



Facultad de Medicina

Carrera de Fonoaudiología

Tesis de Pre-grado

**INCIDENCIA DEL TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE Y LAS
ALTERACIONES ARTICULATORIAS EN NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 6 AÑOS 11
MESES, PORTADORES DE FISURA LABIAL Y/O PALATINA CORREGIDA**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO
DE LICENCIADO EN FONOAUDIOLOGÍA**

Autores:

Madelaine Abarca Calderón

Catalina Arancibia Aguilera

Andrea Sibona Carboni

Profesora Guía:

Flga. Carolina Carmona Urbina

Profesora Asesora:

Flga. Margarita Garcés Silva

Valparaíso, Noviembre del 2013

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN	7
1. MARCO TEÓRICO.....	9
1.1 Fisura labio y/o palatina	9
1.1.1. Embriología y etiología	10
1.1.2. Incidencia	10
1.1.3. Epidemiología	11
1.1.4. Síndromes asociados	11
1.1.5. Clasificación.....	12
1.1.6. Estructuras orofaciales pre quirúrgicas del niño portador de fisura.	13
1.1.7. Intervención quirúrgica.....	14
1.1.8. Estructuras orofaciales post quirúrgicas del niño portador de fisura.	15
1.2 Articulación de los fonemas	16
1.2.1 Articulación normal de los fonemas	16
1.2.2. Alteraciones articulatorias	18
1.2.3. Alteraciones articulatorias en niños(as) portadores de fisura	21
1.2.4 Evaluación de articulación en pacientes portadores de fisura	25
1.3 Trastorno Específico del Lenguaje	27
1.3.1 Trastorno Específico del Lenguaje en Chile	32
1.4 Desempeño lingüístico en el niño portador de fisura.	34
2. MARCO METODOLÓGICO	39
2.1. Planteamiento del problema	39
2.2. Objetivos	42
2.2.1. General	42

2.2.2. Específicos	42
2.3. Tipo de Estudio	43
2.3.1. Enfoque	43
2.3.2. Alcance.....	43
2.3.3. Diseño.	44
2.4. Población.....	44
2.4.1. Muestras	44
2.4.2. Tipo de Muestreo.....	45
2.4.3. Tamaño de las Muestras	46
2.4.4. Criterios de selección de las muestras	46
2.4.4.1. Criterios de inclusión	46
2.4.4.2. Criterios de exclusión	47
2.5. Operacionalización de Variables.	49
2.6. Instrumentos	52
2.6.1. Anamnesis	53
2.6.2. Lenguaje	54
2.6.2.1. TEPROSIF-R.....	54
2.6.2.2. TECAL.....	55
2.6.2.3. S.T.S.G.....	56
2.6.2.4. Protocolo de Habilidades Pragmáticas.....	57
2.6.2.5. Observación Clínica de la Conducta	57
2.6.3. Articulación.....	58
2.6.3.1. Pauta de Evaluación de las Habilidades Prearticulatorias del Niño Fisurado	58
2.6.3.2. Test de Articulación a la Repetición Modificado.....	58
2.7. Técnicas de obtención de información	59
2.8. Procedimientos	60
2.9 Materiales.....	62

3. RESULTADOS.....	63
3.1. Resultados de la muestra de Lenguaje	63
3.1.1 Descripción epidemiológica de la muestra de lenguaje.	63
3.1.2. Incidencia de Trastorno Específico del Lenguaje.	65
3.1.3. Incidencia de Trastorno Específico del Lenguaje Mixto.....	68
3.1.4. Incidencia de Trastorno Específico del Lenguaje Expresivo	70
3.2. Resultados de la muestra de Articulación de los fonemas	70
3.2.1. Descripción epidemiológica de la muestra de articulación de fonemas.	70
3.2.1. Incidencia de alteraciones articulatorias.	72
3.2.2. Incidencia de dislalias.....	75
3.2.4. Incidencia de articulación compensatoria	79
4. DISCUSIONES.....	82
4.1. Con respecto a las muestras.....	82
4.2. Con respecto a la batería de lenguaje y su aplicación.	84
4.3. Con respecto a la batería de articulación y su aplicación.	85
4.4.- Con respecto a los objetivos asociados a TEL.....	86
4.4.1. Incidencia de Trastorno Específico del Lenguaje	86
4.4.2. Incidencia de TEL Mixto y TEL Expresivo.....	88
4.5.- Con respecto a los objetivos asociados a alteraciones articulatorias.....	89
4.5.1. Incidencia de Alteraciones Articulatorias	89
4.5.2. Incidencia de dislalias.....	90
4.5.3. Incidencia de articulación compensatoria	92
CONCLUSIONES	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	109

RESUMEN

En la actualidad, existe un limitado conocimiento acerca de la magnitud de las patologías del habla y del lenguaje que presentan los niños portadores de fisura labiopalatina, especialmente, a nivel nacional. Con el fin de incrementar la información existente acerca de la presencia de alteraciones lingüísticas y articulatorias en estos sujetos, se ha propuesto como objetivo del presente estudio medir la incidencia del Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) y de las alteraciones articulatorias en niños(as) portadores de fisura labio y/o palatina corregida de 3 a 6 años, 11 meses. La investigación se realizó a través de un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y de diseño no experimental, transversal y observacional; para lo cual se evaluó el lenguaje y la articulación en muestras de 17 y 19 niños, respectivamente. Los resultados obtenidos demuestran que, dentro de este estudio, la incidencia del Trastorno Específico del Lenguaje es de un 29,4%, dentro de la cual un 23,5% corresponde a TEL Mixto y un 5,9%, a TEL Expresivo. En tanto, la incidencia de las alteraciones articulatorias fue de un 42,1%, en cuanto a las subcategorías presentaron una incidencia de 42,1% en caso de la dislalia, y 10,5% en articulaciones compensatorias. En conclusión, la mayoría de los niños(as) evaluados en el estudio demostraron un desempeño lingüístico y articulatorio adecuado para su edad, pues solo un grupo fue diagnosticado con alteraciones en alguno de estos aspectos. Los resultados obtenidos dejan en evidencia la necesidad de continuar con la línea investigativa de este trabajo, profundizando su estudio tanto en la población portadora de fisura como en la población general.

Palabras claves: Fisura Labiopalatina, Lenguaje, Articulación de fonemas, Trastorno Específico del Lenguaje, Dislalia, Articulación compensatoria.

ABSTRACT

Currently, there is limited knowledge about the magnitude of the language and speech pathologies presented in children with a cleft, especially here in Chile. In order to increase the existing information concerning the presence of linguistic and articulatory alterations in this population, the present study has been proposed with the objective of measuring the incidence of the Specific Language Impairment (SLI) and the articulatory alterations in children with a surgically corrected cleft lip and/or palate within the age range of 3 to 6 years old, 11 months. This study was conducted using a quantitative approach, with a descriptive, non experimental, cross sectional and observational design; the method was to evaluate language and articulation in two groups of 17 and 19 children, respectively. The results obtained show that the incidence of the SLI is of 29, 4% with a 23, 5% of Receptive-Expressive Mixed SLI and a 5, 9% of Expressive SLI. Likewise, the incidence of articulatory alterations is a 42, 1%. Concerning the subcategories of this subject, there was a 42, 1% of articulation disorders and 10, 5% of compensatory articulations. This means that most of the children who participated in this research displayed an effective articulatory and linguistic performance according to their age, where only a small group showed alterations in one of these aspects. The results also show the necessity of continuing with the investigative subject of this research, deepening its study within the cleft palate population but also the general population.

Keywords: *Cleft Lip and Palate, Articulation of phonemes, Specific Language Impairment, Articulation disorders, Compensatory articulations.*

INTRODUCCIÓN

La fisura labiopalatina es una de las malformaciones congénitas más comunes a nivel nacional e internacional, que se manifiesta en distintos grados de severidad según las estructuras orofaciales involucradas. Debido a la alta incidencia de esta patología, a partir del año 2005, el Ministerio de Salud (MINSAL) incorpora la fisura labiopalatina al programa de las Garantías Explícitas de Salud (GES), asegurando de esta forma, un tratamiento integral para quienes nacen con esta condición. La intervención otorgada contempla el trabajo de un equipo de profesionales, en el que se incluye el fonoaudiólogo, quien cumple un importante rol en la prevención, terapia y monitoreo de las alteraciones funcionales que afectan a estos niños(as).

Dentro del rol que tiene el fonoaudiólogo, está también el proveer información respecto a las reales implicancias de las fisuras labiopalatinas en la comunicación, puesto que su presencia no necesariamente es sinónimo de alteraciones en este ámbito. La sociedad tiende a estigmatizar a estos niños y a asumir que debido a su condición, ellos presentan, además de las conocidas dificultades en la articulación y resonancia, alteraciones que abarcan, incluso, un descenso en las habilidades cognitivas, como por ejemplo, el lenguaje. Por esto, es de suma importancia contar con datos actualizados al respecto que permitan aclarar estas ideas.

Actualmente, los estudios enfocados en el desempeño lingüístico y articulatorio de los niños portadores de fisura labiopalatina son escasos, tanto a nivel internacional como nacional. Por consiguiente, se hace necesario conocer el rendimiento de esta población, para indagar en qué medida estas alteraciones se manifiestan a nivel articulatorio y a nivel lingüístico. Los pocos estudios existentes describen las características del lenguaje, pero no profundizan en un diagnóstico en particular ni mencionan la incidencia del Trastorno Específico del Lenguaje que presentan estos niños.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado y tomando en consideración que el Ministerio de Educación establece que un niño con fisura corregida puede asistir a una Escuela Especial de Lenguaje, surge la primera pregunta de investigación: ¿Cuál es la incidencia del Trastorno Específico del Lenguaje en los niños portadores de fisura corregida? De la misma forma, los estudios realizados acerca de la articulación de estos niños profundizan en las articulaciones compensatorias, pero no las alteraciones articulatorias que se presentan en general, debido a esto surgió la segunda pregunta de investigación: ¿Cuál es la incidencia de las alteraciones articulatorias en los niños portadores de fisura corregida?

Este estudio abordará los lineamientos teóricos existentes de fisura, articulación, Trastorno Específico del Lenguaje y rendimiento lingüístico de los niños(as) portadores de fisura. Luego, se expone el procedimiento metodológico efectuado para lograr el cumplimiento de los objetivos planteados. Finalmente, se presentan los resultados recabados en esta investigación, y se exponen las discusiones de las cuales se desprenden las conclusiones y proyecciones obtenidas a partir del presente estudio.

1. MARCO TEÓRICO

En toda investigación científica es fundamental conocer a cabalidad los aspectos teóricos involucrados que permitan conseguir los objetivos propuestos. El presente estudio, aborda tres grandes ejes: fisura labio y/o palatina, articulación de fonemas y Trastorno Específico del Lenguaje. A continuación, se realizará una breve descripción sobre las generalidades de la fisura, tales como definición, etiología, clasificación, entre otros. Posteriormente, se ahondará respecto a la articulación, enfocándose en sus alteraciones, en particular en los pacientes portadores de fisura, y los métodos de evaluación en esta área. Luego, se abordarán las alteraciones lingüísticas, poniendo énfasis en el Trastorno Específico del Lenguaje y sus características. Para finalizar, se profundizará en el tema principal de esta investigación, es decir, las características del lenguaje en niños portadores de fisura, y los planteamientos teóricos actuales al respecto.

1.1 Fisura labio y/o palatina

Existe una gran variedad de malformaciones cráneo-faciales que se pueden presentar en una persona al nacer. Dentro de ellas, se encuentra la fisura labial y/o palatina, la cual es considerada por diversos autores como una de las más frecuentes. Esta alteración ha sido definida por múltiples investigadores a lo largo del tiempo, sin embargo, ellos no difieren mayormente entre sí. Una de las más concisas es la planteada por Shprintzen y Bardach (1995), quienes mencionan que una fisura corresponde “*an opening in an anatomical part that is normally not open*”¹ (Shprintzen & Bardach, 1995:1). Esta hendidura puede ser tanto de labio como de paladar, creando una discontinuidad en el primer caso y un pasaje continuo entre boca y nariz, en el segundo caso. Perelló (2005), agrega que la fisura, además, puede abarcar el velo del paladar y la apófisis alveolar del maxilar superior. Esto significa que un gran número de estructuras de la zona orofacial se pueden ver afectadas en esta malformación.

¹ “Una abertura en una parte anatómica que normalmente no está abierta”

1.1.1. Embriología y etiología

Respecto a la embriología de la fisura labio y/o palatina, esta se genera entre la 4° y la 12° semana de gestación, debido a alguna noxa que altera eventos morfológicos, fisiológicos y bioquímicos que permiten la formación de estructuras orofaringonasales (Habbaby, 2000). Esclarecer cuál es la causa precisa que genera esta malformación es complejo, sin embargo, existen factores que predisponen su aparición, los cuales pueden ser genéticos y/o ambientales (Sepúlveda, Palomino & Cortés, 2008). Con relación a este último, Tamashiro (2011) postula que los agentes teratógenos que más se asocian a la presencia de fisura son el consumo de alcohol, tabaco y factores nutricionales de la madre. Debido a todas estas noxas, se ha catalogado a las fisuras como malformaciones de origen multifactorial.

1.1.2. Incidencia

Como se mencionó al comienzo, la fisura labio y/o palatina se encuentra dentro de las malformaciones más frecuentes que presenta el ser humano. Esto se refleja en la incidencia a nivel mundial, la cual corresponde a 1 por cada 1.200 nacidos vivos. Si se compara esta cifra con lo que ocurre a nivel nacional, se puede observar que su frecuencia se presenta levemente aumentada, ya que es de 1.8 por cada 1.000 nacidos vivos, aproximadamente. Por lo tanto, si se realiza una proyección del número de nacimientos anuales en Chile, se podría estimar que 452 niños nacerían con esta afección. Geográficamente, el 62% de los casos de fisura se distribuye en las regiones Metropolitana, Valparaíso y del Bío Bío (MINSAL, 2009). Por esto, cobra relevancia la adecuada planificación en salud pública que permita destinar recursos para el tratamiento de esta patología.

1.1.3. Epidemiología

Los estudios epidemiológicos realizados permiten establecer la distribución de esta malformación de acuerdo a parámetros como género, diagnóstico, componente racial y ubicación geográfica. Con respecto al primer indicador, la fisura de labio se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres y, a su vez, estas últimas presentan mayor número de casos con paladar aislado (Corbo & Marimón, 2001). En cuanto al diagnóstico del tipo de fisura, Sepúlveda y cols., (2008) detallan que existe una relación aproximada de 1:2:1, correspondiente a fisura labial, fisura labio alveolo palatina y fisura palatina. En base a diversos estudios, se postula que existe un gran componente racial de susceptibilidad, ya que se ha demostrado la correlación directa entre la presencia de fisura y el grado de indigenidad de la población. Un ejemplo de esto es la mayor prevalencia de casos en el área andina de Sudamérica, la cual posee un alto componente indígena, en comparación a los países de la zona atlántica (Monasterio, 2008).

1.1.4. Síndromes asociados

La fisura puede ser clasificada dependiendo de su asociación o no con un síndrome de base. De acuerdo a Tamashiro (2011), el 30 % de los casos presenta dicha asociación y el 70% restante, fisura aislada. Ford (2004) menciona que existen más de 300 síndromes que incluyen la presencia de esta malformación craneofacial. Algunos de los más comunes son los síndromes Pierre Robin, Treacher Collins, Displasia Cleidocraneal, Crouzon, Apert, Van der Woude y síndrome Velocardiofacial (MINSAL, 2009). Estos pueden tener diversas manifestaciones clínicas, dentro de las cuales destacan el coeficiente intelectual disminuido, dificultades de aprendizaje y retrasos en el desarrollo psicomotor y del lenguaje. Todas estas características pueden influir en el desempeño comunicativo que presentará la persona que lo padece.

1.1.5. Clasificación

En la literatura, se puede encontrar una amplia gama de clasificaciones de esta patología, las que se basan en criterios embriológicos, odontológicos, quirúrgicos y anatómicos (Monasterio, 2008). Las fisuras pueden afectar diferentes estructuras y, de acuerdo a esto, en Chile, el organismo a cargo de implementar las Garantías Explícitas en Salud (GES), las clasificó en tres categorías. Estas corresponden a fisura labial aislada, fisura palatina aislada y fisura labiopalatina (MINSAL, 2009).

La fisura labial corresponde a un defecto en el labio superior uni o bilateral, el cual se debe a la falta de fusión entre la prominencia maxilar y la prominencia nasal medial. El músculo que se verá mayormente afectado corresponde al orbicular de los labios, cuyas fibras no cruzarán la línea media y se dirigirán hacia la base de la nariz por el borde de la hendidura (Rossell, 2009). Este tipo de malformación puede ir desde la forma más sencilla, correspondiente a fisura frustra, hasta la forma más compleja, como fisura labial total.

La fisura palatina es una alteración que puede extender su abertura desde el paladar duro hasta el velo del paladar, sin afectar necesariamente a ambas estructuras de forma simultánea. La alteración del paladar óseo es producida cuando la porción esquelética que conforma la bóveda palatina no logra fusionarse en la línea media, lo cual genera una comunicación directa entre la cavidad bucal y las fosas nasales (Rossell, 2009). En el caso de que la fisura afecte al paladar blando, esta generará una interrupción del anillo muscular del Esfínter velofaríngeo (EVF), el cual actúa como una válvula cerrando la parte nasal del tracto respiratorio superior, durante la deglución y la producción de los sonidos del habla (Shprintzen & Bardach, 1995).

La fisura labiopalatina corresponde a aquella que compromete el labio superior, de forma uni o bilateral, y al paladar en forma total o parcial. En este tipo de fisura, se presentan diferentes grados de severidad, según el compromiso de las estructuras óseas y

blandas del labio, paladar y nariz. (MINSAL, 2009). Este tipo de hendidura corresponde a una de las más complejas, debido a la gran cantidad de estructuras afectadas que requieren de corrección quirúrgica.

Existe un tipo de alteración palato velar que no es considerada en la guía GES, llamada fisura submucosa, la cual es importante de mencionar, debido a que puede generar trastornos funcionales similares al de cualquier otra fisura palatina (Monasterio, 2008). En este tipo de malformación, el paladar se observa aparentemente normal a simple vista, ya que las mucosas oral y nasal se presentan indemnes. Sin embargo, la alteración se encuentra a nivel muscular y, en algunos casos, a nivel óseo (Tamashiro, 2011). Esta fisura presenta una tríada clásica que permite sospechar de su presencia: úvula bífida, zona central translúcida y escotadura ósea a la palpación del borde posterior de los huesos palatinos (Monasterio, 2008).

1.1.6. Estructuras orofaciales pre quirúrgicas del niño portador de fisura.

En un niño portador de fisura, las estructuras estomatognáticas no se encuentran indemnes como en el resto de la población, observándose alteraciones anatomofisiológicas de distinto grado según su ubicación y extensión. Los órganos que pueden estar comprometidos son: nariz, labios, reborde alveolar, paladar duro y blando. En cuanto a la nariz, se puede apreciar una desviación del tabique nasal y del vómer hacia el lado sano, columela desviada, acortada o casi inexistente y continuidad entre la cavidad nasal y oral (Hermosilla, Lobos & Millones, 2012).

Con respecto a los labios, sus elementos anatómicos se encuentran desplazados e hipoplásicos, además, se puede presentar asimetría en el músculo orbicular e interrupción de sus fibras, provocando una retracción. El reborde alveolar puede evidenciar afección de la premaxila y prolabio, lo que causa discontinuidad del vestíbulo. Con respecto al paladar duro, una fisura divide el maxilar superior en dos segmentos, comunicando la cavidad oral

con la nasal, lo que puede provocar una deficiencia de mucosa y hueso (Hermosilla & cols., 2012).

El paladar blando, por su parte, se conforma por una aponeurosis y cinco músculos pares, los cuales corresponden al elevador del paladar, tensor del paladar, palatogloso, músculo de la úvula y palatofaríngeo (Monasterio, 2008). En presencia de una fisura velar, puede existir una separación y orientación anómala de las fibras de los músculos que componen el velo del paladar, además de la ausencia o retracción de la aponeurosis palatina. Dentro de los músculos del velo, se evidencian las siguientes alteraciones: el elevador del paladar está en posición longitudinal y paralela a la hendidura; el tensor no logra el aplanamiento de la concavidad del velo; el palatogloso está atrofiado en forma de repliegue mucoso y el músculo de la úvula se altera generando una hemióvula. Finalmente, el único músculo que no se ve afectado por una fisura es el palatofaríngeo, el cual conserva su función (Monasterio, 2008; Hermosilla & cols., 2012). Dentro de los músculos mencionados, el elevador y tensor del velo cumplen un rol fundamental en la ventilación del oído medio, ya que son los encargados de regular el cierre y apertura de la Trompa de Eustaquio. La alteración de estos músculos en una fisura velar traerá consigo un déficit en la ventilación y drenaje del oído medio generando como consecuencia otitis media con efusión o crónica, resultando en una hipoacusia de conducción de hasta 45 dB (Tamashiro, 2011).

1.1.7. Intervención quirúrgica

La intervención quirúrgica es el único método que permite la reparación anatómica de la fisura labiopalatina de forma permanente. Según el MINSAL (2009), su objetivo principal es la restauración de la función normal y de la apariencia estética de los tejidos afectados. Actualmente, existe un parámetro uniforme de los tiempos críticos para la corrección de esta malformación (Pichel, 2008), sin embargo, no hay un consenso general respecto a la técnica quirúrgica que se debe utilizar, ya que esta se escoge dependiendo de cada caso en particular (Monasterio, 2008). Chile se rige por los tiempos de intervención

que se explicitan en la Guía Clínica de Fisura Labiopalatina del Ministerio de Salud (2009), los cuales se detallan a continuación en la Tabla N° 1.

		Tipo de Fisura		
		Labial	Palatina	Labiopalatina
Edad	3 meses	Cirugía primaria de labio		Cirugía primaria de labio, paladar y velo.
	6 meses		Cierre de paladar blando	Rinoplastía primaria
	12 meses		aislado	Cirugía paladar total de velo y paladar óseo.
	18 meses		Cierre de paladar duro	
	4 años	Cirugía secundaria retoque labial –	Faringoplastia	Faringoplastia Rinoplastia secundaria
	5 años	Rinoplastia		
	15 años	Rinoplastia definitiva		Rinoplastia definitiva

Tabla N°1: Tiempos quirúrgicos para cada tipo de fisura según MINSAL (2009)

1.1.8. Estructuras orofaciales post quirúrgicas del niño portador de fisura.

Posterior a la intervención quirúrgica, las estructuras orofaciales que fueron sometidas a esta deben obtener un nivel tanto estético como funcional lo más apropiado posible. No obstante, cabe la posibilidad de que no se logre la total corrección de los órganos involucrados. En relación a la fisura de labio, después de la cirugía, se pueden presentar tres dificultades en la cicatrización: retracción con adherencia, cicatriz hipertrófica y queloide. Además, en algunos casos, se puede observar discontinuidad del músculo orbicular producto de una deficiente reconstrucción del labio. En cuanto a la fisura de paladar, pueden ocurrir dos complicaciones. La primera es la presencia de fístulas palatales, las cuales se producen por una pérdida de tejido y reducido flujo sanguíneo posterior a la intervención. La segunda secuela corresponde a la presencia de paladar blando corto, que se debe a una prolongación insuficiente de los pilares posteriores de la faringe al momento de la cirugía (Shprintzen & Bardach, 1995; Hermosilla & cols., 2012). El velo del paladar corto puede traer como consecuencia una disfunción en el mecanismo de cierre del EVF, ya que no existe tejido suficiente que permita un cierre adecuado.

1.2 Articulación de los fonemas

El habla es una de las herramientas fundamentales que utiliza la comunicación para expresar ideas, pensamientos y sentimientos. Más concretamente, corresponde a la representación motora del lenguaje, y requiere de la indemnidad e integración de la cognición con los sistemas neuromusculares y músculo-esqueléticos (Queiroz, 2002). El proceso de producción del habla es una tarea compleja y coordinada que involucra la interacción de las estructuras de respiración y masticación, incluyendo el abdomen, diafragma, caja torácica, laringe, orofaringe, cavidad nasal, maxila, mandíbula, labios, lengua y dientes (Shprintzen & Bardach, 1995). Para lograr una producción correcta del habla, se debe cumplir con tres parámetros vocales: entonación, emisión de voz y articulación adecuada (González, 2003). Para efectos de esta investigación, solo se abordará el último parámetro.

1.2.1 Articulación normal de los fonemas

El concepto de articulación, según D'Antonio y Scherer (2008), hace referencia a los movimientos físicos involucrados en darle forma al tracto vocal para la producción de los distintos sonidos del habla. Durante este proceso, cada fonema adquiere los rasgos característicos que, posteriormente, contribuirán a la codificación del significado de las palabras. Es fundamental saber que cada fonema tiene características particulares y específicas, las cuales, si están alteradas, pueden generar un fonema completamente distinto que cambiará el significado del mensaje. En el caso de los sonidos consonánticos las características particulares mencionadas corresponden a: la sonoridad de la fuente glótica, punto y modo articulatorio (International Phonetic Association, 2005).

La sonoridad hace referencia a la vibración de las cuerdas vocales provocando que un fonema sea sonoro o sordo, dependiendo de la presencia o ausencia de vibración. Otro

de los parámetros corresponde al punto de articulación, el cual es definido como “el lugar donde se tocan o aproximan los órganos para producir el sonido” (Martínez, 2003: 31). Las subcategorías de este rasgo varían según el autor que se consulte, sin embargo, todos estos coinciden en denominarlas de acuerdo a la zona aproximada donde se debe articular el fonema. Martínez (2003) los clasifica en diez tipos, sin embargo, solo seis corresponden a los sonidos utilizados en el español de Chile: bilabiales, labiodentales, dentales, alveolares, palatales y velares. Otro rasgo de los fonemas está determinado por el modo de articulación, el que depende del grado de aproximación o estrechamiento que adopta el tracto vocal para modificar el flujo de aire, además de la dirección que toma este, ya sea a través de la cavidad oral por sí sola o en conjunto con la cavidad nasal (Shprintzen & Bardach, 1995). Las subcategorías de este parámetro, asociadas al español, corresponden a las oclusivas, fricativas, africadas, laterales, vibrantes y nasales (Bermeosolo, 2001).

