionarse con los demás. Haber sufrido algún trauma o humillación por esta causa, le hará irse cerrando cada vez más, disminuirá la confianza en sí mismo y en sus posibilidades de superación. Cuando el niño o la niña en situación escolar presentan este defecto de articulación, supone, por lo general, un handicap para su integración social en el grupo y para conseguir un rendimiento en proporción a su capacidad, fundamental para la adquisición del lenguaje oral y de la lecto-escritura. Un trastorno del desarrollo del lenguaje articulado también puede crear reacciones familiares desajustadas por falta de aceptación del problema.

44

⁴⁴ Perelló, J. y otros.: Trastornos del habla (4ta. edición). Pág. 77

3.7. DIAGNÓSTICO:

Ante un problema de articulación, antes de iniciar un tratamiento de recuperación, es preciso llevar a cabo una valoración diagnóstica que nos indique, en cada caso, cuáles son los factores etiológicos responsables del problema. A la hora de detectar una dislalia no nos podemos conformar con un mero análisis de la articulación, aunque sea una parte importante del diagnóstico completo, sino que es necesario detectar en cada caso la causa o causas que han creado la dificultad articulatoria, para que el tratamiento, con un enfoque pluridimensional, vaya dirigido inicialmente a todos aquellos aspectos en los que existe un deterioro o déficit, para que sea corregido y favorecer así la enseñanza de la articulación correcta.

A continuación se presenta algunas pautas para un correcto diagnóstico de la dislalia.

3.7.1. La anamnesis o historial.- es el primer paso necesario en todo diagnóstico. En la anamnesis habrá que hacer constar:

- **Datos personales:**
- **Historia personal:** (Historia del problema que presenta)
- **Desarrollo de la motricidad:**
- **Desarrollo del lenguaje:**
- **Personalidad:**
- **Escolaridad:**

- **Datos familiares:**

3.7.2. Exploración de los órganos bucofonatorios:

En primer lugar debemos observar la presencia o ausencia de alteración orgánica periférica de labios, lengua, paladar, mandíbula, dientes y fosa nasal.

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

Nos podemos encontrar con las siguientes alteraciones periféricas de los labios:

- Labio fisurado (labio leporino) o malformación congénita del labio, especialmente el superior, que se puede presentar en forma unilateral o bilateral acompañado o no de fisura palatina.
- Frenillo labial o repliegue membranoso que une la parte media y posterior del labio superior a los dientes incisivos. Debemos observar el tamaño del repliegue membranoso (normal o corto).
- Tono labial de los labios. Debemos observar la hipotonía e hipertonía labial, así como la incoordinación, asimetría y torpeza de los labios en la realización de los ejercicios con o sin palabras (prueba praxias bucofaciales).

Nos podemos encontrar con las siguientes alteraciones periféricas de la lengua:

- Tamaño lingual. Para valorar el tamaño lingual observaremos la normalidad (lengua normal), la lengua excesivamente pequeña (microglosia) que apenas puede salir de los labios y la lengua excesivamente grande (macroglosia) que ocupa plenamente toda la base de la boca y sobresale de esta teniéndola siempre abierta. Además, la incapacidad para elevar y mover la lengua con habilidad en la emisión de los sonidos, bien por defecto o por exceso, nos ayuda a valorar el tamaño lingual.

- Frenillo lingual o repliegue membranoso situado en la cara inferior e interna de la lengua que imita los movimientos del ápice lingual. Para valorar si hay frenillo lingual se observa si el ápice lingual no toca el alvéolo superior y la lengua no sale de los labios para realizar los fonemas ápico-alveolares y los interdentes.

- Tono lingual o tonicidad muscular de la lengua. Para valorar el tono lingual se observa la normalidad (tono normal), la disminución de la tensión lingual o flacidez (hipotonía) por mover la lengua de manera incontrolada y el aumento exagerado de la tensión lingual o rigidez (hipertonía) por mover la lengua con torpeza. Además, la poca presión y la movilidad exagerada de la lengua en la realización de los ejercicios con o sin ayuda

de palabras (prueba praxias bucofaciales: ítems de la lengua) nos ayuda a valorar el tono lingual.

