



FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE FONOAUDIOLOGÍA

*“Evaluación y tratamiento de Lenguaje de niños y niñas con fisura velopalatina y su rendimiento escolar”.*

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE FONOAUDIÓLOGA Y AL GRADO  
ACADÉMICO DE LICENCIADA EN FONOAUDIOLOGÍA.

PROFESORA GUÍA: FLGA. PROF. ANA MARÍA TORRES PÉREZ.

ALUMNAS: EVELYN DIETERICH VÁSQUEZ  
MURIEL MASSERA RAMÍREZ  
ANA MARÍA ORELLANA CORTÉS  
MACARENA ORELLANA GONZÁLEZ

Viña del Mar, Diciembre del 2002.

“Los problemas de Lenguaje afectan tanto la comprensión y expresión de ideas, interfiere el aprendizaje de la lectoescritura y la comprensión lectora, a su vez interfieren en la adaptación social.”

“Sugerencias para manejar trastornos conductuales en la sala de clases”.

María Moreno,  
Olga Fernández.  
Editorial Belzart (1999).

## ÍNDICE

	PÁG.
AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	13
1. Fisuras Velopalatinas.....	14
1.1 Definición.....	14
1.2 Tipos de fisura.....	14
2. Rendimiento escolar.....	15
3. Aspectos afectados inherentes en el niño fisurado que podrían repercutir en el Rendimiento escolar.....	16
3.1 Físico.....	16
3.2 Psicológico.....	18
3.3 Intelectual.....	19
3.4 Social.....	20
4. Efecto de la Fisura Velopalatina en el rendimiento escolar.....	21
5. Definición de lenguaje .....	23
5.1 Niveles del lenguaje .....	24
6. Cómo el trastorno de lenguaje afecta el rendimiento escolar.....	26
7. Matemáticas: una ciencia basada en el lenguaje.....	28
8. Cómo el trastorno de lenguaje afecta la interacción social-escolar que establece el niño fisurado.....	29
9. Tratamiento de Lenguaje en niños fisurados.....	30
9.1 Terapia de voz en niños fisurados.....	31
9.2 Terapia de articulación en niños fisurados.....	32

CAPÍTULO II: PROBLEMA Y FUNDAMENTACIÓN.....	33
CAPÍTULO III: OBJETIVOS.....	34
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE TRABAJO.....	35
1. Material y Método.....	35
1.1 Grupo de Estudio, criterios de inclusión.....	35
1.2 Instrumentos.....	36
2. Condiciones de evaluación.....	37
3. Procedimientos de Trabajo.....	37
4. Diseño de la terapia.....	38
4.1 Planificación de la terapia.....	40
CAPITULO V: TABLAS, GRÁFICOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	41
1. Resultados de la Evaluación.....	41
2. Resultados de la Reevaluación.....	58
3. Análisis Comparativo Evaluación v/s Reevaluación.....	74
CAPITULO VI: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	90
CAPITULO VII: CONCLUSIONES:.....	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS .....	105

## **AGRADECIMIENTOS**

Sinceramente queremos agradecer a todas aquellas personas que nos apoyaron y colaboraron con la realización de nuestro Seminario de Tesis, en especial:

- A las autoridades del Hospital de Niños Dr. Exequiel González Cortés, en particular a su Director Dr. Sergio Aguilera Barbas; al Dr. Ricardo Zubieta Acuña, Jefe del Servicio de Cirugía. Finalmente, al Dr. Belisario Caballero, Jefe de la Unidad Plástica y Departamento de Fisurados por acogernos y permitirnos efectuar nuestra investigación en sus dependencias.
- Dr. Eduardo Egger Zavala, Cirujano Plástico Infantil de la Unidad de Fisurados del Hospital de Niños Dr. Exequiel González Cortés, por habernos facilitado su espacio físico en la realización de este Seminario.
- A las autoridades del Hospital Regional Rancagua, en especial a su Director Dr. Enrique Dinstrans Schaffer, a la Dra. María Inés Álvarez, Jefe del Servicio Dental por acogernos y permitirnos efectuar nuestra investigación en sus dependencias.
- Dra. Sonia Morales, Cirujano y Traumatólogo Maxilofacial del Servicio Dental del Hospital Regional Rancagua y Coordinadora del Programa de Fisurados Rotaplast de la sexta región, por habernos facilitado su espacio para la realización de este seminario.
- Fonoaudióloga Sra. María Verónica Quezada Carrasco, por su ayuda en la recolección y por ponernos en contacto con los pacientes.
- Así también, al personal de la Escuela de Trastornos de la Comunicación “Tía Mónica” por su acogida, disposición y todas las atenciones que nos brindaron.

- Fonoaudiólogas Srtas. Rosa Altamirano, Lorena Cabezas y Arlette Guerrero por habernos permitido continuar su estudio y facilitado su valioso material, en relación al tema de esta investigación.
- Fonoaudióloga Srta. Claudia Guajardo y Psicóloga Srta. Myriam Lizana, por su ayuda en la recolección y por ponernos en contacto con los pacientes. Así también, al personal de la Unidad de Fisurados del Hospital de Niños Dr. Exequiel González Cortés, por su acogida y todas las atenciones que nos brindaron.
- Sra. María Ester Moreno, Coordinadora de las Escuelas General Básica del Ministerio de Educación, por su disponibilidad al momento de orientarnos en el área de la educación.
- Rotary Club, comuna de Puente Alto, por habernos facilitado el espacio físico para la realización de este seminario, en especial a la Sra. Nancy Ponce, Presidenta de las Damas de Rotary Club de Puente Alto, por su apoyo y ayuda en la recolección y por ponernos en contacto con los pacientes.
- Fundación Gantz, por habernos dado la oportunidad de trabajar con sus pacientes y brindarnos un espacio para ello. En especial a las Fonoaudiólogas Drina Alvarez y Mirta Palomares, por habernos facilitado información para la realización de este seminario.
- En forma muy especial, a nuestra querida guía de tesis, Fonoaudióloga Ana María Torres P., por habernos orientado en nuestra formación profesional y en el desempeño y desarrollo de este seminario.

Con especial afecto deseo agradecer a quienes me ayudaron a iniciar y terminar esta tesis. Especiales sentimientos de gratitud a tía Carmen Julia y tío

Fernando

por alentarme y acogerme tiernamente. Asimismo, a Cony, July, Gonzalo y a mi hermana Muriel por el apoyo incondicional.

Matías y Martín, fueron mi gran motivación, su amor fue el principal aliento. Por lo tanto, dedicado a ustedes y en forma demasiado especial a ti Mamá por todo lo valioso que me has dado para salir adelante.

Con cariño, Eve

Al finalizar esta importante etapa de mi vida, quiero agradecerles de manera muy especial y sincera, a ustedes papá y mamá por haberme brindado apoyo, ánimo y seguridad constante durante mis años de estudio. Creo que han sido un pilar fundamental para cumplir cada una de las metas que me he propuesto.

Quiero dar gracias a Dios por ser siempre la luz que ilumina cualquier camino que yo escoja emprender. Además, por darme la fuerza y energía necesarias para salir adelante con éxito y superar cualquier obstáculo.

Dedico a ustedes papás el éxito de este seminario de tesis.

Los quiero mucho y GRACIAS de todo corazón.

Muriel.

Quiero agradecer a todos aquellos que estuvieron a mi lado durante el desarrollo de este Seminario.....

En primer lugar, gracias Padre por guiarme con tu luz y amor siempre y en todo momento....

A mis papás, por su preocupación y apoyo incondicional....

A mis compañeras de tesis , por su confianza en el equipo y porque hemos estrechado aún más el gran lazo de amistad que nos une...

Y finalmente, a todos aquellos que colaboraron desinteresadamente: tía Elizabeth, Rodrigo, Tía Marta, Sra. Nancy....especialmente a quien en la mitad de este camino llegó a entregarme su ánimo, refugio, cariño y hace sonreír mi corazón.

Ana María.

Deseo dejar plasmada en estas pocas líneas la inmensa satisfacción, alegría y agradecimiento que siento al terminar una hermosa etapa de mi vida.

Quiero agradecer en primer lugar a Dios, por darme la oportunidad de estudiar. A mis padres, hermana y abuelos por apoyarme y acompañarme durante todos los años de formación profesional.

Un gracias especial y lleno de amor a Rodrigo quien estuvo a mi lado prestándome su ayuda desinteresada y animándome cuando más lo necesité.

Por último a cada una de las personas que aportaron un granito de arena en este camino.  
Cariñosamente Maca.

Queremos agradecer en forma especial a usted tía Marta por haber significado un gran aporte en la realización de este seminario de tesis.

Con cariño Anita, Muriel, Maca y su hija Eve.

Un especial y sincero agradecimiento a ti Rodrigo, pues significaste un valioso aporte en la realización de nuestra tesis.

Muchas gracias de todo corazón Muriel, Anita, Evelyn y Macarena.

## **RESUMEN.**

El presente estudio fue realizado por cuatro alumnas de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso. La investigación pretende reafirmarse en la tesis “Evaluación del Lenguaje en pacientes Portadores de Fisura Velopalatina y su relación con el Rendimiento Escolar”, realizada durante el año 2001. En ella se obtuvo como resultado que la mayoría de niños y niñas con fisura velopalatina presentan alteraciones de lenguaje en los niveles semántico, morfosintáctico y pragmático, además, de los de articulación y voz. Dicha situación, obviamente perjudica el rendimiento escolar de tal grupo investigado. Por lo que el objetivo actual es evaluar y tratar lenguaje y observar si se beneficia el rendimiento escolar de estos pacientes. Por ello se evaluó lenguaje a un grupo de 33 niños y niñas con fisura velopalatina; pertenecientes al policlínico de fisurados del Hospital Exequiel González Cortés, Programa Rotaplast de Puente Alto y al Hospital Regional Rancagua.

Para llevar a cabo la evaluación, a niños y niñas con fisura velopalatina, en primer lugar se realizó la anamnesis. En ella se consignaron antecedentes personales, médicos, escolares y terapéuticos, con el fin de seleccionar los que cumplían los requisitos para participar del estudio. Asimismo, se solicitó el promedio de notas del segundo semestre 2001 en las asignaturas de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas. Luego se procedió a evaluar lenguaje a través de las siguientes pruebas: Test de Illinois de Habilidades Psicolingüísticas, Protocolo de Habilidades Pragmáticas, Screening Test of Spanish Grammar, Test de Articulación a la Repetición y Protocolo Anátomo Funcional.

Posteriormente, el análisis de los datos confirmó que todos los casos evaluados en este estudio presentan alteraciones de lenguaje en nivel semántico, gramatical y pragmático, además de las articulatorias. Luego, se inició la terapia fonoaudiológica

durante seis meses, la cual abarcó el trabajo de las áreas mas descendidas en las pruebas y los contenidos académicos de acuerdo al curso al que pertenecía cada paciente.

Al término de ella, se reevaluó a cada uno de los niños y niñas. Asimismo, se consignaron nuevamente los promedios de notas en los ramos antes mencionados, durante el segundo semestre 2002. Con estos datos se analizó la evaluación inicial y final, tanto a nivel de lenguaje como en cuanto a calificaciones (de un año y otro), con el fin de apreciar si hubo cambios.

Finalmente, la observación nos muestra la coexistencia de déficit de lenguaje y rendimiento escolar bajo. Asimismo, queda claro que el abordaje terapéutico integral de niños y niñas con fisura velopalatina, que abarque lenguaje es de vital importancia considerarlo. Lo anterior queda demostrado, pues el sesenta y tres por ciento (63%) de los niños y niñas logró superar las calificaciones en el ramo de Matemáticas y el setenta y cuatro por ciento (74%) obtuvo mejores notas en la asignatura de Lenguaje y Comunicación. De allí que consideramos necesario promover la atención fonoaudiológica, para los pacientes portadores de Fisura Velopalatina, que aborde el lenguaje además de la articulación. Todo esto dentro del proceso de evaluación y tratamiento. Por lo tanto, creemos entregar valiosa información a los profesionales relacionados con el abordaje de esta patología.

## **INTRODUCCIÓN**

Referirse a fisura velopalatina necesariamente implica asociarla con alteraciones que repercuten a nivel de órganos fonarticulatorios. Dicha situación, nos lleva a pensar en la presencia de dificultades fonéticas - fonológicas y de voz, que en la mayoría de las veces es cierto. Sin embargo, en algunos casos se observan alteraciones de lenguaje, que en ocasiones son pasadas por alto por los profesionales que rodean a los fisurados velopalatinos; ya que son menos visibles que las afecciones mencionadas al comienzo. De modo que, los déficit pueden presentarse a nivel semántico, morfosintáctico y/o pragmático; tanto en área comprensiva como expresiva, o bien, en ambas. En efecto, el tema es relevante ya que esta afección ha ido en aumento a través de los años en nuestro país, lo que constituye una importante población a tratar.

Hay que tener en cuenta que, el conjunto de alteraciones físicas, articulatorias, de voz y de lenguaje trae como consecuencia un deterioro global en las relaciones sociales. Esto no sólo afectará aspectos psicológicos sino también el desarrollo escolar. El reflejo principal de ello es el bajo rendimiento académico que muchos de los niños y niñas fisurados velopalatinos presentan. Además, son sus estados afectivos y emocionales los que interfieren en la expresión y desarrollo de sus capacidades. Por consiguiente, para ellos el comportamiento interpersonal juega un papel vital en la adquisición de sus capacidades sociales, culturales y académicas; que muchas veces se ven menoscabadas.

Ahora bien, hay pocos estudios que describan qué ocurre con este tipo de pacientes. La falta de información nos llevó a plantearnos varias interrogantes, que en este momento se encuentran sin respuesta, sobretodo lo que se refiere al lenguaje y su relación con el rendimiento académico. Toda esta problemática es preocupante, pues repercute notablemente en el proceso de aprendizaje del niño durante toda su vida escolar. A partir de

esto, nos propusimos investigar si al evaluar y luego realizar un tratamiento de lenguaje apoyándonos en los contenidos escolares de las asignaturas de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas, el rendimiento escolar de estos pacientes se ve favorecido.

Para llevar a cabo el siguiente estudio se tomó un censo de 33 niños y niñas con fisura velopalatina corregida, los cuales cursaban entre Segundo y Octavo año de Educación General Básica. El grupo estudiado pertenecía a las regiones Metropolitana y Sexta, obtenido mediante una entidad social y dos de salud pública. Posteriormente, se evaluó lenguaje y se consignaron los promedios de notas de las asignaturas que la investigación consideró, correspondientes al segundo semestre del año académico 2001. Después, se realizó terapia Fonoaudiológica durante seis meses, para luego reevaluar a estos pacientes y recopilar las calificaciones del segundo semestre del 2002. Esto con la finalidad de establecer relación entre logros académicos y la terapia de lenguaje.

A continuación, se expondrán en forma detallada los contenidos que integran esta investigación. Para comenzar, se presentará el “Marco Teórico”, el cual sirvió de guía al siguiente estudio. Se continuará con el planteamiento del “Problema y su Fundamentación”, y los consecuentes “Objetivos”. Luego, se describirá la “Metodología de Trabajo” propuesta para este seminario. Seguiremos con “Tablas, Gráficos y Análisis de los Resultados”, tanto de la evaluación inicial como de la reevaluación. En relación a lo antes descrito, se presentarán la “Discusión y Comentarios”, basado en los resultados que arrojó el estudio. Finalmente, a partir de los Objetivos planteados se desarrollarán las “Conclusiones”.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

El proceso del lenguaje sigue un patrón evolutivo estructurado, el cual se relaciona directamente con el desarrollo integral del niño, y por ende requiere de estructuras anátomo-funcionales indemnes y una estimulación adecuada. En el caso de que este proceso se altere o retrase, podría incidir en el aprendizaje general, y específicamente, en el rendimiento escolar del alumno. Por esto, se desarrollarán los aspectos inherentes (psicológicos, físicos, intelectuales, sociales) que afectan al niño fisurado y los efectos que esta malformación produce. Por último, buscamos no sólo mejorar sus calificaciones y la percepción del menor frente al ambiente escolar sino también, favorecer la calidad de vida familiar.

En este capítulo, se presentará el Marco Teórico que fundamentará nuestra investigación sobre la evaluación y tratamiento de pacientes portadores de fisura velopalatina y su relación con el rendimiento escolar. En primer lugar, se realizará una breve descripción acerca de la fisura velopalatina y sus tipos. Asimismo, se darán a conocer los niveles del lenguaje comprensivo y expresivo. Posteriormente, se presentará una revisión de los efectos que conlleva esta alteración en el niño o niña, no sólo en su lenguaje sino que también en su rendimiento académico.

## 1. Fisuras Velopalatinas.

### 1.1 Definición:

Las fisuras velopalatinas son anomalías congénitas que tienen origen durante el proceso de la embriogénesis, al no fusionarse del todo los mamelones de los maxilares superiores. Su etiología es variada, pudiendo ser causada por factores genéticos y teratógenos que dañan al embrión. Ellos pueden ocasionar la falla durante el primer trimestre del desarrollo fetal (Sánchez, García y Regal, 1999).

### 1.2 Tipos de Fisura:

Se expondrá una clasificación anatómica de los diferentes tipos de fisura que existen y que son imposibles de predecir:

- *Fisura secundaria franca*: De acuerdo con la clasificación de Croatto (1998), la fisura secundaria franca es una alteración que compromete la anatomía oral desde el agujero palatino anterior hasta el velo del paladar y úvula. Además, ésta puede ser completa, dañando el paladar duro, blando y la úvula; o bien, incompleta afectando una o dos de las estructuras anteriores.
- *Fisura submucosa*: Corresponde a una alteración en el punto de apoyo muscular, por una falta de descenso de los huesos palatinos durante el desarrollo embrionario, manteniéndose indemne la mucosa del paladar y el sistema muscular (Torres, 2001).

## 2. Rendimiento Escolar.

Distintos autores como Acuña (1976), Thorndike (1995) entre otros, han postulado diversas definiciones de rendimiento escolar. A continuación se darán a conocer algunas de ellas:

- “Nivel de conocimiento de un alumno medido en una prueba de evaluación” (Diccionario de Educación, 1983).
- “Resultado alcanzado por el individuo mediante el proceso enseñanza-aprendizaje. Se mide a través de lo que una persona es capaz de hacer después de haber recibido una determinada clase de enseñanza.” (Acuña, 1976).
- “Medida de capacidad que indica o manifiesta de manera estimada, lo que una persona ha aprendido como consecuencias de su instrucción o formación.” (Thorndike H, Tyler, Anastasi, 1995).
- “Es una capacidad resultante del alumno frente a estímulos educativos (instrumentos, test o técnicas educacionales de aprendizaje de cualquier tipo, forma o estructura), susceptible de ser interpretado de acuerdo a objetivos educacionales preestablecidos.” (Pizarro, 1985).

Es importante señalar que, en el rendimiento escolar, intervienen -además del nivel intelectual- variables motivacionales y de personalidad. Estas manifiestan relación con el rendimiento académico, que no siempre es lineal, sino que está modelada por factores como el nivel de escolaridad, sexo y actitud. Otras variables que influyen son los intereses, hábitos de estudio, relación profesor-alumno, autoestima, etc. (Diccionario de Educación, 1983).

Luego, el rendimiento escolar puede manifestarse en un puntaje, nota o calificación educacional de una prueba. Ello, refleja la cantidad y calidad del aprendizaje demostrado

por el alumno en la instrucción. Por lo tanto, el rendimiento académico ha sido identificado con un promedio de notas que puede variar y controlarse objetiva y sistemáticamente.

### **3. Aspectos afectados, inherentes al niño fisurado, que podrían repercutir en el rendimiento escolar.**

La adquisición o aprendizaje del lenguaje es un complejo proceso en el que intervienen factores fisiológicos (aparato fonoarticulatorio), culturales (el ambiente sociocultural que rodea al niño) y cognitivos (la percepción, la memoria, el entendimiento). Todo este conjunto puede ofrecer al niño, que se encuentra en este proceso, ciertos datos lingüísticos concretos. Asimismo, aprende con cierta facilidad un idioma en un período de tiempo muy corto, el cual es denominado “período crítico de aprendizaje”. Cabe mencionar que, para que se desencadene un desarrollo normal del lenguaje, deben participar en perfectas condiciones todos los factores anteriormente mencionados.

A continuación, se darán a conocer los aspectos que se ven comúnmente afectados en un niño fisurado y que en la mayoría de los casos podrían ir en desmedro de su rendimiento escolar:

- **Físico:**

Los niños con fisura velopalatina pueden presentar alteraciones de tipo auditivo o motor:

- Auditivo: Se ha encontrado que existe una relación entre fisura velopalatina y pérdida de audición (Shprintzen, Bardach, 1995). La patología más frecuente es la otitis media serosa, la cual se produce por una disfunción de la Trompa de Eustaquio. Esto se debe, en el caso de los pacientes fisurados velopalatinos, a una mala inserción de las fibras del músculo tensor del velo del paladar. En consecuencia, se produce una mala ventilación del oído medio, lo que impide su normal funcionamiento. (Williams, Morris, Shelton, 1984).

De este modo, una ventilación inadecuada del oído medio ocasionará una excesiva acumulación de secreción, lo que puede provocar una pérdida auditiva. Ésta será de tipo conductiva y puede variar de leve a moderada (entre 20 y 60 db), manteniéndose el umbral óseo normal. Además, el descenso de la audición puede afectar uno o ambos oídos (Varas,1993). Sobre este tema, existe consenso en que las pérdidas auditivas ocurren con más frecuencia en los niños y niñas con fisura velopalatina.

Según Mc Williams y col. (1984), en el caso de la perforación y la cicatriz timpánica, el grado de pérdida varía de 5 a 20 db, lo que podría llevar a una disfunción auditiva simple, retraso de habla, problemas de articulación y/o retraso de lenguaje. En una otitis moderada, el grado de pérdida puede variar de 10 a 30 db, lo que provocaría atención lábil y retraso persistente de habla y lenguaje. Estas consecuencias, también se presentan en el caso de la otitis crónica (pérdida de 15 a 55 db). Cuando existe una anomalía del oído medio, con una pérdida de 30 a 65 db, se observan dificultades notorias de la articulación y retraso severo del lenguaje. En pacientes fisurados con otitis recurrente y pérdida auditiva fluctuante, al tener disminuida la percepción auditiva (importante para el desarrollo cognitivo y del lenguaje) experimentan un ambiente de estímulos auditivos poco claros. Por lo tanto, los efectos acumulativos de la otitis media recurrente pueden ser críticos, dependiendo de la duración y la frecuencia de los episodios.

- Motor: Mc Williams y col. (1984), afirman que los pacientes con fisura velopalatina están en alto riesgo de presentar afecciones en el habla. Éstas son causadas por la presencia de insuficiencia o incompetencia velofaríngea y otras anomalías orofaríngeas. Así, las dificultades motoras del lenguaje, es decir, las alteraciones del habla se producen por la afección de los órganos fonoarticulatorios, implicados directamente en la comunicación oral. Esto ocasiona alteraciones fonéticas que se producen, en un principio, para compensar el daño

orgánico, pero con el tiempo llegan a ser incorporadas como patrones estables dentro del desarrollo fonológico del niño.

- **Psicológico:**

Numerosas investigaciones se han realizado en niños fisurados desde un punto de vista psicosocial. Pese a la dificultad que representa aislar y estudiar variables psicológicas (en relación a las físicas o biológicas), actualmente es posible caracterizar, con cierto grado de certeza, a la población de niños fisurados. (Bravo, Condemarin, Chadwick, Milicie, Orellana, 1981).

- Características de personalidad: Según investigaciones, se ha establecido que los niños fisurados tienden a presentar con mayor frecuencia rasgos específicos y particulares, distintos a los que manifiestan los niños no fisurados. Entre ellos, los más persistentes son: inhibición social, retraimiento, timidez, atribución de sus conductas a factores ajenos a su control (locus de control externo).

Se ha señalado que la causa de estas características son de naturaleza primordialmente psicosocial. Estos niños no se adecuan a su imagen física, ya que suelen tener cicatrices visibles en el rostro, alteraciones dentales, voz inusual, etc. De este modo, es habitual que el niño fisurado pase a ser el blanco probable de burlas y agresiones, enfrentándose a un espacio de rechazo y segregación. Ante esto, el niño reacciona, se vuelve hacia sí mismo, disminuye sus contactos sociales e impresiona como tímido ante los demás (Bravo, et al, 1981).

- Autoestima: El autoconcepto está compuesto por la autoimagen, que es la forma racional de considerarse, y la autoestima, que es la forma afectiva de considerarse (Bravo, et al, 1981).

Según estudios realizados por la Fundación Gantz, se ha comprobado que la autoestima de los niños fisurados chilenos es regular en la mayoría de los casos (los rangos posibles son autoestima buena, regular o mala). Además, se ha establecido (considerando niños de entre 8 y 14 años) que la autoestima en este tipo de pacientes, tiene una leve mejoría con la edad. en los varones. En cambio, en las niñas tiende a empeorar, encontrándose en su más bajo nivel a la entrada de la adolescencia.

Si se considera que la autoestima se construye, en gran medida, en base a la percepción que el niño tiene de cómo lo ven los demás. Estos resultados son otro indicio de las complejas condiciones de vida que debe enfrentar el paciente fisurado, desde su más temprano desarrollo. Ahora bien, algunos autores proponen que experiencias de fracaso en el logro de objetivos constituyen una importante fuente de información para determinar la autoestima de un individuo.

- **Intelectual:**

Los niños fisurados presentan, como población, una inteligencia normal. Cuando se usan pruebas que consideran escalas verbales para la evaluación del CI, se observa un detrimento. En efecto, más que una deficiencia objetiva, refleja ciertos estilos cognitivos particulares de una persona fisurada. Además, representa modos particulares de procesar la información, que no está plenamente dilucidada.

En cambio, al usar pruebas de inteligencia general, que no consideran aspectos verbales, no se aprecian mayores déficit. Vale decir, la probabilidad de que un niño fisurado presente un retardo, un CI normal o sobre lo normal, es la misma que cuenta para la población no fisurada. En otros términos, se ha permitido concluir taxativamente que los niños fisurados presentan, como población, una distribución normal de inteligencia.

- **Social:**

Habitualmente, el niño fisurado velopalatino debe enfrentarse a un espacio de rechazo y segregación. Está probado que los menores tienden a manifestar los prejuicios y estereotipos de la sociedad en que viven. Entonces, vemos que el niño con fisura acude repetidas veces a hospitales, clínicas y centros de fisurados, donde recibe evaluación y tratamiento por largos períodos. Esto ocurre durante la edad formativa del niño, en que requiere acomodación a las experiencias y a los cambios en su apariencia. (Alen, Araya, Jofré, Norambuena, Vergara, 1985).

Hay que tener en cuenta que el desarrollo normal de un niño toma lugar en un contexto de interacciones con otros. Durante las fases tempranas del crecimiento, esas interrelaciones ocurren con la familia unida. Los miembros del hogar actúan como un espejo social y le dan al niño información acerca de sí mismo. (Alen et al, 1985).

En el caso del niño portador de fisura velopalatina, la situación es diferente. El niño o niña, al requerir constantes operaciones, necesariamente debe estar internado en un hospital por largos períodos de tiempo. Esto implica su alejamiento del ambiente social normal que le correspondería a su edad. Así, se separa de su núcleo familiar y de la importante interacción con sus pares. Por lo tanto, se ve afectada una etapa fundamental de su desarrollo normal, siendo ésta decisiva para su desenvolvimiento social (Alen et al, 1985).

Respecto a las características de conducta, la investigación ha establecido que los pacientes fisurados velopalatinos presentan los mismos problemas conductuales que los niños sin esta patología. También, se ha comprobado que sus padres tienden a ser mucho más tolerantes y menos exigentes hacia estos problemas, que los progenitores de los no fisurados. Este hecho puede vincularse con la dinámica de sobreprotección,

fenómeno habitual en las familias de niños con problemas de desarrollo. (Alen et al, 1985).

Ahora bien, en relación a las alteraciones afectivo-emocionales pueden tener como punto de partida desequilibrios afectivos que el menor sufre en el hogar, en el medio social y aún en el propio grupo escolar. Lo más frecuente es que las crisis o situaciones conflictivas del medio familiar afecten en forma notable al niño. Éste puede hallar en la escuela un ambiente distinto y adecuado para sobrellevar sus dificultades. Por el contrario, puede también arrastrar al colegio las presiones desfavorables del medio familiar y manifestarlas allí como un desajuste emocional. De modo que, puede tomar diversas formas sintomáticas, no necesariamente incompatibles entre sí: depresión, tristeza, desánimo, abulia; o bien, manifestaciones de irritabilidad, desaffío, violencia, agresividad, inquietud motora. (Bravo et al, 1981).

El desequilibrio emocional afecta primariamente a la motivación para el aprendizaje escolar. Por lo tanto, baja el nivel de interés por el aprendizaje o por la continuidad de la tarea. El resultado es un aprovechamiento deficiente o irregular en el desarrollo de las labores de la escuela, las cuales se manifiestan con la distracción en las tareas. (Bravo et al, 1981).