Existe una secuencia predeterminada para la adquisición de los fonemas durante la infancia, la cual no está totalmente ligada a las características específicas de cada sonido y, además, varía respecto al idioma y país de procedencia. De acuerdo a Bosch (1984), el período de adquisición de los fonemas de la lengua española va desde los 3 hasta los 7 años. Según esta autora, a los 3 años, un 90% de los niños ha adquirido los fonemas /m/ /n/ /ɲ/ /b/ /p/ /t/ /k/ /l/ /x/. Luego, a la edad de 4 años, la mayoría de ellos integran a su repertorio fonético los sonidos /d/ /g/ /f/ /ʎ/ /č/. Posteriormente, dentro del período correspondiente a los 5 años, se debe adquirir el fonema /s/. Finalmente, a la edad de 7 años se consigue la correcta articulación de los fonemas /r/ y /r̄/ (cit. en Bermeosolo, 2001). Por otra parte, en un estudio de la adquisición fonética de los niños(as), realizado en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso, se obtuvieron resultados concordantes con los expuestos por Bosch en 1984. Los datos recabados demuestran que a los 3 años de edad se adquieren los fonemas nasales /m/ /n/ /ɲ/ y oclusivos /b/ /p/ /t/ /k/ /g/ /d/, además de los fricativos /x/ /f/, líquidos /l/ /ʎ/ y africado /č/. En el rango de los 5 años de edad, se logra la articulación del fonema /r/ y a los 6 años de edad los fonemas adquiridos son /s/ y /r̄/ (Bernal, Gatica & Romero, 2006).

Un niño(a) se alejará, en mayor o menor medida de esta secuencia de adquisición, dependiendo del tipo de fisura que este presente, ya que existen fonemas que no podrá articular correctamente en el momento estimado para ello. Por esta razón, es fundamental respetar el tiempo de reparación quirúrgica, ya que existen períodos críticos en la infancia para establecer las habilidades motrices que luego darán origen a la articulación de fonemas. Mientras más tarde se realice la cirugía respecto a su ventana de tiempo ideal, más difícil será para el niño integrar los movimientos velofaríngeos a la estructura coordinada de habla (Kemp-Finchman et al., 1990, cit. en Hardin-Jones & Jones, 2005). Posterior a la cirugía de reparación, sin importar el momento en que esta se realice, se pueden presentar cambios en los patrones de movimiento oral, debido a tres razones principales: sensibilidad reducida luego de la reparación del paladar, insuficiencia velofaríngea continua y anomalías residuales del paladar duro (Warren, 1986 cit. en Morris & Ozanne, 2000). Cualquiera de estas secuelas puede provocar alteraciones articulatorias en el niño(a).

1.2.2. Alteraciones articulatorias

Cuando la producción articulatoria de un individuo se desvía de la norma puede ocurrir una disminución de la inteligibilidad y efectividad de la comunicación. Al suceder esto, se está en presencia de un trastorno de articulación, es decir, “alteraciones que afectan los patrones de pronunciación o de producción de los sonidos de la lengua” (Queiroz, 2002: 72). Estos problemas se relacionan con las fases de programación y/o ejecución neuromotora, y su origen puede ser neurogénico o músculo-esquelético. En este último caso, se sub-clasifican en trastornos orgánicos, los cuales son producto de alteraciones anatómicas de las estructuras periféricas; y en trastornos funcionales, los que son derivados de una mala coordinación muscular debido a diversas etiologías (Martínez, 2008). En este apartado, se describen dos trastornos articulatorios que frecuentemente se asocian a la presencia de fisura: la dislalia y las articulaciones compensatorias.

La dislalia es un concepto que se utiliza principalmente a nivel hispanoparlante, con diferencias en su significado exacto según el autor que se consulte. Es importante hacer referencia a que muchas fuentes bibliográficas no utilizan un término específico para describir este fenómeno y solo se refieren a él como error articulatorio. De acuerdo a Mendilaharsu (1981), la dislalia corresponde a “disturbios en la realización sonora de determinados fonemas, independientemente de su relación lineal con el contexto de la palabra” (cit. en Narbona, 2005). Esta puede afectar a cualquier consonante o vocal, presentándose como un error por ausencia, sustitución o distorsión del fonema específico. Tomando como criterio la etiología, estas se clasifican en cuatro tipos: orgánica, audiógena, evolutiva y funcional (Pascual, 2000).

Las dislalias de tipo orgánico son unas de las más recurrentes en los niños portadores de fisura. Estas corresponden a aquellos “trastornos de la articulación que están motivados por alteraciones orgánicas” (Pascual, 2000:34). Por lo tanto, el origen se encuentra en una causa estructural conocida, ligada a los órganos del habla, que genera problemas anátomo-fisiológicos de la cavidad oral. La corrección del problema que origina una dislalia orgánica, no implica que el niño(a) sea capaz de ejecutar inmediatamente el fonema alterado, debido a que seguirá utilizando el patrón motriz adquirido con anterioridad; lo que sucederá, es que la dislalia pasará a ser de tipo funcional.

Si el problema para articular es causado por problemas auditivos, se está en presencia de una dislalia audiógena, la cual es definida como “alteración de la articulación producida por una audición defectuosa” (Pascual, 2000: 33). En este caso, el niño o niña presentará dificultades en el reconocimiento y reproducción de sonidos que posean entre sí características similares, debido a que se encuentra mermada la discriminación auditiva. La presencia de esta alteración dependerá de la intensidad del déficit auditivo y de la capacidad de compensación que presente el infante.

La dislalia evolutiva es definida como “aquella fase del desarrollo del lenguaje infantil en la que el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha” (Pascual, 2000:28), deformando los estereotipos acústicos-articulatorios correctos. Debido a lo anterior, el infante repite palabras de manera incorrecta desde el punto de vista fonético. Este tipo de dislalia no requiere de tratamiento, debido a que forma parte del proceso normal de cualquier niño, y se supera de forma espontánea durante el desarrollo (Pascual, 2000).

Cuando el problema para articular el o los fonemas no es producto de una causa estructural de los órganos responsables del habla, ni se explica por una razón evolutiva, se está en presencia de una dislalia funcional, la cual es definida como una “alteración en el desarrollo de la articulación del lenguaje, por una función anómala de los órganos periféricos” (Pascual, 2000:28). Algunos factores etiológicos de esta función errónea son la escasa habilidad motora, dificultades en la percepción de espacio y tiempo, déficit en la discriminación auditiva, factores psicológicos, ambientales, hereditarios y discapacidad intelectual (Pascual, 2000). Finalmente, dentro de los cuatro tipos de dislalias mencionados, González (2003) afirma que las dislalias funcionales son las que se presentan con mayor frecuencia dentro de la población.

La segunda alteración articulatoria a describir es la articulación compensatoria, que afecta significativamente la inteligibilidad del habla. Esta es definida como “patrones anómalos de articulación que se desarrollan al intentar compensar la función de un mecanismo velofaríngeo inadecuado” (Monasterio, 2008: 407). En comparación con las consonantes orales normales, estas compensaciones son producidas de forma posterior e inferior en el tracto vocal por posicionamiento posterior de la lengua, aducción de cuerdas vocales y postura anormal del cartílago aritenoides y epiglotis (Shprintzen & Bardach, 1995). Debido a que esta alteración es considerada como un comportamiento secundario a la insuficiencia velofaríngea (IVF), es necesario detallar este mecanismo disfuncional.

De acuerdo a Ysunza y Pamplona (2006), el término IVF hace referencia al funcionamiento inadecuado del esfínter velofaríngeo durante el habla. Su origen es estructural, principalmente por defectos del velo del paladar, ya que no existe tejido suficiente en esta zona que permita el cierre adecuado del esfínter durante la producción de los fonemas orales (Ysunza & Pamplona (1992), cit. Álvarez, Palomares, Quezada & Villena, 2004). Esta alteración puede ser de origen congénito o adquirido, siendo el primer tipo el más común. La IVF se manifiesta en aproximadamente el 20% de los pacientes con fisura velopalatina operada (Álvarez & cols., 2004). Su presencia traerá como consecuencia el escape pasivo de aire por la nariz, excesiva resonancia nasal, consonantes orales débiles y articulaciones compensatorias (Golding-Kushner (1996), cit. Álvarez & cols., 2004).

1.2.3. Alteraciones articulatorias en niños(as) portadores de fisura

La presencia de una malformación craneofacial, como la fisura, da origen a trastornos articulatorios de base orgánica, ya que esta altera la función normal de los órganos involucrados en la producción del habla. Se podría pensar que la presencia de una fisura en la cavidad oral afectará todos los fonemas del lenguaje por igual, sin embargo, la dificultad que estos presenten radica en sus características fonéticas y en la forma en que las estructuras orofaciales se ven afectadas por la malformación. A continuación, se detalla la relación existente entre las estructuras orofaciales alteradas y la producción de los fonemas comprometidos.

Se ha evidenciado que una hendidura labial bilateral provoca una reducción en la movilidad y flexibilidad del labio superior, afectando la formación de vocales y consonantes bilabiales (Shprintzen & Bardach, 1995). En una fisura de paladar, se ve alterada la posición lingual y la salida del flujo de aire a través de la cavidad oral. Finalmente, una fisura de paladar blando puede resultar en IVF, lo que provoca una desviación del flujo de aire hacia la cavidad nasal, impidiendo que se logre la presión oral necesaria para lograr el modo articulatorio de cada fonema correctamente. De acuerdo a

D'Antonio y Scherer (2008), los niños portadores de fisura suelen presentar una mayor dificultad en la producción de consonantes de alta presión en comparación a otra clase de sonidos. Pese a esto, se ha observado que la mayoría de los individuos con anomalías orofaciales preservan el modo, pero alteran la zona del tracto vocal donde se produce el sonido para lograr la mayor constricción posible (Shprintzen & Bardach, 1995).

Las dificultades articulatorias previamente mencionadas pueden dar origen a dos trastornos articulatorios en la población portadora de fisura. Por un lado, está la dislalia orgánica, que se ve influenciada por distintos factores según lo planteado por Habbaby (2000):

Las dislalias en el niño fisurado dependerán de la clase de fisura que presente o de la secuela posquirúrgica. El grado de atrofia de los músculos palatinos, la amplitud de la rinofaringe y el diámetro nasofaríngeo, la compensación de los músculos vecinos, las dificultades del movimiento de la lengua y del velo del paladar, las alteraciones morfológicas de la bóveda palatina, de la arcada alveolar y de los labios, son factores de los que dependerá el grado de alteración y repercusión en el habla del paciente portador de esta afección y su pronóstico (Habbaby, 2000: 85).

Por otro lado, se produce la articulación compensatoria, que además de apreciarse en pacientes con cierre disfuncional del esfínter velofaríngeo, se genera en presencia de fisura y fisura no corregida de paladar duro (Shprintzen & Bardach, 1995). En términos estadísticos, la prevalencia de las articulaciones compensatorias en niños preescolares y escolares con una fisura palatina corregida es de un 22% y un 28%, respectivamente (Hardin-Jones & Jones, 2005). Debido a que esta alteración comparte un sustrato anatómico con la hipernasalidad, es necesario definir este concepto. La hipernasalidad se describe como “un trastorno resonancial caracterizado por excesiva resonancia nasal durante la producción de sonidos orales” (Tamashiro, 2011:83), el cual resulta de un cierre inadecuado del EVF durante el habla, pero que también puede ser causado por la entrada de aire en la cavidad nasal a través de una fisura palatina abierta o una fisura en el paladar blando o duro (Shprintzen & Bardach, 1995).

Las articulaciones compensatorias se pueden clasificar de diversa forma, según la fuente bibliográfica que se utilice como referencia. En el caso de Ysunza y Pamplona (2006), las categorizan en golpe glótico, ronquido nasal, fricación nasal posterior, fricación faríngea, golpe del dorso del paladar y fricación laríngea. Shprintzen y Bardach (1995) describen 12 tipos de articulaciones compensatorias, las cuales incluyen sonidos que se producen en un lugar más posterior e inferior de lo normal en el tracto vocal y aquellos donde se incluye una posición de la lengua posterior o anormal. Finalmente, Tamashiro (2011) describe seis tipos: golpe glótico, golpe faríngeo, fricativa faríngea, africada faríngea, fricativa nasal no turbulenta y fricativa nasal turbulenta.

A continuación, se detallan las articulaciones compensatorias clasificadas por Tamashiro (2011):

- Golpe glótico: De acuerdo a Shprintzen y Bardach (1995), es una producción que ocurre cuando las cuerdas vocales hacen aducción y permiten que aumente la presión bajo la glotis. Según Tamashiro (2011), este tipo de articulación puede ser utilizada en reemplazo o coproducción de alguna o todas las consonantes de alta presión (oclusivas, fricativas, africadas). Sin embargo, Ysunza y Pamplona (2006) determinan que se puede producir en sustitución de cualquier fonema consonántico. De acuerdo a un estudio realizado por investigadores norteamericanos, este corresponde al patrón atípico más común dentro de los niños evaluados, presentándose en un 25 % de los casos, siendo la sustitución más frecuente el reemplazo del fonema /k/ (Hardin-Jones & Jones, 2005).
- Golpe faríngeo: Es una producción plosiva realizada mediante el contacto de la base lingual con la pared posterior de la faringe. Esto provoca un aumento de presión, seguido por una expulsión repentina de aire. Se utiliza principalmente para sustituir /k/ y /g/ (Shprintzen & Bardach, 1995).

- Fricativa faríngea: Producción fricativa realizada mediante la aproximación de la base lingual a la pared posterior de la faringe. Según Ysunza y Pamplona (2006), ocurre en sustitución de los fonemas /s/, /f/ y /x/.
- Africada faríngea: El dorso de la lengua se mueve posteriormente, contactando la faringe y luego realizando una constricción del flujo de aire para crear oclusión y luego fricación (Shprintzen & Bardach, 1995).
- Fricativa nasal no turbulenta: Corresponde a una fricativa realizada en la cavidad nasal que se presenta como una nasal sorda con emisión nasal audible. La mayoría de las veces reemplaza sibilantes, aunque puede reemplazar alguna consonante de alta presión.
- Fricativa nasal posterior turbulenta: Esta articulación es producida por una constricción de la corriente de aire, con el velo aproximándose a la pared faríngea, pero sin cierre velofaríngeo completo, ocasionando que el aire sea liberado por la nariz. La consecuencia en el habla es una fricción audible con emisión nasal asociada.

Se tiende a pensar que las articulaciones compensatorias realizadas por la persona portadora de fisura tienen un origen únicamente anatómico, sin embargo, diversos autores hipotetizan que estas presentarían un componente que las hace ser parte del aspecto fonológico y no solo fonético (Witzel, 1995, cit. en Morris & Ozanne, 2000). Harding y Grunwell (1995), incluso, postulan que *“cleft palate speech should not be regarded as an articulatory disorder but an articulatory disorder with phonological consequences”*² (cit. en Morris & Ozanne, 2000: 2). A esto se suma lo planteado por Chapman (1993), quien sostiene que los errores en la producción de los sonidos pueden ocurrir inicialmente como una consecuencia de la fisura, pero con el paso del tiempo, pueden ser incorporados dentro del sistema de reglas fonológicas en desarrollo del niño(a). Pese a que se realiza una serie

² “El habla en fisura palatina no debería ser considerada como un trastorno articulatorio sino como un trastorno articulatorio con consecuencias fonológicas”

de cirugías para otorgar un mecanismo de habla competente, los errores persisten, porque el infante ha adoptado como regla, por ejemplo, la sustitución de oclusivas velares por fonemas bilabiales y alveolares.

1.2.4 Evaluación de articulación en pacientes portadores de fisura

Para poder determinar cuál es el estado articulatorio de una persona es necesario realizar un proceso de evaluación que tome en consideración distintos aspectos que influyen en la adecuada producción de los fonemas. La finalidad de la evaluación fonoaudiológica es determinar el estado actual del paciente, para así elaborar un diagnóstico, pronóstico y plan terapéutico. A partir de los dos años de edad, es posible realizar una evaluación más específica para la persona portadora de fisura. Para esto, se debe seguir un protocolo que considere los siguientes contenidos: órganos orofaciales, habla e insuficiencia velofaríngea (Monasterio, 2008). A continuación, se especifican los aspectos comúnmente evaluados en el nivel articulatorio:

a) Evaluación anátomo funcional de estructuras orofaciales

Esta evaluación debe realizarse detalladamente en el caso de un niño portador de fisura, pues la presencia de una malformación craneofacial, ya sea, por sí sola o en conjunto con otras alteraciones, afecta directamente la producción de los sonidos. Las estructuras que se deben evaluar corresponden a nariz, labios, lengua, paladar duro, paladar blando, amígdalas, dientes, faringe, entre otros (Habbaby, 2000). La siguiente descripción de cada estructura y sus parámetros de evaluación corresponde a la planteada por Monasterio en el 2008 y es la utilizada, actualmente, en la Fundación Gantz.

- **Nariz:** Se debe considerar su estructura desde distintos ángulos, observando la simetría, amplitud y orientación de las narinas. Respecto al aspecto funcional, la permeabilidad nasal se evalúa mediante el espejo de Glatzel y la obturación de narinas.
- **Labios:** Se observa el tamaño, tonicidad y presencia de cicatriz. Respecto a esta última, se evalúa su calidad, posición y competencia labial. Se debe medir la movilidad labial mediante la ejecución de movimientos práxicos. Es necesario poner atención a las posibles secuelas de la cirugía labial que puedan afectar el habla u otras funciones.
- **Paladar duro:** Se describe su forma y aspecto. En caso de haber fístulas, se debe consignar presencia, ubicación y tamaño.
- **Paladar blando:** Se debe observar tamaño, forma y presencia de fístulas y/o faringoplastías. Se debe evaluar la movilidad de la úvula durante la fonación. Frente a la sospecha de una fisura submucosa, se debe seguir con lo indicado en el protocolo.
- **Lengua:** Se describe el tamaño y posición en reposo. También se debe observar la condición, aspecto y funcionalidad del frenillo sublingual. Se visualizan los movimientos, a través de la ejecución de praxias.
- **Amígdalas:** Se evalúa presencia y tamaño.

b) Evaluación del Habla

Para realizar la evaluación de este aspecto, se aplica una pauta de evaluación articulatoria. A través de diversas técnicas como la repetición, repetición diferida, nominación y habla espontánea, se logra la elicitación de una respuesta por parte del paciente. Es el examinador quien selecciona la técnica, dependiendo del propósito de la

evaluación y de las características del niño(a). Esta prueba busca determinar cuáles son los fonemas que el infante es capaz de producir correctamente, y cuáles realiza con dificultad o no posee, en relación a su edad. La finalidad de este procedimiento es establecer si cada fonema se presenta normal o alterado y, en este último caso, determinar si la alteración es un fonema hipernasal, con dislalia o articulación compensatoria.

c) Evaluación de la insuficiencia velofaríngea

Las técnicas que permiten el diagnóstico de la IVF pueden ser indirectas y directas. Las primeras evalúan las consecuencias o errores obligatorios secundarios a esta disfunción, como son las articulaciones compensatorias, emisión nasal y consonantes orales débiles. Para complementar el diagnóstico de forma indirecta, se pueden apreciar movimientos faciales involuntarios y la presencia de resonancia hipernasal. Las técnicas directas hacen referencia a los procedimientos que posibilitan la observación anatómica y funcional de los componentes del EVF, los cuales corresponden a la nasofibroscopía y a la videofluoroscopía. Estos son métodos de examinación objetivos que permiten observar el funcionamiento del esfínter en reposo, deglución y fonación. Se debe mencionar que ninguno de los procedimientos nombrados anteriormente entrega información suficiente para realizar un diagnóstico de IVF por sí solo (Álvarez & cols., 2004). Esto quiere decir que se requiere una evaluación que complemente ambas técnicas para así llegar a un diagnóstico más preciso.

1.3 Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)

Para comprender mejor el TEL, se debe comenzar por conocer aspectos básicos del lenguaje. Este corresponde a un medio natural que permite al ser humano comunicarse con el entorno que lo rodea. La definición clásica de este concepto fue propuesta por Sapir el año 1956, quien define lenguaje como:

Método exclusivamente humano, no instintivo, de comunicar ideas, emociones y deseos, por medio de un sistema de símbolos producidos de manera deliberada. Estos símbolos son ante todo auditivos y son producidos por los órganos del habla (cit. Bermeosolo, 2001: 14).

El proceso de adquisición del lenguaje es continuo e innato, por lo cual se extiende desde el nacimiento hasta la adultez. Para que se cumpla el patrón evolutivo, el niño debe estar en óptimas condiciones y no presentar alteraciones neurológicas, lingüísticas ni psicológicas que puedan afectar su correcto desarrollo (Redondo & Lorente, 2004). A lo largo de la vida, existen diversos factores que pueden interferir y alterar el desarrollo lingüístico, dando origen a trastornos de distinta etiología y semiología.

Una de las alteraciones lingüísticas que se puede observar en las primeras etapas de la infancia, corresponde al retraso de lenguaje. Este se caracteriza por un desfase en el patrón evolutivo del desempeño lingüístico esperado para la edad cronológica del niño(a) (Luque, 2009). El retraso del lenguaje se diagnostica cuando el problema radica, principalmente, en el aspecto expresivo, en las alteraciones fonológicas y en el escaso vocabulario (Gassió-Subirachs, 2006), además, cuando no se presentan alteraciones en el área sensorial, orgánica, intelectual o conductual (Perelló & cols., 1984; Launay & Borel-Maisonny, 1989; Belinchón, & cols., 1992, cit. por Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología, 2007). Cuando la intervención en estos niños no provoca los beneficios ni la evolución esperada, se plantea la posibilidad de estar frente a un trastorno del lenguaje, el cual ofrece una evidente resistencia al tratamiento.

Una de las definiciones más utilizadas para explicar un trastorno del lenguaje, es la realizada por la American Speech – Language - Hearing Association (ASHA), en el año 1980, la cual señala que corresponde a:

La anormal adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito. El problema puede implicar a todos, uno o alguno de los componentes fonológicos, morfológicos, semánticos, sintácticos o pragmáticos del sistema lingüístico. Los individuos con trastornos del lenguaje tienen frecuentemente problemas del

procesamiento del lenguaje o abstracción de la información significativa para almacenamiento y recuperación por la memoria a corto o largo plazo. (Cit. Mendoza, 2010: 26-27).

Este trastorno se puede clasificar de acuerdo a su origen en dos grandes grupos: trastornos de lenguaje secundario a una patología de base o trastorno específico del nivel lingüístico. Este último ha sido definido y clasificado por diversos autores a lo largo del tiempo, los cuales han postulado que el cuadro clínico se presenta de forma primaria, aislada y se clasifica como específico (Narbona & Chevrie-Muller, 2003), ya que el único aspecto que se ve descendido es el nivel lingüístico. El Ministerio de Educación define TEL, en el decreto número 170, como una “limitación significativa en el nivel del desarrollo del lenguaje oral, que se manifiesta por un inicio tardío y un desarrollo lento y/o desviado del lenguaje” (MINEDUC, 2009: 9). Esto debe ocurrir sin que haya, de forma concomitante, un déficit sensorial o motor, discapacidad intelectual, trastornos psicopatológicos, deprivación socio afectiva, ni disfunciones cerebrales evidentes, los que corresponden a criterios de exclusión del TEL.

A continuación se explica brevemente cada uno de los criterios de exclusión que establece el decreto N°170 (MINEDUC, 2009) para diagnosticar este trastorno:

- Déficit Auditivo: Presencia de problemas auditivos que puedan afectar la capacidad de aprendizaje, o que generen un trastorno en la comunicación (MINEDUC, 2009). Según Silvestre (2003), las hipoacusias leves entre 20 y 40 dB, presentan una percepción global de habla con excepción de la emisión de algunos fonemas a muy baja intensidad. Aguilar y Serra complementan que las hipoacusias leves “permiten desarrollar adecuadamente el lenguaje y el habla, aunque pueden causar errores en la discriminación, categorización y en consecuencia, en la producción de algunos fonemas” (Aguilar & Serra, 2007: 46); el programa de detección de hipoacusias en recién nacidos de Andalucía agrega que no deberían existir repercusiones sobre el

desarrollo del lenguaje en hipoacusias leves, y que en hipoacusias moderadas (sobre 40 dB) ya se observarían problemas en la adquisición del lenguaje y en la producción de sonidos (Consejería de salud de la junta de Andalucía, S/F). En base a estas posturas el criterio de exclusión para TEL será hipoacusias moderadas.

- Trastornos Psicopatológicos: Presencia o sospecha de problemas conductuales severos y/o de ajuste familiar o escolar especiales (Blanco, González, Ramírez, Torres & Valenzuela, 2008), como por ejemplo: trastornos masivos del desarrollo, disturbios emocionales severos, trastornos conductuales, esquizofrenia, entre otros. (Belloch, Sandín & Ramos, 2008).
- Déficit Intelectual: Presencia de coeficiente intelectual (CI) promedio inferior a 85. (Leonard, 2000).
- Lesiones o disfunciones cerebrales evidentes: Presencia de signos de alteración en el sistema neurológico (Leonard, 2000), como por ejemplo, evidencia de lesiones cerebrales focales, traumáticas, parálisis cerebral, síndrome pseduobulbar o epilepsia.
- Déficit Motor: Disfunción asociada a destrezas motoras del habla, por ejemplo, problemas orales motores periféricos, deficiencias en la sensibilidad oral o anomalías orofaciales no corregidas (Blanco & cols., 2008).
- Deprivación Socio-afectiva: Cuando un niño o niña crece en un contexto de aislamiento social o afectivo extremo su desarrollo lingüístico se ve alterado, pudiendo ocasionar desde un retraso del lenguaje hasta una carencia total del habla (Belloch & cols., 2008). Por esta razón, que los infantes expuestos a deprivación socio-afectiva no pueden ser diagnosticados con TEL.

El Trastorno Específico del Lenguaje ha sido caracterizado por diversos autores a lo largo del tiempo, pero todos concuerdan en que presenta dificultades variables. Estas van desde problemas específicos en la producción de palabras, hasta formas más severas, en donde se ven afectados todos los niveles del lenguaje: fonología, semántica, morfosintaxis y pragmática. Estas dificultades, a su vez, pueden manifestarse en la dimensión expresiva y/o comprensiva del lenguaje oral, por lo que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el DSM-IV-TR (2002) clasifica el TEL en trastorno del lenguaje expresivo y trastorno del lenguaje mixto (expresivo-receptivo).

El trastorno de lenguaje de tipo expresivo posee características lingüísticas que dependen de la gravedad del cuadro y de la edad del niño o niña. Se diagnostica en base a las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del lenguaje expresivo que quedan sustancialmente por debajo de los puntajes de pruebas receptivas. En conjunto con lo anterior, existen ciertos aspectos que ayudan a determinar el diagnóstico de este trastorno, como un vocabulario muy limitado, incapacidad para utilizar los sonidos del habla, errores tanto en la producción de palabras como en los tiempos verbales, dificultades en la memorización de palabras y en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo (APA, 2002). Los niños con este tipo de trastorno suelen iniciar su habla en forma tardía y, además, evolucionan con mayor lentitud de lo estimado para el desarrollo del lenguaje expresivo.