Nos podemos encontrar con las siguientes alteraciones periféricas del paladar:

- Paladar ojival. Para valorar el paladar ojival observaremos si el paladar es estrecho, muy elevado y se asemeja a la forma de una campana. El paladar ojival se presenta, generalmente, asociado a los malos respiradores o respiradores bucales y en aquellos niños y niñas que tienen el mal hábito de chuparse el dedo. Al respirar continuamente por la boca hay una mala posición de la lengua, que presiona sobre el paladar y lo eleva en su arte media. El tratamiento es protésico y corresponde al odontólogo corregir esta alteración orgánica.

- Fisura palatina o división del paladar óseo y blando en dos mitades, dejando en directa comunicación las cavidades bucal y nasal. Para valorar la fisura palatina se observa si existe cicatriz debido a una fisura operada.

- Tamaño del paladar. Para valorar el tamaño del paladar observaremos la normalidad (paladar normal), o la deficiente longitud congénita del paladar, generalmente del óseo, ocasionada por un velo demasiado corto y poco móvil (paladar pequeño), o por un cavum demasiado grande

(paladar grande), o lo que puede determinar una voz nasal agravada y acompañada de ronquera.

Nos podemos encontrar con las siguientes alteraciones de la mandíbula:

- Oclusión dentaria. Para valorar la oclusión dentaria observaremos si el alumno o alumna al abrir o cerrar la boca, dejando los labios entreabiertos, realiza una oclusión dentaria correcta o una mala oclusión dentaria. La mala oclusión puede ser provocada por la retracción (retrucción) del maxilar inferior o, por el contrario, la proyección (progenia) exagerada del maxilar inferior. Su consecuencia será la deformación de los fonemas que tienen como punto de articulación la zona interdental, y de aquellos en que la lengua tiene como punto de apoyo los dientes y alvéolos.⁴⁵

- Abertura bucal o coordinación maxilar para abrir y cerrar la boca sin dificultad. Para valorar la abertura bucal se le pide al alumno o alumna que abra y cierre varias veces la boca y se observa si la abertura bucal se realiza sin dificultad, presenta dificultad de coordinación o apenas puede abrir la boca.

- Salivación o exceso de saliva en la boca. Para valorar la salivación observaremos al niño o niña en diferentes situaciones y percibiremos en qué momentos se produce la salivación y cuándo con mayor intensidad. El exceso de saliva va unido a la boca abierta. Al mantener la boca abierta

⁴⁵ TSVETKOVA, L. S. Reeducción del lenguaje, la lectura y la escritura, Pág. 148.

hay caída de saliva por las comisuras labiales, encharcamiento en la boca o excesiva saliva en el momento de hablar.

- Boca abierta en reposo, debido a un mal hábito adquirido, o a una insuficiencia respiratoria y/o a una obstrucción nasal. Para valorar si el niño mantiene la boca abierta se le observa en diferentes situaciones y actividades. La boca abierta no necesariamente va unida a salivación. Los niños y niñas que respiran por la boca suelen padecer hipertrofias adenoideas y presentar una mala respiración nasal, lo que podría conllevar una deficiente ventilación de la caja timpánica y un trastorno de la audición.

Nos podemos encontrar con las siguientes alteraciones periféricas de la implantación dentaria:

- Falta de pieza dentaria (agenesia) debida a un desarrollo insuficiente o defectuoso de los dientes. No se debe confundir la falta de pieza dental debida al cambio normal de la segunda dentición con la agenesia.

- Separación de las piezas dentales (diastema) o separación anómala entre dos piezas dentarias. No se debe confundir la excesiva separación dentaria con la extracción de una pieza dental o con el cambio normal de la segunda dentición (falso diastema).

- Malformación de piezas dentales o ausencia de piezas dentarias o caries dentales de grave afectación, debido a una deficiente nutrición, mal uso y abuso de jarabes

(automedicación).

- Prótesis dental o colocación de una dentadura o prótesis artificial para la corrección dentaria.
- Prótesis palatina o colocación de un paladar artificial.

3.7.3. Ejercicios de articulación:

A continuación es necesario analizar la pronunciación del niño o la niña tanto en el lenguaje repetido, como en el dirigido y en el espontáneo, ya que con frecuencia varían sus dificultades de articulación de uno a otro. Todos los problemas que surjan en el lenguaje repetido aparecerán igualmente en las otras formas de expresión, ya que no puede realizar por imitación tampoco lo puede llevar a cabo de forma espontánea. Por el contrario, al hacer la valoración del lenguaje dirigido y del espontáneo, nos centraremos con frecuencia en las articulaciones, que habiendo podido emitirlos correctamente por imitación en la repetición, a la hora de tener que reproducirlas en la expresión libre comete cualquiera de los errores o síntomas descritos.⁴⁶

⁴⁶ TSVETKOVA, L. S. Reeducción del lenguaje, la lectura y la escritura. Pág. 289.