#### **4. Efecto de la fisura velopalatina en el rendimiento escolar.**

El estado médico del niño en edad escolar es de gran importancia, ya que, sin duda, afecta el proceso de aprendizaje. En el caso de aquellos que nacen con fisura velopalatina, muchos autores señalan que, si el niño o niña escucha bien y es estimulado(a) eficazmente, no debería retrasarse la adquisición del lenguaje. Sin embargo, es probable que tenga problemas de articulación. Entonces, puede hablarse de un doble fracaso en el lenguaje. (Bueno, 1991).

El problema de fondo estaría constituido por toda la serie de defectos en la capacidad lingüística que un sujeto puede manifestar, desde la carencia absoluta de lenguaje, hasta dificultades más localizadas y específicas. La función lingüística es tan importante en el desarrollo del ser humano que, cualquier defecto, discapacidad o necesidad especial que le afecte, supone problemas de comunicación, de desarrollo cognitivo, de vocalización y de personalidad. Esto ocurre debido a que los sujetos afectados desarrollan una personalidad traumatizada, que se caracteriza por un sentimiento de falta de comprensión, lo cual los lleva a aislarse de los demás. El niño que se encuentra en esas condiciones psicológicas y sociales, desarrollará un síndrome de fracaso o dificultad continua y persistente en sus actividades escolares. (Bueno, 1991).

Cabe mencionar que, en la sociedad, el sujeto que fracasa puede llegar a un estado de marginación y, por otra parte, si ésta no logra organizar su escolarización, pone en peligro su propio progreso. Por eso, la familia tiende a aumentar la presión sobre el niño, de modo que las repercusiones psicológicas del fracaso son cada vez más profundas, influyendo sobre su personalidad. (Peña, Casanova, 1994). Éstas, al no ser tratadas, el niño las arrastrará a lo largo del tiempo, involucrando otros aspectos de su vida.

No todos los alumnos reaccionan de igual modo ante la falta de éxito. Su respuesta dependerá de la capacidad de tolerancia a la frustración que hayan desarrollado, lo que también repercutirá en otras actividades de su vida (Peña, Casanova, 1994). En el ámbito escolar, los niños suelen experimentar un sentimiento de frustración derivado de vivencias negativas en la escuela. Así como: bajas calificaciones, poca estima de los maestros, baja consideración de sus compañeros, entre otros.

## 5. Definición de Lenguaje.

El lenguaje es el fundamento del proceso de comunicación, por lo tanto, es un fenómeno social. Asimismo, es un instrumento del pensamiento y su importancia radica en que sirve para realizar múltiples tareas. No sólo actúa como un elemento individual, sino también como un mecanismo de comunicación interpersonal. Existen formas universalmente aceptadas que le dan un carácter generalizador y unificador. Tanto desde el pensamiento como desde la sociedad, se debe procurar una buena comprensión del lenguaje, pues la verdadera significación de éste se extrae de su utilización. (Pamplona, Ysunza, González, Ramírez, Patiño, 2000).

De lo anterior, se desprende que el lenguaje es un sistema de símbolos, aceptado por una comunidad, que le permite al hombre representar la realidad y comunicarse con los demás. Por lo tanto, se materializa en el acto del habla, cuya carga intencional es manifiesta. (Pamplona et al, 2000). De ahí, la importancia del diálogo que posibilita la formación de una conciencia social, pues su función consiste en asegurar una adaptación común de los miembros de la comunidad a la realidad exterior. De esta manera, permite al individuo actualizar sus conceptos y formular ideas comunes.

Con respecto a la adquisición del lenguaje, hay que destacar tres factores importantes:

- En primer lugar, el ambiente que rodea a la comunicación debe aportar los estímulos apropiados.
- En segundo lugar, la calidad de la retroalimentación, es decir, que los estímulos y enseñanzas procedentes de los padres, se adapten y sean suficientemente amplios y diversos.
- En tercer lugar, la estimulación imitativa en los juegos verbales, la memorización de canciones, de refranes, etc.

Sin embargo, para lograr la madurez lingüística o para desarrollar con éxito esta función, son básicos tres factores:

- Maduración neurobiológica, tanto de las actividades relacionadas con la función simbólica lingüística, como de todas aquellas actividades que accidentalmente se relacionan con el lenguaje, como son los registros sensoriales, la percepción y la memoria.
- Estimulación exterior, tanto en el aporte de información como en la estimulación sensorio-motriz.
- Experiencias realizadas por el propio niño dentro del entorno en el que se desarrolla.

### 5.1 Niveles del Lenguaje.

El lenguaje de acuerdo a la función comunicativa que cumple es por una parte entregado y por otra recibido. Entonces, al momento de analizarlo nos referimos a un lenguaje comprensivo y a otro expresivo. Asimismo, debemos considerar los distintos niveles que lo conforman, cada uno de los cuales cumple una función tanto en la producción como en el procesamiento. Estos son:

\* **Fonético:** La fonética es la ciencia del aspecto material de los sonidos del lenguaje; trabaja con hechos materiales y concretos. De hecho, estudia los sonidos de una lengua en su carácter significante. Su función es evocar un determinado significado y, por lo tanto, diferenciarlo de otros.

\* **Fonológico:** Es la disciplina lingüística que se ocupa del estudio de la función de los elementos sonoros de la lengua. Investiga las normas que rigen ese material sonoro para ordenarse y formarse. En otras palabras, se encarga de los sonidos desde el punto de vista de su funcionamiento y utilización para formar

signos lingüísticos. Atiende únicamente a los aspectos funcionales del significante, asociados a la significación.

\* **Morfológico**: Este nivel se encarga de analizar los elementos estructurales de la oración y las variantes que pueden presentar. Es el estudio de los morfemas, como unidades mínimas con significado.

\* **Sintáctico**: Es el estudio de las palabras para formar las oraciones. Analiza la disposición y combinación de las palabras para la ordenación y la composición de las frases.

\* **Semántico**: Es el estudio del significado e interpretación de palabras, frases y discursos. Se encarga de la relación de los signos con los objetos a que se refieren. Es decir, es la forma en que damos contenido a nuestro vocabulario, la capacidad léxica que disponemos y la significación particular que cada concepto tiene para nosotros.

Este nivel se compone de dos procesos: la competencia o disposición del concepto en nuestra mente y la ejecución o expresión de tal concepto. Ahora bien, la adquisición del desarrollo semántico supone, al menos dos etapas: integración de los elementos del vocabulario y la adquisición de los marcadores semánticos.

Ambos están relacionados estrechamente con la evolución del pensamiento y la capacidad de categorizar, generalizar y abstraer.

\* **Pragmático**: Estudia la relación entre los signos y la interpretación por parte de sus usuarios. Este nivel dirige el uso del lenguaje dentro de un contexto determinado, donde los hablantes adquieren el lenguaje, mediante la interacción con los otros. La importancia de la pragmática radica en que es el medio para una mejor comprensión de la comunicación, tomando como centro la conversación o el discurso y haciendo referencia al contexto lingüístico y no lingüístico (Nicasio, 1995).

## **6. Cómo el trastorno de Lenguaje afecta el rendimiento escolar.**

Aunque el lenguaje es inseparable de la conducta inteligente y de las funciones cognitivas básicas, es conveniente considerarlo en forma independiente. Esto debido a la importancia fundamental para la adaptación y el aprendizaje escolar. Si bien el aprendizaje puede establecerse a partir de claves tanto verbales como no verbales. Asimismo, parece innegable destacar el papel del lenguaje en la codificación y futura recuperación de lo aprendido, pudiendo ser reutilizado para nuevos aprendizajes. Sobre este mismo tema, Vygotski (1962) señala que el lenguaje es usado como elemento facilitador en determinadas situaciones de aprendizaje. Al mismo tiempo, da aviso de los posibles problemas que pueden derivar de dificultades en la comprensión del lenguaje oral, utilizado en el aula como soporte o como núcleo exclusivo de gran parte de los aprendizajes escolares. La conexión entre dificultades de lenguaje a este nivel y fracaso escolar es fácilmente comprensible (Nicasio, 1995).

El lenguaje, considerado como vehículo del pensamiento, constituye un elemento fundamental para la comunicación escolar. De hecho, en las salas de clases, la mayor parte de la exposición del maestro es verbal y muchas de las actividades de los niños dependen de las funciones del lenguaje, recién mencionadas. Ahora bien, el trastorno lingüístico afecta directamente el rendimiento escolar del niño, ya que la escuela determina las edades para iniciar a los alumnos en la lectura y en la escritura. El aprender a leer o escribir viene a ser solamente la aplicación del lenguaje a un código gráfico. En tanto, el niño debe asimilar, estableciendo de manera rápida y automática la asociación entre signos gráficos, signos auditivos, significados y expresión motora fonoarticulatoria (Nicasio, 1995)

Con respecto al nivel comprensivo del lenguaje, existen investigaciones, en las cuales se establece que grupos específicos de niños y niñas presentan dificultad lectora y alteraciones de lenguaje, que se basan en diferentes tipos de esquemas cognitivos. Dichos estudios señalan que aquellos con dificultad lectora y alteraciones del lenguaje muestran

déficit en uno o más de los siguientes aspectos: razonamiento y asociación verbal, memoria secuencial, nominación, discriminación auditiva y/o decodificación fonética (Novaes, 1992). Por lo tanto, esta situación repercute notablemente en el proceso de aprendizaje escolar.

Por otra parte, se concibe el lenguaje como un continuo, que primero se manifiesta en forma receptiva (Torres, 2001), luego en forma oral, y después en forma escrita, e incluso simbólica (por ejemplo matemáticas). Entonces, entre las habilidades previas a la lectura y las matemáticas, se encuentran el análisis a los sonidos del habla y la síntesis de los segmentos fonéticos en palabras. Posteriormente, la lectura en los niños y niñas, en edad escolar, propicia el aprendizaje de un nuevo vocabulario. Nicasio (1995) afirma que el desarrollo del lenguaje favorece la lecto-escritura y las habilidades matemáticas.

Acerca del nivel expresivo del lenguaje, estudios señalan que los niños y niñas que presentan trastornos de lenguaje se expresan a nivel sintáctico en forma incorrecta, simplificada y reiterativa. Son alumnos que utilizan un léxico restringido y empobrecido, que rara vez expresan ideas abstractas o complejas a través del lenguaje oral. Además, presentan dificultades en distintas instancias comunicativas, que suelen darse en la escuela: situaciones de interacción didáctica y otras que podemos denominar no sistemáticas, como conversaciones, descripciones, discusiones, etc. También, se verán interferidas las funciones lingüísticas, como las de referir, rechazar, expresar satisfacción, disculparse, proponer una actividad, despedirse, etc, correspondientes a diferentes categorías verbales de comunicación verbal (Nicasio, 1995).

Para finalizar, Lentin, (1997) afirma que "Parece claro que una insuficiencia en el funcionamiento del lenguaje ocupa un lugar absolutamente preponderante, entre las causas que ponen a los niños en dificultades de rendimiento escolar" (tomado de Bravo, pág. 96). Corroborando lo anterior, las investigaciones de Bernstein (1996) constatan que el lenguaje

puede ser considerado como el medio más importante para desarrollar en un niño el espíritu de síntesis y para reforzar las formas de pensar. Se ha probado que la capacidad de exploración de un niño está condicionada por el vocabulario y las estructuras del lenguaje con las que opera. En consecuencia, es de vital importancia la intervención temprana para diagnosticar y tratar alteraciones de lenguaje.

## **7. Matemáticas: una ciencia basada en el lenguaje.**

Las matemáticas, como ciencia racional, tienen su iniciación desde etapas tempranas de la niñez. Si bien el niño no tiene conciencia del espíritu científico de las matemáticas, parece estar poseído de éste. Siente la cantidad, la proporción cuando expresa el deseo de que le den el pedazo más grande o nota que le han sacado algo de su pertenencia por la disminución de tamaño en el conjunto que él tenía. El niño crea su numeración cuando ordena sus juguetes y los pone en fila cada noche. Va desarrollando su concepto de las formas cuando descubre parecido entre el limón, la naranja, la pelota, y a todas las denomina "bolitas". Con esto, está creando la aritmética y la geometría (Nicasio, 1995).

Los conocimientos matemáticos, en los niños, adquieren significación cuando se derivan de sensaciones y percepciones, es decir, cuando los números están relacionados con el objeto o conjunto real. Apoyarse en las cosas para adquirir conocimiento es una recomendación que siempre vale tener en cuenta en la enseñanza de las matemáticas, dado el carácter abstracto que esta ciencia tiene. Asimismo, mediante la amplia ocupación de los sentidos de la vista y el tacto, el niño adquiere los conceptos de número y demás conocimientos aritméticos. Por ello, los sentidos son considerados esenciales para formar una exacta comprensión de los conceptos matemáticos y, como consecuencia, servir de base a las habilidades aritméticas que luego se aplicarán en la vida (Nicasio, 1995).

Expresarse con exactitud, con precisión, ser capaz de apreciar la cantidad en las cosas del ambiente, en la vida, en los fenómenos, son una de las grandes aptitudes que puede desarrollar una persona dada la influencia que ello tiene. Es así que pondrá cuidado en las actuaciones de su vida como en las relaciones con los demás y su actitud frente a los problemas y a lo desconocido (Nicasio, 1995). En suma, los objetivos de las matemáticas consisten en desarrollar el conocimiento de las relaciones cuantitativas. Asimismo, potenciar la habilidad para resolver los problemas relativos a los números y la cantidad que se presentan en las transacciones comunes de la vida. Más fácil será la resolución de los problemas si se tiene de base un lenguaje comprensivo acorde a la edad cronológica. De manera, que sea adecuado al nivel de exigencia en las habilidades matemáticas, necesarias para rendir adecuadamente en el curso en que se encuentra (Nicasio, 1995).

#### **8. Cómo el trastorno de lenguaje afecta la interacción social-escolar que establece el niño fisurado.**

La interacción social-escolar se ve afectada si los niveles de lenguaje están deficitarios. A partir de los 4 ó 5 años, si no antes el niño que no puede comunicarse verbalmente con sus compañeros ve también comprometido su futuro desarrollo afectivo. Lo anterior radica en que es el lenguaje el principal vehículo para lograr un adecuado proceso de socialización

Se ha dado a conocer una cantidad considerable de consecuencias negativas para aquellos sujetos que no presentan habilidades sociales. Entre ellas se cuentan: daños psicológicos debido al desdén de sus coetáneos, sentimientos de soledad, infelicidad e inseguridad, porque no ven satisfechas sus necesidades sociales. Además, se sienten privados de las experiencias del aprendizaje, necesarias para socializarse. Sin embargo, el problema es mayor aún, ya que estos sujetos se ven expuestos a descalificaciones tales como "apestosos" y esto les indica que su aceptación no es tan buena como cuando se les da sobrenombres como "amigo" (Hurlock, 1984). Todo lo anterior les permite a los niños

inferir con facilidad cuáles son los sentimientos de los demás hacia su persona (Hurlock, 1984). Por último, quienes carecen de los apropiados comportamientos sociales tienen una alta probabilidad de experimentar aislamiento social y rechazo, que los lleva a sentirse desvalorados.

Por lo general, los niños portadores de fisura velopalatina establecen pocas relaciones interpersonales con sus pares, por lo tanto, su grupo de amigos suele ser muy reducido. Todo esto es producto de reiteradas burlas de las cuales han sido víctimas, dificultándoles confiar en otras personas y establecer lazos afectivos (Reyes, 1999). Muchas veces son segregados o aislados, aún estando ya rehabilitada su apariencia facial, pues el impacto psicológico que han experimentado desde su nacimiento aún les impide confiar y valorarse ellos mismos (Reyes, 1999).

Otras veces, su motivo de desadaptación al ambiente no radica tanto en la percepción que sus pares tienen respecto a ellos. En ocasiones, es él quien no se adapta o no gusta de sus compañeros o de algunos de ellos. Tanto en uno como en otro caso, la consecuencia es una fricción creciente entre el individuo y el grupo, pues cada uno reacciona a lo que supone ser una actitud desfavorable del otro. De esta suerte se engendran verdaderas neurosis sociales, capaces de traducirse en una acentuada disminución del aprendizaje individual o colectivo (Varas, 1993).

## **9. Tratamiento Fonoaudiológico en niños fisurados.**

Actualmente, en la teoría y en la práctica, el abordaje terapéutico de niños y niñas con fisura velopalatina está basado en corregir alteraciones de articulación y voz. De hecho, son los problemas más evidentes que podemos encontrar en estos pacientes. Si bien, este estudio propone la intervención en base a un tratamiento de lenguaje, no existe material que

avale esta propuesta. Por lo tanto, se expondrá brevemente el tratamiento Fonoaudiológico habitual recibido por los niños portadores de fisura velopalatina.

### **9.1 Terapia de voz en niños fisurados.**

Durante años, se ha tratado el problema de articulación como un trastorno de voz. Por esto se han incluido dentro de la terapia ejercicios respiración y fonación. Además, se trabaja el velo del paladar mediante ejercicios de soplo y masajes, pues se piensa que esto aumentaría la movilidad palatina (Pamplona et al, 2000).

En estos pacientes, la voz tiene una resonancia nasal, que afecta a todos los fonemas, excepto la /m/, /n/ y /ñ/, por ser estos precisamente fonemas nasales. Este defecto de la voz es conocido con el nombre de "voz nasal". La intensidad de la alteración varía según los niños, pues muchos se acostumbran a no dejar pasar, cuando hablan, nada más que parte del aire por las fosas nasales. Sin embargo, en todos se observa claramente el defecto si se recurre a la experiencia de Glatzer. Esta consiste en colocar un espejo debajo de las ventanas nasales, y haciéndoles pronunciar algunos vocablos en los que no intervengan fonemas nasales (Pamplona et al, 2000). Al aplicar este procedimiento se observará que el espejo se empaña.

Cuando los defectos de la fonación son consecuencia de una perforación accidental, o provocada por alguna enfermedad, el niño inmoviliza el paladar blando. Esto lo produce con el fin de evitar la sensación dolorosa, y adquiere posiciones incorrectas, desde el punto de vista de la articulación y de la voz,. Dicho hábito se mantiene aún cuando la causa original haya desaparecido (Pamplona et al, 2000).

## **9.2 Terapia de articulación en niños fisurados.**

Los pacientes con fisura velopalatina presentan en la gran mayoría de los casos trastornos a nivel de habla. Habitualmente, en ellos se observa articulación compensatoria, lo que corresponde al problema más frecuente en estos pacientes. Esta alteración afecta a los fonemas: /k/ ,/p/, /t/, /s/ y /x/. Además, pueden existir dislalias con un componente orgánico – estructural, debido a la malformación del paladar.

En el tratamiento de las fallas articulatorias, se enseña al paciente la correcta producción del fonema y se presentan situaciones que favorezcan su integración y automatización al lenguaje espontáneo. Por ello, la habilitación articulatoria debe ser severa y prolongada. Incluye ejercicios para movilizar el velo del paladar; ejercicios respiratorios; ejercicios de fonación y de articulación (Pamplona et al, 2000).

Para el tratamiento de los problemas de articulación del lenguaje, es necesario que la persona tenga una adecuada discriminación auditiva para que distinga los fonemas aprendidos, de los sonidos ausentes o defectuosos. La labor del especialista, en el campo de los defectos del habla, consiste en que el paciente logre adquirir los movimientos normales por parte de los músculos utilizados en el habla. Debe perseguirse una doble finalidad: establecer movimientos musculares normales y, además, eliminar otros anormales, ya arraigados (Pamplona et al 2000).

De este modo, el tratamiento articulatorio debe, al principio y durante un lapso considerable de tiempo, reducirse al proceso de enseñar al paciente a lograr un control voluntario de las actividades musculares, implicadas en la emisión del habla. La labor del terapeuta no ha de concluir, sino hasta que la conversación del niño se haya transformado en un proceso en cierta medida automático, sin prestar una atención excesiva al modo de hablar (Pamplona et al, 2000).

## **CAPÍTULO II: PROBLEMA Y FUNDAMENTACIÓN**

El problema radica en que el niño o niña portador de fisura velopalatina (ya operado) presenta rendimiento escolar deficiente, además de las alteraciones de lenguaje, propias de la patología. Esta situación puede relacionarse con los niveles de deserción escolar, la derivación a escuelas de deficiencia mental, el poco acceso a educación media, a trabajos calificados y a la educación superior (Torres, 2001).

Además, la alteración del lenguaje y la dificultad escolar no siempre reciben un tratamiento integral a nivel del hospital y en las escuelas de lenguaje. Por una parte, en el sector salud, generalmente, sólo se presta atención fonoaudiológica a las alteraciones del habla y voz. Por otra, en educación no está claro el ingreso de estos pacientes a la escuela de lenguaje, ni si ésta resolvería el problema, por la especificidad de la patología. Tampoco, estos niños y niñas participan del sistema de integración escolar, no pudiendo acceder a sus beneficios.

El estudio planteado ayudará, entre otros aspectos, a investigar la aplicación de una terapia fonoaudiológica integral. Ésta abarcará los niveles del lenguaje: léxico-semántico, morfosintáctico y pragmático. Además, estará basada en los contenidos de las asignaturas de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas, tratados en clases. Con esto se pretende observar si se favorece el rendimiento escolar del niño o niña fisurado(a). Así también, proporcionará información para fonoaudiólogos, profesionales de la educación, padres de niños fisurados velopalatinos, autoridades de la salud y educación, como a otros profesionales relacionados con el abordaje de esta patología.

### **CAPÍTULO III: OBJETIVOS**

El presente estudio consiste en realizar evaluación y tratamiento fonoaudiológico a niños y niñas portadores de fisura velopalatina, que ya han sido operados. De este modo, nos hemos propuesto investigar si al realizar un tratamiento de lenguaje -basado en los contenidos escolares de las asignaturas de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas- es posible que se vea favorecido el rendimiento escolar de ellos. Con este fin, nos hemos planteado los siguientes objetivos:

- Incluir el abordaje integral del lenguaje dentro del proceso de evaluación y tratamiento fonoaudiológico en los pacientes portadores de fisura velopalatina.
- Descubrir las habilidades y estructuras con menor rendimiento en cada prueba aplicada antes y después del tratamiento fonoaudiológico, en los pacientes portadores de fisura velopalatina.
- Hacer un tratamiento fonoaudiológico de los niveles pragmático, morfosintáctico y léxico-semántico del lenguaje en pacientes portadores de fisura velopalatina.
- Observar si después del abordaje terapéutico mejoró el rendimiento escolar en pacientes portadores de fisura velopalatina.

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE TRABAJO**

### **1. Material y método**

El presente estudio se basa en una investigación de tipo exploratoria-descriptiva que se realizó con pacientes portadores de fisura velopalatina, pertenecientes a las regiones Metropolitana y Sexta. Los niños fueron seleccionados desde el Policlínico de la Unidad de Fisurados del hospital Dr. Exequiel González Cortés, del Programa de niños fisurados Rotaplast de la comuna de Puente Alto y del Hospital Regional Rancagua. El objetivo de esta investigación es evaluar y realizar tratamiento del lenguaje, basándose en la planificación terapéutica en los contenidos de las asignaturas de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas. Estos deben tener relación con los niveles de lenguaje evaluados, en niños y niñas portadores de fisura velopalatina en edad escolar, de Segundo a Octavo año Básico. De esta manera, buscamos observar si un tratamiento fonoaudiológico integral del lenguaje tiende a mejorar el rendimiento escolar.

A continuación, se expondrán los aspectos que permitieron la consecución de los objetivos planteados. Primero se presentará el grupo estudiado, los criterios de inclusión. Luego, los instrumentos utilizados y después las condiciones de evaluación. Por último, se expondrá el procedimiento de trabajo.

#### **1.1 Grupo de estudio, criterios de inclusión.**

El universo a estudiar lo conformaron 33 niños y niñas portadores de fisura velopalatina, pertenecientes al Policlínico de Fisurados del Hospital de Niños Dr. Exequiel González Cortés, al Programa de niños fisurados Rotaplast de Puente Alto y al Hospital Regional Rancagua. Ellos debían cursar entre Segundo y Octavo año de enseñanza Básica, y haber obtenido en el segundo semestre del año 2001 un promedio igual o inferior a 5.5 en Lenguaje y Comunicación y Matemáticas. Además no debían

estar en tratamiento con fonoaudiólogo y evidenciar alteración de lenguaje en la evaluación fonoaudiológica.

Nuestro estudio se realiza en forma de censo; ya que no se hace una selección de niños a partir de un grupo mayor. Sino que, solamente se consideran los niños que tengan las características de inclusión de nuestra investigación. Además, este censo es tal, por el hecho que al grupo que se le realiza tratamiento corresponde a los únicos niños encontrados para tal objetivo.

En un principio, se evaluó a todos los niños y niñas que conformaban nuestro censo. La evaluación se realizó en: el aspecto anátomo-funcional; niveles fonético-fonológico; léxico-semántico; morfosintáctico y pragmático del lenguaje. Asimismo, se recopilaron las notas obtenidas en el segundo semestre del año 2001 en las asignaturas de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas, por cada niño.

De esta manera, el universo lo conformaron 33 pacientes de los establecimientos recién mencionados. De estos 21 niños y 12 niñas, 6 cursaban Segundo Básico, 6 Tercero Básico, 7 Cuarto Básico, 2 Quinto Básico, 7 Sexto Básico, 3 Séptimo Básico y 2 Octavo Básico. Asimismo, se observó que 25 asistían a establecimientos municipales, 8 a establecimientos subvencionados y ningún niño o niña asistía a establecimiento particular.

## **1.2 Instrumentos.**

Con el fin de realizar una evaluación fonoaudiológica integral, se ocupó el mismo esquema utilizado en las Escuelas de Lenguaje, el que incluye tanto los aspectos receptivos como expresivos involucrados en el lenguaje. De esta manera, se le aplicó a cada uno de los pacientes del censo, las siguientes pruebas: Test de Illinois de

Habilidades Psicolingüísticas, Screening Test of Spanish Grammar, Test de Articulación a la Repetición, Pauta de Habilidades Pragmáticas y Evaluación Anátomo-funcional. Además, se solicitó a los padres la libreta de notas del segundo semestre del año anterior, con el fin de acceder a las notas de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas.

Se eligieron estos ramos por considerarlos los más importantes al momento de promover a un niño o niña de un nivel a otro.

## **2. Condiciones de evaluación.**

- La evaluación se aplicó en forma individual, en una sala de los diferentes establecimientos hospitalarios, la cual no contaba con interferencias ambientales.
- El examinador y el niño o niña estaban sentados frente a frente con el material necesario para cada evaluación, dispuesto dentro del campo visual del niño.
- Todos los test se aplicaron en una o dos sesiones, de 45 minutos a una hora cada sesión, la cual dependía de la capacidad del paciente para responder a la actividad sin fatigarse.

## **3. Procedimiento de trabajo.**

- Los pacientes, incluidos en la muestra, se seleccionaron desde las fichas de los Hospitales respectivos.
- Luego, se les solicitó su participación voluntaria en la investigación y se concertó el día de evaluación.
- El día de la evaluación se solicitó a los apoderados las libretas escolares, correspondientes al segundo semestre del año 2001, con el fin de obtener las

calificaciones de las asignaturas de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas. También, se registraron antecedentes personales.

- Después, se procedió a aplicar cada una de las pruebas de evaluación previamente nombradas.
- Luego, se realizó la planificación terapéutica para cada uno de los pacientes. Esta estuvo conformada por un objetivo general común a todos los niños y niñas, y los objetivos específicos de acuerdo a las necesidades educativas y de lenguaje.
- Posteriormente, se comenzó con el tratamiento de lenguaje en todos sus niveles. Éste estuvo basado en los resultados arrojados por los test y ,en base a ellos, se trabajaron los contenidos escolares de Lenguaje y Matemáticas en cada niño.

#### **4. Diseño de la terapia.**

El diseño de la terapia consideró los siguientes niveles del lenguaje: léxico-semántico, morfosintáctico comprensivo y expresivo y pragmático, por no estar éstos abordados en las terapias tradicionales. Además, se basó en los contenidos curriculares de las asignaturas de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas, de acuerdo al nivel escolar de cada niño. Este nuevo tipo de terapia fonoaudiológica, pretende abordar de manera integral los contenidos escolares dentro de la terapia de lenguaje.

Ahora bien, lo que diferencia a esta nueva terapia de las aplicadas comúnmente es, precisamente, la conjugación de la habilitación del lenguaje con los contenidos tratados en clases; intentando asumir un principio básico de la integración escolar. Cabe destacar que, la labor del fonoaudiólogo pasa a ser un complemento a la labor docente. Con esto, el alumno mejora la comprensión de las materias tratadas en clases por el profesor, y por consiguiente, su aprendizaje se torna significativo.