En cuanto al trastorno de lenguaje mixto, este se caracteriza por una alteración en el desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo. En un niño afectado por esta deficiencia, se aprecian las dificultades propias del TEL expresivo, ya mencionadas, y se suman problemas en la semántica y morfosintaxis comprensiva. En cuanto a la evaluación, las puntuaciones en las pruebas del desarrollo del lenguaje receptivo-expresivo quedan sustancialmente por debajo de lo esperado para la edad. Dentro de este déficit, pueden observarse distintos grados de severidad, desde la dificultad en la comprensión de términos espaciales hasta la incapacidad de entender vocabulario básico. Ambos trastornos del lenguaje inciden

negativamente en el aprendizaje y la interacción comunicativa, sin que esto constituya un trastorno generalizado del desarrollo (APA, 2002).

1.3.1 Trastorno Específico del Lenguaje en Chile

El TEL corresponde a uno de los trastornos de la comunicación oral más frecuentes, según mediciones tanto a nivel mundial como a nivel nacional. En el caso de Chile, diversos estudios indican que los niños(as) diagnosticados afectan a un 4% de la población de entre 3 y 7 años, aproximadamente (Villanueva, Barbieri, Palomino & Palomino, 2008). Por esta razón, el Gobierno de Chile, en su deber de promover la integración escolar de alumnos que presentan necesidades educativas especiales (NEE), ha establecido políticas públicas que permitan el acceso universal a procedimientos evaluativos y tratamiento.

El Ministerio de Educación, a través de la promulgación de los decretos N°1300 y N°170, en los años 2002 y 2009, respectivamente, establece lineamientos técnicos que permiten diagnosticar y proporcionar apoyo especializado a los niños con Trastorno Específico del Lenguaje. Esto garantiza la calidad de los procesos educativos en infantes que presentan NEE de carácter transitorio, asociado a un TEL, que ingresan a escuelas de lenguaje. La edad para incorporarse a estos establecimientos corresponde a los tres, cuatro o cinco años cumplidos al 31 de marzo del año correspondiente (MINEDUC, 2012).

El decreto N°1300 (2002), aprueba planes y programas de estudio para alumnos con Trastornos Específicos del Lenguaje. Por lo tanto, establece las normas, el programa de estudio y los requisitos de ingreso-egreso a escuelas de lenguaje y colegios con proyecto de integración, para los alumnos con TEL. Esto genera un consenso a nivel nacional para el diagnóstico, evaluación y posterior tratamiento de los niños que presentan esta alteración. En el año 2009, se presenta el decreto N°170, el cual establece las normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las

subvenciones para educación especial, en donde se modifica el decreto N°1300 y agrega otras especificaciones de forma más detallada, tales como la edad, los procedimientos de ingreso al sistema educativo y los aspectos referentes a la evaluación diagnóstica (MINEDUC, 2012).

Para el diagnóstico de este trastorno, según el decreto N°170, se debe realizar una evaluación integral que incluya anamnesis, examen médico (audición, visión, etc.), evaluación pedagógica, entrevista con la familia, observación del niño y evaluación fonoaudiológica. En relación a esta última, existen pruebas estandarizadas y adaptadas a la norma chilena que deben ser utilizadas para poder diagnosticar el Trastorno Específico del lenguaje. Se debe destacar que, tanto el decreto N°1300 y el N°170, indican que el fonoaudiólogo, según su criterio clínico, podrá incluir otras pruebas formales o informales que complementen el diagnóstico de TEL. Las pruebas obligatorias para el diagnóstico corresponden en el área de comprensión al test para la Comprensión Auditiva del Lenguaje de E. Carrow, versión adaptada por la U.de Chile (TECAL), y al test Exploratorio de Gramática Española de A. Toronto – Sub prueba comprensiva, versión adaptada por la U. de Chile (S.T.S.G Comprensivo). Con respecto al área expresiva, los instrumentos utilizados son el Test para evaluar Procesos de Simplificación Fonológica, versión adaptada por la U. de Chile (TEPROSIF-R), y el Test Exploratorio de Gramática Española de A. Toronto – Sub prueba expresiva, Versión adaptada por la U. de Chile (S.T.S.G) (MINEDUC, 2002; 2009).

Uno de los posibles diagnósticos obtenidos tras la aplicación de estas pruebas es el trastorno fonológico. Este corresponde a la incapacidad que pueden presentar los niños o niñas para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad y del idioma que utiliza el infante (APA, 2002), los cuales no son atribuibles a alteraciones de la inteligencia, audición o en los mecanismos fisiológicos del habla. Este trastorno es considerado como criterio de exclusión para el ingreso a las escuelas de lenguaje.

Las características físicas de los niños portadores de fisura labiopalatina, hacen pensar que esta malformación excluye al infante del diagnóstico de Trastorno Específico del Lenguaje. Sin embargo “los estudiantes mayores de tres años, que presentan fisura palatina operada y que presentan TEL, podrán ingresar regularmente a una escuela especial de lenguaje, pues su ingreso ya no se considera dentro de un marco de excepcionalidad” (MINEDUC, 2012: 9). Por lo tanto, una vez corregida la malformación, un niño portador de fisura presenta los mismos beneficios en el área educacional que el resto de los infantes de su edad.

1.4 Desempeño lingüístico en el niño portador de fisura.

Desde el punto de vista del desarrollo del lenguaje, de acuerdo a Kuehn y Moller (2000), se espera que el niño portador de fisura tenga la capacidad intelectual normal para aprender el complejo sistema del lenguaje. Según Tamashiro (2011), teniendo en cuenta las estructuras anatómicas comprometidas, es esperable que los infantes con fisura oral aislada sean considerados niños normales que nacieron con un mecanismo de producción de sonidos anormal. Por esta razón, de acuerdo a Habbaby (2000), el paciente con fisura aislada solamente debería presentar trastornos de habla por verse afectados sus órganos articulatorios. Sin embargo, diversos autores han señalado que las personas portadoras de fisura presentan un menor rendimiento en mediciones lingüísticas y cognitivas que sus pares sin esta afección.

La mayoría de los clínicos e investigadores concuerdan en que existe una mayor prevalencia de retraso lingüístico en niños preescolares portadores de fisura, así como de trastornos del lenguaje, los cuales pueden persistir en edad escolar, adolescencia y adultez. Más específicamente, al comparar a niños portadores de fisura con sus pares no fisurados se encontró que estos presentan un retraso que se evidencia en la tardanza de la aparición de las primeras palabras y frases; respuestas más reducidas y de estructura simple; output

verbal disminuido; menor rendimiento en comprensión y uso de vocabulario, memoria visual, expresión vocal, output gestual y verbal. Además, se ha observado que las personas portadoras de fisura, de cualquier grupo etario, presentan reducida longitud de enunciados, menor rendimiento en el área conversacional y uso menos efectivo del lenguaje con fines comunicativos (Kuehn & Moller, 2000).

Este retraso ha sido observado por diversos autores desde etapas tempranas del desarrollo infantil. En la fase prelingüística, se visualizan características diferentes en los niños portadores de fisura en comparación a otros de su mismo rango etario que no presentan esta malformación, tanto en el nivel expresivo como en el comprensivo. Se ha demostrado, según D' Antonio y Scherer (2008), que la intención comunicativa global se presenta relativamente adecuada, sin embargo, haciendo un análisis de esta, es posible apreciar diferencias entre la emisión de gestos y las vocalizaciones. Estas últimas resultan ser menos eficientes por sí solas, en comparación a las de sus pares no fisurados; no obstante, la utilización competente de gestos es una de las fortalezas del niño portador de fisura, ya que es a través del lenguaje no verbal que estos logran compensar sus reducidas emisiones vocales, previo a la reparación del paladar (D'Antonio & Scherer, 2008). Es así como estos dos factores se complementan para buscar la efectividad comunicativa desde etapas muy tempranas.

El período correspondiente a la niñez temprana (12-36 meses) ha sido descrito como una etapa fundamental para el desarrollo del lenguaje, debido a que los niños(as) aumentan exponencialmente su vocabulario, el cual se encuentra directamente ligado al repertorio consonántico. El niño portador de fisura, en este aspecto, presenta un evidente descenso, debido las dificultades articulatorias secundarias a esta malformación y a los procedimientos quirúrgicos que conlleva. Un estudio realizado por Scherer, en 1999, demostró que los niños con fisura aprenden y tienden a utilizar más palabras basadas en su repertorio fonético, lo que resulta en una mayor producción de palabras comenzadas con fonemas nasales y vocales, y menor uso de las que comienzan por oclusivas (D'Antonio & Scherer, 2008).

En la etapa preescolar (3-5 años), se evidencian dificultades que no se asocian al tipo de malformación, sino que más bien se relacionan con la presencia de trastornos del habla. Además, se postula que estos niños siguen utilizando emisiones más cortas y poseen un vocabulario reducido en extensión y complejidad (D'Antonio & Scherer, 2008). Al mismo tiempo, con el ingreso a la educación preescolar, se ponen a prueba las habilidades pragmáticas y sociales adquiridas hasta el momento. Si bien, presentan un rendimiento global adecuado en este nivel, los autores Chapman, Graham, Gooch y Visconti (1998) identificaron aspectos funcionales que pueden afectar la interacción social. Estos corresponden a un menor uso de comentarios, peticiones y desacuerdos, además de adoptar un rol más bien pasivo durante las interacciones, realizando menos extensiones del tópico conversacional y efectuando menos quiebres y cambios del tema. Una posible explicación entregada por los autores corresponde a un intento inconsciente para no llevar la atención del interlocutor a sus habilidades articulatorias restringidas, y así evitar burlas y conflictos de inteligibilidad.

Si se realiza una proyección de lo que ocurre una vez que el niño(a) portador de fisura ingresa a la educación formal, se puede determinar que los problemas lingüísticos aún no se verán superados en su totalidad. A partir de esta etapa, es relativamente fácil confundir un trastorno de lenguaje con dificultades académicas y de rendimiento, por lo que muchas veces estos problemas son abordados desde una perspectiva educativa y no lingüística (D'Antonio & Scherer, 2008). Además, Richman y Wilgenbusch (2005) postulan que, durante la adquisición de la lectoescritura, queda al descubierto una mayor prevalencia de dislexia en la población portadora de fisura, correspondiente al 30% en comparación al 15% de las personas sin esta malformación.

Monasterio (2008) plantea dos explicaciones posibles de por qué estas alteraciones lingüísticas existen. Una de ellas corresponde a las dificultades auditivas del oído medio, evidenciadas desde la infancia en los menores portadores de fisura, lo cual influye negativamente en el desarrollo del lenguaje y del habla. La segunda razón corresponde a que estos niños son sometidos a muchas intervenciones quirúrgicas y procedimientos que

requieren de hospitalizaciones frecuentes. Este factor lleva a que muchos padres utilicen inconscientemente un estilo de crianza sobreprotector, evitando realizar correcciones y exigencias que sí harían con un infante que no ha nacido con esta malformación, promoviendo el retraso y alteración del lenguaje. A estas explicaciones se suma lo planteado por varios autores (Chapman, 1993; Pamplona, Ysunza, González, Ramírez & Patiño, 2000; Kuehn & Moller, 2000), los cuales postulan que la presencia de una fisura influye en el nivel fonológico, afectando a su vez, los niveles más altos de procesamiento lingüístico.

Respecto al nivel fonológico, Chapman (1993) declara que el niño portador de fisura, en comparación a la población sin fisura, presenta un retraso en la supresión de los procesos de simplificación fonológica (PSF), los cuales corresponden a errores ejecutados con el fin de simplificar enunciados (Pavez, Maggiolo & Coloma, 2009). Chapman (1993) postuló una posible etiología cognitivo-lingüística para lo antes mencionado. Esta hipótesis está basada en un estudio, cuyos resultados indican que los niños portadores de fisura típicamente utilizan PSF comunes, pero por un período de tiempo mayor, logrando la nivelación con sus pares a los 5 años. Además, se aprecia una alta frecuencia de aparición del PSF de posteriorización en comparación a la población no fisurada. La autora plantea que el uso de ciertos procesos (posteriorización, oclusivización, eliminación de estridencia y desafricación) ilustran el impacto que tiene la presencia de una fisura en el desarrollo del sistema fonológico del niño, ya que se relaciona con las dificultades asociadas a la IVF. Se debe destacar que los resultados del estudio demuestran que los infantes portadores de fisura no sólo realizaron PSF en fonemas que requieren de alta presión, sino que también en sonidos nasales o que ya se encontraban presentes dentro de su repertorio. De acuerdo a Villanueva, Fernández, Lizana y Palomino (2010), la situación en la población chilena es bastante similar a la registrada por autores extranjeros, ya que se observa una mayor cantidad de PSF, con un alto número de procesos de asimilación nasal, omisión de sílaba pretónica y aspiración de trabantes.

Como se mencionó en el apartado correspondiente a alteraciones articulatorias, la articulación compensatoria nace como una respuesta a un problema estructural que afecta al esfínter velofaríngeo. No obstante, cuando esta alteración es corregida, los patrones erróneos continúan siendo usados, ya que estos han sido incorporados al sistema de reglas fonológicas del individuo. Un estudio realizado por Pamplona y cols., en el 2000, sugiere que la presencia de las articulaciones compensatorias influye de forma importante en el desempeño lingüístico general. Esta investigación comparó a dos grupos de niños portadores de fisura, uno con trastorno de articulación compensatoria y otro que no lo padecía. Los hallazgos presentaron tal relevancia estadística que permiten afirmar que los niños con articulación compensatoria (AC) presentan un resultado deficiente en todos los ítems evaluados durante el estudio correspondientes a contexto discursivo, situacional y semántico, siendo este último el más alterado.

En el estudio mencionado, se plantean tres posibles causas para los resultados. Una de ellas es la dificultad individual para comprender estructuras que requieren de un nivel de abstracción cada vez más complejo. Otra causa corresponde a un trastorno del procesamiento auditivo central. La tercera causa sería a la interacción existente entre el trastorno de articulación compensatoria y los niveles más altos de organización lingüística (Pamplona & cols., 2000). Si bien la relación exacta entre AC y lenguaje continúa siendo desconocida, es posible afirmar, como resultado de dicha investigación, que existe un grupo de niños portadores de fisura que presenta una mayor susceptibilidad a la presencia de alteraciones lingüísticas, ya sea en forma de retraso general o como trastorno del lenguaje. Esta información es de suma importancia, pues evidencia que es necesario realizar un monitoreo constante de las habilidades lingüísticas y/o posibles alteraciones a este nivel del niño portador de esta malformación.

2. MARCO METODOLÓGICO

El siguiente apartado presenta los lineamientos metodológicos que rigen este estudio, el cual está basado en la evaluación lingüística y articulatoria en niños(as) portadores de fisura labial y/o palatina. Para esto, se revisará la pregunta de investigación, el diseño metodológico y los objetivos. Luego, se continuará con la descripción de la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, instrumentos de evaluación y el procedimiento requerido para llevar a cabo la extracción de datos relevantes para desarrollar esta investigación.

2.1. Planteamiento del problema

Existen ideas preconcebidas provenientes, tanto del entorno social como del núcleo familiar, en cuanto a las habilidades que presenta un niño portador de fisura. Estas ideas van más allá del aspecto físico o de la forma particular de hablar; muchas veces, incluso, se asocia esta malformación a disminución de la capacidad lingüística, social e, incluso, intelectual de estos niños(as). Esta investigación busca aportar con datos estadísticos, a la desmitificación de estos prejuicios, particularmente a nivel lingüístico y articulatorio. Para este fin, es necesario plantearse las interrogantes que permitirán orientar la realización de esta tesis, las cuales son expuestas a continuación:

- ¿Cuál es la incidencia de Trastorno Específico del Lenguaje en niños(as) 3 a 6 años 11 meses con fisura labial y/o palatal corregida, residentes en la región de Valparaíso?
- ¿Cuál es la incidencia de alteraciones articulatorias en niños(as) de 3 a 6 años 11 meses portadores de fisura labial y/o palatal corregida, residentes en la región de Valparaíso?

Esta investigación tiene como propósito medir la incidencia del TEL y las alteraciones articulatorias en niños portadores de fisura labio y/o palatina corregida, residentes en la región de Valparaíso. De esta manera, en el área lingüística se intenta recabar información en cuanto a las características específicas del rendimiento que permiten generar un diagnóstico de Trastorno Específico del Lenguaje. En cuanto a la articulación, se busca determinar cuáles son las alteraciones que más se presentan en los niños portadores de fisura, ya sea dislalias o articulaciones compensatorias.

Los estudios que abordan el desempeño lingüístico de los niños portadores de fisura labio y/o palatina son escasos en la actualidad y se realizan en países cuyo idioma presenta características diferentes al español hablado en Chile. Más específicamente, la presencia del Trastorno Específico del Lenguaje en infantes portadores de esta malformación se encuentra poco explorada y, además, de existir esta información, no es de fácil acceso para el público común, como por ejemplo los padres o tutores de estos niños(as), ni para los profesionales asociados al área. En conjunto con la detección de TEL, se busca cuantificar cuáles son las alteraciones articulatorias más comunes realizadas por los infantes portadores de fisura, un tema que, a pesar de ser ampliamente estudiado por autores extranjeros, no cuenta con información publicada a nivel nacional. Por lo tanto, la presente investigación aportará conocimientos nuevos respecto a un campo poco estudiado, permitiendo contribuir a la fonoaudiología y la población portadora de esta malformación.

Los resultados que se obtendrán en esta investigación permitirán apreciar la magnitud que tienen estas alteraciones en el grupo de individuos pertenecientes a la muestra y, de esta forma, determinar la presencia del TEL y las alteraciones articulatorias dentro de este grupo. En base a estos datos, será posible estimar si es necesario otorgar más recursos para la prevención y atención de estos trastornos. Finalmente, la información obtenida en este estudio generará un nuevo campo de trabajo para el fonoaudiólogo, validando su rol en el ámbito de la prevención y diagnóstico precoz de los trastornos de lenguaje y articulación en esta población.

Para la realización de este estudio fue necesario contar con ciertos recursos que permitieron llevar a cabo el proceso evaluativo. Esto implicó conseguir un espacio físico adecuado para la situación de evaluación, niños(as) dispuestos a participar de esta investigación y los instrumentos idóneos para el diagnóstico de TEL y de alteraciones articulatorias. El lugar utilizado para la toma de muestra fue el Laboratorio de Lenguaje de la carrera de Fonoaudiología, el cual fue solicitado a la coordinadora del lugar. Posteriormente se requirió de la autorización del jefe del Servicio de Rehabilitación del Hospital Doctor Gustavo Fricke, el Dr. Miguel Benavente, para que las fonoaudiólogas de la Unidad de Fisurados accedieran a la base de datos de los niños(as) que pudieran formar parte de este estudio, quienes formalizaron su participación voluntaria mediante la firma de un consentimiento informado por parte del tutor(a).

A partir de una amplia revisión de fuentes bibliográficas fue posible apreciar la falta de información actualizada y detallada respecto al lenguaje de los niños portadores de fisura, sobre todo a nivel hispanoparlante. En las fuentes consultadas, solo se encontraron datos respecto a dificultades en aspectos específicos del lenguaje, pero no se halló información sobre la incidencia del TEL en quienes portan esta malformación. Considerando que esta patología presenta una alta incidencia en la población chilena, y que, producto de ello, se encuentra incluida dentro de las políticas públicas de salud, se hace necesario contar con estudios que aborden la presencia de este trastorno en los niños portadores de fisura. Por otro lado, no hay información acerca de las alteraciones articulatorias más frecuentes que presentan estos infantes en la región de Valparaíso. Debido a lo anterior, esta investigación pretende ampliar los conocimientos existentes respecto al desempeño lingüístico y articulatorio de los pacientes portadores de fisura labio y/o palatina que residen en la región de Valparaíso.

2.2. Objetivos

2.2.1. General

Describir la incidencia del Trastorno Específico del Lenguaje y las alteraciones articulatorias en niños y niñas de 3 a 6 años 11 meses con fisura labial y/o palatina corregida, atendidos en el laboratorio de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso residentes en la Región de Valparaíso.

2.2.2. Específicos

Para cumplir con el objetivo general de este trabajo, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Cuantificar la incidencia del Trastorno Específico del Lenguaje mixto en niños(as) de 3 a 6 años 11 meses portadores de fisura labial y/o palatina corregida, por edad, género y tipo de fisura.
- Cuantificar la incidencia del Trastorno Específico del Lenguaje expresivo en niños(as) de 3 a 6 años 11 meses portadores de fisura labial y/o palatina corregida, por edad, género y tipo de fisura.
- Cuantificar la incidencia de dislalias en niños(as) de 3 a 6 años 11 meses portadores de fisura labial y/o palatina corregida, por edad, género y tipo de fisura.

- Cuantificar la incidencia de articulación compensatoria en niños(as) de 3 a 6 años 11 meses portadores de fisura labial y/o palatina corregida, por edad, género y tipo de fisura.

2.3. Tipo de Estudio

2.3.1. Enfoque: Cuantitativo

Esta investigación buscó realizar una medición de la cantidad de niños y niñas portadores de fisura labio y/o palatina que presentan Trastorno Específico del Lenguaje y alteraciones articulatorias, por lo tanto, requirió de un enfoque cuantitativo. Este tipo de investigación utiliza la recolección de datos y el análisis estadístico para poder establecer patrones de comportamiento (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). Además, el problema de estudio, en un enfoque cuantitativo, debe ser delimitado y concreto; en este caso, alteraciones lingüísticas y articulatorias en niños(as) entre 3 a 6 años 11 meses portadores de fisura labio y/o palatina corregida, atendidos en el laboratorio de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso residentes en la Región de Valparaíso.

2.3.2. Alcance: Descriptivo

El presente estudio implicó medir la manifestación del TEL y las alteraciones articulatorias en su estado natural, sin la realización de modificaciones ni intervenciones que pudieran alterar los resultados de la evaluación. Por este motivo, la investigación requirió de la utilización de un alcance descriptivo, el cual busca especificar las propiedades, características y perfiles de cualquier fenómeno a analizar (Hernández & cols., 2006). En este caso, corresponde a la incidencia del TEL y las alteraciones articulatorias en niños(as) de 3 a 6 años 11 meses portadores de fisura labio y/o palatina corregida, atendidos

en el laboratorio de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso residentes en la Región de Valparaíso.

2.3.3. Diseño: No experimental, transversal y observacional.

Este estudio presentó un diseño no experimental, puesto que se evitó manipular condiciones que pudieran alterar los resultados de los participantes de la muestra, y se buscó describir cómo se presentaban las respuestas de los niños y niñas de forma natural. Además, utilizó un diseño de tipo transversal, ya que la forma de realizar el estudio implicó medir la manifestación del TEL y las alteraciones articulatorias dentro de un período de tiempo determinado, sin realizar un seguimiento posterior de los participantes. Finalmente, constituyó un estudio de tipo observacional, pues los métodos de evaluación del aspecto articulatorio se basan en la observación y experiencia clínica (Hernández & cols., 2006).

2.4. Población

La población de esta investigación correspondió a niños y niñas de 3 a 6 años 11 meses, portadores de fisura labio y/o palatina corregida, atendidos en el laboratorio de Fonoaudiología de la Universidad Valparaíso, residentes en la región de Valparaíso.

2.4.1. Muestras

La totalidad de los niños(as) que asistieron a las sesiones programadas por las tesisistas recibieron una evaluación lingüística y articulatoria completa. Sin embargo, debido a que el diagnóstico de TEL requiere del cumplimiento de parámetros específicos que no son necesarios para el de alteraciones articulatorias, se debió establecer dos muestras con distintos criterios de inclusión y exclusión. De esta manera, un individuo evaluado podía

formar parte de la muestra de lenguaje por sí sola, de la muestra de articulación, o ambas. Los grupos que se estudiaron se describen a continuación:

- Muestra de lenguaje: Correspondió a 17 niños y niñas de 3 a 6 años 11 meses, portadores de fisura labio y/o palatina corregida, residentes en la región de Valparaíso y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para el diagnóstico del Trastorno Específico de Lenguaje.
- Muestra de articulación: Correspondió a 19 niños y niñas de 3 a 6 años 11 meses, portadores de fisura labio y/o palatina corregida, residentes en la región de Valparaíso y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión planteados para esta muestra, los cuales son especificados más adelante.

2.4.2. Tipo de muestreo: No probabilístico

El proceso de selección de quienes participaron de la investigación obedeció a un muestreo no probabilístico, ya que dependió de causas asociadas a las características de los participantes y no de la probabilidad. Por lo tanto, este estudio se vio influenciado por distintos criterios escogidos por el investigador para delimitar la muestra (Hernández & cols., 2006). Los criterios de selección considerados fueron: ser portador de fisura labial y/o palatal y pertenecer al rango etario que va de los 3 a los 6 años 11 meses. Este último criterio fue seleccionado debido a que corresponde a la etapa de mayor evolución del desarrollo lingüístico en la infancia y, además, es el período en donde debe ser detectado el TEL.

Esta investigación, además, utilizó un diseño de muestreo intencional y voluntario. El primer concepto hace referencia a que el investigador es quien selecciona la muestra, lo que quiere decir que depende netamente de su intención (Scharager, 2001). El segundo

concepto, de acuerdo a Hernández y cols., (2006) se refiere a una muestra en donde las personas se proponen a sí mismas como participantes, o bien responden activamente a una invitación hecha por los investigadores. En el caso del estudio propuesto, esto ocurrió a través del ofrecimiento realizado por las fonoaudiólogas a cargo de la Unidad de Fisurados del Hospital Doctor Gustavo Fricke a los pacientes que cumplieran con los criterios básicos de inclusión del estudio. No obstante, la decisión de participar o no de la investigación fue tomada voluntariamente por los padres y/o tutores de los niños y niñas seleccionados.

2.4.3. Tamaño de las muestras

Las muestras de lenguaje y articulación estuvieron compuestas por 17 y 19 niños(as) respectivamente, quienes eran portadores de fisura labio y/o palatina corregida, atendidos en el laboratorio de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso, residentes en la región de Valparaíso.

2.4.4. Criterios de selección de las muestras

Los criterios de inclusión corresponden a un conjunto de condiciones que determinan si un sujeto puede o no formar parte de una investigación científica. Estos se aplicaron para ambas muestras por igual:

2.4.4.1. Criterios de inclusión para ambas muestras

- Diagnóstico: Fisura labio y/o palatina según la clasificación utilizada en la guía clínica de fisura labiopalatina del MINSAL (2009).
- Edad: Pertenecer al rango etario desde los 3 hasta los 6 años, 11 meses.