3.7.4. Prueba de lenguaje repetido:

Para la realización de esta prueba nos sentaremos junto al niño o la niña ante el espejo, con el fin de que pueda ver cómo imita nuestros movimientos bucales y facilitar así su reproducción. Le iremos dando una serie de palabras cortas y sencillas que pertenezcan a su vocabulario habitual y que contengan el sonido analizado en distintas posiciones y seguido de diferentes vocales, una a una, de forma lenta y claramente pronunciadas, para que sean repetidas por el niño o la niña. Es necesario pasar palabras con todos los sonidos y con los grupos silábicos de consonantes dobles o sinfonos, para confirmar la valoración real de la capacidad del niño o la niña.

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 la palabra, ya sea inicial o medial, lo hacemos constar en el apartado de observaciones para tenerlo en cuenta a la hora de su reeducación.

3.7.5. Prueba de lenguaje dirigido:

También valoraremos el habla en una forma de expresión más libre, sin que medie un modelo de pronunciación dada para imitar y conocer así si tiene generalizada la articulación correcta en aquellos sonidos que supo emitir

bien por repetición. Iremos conduciéndole para obligarle a decir palabras con el sonido que queremos analizar, sin darle el modelo previo. Lo conseguiremos mostrándole láminas con dibujos de objetos conocidos cuya denominación contiene este sonido, para que los vaya nombrando. Si el niño o la niña sabe leer, podemos incluir aquí una prueba de lectura, para conocer cómo es su articulación en la misma.

3.7.6. Lenguaje espontáneo:

Por último, para completar la valoración de la expresión hablada, llevaremos a cabo una observación de la misma en el diálogo espontáneo, entablado una conversación dirigida a los datos que queremos analizar. Como elementos motivadores podemos utilizar cuentos, láminas, preguntas sobre el colegio, la familia, amigos, los juegos, los programas de televisión que suele ver, etc. Cuando existen diferencias entre las alteraciones que se dan en el lenguaje repetido y el espontáneo, conviene recoger en otra ficha todas las anomalías que aparecen en este último, incluido el resultado del examen del lenguaje dirigido, ya que, al no tener en él un modelo previo para repetir, completa el resultado de la situación del lenguaje espontáneo del niño o la niña.

3.8. TRATAMIENTO DE LA DISLALIA:

La intervención en los **trastornos fonéticos** tendrá como objetivo que el niño aprenda a articular los sonidos correctamente. Posterior a una evaluación del nivel articulatorio del niño, se realizará un programa adecuado a sus necesidades. En general se darán los siguientes pasos en la intervención:

1º Estimular la capacidad del niño para producir sonidos, reproduciendo movimientos y posturas, experimentando con las vocales y las consonantes. Se le enseñará a comparar y diferenciar los sonidos.

2º Estimulación de la coordinación de los movimientos necesarios para la pronunciación de sonidos: ejercicios labiales y linguales. Se enseña al niño las posiciones correctas de los sonidos más difíciles.

3º Se realizan ejercicios donde el niño debe producir el sonido dentro de sílabas hasta que se automatice el patrón muscular necesario para la articulación del sonido.

4º Llegados a este punto el niño ya está preparado para comenzar con las palabras completas, a través de juegos se facilitará la producción y articulación de los sonidos difíciles dentro de las palabras.

5º Una vez que el niño es capaz de pronunciar los sonidos difíciles en cualquier posición de una palabra, se tratará que lo realice fuera de las sesiones, es decir, en su lenguaje espontáneo y no solo en las sesiones terapéuticas.

A lo largo de toda la intervención se ejercitará de forma paralela la musculatura que está interviniendo en la producción de los sonidos. Toda la terapia se va a centrar en **juegos** que faciliten la adquisición de las habilidades necesarias con la **participación e implicación del niño**, logrando así, que sea el propio niño quien descubra por sí mismo los procesos.⁴⁷

Es conveniente que los *padres* participen y colaboren en todo el proceso terapéutico siguiendo las instrucciones del terapeuta y realizando las actividades para casa que considere necesarias.

⁴⁷ Nieto Herrera, Anomalías del lenguaje y su corrección. Pág. 456.