Por último, la planificación del plan terapéutico que se lleva a cabo con estos niños y niñas es igual a la utilizada en una terapia fonoaudiológica tradicional. En efecto incluye: objetivo general, objetivo específico, objetivo operacional, actividades, metodología, materiales, resultados, actividad al hogar y actividad a realizar en la próxima sesión. Lo nuevo que aporta este tratamiento es el planteamiento de los objetivos, los cuales consideran mejorar el lenguaje y el rendimiento académico en relación a los contenidos escolares de cada niño. Por otra parte, durante la realización de la terapia se usan en la estimulación de lenguaje los contenidos curriculares.

Durante la aplicación de la terapia se plantearon objetivos para cada asignatura y para cada nivel de lenguaje descendido por niño. El total de objetivos propuestos fue de cuarenta y cinco ( $n = 45$ ). De éstos, treinta y siete corresponden a objetivos logrados, es decir, a un ochenta y dos coma dos por ciento ( $OL=82,2\%$ ). Cabe advertir que, un objetivo se consideró logrado siempre y cuando se cumpliera en un porcentaje igual o mayor a un sesenta por ciento ( $60\%$ ). Por otra parte, ocho de los cuarenta y cinco objetivos fueron considerados como no logrados, los que corresponden a un diecisiete coma ocho por ciento del total ( $NL=17,8\%$ ).

#### 4.1 Planificación Fonoaudiológica

Objetivo General	Mejorar el nivel de lenguaje comprensivo y expresivo y el rendimiento pedagógico.
Objetivo Específico	Favorecer Lenguaje en relación a mejorar las asignaturas de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas.
Objetivo Operacional	Favorecer la comprensión lectora tanto de texto leído como de la resolución de problemas matemáticos.
Actividades	Explicación y ejercitación de los contenidos tratados en clases en las asignaturas de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas, en relación con los niveles del lenguaje.
Metodología	Forma de trabajo utilizada en la sesión.
Materiales	Utilizados en cada sesión de terapia en particular.
Resultado	Objetivos logrados y no logrados, durante la sesión.
Próxima Sesión	Contenidos a tratar en la próxima sesión de terapia.
Actividad al Hogar	Actividad para reforzar y afianzar lo tratado en la sesión de terapia.

(Ver en anexo modelo de la anterior planificación fonoaudiológica utilizada en cada sesión de terapia).

## CAPÍTULO V: TABLAS, GRÁFICOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

### **1. Resultados de la Evaluación:**

En la evaluación realizada a niños y niñas con fisura velopalatina se aplicaron instrumentos de evaluación, los que cumplen con el esquema utilizado en las Escuelas Especiales de Lenguaje, el que incluye tanto los aspectos receptivos como expresivos involucrados en él. De esta manera, se le aplicó a cada uno de los pacientes de la muestra las siguientes pruebas: Test de Habilidades Psicolingüísticas Illinois (ITPA), Screening Test of Spanish Grammar (STSG), Pauta de Habilidades Pragmáticas, Test de Articulación a la repetición (TAR) y evaluación Anátomo Funcional. Los dos últimos instrumentos mencionados, si bien fueron aplicados no serán tomados en cuenta para el diseño de la terapia ni para el comentario de la evaluación, sólo para comprobar que la fisura estuviese corregida. Lo anterior, radica en que el objetivo de este estudio es trabajar Lenguaje y no precisamente Habla.

#### 1.1 Habilidades Pragmáticas :

Este sector se orienta al estudio de la estructura de la interacción. Busca determinar las habilidades necesarias para la comunicación eficiente y los recursos lingüísticos y no lingüísticos utilizados para ello. Se evalúan 11 ítems los que se consignan como presente o ausente .

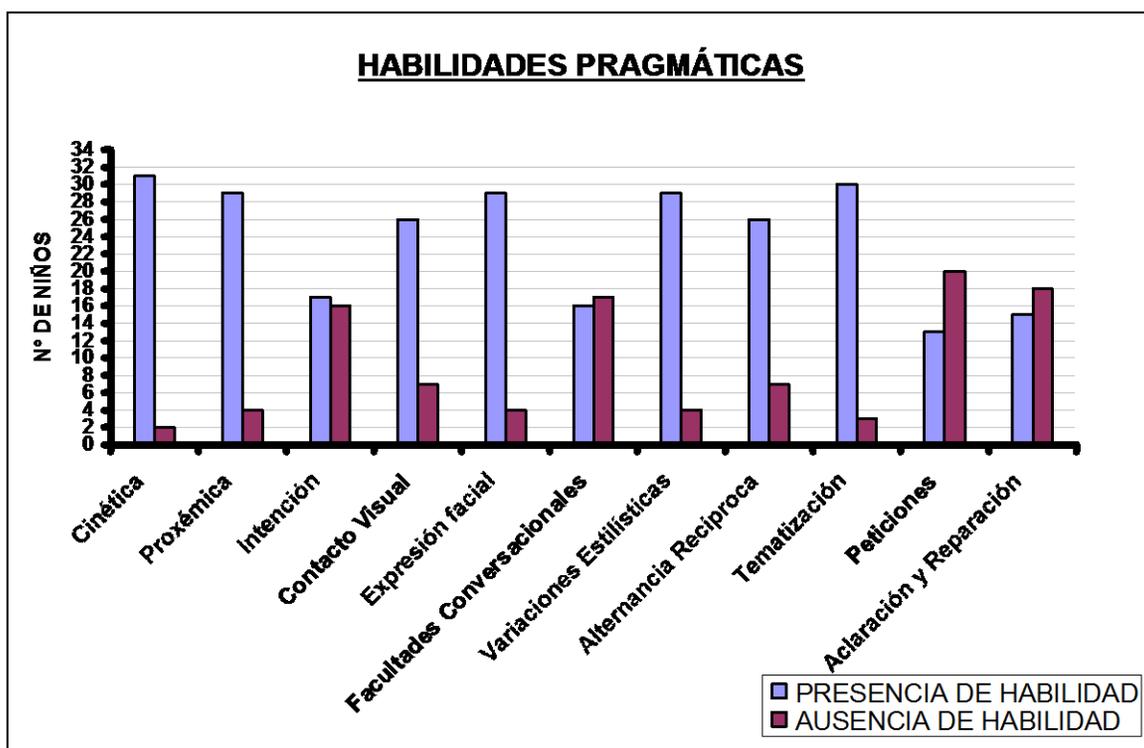
**Tabla N° 1 Evaluación de las Habilidades Pragmáticas.**

N = 33

	%SI	%NO
Cinética	94	6
Proxémica	88	12
Intención	52	48
Contacto Visual	79	21
Expresión facial	88	12
Facultades Conversacionales	48	52
Variaciones Estilísticas	88	12
Alternancia Recíproca	79	21
Tematización	91	9
Peticiones	39	61
Aclaración y Reparación	45	55

**Gráfico N° 1 Evaluación de las Habilidades Pragmáticas.**

N = 33



Según el censo, las habilidades pragmáticas en niños fisurados se encuentra presente entre un 39% y un 94% y ausente entre un 6% y un 61%.

Las habilidades pragmáticas no adquiridas, se encuentran en los siguientes porcentajes:

- Peticiones	61%.
- Aclaración y reparación	55%
- Facultades Conversacionales	52%.
- Intención	48%.
- Contacto visual	21%.
- Alternancia Recíproca	21%.
- Variaciones Estilísticas	12%.
- Proxémica	12%
- Expresión facial	12%.
- Tematización	09%.
- Cinética	06%.

De acuerdo a lo que expone el gráfico de las 11 habilidades pragmáticas, el 50% de los niños y niñas evaluados no maneja 3 de ellas. Asimismo, entre un 20% y un 50% no domina otros 3 ítems, y por último, un porcentaje inferior al 12% no domina las 5 restantes. Cabe señalar que, el grueso del censo al cual se le aplicó la pauta no domina las habilidades que tienen directa relación con la comunicación oral, las cuales son: peticiones, aclaración-reparación y facultades conversacionales. El resto de los puntos consignados considera lo referente a gestos, posturas, temas, etc.

## 1.2 Screening Test of Spanish Grammar:

Este Test permite detectar con rapidez aquellos niños que presentan alteraciones gruesas en la sintaxis del Español. Consta de dos subpruebas, una receptiva y una expresiva. Cada una de ellas evalúa 23 elementos sintácticos, los cuales se presentan en 23 pares de oraciones. En cuanto a los ítems, ellos están ordenados con un grado de complejidad creciente dentro de la prueba. Cabe señalar que, el test está diseñado para evaluar estructuras gramaticales a niños entre 3.0 a 6.11 años, edad en la que ya deberían estar adquiridas en su totalidad.

- STSG Receptivo :

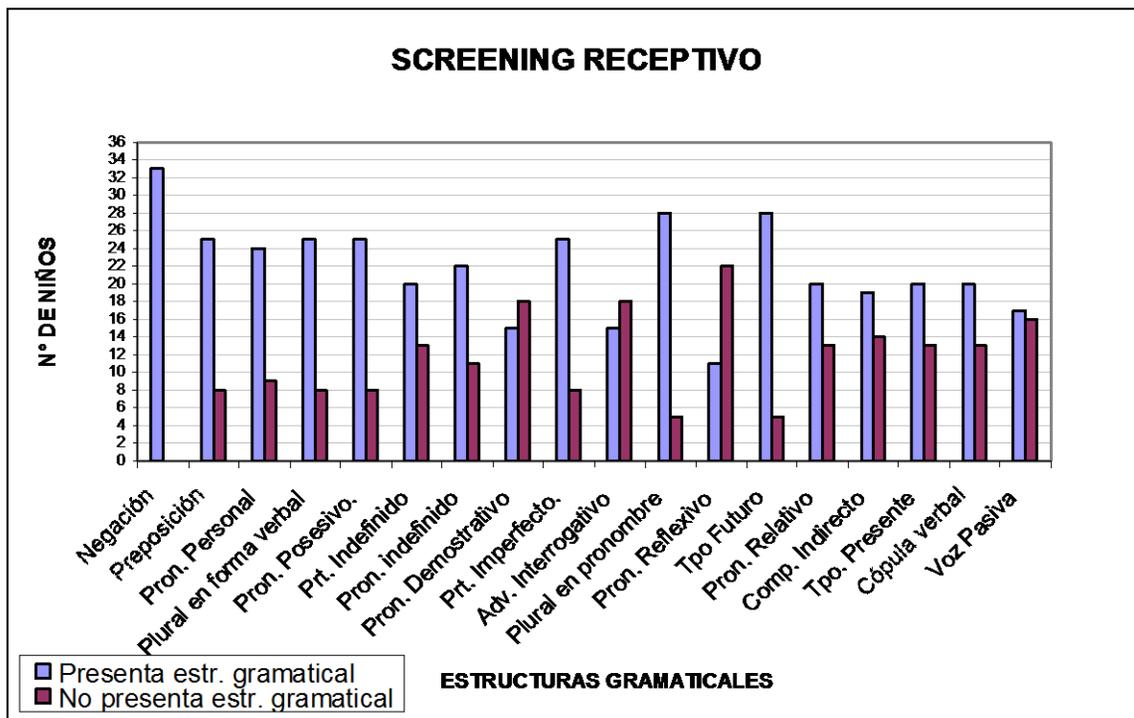
**Tabla N° 2 Evaluación de Screening Receptivo**

N= 33

	%SI	%NO
<b>Negación</b>	100	0
<b>Preposición</b>	76	24
<b>Pron. Personal</b>	73	27
<b>Plural en forma verbal</b>	76	24
<b>Pron. Posesivo.</b>	76	24
<b>Prt. Indefinido</b>	61	39
<b>Pron. indefinido</b>	67	33
<b>Pron. Demostrativo</b>	45	55
<b>Prt. Imperfecto.</b>	76	24
<b>Adv. Interrogativo</b>	45	55
<b>Plural en pronombre</b>	85	15
<b>Pron. Reflexivo</b>	33	67
<b>Tpo Futuro</b>	85	15
<b>Pron. Relativo</b>	61	39
<b>Comp. Indirecto</b>	58	42
<b>Tpo. Presente</b>	61	39
<b>Cópula verbal</b>	61	39
<b>Voz Pasiva</b>	52	48

## Gráfico N° 2 Evaluación de Screening Receptivo

N = 33



Del total de niños fisurados velopalatinos evaluados, el buen rendimiento se encuentra entre un 33% y un 100%. Por otra parte, la deficiencia en el rendimiento está comprendida entre un 0% y un 67%.

De manera más específica, las estructuras gramaticales no adquiridas se encuentran en los siguientes porcentajes.

- Pronombre reflexivo 67%
- Pronombre demostrativo 55%
- Adverbio interrogativo 55%
- Voz Pasiva 48%
- Complemento indirecto 42%
- Cópula verbal 39%
- Tiempo presente 39%
- Pretérito indefinido 39%
- Pronombre relativo 39%
- Pronombre indefinido 33%

-	Pronombre personal	27%
-	Preposición	24%
-	Pronombre posesivo	24%
-	Pretérito Imperfecto	24%
-	Plural en forma verbal	24%
-	Tiempo futuro	15%
-	Plural en pronombre	15%

De acuerdo a lo observado se puede apreciar que, aún cuando los niños y niñas superan los 6.11 años, las estructuras gramaticales no están presentes en su totalidad. Si bien, en el gráfico se evidencia un buen rendimiento entre un 33% y un 100% existe todavía un déficit comprendido entre un 0% y un 67%.

- STSG Expresivo:

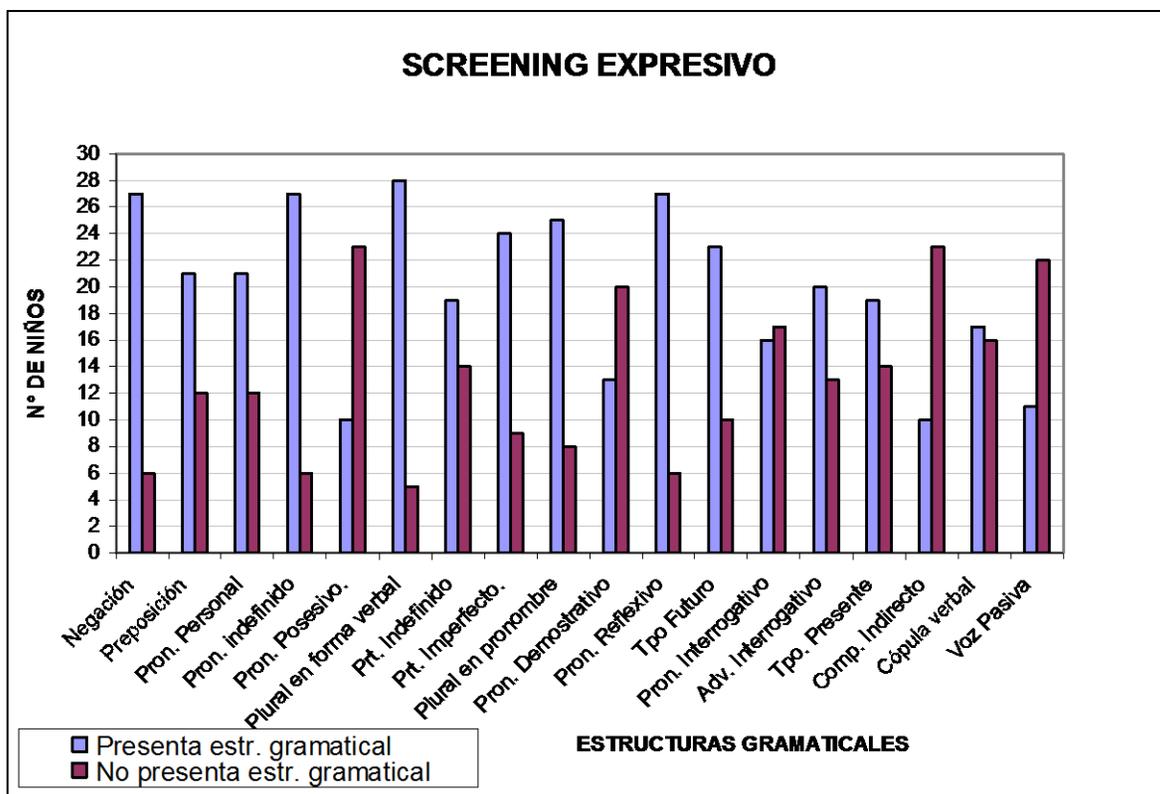
**Tabla N° 3 Evaluación de Screening Expresivo**

N= 33

	%SI	%NO
<b>Negación</b>	82	18
<b>Preposición</b>	64	36
<b>Pron. Personal</b>	64	36
<b>Pron. indefinido</b>	82	18
<b>Pron. Posesivo.</b>	30	70
<b>Plural en forma verbal</b>	85	15
<b>Prt. Indefinido</b>	58	42
<b>Prt. Imperfecto.</b>	73	27
<b>Plural en pronombre</b>	76	24
<b>Pron. Demostrativo</b>	39	61
<b>Pron. Reflexivo</b>	82	18
<b>Tpo Futuro</b>	70	30
<b>Pron. Interrogativo</b>	48	52
<b>Adv. Interrogativo</b>	61	39
<b>Tpo. Presente</b>	58	42
<b>Comp. Indirecto</b>	30	70
<b>Cópula verbal</b>	52	48
<b>Voz Pasiva</b>	33	67

### Gráfico N° 3 Evaluación de Screening Expresivo

N = 33



Del total de niños fisurados velopalatinos evaluados, el buen rendimiento se encuentra entre un 30% y un 85%. Por otra parte, la deficiencia en el rendimiento está comprendida entre un 15% y un 70%.

De manera más específica, las estructuras gramaticales no presentes, se encuentran en los siguientes porcentajes:

- |                           |     |
|---------------------------|-----|
| - Pronombre posesivo      | 70% |
| - Complemento indirecto   | 70% |
| - Voz Pasiva              | 67% |
| - Pronombre demostrativo  | 61% |
| - Pronombre interrogativo | 52% |
| - Cópula verbal           | 48% |
| - Tiempo presente         | 42% |

-	Pretérito indefinido	42%
-	Adverbio interrogativo	39%
-	Preposición	36%
-	Pronombre personal	36%
-	Tiempo futuro	30%
-	Pretérito Imperfecto	27%
-	Plural en pronombre	24%
-	Negación	18%
-	Pronombre indefinido	18%
-	Pronombre reflexivo	18%
-	Plural en forma verbal	15%

Como se puede apreciar, el gráfico describe que entre un 30% y un 85% de los niños y niñas dominan las estructuras gramaticales evaluadas. Por otra parte, entre un 15% y un 70% no las maneja, lo que de todas maneras evidencia un gran porcentaje de mal desempeño.

De lo anterior, podemos decir que existe un mayor porcentaje de estructuras presentes sobre las ausentes a nivel receptivo y expresivo. Sin embargo, la cifra considerada para el mal desempeño, es suficiente para provocar alteraciones sintácticas, que perjudican notablemente el Lenguaje de los niños y niñas evaluados. Cabe hacer referencia que lo tomado como normal tiene una edad tope de 6.11 años, y que la totalidad de nuestros pacientes tenían edades que superaban este límite.

## 1.3 Test de Habilidades Psicolingüísticas Illinois.

**Tabla N° 4 Evaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

N=33

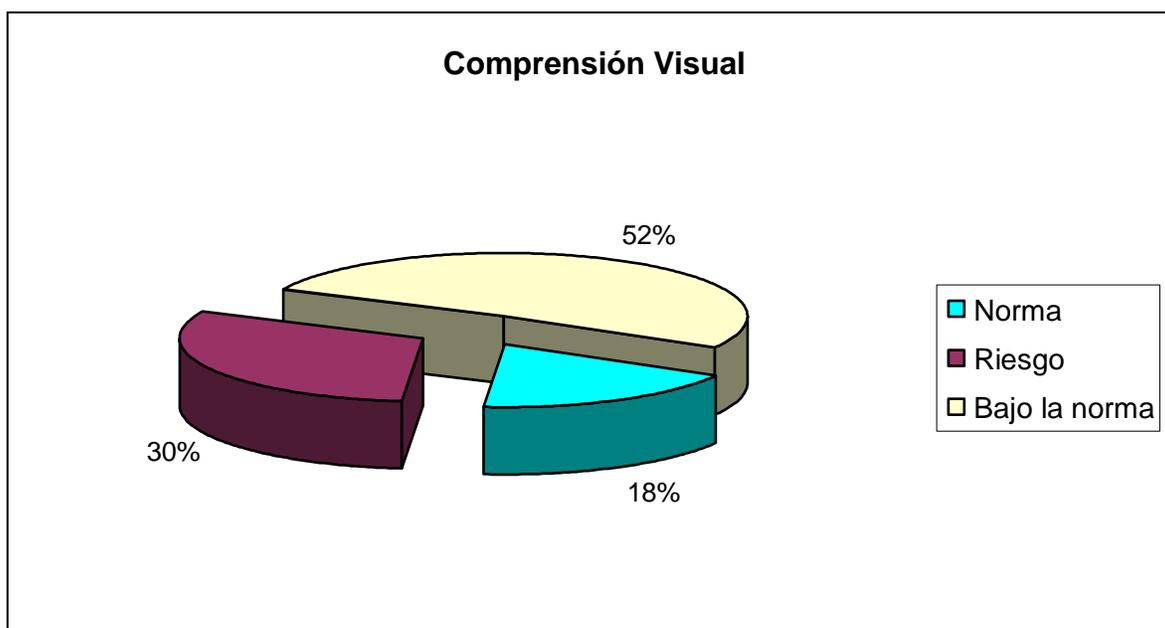
Nivel Semántico						
	Comp. Auditiva	Comp. Visual	Asoc. Auditiva	Asoc. Visual	Flud. Lexica	Exp. Motora
<b>Norma</b>	10	6	10	9	6	17
<b>Riesgo</b>	1	10	3	4	10	10
<b>Bajo la norma</b>	22	17	20	20	17	6

Nivel Automático				
	Mem. Sec. Vis	Int. Aud	Int. Visual	Mem. Sec. Aud
<b>Norma</b>	21	18	0	18
<b>Riesgo</b>	8	4	4	6
<b>Bajo norma</b>	4	11	29	9

**Gráfico N° 4 Evaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

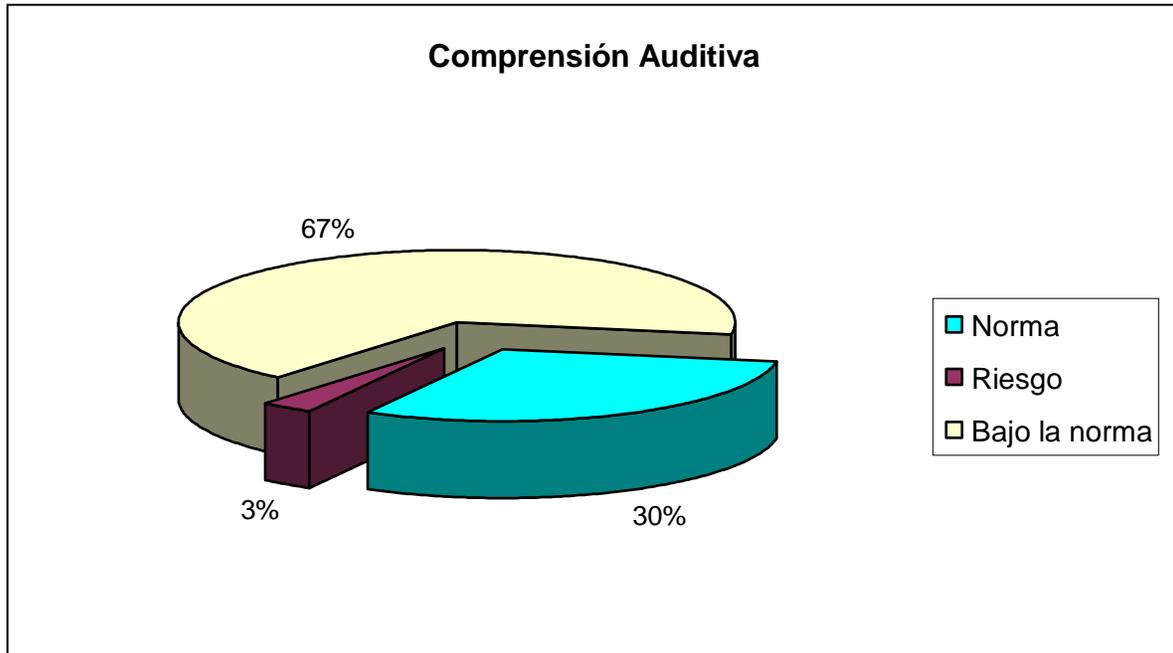
N = 33



El 52% se encontró bajo la norma, un 30% en riesgo y un 18% dentro de la norma.

**Gráfico N° 5 Evaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

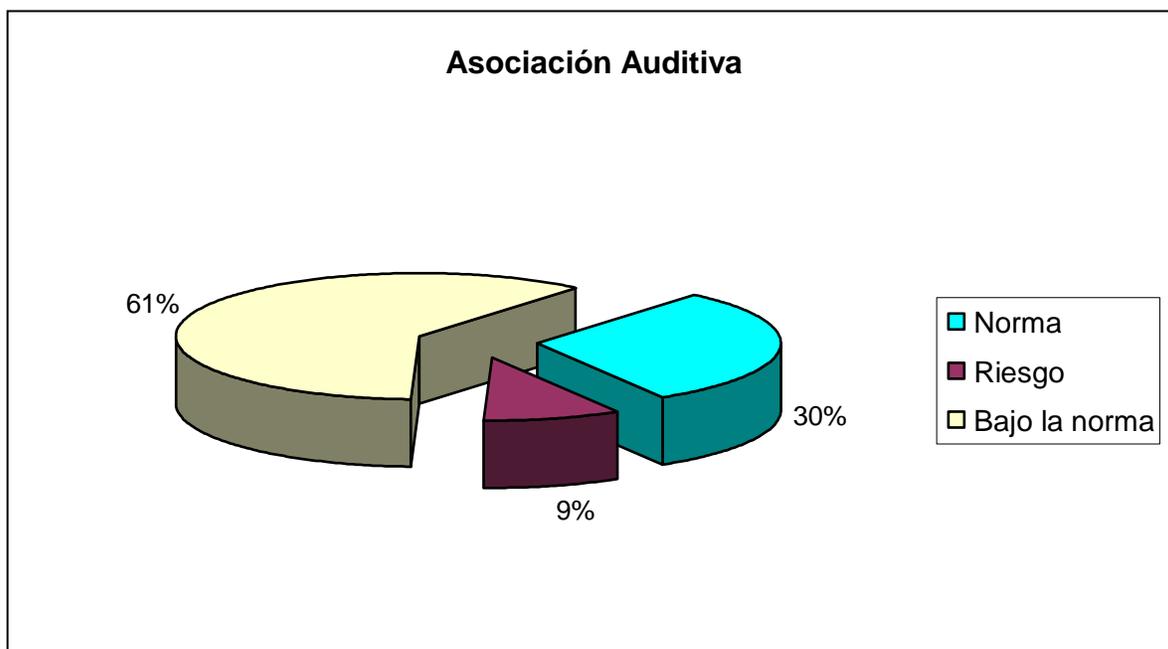
N = 33



El 67% se encontró bajo la norma, un 30% en norma y un 3% en riesgo.

**Gráfico N° 6 Evaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

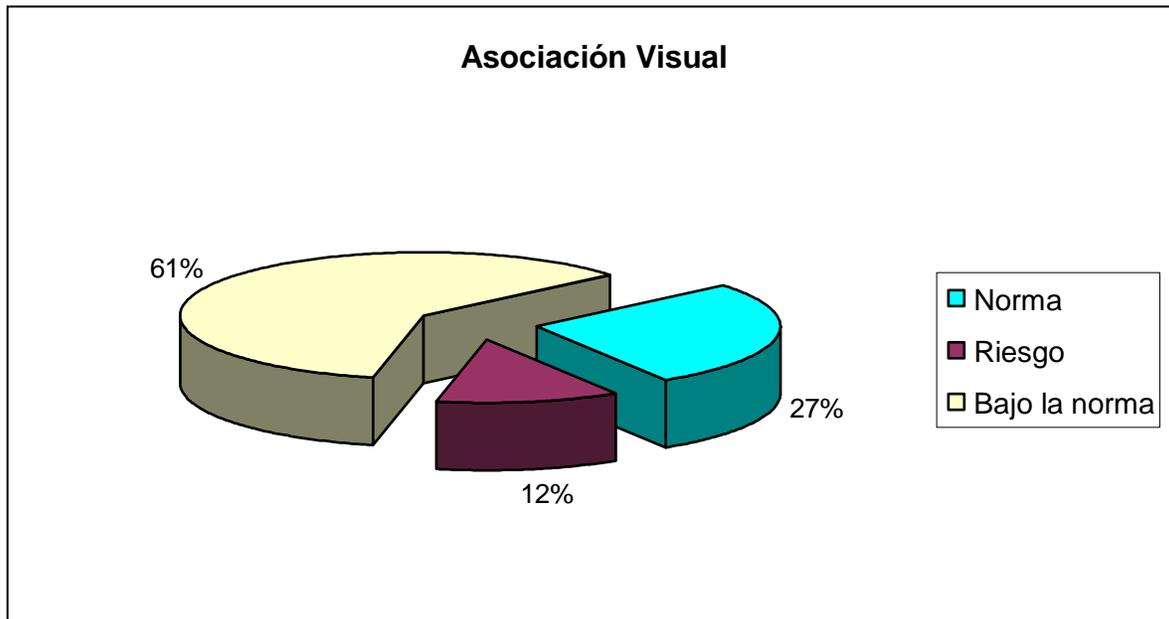
N = 33



El 61% se encontró bajo la norma, un 30% dentro de la norma y un 9% en riesgo.