- Pacientes del programa de Garantías Explícitas en Salud (GES): El formar parte de este programa asegura que recibieron la intervención multidisciplinaria garantizada por ley, como cirugías y tratamiento de especialistas, dentro de un período de tiempo determinado.
- Cirugías: Presentar cirugías de corrección al día de acuerdo a su edad cronológica según lo determinado por el MINSAL (2009).
- Residencia: Pertenecer a la Región de Valparaíso.
- Firma del consentimiento informado por parte del tutor responsable del niño o niña.

2.4.4.2. Criterios de exclusión

Para el estudio se seleccionaron distintas variables, que incluyen presencia o sospecha de alteraciones, condiciones o patologías concomitantes a la fisura que podrían llegar a influir en el normal desempeño lingüístico y/o articulatorio del infante. Estos corresponden a los criterios de exclusión, los cuales no fueron evaluados especialmente para esta investigación, pero están dentro del historial médico del niño o niña. A continuación se explicitan los criterios de exclusión de cada muestra por separado.

a) Muestra de Lenguaje

Se escogieron los siguientes criterios ya que son los que afectan directamente para el diagnóstico de Trastorno Específico del lenguaje.

- Déficit auditivo: Problemas de audición que puedan afectar su capacidad de aprendizaje, o que generen un trastorno en la comunicación (MINEDUC, 2002; 2009). De acuerdo a lo explicitado en el marco teórico, se excluyen niños con pérdidas auditivas con niveles sobre 40 dB.
- Trastornos psicopatológicos: Presencia o sospecha de trastorno en el estatus emocional y/o en su conducta, que pudiera generar alguna alteración en el lenguaje del niño (trastornos masivos del desarrollo como autismo, disturbios emocionales severos, trastornos conductuales, esquizofrenia, entre otros) (Blanco & cols. 2008).
- Déficit intelectual: Coeficiente intelectual menor a 85 promedio manual- verbal (Leonard, 2000).
- Lesiones o disfunciones cerebrales evidentes: Patologías neurológicas que puedan alterar el desempeño lingüístico, tales como lesiones cerebrales traumáticas, focales, parálisis cerebral, síndrome pseudobulbar, epilepsia, entre otros (Leonard, 2000).
- Déficit motor: Disfunción asociada a las destrezas motoras del habla como problemas orales motores periféricos, deficiencias en la sensibilidad oral o anormalidades orofaciales no corregidas (Blanco & cols., 2008).
- Deprivación socio-afectiva: Aislamiento social o afectivo extremo asociado a su contexto (Belloch & cols., 2008).
- No condicionamiento: Dificultades para adaptarse a la situación de evaluación propuesta por las investigadoras.
- Evaluación formal de lenguaje: Haber sido evaluado mediante los test exigidos por los decretos N°1300 y N°170, en un período menor a 6 meses (MINEDUC, 2012).

b) Muestra de Articulación

Se escogieron los siguientes criterios ya que son los que afectan directamente en la producción articulatoria o bien en la evaluación de estos.

- Lesiones o disfunciones cerebrales evidentes: Patologías neurológicas que puedan alterar el desempeño lingüístico, tales como lesiones cerebrales traumáticas, focales, parálisis cerebral, síndrome pseudobulbar, epilepsia, entre otros (Leonard, 2000)
- Déficit motor: Disfunción asociada a las destrezas motoras del habla como problemas orales motores periféricos, deficiencias en la sensibilidad oral o anomalías orofaciales no corregidas (Blanco & cols., 2008).
- No condicionamiento: Dificultades para adaptarse a la situación de evaluación propuesta por las investigadoras.

2.5. Operacionalización de Variables.

Para poder llevar a cabo una investigación cuantitativa, es necesario establecer la forma en que las unidades de información deben ser medidas para su posterior análisis. A continuación, las tablas N° 3, N° 4 y N° 5 muestran la operacionalización de las variables:

Dimensión: Epidemiología		
Indicador	Definición Conceptual	Operacionalización
Edad	Tiempo transcurrido desde el día de nacimiento hasta el día de la evaluación. Para efectos de este estudio el rango etario corresponde entre 3 años y 6 años 11 meses.	3 años 4 años 5 años 6 años
Género	El género se refiere a las actitudes, sentimientos, y comportamientos que una cultura determinada asocia con el sexo biológico de una persona. Este último término es típicamente categorizado como masculino o femenino (APA, 2011).	Masculino: 1 Femenino: 2
Tipo de fisura	Las fisuras pueden afectar diferentes estructuras, en Chile, el MINSAL (2009) las clasificó en tres categorías. Éstas corresponden a fisura labial aislada, fisura palatina aislada y fisura labiopalatina.	Fisura labial aislada:1 Fisura palatal aislada:2 Fisura labiopalatina: 3

Tabla N° 3: Operacionalización de variables dimensión: Epidemiología.

Dimensión: Alteraciones Articulatorias		
Indicador	Definición Conceptual	Operacionalización
Dislalia Orgánica	Trastorno de la articulación de fonemas de origen anatómico conocido, es decir, es una alteración que surge de problemas anatómo - fisiológicos del aparato fonador (González, 2003).	Posterior al barrido articulatorio de los 22 fonemas de la lengua española utilizada en Chile, se consigna: Ausente: 0 Presente: 1
Dislalia Funcional	Trastorno en la articulación de fonemas de tipo funcional, es decir, sin alteración estructural, pero con inadecuado funcionamiento de los órganos periféricos del habla (Bermeosolo, 2001).	Posterior al barrido articulatorio de los 22 fonemas de la lengua española utilizada en Chile, se consigna: Ausente: 0 Presente: 1
Dislalia Evolutiva	Fase del desarrollo del lenguaje infantil en la que el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha (Pascual, 2000).	Posterior al barrido articulatorio de los 22 fonemas de la lengua española utilizada en Chile, se consigna: Ausente: 0 Presente: 1

Golpe Glótico	De acuerdo a Shprintzen y Bardach (1995), es una producción que ocurre cuando las cuerdas vocales hacen aducción y permiten que aumente la presión bajo la glotis. Según Tamashiro (2011), este tipo de articulación puede ser utilizada en reemplazo o coproducción de alguna o todas las consonantes de alta presión (oclusivas, fricativas, africadas).	Posterior al barrido articulatorio de los 22 fonemas de la lengua española utilizada en Chile, se consigna: Ausente: 0 Presente: 1
Golpe Faríngeo	Es una producción plosiva realizada mediante el contacto de la base lingual con la pared posterior de la faringe. De acuerdo a Shprintzen y Bardach (1995), provoca un aumento de presión seguido por una expulsión repentina de aire. Se utiliza principalmente para sustituir /k/ y /g/.	Posterior al barrido articulatorio de los 22 fonemas de la lengua española utilizada en Chile, se consigna: Ausente: 0 Presente: 1
Fricativa Faríngea	Producción fricativa, realizada mediante la aproximación de la base lingual a la pared posterior de la faringe. Según Ysunza y Pamplona (2006), ocurre en sustitución de los fonemas /s/ /f/ y /x/.	Posterior al barrido articulatorio de los 22 fonemas de la lengua española utilizada en Chile, se consigna: Ausente: 0 Presente: 1
Africada Faríngea	De acuerdo a Shprintzen y Bardach (1995), el dorso de la lengua se mueve posteriormente, contactando la faringe y, luego, realizando una constricción del flujo de aire para crear oclusión y luego fricación.	Posterior al barrido articulatorio de los 22 fonemas de la lengua española utilizada en Chile, se consigna: Ausente: 0 Presente: 1
Fricativa nasal no turbulenta	Corresponde a una fricativa realizada en la cavidad nasal que se presenta como una nasal sorda con emisión nasal audible. La mayoría de las veces reemplaza sibilantes, aunque puede reemplazar a alguna consonante de alta presión (Tamashiro, 2011)	Posterior al barrido articulatorio de los 22 fonemas de la lengua española utilizada en Chile, se consigna: Ausente: 0 Presente: 1
Fricativa nasal posterior no turbulenta	Esta articulación es producida por una constricción de la corriente de aire con el velo, aproximándose a la pared faríngea, pero sin cierre velofaríngeo completo, provocando que el aire sea liberado por la nariz. La consecuencia en el habla es una fricción audible con emisión nasal asociada.	Posterior al barrido articulatorio de los 22 fonemas de la lengua española utilizada en Chile, se consigna: Ausente: 0 Presente: 1

Tabla N° 4: Operacionalización de variables dimensión: Alteraciones Articulatorias.

Dimensión: Trastorno Específico del Lenguaje		
Indicador	Definición Conceptual	Operacionalización
Trastorno Específico del Lenguaje Expresivo	“Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo” (APA, 2002)	Ausente: 0 Presente: 1
Trastorno Específico del Lenguaje Mixto	“Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal”. (APA, 2002)	Ausente: 0 Presente: 1

Tabla N° 5: Operacionalización de variables dimensión: Trastorno Específico del Lenguaje

2.6. Instrumentos

Para fines de esta investigación, se creó una batería de evaluación dividida en tres grandes aspectos: el primero con el fin de seleccionar ambas muestras, mediante la anamnesis, el segundo para lograr los objetivos referentes a lenguaje, y el tercero para alcanzar los objetivos de la muestra de articulación.

2.6.1. Anamnesis

2.6.2. Lenguaje

- Test para evaluar los procesos de simplificación fonológica, TEPROSIF-R.
- Test para la comprensión auditiva del lenguaje, TECAL.
- Test exploratorio de la gramática española, S.T.S.G.
- Protocolo de habilidades pragmáticas.
- Observación de la conducta.

2.6.3. Articulación

- Protocolo de estructuras orofaciales.
- Test de articulación a la repetición – Modificado

2.6.1. Anamnesis

Este instrumento de evaluación corresponde a una entrevista semi estructurada, adaptada para los requerimientos de esta investigación, que incluye aquellos aspectos relevantes para aplicar los criterios de inclusión y exclusión. En una primera instancia, se consideran datos personales y de identificación. Luego, se recaban datos referentes al embarazo y parto, con el fin de indagar en la existencia de factores que pudieran interferir negativamente durante el período pre y perinatal, los que puedan causar un daño cerebral a futuro. Posteriormente, se recolecta información relacionada con los hitos del desarrollo motor y del lenguaje, ya que el retraso de cualquiera de estos puede ser indicador de alguna patología concomitante que afecte el desempeño lingüístico del niño(a). Después, se indaga en los antecedentes mórbidos como enfermedades graves, golpes o caídas, problemas sensoriales, entre otros, ya que estos pueden ser uno de los criterios de exclusión de la muestra. Además, se obtienen datos respecto a las condiciones familiares en las que se desenvuelve el infante, en conjunto con las habilidades sociales que este demuestra frente a sus pares y adultos, debido a que esto puede entregar información relacionada a la presencia de un trastorno secundario del lenguaje.

Finalmente, se pregunta sobre los antecedentes del tratamiento de la fisura, en donde se explicitan los diagnósticos médico y genético para establecer si es una malformación aislada o asociada a síndrome. Además, se consulta sobre el diagnóstico de Insuficiencia Velofaríngea y las intervenciones quirúrgicas de corrección de la fisura a las cuales ha sido sometido el niño(a). Se concluye la entrevista recabando información sobre la existencia de tratamiento fonoaudiológico previo, el cual debe contemplar un mínimo de

44 sesiones al año, una vez por semana (MINSAL, 2009). La aplicación de la anamnesis contempla una duración aproximada de 30 minutos.

2.6.2. Lenguaje

En este aspecto de la batería de evaluación, se seleccionaron cinco pruebas, tres de las cuales son las exigidas por el Ministerio de Educación para realizar el diagnóstico de TEL. Además, para poder complementar la evaluación de los distintos niveles del lenguaje, se utilizaron dos pruebas anexas, las cuales corresponden al protocolo de pragmática (Garcés, 2005) y la observación de la conducta.

2.6.2.1. *TEPROSIF-R / Test para evaluar procesos de simplificación fonológica*

(Pavez, Maggiolo, & Coloma, 2009)

Este test, que cuenta con validez y confiabilidad ratificada por Pavez y cols. (2009), fue diseñado con el objetivo de evaluar el desarrollo fonológico a través de la identificación de los procesos de simplificación fonológica (PSF) que son realizados por los niños. Esta prueba está dirigida al rango etario que va de 3 a los 6 años 11 meses, y consta de 37 ítems, correspondientes a palabras de distinta metría, acentuación y complejidad silábica. En cuanto a la aplicación del test, este debe administrarse en un período de tiempo aproximado a los 20 minutos, de forma individual y en un espacio que posea las condiciones ambientales adecuadas. Se procede mediante un cuadernillo que contiene estímulos visuales y dos oraciones de cada palabra a evaluar: la primera, para contextualizar al infante sobre la palabra; y la segunda incompleta, para elicitación de la respuesta mediante repetición diferida. Esto permite que el niño manifieste los procesos fonológicos que realiza, los cuales se registran en una hoja de respuestas para su posterior clasificación y análisis.

En cuanto a la interpretación de resultados, es importante tener en cuenta que un mayor desarrollo fonológico implica menor uso de PSF. El desempeño del niño(a) se puede clasificar en tres niveles, a través de normas referidas al promedio y desviación estándar de cada rango etario. Estos niveles corresponden a normal, cuando el número de PSF utilizados por el niño(a) es inferior al promedio (-1 o -2 desviaciones estándar) en su rango de edad; en riesgo, cuando los PSF se encuentran entre 1 o 2 desviaciones estándar respecto al promedio; y deficitario si el número de PSF es igual o superior a 3 desviaciones estándar.

2.6.2.2. TECAL / Test para la Comprensión Auditiva del Lenguaje de E. Carrow.

(Pavez, 2010)

El TECAL es una prueba actualmente validada por María Mercedes Pavez (2010), la cual fue diseñada con el fin de evaluar la comprensión del lenguaje en niños de habla hispana. Es una adaptación del test de comprensión auditiva de Elizabeth Carrow y está destinada al rango etario que va desde los 3 años a los 6 años 11 meses. Se compone de 101 ítems, los que se dividen en tres sub pruebas: vocabulario, morfología y sintaxis. Para la evaluación del test, se precisa de la utilización de un set de 101 láminas y un protocolo en donde registrarán las respuestas de los niños y niñas.

La aplicación de la prueba es individual, debe extenderse por 20 minutos aproximadamente, y requiere que su aplicación sea en un lugar con las condiciones ambientales adecuadas. El niño(a) escucha un estímulo auditivo verbal y debe identificar el dibujo correspondiente entre tres estímulos visuales (1 correcto y 2 distractores), solo indicando con su dedo. Las respuestas del infante se registran en una hoja destinada para este fin y se procede a realizar el análisis. La interpretación de los resultados se efectúa considerando promedio y desviación estándar con relación a rango etario. El rendimiento del niño(a), puede ser clasificado como normal, cuando su puntaje se ubique entre +1 y - 1 desviación estándar con respecto al promedio de su rango etario; en riesgo, si la puntuación

está entre -1 y -2 desviaciones estándar en relación al promedio; y deficitario, si el puntaje se ubica por debajo de 2 desviaciones estándar con respecto al promedio de su edad.

2.6.2.3. S.T.S.G / Test Exploratorio de la Gramática Española

(Pavez, 2010)

Corresponde a un test con validez y confiabilidad corroborada por María Mercedes Pavez, en el año 2010 y tiene por objetivo evaluar el desempeño gramatical básico en niños(as) hispanoparlantes de 3 a 7 años 11 meses. Posee dos sub pruebas, una receptiva y otra expresiva, las cuales permiten llegar a un acercamiento del rendimiento gramatical de los infantes en ambas vertientes del lenguaje. Cada sub prueba consta de 23 ítems y cada uno de estos evalúa un elemento sintáctico a través de 2 oraciones. En el S.T.S.G, se estima en 20 minutos, aproximadamente, la administración de cada sub prueba. Su aplicación es individual y su método consiste en la lectura de las estructuras gramaticales de cada ítem. En el caso de la subprueba receptiva, se presenta un set de 4 estímulos visuales en blanco y negro para elicitación de la respuesta del menor (2 respuestas correctas y 2 distractores) mediante la indicación. En la subprueba expresiva, se utilizan dos estímulos visuales en blanco y negro para elicitación de la respuesta del niño(a), esta vez mediante la reproducción verbal.

La valoración de las sub pruebas otorga 1 punto por cada oración correcta, es decir, 2 puntos por cada ítem, lo que suma un total de 46. En cuanto a la interpretación de los resultados, es posible efectuarla de dos formas: a través de normas referidas al promedio y desviación estándar de cada rango etario, y mediante tablas de percentiles. El rendimiento del menor puede ser calificado como deficitario cuando su puntuación se ubica por debajo del percentil 10 en su rango de edad; normal bajo o lento, cuando se ubica entre los percentiles 10 y 25; y con un desarrollo gramatical normal, cuando el puntaje sitúa al menor por sobre el percentil 25 correspondiente a su edad.

2.6.2.4. Protocolo de Habilidades Pragmáticas

(Garcés, 2005)

Este instrumento es una adaptación del protocolo de habilidades pragmáticas de Prutting y Kirchner del año 1987, realizada por la fonoaudióloga Margarita Garcés en el año 2005, con el objetivo de caracterizar las habilidades pragmáticas en niños(as) con TEL. Este consiste en una pauta de cotejo en la que se incluyen once ítems, que relacionan los aspectos verbales, para-lingüísticos y no verbales involucrados en un tópico conversacional. Respecto a la aplicación del protocolo, es importante mencionar que, en cada uno de los aspectos a evaluar, se deben considerar las variables contextuales y cronológicas, las que varían según cada caso. Para esta investigación, el procedimiento se llevó a cabo a través de la observación de los actos comunicativos en forma transversal durante todo el proceso evaluativo, por lo tanto, no presenta un período de tiempo de aplicación determinado. En el protocolo correspondiente, se consigna cuando los actos son adecuados, inadecuados o ausentes.

2.6.2.5. Observación Clínica de la Conducta

Corresponde a un método de evaluación informal que permite al profesional a cargo realizar una descripción de distintos aspectos de la conducta infantil, en este caso, con un enfoque lingüístico. Si bien se trata de un método subjetivo, porque depende de la apreciación de quien realiza la evaluación, entrega información importante respecto a la forma en que el niño o niña interactúa con los objetos y las personas que lo rodean. Esta herramienta se va perfeccionando con la experiencia del evaluador y se utiliza de forma transversal al proceso general de evaluación. La observación de la conducta puede ocurrir tanto dentro de un contexto estructurado como en contextos informales, mediante la utilización de juguetes u otros elementos que permitan apreciar cómo el infante interactúa con estos. En el caso particular de este estudio, se evaluó a través la modalidad transversal.

2.6.3. Articulación

En este aspecto de la batería de evaluación, se seleccionaron dos pruebas, las cuales fueron escogidas con el objetivo de determinar el repertorio fonético de los niños(as) participantes del estudio. Además, estos instrumentos permitieron establecer el diagnóstico de trastornos articulatorios.

2.6.3.1. Pauta de Evaluación de las Habilidades Prearticulatorias del Niño Fisurado

(Hermosilla, Lobos, & Millones, 2012)

Esta pauta fue elaborada por Hermosilla y cols. en el año 2012, para niños(as) entre 6 y 24 meses de edad. Se compone de seis apartados, los que corresponden a: datos de identificación, estructuras orofaciales, reflejos orales, condiciones de la evaluación, habilidades prearticulatorias y función fisiológica. Basándose en los objetivos de esta investigación, se extrajo solo el apartado correspondiente a estructuras orofaciales, la cual evalúa nariz, mejillas, mandíbula, labios, reborde alveolar, vestíbulo, dientes, lengua, paladar duro y velo del paladar. En forma general, los aspectos a observar son el estado, tono, presencia de fístula, entre otros. Su aplicación tiene por objetivo determinar si existe alguna alteración orgánica de las estructuras orofaciales que pueda generar errores articulatorios como dislalia orgánica o articulación compensatoria. Esta pauta de evaluación tiene una duración de 15 minutos aproximados.

2.6.3.2. Test de Articulación a la Repetición Modificado (TAR Modificado)

(Aguirre, Carrasco, Cortese, Giménez & Ortega, 2008)

Este instrumento de evaluación fue extraído de la tesis “Descripción de evaluación fonaudiológica para el diagnóstico de insuficiencia velofaríngea residual e indicación

quirúrgica” de Aguirre y cols. en el año 2008. Esta prueba tiene como objetivo determinar el repertorio fonético de los niños(as), lo que permite detectar dislalias, procesos de simplificación fonológica e inconsistencias fonémicas. Su aplicación se realiza de forma individual a través de la repetición de palabras mencionadas por el terapeuta durante un período de tiempo de 10 minutos aproximadamente. Esta prueba se puede realizar desde que el niño o niña es capaz de repetir palabras y no presenta límite de edad superior.

Este test evalúa los fonemas y los clasifica según el punto articulatorio en bilabiales, labiodentales, postdentales, alveolares, palatales y velares. A su vez, estos fonemas son presentados según posición en sílaba inicial, medial y final. El especialista debe tener conocimiento sobre el desarrollo fonético-fonológico de los niños y niñas, para así poder interpretar los resultados obtenidos según escalas evolutivas del lenguaje. La aplicación de esta prueba tiene como objetivo determinar si los infantes presentan cada uno de los fonemas que le corresponden según su rango etario, y visualizar si existen alteraciones articulatorias como dislalias o articulaciones compensatorias.

2.7. Técnicas de obtención de información

Los instrumentos utilizados para lograr el objetivo de un estudio requieren de la aplicación de técnicas particulares de obtención de la información. Una de ellas corresponde a la entrevista personal, que permite conseguir datos relevantes mediante la formulación de preguntas referidas a un aspecto específico. En el caso de la presente investigación, el instrumento que utilizó esta técnica correspondió a la anamnesis, la cual es una entrevista semi-estructurada que se aplicó a los tutores del niño(a) participante del estudio con el fin de indagar en aspectos básicos que permitieron filtrar las muestras y conocer si el infante cumplía con los criterios de selección propuestos para cada una de ellas.

Otra de las técnicas utilizadas correspondió a la observación clínica, la que se realizó a través de pruebas (estandarizadas o no), de la aplicación de protocolos y pautas de cotejo. Mediante este tipo de procedimiento se apreció la respuesta verbal o motriz que cada niño(a) evaluado generó frente a un estímulo presentado durante el proceso de evaluación. Esto se utilizó, especialmente, en la evaluación del aspecto articulatorio, ya que el diagnóstico depende exclusivamente de la observación y experiencia clínica.

2.8. Procedimientos

El primer procedimiento que se llevó a cabo fue la conformación de la batería de evaluación. Esto se realizó mediante la revisión de distintos instrumentos para la valoración lingüística, articulatoria y de estructuras orofaciales, buscando cuáles eran los más apropiados para los objetivos propuestos en esta investigación. Cabe mencionar que esta fue compuesta finalmente por las pruebas exigidas en el decreto N°1300 y N°170 para el diagnóstico del TEL, y en el área de articulación se agregó la pauta correspondiente para la evaluación de los órganos orofaciales en niños portadores de fisura.

Posterior a esto, se buscó un lugar para realizar la investigación, por lo cual se gestionó la autorización para utilizar el espacio físico de los laboratorios de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad Valparaíso, a través de una carta enviada a la coordinadora del lugar, con copia al director de carrera y a la coordinadora de tesis. Luego, se realizó una reunión con la encargada de los laboratorios, quien explicó las condiciones de uso a las alumnas tesistas y, en conjunto, se estableció día y hora de utilización de una sala de los laboratorios. Para terminar con este proceso, las alumnas firmaron las “Normas para el uso de laboratorios por alumnos tesistas” con el objetivo de comprometerse a respetar las reglas y deberes que se asumen al utilizar estas dependencias.

El siguiente paso fue contactar a los niños y niñas que conformaron las muestras. Este proceso fue realizado con la ayuda de las fonoaudiólogas de la Unidad de Fisurados del Hospital Doctor Gustavo Fricke, las cuales ofrecieron a los pacientes participar de esta investigación mediante la realización de una evaluación de lenguaje y articulación. Por otra parte, las alumnas tesistas contactaron a los tutores de los infantes por vía telefónica para concretar la participación en este estudio. Los niños(as) fueron citados los días lunes al laboratorio de lenguaje de la carrera de Fonoaudiología, y los días martes, miércoles y jueves en las dependencias de la carrera de Fonoaudiología, de la Universidad de Valparaíso.

Cada sesión se inició con la explicación de la investigación al tutor a cargo del niño o niña que participó de la o las muestras. Previo a la sesión de evaluación, se le informó sobre el estudio a través del diálogo en conjunto con una carta donde se explicitaban los objetivos y procedimientos que se llevarían a cabo. Si el tutor estaba de acuerdo con lo anterior, debía firmar un consentimiento informado para autorizar al niño(a) a participar de la investigación y otro documento que permitía realizar grabaciones audiovisuales con fines de estudio. Posteriormente, una de las evaluadoras realizó la entrevista (anamnesis) a la persona a cargo del infante, mientras que las otras dos tesistas procedieron a aplicar las pruebas correspondientes, comenzando por TEPROSIF-R, seguido por STSG receptivo, Pauta de evaluación de estructuras orofaciales, TAR, TECAL, y, finalmente, STSG expresivo. Entre las pruebas aplicadas se otorgó al infante un recreo de algunos minutos para evitar cansancio y/o fatiga.

Cabe destacar que si bien algunos de los niños que asistieron a las sesiones programadas no cumplían con los criterios de diagnóstico para TEL, pero sí para articulación, todos fueron evaluados en ambos aspectos por razones éticas asociadas al compromiso adquirido con el paciente. En el caso de que un niño(a) no se condicionara a la aplicación de los test, se realizó una evaluación cualitativa mediante el juego, en donde las conductas lingüísticas fueron consignadas en una pauta de cotejo para describir su nivel del

lenguaje. Los resultados de esta evaluación no se consideraron para esta investigación, sino que fueron recopilados con el objetivo de brindar un informe fonaudiológico pertinente, debido a consideraciones éticas con quienes participaron del estudio.

Cada vez que se realizó una evaluación del lenguaje, esta fue corregida por la tesista que aplicó la prueba dentro de los dos días siguientes. Posteriormente, los resultados fueron verificados por las otras dos evaluadoras, y se realizó el diagnóstico del niño(a). En la evaluación de articulación, la modalidad utilizada fue distinta. En este procedimiento, el niño(a) fue grabado con una videocámara, y el análisis respectivo se realizó en conjunto con la Fonoaudióloga Carolina Carmona de la Unidad de Fisurados de Hospital Doctor Gustavo Fricke, debido a que es necesaria cierta experticia en el área, para diagnosticar las distintas alteraciones articulatorias, especialmente las articulaciones compensatorias.