6. HIPÓTESIS

6.1 Hipótesis general:

Determinados factores psicológicos y somáticos originan dislalia en los niños y niñas del primer año de educación básica, de la escuela "José Ingenieros N°2" de la ciudad de Loja. Periodo Marzo-Agosto del 2010.

6. 2 Hipótesis específicas:

Hipótesis uno:

La dislalia que se da con mayor frecuencia en los niños y niñas del primer año de educación básica, de la escuela "José Ingenieros N°2" de la ciudad de Loja, es generada por factores psicológicos.

Hipótesis dos:

La distorsión, omisión, adición y sustitución son los principales errores de articulación que presentan los niños/as con dislalia del primer año de educación básica, de la escuela "José Ingenieros N°2" de la ciudad de Loja.

6.3. OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS:

6.3.1. HIPÓTESIS ESPECÍFICA UNO:

La dislalia que se da con mayor frecuencia en los niños y niñas del primer año de educación básica, de la escuela “José Ingenieros N°2” de la ciudad de Loja, es generada por factores psicológicos.

CATEGORÍA	VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	ÍNDICE	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Tipos de dislalia: Las dislalias se clasifican según sus causas en: evolutiva, funcional, audiógena y orgánica.	Variable dependiente: Tipos de dislalia	<ul style="list-style-type: none"> - Evolutiva - Funcional - Audiógena - Orgánica 	<ul style="list-style-type: none"> - Repite palabras incorrectas fonéticamente. - Defecto en el desarrollo de la articulación por una función anómala de los órganos periféricos. - Son alteraciones de la articulación producidas por una audición defectuosa. - Existen alteraciones orgánicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - A veces 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta a padres de familia y maestras. - Ficha de observación.
Los factores psicológicos. Son aquellos agentes que tienen un origen de tipo emocional, que pueden ser desencadenados por situaciones relacionadas con la familia o vida intrapersonal.	Variables independientes: Factores psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Sobreprotección - Lenguaje del entorno familiar. - Celos infantiles - Maltrato infantil 	<ul style="list-style-type: none"> - Se define como un exceso de cuidado y protección. - El lenguaje debe ser claro, sin diminutivos. - Conductas de rechazo y competencia. - Es una agresión física, psicológica o emocional producida por un adulto en un niño. 	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - A veces 	
Los factores somáticos: Son aquellos agentes que tienen un origen orgánico y funcional.	Factores somáticos	<ul style="list-style-type: none"> - Hipoacusia - Macroglosia - Labio leporino - Frenillo labial - Frenillo lingual - Fisura palatina - Ausencia de piezas dentarias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiencia auditiva- sordera - La lengua es más grande de lo normal. - Hendidura o separación en el labio. - Repliegue que une el labio superior con las encías. - Repliegue que va desde la base de la boca a la lengua. - Apertura en el cielo de la boca. - Es la falta de dientes, especialmente de los incisivos superiores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - A veces 	

6.3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICA DOS:

La distorsión, omisión, adición y sustitución son los principales errores de articulación que presentan los niños/as con dislalia del Primer Año de Educación Básica, de la escuela José Ingenieros N°2 de la ciudad de Loja.

CATEGORÍA	VARIABLE	INDICADOR	ÍNDICE	TÉCNICAS INSTRUMENTOS	E
Distorsión. -esta alteración es debida a una imperfecta posición de los órganos de articulación.	Variable dependiente: Distorsión, omisión y adición y sustitución.	Lenguaje inentendible.	-Siempre - Nunca - A veces	- Test de Melgar.	
Omisión. - es cuando el niño omite ciertos fonemas.		Se omite algunos fonemas al pronunciar.	-Siempre -Nunca -A veces		
Adición. - se produce cuando el infante añade fonemas o vocales a una palabra.		El niño aumenta fonemas innecesarios en su articulación.	-Siempre -Nunca - A veces		
Sustitución. - cuando el niño cambia un fonema por otros semejante.		El niño cambia un fonema por otro al pronunciara determinadas palabras.	-Siempre -Nunca -A veces		
	Variable independiente: Errores de articulación				

7. METODOLOGÍA:

7.1. TIPO DE ESTUDIO:

La presente investigación será de tipo no experimental, ya que la naturaleza y las características del objeto de estudio, no permiten a las tesis, manipular las variables. La función principal de las investigadoras consistirá en la descripción de la realidad tal como se presenta, a través de las variables e indicadores que se investigarán, para lo cual se procederá a comprender, explicar y plantear alternativas de solución.