**Gráfico N° 7 Evaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

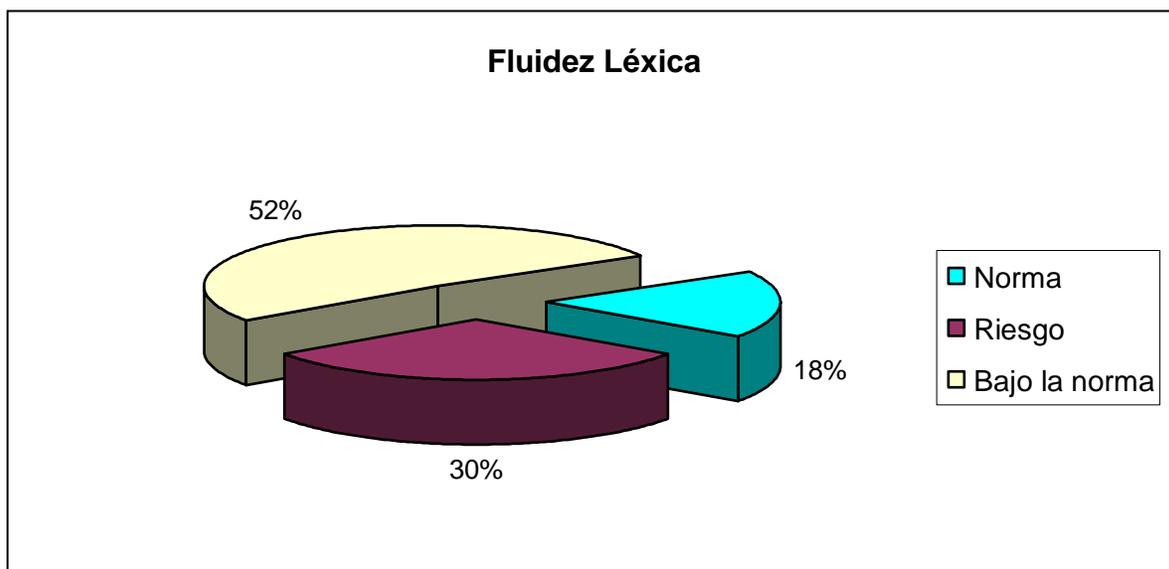
N = 33



El 61% se encontró bajo la norma, un 27% dentro de la norma y un 12% en riesgo.

**Gráfico N° 8 Evaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

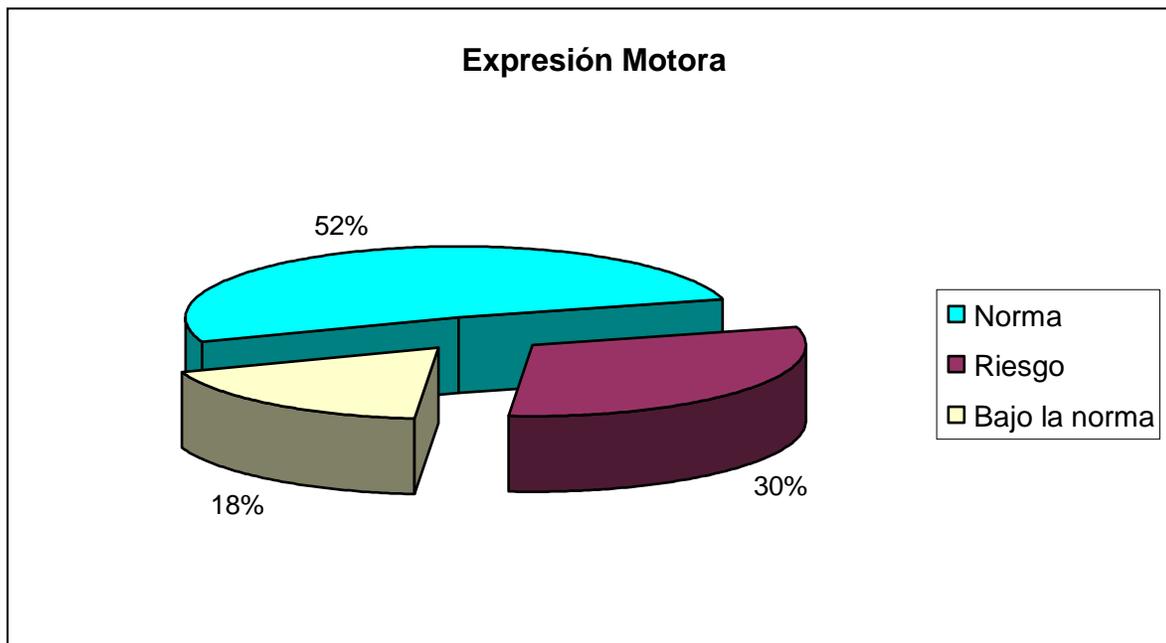
N = 33



El 52% se encontró bajo la norma, un 30% en riesgo y un 18% dentro de la norma.

**Gráfico N° 9 Evaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

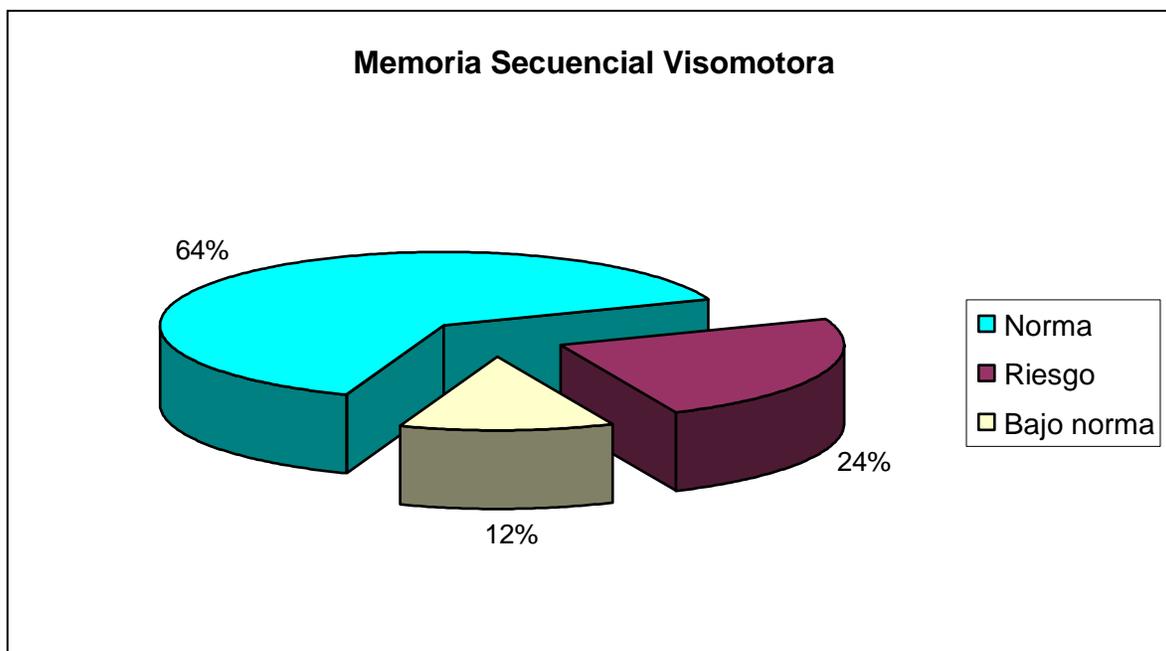
N = 33



El 52% se encontró dentro la norma, un 30% en riesgo y un 18% bajo de la norma.

**Gráfico N° 10 Evaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

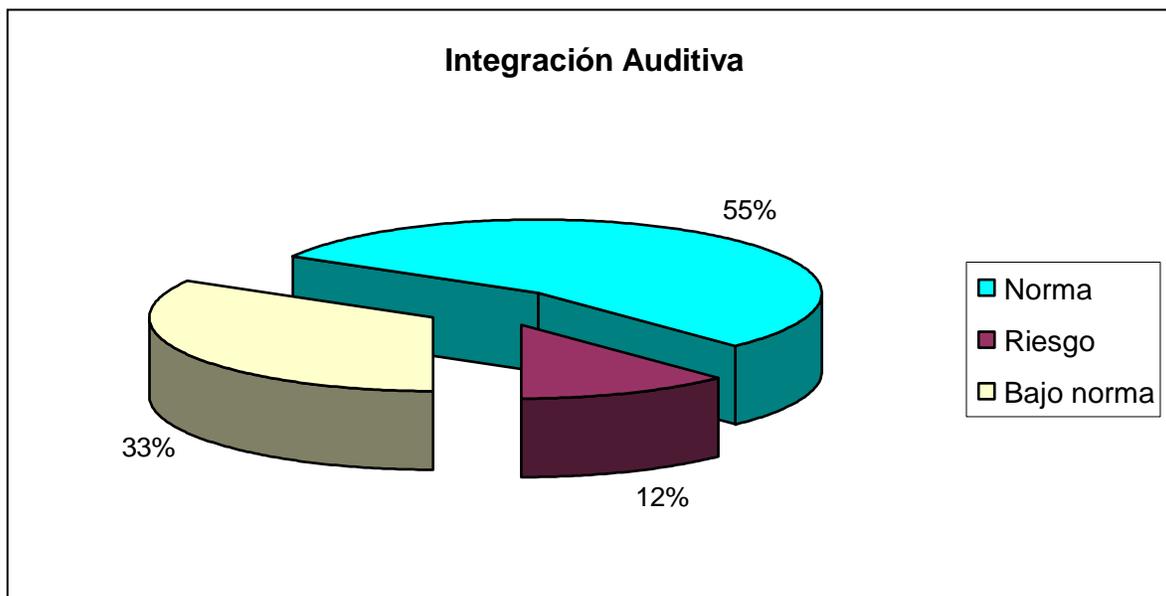
N = 33



El 64% se encontró dentro de la norma, un 24% en riesgo y un 12% bajo la norma.

**Gráfico N° 11 Evaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

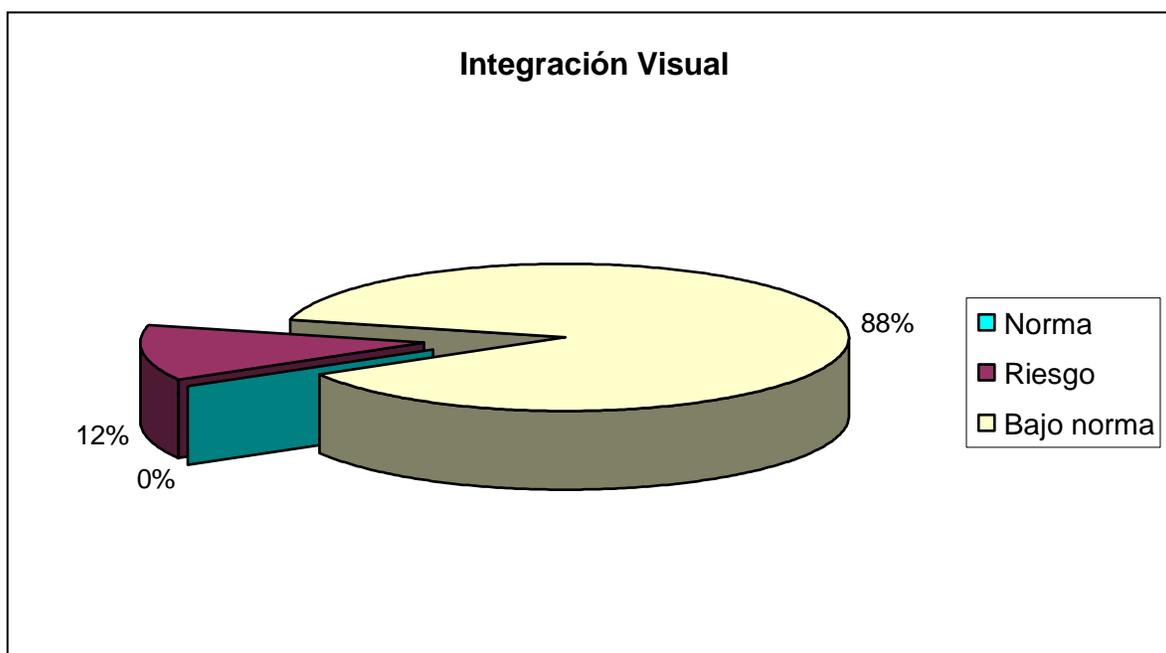
N = 33



El 55% se encontró dentro de la norma, un 33% bajo la norma y un 12% en riesgo.

**Gráfico N° 12 Evaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

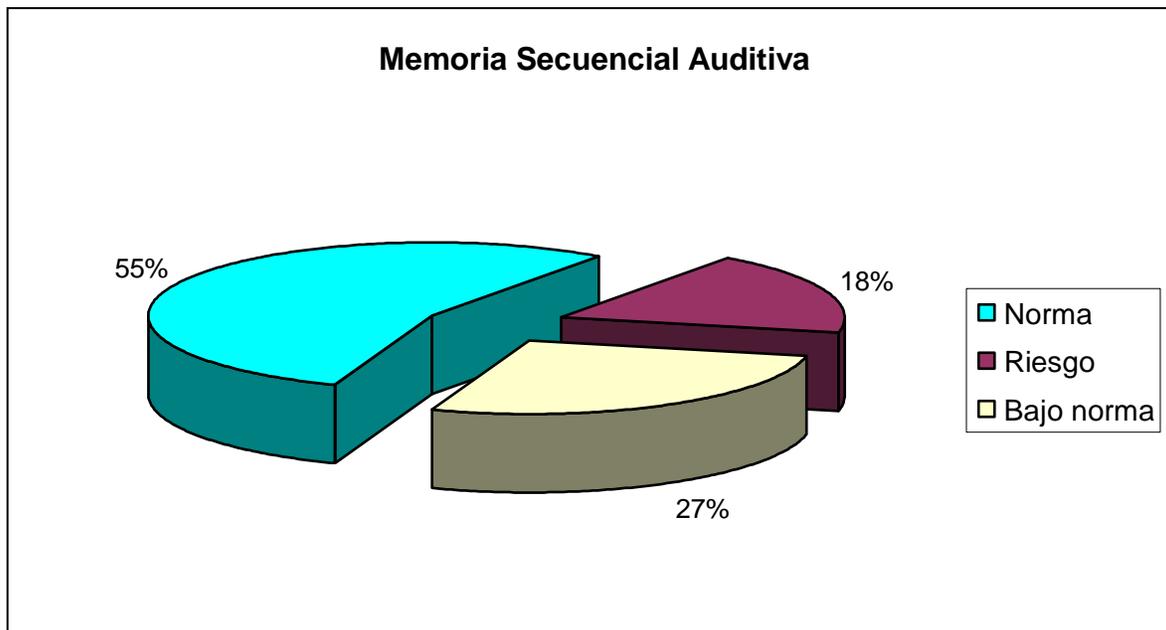
N = 33



El 88% se encontró bajo la norma, un 12% en riesgo y ningún niño de la muestra está dentro de la norma.

**Gráfico N° 13 Evaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

N = 33



El 55% se encontró dentro de la norma, un 27% bajo la norma y un 18% en riesgo.

De acuerdo a la información entregada por la evaluación de este test, en 6 subpruebas sobre el 50% de los niños se ubica bajo la norma. Asimismo, en 8 subpruebas entre un 10% y un 30% se encuentra en riesgo. Por último, se evidencia que en sólo 2 subpruebas el 50% se sitúa dentro de la norma.

Para analizar más exhaustivamente podemos referirnos que las subpruebas con más alto índice de mal desempeño corresponden a: comprensión visual y auditiva, asociación visual y auditiva, fluidez léxica e integración visual. Entonces, cabe destacar que precisamente son éstas las áreas de mayor importancia en el manejo del Lenguaje y en el proceso de Aprendizaje (proceso receptivo, de organización, expresivo e integrativo).

## 1.4 Calificaciones finales año 2001:

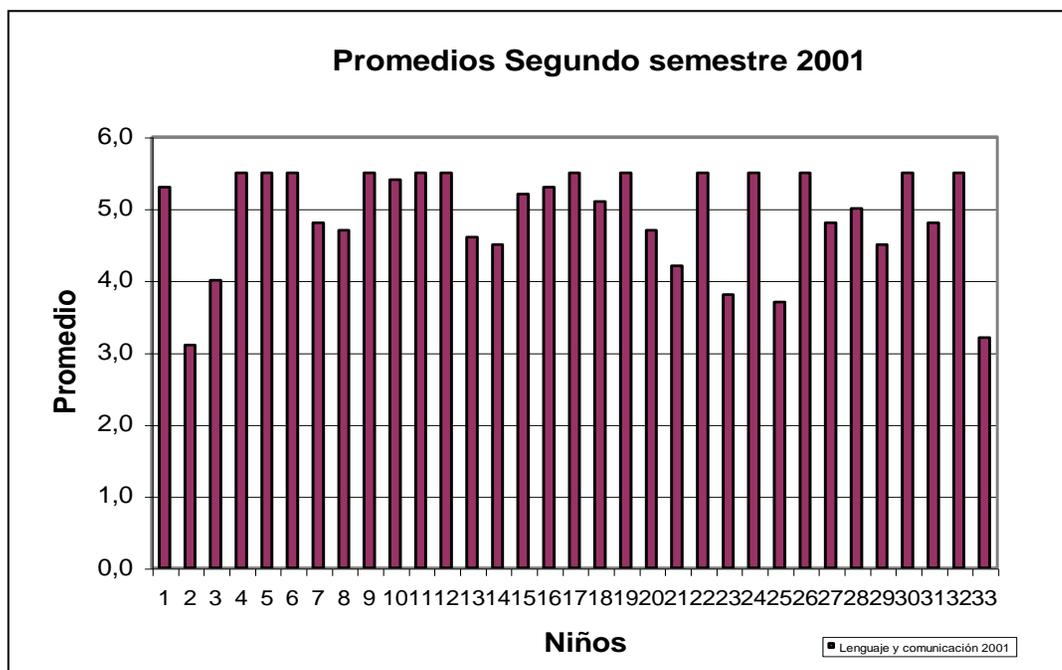
**Tabla N° 5 Notas en Matemáticas y Lenguaje y Comunicación****Del segundo semestre del 2001**

N= 33

Niño	Evaluación	
	Lenguaje	Matemáticas
1	5,3	5,5
2	3,1	3,2
3	4,0	3,3
4	5,5	5,5
5	5,5	5,4
6	5,5	5,5
7	4,8	4,5
8	4,7	4,4
9	5,5	5,5
10	5,4	5,3
11	5,5	5,5
12	5,5	5,2
13	4,6	4,8
14	4,5	4,9
15	5,2	5,2
16	5,3	5,1
17	5,5	5,5
18	5,1	5,0
19	5,5	5,0
20	4,7	3,3
21	4,2	4,0
22	5,5	5,5
23	3,8	4,6
24	5,5	5,0
25	3,7	3,1
26	5,5	5,5
27	4,8	4,0
28	5,0	5,0
29	4,5	4,5
30	5,5	5,5
31	4,8	5,3
32	5,5	5,5
33	3,2	3,5

**Gráfico N° 14 Notas Lenguaje y Comunicación del segundo semestre del 2001**

N = 33



El promedio en la asignatura de Lenguaje y Comunicación del total del censo es de 4,9. Las notas representadas en el gráfico, se pueden agrupar en la siguiente tabla de acuerdo al rango de calificaciones en que se encuentran.

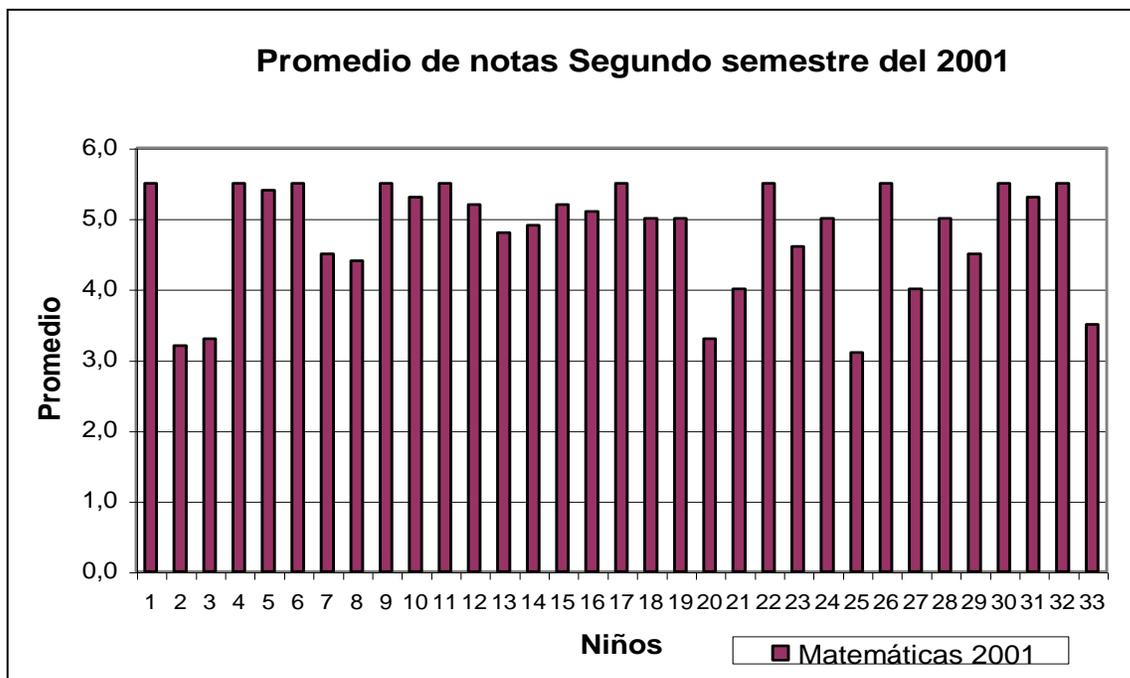
**Tabla N° 6 Rango de notas de Lenguaje y Comunicación segundo semestre del 2001**

N = 33

<b>Lenguaje</b>		
<b>Evaluación</b>		
<b>Tabla resumen</b>		
Notas	N° de niños	Porcentaje[%]
1,0-1,5	0	0
1,6-2,0	0	0
2,1-2,5	0	0
2,6-3,0	0	0
3,1-3,5	2	6
3,6-4,0	3	9
4,1-4,5	3	9
4,6-5,0	7	21
5,1-5,5	18	55
5,6-6,0	0	0
6,1-6,5	0	0
6,6-7,0	0	0

**Gráfico N° 15 Notas de Matemáticas del segundo semestre del 2001**

N = 33



El promedio en la asignatura de Matemáticas del total del censo es de 4,8. La tabla que a continuación se entrega es un resumen del gráfico que se muestra. Ella contiene la cantidad de niños con su respectivo porcentaje de acuerdo al intervalo de notas en que se encuentran.

**Tabla N° 7 Rango de notas de Matemáticas segundo semestre del 2001**

N = 33

<b>Matemáticas</b>		
Evaluación		
Tabla resumen		
Notas	N° de niños	Porcentaje [%]
1,0-1,5	0	0
1,6-2,0	0	0
2,1-2,5	0	0
2,6-3,0	0	0
3,1-3,5	5	15
3,6-4,0	2	6
4,1-4,5	3	9
4,6-5,0	6	18
5,1-5,5	17	52
5,6-6,0	0	0
6,1-6,5	0	0
6,6-7,0	0	0

## 2. Resultados de la Reevaluación

Con respecto a la reevaluación de los niños y niñas fisurados velopalatinos que conforman nuestro censo, se realizó con los siguientes tests:

- ✓ Protocolo de Habilidades Pragmáticas.
- ✓ Screening test of Spanish Grammar (STSG): subpruebas receptiva y expresiva.
- ✓ Test de Habilidades Psicolingüísticas Illinois (ITPA).

Cabe señalar que, los test TAR (Test de Articulación a la Repetición) y Protocolo Anátomo-Funcional, utilizados en la evaluación, fueron excluidos de la reevaluación. Dado que, el tratamiento fonoaudiológico se basó en los niveles léxico-semántico, morfosintáctico y pragmático, el nivel fonético-fonológico no fue considerado en este estudio por ser tratado en la terapia convencional. Por otra parte, no habría cambios en el aspecto Anátomo-Funcional durante los seis meses de tratamiento, puesto que, en la anamnesis se constató que no se realizaría ninguna intervención quirúrgica durante este periodo.

En cuanto al tamaño de nuestro censo, al comienzo de la terapia era de treinta y tres niños. No obstante, disminuyó en el transcurso de los seis meses de tratamiento, debido a que seis pacientes desertaron voluntariamente por diferentes motivos (ver en capítulo VI: Discusión y Comentarios). Así, finalmente el censo quedó constituido por veintisiete niños.

## 2.1 Habilidades Pragmáticas :

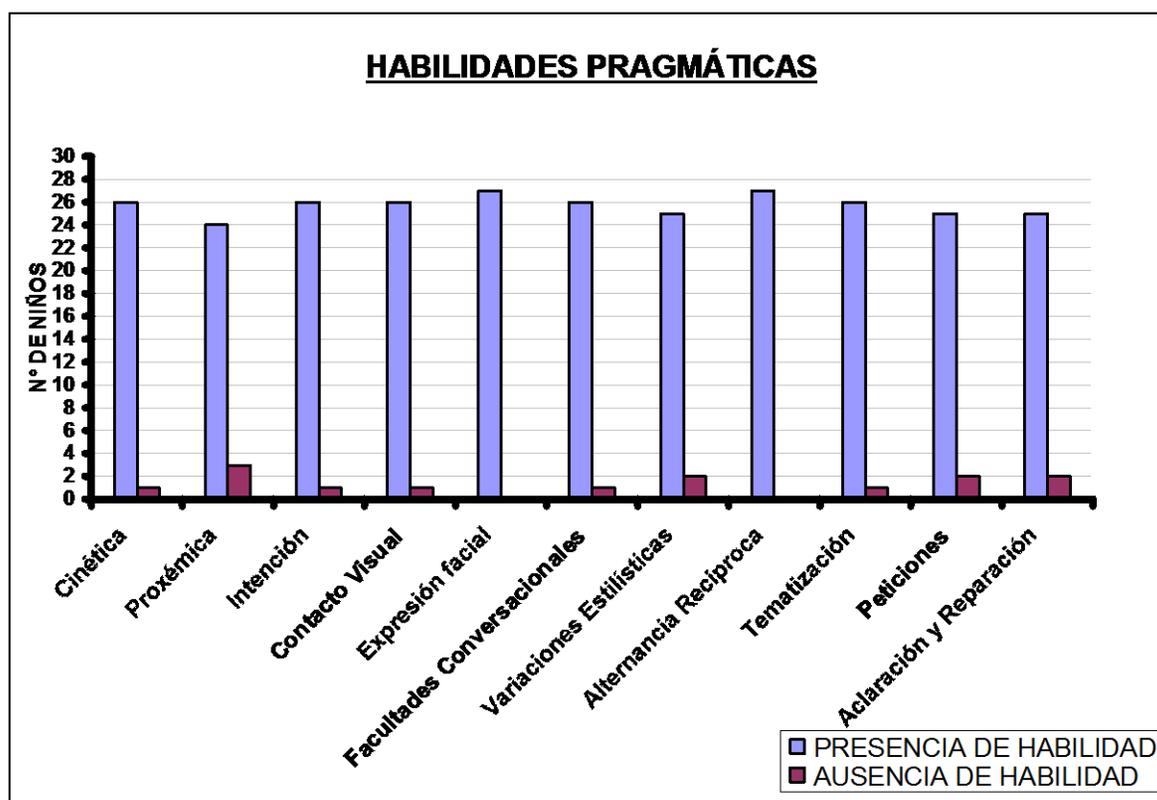
**Tabla N° 8 Reevaluación de las Habilidades Pragmáticas**

N = 27

	%SI	%NO
Cinética	96	4
Proxémica	89	11
Intención	96	4
Contacto Visual	96	4
Expresión facial	100	0
Facultades Conversacionales	96	4
Variaciones Estilísticas	93	7
Alternancia Recíproca	100	0
Tematización	96	4
Peticiones	93	7
Aclaración y Reparación	93	7

**Gráfico N° 16 Reevaluación de las Habilidades Pragmáticas**

N = 27



Según el censo, las habilidades pragmáticas en niños y niñas fisurados velopalatinos se encuentran presentes entre un 89% y un 100% y ausente entre un 0% y un 19%.