2.9. Materiales

Para llevar a cabo esta investigación fue necesario contar con materiales adicionales a los instrumentos de evaluación para poder ejecutar los procedimientos. Estos materiales correspondieron a:

- Guantes de vinilo
- Bajalengua
- Linterna
- Espejo de Glaztel
- Protocolo de registro
- Videocámara marca NIKON, modelo COOLPIX L310
- Computador marca ACER, modelo ASPIRE 5534

3. RESULTADOS

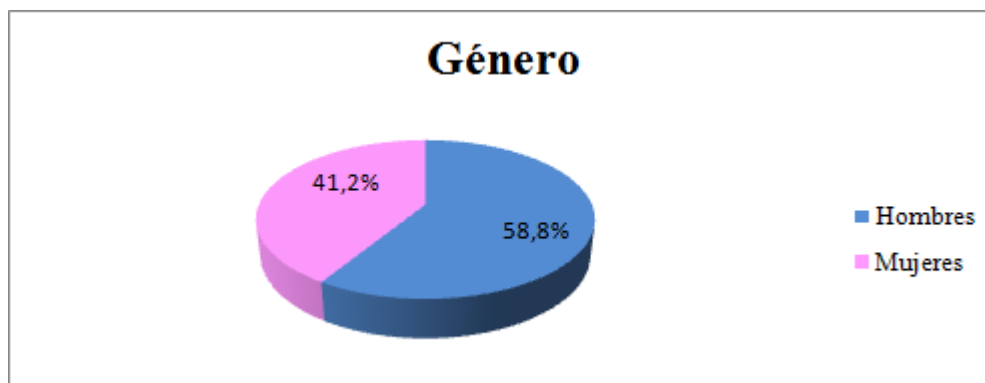
Una vez finalizado el período de aplicación de las evaluaciones lingüísticas y articulatorias a un grupo de niños y niñas portadores de fisura, se procedió a realizar la extracción y la interpretación de los datos. Esto se efectuó mediante un análisis estadístico cuantitativo, utilizando gráficos circulares y de barra simple, horizontal y segmentada. Todas las gráficas se realizaron a través del software Microsoft Excel 2007. A continuación, se detallan los resultados obtenidos en cada muestra por separado, comenzando con lenguaje y luego con articulación de los fonemas, describiendo la epidemiología y, posteriormente los resultados específicos que permiten cumplir los objetivos de esta investigación.

3.1. Resultados de la muestra de Lenguaje

3.1.1 Descripción epidemiológica de la muestra de lenguaje.

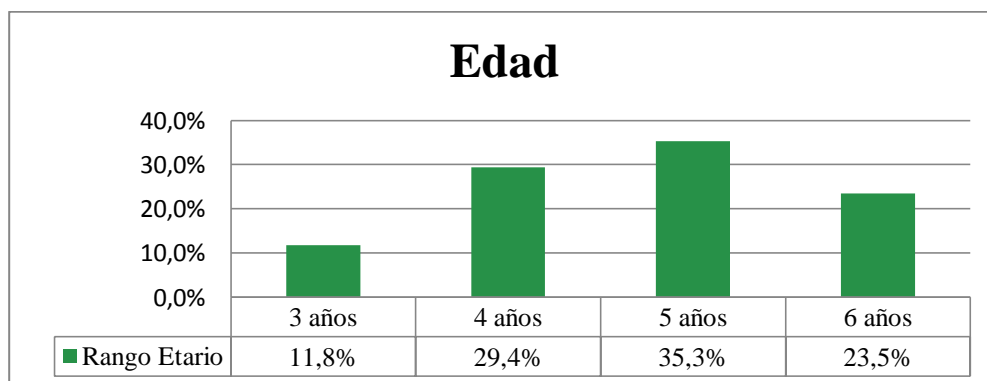
Se exponen los datos epidemiológicos con el objetivo de caracterizar la muestra de 17 niños y niñas. Entre los criterios observados, se incluyen género, edad y diagnóstico de fisura.

Gráfico N° 1



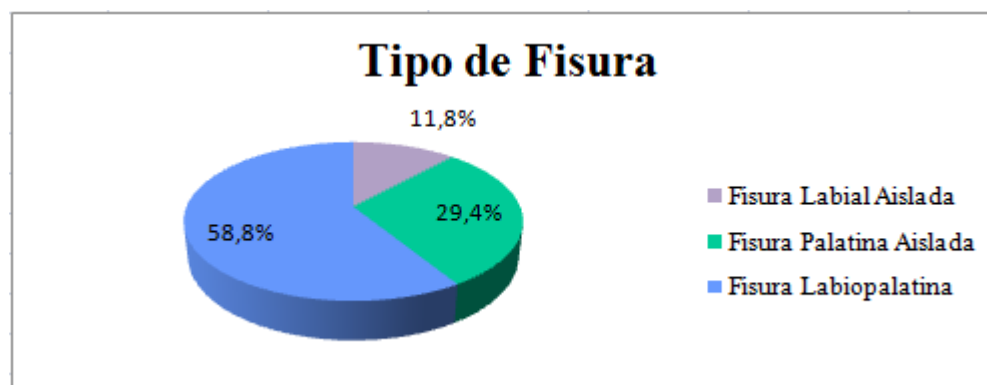
En el gráfico N°1, se observa, que la muestra estuvo compuesta, en mayor medida por hombres, ya que fueron evaluados 10 niños y 7 niñas.

Gráfico N° 2



En el gráfico N° 2, referido a edad, se puede observar que la muestra estuvo compuesta por 4 niños(as) de 6 años; 6 de 5 años, correspondiente a la mayor cantidad de sujetos; 5 de 4 años; mientras que de 3 años hubo 2 infantes, siendo este rango el que se presentó en menor medida.

Gráfico N° 3



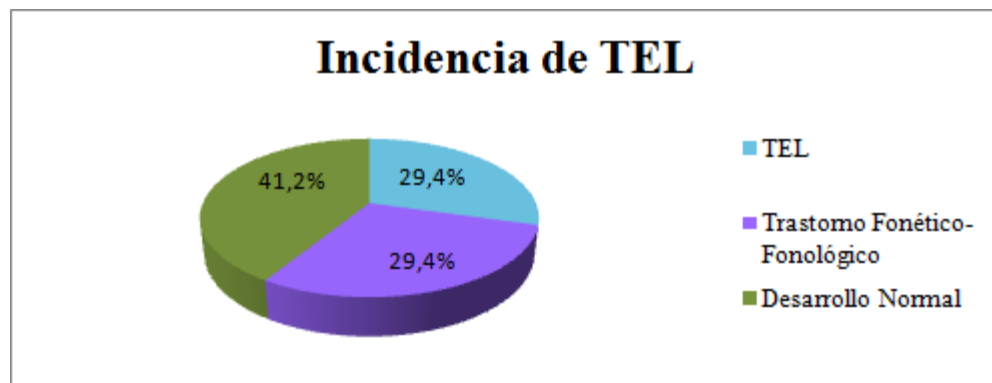
El gráfico N°3 expone que la muestra estuvo compuesta por 10 niños(as) que presentaron fisura labiopalatina, lo que representa más de la mitad de los casos. En tanto, 5

infantes eran portadores de fisura palatina; y solo 2, de fisura labial, siendo este último el que se evidencia en menor medida.

3.1.2. Incidencia de Trastorno Específico del Lenguaje.

Mediante la evaluación de lenguaje fue posible diagnosticar si los sujetos de la muestra presentaron un desempeño lingüístico normal, Trastorno Específico del Lenguaje o Trastorno Fonético – Fonológico. Los resultados encontrados se detallan a continuación.

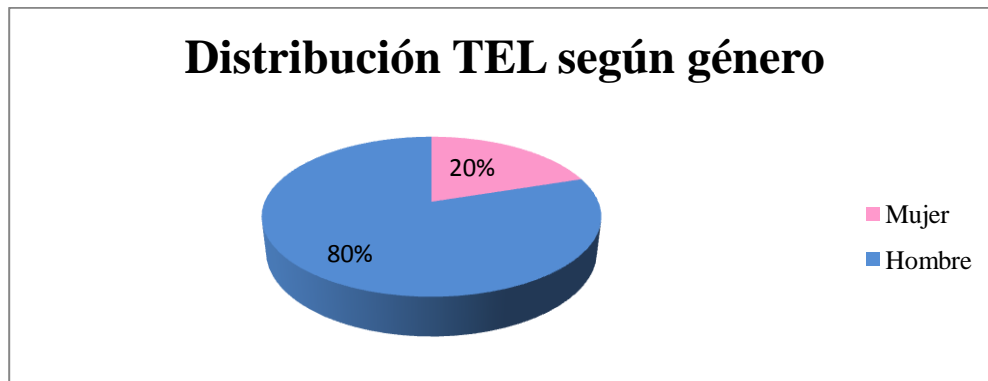
Gráfico N° 4



El gráfico N°4 expone que, del total de la muestra, 7 infantes presentaron un desarrollo adecuado del lenguaje, lo que representa casi la mitad de los casos. En cuanto a la incidencia del TEL dentro de la muestra, este fue diagnosticado en 5 sujetos (29,4%), al igual que el Trastorno Fonético-Fonológico.

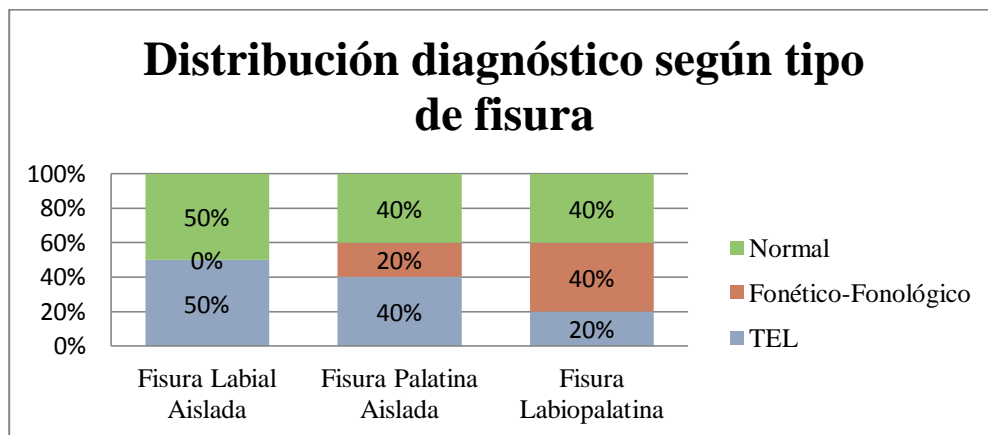
En los gráficos 5, 6 y 7 se representa la distribución del Trastorno Específico del Lenguaje según las variables epidemiológicas.

Gráfico N° 5



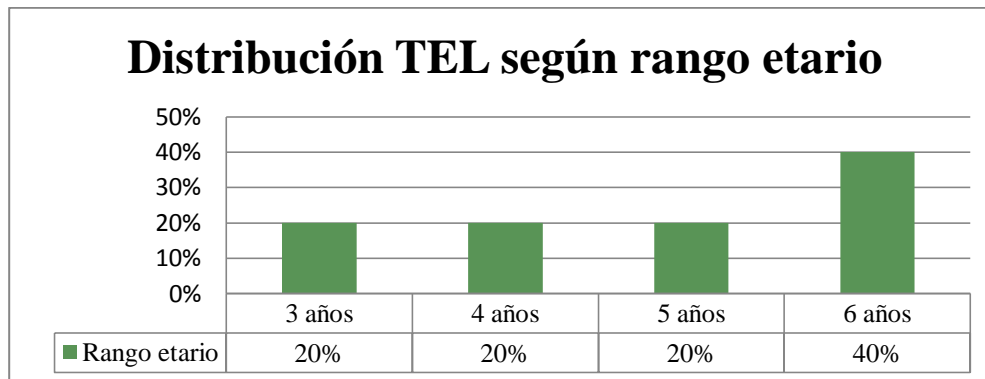
En el gráfico N° 5, se aprecia, que 4 de los 5 participantes diagnosticados con TEL corresponden a sujetos de género masculino, y 1, a género femenino.

Gráfico N° 6



El gráfico N° 6 muestra la distribución del diagnóstico según el tipo de fisura. Se observa que 1 sujeto con fisura labial presentó un desarrollo normal del lenguaje, 1 fue diagnosticado con TEL y ninguno presentó Trastorno Fonético-Fonológico. En cuanto a la fisura palatina, 2 niños(as) evidenciaron normalidad; 2, TEL; y 1, Trastorno Fonético-Fonológico. Finalmente, con relación a la fisura labiopalatina, 4 fueron clasificados con desarrollo normal; 2, con TEL; y 4, con Trastorno Fonético-Fonológico.

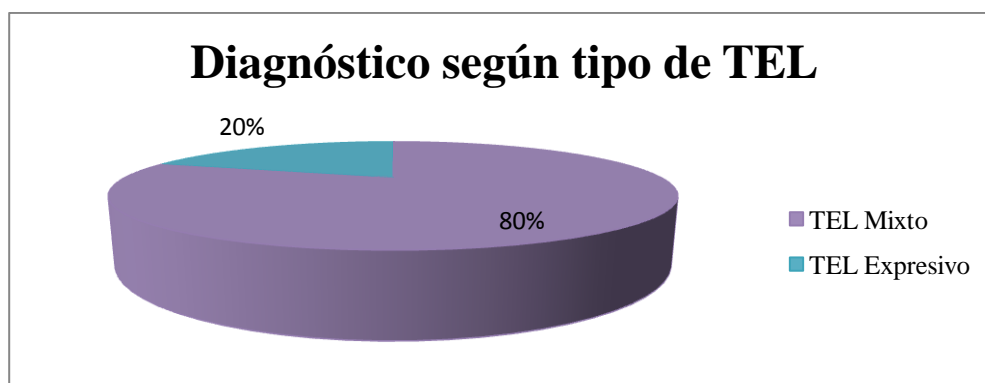
Gráfico N° 7



En el gráfico N° 7, se observa, que de los participantes diagnosticados con TEL, la mayoría correspondió a sujetos de 6 años de edad, lo que equivale a 2 infantes. En cuanto a las edades de 3, 4 y 5 años, se presentó 1 caso en cada rango respectivamente.

Dentro del diagnóstico de Trastorno Específico del Lenguaje, existen dos subcategorías que permiten clasificar esta alteración: TEL Mixto y TEL Expresivo. Los resultados en relación a este aspecto se detallan en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 8

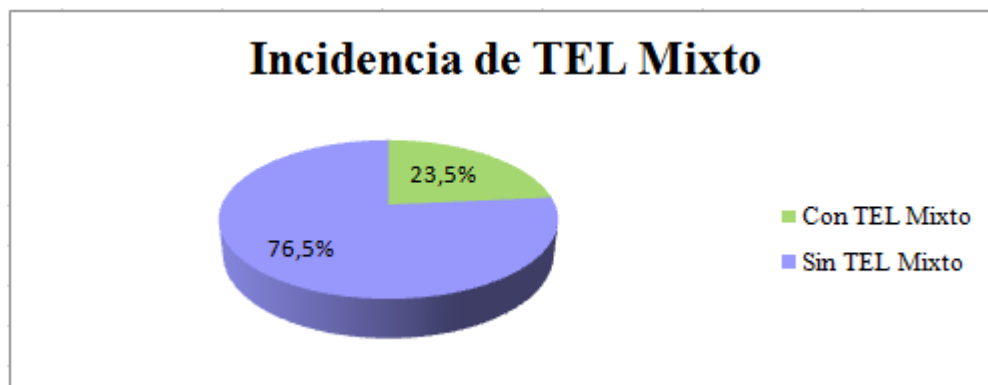


Según se observa en el gráfico N° 8, en relación a la clasificación de Trastorno Específico del Lenguaje, 4 (80%) de los niños(as) fueron diagnosticados con TEL Mixto,

correspondiente a la mayor cantidad de sujetos; mientras que sólo 1 (20%), con TEL Expresivo.

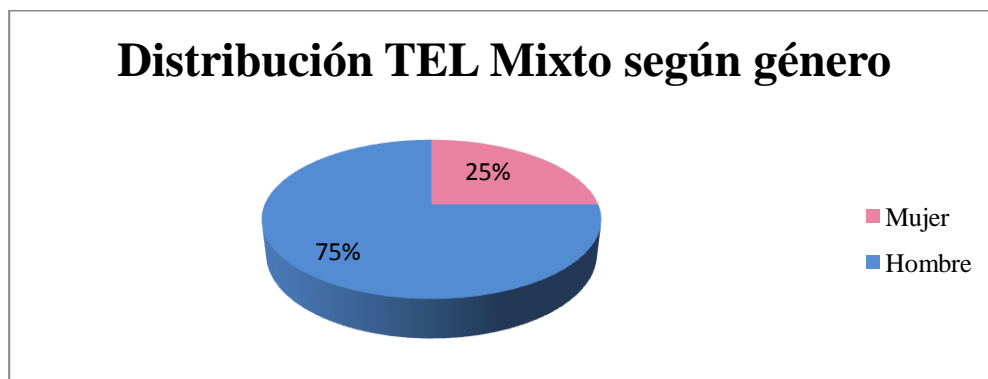
3.1.3. Incidencia de Trastorno Específico del Lenguaje Mixto

Gráfico N° 9



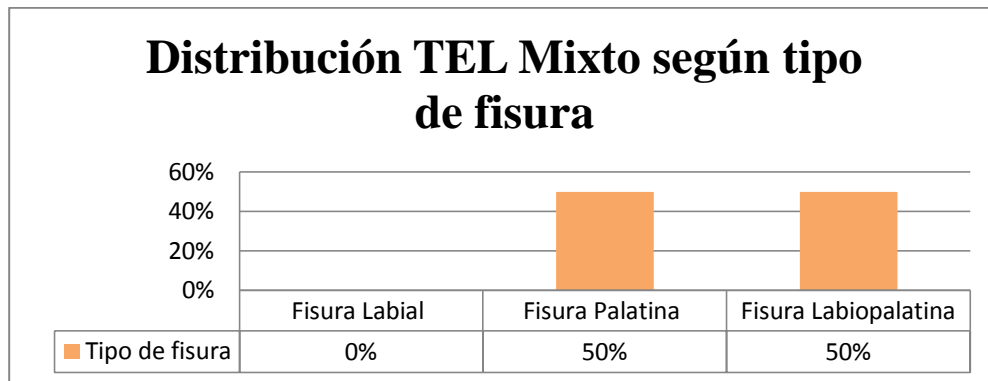
El gráfico N°9 expone que, en cuanto a la incidencia del TEL Mixto dentro de la muestra, este fue diagnosticado en 4 sujetos (23,5%).

Gráfico N° 10



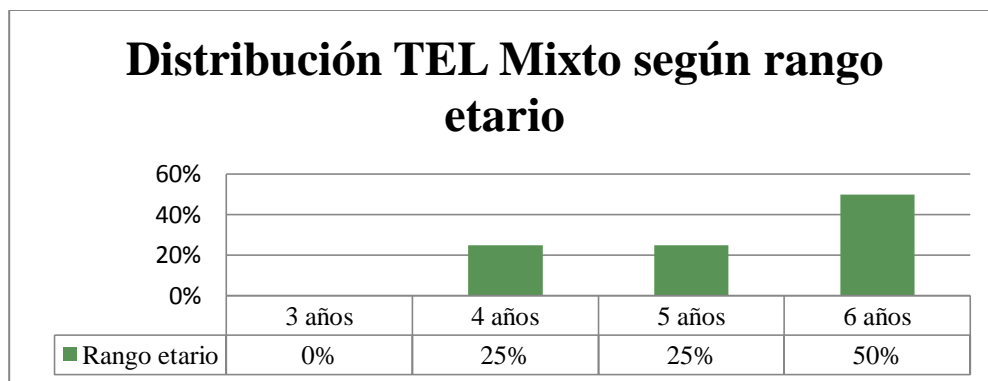
En el gráfico N° 10, se aprecia, que 3 de los 4 participantes diagnosticados con TEL Mixto corresponden a sujetos de género masculino, y 1, a género femenino.

Gráfico N° 11



El gráfico N° 11 muestra la distribución del diagnóstico de TEL Mixto según el tipo de fisura. Se observa que ningún sujeto presentó fisura labial, 2 niños(as) evidenciaron fisura palatina aislada, al igual que 2 infantes eran portadores de fisura labiopalatina.

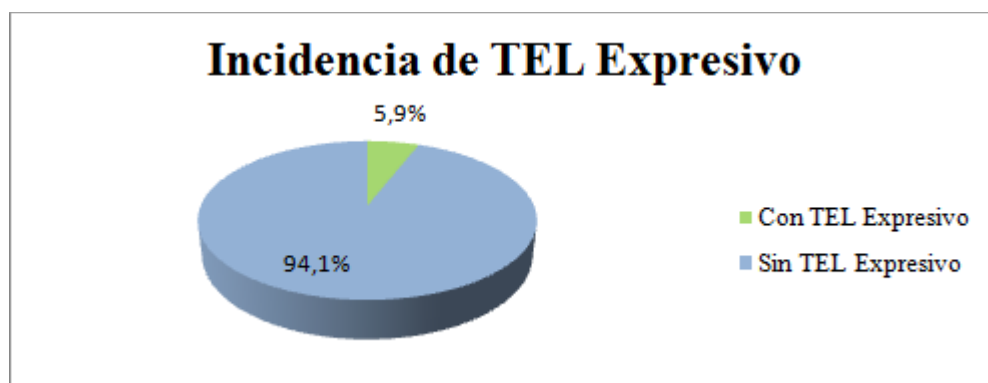
Gráfico N° 12



En el gráfico N° 12, se observa, que de los participantes diagnosticados con TEL Mixto, la mayoría correspondió a sujetos de 6 años de edad, lo que equivale a 2 infantes. En cuanto a las edades de 5 y 4 años, se evidenció 1 caso en cada rango respectivamente. Finalmente en el rango de 3 años no se presentó ningún caso.

3.1.4. Incidencia de Trastorno Específico del Lenguaje Expresivo

Gráfico N° 13



El gráfico N°13 expone que, en cuanto a la incidencia del TEL Expresivo dentro de la muestra, este fue diagnosticado en 1 sujeto (5,9%).

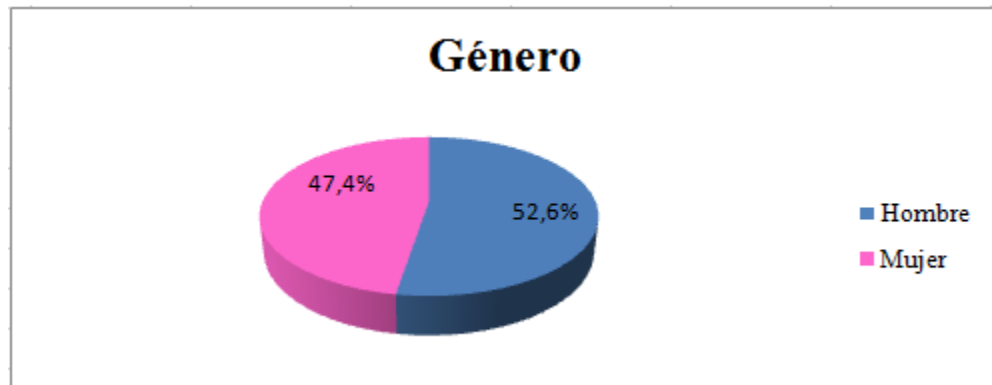
Debido a que el diagnóstico de TEL Expresivo solo se presentó en 1 caso, se hace innecesario graficar la distribución epidemiológica, por lo que esta se explicita según cada indicador a continuación. Con respecto a la variable de género, este caso corresponde a un individuo de género masculino. En cuanto a la variable de rango etario, este sujeto pertenece al grupo de 3 años. Finalmente, en relación al diagnóstico de fisura, este caso corresponde a un niño portador de fisura labial.

3.2. Resultados de la muestra de Articulación de los fonemas

3.2.1. Descripción epidemiológica de la muestra de articulación de fonemas.

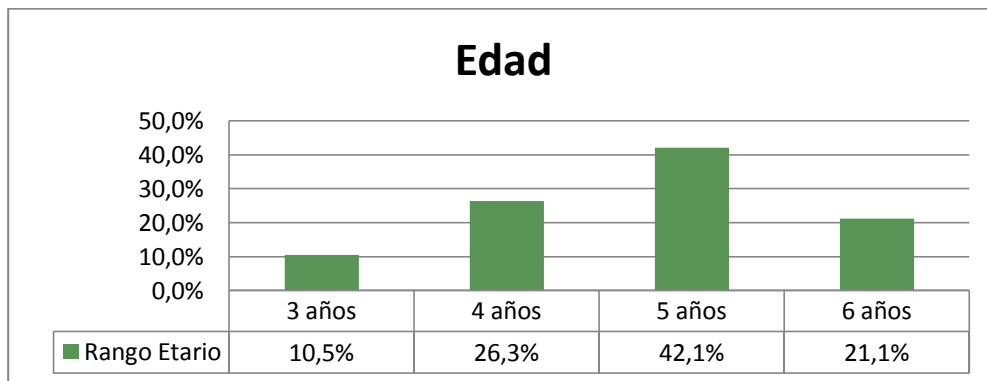
Se exponen los datos epidemiológicos con el fin de caracterizar la muestra de 19 niños(as). Entre los criterios observados, se incluyen género, edad y diagnóstico de fisura.

Gráfico N° 14



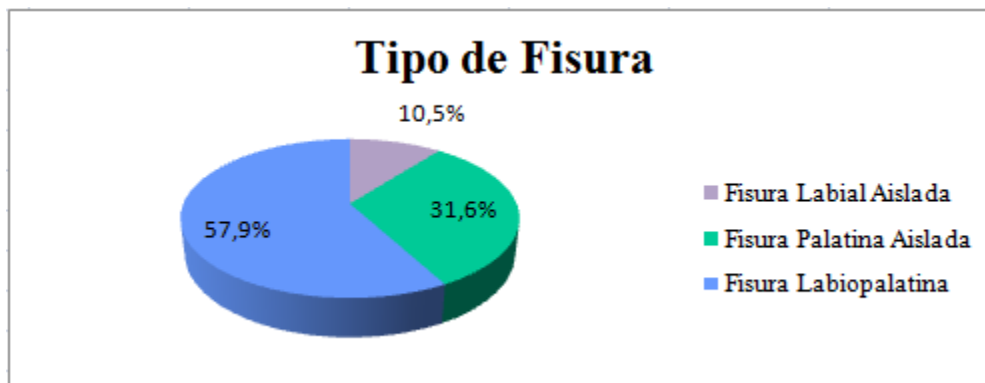
En el gráfico N°14, se observa, que la muestra estuvo compuesta, en mayor medida, por hombres, ya que fueron evaluados 10 hombres y 9 niñas.