7.2. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

7.2.1. Métodos:

Los métodos a utilizarse serán:

Método descriptivo: nos permitirá hacer una narración pertinente y detallada de temas alusivos a los factores psicológicos y somáticos que inciden en el origen de problemas fonéticos, así como también de temas referentes a la dislalia.

Método hermenéutico: este método nos servirá para interpretar los datos e información recopilada de las diferentes fuentes: textos, enciclopedias,

artículos, internet, revistas, expertos; para luego verificar los datos de la realidad investigada y contrastarlos con los planteamientos del marco teórico.

Método analítico sintético: nos ayudará al estudio de los planteamientos del marco teórico en relación a las categorías que se estudian, interpretar, seleccionar, y formular conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación propuesta.

7.2.2. Técnicas e instrumentos:

Entre las técnicas a emplearse en la ejecución de la investigación propuesta citamos las siguientes:

La encuesta: se elaborará con anticipación, se seleccionará el cuestionario que se aplicará a los padres de familia y maestras de los niños de Primer Año de Educación Básica de la escuela José Ingenieros Nro. 2, se entregarán y explicarán de forma individual para un buen desarrollo del mismo, en el día y hora acordados. Con el propósito de obtener la información real, confiable y verídica de las fuentes directas.

Técnica de observación: se aplicará a la población infantil de 5 a 6 años de edad, a través de una ficha, con el fin de obtener información directa y fidedigna de las características y condiciones actuales del lenguaje oral

de los niños. Dicha información se irá recabando en fichas previamente elaboradas.

Test de Melgar: El test de Melgar servirá para medir las articulaciones en los niños, y sus principales errores a través de pruebas de identificación de láminas concretas, dicho test consta de 50 ítems de eficiencia comprobada, que permiten discriminar entre la buena y la mala articulación de los niños preescolares y de jardín. Estos ítems de selección se representarán con 50 dibujos en las 16 tarjetas de la prueba, la cual tiene 17 sonidos consonantes, 12 mezclas de consonantes y 6 diptongos, es de aplicación individual en edades de 3 a 6 años. La prueba de articulación incluye información indispensable y una hoja para anotar los resultados, en la cual el que aplica la prueba puede registrar información pertinente de cada niño, esta prueba comprende también una hoja de resultados, la misma que tiene nueve columnas. Al test de Melgar se lo ejecuta en un tiempo aproximado de 20 minutos.

7.3. PROCEDIMIENTOS PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN:

- **Tabulación:** en la presente investigación se hará uso de la estadística descriptiva, para tabular cuantitativamente la información recabada, para cuantificar la frecuencia y porcentaje de los datos. Se hará uso de la técnica cualitativa por que se tabularán los datos de forma

criterial; también se hará la triangulación de datos, para confrontar ya sea por datos o autores la información empírica y la teórica; por lo tanto los datos obtenidos de las diferentes poblaciones, se compararán y explicarán, si se originan datos diferentes, se harán constar en la investigación.

- **Organización de la información:** inicialmente se procederá a la organización del trabajo de campo, de acuerdo a lo que se plantea y requieren las variables de cada una de la hipótesis; es decir se establecerá previamente un cronograma especial, en donde se agruparán en fechas diferentes a docentes, padres de familia y niños para la aplicación de los respectivos instrumentos.
- **Representación gráfica:** la representación de los datos obtenidos, se realizarán haciendo uso del programa Excel, con tablas de frecuencia gráficos y números.
- **Análisis e interpretación de datos:** se analizarán los datos recabados a partir de cada instrumento aplicado y contrastarán con el marco teórico. En primera instancia constarán cada uno de los componentes teóricos, luego el análisis de cada uno de ellos y finalmente la interpretación o comentario de estos.

- **Verificación de hipótesis:** se relacionarán los resultados obtenidos, con las variables de cada una de las hipótesis planteadas mediante la vía empírica.

- **Formulación de conclusiones:** la formulación de las conclusiones se plantearán en función del contenido de datos que se encuentren en el desarrollo del proyecto, es decir en base a los resultados obtenidos con los objetivos e hipótesis planteadas.

- **Construcción de lineamientos alternativos:** se construirá lineamientos alternativos, con la finalidad de coadyuvar al mejoramiento del problema, tomando en cuenta los referentes teóricos, los resultados obtenidos de la investigación, las conclusiones planteadas y la estructura de proyectos que plantea la Universidad Nacional de Loja, con el fin de mejorar los problemas lingüísticos en los niños.