Las habilidades pragmáticas no adquiridas, se encuentran en los siguientes porcentajes:

- Proxémica	11%
- Peticiones	07%.
- Aclaración y reparación	07%
- Variaciones Estilísticas	07%.
- Facultades Conversacionales	04%.
- Intención	04%.
- Contacto visual	04%.
- Tematización	04%.
- Cinética	04%.

Teniendo en cuenta que, un 89% a un 100% de los niños presenta las habilidades, se aprecia que existe una mejora importante y una tendencia a adquirirlas. Por ende, disminuyó la cantidad de niños y niñas fisurados que no adquirieron la habilidad.

## 2.2 Screening Test of Spanish Grammar:

- STSG Receptivo :

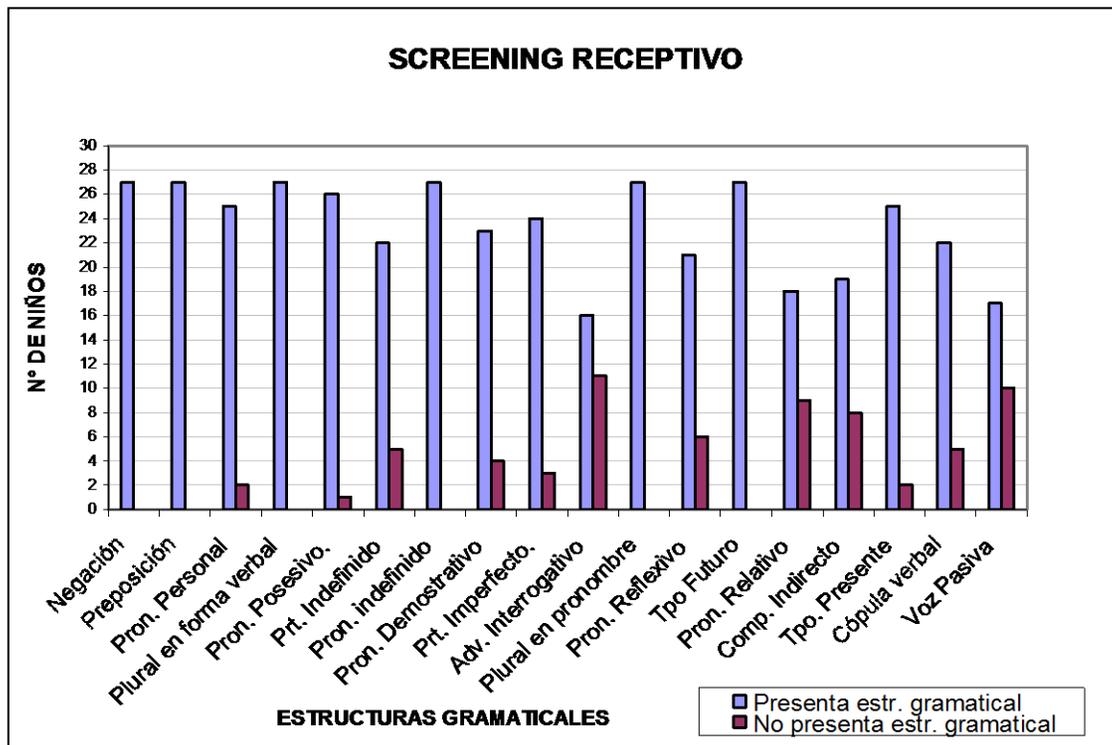
**Tabla N° 9 Reevaluación de Screening Receptivo**

N= 27

	%SI	%NO
Negación	100	0
Preposición	100	0
Pron. Personal	93	7
Plural en forma verbal	100	0
Pron. Posesivo.	96	4
Prt. Indefinido	81	19
Pron. indefinido	100	0
Pron. Demostrativo	85	15
Prt. Imperfecto.	89	11
Adv. Interrogativo	59	41
Plural en pronombre	100	0
Pron. Reflexivo	78	22
Tpo Futuro	100	0
Pron. Relativo	67	33
Comp. Indirecto	70	30
Tpo. Presente	93	7
Cópula verbal	81	19
Voz Pasiva	63	37

**Gráfico N° 17 Reevaluación de Screening Receptivo**

N = 27



Del total de niños fisurados velopalatinos evaluados, el buen rendimiento se encuentra entre un 59% y un 100%. Por otra parte, la deficiencia en el rendimiento está comprendida entre un 0% y un 41%.

De manera más específica, las estructuras gramaticales no adquiridas, se encuentran en los siguientes porcentajes.

-	Adverbio interrogativo	41%
-	Voz Pasiva	37%
-	Pronombre relativo	33%
-	Complemento indirecto	30%
-	Pronombre reflexivo	22%
-	Pretérito indefinido	19%
-	Cópula verbal	19%
-	Pronombre demostrativo	15%
-	Pretérito imperfecto	11%
-	Tiempo presente	07%
-	Pronombre personal	07%
-	Pronombre posesivo	04%

Considerando que, un 59% a un 100% de los niños comprende las estructuras gramaticales que evalúa el test, es claro que más de la mitad de los niños y niñas lograron comprender las estructuras. Por ende, disminuyó la cantidad de niños que no lograron la comprensión de las estructuras.

- STSG Expresivo:

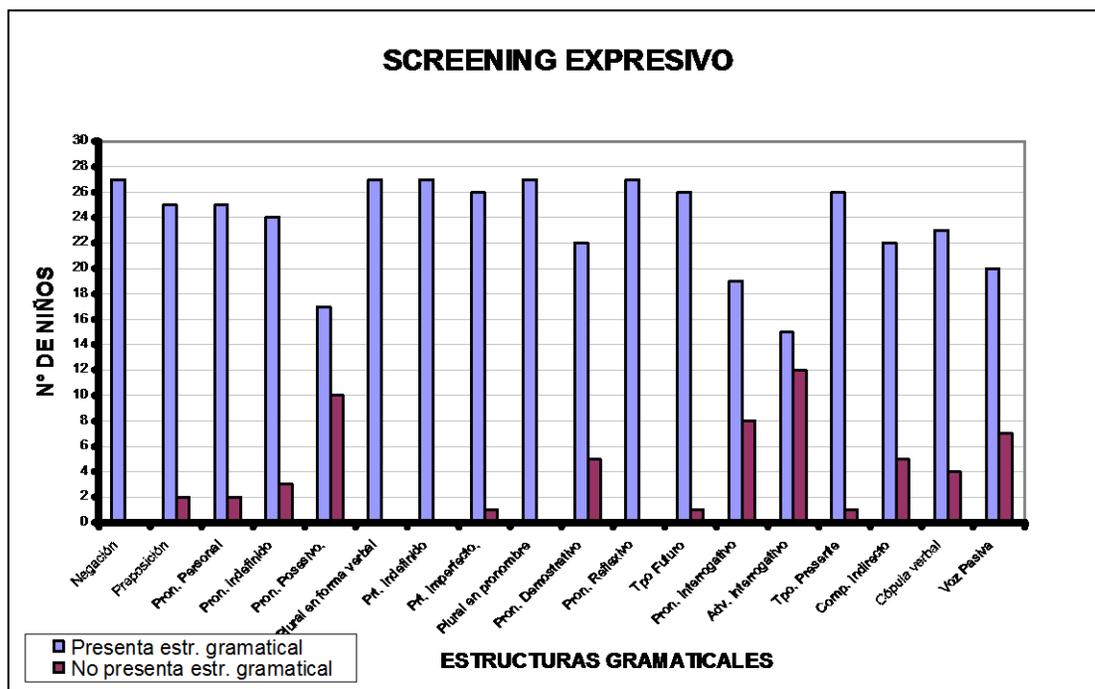
**Tabla N° 10 Reevaluación de Screening Expresivo**

	%SI	%NO
Negación	100	0
Preposición	93	7
Pron. Personal	93	7
Pron. indefinido	89	11
Pron. Posesivo.	63	37
Plural en forma verbal	100	0
Prt. Indefinido	100	0
Prt. Imperfecto.	96	4
Plural en pronombre	100	0
Pron. Demostrativo	81	19
Pron. Reflexivo	100	0
Tpo Futuro	96	4
Pron. Interrogativo	70	30
Adv. Interrogativo	56	44
Tpo. Presente	96	4
Comp. Indirecto	81	19
Cópula verbal	85	15
Voz Pasiva	74	26

N= 27

**Gráfico N° 18 Reevaluación de Screening Expresivo**

N = 27



Del total de niños fisurados velopalatinos evaluados, el buen rendimiento se encuentra entre un 56% y un 100%. Por otra parte, la deficiencia en el rendimiento está comprendida entre un 0% y un 44%.

De manera más específica, las estructuras gramaticales no adquiridas, se encuentran en los siguientes porcentajes:

-	Adverbio interrogativo	44%
-	Pronombre posesivo	37%
-	Pronombre interrogativo	30%
-	Voz pasiva	26%
-	Complemento indirecto	19%
-	Pronombre demostrativo	19%
-	Cópula verbal	15%
-	Pronombre indefinido	11%
-	Preposición	07%
-	Pronombre personal	07%
-	Pretérito imperfecto	04%
-	Tiempo futuro	04%
-	Tiempo presente	04%

Considerando que, un 56% a un 100% de los niños presenta las estructuras gramaticales, es claro que más de la mitad de los niños y niñas lograron adquirir las estructuras. Por ende, disminuyó la cantidad de niños que no lograron adquirirlas

## 3. Test de Habilidades Psicolingüísticas Illinois.

**Tabla N° 11 Reevaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

N=27

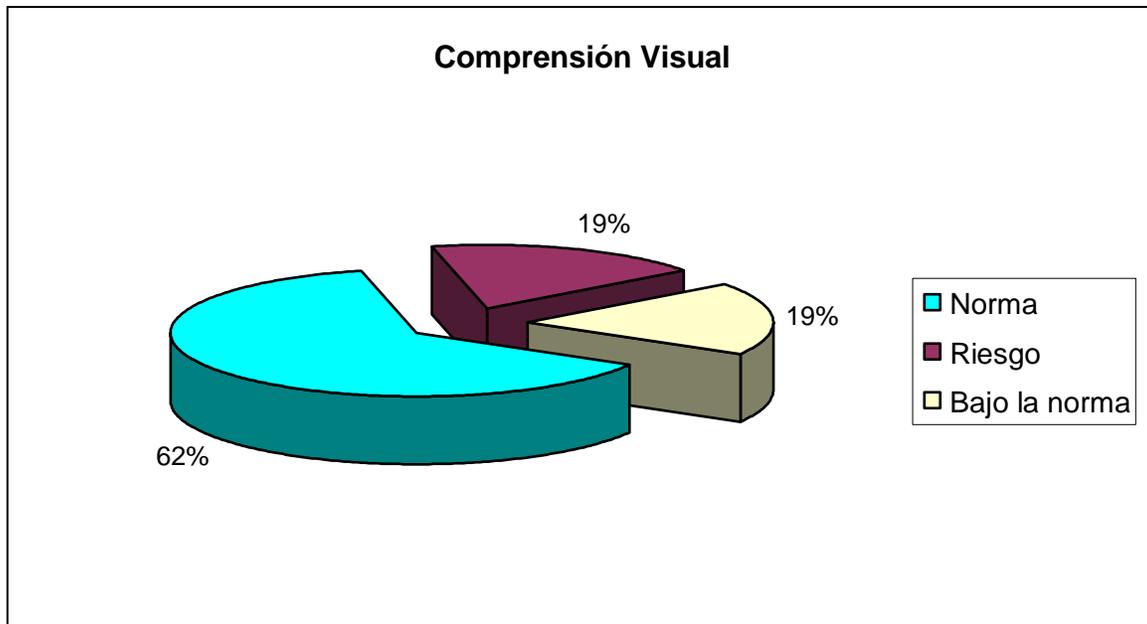
Nivel Semántico						
	Comp. Auditiva	Comp. Visual	Asoc. Auditiva	Asoc. Visual	Flud. Lexica	Exp. Motora
Norma	12	17	19	10	16	23
Riesgo	5	5	5	6	6	4
Bajo la norma	10	5	3	11	5	0

Nivel Automático				
	Mem. Sec. Vis	Int. Aud	Int. Visual	Mem. Sec. Aud
Norma	23	19	3	18
Riesgo	3	5	9	4
Bajo norma	1	3	15	5

**Gráfico N° 19 Reevaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

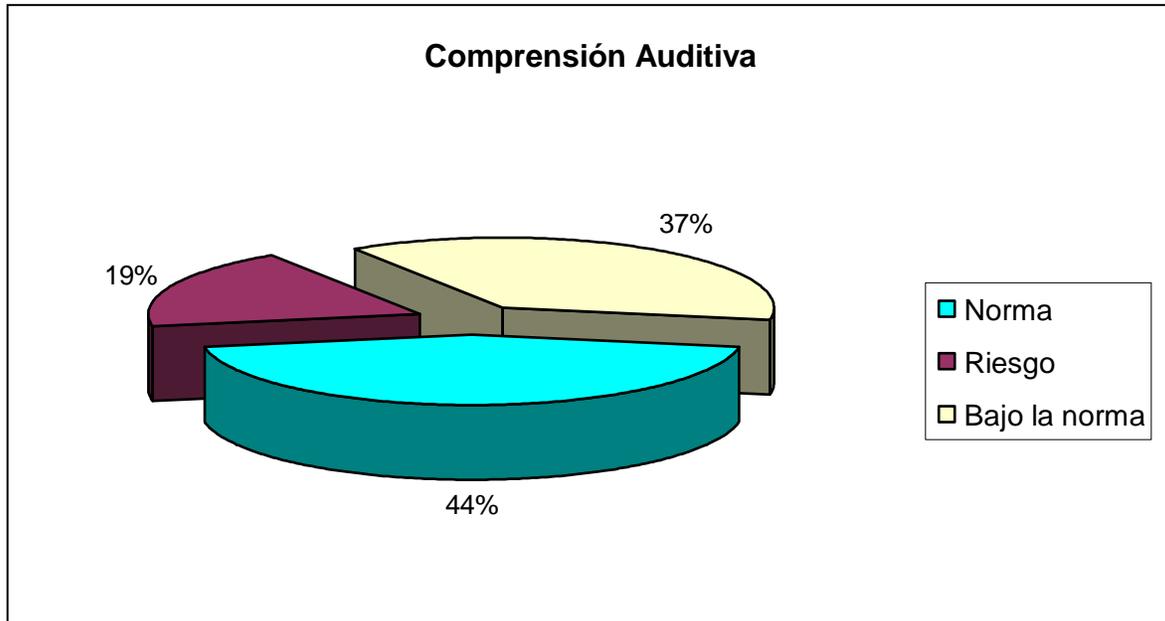
N = 27



El 19% se encontró bajo la norma, un 19% en riesgo y un 62% dentro de la norma.

**Gráfico N° 20 Reevaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

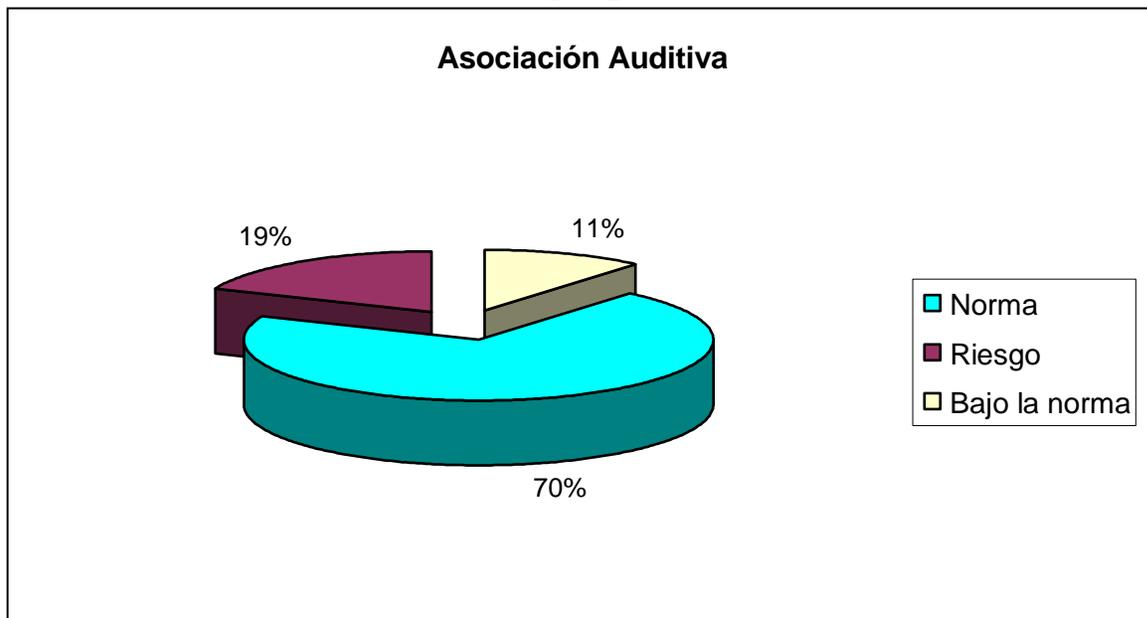
N = 27



El 37% se encontró bajo la norma, un 44% en norma y un 19% en riesgo.

**Gráfico N° 21 Reevaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

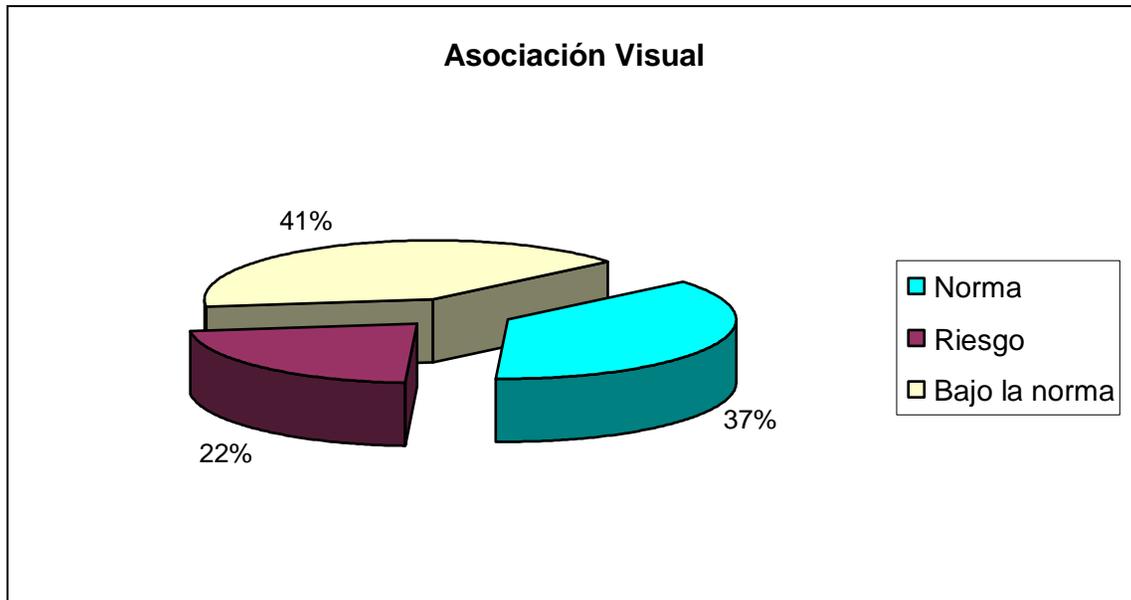
N = 27



El 11% se encontró bajo la norma, un 70% dentro de la norma y un 19% en riesgo.

**Gráfico N° 22 Reevaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

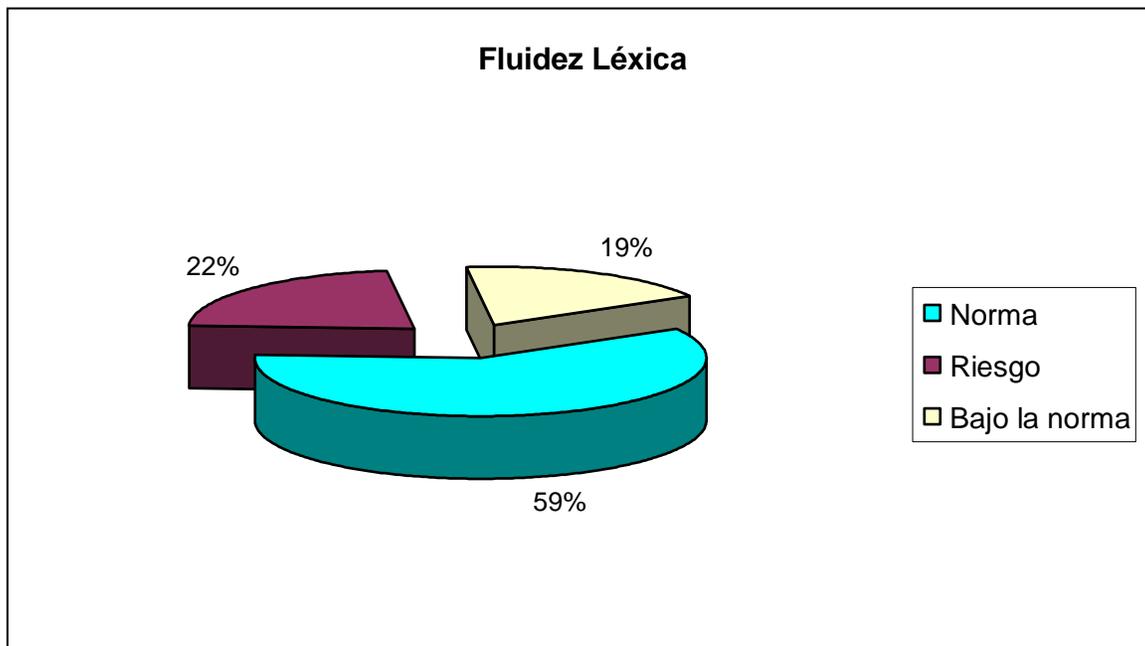
N = 27



El 41% se encontró bajo la norma, un 37% dentro de la norma y un 22% en riesgo.

**Gráfico N° 23 Reevaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

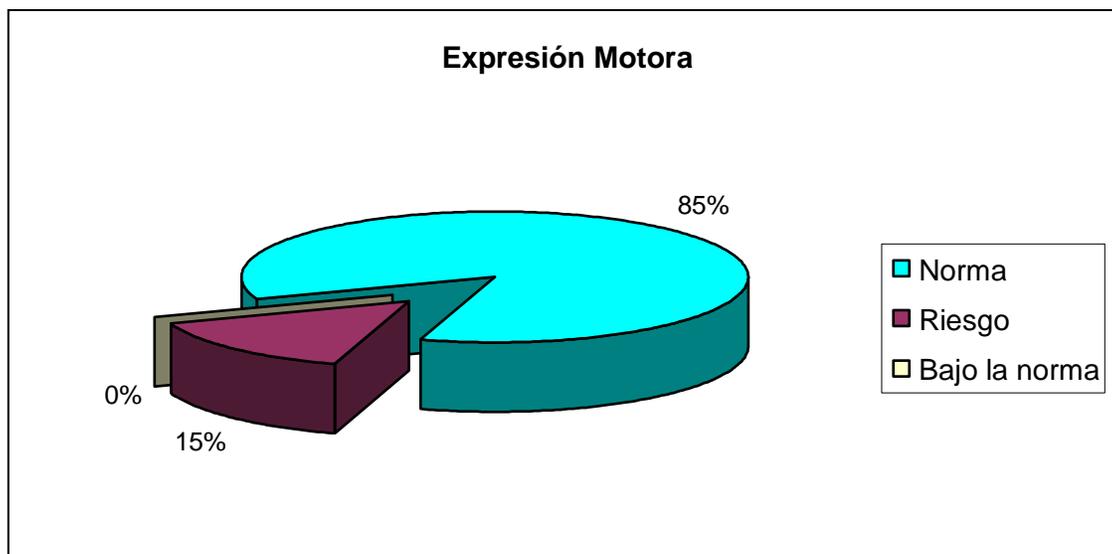
N = 27



El 19% se encontró bajo la norma, un 22% en riesgo y un 59% dentro de la norma.

**Gráfico N° 24 Reevaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

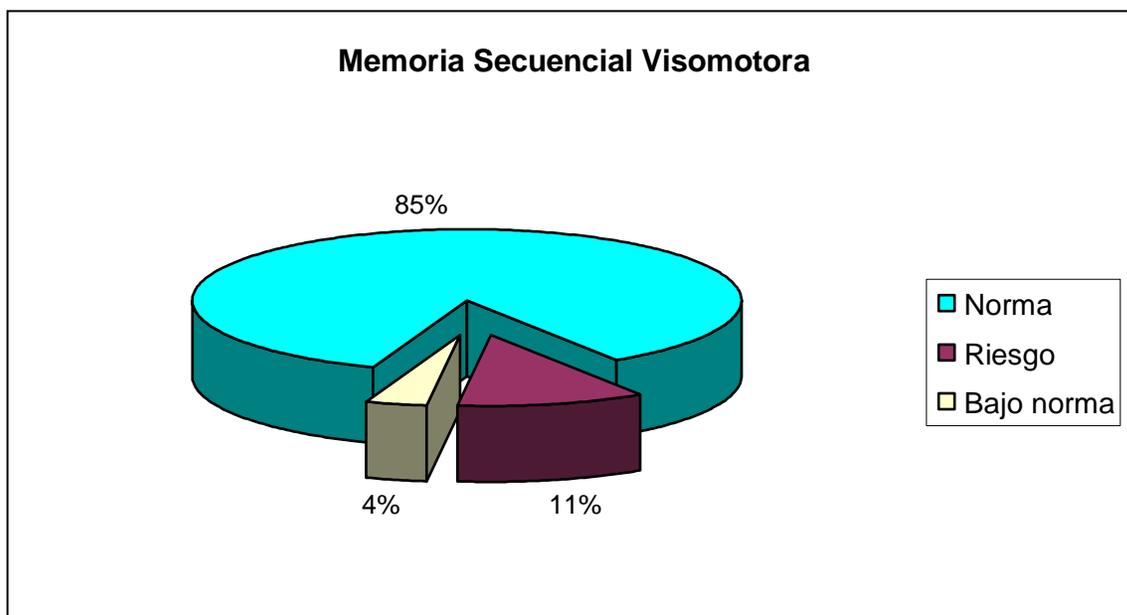
N = 27



Ningún niño de los censados está bajo la norma, un 15% está en riesgo y un 85% dentro de la norma.

**Gráfico N° 25 Reevaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

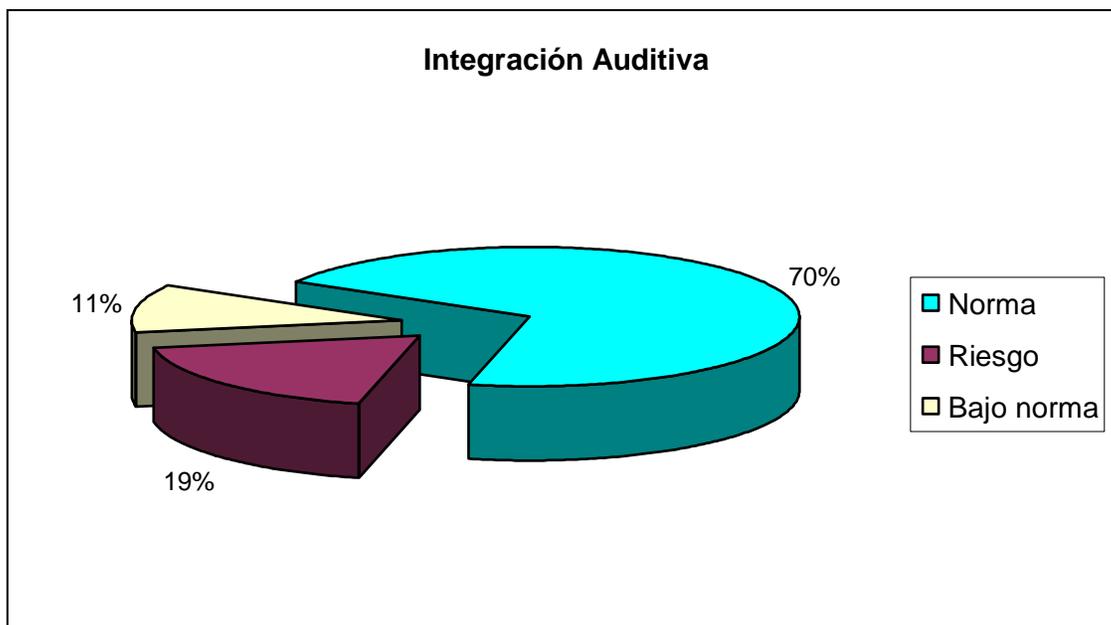
N = 27



El 85% se encontró dentro de la norma, un 11% en riesgo y un 4% bajo la norma.