Gráfico N° 15



En lo que refiere a rango etario, en el gráfico N° 15, se puede observar que la muestra estuvo compuesta por 4 sujetos de 6 años; 8 de 5 años, correspondiente a la mayor cantidad de niños(as); 5 de 4 años; mientras que de 3 años hubo 2 infantes, siendo este último el que se presentó en menor medida.

Gráfico N° 16

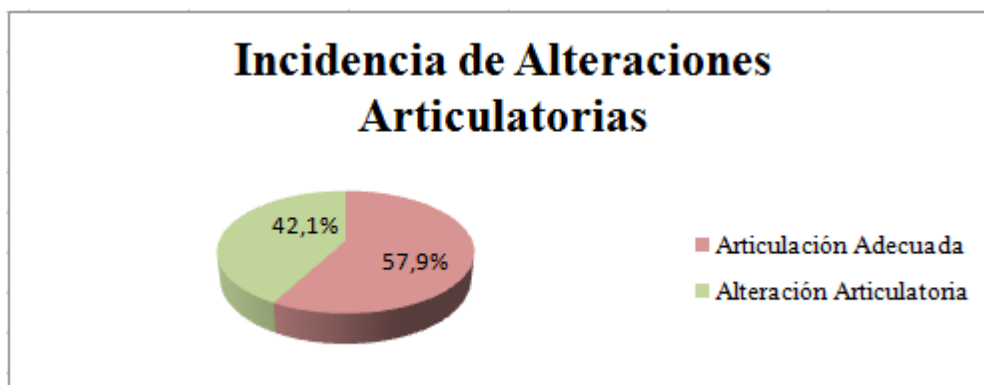


En el gráfico N°16, se observa, que la muestra estuvo compuesta por 11 niños(as) que presentaron fisura labiopalatina, lo que representa más de la mitad de los casos. En tanto, 6 infantes tenían fisura palatina; y solo 2, fisura labial, siendo este último el que se evidencia en menor medida.

3.2.1. Incidencia de alteraciones articulatorias.

A través de la evaluación articulatoria se logró evidenciar la incidencia de las alteraciones articulatorias que se presentan en niños y niñas portadores de fisura labiopalatina.

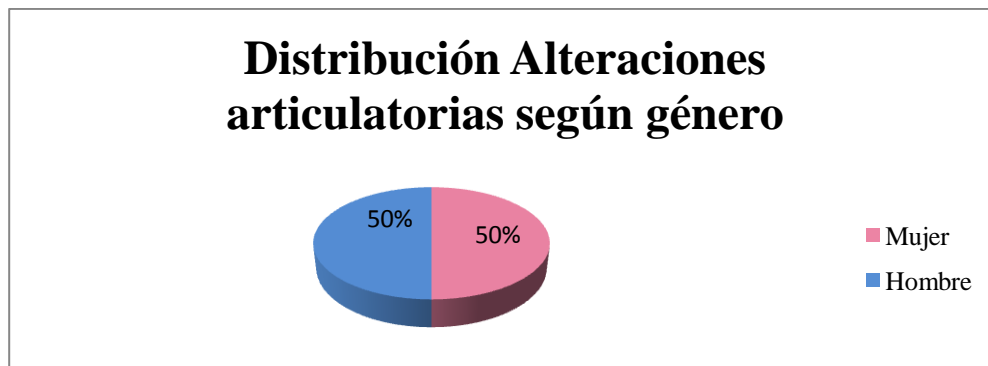
Gráfico N° 17



En el gráfico N°17, se expone que 11 niños(as), más de la mitad de la muestra, presentaron una adquisición adecuada de los fonemas del español chileno, o bien, evidenciaron alteraciones de tipo evolutivas. El porcentaje restante (42,1%), correspondiente a 8 sujetos, presentó una o más alteraciones, tanto en forma de dislalia como de articulación compensatoria.

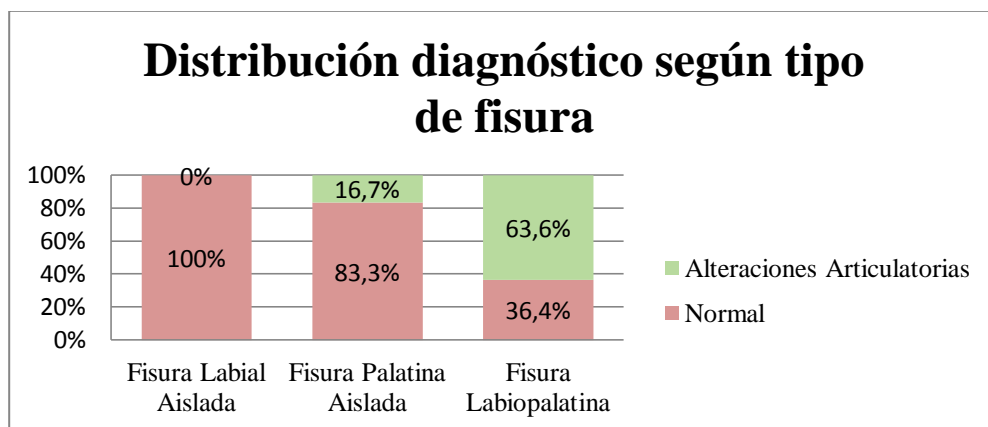
En los gráficos 18, 19 y 20 se representa la distribución de las alteraciones articulatorias según las variables epidemiológicas.

Gráfico N° 18



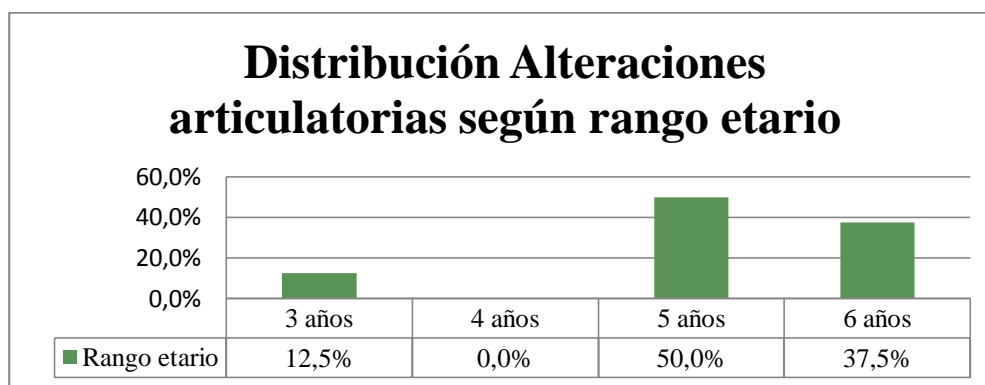
En el gráfico N° 18, se aprecia, que la distribución de los niños con alteraciones articulatorias es equitativa, con 4 sujetos para cada género.

Gráfico N° 19



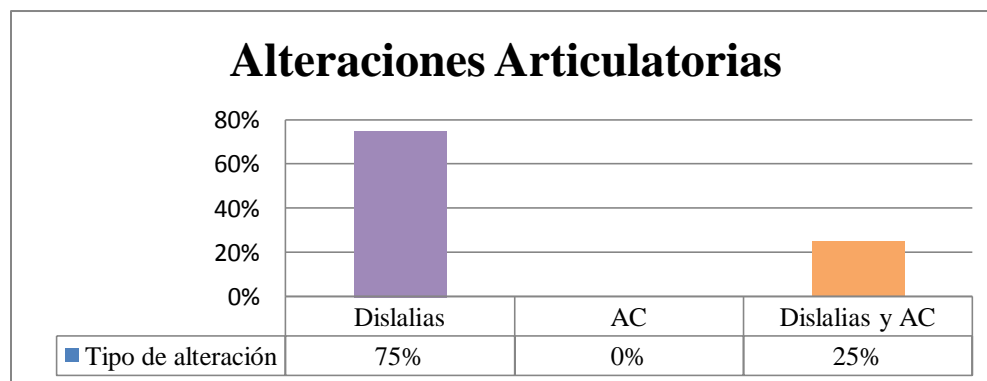
El gráfico N° 19 muestra la distribución del diagnóstico de alteraciones articulatorias según el tipo de fisura. Se observa que 2 sujetos con fisura labial presentaron una adecuada articulación de los fonemas, es decir, la totalidad de los niños(as) con este tipo de malformación. En cuanto a la fisura labiopalatina, 4 sujetos evidenciaron articulación normal y 7 presentaron un patrón inadecuado. Finalmente, con relación a la fisura palatina, 5 infantes obtuvieron un desempeño correcto, en contraste con 1 solo que presentó algún tipo de alteración en la producción de los fonemas.

Gráfico N° 20



En el gráfico N° 20, se observa, que de los participantes que presentaron alguna alteración articulatoria, 3 niños(as) tenían 6 años de edad, 4 tenían 5 años, lo que corresponde a la mayoría, ningún infante tuvo 4 años, y solo 1 sujeto presentó 3 años de edad.

Gráfico N° 21

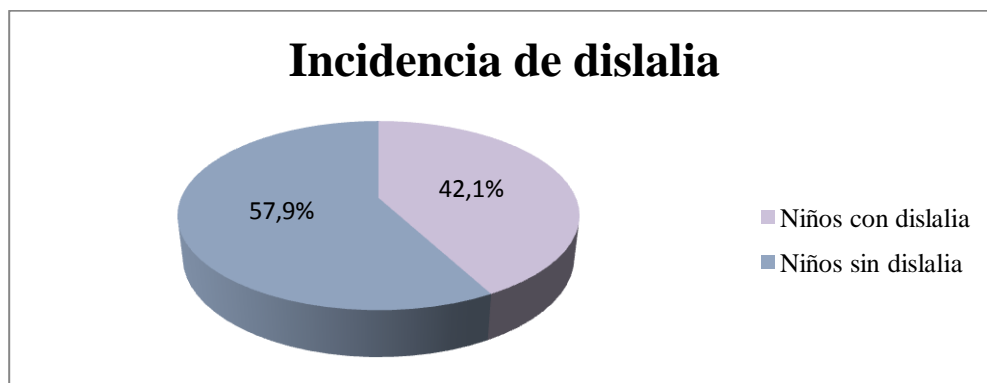


En el gráfico N°21, se observa que, del total de 8 sujetos que presentaron alteraciones articulatorias, 6 de ellos fueron diagnosticados con dislalias, a diferencia de la articulación compensatoria por sí sola, que no se presentó en ningún caso. En cuanto a la presencia simultánea de ambas alteraciones, 2 sujetos presentaron esta condición.

3.2.2. Incidencia de dislalias

Al realizar un análisis de la evaluación articulatoria, se logró evidenciar la incidencia de las dislalias que se presentaron en niños y niñas portadores de fisura labiopalatina. Esta información se grafica en el grafico N°22

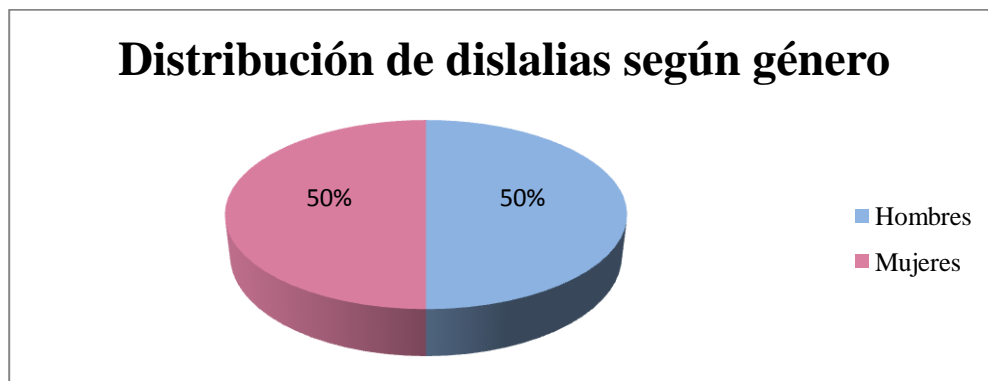
Gráfico N°22



El grafico N°22 permite observar que 8 niños(as) evaluados presentaron dislalias al momento de la evaluación articulatoria. Esto corresponde a una incidencia del 42% del total de la muestra. Por el contrario, 11 sujetos presentaron una articulación adecuada de los fonemas o bien, con dislalias evolutivas.

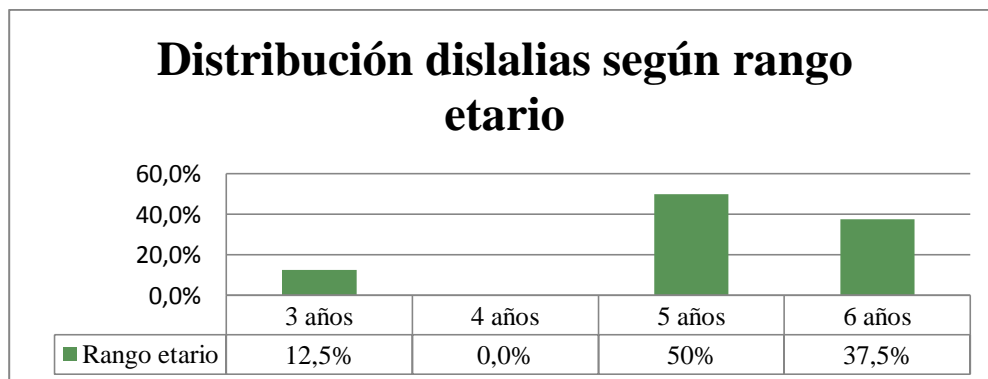
En los gráficos 23, 24 y 25 se representa la distribución de las dislalias según las variables epidemiológicas de género, edad y tipo de fisura.

Gráfico N°23



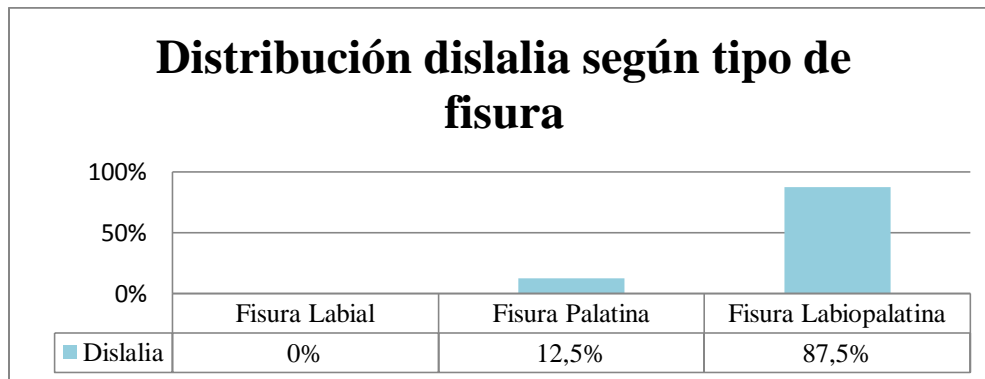
En el gráfico N° 23, se aprecia, que la distribución de los sujetos que presentan dislalias es equitativa. Esto se distribuye con 4 niños y 4 niñas diagnosticados con este trastorno.

Gráfico N°24



El gráfico N°24, expone que la mayoría de los niños(as) diagnosticados con esta alteración corresponden al rango de 5 y 6 años, con 4 y 3 sujetos respectivamente. El resto de los niños son pertenecientes al grupo de 3 años, con 1 sujeto.

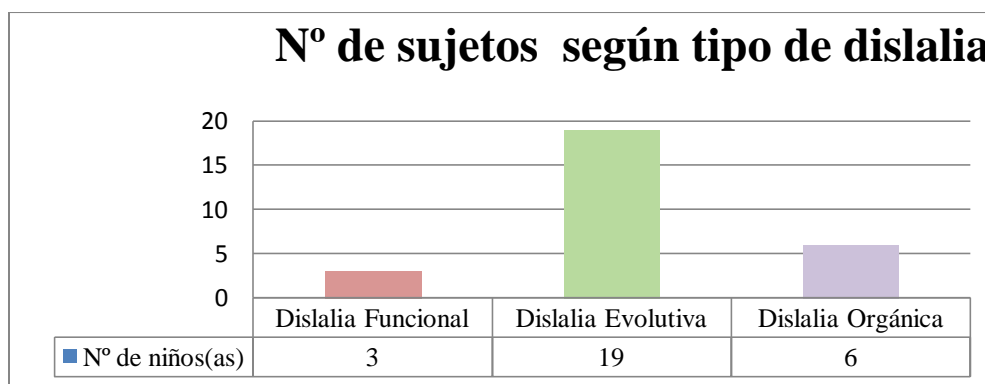
Gráfico N°25



El gráfico N°25, presenta que la mayoría de los niños(as) diagnosticados con dislalia eran portadores de fisura labiopalatina (7 sujetos). En el caso de las fisuras aisladas, solo la palatina presentó esta alteración (1 sujeto).

Para analizar la alteración articulatoria correspondiente a dislalia, se exponen los resultados referidos a la etiología del trastorno y en cada una de ellas, los fonemas alterados. Esta información se expone en los gráficos 26, 27, 28 y 29.

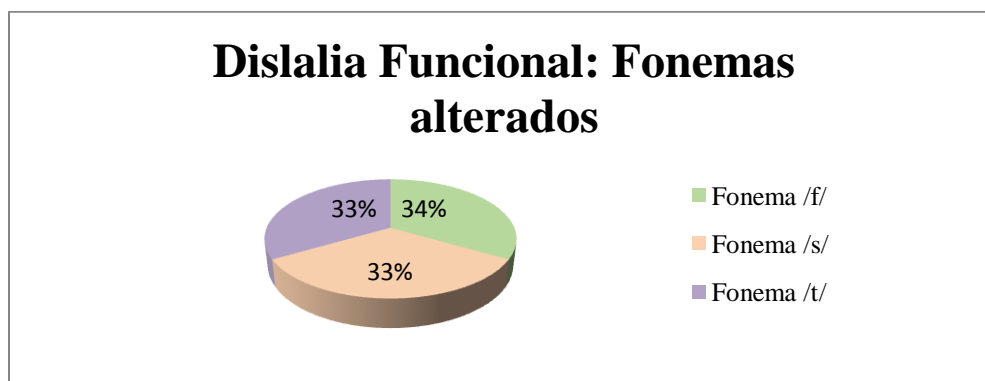
Gráfico N° 26



El gráfico N°26 permite observar que los 19 niños y niñas evaluados presentaron una o más dislalias de distinto origen. La etiología que se observó con mayor frecuencia corresponde a la evolutiva, la cual fue diagnosticada en todos los sujetos de la muestra. El segundo tipo más común fue la dislalia de origen orgánico, presente en 6 niños, seguida por la dislalia funcional, detectada en 3 infantes. Cabe destacar que estos diagnósticos no son

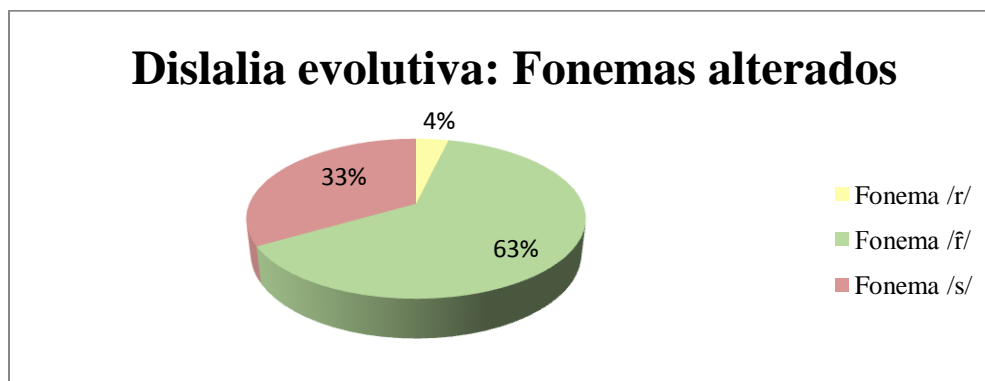
excluyentes y que un niño(a) puede presentar una o más de estas alteraciones simultáneamente en distintos fonemas.

Gráfico N° 27



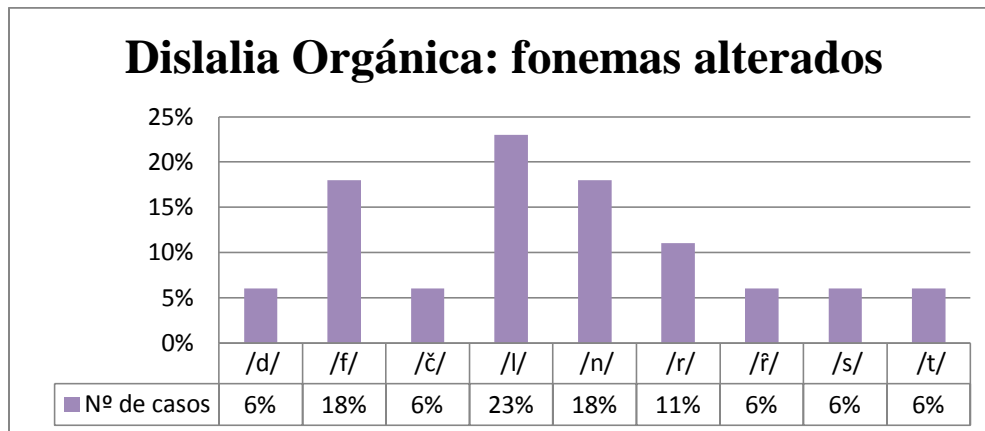
En el Gráfico N°27, se observa que la dislalia de tipo funcional presenta una distribución equitativa en cuanto a los fonemas alterados, presentando 1 caso individualmente para los fonemas /f/, /s/, /t/.

Gráfico N° 28



En el gráfico N°28, se puede apreciar que el fonema /f/ se presentó alterado en 17 niños(as), lo que corresponde a la dislalia evolutiva más frecuente. Le sigue el fonema /s/ con 9 apariciones. En tanto, /r/ se observa alterado en solo 1 sujeto.

Gráfico N° 29



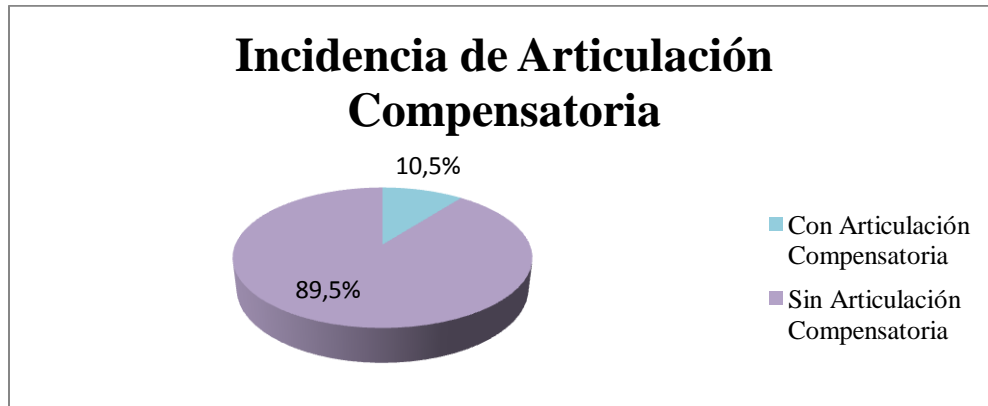
El gráfico N° 29 expone la cantidad de veces en que se evidenciaron alteraciones según un determinado fonema. Del total de este tipo de dislalias, en 4 casos se vio alterado el fonema /l/; 3 en los fonemas /n/ y /f/; 2 en el fonema /r/; 1 caso en cada uno de los fonemas /d/, /č/, /s/, /t/, /ř/.

La causa de estas alteraciones orgánicas corresponde principalmente al tipo de oclusión y a la presencia de fístula residual. En cuanto a las alteraciones oclusales, estas se evidenciaron en 3 casos de mordida cruzada y 1 en mordida invertida, que ocasionaron una o más dislalias orgánicas. En relación a las fístulas residuales, estas se presentaron en 3 casos en la zona del paladar óseo, y 1 en la zona del velo del paladar.

3.2.4. Incidencia de articulación compensatoria

Para analizar la alteración correspondiente a articulación compensatoria, se exponen los resultados referidos a la incidencia de este trastorno, y de los distintos tipos de compensaciones que se presentaron en los niños(as) de la muestra. A su vez, se grafican los fonemas alterados que se encuentran en cada tipo de AC.

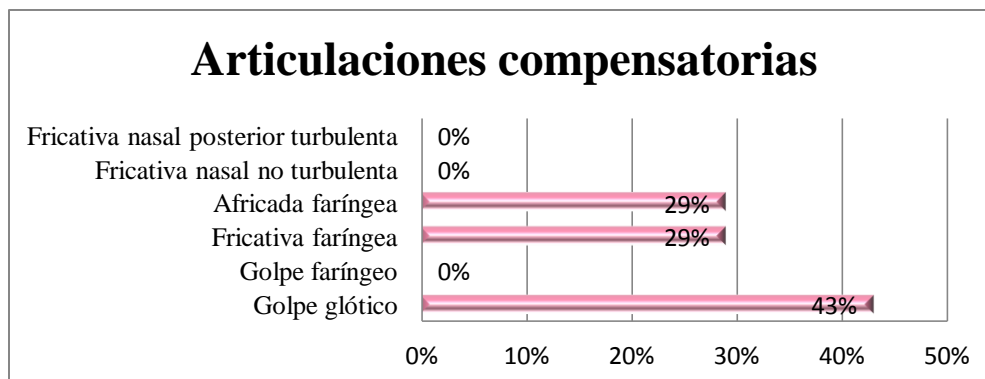
Gráfico N°33



El gráfico N°33 presenta que, en cuanto a la incidencia de articulaciones compensatorias dentro de la muestra, esta fue diagnosticada en 2 sujetos (10,5%).