- **Elaboración del informe de investigación:** el informe final consistirá en realizar un recopilación detallado de los resultados obtenidos en función del proceso de desarrollo del proyecto de investigación propuesto.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

El universo de investigación estuvo conformado por todos los alumnos y las alumnas, sus representantes (padre, madre) y las maestras del primer año de educación básica de la escuela "José Ingenieros N° 2", ubicada en la parroquia El Valle, ciudad y provincia de Loja.

La muestra fue de 60 personas, de las cuales, 30 son niños, 30 padres de familia y 3 docentes.

POBLACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

ESCUELA "JOSÉ INGENIEROS N° 2"

2009-2010

SECTOR INVESTIGADO	H	M	TOTAL
Docentes	-	3	3
Niños de primer año de educación básica	31	23	54
Padres de familia	11	19	30
TOTAL			87

Fuente: Libro de matrículas de la Escuela " José Ingenieros N° 2"
Elaboración: Equipo de investigación.

8. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	PERIODO MARZO-AGOSTO DEL 2010																							
	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
	SEMANAS																							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.Construcción del proyecto de investigación	X	X	X	X																				
2. Presentación y aprobación del proyecto por las instancias universitarias correspondientes.					X	X	X	X																
3.Incorporación de recomendaciones al proyecto de investigación									X	X	X	X												
4.Trabajo de campo													X	X	X	X								
5. Procesamiento de la información, tabulación, organización, representación gráfica, análisis e interpretación, verificación de hipótesis																	X							
6. Formulación de conclusiones.																		X						
7. Formulación de lineamientos alternativos																			X					
8. Elaboración del informe de investigación																				X				
9. Presentación de la tesis para calificación privada																					X			
10. Incorporación de recomendaciones del estudio privado																						X		
11. presentación final de la tesis																							X	
12. sustentación pública e incorporación profesional.																								X

9. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO:

RECURSOS:

9.1. HUMANOS:

- ✓ Directivos.
- ✓ Maestras.
- ✓ Investigadoras.
- ✓ Padres de familia.
- ✓ Niños.
- ✓ Director de tesis.

9.2. MATERIALES:

- ✓ Computadora.
- ✓ Libros, enciclopedias.
- ✓ Cámara fotográfica.
- ✓ Material de escritorio.
- ✓ Material de imprenta.
- ✓ Servicio de reproducción de materiales.
- ✓ Anillados y empastados.
- ✓ Movilización.
- ✓ Transporte y comunicación.
- ✓ Imprevistos.

9.3. ECONÓMICOS:

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO			
RECURSOS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1.- MATERIAL DIDÁCTICO			
Miel	15	\$5.00	\$75.00
Baja lenguas	15	\$0.30	\$4.50
Pinturas	5 Cajas	\$3.00	\$15.00
Rompecabezas	5	\$2.00	\$10.00
Temperas	10 Cajas	\$1.50	\$15.00
Crayones	10 Cajas	\$0.50	\$5.00
Paletas	10 Fundas	\$0.60	\$6.00
Goma	5	\$0.50	\$2.50
Marcadores	10 juegos	\$0.80	\$8.00
Fomix	15 pliegos	\$1.25	\$18.75
Cartulina	15 pliegos	\$0.30	\$4.50
Tijeras	10	\$0.40	\$4.00
Papeles de Colores	10 Fundas	\$0.20	\$2.00
Silicón	5	\$0.60	\$3.00
Papel Crepé	10 Fundas	\$0.30	\$3.00
Títeres	10	\$5.00	\$50.00
CDS	5	\$1.00	\$5.00
Mica	10	\$1.50	\$15.00
Cinta Masqui	12	\$0.50	\$1.00
Acuarelas	10	\$0.75	\$7.50
2. MATERIAL DE OFICINA			
Resma de papel	1	\$2.50	\$2.50
Sacapuntas	10	\$0.10	\$1.00
Borradores	10	\$0.20	\$2.00
Lápices	2 cajas	\$1.80	\$3.60
Carpetas	10	\$0.50	\$5.00
Lapiceros	1 caja	\$0.40	\$10.00
Papelografos	20	\$0.15	\$3.00
3- BIBLIOGRAFÍA OBTENIDA			