**Gráfico N° 26 Reevaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

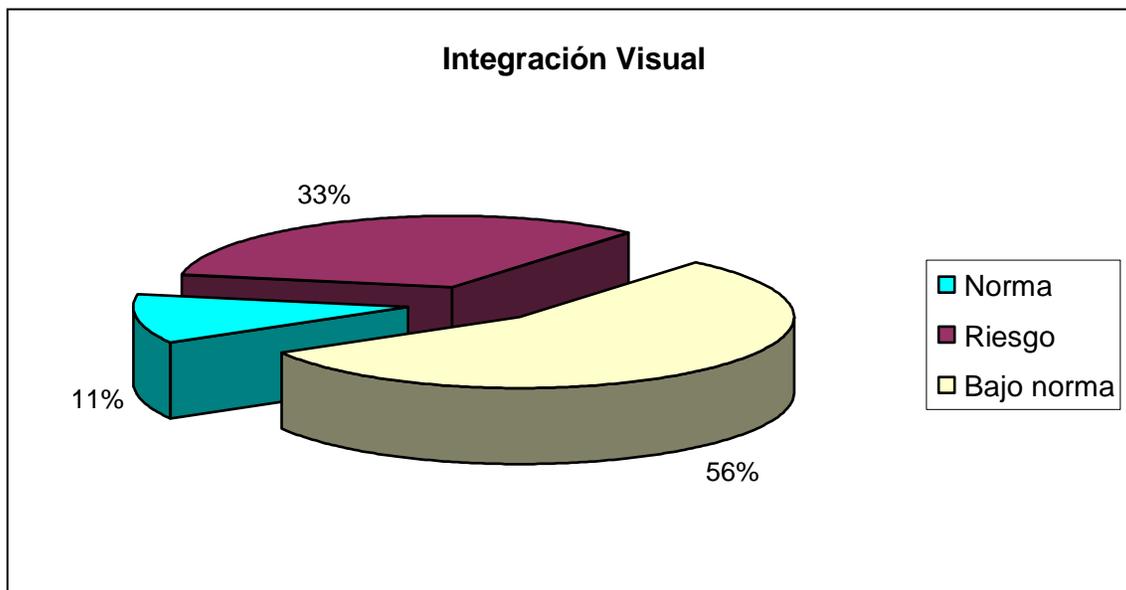
N = 27



El 70% se encontró dentro de la norma, un 11% bajo la norma y un 19% en riesgo.

**Gráfico N° 27 Reevaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

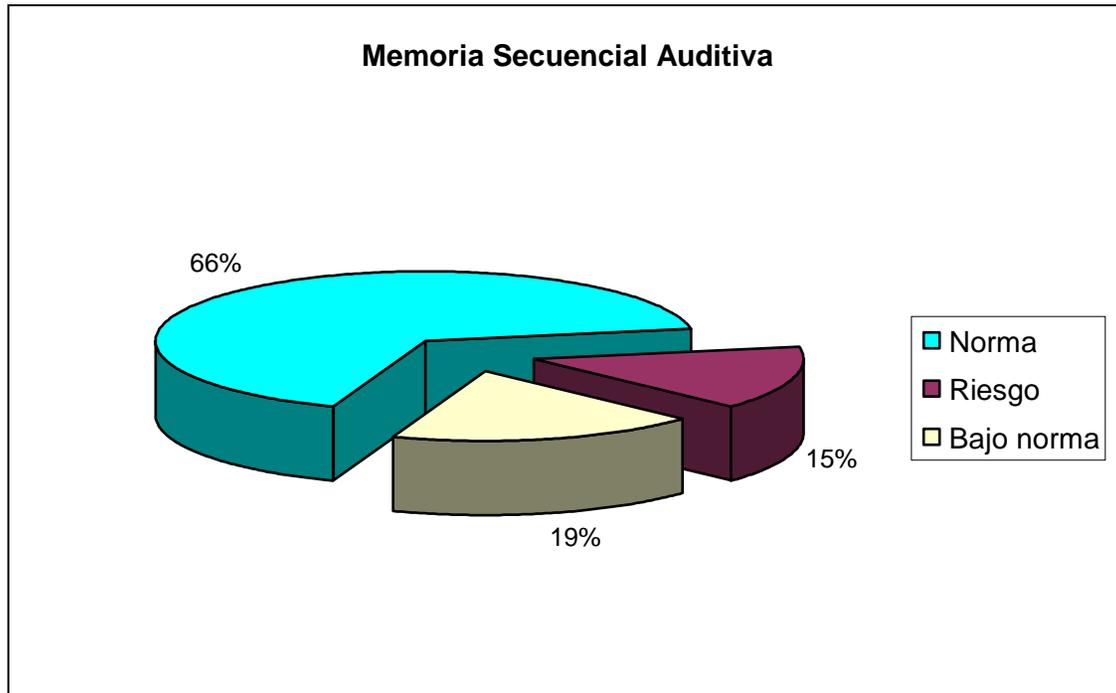
N = 27



El 56% se encontró bajo la norma, un 33% en riesgo y un 11% está dentro de la norma.

**Gráfico N° 28 Reevaluación de las Habilidades Psicolingüísticas**

N = 27



El 66% se encontró dentro de la norma, un 19% bajo la norma y un 15% en riesgo.

Se aprecia que existe una mejora importante de las habilidades psicolingüísticas. Cabe mencionar que, en cada una de ellas algunos de los niños y niñas que se encontraban en los niveles de riesgo y bajo norma, ascendieron al nivel de norma (para un tope de edad de 9.9 años).

## 4. Calificaciones finales año 2002:

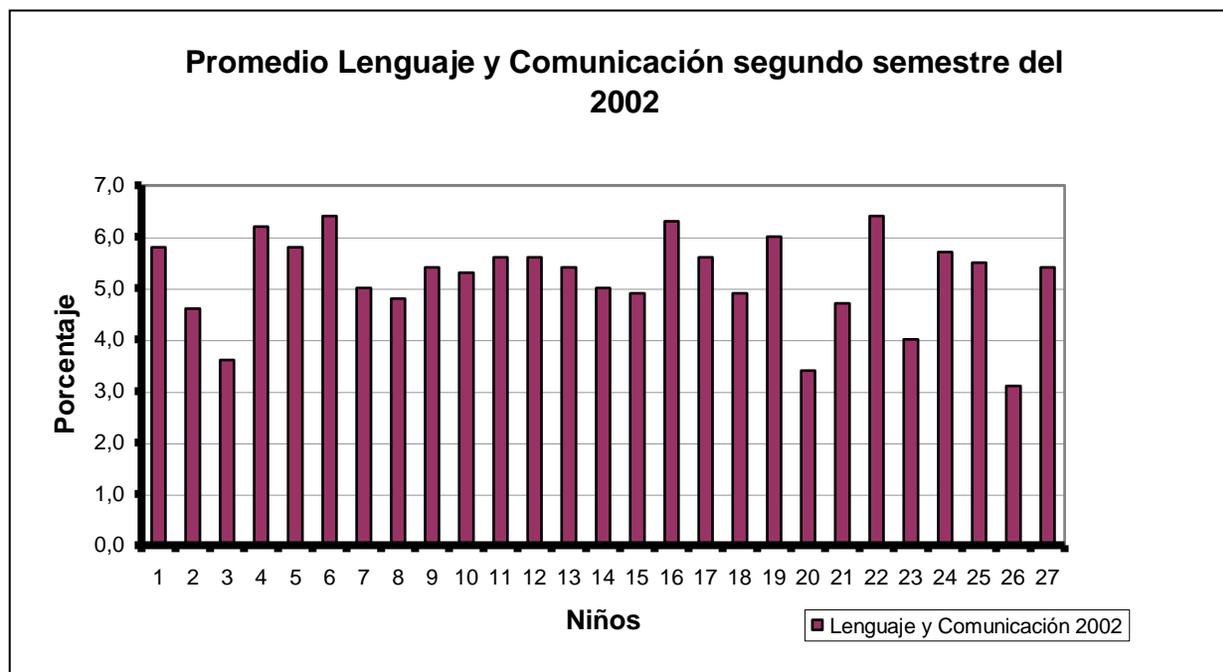
**Tabla N° 12 Notas en Matemáticas y Lenguaje y Comunicación**  
**del segundo semestre del 2002**

N= 27

Niño	Reevaluación	
	Lenguaje	Matemáticas
1	5,8	6,6
2	4,6	4,3
3	3,6	3,9
4	6,2	6,0
5	5,8	5,6
6	6,4	6,0
7	5,0	4,6
8	4,8	4,6
9	5,4	5,5
10	5,3	5,0
11	5,6	5,8
12	5,6	5,4
13	5,4	4,2
14	5,0	5,0
15	4,9	4,2
16	6,3	5,6
17	5,6	5,8
18	4,9	4,8
19	6,0	5,3
20	3,4	3,0
21	4,7	3,9
22	6,4	6,0
23	4,0	4,8
24	5,7	4,3
25	5,5	1,7
26	3,1	3,0
27	5,4	5,0

**Gráfico N° 28 Notas Lenguaje y Comunicación del segundo semestre del 2002**

N = 27



El promedio en la asignatura de Lenguaje y Comunicación del total del censo es de 5,2. Con los datos entregados en el gráfico se puede confeccionar la siguiente tabla que resume las calificaciones en rangos.

**Tabla N° 13 Resumen de calificaciones de Lenguaje y Comunicación**

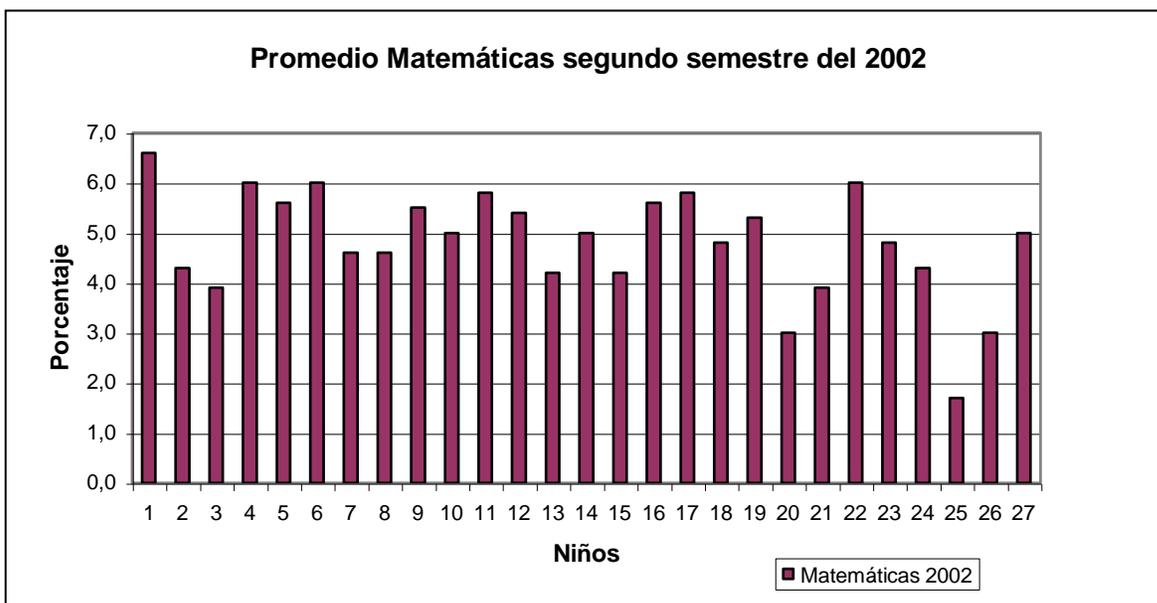
**Segundo semestre del 2002**

N = 27

<b>Lenguaje</b>		
Reevaluación		
Tabla resumen		
Notas	Nº de niños	Porcentaje[%]
1,0-1,5	0	0
1,6-2,0	0	0
2,1-2,5	0	0
2,6-3,0	0	0
3,1-3,5	2	7
3,6-4,0	2	7
4,1-4,5	0	0
4,6-5,0	7	26
5,1-5,5	5	19
5,6-6,0	7	26
6,1-6,5	4	15
6,6-7,0	0	0

**Gráfico N° 29 Notas Matemáticas del segundo semestre del 2002**

N = 27



El promedio en la asignatura de Matemáticas del total del censo es de 4,8. Los datos graficados se pueden recopilar en una tabla resumen, la que a continuación se entrega.

**Tabla N° 14 Resumen de calificaciones Matemáticas**

**Segundo semestre del 2002.**

N = 27

<b>Matemáticas</b>		
Reevaluación		
Tabla resumen		
Notas	N° de niños	Porcentaje[%]
1,0-1,5	1	4
1,6-2,0	0	0
2,1-2,5	0	0
2,6-3,0	2	7
3,1-3,5	0	0
3,6-4,0	2	7
4,1-4,5	4	15
4,6-5,0	7	26
5,1-5,5	3	11
5,6-6,0	7	26
6,1-6,5	0	0
6,6-7,0	1	4

### 3. Análisis comparativo Evaluación v/s Reevaluación

Cabe mencionar que el análisis comparativo se realizó con veintisiete niños, eliminándose los desertores con el fin de no alterar los porcentajes.

#### 3.1 Habilidades Pragmáticas:

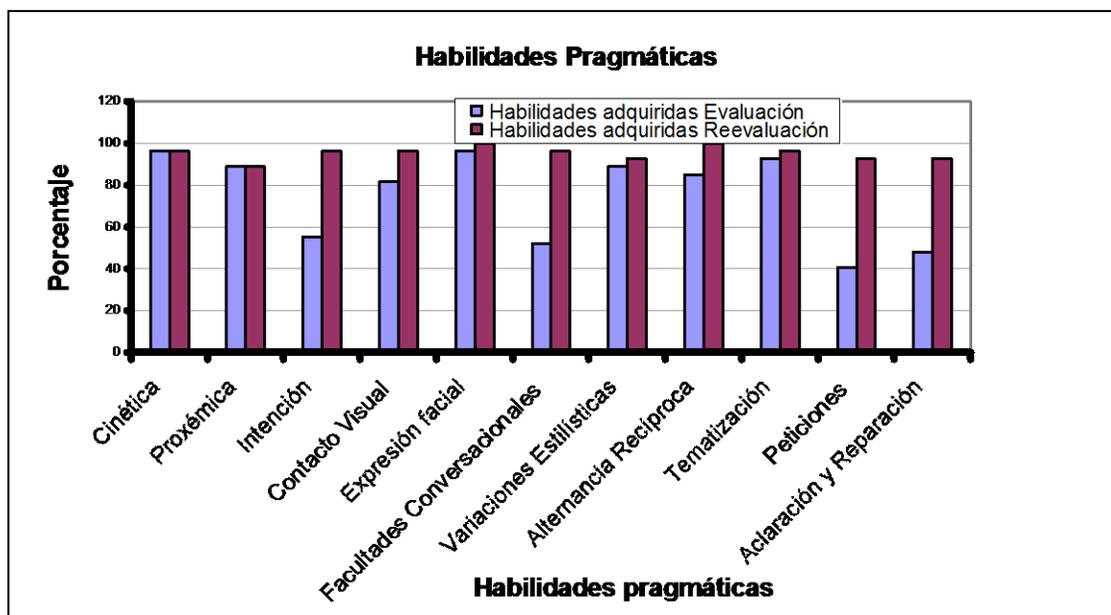
**Tabla N° 15 Comparación de las Habilidades Pragmáticas**

N = 27

	Evaluación		Reevaluación	
	%SI	%NO	%SI	%NO
Cinética	96	4	96	4
Proxémica	89	11	89	11
Intención	56	44	96	4
Contacto Visual	81	19	96	4
Expresión facial	96	4	100	0
Facultades Conversacionales	52	48	96	4
Variaciones Estilísticas	89	11	93	7
Alternancia Recíproca	85	15	100	0
Tematización	93	7	96	4
Peticiones	41	59	93	7
Aclaración y Reparación	48	52	93	7

**Gráfico N° 30 Comparación de las Habilidades Pragmáticas**

N = 27



De lo graficado se puede obtener que las habilidades Cinética y Proxémica no tuvieron variación. Las que experimentaron un menor cambio fueron Expresión Facial, Variación Estilística y Tematización con un 4%. El mayor crecimiento se produjo en Peticiones con un 52%.

La variación porcentual en las demás habilidades se encuentran detalladas a continuación:

-	Facultades Conversacionales	44%
-	Aclaración y Reparación	44%
-	Intención	41%
-	Alternancia recíproca	15%
-	Contacto visual	15%

## 3.2 Screening Test of Spanish Grammar:

- Screening Receptivo:

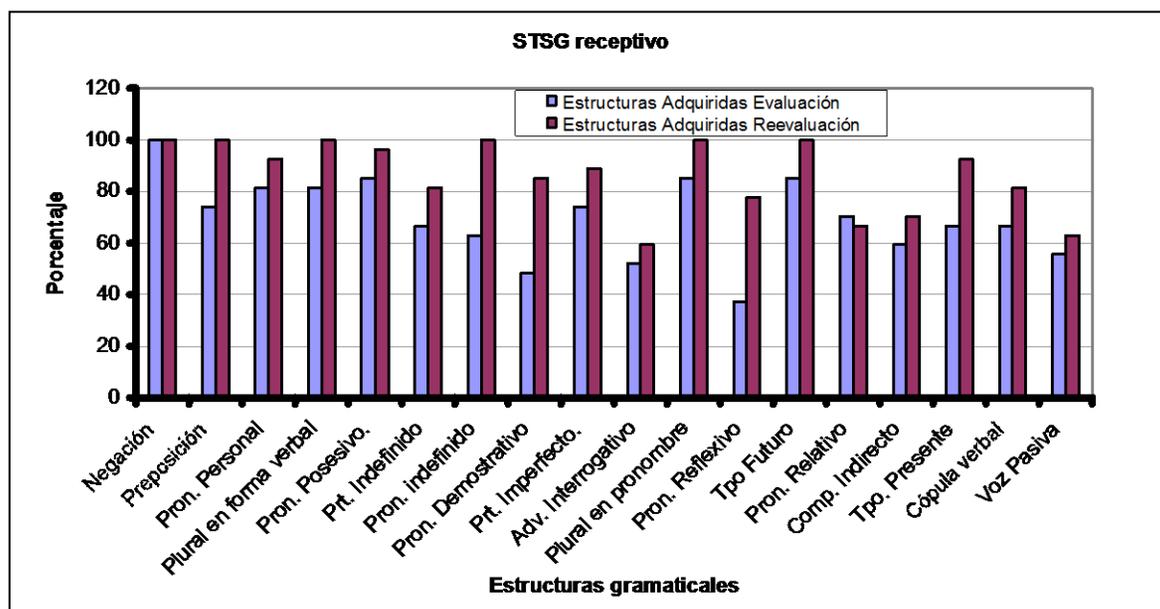
**Tabla N° 16 Comparación de Screening Receptivo**

N = 27

	Evaluación		Reevaluación	
	%si	%no	%si	%no
Negación	100	0	100	0
Preposición	74	26	100	0
Pron. Personal	81	19	93	7
Plural en forma verbal	81	19	100	0
Pron. Posesivo.	85	15	96	4
Prt. Indefinido	67	33	81	19
Pron. indefinido	63	37	100	0
Pron. Demostrativo	48	52	85	15
Prt. Imperfecto.	74	26	89	11
Adv. Interrogativo	52	48	59	41
Plural en pronombre	85	15	100	0
Pron. Reflexivo	37	63	78	22
Tpo Futuro	85	15	100	0
Pron. Relativo	70	30	67	33
Comp. Indirecto	59	41	70	30
Tpo. Presente	67	33	93	7
Cópula verbal	67	33	81	19
Voz Pasiva	56	44	63	37

**Gráfico N° 31 Screening Receptivo**

N = 27



La Estructura gramatical que no experimentó cambio fue Negación. El menor crecimiento se encuentra en las habilidades de Adverbio Interrogativo y Voz pasiva con un 7%. La de mayor variación porcentual en su adquisición fue Pronombre reflexivo con un 41%. Hay que mencionar que la estructura Pronombre relativo presentó una disminución en su adquisición.

Las restantes estructuras presentaron un crecimiento porcentual, él cual se entrega a continuación:

-	Pronombre demostrativo	37%
-	Pronombre indefinido	37%
-	Tiempo presente	26%
-	Preposición	26%
-	Plural en forma verbal	19%
-	Cópula verbal	15%
-	Pretérito Indefinido	15%
-	Tiempo futuro	15%
-	Plural en pronombre	15%
-	Pretérito imperfecto	15%
-	Pronombre personal	11%
-	Pronombre posesivo	11%
-	Complemento Indirecto	11%

- Screening Expresivo:

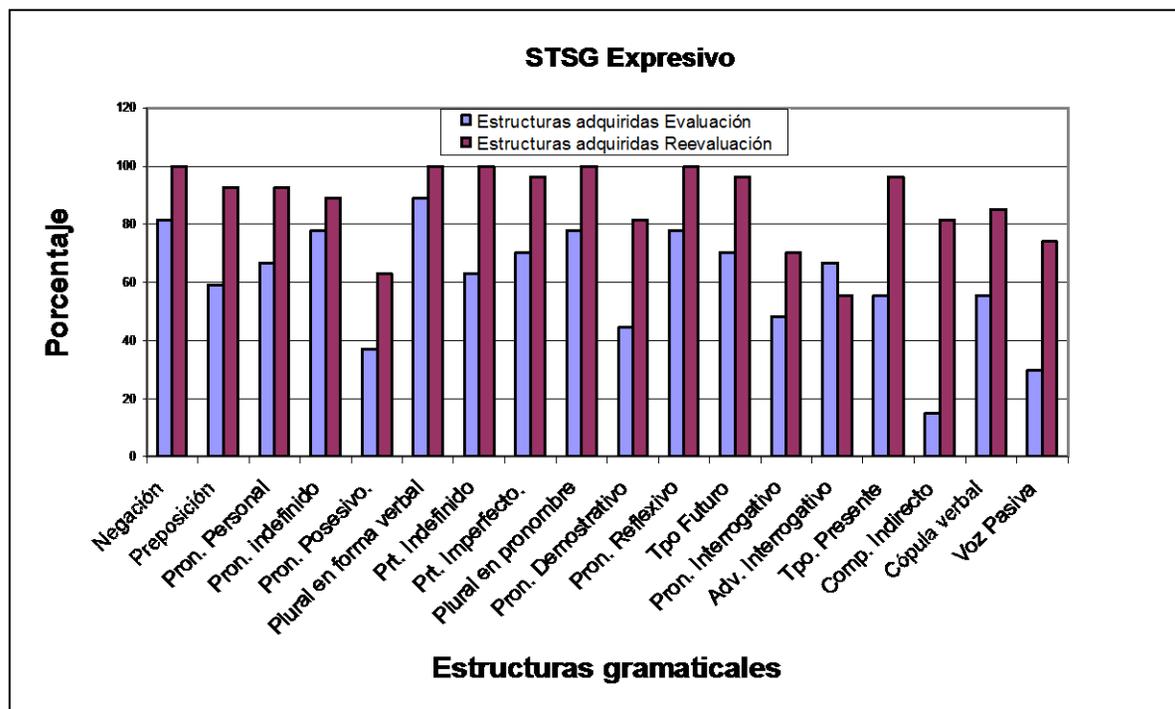
**Tabla N° 17 Comparación de Screening Expresivo**

	Evaluación		Reevaluación	
	%SI	%NO	%SI	%NO
Negación	81	19	100	0
Preposición	59	41	93	7
Pron. Personal	67	33	93	7
Pron. indefinido	78	22	89	11
Pron. Posesivo.	37	63	63	37
Plural en forma verbal	89	11	100	0
Prt. Indefinido	63	37	100	0
Prt. Imperfecto.	70	30	96	4
Plural en pronombre	78	22	100	0
Pron. Demostrativo	44	56	81	19
Pron. Reflexivo	78	22	100	0
Tpo Futuro	70	30	96	4
Pron. Interrogativo	48	52	70	30
Adv. Interrogativo	67	33	56	44
Tpo. Presente	56	44	96	4
Comp. Indirecto	15	85	81	19
Cópula verbal	56	44	85	15
Voz Pasiva	30	70	74	26

N = 27

**Gráfico N° 32 Comparación de Screening Expresivo**

N = 27



De las estructuras gramaticales, existió una en que se produjo un descenso, ésta es en Adverbio Interrogativo, con un 11%. Todas las demás presentaron un aumento, dentro de las cuales, las que variaron en menor porcentaje fueron Pronombre Indefinido y Plural en forma verbal, con un 11%. Por el contrario, la que experimentó una mayor variación es Complemento Indirecto, con un 67%.

El incremento de las otras estructuras gramaticales se presentan a continuación:

-	Voz pasiva	44%
-	Tiempo presente	41%
-	Pronombre demostrativo	37%
-	Pretérito indefinido	37%
-	Preposición	33%
-	Cópula verbal	30%
-	Pronombre personal	26%
-	Tiempo futuro	26%
-	Pretérito imperfecto	26%
-	Pronombre posesivo	26%
-	Pronombre interrogativo	22%
-	Plural en pronombre	22%
-	Pronombre reflexivo	22%

## 3.3 Test de Habilidades Psicolingüísticas Illinois.

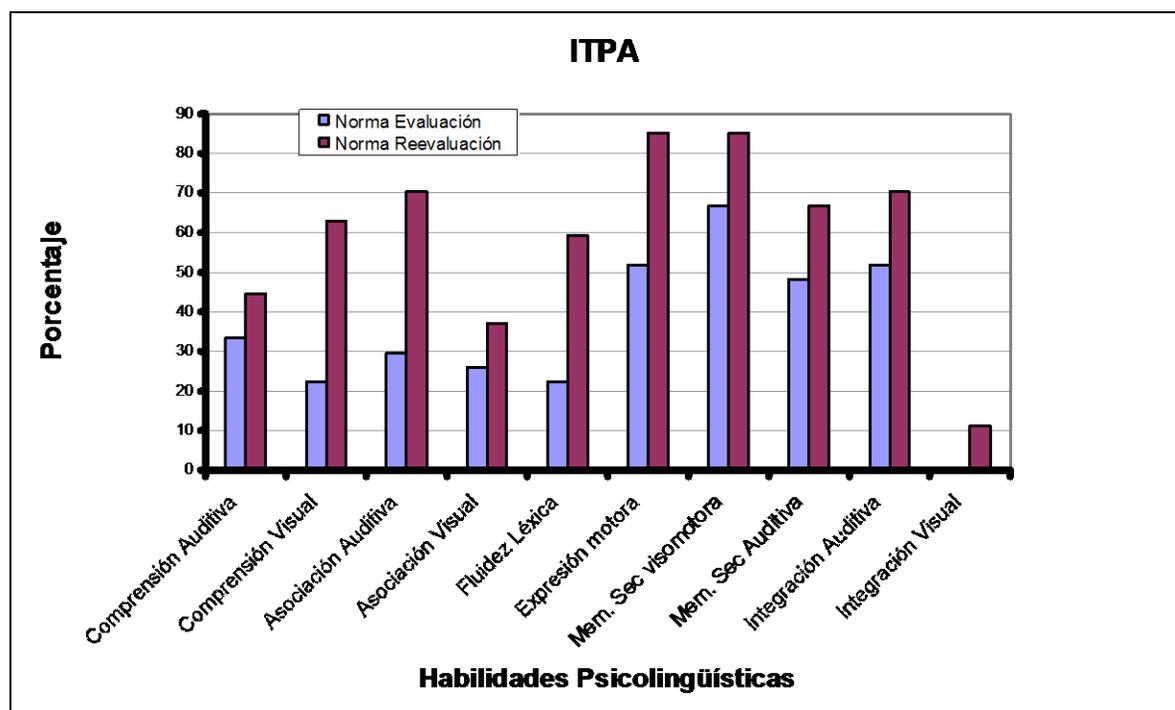
**Tabla N° 18 Comparación de las Habilidades Psicolingüísticas**

N=27

	Evaluación			Reevaluación		
	Norma [%]	Riesgo[%]	Bajo norma[%]	Norma [%]	Riesgo[%]	Bajo norma[%]
Comprensión Auditiva	33	4	63	44	19	37
Comprensión Visual	22	30	48	63	19	19
Asociación Auditiva	30	7	63	70	19	11
Asociación Visual	26	15	59	37	22	41
Fluidez Léxica	22	30	48	59	22	19
Expresión motora	52	37	11	85	15	0
Mem. Sec visomotora	67	26	7	85	11	4
Mem. Sec Auditiva	48	19	33	67	15	19
Integración Auditiva	52	11	37	70	19	11
Integración Visual	0	15	85	11	33	56

**Gráfico N° 33 Comparación de las Habilidades psicolingüísticas en la norma**

N = 27



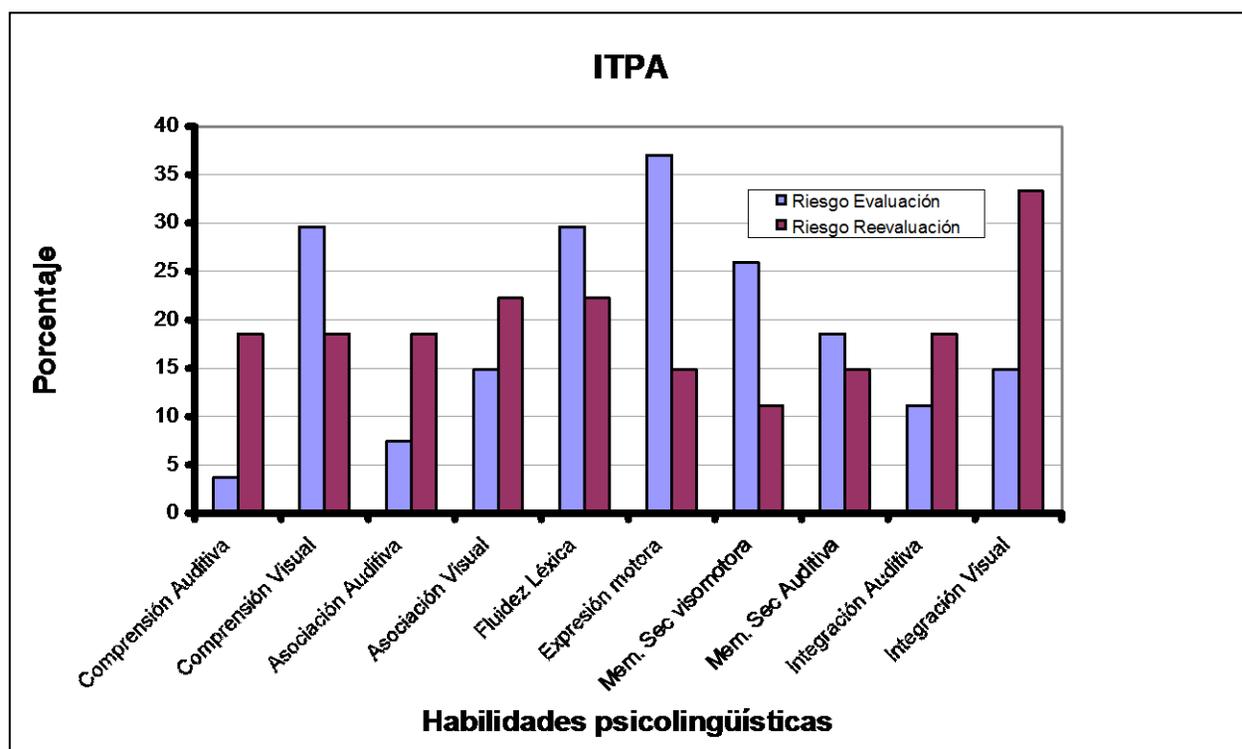
Del gráfico, se puede extraer que todas las habilidades Psicolingüísticas presentaron un crecimiento respecto a la evaluación inicial. Las que tuvieron un menor incremento porcentual fueron Comprensión auditiva, Asociación visual e Integración visual, con un 11%. Por el contrario, las que experimentaron una mayor alza fueron Comprensión visual y Asociación auditiva, con un 41%.