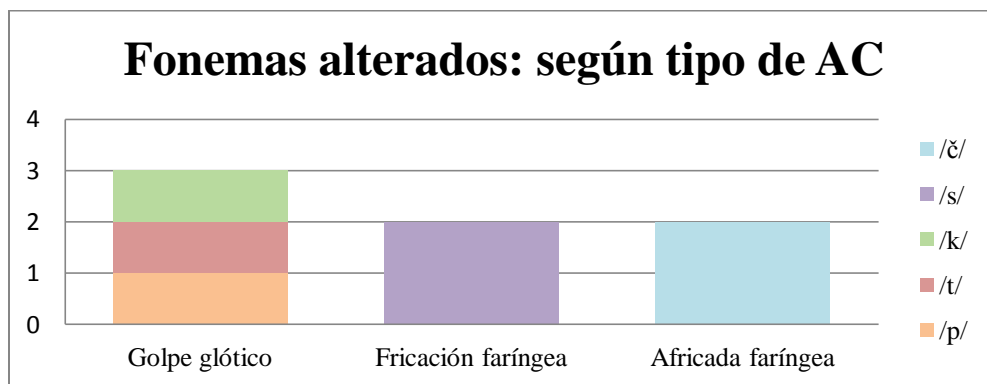
Con respecto al diagnóstico de articulaciones compensatorias, como pudo evidenciarse, este se presentó solo en 2 casos dentro de la muestra evaluada. Debido a lo anterior, se vuelve complejo lograr contrastar estos resultados mediante gráficas, por lo que se describen los indicadores epidemiológicos a continuación. En cuanto a la variable de género, los casos observados corresponden a 2 individuos de sexo femenino. Con respecto al indicador de tipo de fisura, ambos sujetos eran portadores de fisura labiopalatina. Finalmente, en relación a la variable de rango etario, las niñas diagnosticadas con esta alteración tenían 5 años al momento de la evaluación.

Gráfico N° 34



El Gráfico N°34 presenta el número de casos en que se evidenciaron articulaciones compensatorias. Se destaca que dentro del total de niños(as) evaluados, solo se presentaron 3 tipos de este trastorno articulatorio. El golpe glótico, evidenció 3 casos, lo que lo ubica levemente por sobre las demás articulaciones compensatorias valoradas. En cuanto a las demás compensaciones observadas, se apreciaron 2 casos de fricativa faríngea y 2 de africada faríngea.

Gráfico N° 35



El gráfico N° 35 señala cómo los tres tipos de articulaciones compensatorias presentes en la muestra se distribuyen según el fonema alterado. El golpe glótico se observó en /p/, /t/ y /k/ con 1 caso cada uno, la fricación faríngea en /s/ se evidenció en 2 casos; y africada faríngea se presentó en /č/ en 2 casos.

4. DISCUSIONES

En el presente apartado se abordarán los resultados obtenidos del proceso de evaluación, los que, a su vez, se interpretarán en base a los fundamentos teóricos existentes. En primer lugar, se hará alusión a ambas muestras, a los instrumentos utilizados y a su aplicación. En segundo lugar, se expone el cumplimiento de los objetivos específicos planteados para esta investigación.

4.1. Con respecto a las muestras

La distribución de los participantes en ambas muestras (17 sujetos para lenguaje; 19 para articulación), según el género, concuerda con lo planteado por Habbaby (2000), quien postula que los varones son los más afectados con fisura labiopalatina a nivel general. En relación a la distribución de esta variable según cada tipo de fisura, ambas muestras se correlacionan con lo expuesto por Corbo y Marimón (2001), los cuales plantean que la fisura labial aislada se presenta mayormente en hombres, a diferencia de la fisura palatina aislada que se observa con más frecuencia en mujeres. Ford (2004) menciona que la fisura labiopalatina se presenta principalmente en varones, lo que también se apreció en esta investigación.

En cuanto al diagnóstico de tipo de fisura en ambas muestras, se observa que este resultado se correlaciona parcialmente con lo indicado por la teoría planteada por Sepúlveda y cols. (2008). Estos autores indican que existe una relación aproximada de 1:2:1, correspondiente a fisura labial, labiopalatina y palatina. En cuanto a las muestras del presente estudio, la fisura labiopalatina se evidenció en mayor medida, en comparación a las fisuras aisladas. Sin embargo, la fisura labial y palatina aislada se observan en distinta proporción a lo esperado, con un predominio de la fisura palatina.

La diferencia entre la cantidad de casos observados entre las fisuras labiales y palatinas puede tener su origen en que los padres y/o tutores de los niños(as) portadores de fisura labial no consideran la evaluación fonoaudiológica como un aspecto relevante a tener en cuenta. Lo anterior se debe a que esta afecta principalmente la apariencia física, sin generar consecuencias importantes en la articulación o el lenguaje, por lo que los padres y/o tutores pueden adoptar una postura menos comprometida frente al control con fonoaudiólogo. Esto se complementa con lo indicado en la guía clínica de fisura labiopalatina (MINSAL, 2009) que determina que el seguimiento con fonoaudiólogo de estos pacientes debe ser anual; a diferencia de fisura palatina, la cual requiere de terapia con un número determinado de sesiones por año, especificadas para cada edad. Por este motivo, luego de la cirugía de corrección no consideran necesario seguir asistiendo a las evaluaciones y controles correspondientes. Lo antes mencionado, junto al carácter voluntario de este estudio, explicaría la baja participación de sujetos con fisura labial aislada.

Con relación al indicador de edad de los participantes, es irrelevante realizar un análisis de su distribución. Esto se debe a que esta malformación es una condición que se presenta desde el nacimiento y que se prolonga a lo largo de la vida, a pesar de que sea corregida quirúrgicamente. Sin embargo, dentro de la muestra, se observó que los rangos etarios se presentaron en un número relativamente equitativo, sin predominio de una edad en particular.

Los datos recabados por género, tipo de fisura y edad permiten afirmar que las muestras utilizadas resultan tener características demográficas y epidemiológicas similares a las de esta población. Sin embargo, los resultados obtenidos no se pueden generalizar, ya que se requería de un número mínimo de sujetos evaluados para que esta investigación fuese significativa estadísticamente. Mediante la base de datos del Hospital Doctor Gustavo Fricke, se obtuvo un número de potenciales participantes para este estudio, el que disminuyó, en gran parte, debido a que algunos de los padres y/o tutores no actualizan sus datos de contacto. Por este motivo, y luego de aplicar los criterios de selección para ambas muestras, fue posible agendar 43 citas, de las cuales solo se concretaron alrededor de

un 50% de los niños(as). Este alto nivel de deserción se puede explicar por tres posibles razones, la primera, corresponde a que no existe suficiente concientización sobre la importancia del monitoreo del desempeño lingüístico en sujetos portadores de esta alteración. En segundo lugar, puede atribuirse a que la evaluación se realizó durante el período de invierno, estación del año en que se produce una mayor cantidad de enfermedades respiratorias, a las cuales la población portadora de fisura se encuentra más propensa. Finalmente, en tercer lugar, otra de las razones corresponde a que los padres y/o tutores no consideraron necesaria la evaluación proporcionada por este estudio, ya que esta atención es otorgada por las fonoaudiólogas de la Unidad de Fisurados del Hospital.

4.2. Con respecto a la batería de lenguaje y su aplicación.

La batería escogida para llevar a cabo el proceso evaluativo permitió el cumplimiento de los objetivos referentes al aspecto lingüístico planteados al inicio de esta investigación. El uso de test estandarizados en la población chilena posibilitó una interpretación más fidedigna de los resultados obtenidos y, de esta forma, se pudo llegar a un diagnóstico más preciso. Por lo tanto, se pudo calcular sin mayores dificultades la incidencia del TEL dentro de la muestra.

En relación a las limitaciones del estudio asociadas a la batería utilizada, una de las principales corresponde al extenso tiempo de aplicación de los test de lenguaje, los cuales en conjunto con las pruebas de articulación ocasionaron que las sesiones de evaluación se extendieran por alrededor de una hora y media. Esta situación conllevó a que algunos niños(as) se desconcentraran durante la sesión, es por esto que se les otorgó un tiempo de recreo. En los casos en que efectivamente no se pudo seguir con la aplicación de las pruebas, fueron citados a una segunda entrevista. No obstante, cabe destacar que la mayoría de los niños se condicionaron sin mayor dificultad. Finalmente, en cuanto a la administración de las pruebas, todos los test resultaron de sencilla aplicación y registro.

Respecto a los instrumentos utilizados, el que demostró mayor nivel de complejidad en su análisis dentro de esta población fue el TEPROSIF-R. Esta dificultad se originó debido a que no existe una consideración en esta prueba para analizar la presencia de articulaciones compensatorias, especialmente, cuando estas pasan a tener un componente fonológico, a pesar de que la fisura o fístula se encuentra corregida quirúrgicamente. Esto se sustenta en lo planteado tanto por Chapman (1993), en el caso de la lengua inglesa, como por Ysunza y Pamplona (2006), en el idioma español, quienes sostienen que este tipo de alteraciones articulatorias, luego de un tiempo, pueden incorporarse dentro del sistema de reglas fonológicas del niño(a).

4.3. Con respecto a la batería de articulación y su aplicación.

La batería escogida para llevar a cabo el proceso evaluativo permitió el cumplimiento de los objetivos referentes al aspecto articulatorio, planteados al inicio de esta investigación. Tanto el instrumento utilizado para evaluar la articulación de los fonemas (Test de Articulación a la Repetición Modificado) como la Pauta de Evaluación de Estructuras Orofaciales posibilitaron la evaluación adecuada y precisa de los ítems requeridos. Por lo tanto, se pudo calcular sin dificultad la incidencia de las alteraciones articulatorias dentro de la muestra.

El Test de Articulación a la Repetición Modificado permitió evidenciar las distintas alteraciones articulatorias, además de la presencia de procesos de simplificación fonológica de forma cualitativa. En cuanto a los niños evaluados, estos no presentaron dificultad para repetir las palabras que se les solicitaba, por lo que se observó un adecuado condicionamiento. Pese a esto, surgió una limitación asociada a este instrumento, correspondiente al extenso tiempo de aplicación, ya que a pesar de presentar un número reducido de palabras en comparación a la prueba original, provocaba cansancio en algunos de los participantes.

La “Pauta de evaluación de las habilidades prearticulatorias del niño fisurado” (Hermosilla & cols., 2012) fue idónea para este estudio, ya que permitió observar todo tipo de desviaciones orgánicas que pudieran estar interfiriendo en la correcta articulación de los fonemas. Lo anterior sirvió para poder determinar la etiología de algunas alteraciones articulatorias, como por ejemplo la dislalia. Se podría esperar que los niños presentaran cierta reticencia a la aplicación de esta pauta, puesto que desde el nacimiento se encuentran expuestos a múltiples intervenciones dentro de su cavidad oral. Por el contrario, esta situación pudo haber contribuido a que los niños se condicionaran de forma adecuada a la revisión de las estructuras orofaciales, facilitando el proceso evaluativo en este estudio.

4.4. Con respecto a los objetivos asociados a TEL

4.4.1. Incidencia de Trastorno Específico del Lenguaje

La incidencia del Trastorno Específico del Lenguaje dentro de la muestra resultó ser de un 29,4%. Este dato establece un precedente importante, ya que entrega un marco de referencia para próximas investigaciones, considerando que los estudios actuales hablan de características lingüísticas de los individuos portadores de fisura, pero no hacen alusión al diagnóstico de este trastorno. El porcentaje obtenido en esta investigación es superior a la incidencia del TEL en la población general planteada por Ervin (2001), correspondiente a un 7,6% para niños de 5 años. Se postula que esto puede relacionarse con que la selección de la muestra no tuvo un carácter aleatorio, ya que la participación de los sujetos dependió de la voluntad de sus padres. Lo anterior pudo haber sido influenciado por el grado de preocupación y/o concientización que estos tuvieron respecto a las posibles alteraciones lingüísticas de sus hijos(as). Para confirmar o refutar este planteamiento, sería necesaria la replicación de este estudio a toda la población atendida en la Unidad de Fisurados del Hospital Doctor Gustavo Fricke, y así determinar si la incidencia obtenida concuerda con lo evidenciado en esta investigación, o bien si disminuye al incluir a todos los pacientes.

Con respecto al total de los diagnósticos de TEL realizados dentro de la evaluación, es preciso analizar la distribución de estos en relación a las variables epidemiológicas de género, tipo de fisura y rango etario. En cuanto al indicador de género, Mendoza (2010) plantea que el TEL se presenta más en niños que en niñas. Lo anterior se cumple dentro de los resultados obtenidos, ya que casi la totalidad de los sujetos diagnosticados con TEL eran de sexo masculino, lo que corresponde al 80%. Respecto al rango etario, este trastorno es paralelo al desarrollo del lenguaje por lo que no debería tener grandes variaciones entre el rango de edades, lo que también es concordante con los datos obtenidos en esta investigación. En relación a la distribución del TEL según el tipo de fisura dentro de esta muestra, se observa que esta se divide en forma relativamente equitativa, lo cual permite sugerir que este trastorno no se asocia a la cantidad de estructuras comprometidas por la presencia de la fisura.

La principal dificultad que surgió para realizar el diagnóstico del Trastorno Específico del Lenguaje fue la aplicación del criterio de exclusión referido al nivel de audición. Existen dos posturas principales evidenciadas, tanto en la literatura como en los profesionales que trabajan actualmente en el área, que generan una contradicción al momento de diagnosticar TEL. Leonard (1998) plantea que el infante debe pasar un screening auditivo de los niveles conversacionales, el cual corresponde a 20 dB de intensidad para las frecuencias de 250 a 4000 hz (cit. en Aguado, 1999), por lo tanto, a partir de una hipoacusia leve un niño(a) no podría ser diagnosticado con TEL. Aplicando la teoría anterior, algunos infantes que presentan este grado de pérdida, acompañado de un descenso lingüístico no proporcional a la hipoacusia, quedarían en exclusión de este diagnóstico.

Por esta razón, se decidió consultar a profesionales especializados en el área de lenguaje y audiología infantil, los que refirieron en base a su experiencia clínica que una alteración en el desarrollo lingüístico se podría explicar a partir de una pérdida superior a 40 dB, es decir, desde una hipoacusia moderada. En este sentido, la bibliografía consultada expone que “las hipoacusias leves (20-39dB) permiten desarrollar adecuadamente el lenguaje y el habla, aunque pueden causar errores en la discriminación, categorización y en

consecuencia, en la producción de algunos fonemas” (Aguilar & Serra, 2007: 46). Lo anterior, sumado a la observación clínica realizada por las tres evaluadoras, permite postular que los niños(as) con este nivel de pérdida auditiva sí clasifican como TEL.

4.4.2. Incidencia de TEL Mixto y TEL Expresivo

Como se ha mencionado en apartados anteriores, es posible realizar una clasificación del TEL en dos categorías: TEL mixto y TEL expresivo. Por un lado, con respecto al TEL mixto, la incidencia de esta patología dentro de la muestra corresponde al 23,5%. Por otro lado, en cuanto al TEL expresivo, la incidencia resultó ser de un 5,9%. Los resultados obtenidos se contradicen con lo que plantea la APA (1994), que indica que los déficits expresivos se presentan en mayor medida que el Trastorno Específico del Lenguaje Mixto (cit. Leonard, 2000).

La distribución observada, según el tipo de TEL, permite concluir que la mayoría de estos casos corresponden al tipo mixto, es decir, un trastorno que afecta tanto la vertiente expresiva como comprensiva del lenguaje. Esto conlleva a postular que los casos de TEL observados en este estudio no se asocian necesariamente a la presencia de fisura, pues si así fuese, estos resultados debieran estar ligados, en su mayoría, a una alteración a nivel expresivo. De esta forma, el que las dificultades lingüísticas de los niños evaluados se asocien también al aspecto comprensivo sugiere que existe una base cognitiva en este trastorno que no se relaciona con la presencia de una fisura desde lo orgánico, puesto que esta malformación afecta la forma y no el contenido ni el uso del lenguaje.

Finalmente, es preciso analizar la distribución de los diagnósticos de TEL mixto en relación a las variables epidemiológicas de género, tipo de fisura y rango etario. Estos indicadores se presentan en una distribución concordante a la del Trastorno Específico del Lenguaje en general, con una predominancia de diagnósticos en individuos de género masculino, cantidad similar de sujetos para los distintos rangos etarios. En cuanto al tipo de

fisura, esta se distribuye entre fisura palatina y labiopalatina de forma equitativa, sin casos de TEL Mixto en fisura labial. Lo anterior se debe a que un 80% de los diagnósticos de este trastorno son de tipo mixto.

4.5. Con respecto a los objetivos asociados a alteraciones articulatorias

4.5.1. Incidencia de Alteraciones Articulatorias

La incidencia de las alteraciones articulatorias dentro de la muestra resultó ser de un 42,1%. Según lo planteado por Pegoraro-Krook, Rillo, Teles y Ribeiro (2009), aproximadamente, el 30% de los sujetos portadores de fisura presentan alteraciones de habla posterior a la cirugía primaria (cit. en Piccolloto, Befi-Lopes & Olivan, 2010). A pesar de que los datos obtenidos en esta investigación concuerdan con la teoría, no es posible efectuar una comparación, ya que se consideró solo el aspecto articulatorio y no las alteraciones de habla en general. Con respecto a las alteraciones articulatorias, es preciso analizar la distribución de estas en relación a las variables epidemiológicas de género, tipo de fisura y rango etario. En cuanto al indicador de género, fue posible observar que la distribución fue equitativa entre hombres y mujeres.

Respecto al rango etario de los niños(as) con alteraciones articulatorias, los resultados evidenciaron que la mayoría de los sujetos con este diagnóstico tenían entre 5 y 6 años de edad, a diferencia de los sujetos de 3 y 4 años, los cuales no presentaban mayores alteraciones. Se postula que esto se debe a la secuencia de adquisición fonemática, la que luego de la etapa preescolar, indica que el niño(a) está en condiciones de dominar casi todos los sonidos de la lengua y sus combinaciones, implicando una mayor precisión de la capacidad motriz para articular de manera correcta los fonemas. Esto se puede ver mermado por las alteraciones anatómicas propias de la fisura, dejando en evidencia las posibles consecuencias que estas provocan en las habilidades articulatorias de estos niños al llegar a una edad que requiere de un mayor rendimiento articulatorio.

En relación a la variable tipo de fisura, las alteraciones articulatorias se pudieron evidenciar tanto en la fisura palatina como en la labiopalatina, al contrario de lo que ocurrió con la fisura labial en donde no se presentaron anomalías en este aspecto. Dentro del total de niños(as) que presentaron fisura labiopalatina, el 63.6% de ellos evidenció alteraciones articulatorias, lo que puede tener relación con que una fisura completa es una anomalía estructural que involucra más órganos articulatorios que las fisuras aisladas, ocasionando una función deficiente de estos, lo que favorece la aparición de dislalias orgánicas y articulaciones compensatorias. En el caso de los portadores de fisura palatina, se observó que un 16.7% presentó algún patrón inadecuado de articulación. Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con lo que plantea Martínez (2008), el cual menciona que los sujetos con fisura completa y palatina aislada son los que generan más problemas con respecto al habla, a diferencia de los portadores de una fisura labial aislada, que sólo, ocasionalmente, presentan algún defecto en la articulación de los fonemas bilabiales y/o labiodentales.

4.5.2. Incidencia de dislalias

La incidencia de dislalias dentro de la muestra evaluada resultó ser de un 42,1%. El porcentaje obtenido coincide con la incidencia de las alteraciones articulatorias, lo que se debe a que todos los sujetos diagnosticados presentaron, al menos, una dislalia. La incidencia de dislalia, tanto funcional como orgánica, no cuenta con estudios significativos publicados a nivel nacional ni internacional. Esto puede tener relación con que el término dislalia se utiliza principalmente a nivel hispanoparlante y su denominación varía según el autor que se consulte. Sin embargo, al realizar una revisión de fuentes bibliográficas en otros idiomas, utilizando conceptos como *articulation disorder* y *articulatory errors*, tampoco fue posible encontrar información al respecto.

Es necesario analizar la distribución de las dislalias diagnosticadas en la muestra, con relación a las variables epidemiológicas de género, tipo de fisura y rango etario. Con respecto al género, esta investigación presentó igual distribución para ambos sexos, lo que se contradice con lo que plantean Perelló (2005) y Moreno y Mateos (2005), quienes refieren que se encuentra un mayor número de dislalia en niños que en niñas. En cuanto a las variables de tipo de fisura y edad, estas presentan la distribución mencionada en las alteraciones articulatorias, debido a que corresponde a los mismos sujetos.

En relación a la etiología de las dislalias observadas en la muestra, la de tipo evolutivo, se presentó en un 100% de los sujetos evaluados, lo cual sugiere que el desarrollo fonético de quienes son portadores de una fisura labio y/o palatina presenta un esquema de adquisición similar a los niños(as) sin fisura. En cuanto a las otras etiologías, fue posible constatar que las alteraciones de origen orgánico se presentaron con mayor frecuencia que las de etiología funcional. Lo anterior coincide con lo planteado por Habbaby (2000), quien explicita que los errores articulatorios de etiología orgánica son los más recurrentes en los niños(as) portadores de fisura, debido a sus alteraciones a nivel de estructuras orofaciales. Según lo planteado por González (2003), la dislalia de origen funcional es la etiología más frecuente en la población. Sin embargo, en el caso de los niños evaluados dentro de la muestra, esta se observó en menor medida, debido a las alteraciones orgánicas de base.

Es necesario profundizar en las anomalías orofaciales secundarias a una fisura, debido a que estas alteraciones se asocian directamente a dislalias orgánicas. Este disturbio articulatorio se evidenció principalmente producto de la presencia fístula residual y del tipo de oclusión. Con respecto a este último, se observó en mayor medida la mordida cruzada y la invertida, las que generaron el cambio de punto articulatorio en fonemas labiodentales por bilabiales. Esto coincide con lo planteado por Shprintzen y Bardach (1995), quienes mencionan que la principal estructura ósea afectada por la fisura es la maxila, la cual comúnmente se presenta hipoplásica, retraída y constringida. Esto genera variaciones en el crecimiento y la armonía dental, oclusal y maxilofacial, lo que puede impedir el alcance exitoso de la adquisición, desarrollo y rehabilitación de los fonemas. En relación a las

fístulas residuales en la zona del paladar óseo, estas provocaron la anteriorización del punto articulatorio en fonemas alveolares como /r/, /l/ y /n/, con el fin de encontrar una zona indemne donde poder producir el fonema. Finalmente, en cuanto a la presencia de la fístula del velo del paladar, esta ocasionó falta de presión intraoral para la articulación del fonema vibrante múltiple, debido a que el aire se escapa hacia a la cavidad nasal.

4.5.3. Incidencia de articulación compensatoria

La incidencia de articulaciones compensatorias alcanzó el 10,5% dentro de la muestra evaluada. En esta investigación, se encontró un porcentaje menor a lo que se plantea en un estudio realizado por Hardin-Jones y Jones (2005), en el cual se sostiene que el 25% de los niños evaluados presentaron articulaciones compensatorias. El bajo porcentaje obtenido puede asociarse a que los participantes del estudio pertenecen al programa GES, lo que les asegura intervención multidisciplinaria, tanto en cirugías como en tratamientos con distintos especialistas del área, incluyendo terapia fonoaudiológica en caso de que lo necesiten. Esto permite inferir que el tratamiento recibido por estos niños(as) resulta ser efectivo, ayudando a prevenir disturbios articulatorios mayores y contribuyendo a mejorar las alteraciones que ya presentan, tanto previo a la cirugía como posterior a ella, para preparar los órganos orofaciales y enseñar los patrones correctos de articulación, respectivamente.

En relación a los patrones articulatorios atípicos apreciados en la muestra, se pudo constatar que el que evidencia un mayor número de casos corresponde al golpe glótico, ya que se presentó en un 43% de los casos diagnosticados con articulaciones compensatorias. Esto concuerda con lo planteado en la teoría por los norteamericanos Hardin-Jones y Jones (2005), quienes exponen que el golpe glótico es el patrón atípico más común. En cuanto a los fonemas alterados con mayor frecuencia, estos fueron /k/, /p/, y /t/ por igual, lo que coincide con lo expuesto por Tamashiro (2011), quien plantea que este tipo de articulación se realiza en reemplazo de consonantes de alta presión, como son las oclusivas. Los otros

dos tipos de articulaciones compensatorias evidenciadas en este estudio corresponden a la fricativa faríngea y a la africada faríngea. Ambos tipos de patrones se presentaron con la misma incidencia dentro de la muestra, correspondiendo a un 29% cada una de ellas. En cuanto a la fricativa faríngea, el fonema que se presentó sustituido fue /s/, lo cual coincide con lo expuesto por Ysunza y Pamplona (2006), quienes mencionan que este fonema es uno de los tres que evidencia con mayor frecuencia este patrón atípico.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos del estudio “Incidencia del Trastorno Específico del Lenguaje y las alteraciones articulatorias en niños y niñas de 3 a 6 años 11 meses, portadores de fisura labial y/o palatina corregida” cumplieron con los objetivos propuestos al inicio de la investigación. De esta manera, respondiendo al objetivo general, se afirma que la incidencia del Trastorno Específico del Lenguaje corresponde a un 29,4%, mientras que la incidencia de las alteraciones articulatorias es de un 42,1%. En cuanto a los objetivos específicos, también se cumplieron a cabalidad, ya que se obtuvieron las incidencias correspondientes a las subcategorías del Trastorno Específico del Lenguaje y de las alteraciones articulatorias en las muestras evaluadas. En el área lingüística, se evidenció una incidencia de TEL Mixto de 23,5%, mientras que de TEL Expresivo, se presentó en un 5,9%. A nivel articulatorio, la incidencia de dislalia, funcional y orgánica fue de un 42,1%; en tanto, que la de articulaciones compensatorias correspondió a un 10,5%.

En base a los resultados obtenidos, este estudio demuestra que no todos los niños portadores de fisura desarrollan déficit a nivel lingüístico ni alteraciones articulatorias. En primer lugar, con respecto a los resultados referentes a lenguaje, estos indican que la mayoría de los participantes presentan un desarrollo adecuado para su edad, o bien, alteraciones a nivel fonético-fonológico. En segundo lugar, los problemas articulatorios observados dentro de este estudio, se asociaban en mayor medida a dificultades producto de la fisura, como son la maloclusión y las fístulas residuales. Es importante recalcar que las principales dificultades evidenciadas en esta investigación fueron articulatorias; en cambio un número menor de niños presentó diagnóstico de Trastorno Específico del Lenguaje.