Libros de Terapia de Lenguaje.	1	\$60.00	\$60.00
Enciclopedia de Trastornos de Lenguaje	1	\$55.00	\$55.00
4. TRANSPORTE:			
UNL		\$150.00	\$150.00
Barrio Capulí		\$200.00	\$200.00
5. SERVICIOS INFORMÁTICOS:			
Internet		\$30.00	\$30.00
Impresiones		\$60.00	\$60.00
Copias		\$20.00	\$20.00
Data show		\$15.00	\$15.00
6. OTROS			
Refrigerios		\$120.00	\$120.00
Paseo			\$80.00
6. IMPREVISTOS			
Gastos inesperados			\$20.00
TOTAL		710.25	\$1111.85

9.3.1. FINANCIAMIENTO:

Los gastos ocasionados en el presente proyecto de tesis serán asumidos en su totalidad por las tesisistas.

10. BIBLIOGRAFÍA

16. Cabanas CR. ; y otros. Dislalias y espasmofemia funcional. Relaciones específicas. Rev Cubana de Ped. 1973; 45:193-8.
17. COMELLAS María de Jesús, Biblioteca de Educación Preescolar.
18. FITZGERALD, Irma, Psicología del Desarrollo, el Lactante y el Preescolar.
19. González, Jorge Nicolás, Alteraciones del Habla en la Infancia. Editorial Médica Panamericana. 2003
20. HURLOCK, Elizabeth, Desarrollo del niño.
21. Ingram, D. (1983): Trastornos fonológicos en el niño. Médica y Técnica. Barcelona.
22. MILLER, George. Lenguaje y comunicación. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1979.
23. Nieto Herrera, M.(1985): El niño disléxico. Prensa mexicana. México.
24. Nieto Herrera, MB. (1967): Anomalías del lenguaje y su corrección, Méndez Otero, México, DF 1967.
25. Nieto Herrera, M. (1990): Retardo del lenguaje. CEPE. Madrid.
26. Ortega Germania, Psicología del Infante, editorial española.
27. Perelló, J. y otros.: Trastornos del habla (4ta. edición), Editorial científico médico, Barcelona. 1981
28. SAUSSURE, Ferdinand de. Curso de lingüística general. Losada, Buenos Aires, 1982.
29. Smith James, El niño maltratado, editorial Simún.
30. TSVETKOVA, L. S. Reeducción del lenguaje, la lectura y la

escritura. Editorial Fontanella, Barcelona, 1977.

WEBGRAFIA

1. [www. estimulaci3n temprana.com](http://www.estimulaci3n-temprana.com).
2. [www. Wikipedia.com](http://www.Wikipedia.com).
3. [www. espaciologopedico.com](http://www.espaciologopedico.com)
4. www.centro-ide.com
5. www.apepalen.cy
6. www.gestiopolis.com
7. www.unieef.cl

ANEXOS

Anexo N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE EDUCACIÓN ARTE Y COMUNICACIÓN

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN EDUCACIÓN INFANTIL

Encuesta dirigida a los padres de familia de los niños que presentan dislalia.

De la manera más comedida se solicita llenar la siguiente encuesta, la misma que tiene fines investigativos.

1. ¿Qué característica tiene el lenguaje oral de su hijo?

Repite palabras incorrectamente Si No A veces

Presenta un defecto en el desarrollo de la articulación por una función anómala de los órganos auditivos.

Si No A veces

Existen alteraciones orgánicas.

Si No A veces

Presenta alteraciones en su lenguaje oral como parte de su desarrollo evolutivo.

Si No A veces

Ninguna de las anteriores

2. ¿Qué factores influyen directamente en la parte psicológica de su hijo?

Cuidado y protección excesiva Si No A veces

Lenguaje familiar aguaguayado Si No A veces

Celos infantiles y competencia entre hermanos Si No A veces

Agresión física y psicológica Si No A veces

4.

Su hijo presenta alguna de estas alteraciones.

Deficiencia auditiva- sordera Si No A veces

La lengua es más grande de lo normal. Si No A veces

Hendidura o separación en el labio. Si No A veces

Repliegue que une el labio superior con las encías. Si No A veces

Repliegue que va desde la base de la boca a la lengua. Si No A veces

Apertura en el cielo de la boca. Si No A veces

Falta de dientes, especialmente incisivos superiores Si No A veces

Anexo N° 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE EDUCACIÓN ARTE Y COMUNICACIÓN
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN EDUCACIÓN INFANTIL

Encuesta dirigida a las maestras de los niños que presentan dislalia.

De la manera más comedida se solicita llenar la siguiente encuesta, la misma que tiene fines investigativos.