Las demás habilidades aumentaron de acuerdo como se entrega a continuación:

-	Fluidez léxica	37%
-	Expresión motora	33%
-	Memoria secuencial visomotora	19%
-	Integración auditiva	19%
-	Memoria secuencial auditiva	19%

**Gráfico N° 34 Comparación de las Habilidades psicolingüísticas en riesgo**

N = 27



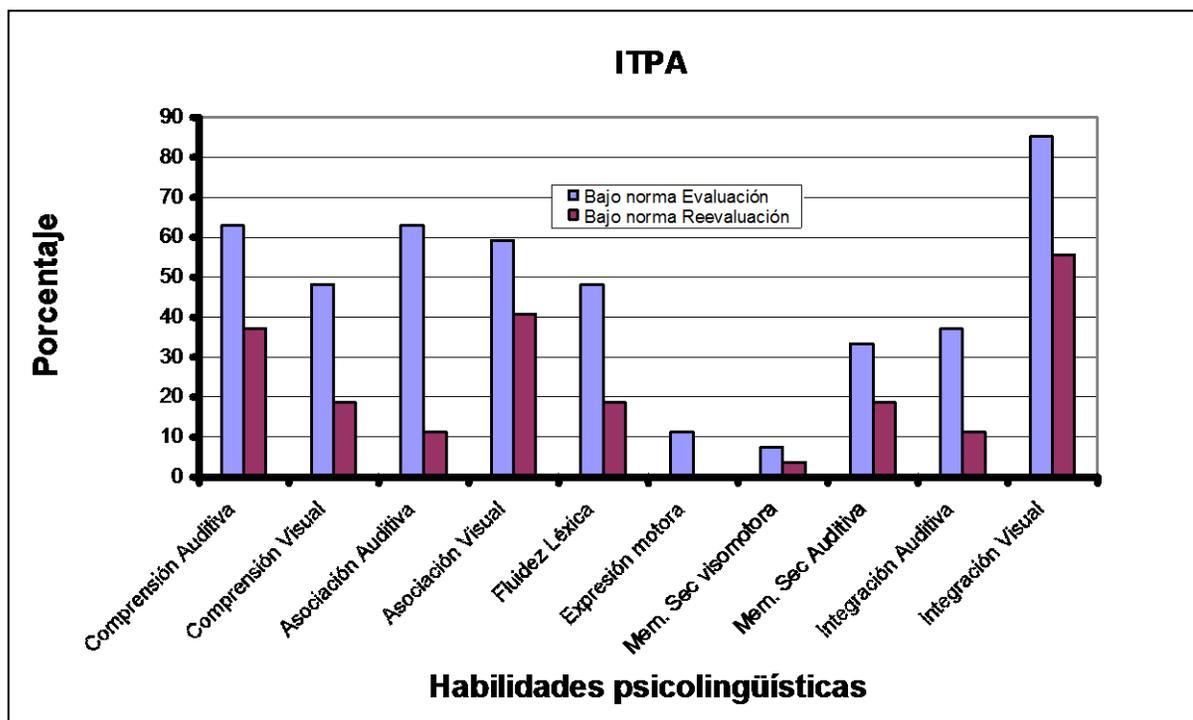
Las habilidades que experimentaron una menor evolución en este nivel es Integración Auditiva y Asociación visual, con un 7%. La de mayor variación, por el contrario es Integración visual, con un 19%. Por otra parte, se debe mencionar que algunas habilidades presentaron una disminución. Así, encontramos Expresión motora (22%); Memoria secuencial visomotora (15%); Comprensión visual (11%); Fluidez léxica (7%); y Memoria secuencial auditiva (4%).

Las habilidades que faltan por mencionar crecieron en el porcentaje que a continuación se señala:

- Comprensión auditiva 15%
- Asociación auditiva 11%

**Gráfico N° 35 Comparación de las Habilidades psicolingüísticas bajo la norma**

N = 27



Dentro de este nivel, todas la habilidades psicolingüísticas presentaron una mejora del rendimiento de las habilidades aún no logrando el 100% de ellas. Asociación auditiva es

la que presenta la mayor variación, con un 52%. Así mismo, la de menor variación es Memoria secuencial visomotora, con un 4%.

Las demás habilidades se detallan a continuación:

-	Comprensión visual	30%
-	Fluidez léxica	30%
-	Integración visual	30%
-	Comprensión auditiva	26%
-	Integración auditiva	26%
-	Asociación visual	19%
-	Memoria secuencial auditiva	15%
-	Expresión motora	11%

#### 4 Calificaciones finales:

Es importante destacar que, al inicio de la terapia fonoaudiológica fueron consideradas las notas obtenidas por cada niño en las asignaturas de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas durante el segundo semestre del 2001. Ahora bien, con el fin de analizar el efecto del tratamiento sobre el rendimiento escolar, se tomaron en cuenta las notas del segundo semestre del presente año.

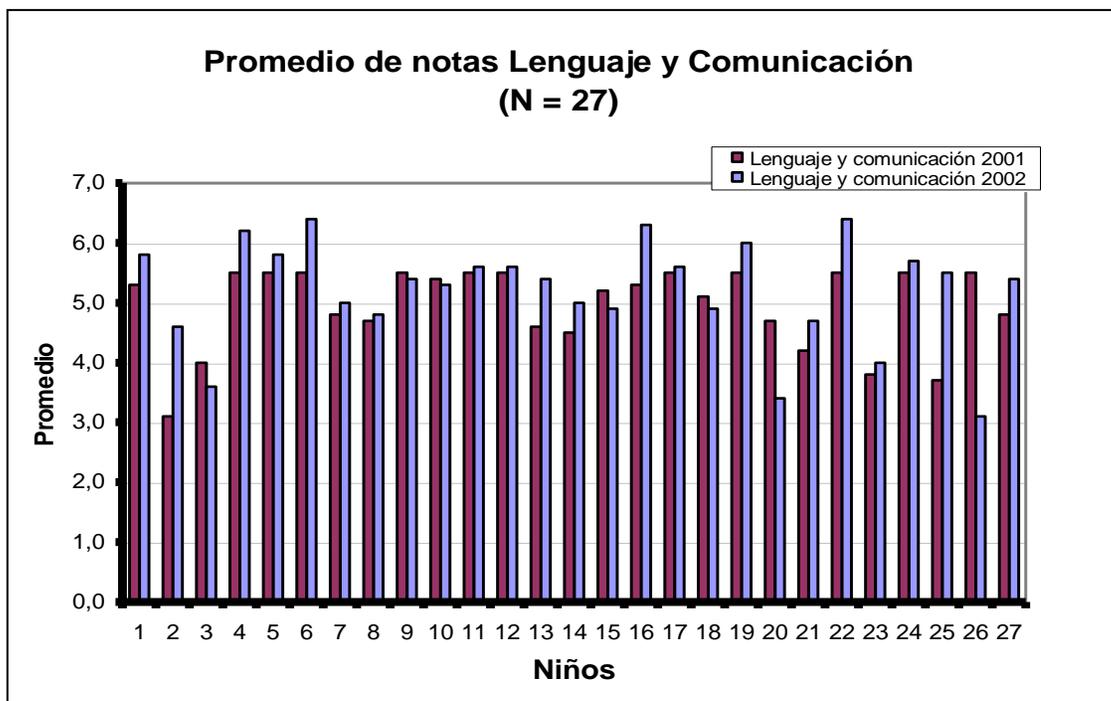
**Tabla N° 19 Notas en Lenguaje y Comunicación 2001 y 2002**

N = 27

Notas		
Niño	2001	2002
	Lenguaje	Lenguaje
1	5,3	5,8
2	3,1	4,6
3	4,0	3,6
4	5,5	6,2
5	5,5	5,8
6	5,5	6,4
7	4,8	5,0
8	4,7	4,8
9	5,5	5,4
10	5,4	5,3
11	5,5	5,6
12	5,5	5,6
13	4,6	5,4
14	4,5	5,0
15	5,2	4,9
16	5,3	6,3
17	5,5	5,6
18	5,1	4,9
19	5,5	6,0
20	4,7	3,4
21	4,2	4,7
22	5,5	6,4
23	3,8	4,0
24	5,5	5,7
25	3,7	5,5
26	5,5	3,1
27	4,8	5,4

### Gráfico N° 36 Lenguaje y Comunicación 2001-2002

N = 27



De acuerdo a lo anterior, y haciendo un análisis exhaustivo podemos ver que un setenta y cuatro por ciento (74%) mejoraron sus notas en la asignatura de Lenguaje y Comunicación. Sin embargo, un veintiséis por ciento (26%) bajaron sus notas en la misma materia.

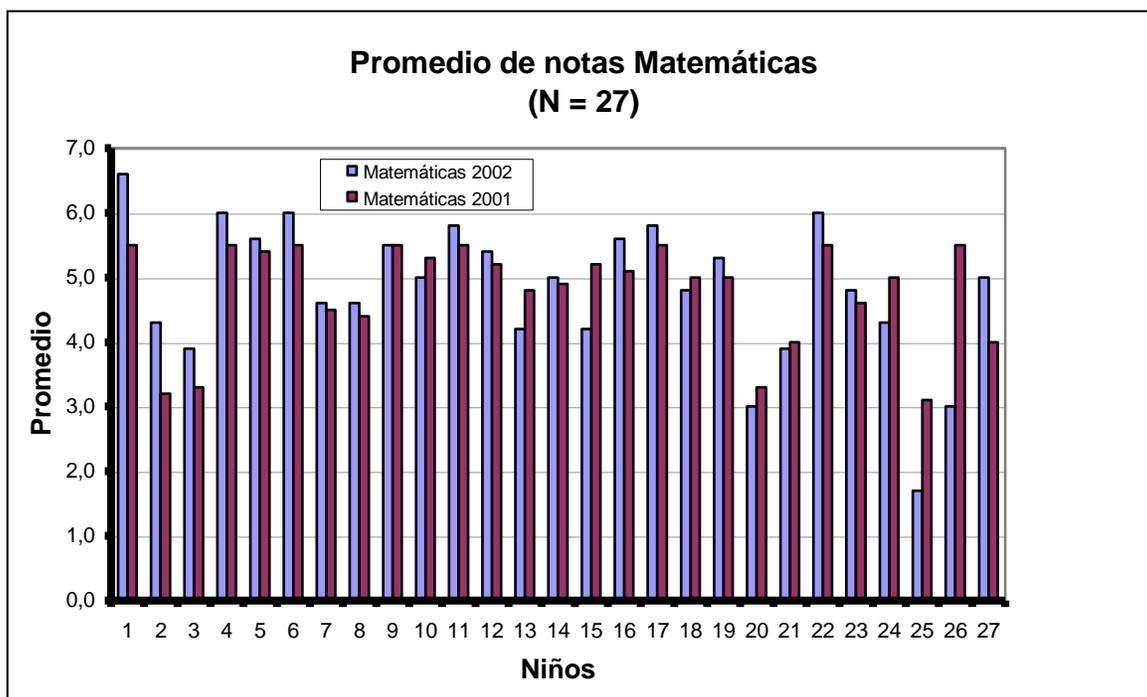
**Tabla N° 20 Notas en Matemáticas 2001 y 2002**

N = 27

Niño	Notas	
	2001	2002
1	5,5	6,6
2	3,2	4,3
3	3,3	3,9
4	5,5	6,0
5	5,4	5,6
6	5,5	6,0
7	4,5	4,6
8	4,4	4,6
9	5,5	5,5
10	5,3	5,0
11	5,5	5,8
12	5,2	5,4
13	4,8	4,2
14	4,9	5,0
15	5,2	4,2
16	5,1	5,6
17	5,5	5,8
18	5,0	4,8
19	5,0	5,3
20	3,3	3,0
21	4,0	3,9
22	5,5	6,0
23	4,6	4,8
24	5,0	4,3
25	3,1	1,7
26	5,5	3,0
27	4,0	5,0

**Gráfico N° 37 Matemáticas 2001-2002**

N = 27



De igual manera, en la asignatura de Matemáticas un sesenta y tres (63%) por ciento mejoró las calificaciones. En cambio, un treinta y tres coma tres por ciento (33,3%) descendieron sus notas. Existió un tres coma siete por ciento (3,7%) que no sufrió variación en sus evaluaciones.

En la siguiente tabla se entrega el promedio general de notas obtenida para cada asignatura.

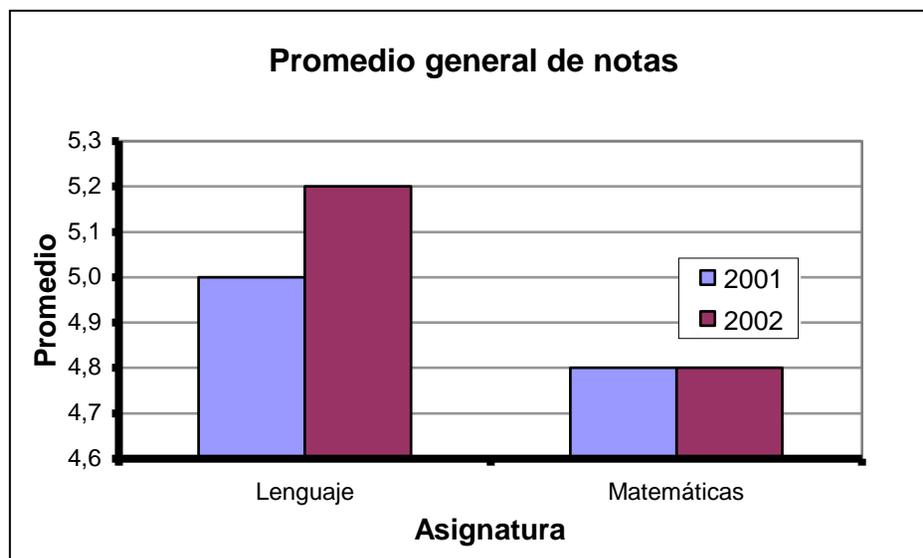
**Tabla N° 21 Promedio general de notas**

N = 27

Promedio General de notas			
2001		2002	
Lenguaje	Matemáticas	Lenguaje	Matemáticas
5,0	4,8	5,2	4,8

**Gráfico N° 38 Promedio general de notas**

N = 27



En la asignatura de Lenguaje y Comunicación el promedio general previo al tratamiento era de un 5,0. Aumentando a un 5,2 una vez finalizada la terapia.

En las tablas que se entregan a continuación, se presentan aquellos niñas y niños que obtuvieron un alza en sus calificaciones.

**Tabla N° 22 Promedio general de notas de los niños y niñas que ascendieron sus calificaciones en la asignatura de Lenguaje y Comunicación**

N = 27

Niño	Evaluación	Reevaluación
	Lenguaje	Lenguaje
1	5,3	5,8
2	3,1	4,6
4	5,5	6,2
5	5,5	5,8
6	5,5	6,4
7	4,8	5,0
8	4,7	4,8
11	5,5	5,6
12	5,5	5,6
13	4,6	5,4
14	4,5	5,0
16	5,3	6,3
17	5,5	5,6
19	5,5	6,0
21	4,2	4,7
22	5,5	6,4
23	3,8	4,0
24	5,5	5,7
25	3,7	5,5
27	4,8	5,4
<b>Promedio</b>	<b>4,9</b>	<b>5,5</b>

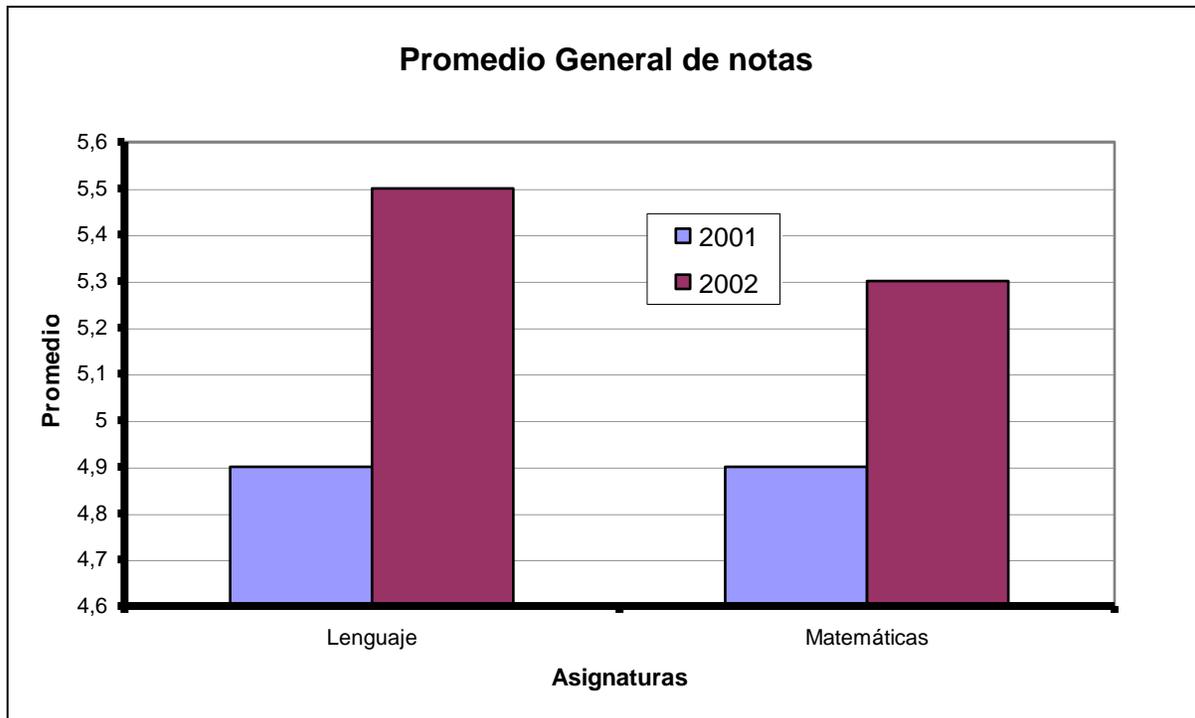
**Tabla N° 23 Promedio general de notas de los niños y niñas que ascendieron sus calificaciones en la asignatura de Matemáticas**

N = 27

Niño	Evaluación	Reevaluación
	Matemáticas	Matemáticas
1	5,5	6,6
2	3,2	4,3
3	3,3	3,9
4	5,5	6,0
5	5,4	5,6
6	5,5	6,0
7	4,5	4,6
8	4,4	4,6
11	5,5	5,8
12	5,2	5,4
14	4,9	5,0
16	5,1	5,6
17	5,5	5,8
19	5,0	5,3
22	5,5	6,0
23	4,6	4,8
27	4,0	5,0
<b>Promedio</b>	<b>4,9</b>	<b>5,3</b>

**Gráfico N° 39 Promedio general de notas de los niños que ascendieron sus calificaciones en la Asignatura de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas**

N = 27



## **CAPITULO VI: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

El presente estudio fue realizado con el fin de mostrar la importancia del desarrollo lingüístico en el rendimiento escolar en niños y niñas fisurados velopalatinos. Para esto, se realizó una evaluación del lenguaje en los niveles: léxico-semántico, morfosintáctico y pragmático. Cabe señalar que, además, se consideraron el nivel fonético-fonológico y el aspecto anátomo-funcional. Estos no fueron tratados, porque el objetivo de este seminario es dar a conocer los efectos de una terapia basada en los niveles del lenguaje mencionados al comienzo, y no en voz y articulación como en la terapia tradicional. Asimismo, el tratamiento fue diseñado de acuerdo a los contenidos escolares de cada niño, en las asignaturas de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas.

En cuanto a la recolección de los pacientes el censo estuvo compuesto por treinta y tres niños y niñas fisurados velopalatinos. De dicho grupo estudiado, trece pertenecían a la Unidad de Fisurados del Hospital de Niños Dr. Exequiel González Cortés, ocho al Programa Rotaplast de la Comuna de Puente Alto y doce niños del mismo programa, quienes son atendidos en el Servicio Dental del Hospital Regional Rancagua. Es importante reiterar que estos niños eran de sexo femenino y masculino, y que cursaban entre Segundo y Octavo año de Enseñanza Básica.

Cabe mencionar que todos los niños y niñas fueron sometidos a una anamnesis realizada con sus padres y a una exhaustiva evaluación del lenguaje. Además, se les solicitaron las notas obtenidas en las asignaturas de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas, durante el segundo semestre del año 2001. Esto se realizó con el fin de conocer su nivel de rendimiento escolar en dichas áreas. Luego, se analizaron los resultados obtenidos en los test de lenguaje, los cuales evidenciaron la presencia de alteraciones en todos los niveles evaluados.

Uno de los niveles evaluados fue el Pragmático, la habilidad con menor porcentaje de adquisición corresponde a peticiones en un sesenta y un por ciento (61%). En cambio, la habilidad pragmática instalada en mayor porcentaje es la cinética, en un noventa y cuatro por ciento (94%). A partir de estos resultados, es posible darse cuenta que las habilidades relacionadas con el lenguaje expresivo son las más afectadas en estos niños y niñas. Al momento de reevaluar las Habilidades Pragmáticas fue posible advertir que, el aspecto con menor porcentaje corresponde a la proxémica con un once por ciento (11%). En cambio, la habilidad instalada con mayor porcentaje es la expresión facial y la alternancia recíproca con un cien por ciento (100%).

Hay que destacar, que luego de las sesiones terapéuticas aumentaron considerablemente las habilidades pragmáticas en general. Vale la pena decir que las habilidades que resultaron descendidas en la evaluación inicial correspondían a aquellas que necesitan del lenguaje oral. En cambio, este hecho varió en la reevaluación, es decir la habilidad más descendida se relaciona con el lenguaje no verbal, como lo es la mantención de distancias y posturas adecuadas al contexto: proxémica.

En cuanto al nivel morfosintáctico, se midió tanto a nivel receptivo como expresivo, mediante el test STSG. Los resultados arrojaron que, en el nivel receptivo, las habilidades no presentes en los niños y niñas se encuentran entre un cero y un cuarenta y un por ciento (0%-41%). La habilidad con mayor porcentaje de ausencia fue el pronombre reflexivo en un sesenta y siete por ciento (67%). Con respecto al nivel expresivo, las habilidades no presentes se encuentran entre un quince y un setenta por ciento (15%-70%). La habilidad con mayor porcentaje de ausencia es el pronombre posesivo en un setenta por ciento (70%).

Siguiendo con el mismo test, al reevaluar este nivel, los resultados fueron los siguientes: en el nivel receptivo, las habilidades no presentes en los niños y niñas se

encuentran entre un cero y un diecinueve por ciento (0%-19%). La habilidad con mayor porcentaje de ausencia fue el adverbio interrogativo, con un cuarenta y un por ciento (41%). Con respecto al nivel expresivo, las habilidades no presentes se encuentran entre un cero y un cuarenta y cuatro por ciento (0%-44%). La habilidad con mayor porcentaje de ausencia es el adverbio interrogativo con un cuarenta y cuatro por ciento (44%).

Hay que destacar que, luego de seis meses de tratamiento fonoaudiológico, en estos pacientes se apreció un aumento en más de un cincuenta por ciento (50%) en las habilidades adquiridas. Además, varió la habilidad con mayor porcentaje de ausencia. Impresiona el hecho de que en la reevaluación, tanto en el nivel receptivo como expresivo, permaneció la misma habilidad con el mayor porcentaje de ausencia: adverbio interrogativo. También es importante señalar que no existe una prueba estandarizada para niños mayores a 6.11 años, edad tope del test STSG y que todos los niños y niñas evaluados superaban esta edad.

Con respecto a las Habilidades Psicolingüísticas, al analizar cada una de las subpruebas del ITPA, encontramos que las más deficitarias corresponden a: comprensión visual, comprensión auditiva (proceso receptivo); asociación auditiva, asociación visual (proceso de organización) e integración visual (proceso de integración). Cabe señalar que estas son las habilidades esenciales para un buen desempeño y rendimiento en el ámbito escolar. Por lo tanto, aquí radican las principales dificultades a nivel académico. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el tope de edad en este test es de 9.9 años, y además no existen pruebas que evalúen a niños mayores a esa edad.

En cuanto a la reevaluación de las Habilidades Psicolingüísticas, al analizar cada una de las subpruebas del ITPA, encontramos que las más deficitarias corresponden a: integración visual, asociación visual y comprensión auditiva. Después de la terapia, se observó un claro ascenso en todas las habilidades que comprende este test. No obstante, se

mantienen como las más bajas las antes mencionadas. Esto no significa que todos los niños y niñas hayan ascendido a la norma en sus habilidades, sino que se distribuyeron en los niveles riesgo y norma. Lo anterior muestra que hubo una evolución en el desarrollo de las habilidades.

Luego de reevaluar a nuestros pacientes en los diferentes niveles del lenguaje y analizar sus resultados, se les solicitó las notas obtenidas en las asignaturas consideradas en la terapia (Lenguaje y Comunicación y Matemáticas). A continuación, se realizó un análisis comparativo entre las notas obtenidas por el niño o niña antes de la terapia (segundo semestre del año 2001) y las que obtuvo, ya encontrándose en tratamiento (segundo semestre del año 2002). De esta comparación podemos decir lo siguiente: se vio una notable tendencia a la mejora del rendimiento escolar en ambas asignaturas. Así es como un sesenta y tres por ciento (63%) de los niños y niñas subió su promedio de notas en Matemáticas. Por otra parte, un treinta y tres coma tres por ciento (33,3%) de ellos bajó sus calificaciones en el mismo ramo. Cabe señalar que un tres coma siete por ciento (3,7%) del censo mantuvo su rendimiento en esta asignatura.

Con respecto al rendimiento obtenido por estos niños en Lenguaje y Comunicación, también se vio favorecido una vez iniciado el tratamiento. Es así como un setenta y cuatro por ciento (74%) de ellos subió sus notas con respecto a las que tenía antes de la terapia. Por otra parte, un veintiséis por ciento (26%) de ellos bajó sus calificaciones. Esta vez no se dio el hecho de niños con un rendimiento mantenido en el tiempo, entiéndase antes y después de la terapia.

A partir de estos resultados es posible señalar que, si bien más de un cincuenta por ciento del censo mejoró su rendimiento- en ambas asignaturas- una vez iniciada la terapia, también, hubo un porcentaje de alumnos que bajó su rendimiento. Consideramos que como nuestro grupo en estudio se trata de niños y niñas fisurados velopalatinos, expuestos a

experiencias familiares, niveles de escolaridad, temperamento, características de personalidad y factores externos diferentes, estos pudieron afectar de una u otra forma el rendimiento académico de ellos. De hecho el aislamiento de las variables antes mencionadas no era el objetivo de nuestra investigación. Sólo aislamos la variable retraso de lenguaje, sabiendo que el rendimiento es multifactorial.

Ahora bien, la evaluación en los niños y niñas que aumentaron sus calificaciones fue importante y evidente. Lo anterior porque al realizar un tratamiento fonoaudiológico integral de lenguaje se estaba apuntando justamente al factor más influyente en su bajo desempeño escolar, por lo tanto, sus calificaciones se vieron favorecidas. Es importante señalar, que de los veintisiete niños comparados, se sacó un promedio general de notas en las dos asignaturas elegidas. Los resultados no mostraron un aumento evidente de las notas a nivel general (Lenguaje y Comunicación varió de un promedio 5,0 a 5,2 del año 2001 al 2002 y en Matemáticas se mantuvo un promedio de 4,8 en los años antes mencionados), pues entre el grupo de niños se encontraron algunos que bajaron sus calificaciones. Esta situación podría deberse a que el rendimiento escolar es multifactorial. No siendo la alteración del lenguaje la única variable que afecta su rendimiento académico. Para efecto de mostrar la mejora de los promedios finales se dio a conocer el promedio general de notas sólo de los niños que aumentaron sus calificaciones luego del tratamiento fonoaudiológico integral. En Lenguaje y Comunicación el promedio varió de un 4,9 a un 5,5 y en Matemáticas de un 4,9 a 5,3. Con ello, se aprecia que en los niños que aumentaron sus notas podría primar la alteración del lenguaje.

Con el objetivo de conocer la opinión de los padres y profesores acerca de la terapia y sus resultados en los niños y niñas atendidos, se hizo una encuesta en la que pudieran expresar de forma libre y abierta su comentario. Por una parte, los padres opinaron que estaban de acuerdo con la realización de la terapia. Los resultados de ésta fueron reflejados en los niños y niñas a través de la superación en el rendimiento escolar, la mejora en la expresión oral, aprendieron y entendieron mejor los contenidos académicos. Esto implica que el aprendizaje de los niños fue significativo. Además de los logros escolares, los

niveles psicológico, social y emocional se vieron favorecidos según la opinión subjetiva de los profesionales especialistas, durante el transcurso de la terapia. Asimismo, los padres señalaron que sus hijos superaron problemas de timidez, lograron un mayor interés y una motivación por sus tareas escolares, además se sentían con más ganas de expresarse y más alegres.

Por otra parte, los profesores señalan que sus alumnos desde que comenzaron a participar del tratamiento fonoaudiológico han conseguido avances, lo que significó un aumento en su rendimiento escolar. Esto se vio reflejado en las áreas de Lenguaje, pues lograron comunicarse con mayor facilidad y en Matemáticas entendiendo la resolución de problemas. Otro aspecto muy importante que se vio favorecido en uno de los pacientes fue el concepto que sus pares tenían de él. En efecto, ahora no lo discriminan ni se burlan de él, motivo por el cual presenta una mejor disposición frente a trabajos grupales.

En cuanto a los objetivos no logrados una vez terminada la terapia, consideramos que sobre este hecho influyeron diversos factores, como ser: la inasistencia e inconstancia de los niños a las sesiones de tratamiento, falta de compromiso por parte de padres y profesores frente al seguimiento de la terapia. Asimismo, irresponsabilidad de niños y padres en el cumplimiento de los materiales mínimos exigidos (cuaderno de trabajo, de Matemáticas, de Lenguaje y Comunicación) para el trabajo terapéutico, falta de hábitos de estudio y dedicación en el repaso de los temas tratados en las sesiones terapéuticas y en clases. De igual manera, se observó falta de recursos económicos en los pacientes para llegar al lugar donde se realizaban las sesiones. Además de estos factores inherentes al niño y su familia, el desarrollo del tratamiento pudo verse afectado por otras variables de tipo externos, como: las condiciones climáticas adversas, enfermedades, y algunas que no estuvieron al alcance de nuestro conocimiento.

Por otra parte, los objetivos planteados en el comienzo, también se pudieron ver afectados por otras razones. En primer lugar, encontramos cierta dificultad en nuestro dominio para enseñar estrategias en los cursos más avanzados (entre 5° y 8° básico). En segundo lugar, nos costó lograr una motivación y una conciencia en los padres de la importancia de un tratamiento constante (una hora semanal por cada niño). El último obstáculo encontrado fue tener que incentivar constantemente a los niños de más edad, que por lo general, tenían problemas de autoestima. Por el contrario nos resultó fácil lograr una empatía con nuestros pacientes, que nos permitiera trabajar en un ambiente agradable y ameno para ambos. Asimismo, enfrentamos sin dificultad el diseño y el desarrollo de la terapia en los niveles mencionados. A raíz de lo anterior, creemos importante hacer hincapié que la formación académica en el área lenguaje de los Fonoaudiólogos, debería incluir el desarrollo de habilidades y contenidos para tratar a cualquier niño en edad escolar en relación a su nivel pedagógico.

Considerando que todos los pacientes fisurados velopalatinos, tratados con esta nueva modalidad terapéutica, presentaban en un inicio alteraciones en todos los niveles del lenguaje, podríamos considerar que dichos niños tienen necesidades educativas especiales. Como se señala en el Decreto N° 192, estos niños y niñas requieren de una atención especializada. Esta puede ser otorgada por las escuelas especiales de lenguaje o las escuelas básicas con proyecto de integración. No obstante, esto no ocurre en la realidad, y por consiguiente, las alteraciones de lenguaje presentes en el niño se ven aún más perjudicadas al no ser tratadas a tiempo. Por lo tanto, se puede considerar a ésta la causa de futuros problemas de aprendizaje y, por ende, un rendimiento escolar deficiente. (Ver anexo)

Además de los requerimientos expuestos en el párrafo anterior, los niños fisurados velopalatinos deberían recibir un abordaje integral, con el objetivo de lograr mejorías en todos los aspectos que en él se encuentran alterados. Por ejemplo, los correspondientes a las áreas de anatomía y función de los órganos fonoarticulatorios, desarrollo psico-social, niveles del lenguaje y rendimiento escolar. Al hablar de un abordaje integral, nos referimos

a la intervención del Fonoaudiólogo, padres, profesores y profesionales especialistas en cada una de las alteraciones que éstos niños presenten en particular.

Brevemente, queremos dar a conocer algunas situaciones específicas que se manifestaron durante el desarrollo de la presente investigación. Una de ellas es que según el formato estipulado por el Ministerio de Educación, los contenidos mínimos en Lenguaje y Comunicación y Matemáticas de cada curso se encontrarían en un orden jerárquico dentro de cada área. En efecto, éstos deberían ser abordados por los docentes, respetando dicho orden. Sin embargo, en la realidad no ocurre así; el orden de abordaje de los contenidos queda a criterio de cada profesor. Incluso se presentaron casos de niños en que los maestros no cumplieron con esta norma, y trataron contenidos que, o bien no correspondían al orden jerárquico, o no pertenecían a los contenidos de cada curso, o por último, omitían algunos de ellos. Con lo antes dicho, se observó que en los niños se perjudica la comprensión de las distintas materias, lo que sumado al trastorno de lenguaje acentúa aún más su deficiencia.

Un segundo caso corresponde al de una niña que el año pasado fue evaluada de manera diferenciada, debido a las dificultades que ésta presentaba en el rendimiento escolar. Sin embargo, en el año 2002 la forma de evaluación para ella fue la misma que se aplicó a sus compañeros. Este hecho perjudicó notablemente su rendimiento, lo que se vio reflejado en las notas obtenidas en las asignaturas de Lenguaje y Comunicación y Matemáticas. A partir de este caso, consideramos importante que el sistema de evaluación de cada uno de los niños sea siempre igual. Así también, creemos que las adecuaciones curriculares deben ser estudiadas por el profesor de acuerdo a las dificultades presentadas en cada caso y en forma transdisciplinaria.

Otro hecho que llamó nuestra atención fue un niño que se presentó al comienzo de la terapia con un diagnóstico psicológico de limítrofe. Luego de los seis meses de tratamiento, se realizó nuevamente una evaluación psicométrica que arrojó el resultado de

normal lento. Esto hace notar la importancia del abordaje terapéutico, ya que favorece los procesos cognitivos.

Por otra parte, los niños y niñas con fisura velopalatina tienen problemas auditivos propios de su alteración anatómico funcional. Asimismo, pudimos pesquisar problemas de tipo visual los que también afectaron sus resultados en la evaluación. Cabe señalar que, ambos aspectos fueron los más bajos en el test ITPA. El menor desempeño de estas áreas se ve aún más desfavorecido por no existir un acceso expedito a la salud pública que trate estas alteraciones.

Con todo lo anterior, pretendemos especificar y recalcar que este nuevo estilo de terapia que se presenta en este seminario es lo que se implementará a nivel fonoaudiológico en un futuro cercano. En estos momentos se viene dando a conocer con el nombre de integración escolar. Así pues, será en este proyecto de integración hecho realidad, donde se verán los frutos de este modelo de terapia integral y transdisciplinaria, en la educación básica y eventualmente, en la educación media y universitaria. Esta terapia se desarrollará acorde a las exigencias pedagógicas y académicas de cada persona y nivel educacional.

## **CAPITULO VII: CONCLUSIONES**

El estudio presentado busca contribuir a un abordaje integral del lenguaje en pacientes con fisura velopalatina. De la misma manera pretende aportar información sobre las necesidades educativas de dichos pacientes. Debido a la naturaleza exploratoria-descriptiva de esta investigación, las conclusiones se basan en los objetivos que nos hemos planteado.

De acuerdo a los datos obtenidos en la presente investigación, fue posible apreciar la importancia de incluir el abordaje integral en pacientes con fisura velopalatina. Asimismo, se descubrieron las habilidades y estructuras más deficitarias en cada prueba aplicada antes y después del tratamiento fonoaudiológico. De la misma manera, fue posible averiguar si la alteración de lenguaje tiende a relacionarse con el descenso del rendimiento escolar. Por último se observó que después de la intervención terapéutica mejoró el lenguaje en sus niveles pragmático, morfosintáctico comprensivo y expresivo y léxico-semántico, además del rendimiento escolar en la mayoría de los niños y niñas evaluados. Por lo tanto, fueron cumplidos los objetivos específicos propuestos en este estudio.

En base a todo lo expuesto anteriormente y a los resultados recogidos en esta investigación, podemos concluir que es de gran utilidad incluir el abordaje integral del lenguaje en niños y niñas con fisura velopalatina. Asimismo, sustentar la terapia en los contenidos académicos particulares en cada niño o niña, ya que todo esto beneficia el desarrollo de las distintas áreas del lenguaje. En consecuencia, se potenciaría un mejor rendimiento escolar en estos pacientes.

También, fue posible observar y descubrir las necesidades educativas de estos niños y niñas (evaluaciones, contenidos mínimos aplicados, entre otros). Si bien esto va más allá del abordaje fonoaudiológico da pie para futuras investigaciones en el ámbito de la

educación. Todo lo anterior, al igual que el fin de esta investigación, apunta entregar un tratamiento completo a los pacientes, tomando en cuenta los déficit provocados por la patología.

Ahora bien, y para finalizar, consideramos de gran importancia señalar que este trabajo de investigación es de tipo descriptivo. Dado que, sólo pretende mostrar el resultado de una nueva modalidad terapéutica en niños y niñas fisurados velopalatinos con bajo rendimiento escolar, en una fecha y lugar determinado. En otras palabras, nuestra intención no es comprobar ni demostrar una hipótesis, sino más bien dar a conocer lo que ocurre después de una terapia aplicada en el aquí, en el ahora basada en los aspectos curriculares y con este grupo específico de niños y niñas con fisura velopalatina.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- (1) ACUÑA GONZÁLEZ, “Variables que Inciden en el Rendimiento Escolar”. Tesis de ciencias pedagógicas UPLA; Valparaíso; 1976.
- (2) ALEN E, ARAYA J, JOFRÉ S, NORAMBUENA A, VERGARA C; “Factores psicosociales, económicos y rendimiento académico”. Tesis de ciencias pedagógicas UPLA; Valparaíso; 1985.
- (3) ALTAMIRANO R, CABEZAS L, GUERRERO A; “Evaluación del Lenguaje en pacientes portadores de fisura palatina y su relación con el rendimiento escolar”. Tesis para optar al título de Fonoaudiólogo y el Grado académico de Licenciado en Fonoaudiología. Universidad de Valparaíso; Viña del Mar; 2001.
- (4) BRAVO L, CONDEMARIN M, CHADWICK M, MILICIE N, ORELLANA E; “El niño y la escuela: problemas de conducta y rendimiento escolar”; editorial Universitaria; Santiago; 1981.
- (5) BRAVO L, “Trastornos de aprendizaje y de la conducta escolar”; editorial Universitaria; Santiago; 1980.
- (6) BROEN P, MOLLER K, CARLSTROM J, DOYLE S, DEVERS M, KEENAN K; “Comparison of the hearing histories of children with and without cleft palate”; Cleft palate craniofacial journal; 32(2): 127 – 133; 1996.
- (7) BUENO J.J; “El lenguaje de los niños con necesidades educativas especiales”; ediciones Universidad de Salamanca; Primera edición; Junio; 1991.
- (8) CÁCERES A; “Psicología en fisuras faciales”, Curso oficial N° 32 “Tendencias en la terapia fonoaudiológica del niño fisurado”, Santiago, 30-31 Agosto del 2001.

- (9) CAROCCA A, CALDERON J; Creación y Aplicación de un programa terapéutico destinado al aprendizaje del autocontrol y su generalización al habla espontánea de pacientes fisurados: un estudio preliminar; Seminario para optar al título de Fonoaudiólogo; Universidad de Chile; 1998.
- (10) COHEN R., “Aprendizaje de la lectura”, editorial Cincel, Madrid 1992.
- (11) Diccionario de Educación; Volumen 2: I – Z; Santillana; 1983.
- (12) ESPINOZA T., FERNANDEZ C., GARCIA J., LARA M., TORRES I., “Relación que existe entre el compromiso de los padres y el Rendimiento escolar que sus hijos obtienen en 4ª año básico, en las asignaturas de castellano y matemáticas”, Seminario de Tesis para optar al título de Profesor de Educación General Básica, UPLA, 1995.
- (13) JAY H; “Hearing loss and cleft palate: the perspective of time”; Cleft palate craniofacial journal; 27(1): 36 – 39; 1990.
- (14) MC WILLIAMS B, MORRIS H, SHELTON R; Cleft palate speech; ed. BC Decker-Morris Company inc.; E.E.U.U.; 1984.
- (15) MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE CHILE. Contenidos Mínimos Obligatorios de Enseñanza General Básica. Santiago, 1998. (Consulta 20/04/2002).
- (16) MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE CHILE. Reforma Educacional. Santiago, 1998-2001. (Consulta 20/04/02).
- (17) MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE CHILE. Fundamentos de la Reforma Educacional. Santiago, 1998-2001. (Consulta 20/04/02).

- (18) MIRA E. Y LÓPEZ, “Psicología Evolutiva del Niño y del Adolescente” editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1990.
- (19) NICASIO J; “Manual de dificultades de aprendizaje: lenguaje, lecto-escritura y matemáticas”; ed. Narcea; España; 1995.
- (20) NOVAES M. HELENA; “Psicología Escolar”, editorial LUMEN; Buenos Aires. Argentina; 1992.
- (21) PAMPLONA M, YSUNZA A, GONZÁLEZ M, RAMÍREZ E, PATIÑO C; “Linguistic development in cleft palate with and without compensatory articulation disorder”; International journal of pediatric otorhinolaryngology; 54(2 – 3): 81 – 91; 2000.
- (22) PEÑA – CASANOVA J; “Manual de Logopedia”; Segunda edición; editorial MASSON; Barcelona – España; 1994.
- (23) PIZARRO R; “Teoría del rendimiento académico UPLACED”. Departamento de ciencias de la educación. Revista diálogos educacionales ; 4(6): 25 – 32; 1985.
- (24) REYES C, VALENCIA P; “Estudio descriptivo de autoestima y habilidades sociales en una población de niños entre 10 y 12 años de edad con fisura labial y/o palatina de la Quinta Región”. Tesis para optar al título de Psicólogo y Grado de Licenciado en Psicología. Universidad de Valparaíso; Valparaíso; 1999.
- (25) SÁNCHEZ L, GARCÍA B, REGAL N; “Metodología del trabajo logofoniatrico en el paciente fisurado palatino”; Revista cubana de ortodoncia; 14(1):7 – 12;1999.
- (26) SANTUISTE V., “Hijos con Problemas de Lenguaje”, ediciones Ceac, Barcelona España,1991.

- (27) SHPRINTZEN R, BARDACH J; Cleft palate speech management: a multidisciplinary approach; editorial Mosby; E.E.U.U.; 1995.
- (28) TORRES A. M, Fonoaudióloga, Docente de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso. Viña del Mar, Chile, 2001 (Comunicación personal).
- (29) VARAS P; “Aspectos afectivos en el aprendizaje (logro académico y autoestima)”. Ministerio de educación, Centro de perfeccionamiento, experimentación e investigaciones pedagógicas; Librería Ministerio de Educación; 7ª Edición; Santiago – Chile; Agosto 1993.

# **Anexos**

## SCREENING TEST OF SPANISH GRAMMAR

Nombre..... Edad.....  
 Fecha del Examen..... Examinador.....

<b>Receptivo</b>	<b><u>Expresivo</u></b>
1. El niño está sentado. # El niño no está sentado. - Negación	1. La puerta no está cerrada.# La puerta está cerrada. - Negación
2. El gato está encima de la caja. El gato no está encima de la caja. # - Preposición	2. El perro está encima del auto.# El perro está adentro del auto. -Preposición.
3. El va arriba. Ella va arriba. # -Pronombre personal	3. El gato está debajo de la silla El gato está detrás de la silla.#. - Preposición.
4. El perro está detrás de la silla.# El perro está debajo de la silla. -Preposición	4. El ve el gato.# Ella ve el gato. - Pronombre personal.
5. Están comiendo. Está comiendo.# - Plural en forma verbal	5. Alguien está en la silla. Algo está en la silla.#. - Pronombre indefinido.
6. El libro es de él.# El libro es de ella. - Pronombre posesivo.	6. El sombrero es de ella. El sombrero es de él.# -Pronombre posesivo.
7. El niño se cayó.# El niño se cae. - Tpo. verbal Prt. indef..	7. Está durmiendo. Están durmiendo.# - Plural en forma verbal.
8. Alguien esta en la mesa. Algo está en la mesa.# - Pronombre indefinido.	8. El niño se vistió.# El niño se viste. -Tpo Verbal Prt. indef..
9. El niño la está llamando. El niño lo está llamando. - Pronombre personal	9. La niña está escribiendo.# La niña estaba escribiendo. -Pretérito imperfecto.
10. Este es mi papá.# Aquel es mi papá - Pronombre Demostrativo	10. La niña la ve. La niña lo ve.# - Pronombre personal.
11. el niño está comiendo helado.# El niño estaba comiendo helado. - Pretérito Imperfecto.	11. El niño tenía el globo.# El niño tiene el globo. - Pretérito Imperfecto.
12. ¿Dónde está la niña? ¿Quién es la niña?# - Adverbio Interrogativo	12. La niña lo lleva.# La niña los lleva. - Plural en el pronombre.

13. El niño tiene el pájaro. # El niño tenía el pájaro. - Pret. Imperfecto.		<u>13. Este es mi amigo.</u> Aquel es mi amigo. # - Pronombre Demostrativo.	
14. La niña las tiene. # La niña la tiene. - Plural en el pronombre		14. El niño lo lava. El niño se lava. # - Pronombre Reflexivo	
15. Esta es mi cama. Esta es nuestra cama. # - Pronombre posesivo.		15. Este es su perro. # Este es nuestro perro - Pronombre Posesivo	
16. El niño se ve. El niño lo ve. # - Pronombre reflexivo.		16. La niña comió. # LA niña comerá. - Tiempo Futuro.	
17. La niña subirá. # La niña subió. - Tiempo futuro.		17. Esa es mi muñeca. Esta es mi muñeca. # - Pronombre Demostrativo	
18. Mira a quién llegó. Mira lo que llegó. # - Pronombre relativo.		18. ¿Quién está en al puerta? .# ¿Qué está en la puerta? - Pronombre Interrogativo.	
19. La mamá dice, “Se lo dio” La mamá dice, Me lo dio”. # - Complemento Indirecto.		19. ¿Dónde está el niño? .# ¿Quién es el niño? - Adverbio Interrogativo.	
20. La mamá va a comprar pan. # La mamá fue a comprar pan. - Tiempo presente.		20. El niño va a cortarse el pelo. El niño fue a cortarse el pelo. # - Tiempo Presente.	
21. Este es un avión. # Ese es un avión. - Pronombre demostrativo.		21. El niño dice, “Me la dio” El niño dice, “Se la dio”. - Complemento Indirecto	
22. El papá es alto. El papá está alto. # - Cópula Verbal.		22. El niño es alto. El niño está alto. # - Cópula Verbal.	
23. El niño es llamado por al niña. # La niña es llamada por el niño. - Voz pasiva.		24. La niña es empujada por el niño. # El niño es empujado por la niña. - Voz Pasiva.	
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	

## Pauta de cotejos de Habilidades pragmáticas

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
	Fecha de Exámen:

HABILIDADES PRAGMÁTICA	SI	NO	A VECES	OBSERVACION
CINÉTICA: Usa gestos adecuados para comunicarse.				
PROXÉMICA: Mantiene distancias y posturas.				
INTENCIÓN: Comunica sus deseos y/o necesidades				
CONTACTO VISUAL: Mantiene contacto visual adecuado.				
EXPRESIÓN FACIAL: Corresponde al mensaje e interpreta expresiones.				
FACULTADES CONVERSACIONALES: Sabe conversar: iniciar, responder, preguntar, interrumpir, etc.				
VARIACIONES ESTILÍSTICAS: adapta su conversación al auditorio y circunstancias.				
ALTERNANCIA RECÍPROCA: Sabe mantener un diálogo.				
TEMATIZACIÓN: Puede mantenerse en el tema.				
PETICIONES: Formula peticiones completas.				
ACLARACIÓN Y REPARACIÓN: Pide y entrega aclaraciones en caso de duda.				

Nombre:..... Edad.....  
 Fecha del examen..... Examinador.....

## Fonemas:

	Inicial	Medial	Final	Trabante
<b>Bilabiales:</b>				
/b/	Bote.....	Cabeza.....	Nube.....	Objeto.....
	Bala.....	Tabaco.....	Tube.....	Submarino.....
/p/	Pato.....	Zapato.....	Copa.....	Apto.....
	Pesa.....	Tapado.....	Sopa.....	Séptimo.....
/m/	Mano.....	Camisa.....	Suma.....	Campo.....
	Mesa.....	Camote.....	Lomo.....	Temprano.....
<b>Labiodentales:</b>				
/f/	Foca.....	Búfalo.....	Café.....	Aftosa.....
	Fino.....	Zafiro.....	Mofa.....	Difteria.....
<b>Interdentales:</b>				
/d/	Dama.....	Cadena.....	Codo.....	Pared.....
	Dato.....	Tapado.....	Sopa.....	Séptimo.....
/t/	Tapa.....	Botella.....	Mata.....	Etna.....
	Tina.....	Tetera.....	Lote.....	Itsmo.....
<b>Alveolares:</b>				
/s/	Sapo.....	Cocina.....	Taza.....	Pasto.....
	Sala.....	Pesado.....	Peso.....	Pasta.....
/n/	Nido.....	Panera.....	Maní.....	Canto.....
	Nota.....	Canoso.....	Mono.....	Punta.....
/l/	Luna.....	Caluga.....	Pala.....	Dulce.....
	Losa.....	Pelota.....	Tela.....	Papel.....
/r/		Marino.....	Pera.....	Corto.....
		Poroto.....	Coro.....	Torta.....
/r/	Rosa.....	Carretera.....	Perro.....	
	Remo.....	Parrilla.....	Tarro.....	
<b>Palatales:</b>				
/y/	Llave.....	Payaso.....	Malla.....	
	yema.....	Tallado.....	Pollo.....	
/ñ/	Ñato.....	Puñete.....	Caña.....	
	Ñoqui.....	Muñeca.....	Moño.....	
/c/	Chala.....	Lechuga.....	Noche.....	
	Chino.....	Cachorro.....	Fiche.....	
<b>Velares:</b>				
/k/	Casa.....	Paquete.....	Taco.....	Acto.....
	Queso.....	Máquina.....	Peca.....	Secta.....
/g/	Gato.....	Laguna.....	Jugo.....	Signo.....
	Goma.....	Pegado.....	Soga.....	Magno.....
/x/	José.....	Tejido.....	Caja.....	Reloj.....
	Gitano.....	Mojado.....	Teja.....	

## DÍFONOS VOCÁLICOS

Piano.....	Pie.....	Ciudad.....	Suave.....
Diario.....	Tiene.....	Diuca.....	Guata.....
Violín.....	Nuevo.....	Fui.....	Cuota.....
Piojo.....	Fuego.....	Ruin.....	Fatuo.....
Vaina.....	Peineta.....	Boina.....	Auto.....
Laico.....	Rey.....	Moisés.....	Pauta.....
Péumo.....	Reuma.....		

## DÍFONOS CONSONÁNTICOS

	Clavo.....	Ladra.....	Flecha.....
Tabla.....	Tecla.....	Dragón.....	Flaco.....
Blusa.....	Brazo.....	Micro.....	Fruta.....
Regla.....	Cabra.....	Crema.....	Cofre.....
Globo.....	Soplo.....	Premio.....	Atlas.....
Grano.....	Plato.....	Lepra.....	
Tigre.....	Potro.....		
Tren.....			

## POLISILÁBICAS

Carabainero.....	Ametralladora.....
Temperatura.....	Submarino.....
Panadería.....	Refrigerador.....
Mariposa.....	Helicóptero.....
Caperucita.....	Bicicleta.....

## ORACIONES

El perro salta.....

La niña rubia come.....

Ana fue al jardín con su gatito.....

La guagua lloraba porque tenía hambre.....

El mono que estaba dentro de la jaula se comió el maní .....

.....

Juanito se metió debajo de la cama para que no lo pillaran .....

.....

Observaciones: .....

.....

.....

.....

Conclusiones: .....

.....

\*Dientes :

- Normal .....
- Adecuado .....

\*Oclusión :

- Tipo .....

\*Lengua :

- Normal .....
- Alterado .....
- Frenillo .....

\* Amígdalas : .....

\* Paladar Duro :

- Normal .....
- Alto .....
- Ojival .....

\* Paladar Blando :

- Fonación .....
- Reposo .....

## 2. Funciones Prelingüísticas :

\* Soplo :

- Adecuado .....
- Inadecuado .....

\* Respiración :

- Modo .....

\* Deglución :

- Normal .....
- Atípica .....

### GRÁFICO DE HABILIDADES TEST I.T.P.A

Nombre:  
 Fecha de Nacimiento:  
 Curso:  
 Fecha de Evaluación:

Stanine	NIVEL SEMÁNTICO						NIVEL AUTOMÁTICO				Stanine
	Comp. Auditiva 1	Comp. Visual 2	Asoc. Auditiva 3	Asoc. Visual 4	Fluidéz Léxico 5	Exp. Motora 6	Integ. Auditiva 7	Integ. Visual 8	Mem. Sec. Auditiva 9	Mem. Sec. Visomotora 10	
9											9
8											8
7											7
6											6
5											5
4											4
3											3
2											2
1											1
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Stanine Promedio \_\_\_\_\_

Referencia página 96:

Es importante hacer mención que el 30 de Diciembre del 2002 se aprueba un nuevo decreto que rige los planes y programas de estudio para alumnos con trastornos específicos del lenguaje, Decreto 1300.

Artículo 7°: Podrán ser atendidos en las Escuelas de Lenguaje en forma excepcional niños y niñas que presenten las siguientes condiciones:

b) Niñas y niños con fisura palatina mayores de 3 años portadores de TEL a los cuales se les hayan realizado las intervenciones quirúrgicas adecuadas y oportunas en los tiempos requeridos.

Cada uno de estos casos excepcionales deberán ser derivados por un pediatra y/o fonoaudiólogo del Sistema Público de Salud.