1. **¿Qué es para usted la dislalia?** Marque el casillero con el que esté de acuerdo.

Es una alteración en la voz de los niños que les impide hablar correctamente.

Es un trastorno en la articulación de los fonemas, bien por la ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por la sustitución de estos por otros de forma incorrecta.

Es un problema que afecta la lectura de los niños y su capacidad de comprensión.

2. **Su alumno tiene un lenguaje oral:**

Muy bueno

Bueno

Regular

Malo

5. **Sus alumnos son:**

Sobreprotegido.

Maltratado.

Criado en un ambiente donde lo consideran un bebé.

Celoso de sus hermanos.

4. **Sus alumnos presentan alguna de estas características:**

Problemas de audición.

Lengua grande.

Frenillo lingual.

Frenillo labial.

Labio leporino.

Fisura palatina.

Ausencia de piezas dentarias.

5. **¿Qué tipo de dislalia presenta su alumno?**

Funcional

Orgánica

Evolutiva

Audiógena

Anexo Nº 3

FICHA DE OBSERVACIÓN PARA NIÑOS CON DISLALIA.

Nombre del niño/a.....

Edad.....

Aspectos	Si	No	En parte
CARACTERÍSTICAS DEL LENGUAJE ORAL			
Esta alteración es debida a una imperfecta posición de los órganos de articulación.			
Omite ciertos fonemas.			
El infante añade fonemas o vocales a una palabra.			
El niño cambia un fonema por otros semejante.			
FACTORES PSICOLÓGICOS CAUSANTES DE LA DISLALIA FUNCIONAL			
Sobreprotegido			
Maltrato por sus padres			
Sus padres le hablan un lenguaje aguaguayado			
Celos infantiles			
ESTADO FÍSICO			
Problemas de audición			
Macroglosia			
Labio leporino			
Frenillo labial			
Frenillo lingual			
Fisura palatina			
Ausencia de piezas dentarias			

Anexo Nº 4

Test de Melgar

Nombre.....

Edad.....

Sexo.....

SONIDOS SUJETOS A PRUEBA	LISTA DE PALABRAS	INICIAL				MEDIA				FINAL			
		O	A	S	D	O	A	S	D	O	A	S	D
M	mesa												
M	cama												
N	nariz												
N	mano												
N	botón												
Ñ	uña												
P	pelota												
P	mariposa												
J	jabón												
J	ojo												
J	reloj												

SONIDOS SUJETOS A PRUEBA	LISTA DE PALABRAS	INICIAL				MEDIA				FINAL			
		O	A	S	D	O	A	S	D	O	A	S	D
b	vela												
b	bebe												
k	casa												
k	boca												
g	gato												
g	tortuga												
f	Elefante												
f	foco												
y	payaso												
y	yuca												
ll	llave												
d	candado												
d	red												
l	Luna												

l	pelota																		
l	pastel																		
l	sol																		
r	arete																		
r	collar																		
rr	rata																		
rr	perro																		
t	teléfono																		
t	patín																		
ch	chupón																		
ch	cuchara																		
s	zapato																		
s	vaso																		
s	lápiz																		

SINFONES

SONIDOS SUJETOS A PRUEBA	LISTA DE PALABRAS	INICIAL				MEDIA				FINAL									
		O	A	S	D	O	A	S	D	O	A	S	D						
Bl	blusa																		
Cl	clavo																		
Fl	flor																		
Gl	Globo																		
Pl	Plato																		
Br	Libro																		
Kr	Cruz																		
Dr	Cocodrilo																		
Fr	Frutilla																		
Tr	Tigre																		
Pr	Prado																		
Tr	Tren																		

DIPTONGOS

SONIDOS SUJETOS A PRUEBA	LISTA DE PALABRAS	INICIAL				MEDIA				FINAL									
		O	A	S	D	O	A	S	D	O	A	S	D						
Au	jaula																		
Ei	peinilla																		
Eo	león																		
Ie	pie																		
Ua	guante																		
Ue	huevo																		

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez aplicado el test a cada niño de manera individual, se procede a contabilizar los diversos sonidos sujetos a prueba, el defecto de articulación con mayor puntuación marcará claramente el error lingüístico que el niño presenta.

O= omisión (prescinde ciertos fonemas)

A= adición (adhiere algunos fonemas)

S= sustitución (cambia un fonema por otro)

D= distorsión (imperfecta posición de los órganos de articulación)

Resultados.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....