En conjunto con los datos recabados a partir de este estudio, se evidenció que existe la necesidad de establecer criterios audiológicos claros para poder realizar el diagnóstico de TEL, ya que en la actualidad, los niveles auditivos permitidos dependen del autor o del fonoaudiólogo que diagnostique este trastorno. Autores, como Mendoza (2010), se basan en Stark y Tallal (1981) quienes plantearon que, desde una hipoacusia leve, el niño ya no

podría ser diagnosticado con TEL; sin embargo, queda el vacío respecto al diagnóstico de los infantes que tienen este grado de pérdida, pero que presentan un descenso en el nivel lingüístico que no es acorde a este grado de audición. Por otro lado, desde el punto de vista audiológico, el niño presentaría alteración en la adquisición del lenguaje desde una hipoacusia moderada. Por este motivo, se plantea la falta de estudios actuales que confirmen este criterio de exclusión para poder realizar el diagnóstico de TEL, especialmente, en la población portadora de fisura labiopalatina, considerando que gran parte de ellos presentan predisposición a padecer reiterados episodios de otitis media, lo que conlleva a una hipoacusia conductiva fluctuante.

Enfrentar una problemática que no ha sido abordada con anterioridad constituyó un gran desafío que trajo consigo múltiples aspectos positivos y negativos. En primer lugar, esta investigación permitió la generación de nuevos conocimientos en relación a temas poco estudiados, como son las alteraciones articulatorias y la presencia del TEL en los niños portadores de fisura labiopalatina corregida. Además, esta investigación entrega evidencia y respalda información recabada a través de la experiencia clínica, pero que no cuenta necesariamente con datos concretos al respecto. Esto favorece directamente a los fonoaudiólogos, ya que valida su rol tanto en la prevención, como en el tratamiento del paciente portador de fisura, no tan sólo en el ámbito articulatorio, como ya es conocido, sino que también en el área del lenguaje.

Con respecto a las dificultades que se presentaron al realizar este estudio, estas se debieron principalmente a que no fue posible encontrar información sobre la presencia del Trastorno Específico del Lenguaje dentro de los niños portadores de fisura. De la misma forma, al indagar acerca de este trastorno en la población no fisurada, la información es escasa y de difícil acceso, ya que existen datos que indican la prevalencia del TEL, pero no su incidencia a nivel nacional. Resulta extraño que dos patologías tan comunes dentro de los niños chilenos, para la cual se entregan subvenciones y se crean políticas públicas para su intervención, no cuenten con estudios actualizados y bases de datos de libre acceso, tanto para estudiantes como para profesionales del área. A pesar de esta limitación, fue factible

realizar esta investigación, puesto que se contó con el tiempo, el espacio físico y el acceso a la muestra para llevar a cabo el proceso.

Al desarrollar esta investigación, se evidenció buena disposición de los jefes de las unidades de Rehabilitación y de Fisurados del Hospital Doctor Gustavo Fricke para acceder a la base de datos y realizar el contacto para conformar las muestras. Así mismo, se destaca la colaboración de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad Valparaíso, que facilitó el laboratorio de lenguaje, cuyas dependencias fueron adecuadas para realizar las evaluaciones. En conjunto con lo anterior, fue posible evidenciar una respuesta positiva por parte de los padres y/o tutores en cuanto a la participación de los niños portadores de fisura labiopalatina en este estudio. Esto se vio reflejado en la paciencia ante una extensa evaluación; la disposición para reagendar una segunda sesión, en caso de que fuera necesario; y finalmente, el interés por informarse de los resultados

Es importante destacar que la labor del fonoaudiólogo frente a un niño(a) portador de fisura no se debe limitar solo a los aspectos de articulación y alimentación. Es fundamental que el profesional que trabaje directamente con estos niños no olvide que, quienes son portadores de una fisura pueden presentar un Trastorno Específico del Lenguaje, al igual que otros niños, debido a las características etiológicas de este trastorno. Por este motivo, debe haber un monitoreo constante a las capacidades lingüísticas que exhiben estos niños desde muy pequeños para realizar las derivaciones correspondientes de forma oportuna y temprana, en caso de que sea necesario.

El fonoaudiólogo, además de los roles mencionados anteriormente, presenta uno de gran importancia para las personas portadoras de fisura labiopalatina. Este consiste en proporcionar la información necesaria para eliminar los prejuicios acerca de que estos niños presentarían un descenso en las habilidades lingüísticas y articulatorias. En primer lugar, a nivel lingüístico, se cree que un niño portador de fisura presentará siempre una alteración en esta área, sin embargo, los resultados de esta investigación muestran que no todos los infantes evidenciaron algún déficit en este nivel, y que solo un porcentaje de ellos presentó diagnóstico de TEL. En segundo lugar, la sociedad subestima la capacidad articulatoria,

asumiendo que estos infantes tendrán un habla ininteligible. Sin embargo, en los resultados obtenidos en este estudio, la mayor parte de los participantes de la muestra no presentó alteraciones articulatorias, sino más bien, dificultades propias de su desarrollo evolutivo.

La replicabilidad de esta investigación es factible, por lo que se podrían proyectar nuevos estudios que retomen sus objetivos, con el fin de explorar este mismo fenómeno e incrementar la validez de los resultados obtenidos. Para que esto sea posible, se requiere que estos estudios se realicen a gran escala, considerando una muestra representativa y de mayor tamaño. De esta forma, sería posible caracterizar el desempeño lingüístico y articulatorio, tanto en niños portadores de fisura como en infantes sin esta malformación, a fin de producir datos que puedan ser generalizados para ambos grupos y plantear estudios comparativos entre las dos poblaciones mencionadas.

Durante el proceso de análisis de resultados, se observó la existencia de distintas variables y la posible relación entre estas, sin embargo, estos datos no fueron considerados por no pertenecer a los objetivos planteados para este estudio. No obstante, sería interesante el que estos factores sean abordados en nuevas investigaciones. La primera de ellas correspondería a la relación entre fisura y alteraciones en el lenguaje, realizando un análisis de cada nivel lingüístico con mayor profundidad. En segundo lugar, se debiera realizar un estudio que correlacione las alteraciones articulatorias de los niños portadores de fisura con el estado de las estructuras orofaciales, ya que se observó que la alteración de estas tienen el potencial de afectar la producción de los sonidos del habla.

En cuanto a la insuficiencia velofaríngea, se propone estudiar la correlación de esta con la presencia de articulación compensatoria, ya que durante esta investigación se hizo evidente que no todos los niños diagnosticados con IVF desarrollaron patrones de articulación anómalos, por lo que sería interesante averiguar cómo estas variables se relacionan entre sí. Con respecto a este trastorno, se insta a estudiar el desempeño articulatorio de los niños que presentan insuficiencia velofaríngea con y sin terapia fonoaudiológica previa, pues se evidenciaron diferencias en el rendimiento asociados a estas variables. En definitiva, con la realización de estas investigaciones se lograría

establecer un perfil lingüístico y articulatorio de los niños portadores de fisura labiopalatina, y se contribuiría a la labor del fonoaudiólogo en la intervención de esta área.

Sumado a lo anterior, surge la posibilidad de plantear estudios que consideren a la fisura como una patología que va más allá de una afección netamente orgánica, sino que como un cuadro sistémico que afecta todo el ambiente en el que se inserta el niño. La presencia de esta malformación influye en múltiples aspectos, tales como el estilo de crianza, la dinámica familiar y la exigencia de los padres frente al desempeño de sus hijos(as) en diversas tareas. Sería de sumo interés estudiar cómo estos factores combinados pueden propiciar la aparición de un déficit lingüístico y/o articulatorio, incluso más allá de la disciplina fonoaudiológica, sino que también contando con la perspectiva de otros profesionales como psicólogos, neurólogos, entre otros.

Al realizar un balance de la experiencia de realizar este estudio, se concluye que este fue gratificante para las investigadoras. Se finaliza este proceso con un alto grado de satisfacción frente a la tarea realizada, ya que esta tesis representa un punto de inicio para investigaciones futuras ligadas a esta área del quehacer fonoaudiológico. Se espera que el presente estudio logre incentivar a otros estudiantes y/o profesionales a crear instancias que permitan aumentar el conocimiento existente respecto a esta malformación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguado, G. (1999). *Trastorno Específico del Lenguaje. Retraso del Lenguaje y Disfasia*. Málaga, España: Ediciones Aljibe.

Aguilar, E. & Serra, M. (2007). *A-RE-HA Análisis del retraso del habla*. Barcelona, España: Publicaciones y ediciones Universidad Barcelona

Aguirre, M.; Carrasco, P.; Cortese, E.; Giménez, R. & Ortega, C. (2008). *Descripción de evaluación fonaudiológica para el diagnóstico de Insuficiencia Velofaríngea Residual e indicación quirúrgico*. Tesis para optar al título de Fonoaudiólogo. Valparaíso: Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina.

Álvarez, D.; Palomares, M.; Quezada, V. y Villena, C. (2004). Evaluación de la insuficiencia velofaríngea: Presentación de un protocolo de evaluación para pacientes portadores de fisura labiopalatina. *Revista Chilena de Fonoaudiología*. Vol. 5. N°2. Pág. 41- 55.

American Psychological Association - APA (2011). *Definition of terms: Sex, Gender Identity, Sexual Orientation*. [En línea]. Disponible en <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/sexuality-definitions.pdf>, Revisado el 28 de Septiembre de 2013.

Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR, BREVIARIO: Criterios diagnósticos*. Barcelona, España: MASSON.

- Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología -AELFA, (2007). *¿Retraso evolutivo del lenguaje?: intervención logopédica en un caso clínico*. [En línea]. Disponible en <http://esther1973.files.wordpress.com/2010/07/intervencion-logopedica-retraso-evolutivo-lenguaje.pdf>, Revisado el 24 de Marzo de 2013.
- Belloch, A.; Sandín, B. & Ramos, F. (2008) *Manual de Psicopatología*. Volumen 1. Madrid, España: Mc Graw Hill
- Bermeosolo, J. (2001) *Psicología del lenguaje: Fundamentos para educadores y estudiantes de pedagogía*. Santiago, Chile: Ediciones UC.
- Bernal, F.; Gatica, L. & Romero, N. (2006). *Adquisición fonética de niños de 3 a 6 años 11 meses de edad*. Tesis para optar al título de Fonoaudiólogo. Valparaíso: Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina.
- Blanco, A.; González, F.; Ramírez F.; Torres, C. & Valenzuela, M. (2008). *Habilidades Psicolingüísticas en niños con Trastorno Específico del Lenguaje de kinder y nivel básico I (NBI)*. Tesis para optar al título de Fonoaudiólogo inédita. Santiago, Chile: Universidad de Chile, Facultad de medicina.
- Chapman, K. (1993). *Phonologic processes in children with cleft palate*. [En línea]. Disponible en [http://www.cpcjournal.org/doi/pdf/10.1597/1545-1569\(2003\)040%3C0460%3APPALSO%3E2.0.CO%3B2](http://www.cpcjournal.org/doi/pdf/10.1597/1545-1569(2003)040%3C0460%3APPALSO%3E2.0.CO%3B2), Revisado el 23 de Marzo de 2013.
- Chapman, K.; Graham, K.; Gooch, J. & Visconti, C. (1998). Conversational skills of preschool and school age children with cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, Vol. 35. N°6.

Consejería de salud de la junta de Andalucía (Sin Fecha). *Programa de detección de hipoacusias en recién nacidos*. [En línea]. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/la_salud_del_bebe/Programa_prevision_hipoacusia.pdf, Revisado el 3 de Septiembre de 2013.

Corbo, M. & Marimón M. (2001). *Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud*. [En línea]. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi11401.pdf, Revisado el 9 de Abril de 2013.

D'Antonio, L. & Scherer, N. (2008). *Communication disorders associated with cleft palate*. [En línea]. Disponible en <http://www.communipartner.com/wp-content/uploads/2011/07/2008-Communication-Disorders-in-Locee-Kirschner.pdf>, Revisado el 15 de Marzo de 2013.

Ervin, M. (2001) *SLI – What we know and why it matters*. [En línea]. Disponible en <http://www.asha.org/Publications/leader/2001/010626/sli.htm>, Revisado el 02 Octubre de 2013.

Ford, A. (2004). *Tratamiento actual de fisuras labio palatinas*. [En línea]. Disponible en http://www.clinicalascondes.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_15_4/TratamientoLabiopalatinas.pdf, Revisado el 15 de Abril de 2013.

Garcés, M. (2005). *Protocolo de Habilidades Pragmáticas*. No Publicado.

- Gassió-Subirachs, R. (2006) *Trastornos del lenguaje*. [en línea]. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/81166290/Trastornos-Del-Lenguaje-Dra-Rosa-Gassio-Subirachs>. Revisado el 20 Abril de 2013.
- González, J. (2003). *Alteraciones del habla en la infancia: Aspectos clínicos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Habbaby, A. (2000). *Enfoque Integral del niño con fisura Labiopalatina*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Hardin-Jones, M. & Jones, D. (2005). *Speech production of preeschoolers with cleft palate*. [En línea]. Disponible en <http://www.cpcjournal.org/doi/pdf/10.1597/03-134.1>, Revisado el 20 de Marzo de 2013.
- Hermosilla, K.; Lobos, K. & Millones, N., (2012) “*Habilidades Prearticulatorias en niños de 0 a 24 meses con fisura labial y/o palatal antes y después de las cirugías primarias, provenientes de la cuarta y quinta región, atendidos en el Hospital Doctor Gustavo Fricke*” Tesis para optar al título de Fonoaudiólogo. Valparaíso: Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. D.F., México: McGraw – Hill Interamericana.
- International Phonetic Association. (2005). *The International Phonetic Alphabet, revised to 2005*. [En línea]. Disponible en [http://www.langsci.ucl.ac.uk/ipa/IPA_chart_\(C\)2005.pdf](http://www.langsci.ucl.ac.uk/ipa/IPA_chart_(C)2005.pdf), Revisado el 17 de Marzo de 2013.

- Kuehn, D. & Moller, K., (2000). *Speech and Language Issues in the Cleft Palate Population: The State of the Art*. [En línea]. Disponible [http://www.cpcjournal.org/doi/pdf/10.1597/1545-1569\(2000\)037%3C0348%3ASALIIT%3E2.3.CO%3B2](http://www.cpcjournal.org/doi/pdf/10.1597/1545-1569(2000)037%3C0348%3ASALIIT%3E2.3.CO%3B2), Revisado el 19 de Abril de 2013
- Leonard, L. (2000). *Children with Specific Language Impairment*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Luque, A. (2009). *Trastornos del lenguaje*. [En línea]. Disponible en http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_15/ANA%20MARIA_LUQUE_1.pdf, Revisado el 19 de Abril de 2013.
- Martínez, E. (2003). *El sonido en la comunicación humana: Introducción a la fonética*. Barcelona, España: Octaedro.
- Martínez, H. (2008). *El articulación del habla en individuos con hendiduras palatinas corregidas: estudio de dos casos*. [En línea]. Disponible en http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/16450/1/hendiduras_corregidas.pdf, Revisado el 16 de Abril de 2013.
- Mendoza, E. (2010). *Trastorno Específico del lenguaje (TEL)*. Madrid, España: Pirámide.
- Ministerio de Educación (2002). *Decreto N° 1300: Aprueba planes y programa de estudio para alumnos con Trastornos Específicos del Lenguaje*. [En línea]. Disponible en <http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201304231710590.DecretoN1300.pdf>, Revisado el 05 de Abril de 2013.

Ministerio de Educación (2009). *Decreto N° 170: Normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para educación especial*. [En línea]. Disponible en <http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201304231500550.DEC200900170.pdf>, Revisado el 05 de Abril de 2013.

Ministerio de Educación (2012). *Orientaciones técnico- pedagógicas para la evaluación diagnóstica integral en escuelas especiales de lenguaje*. [En línea]. Disponible en http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201211191804180.Orientaciones_Esc_Esp_Leng_2012.pdf, Revisado el 08 de Abril de 2013.

Ministerio de Salud (2009). *Guía Clínica Fisura Labio Palatina*. Santiago, Chile: MINSAL.

Monasterio, L. (2008). *Tratamiento Interdisciplinario de las fisuras labio palatinas*. Santiago, Chile: Impresora Óptima S.A.

Moreno, J. & Mateos, M. (2005). Estudio sobre la interrelación entre la dislalia y la personalidad del niño. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa, Vol 3*; 133-150.

Morris, H. & Ozanne, A. (2000). *Phonetic, phonological and language skills of children with a cleft palate*. [En línea]. Disponible en [http://www.cpcjournal.org/doi/pdf/10.1597/1545-1569\(2003\)040%3C0460%3APPALSO%3E2.0.CO%3B2](http://www.cpcjournal.org/doi/pdf/10.1597/1545-1569(2003)040%3C0460%3APPALSO%3E2.0.CO%3B2), Revisado el 04 de Marzo de 2013.

- Narbona, J. & Chevrie-Muller, C. (2003). *El lenguaje del niño: desarrollo normal, evaluación y trastornos*. Santiago, Chile: MASSON.
- Narbona, J. (2005). *El lenguaje del niño y sus trastornos*. [En línea]. Disponible en http://mtl.fonoaud.otalca.cl/docs/Seminario_Internacional_2005/Cap_Lenguaje_2005_J_Narbona_U_Talca.pdf, Revisado el 18 de Abril de 2013.
- Pamplona, M.; Ysunza, A.; Gonzalez, M.; Ramirez, E. & Patiño, E. (2000). *Linguistic development in cleft palate patients with and without compensatory articulation disorder*. [En línea]. Disponible en [http://www.ijporlonline.com/article/S0165-5876\(00\)00332-3/pdf](http://www.ijporlonline.com/article/S0165-5876(00)00332-3/pdf), Revisado el 19 de Abril de 2013.
- Pascual, P. (2000). *La dislalia. Naturaleza, diagnóstico y rehabilitación*. Madrid, España: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Pavez, M. (2010) *Test Exploratorio de Gramática Española de A. Toronto*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Pavez, M. (2010) *Test para la Comprensión Auditiva del Lenguaje de E. Carrow*. Santiago, Chile.
- Pavez, M.; Maggiolo, M. & Coloma, C. (2009). *Test para evaluar procesos de simplificación fonológica, TEPROSIF-R*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Perelló, J. (2005). *Trastornos del habla*. Barcelona, España: MASSON.

- Piccolloto, L.; Befi-Lopes, D. & Oliván, S. (2010). *Tratado de Fonoaudiología*. Brasil: Roca.
- Pichel, V. (2008). *Estudio Clínico-Epidemiológico y Logo foniatrico de niños operados por Fisura labio palatina*. [En línea]. Disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/tesis_logopedia_de_vanja_.pdf, Revisado el 9 de Abril de 2013.
- Queiroz, I. (2002) *Fundamentos de fonoaudiología: Aspectos clínicos de la motricidad oral*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Redondo, A. & Lorente, J (2004). *Trastorno del lenguaje* [en línea]. Disponible en [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Trastornos_lenguaje\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Trastornos_lenguaje(1).pdf), Revisado el 18 Abril de 2013.
- Rice, M. (2000). *Metaphonology, phonology and language in children with cleft palate*. Tesis doctoral inédita. Vancouver: University of British Columbia, School of Audiology and Speech Sciences
- Richman, L. & Wilgenbusch, T. (2005). *Spontaneous Verbal Labeling: visual memory and reading ability in children with cleft*. [En línea]. Disponible en <http://www.cpcjournal.org/doi/pdf/10.1597/04-128R.1>, Revisado el 20 de Abril de 2013.
- Rossell, P. (2009). *Tratamiento de la fisura labio palatina: Programa Outreach Surgical Center*. Lima, Perú: Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Scharager, J. (2001) *Muestreo No Probabilístico*. [en línea]. Disponible en http://cursos.uc.cl/unimit_psi_003-1/almacen/1222368251_jscharag_sec4_pos0.pdf, Revisado el 26 de Abril de 2013.

Sepúlveda, G.; Palomino, H. & Cortés, J. (2008). *Prevalencia de fisura labiopalatina e indicadores de riesgo: Estudio de la población atendida en el Hospital Clínico Félix Bulnes de Santiago de Chile*. [En línea]. Disponible en http://www.captura.uchile.cl/bitstream/handle/2250/14513/Cortes_J_2008_a.pdf?sequence=1, Revisado el 9 de Abril de 2013.

Shprintzen, R. & Bardach, J. (1995). *Cleft Palate Speech Management: A Multidisciplinary Approach*. Missouri, Estados Unidos: Mosby.

Silvestre, N. (2003). *Sordera. Comunicación y aprendizaje*. Barcelona, España: MASSON.

Tamashiro, A. (2011). *Fisura Labio Alvéolo Palatina, Nueva Metodología de Intervención Fonoaudiológica*. Buenos Aires, Argentina: AKADIA.

Villanueva, P.; De Barbieri, Z.; Palomino, H. & Palomino, H. (2008). Alta prevalencia de trastorno específico de lenguaje en isla Robinson Crusoe y probable factor fundador. *Revista Médica de Chile*; 136: 186-192.

Villanueva, P.; Fernández, M.; Lizana, M. y Palomino, H. (2010) *Procesos de simplificación fonológica en niños con fisura labiovelopalatina intervenidos quirúrgicamente*. [En línea]. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/05-10.pdf>, Revisado el 21 de Abril de 2013.

Ysunza, A. & Pamplona, M. (2006). *Corrección de la articulación compensatoria mediante terapia del lenguaje basada en principios fonológicos y con el modelo del lenguaje integral*. [En línea]. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2006/cp061i.pdf>, Revisado el 24 de Marzo de 2013.

ANEXOS

ANEXO 1

**CARTA DE AUTORIZACIÓN
DIRIGIDA TANTO AL JEFE DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN,
COMO AL JEFE DE LA UNIDAD DE FISURADOS
DEL HOSPITAL DOCTOR GUSTAVO FRICKE.**



Viña del Mar, Junio de 2013

Estimado Dr:

Informamos por medio de la presente, nuestra intención de realizar durante el año 2013 el seminario de tesis titulado “Incidencia del Trastorno Específico del Lenguaje y las alteraciones articulatorias en niños y niñas de 3 a 6 años 11 meses, portadores de fisura labio y/o palatina corregida” en la Universidad de Valparaíso. Para dicho efecto, solicitamos autorización para que la Fonoaudióloga Carolina Carmona, guía de esta investigación, pueda acceder a datos que permitan contactar pacientes y derivarlos a los laboratorios de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso, para llevar a cabo una evaluación del nivel lingüístico y articulatorio.

Cabe destacar que esta investigación no se realizará en dependencias del Hospital, ni tiene relación con éste. Además, es importante mencionar que los procedimientos que se realizarían sólo tienen fines evaluativos y observacionales, sin que éstos resulten invasivos ni signifiquen un perjuicio en la salud de los niños y niñas. Finalmente, los resultados de este estudio serán un aporte para la Unidad de Fisurados quienes contarán con información actualizada referente al nivel lingüístico y articulatorio de los pacientes. Para mayor claridad, el estudio que realizaríamos se explica en detalle en el anteproyecto adjunto.

Esperando favorable respuesta saludan atentamente

Alumnas de Fonoaudiología Universidad Valparaíso

Madelaine Abarca Calderón

Catalina Arancibia Aguilera

Andrea Sibona Carboni

ANEXO 2

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



FICHA DE CONOCIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Yo, _____, con RUT: _____, en representación de: _____ RUT: _____ debido a mi condición de _____ he sido debidamente informado acerca de la investigación “Incidencia del Trastorno Específico del Lenguaje y las alteraciones articulatorias en niños y niñas de 3 a 6 años 11 meses, portadores de fisura labio y/o palatina corregida, pertenecientes a la Unidad de Fisurados del Hospital Gustavo Fricke”, en la cual me suscribo libremente, habiéndome notificado previamente de los siguientes aspectos:

1. Que esta investigación corresponde a un proyecto de tesis para optar al grado de Fonoaudiólogo en la Universidad de Valparaíso.
2. Que el objetivo de este estudio es evaluar y describir las características referentes al lenguaje y habla en pacientes portadores de fisura labiopalatina, desde el punto de vista fonoaudiológico
3. Que los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, los datos personales no serán dados a conocer y solo serán usados para efectos de esta investigación. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
4. Que no recibiré remuneración alguna por la participación de mi representado en este estudio, como tampoco tendré que asumir gasto alguno por la evaluación que se realizará
5. Que si me surgiera alguna duda, podré consultarla al investigador principal y sus colaboradores en cualquier momento de la investigación al mail fisuradoslenguaje2013@gmail.com
6. Que esta investigación no interfiere con el tratamiento que mi representado/a recibe, el cual será el mismo si no participa en el estudio.
7. Que en este estudio participarán 40 niños (as) con fisura labiopalatina, aproximadamente, de edades similares a la de mi representado.

8. Que para cumplir con los objetivos de este estudio es necesario que mi representado sea grabado en imágenes en la sesión de evaluación, con el fin de respaldar la información obtenida. Esta filmación tendrá carácter de absoluta confidencialidad y será utilizada sólo con fines académicos.
9. Que la sesión de evaluación constará de una anamnesis además de la aplicación de pautas de valoración referentes a las estructuras orofaciales. A esto se suma la evaluación fonoaudiológica mediante pruebas que buscan determinar el nivel lingüístico y articulatorio de mi representado
10. Que la anamnesis es necesaria para recopilar datos relevantes acerca de mi representado referentes a su desarrollo, enfermedades y antecedentes relevantes de la adquisición del lenguaje, y que sólo la puede contestar el padre, la madre o quien esté a cargo de él / ella.
11. Que la evaluación del lenguaje consta de la observación del terapeuta y aplicación de pruebas requeridas por el ministerio y complementarias para determinar el nivel lingüístico del menor y establecer un diagnóstico fonoaudiológico.
12. Que la evaluación de las estructuras orofaciales son indoloras y no invasivas.
13. Que los evaluadores poseen los conocimientos necesarios para llevar a cabo los procedimientos requeridos en esta evaluación.
14. Que esta investigación es un aporte para extender el conocimiento de los profesionales fonoaudiólogos acerca del desarrollo lingüístico y articulatorio en los niños que padecen fisura labiopalatina.
15. Que los resultados de esta investigación podrán ser divulgados o no, según lo estimado por los investigadores, en publicaciones de tipo científicas y/o académicas, además de otras investigaciones, siempre preservando la identidad de los participantes.
16. Que esta investigación no se realizará en las dependencias del Hospital Doctor Gustavo Fricke ni tiene relación con éste, ya que pertenece a la carrera de fonoaudiología de la Universidad Valparaíso.

Conforme a lo informado previamente: Acepto participar de forma voluntaria en los compromisos que esta investigación requiere, sin mayor beneficio que los explicitados

Para dejar constancia, firmo el presente consentimiento informado en la ciudad de Viña del Mar de Chile, con fecha _____

Nombre completo del paciente: _____

Nombre del Representante: _____

Dirección del Representante: _____

RUT del Representante: _____ Firma del Representante: _____

Nombre del investigador: _____

RUT del investigador: _____ Firma del investigador: _____

Ante dudas con respecto a la investigación comunicarse con:

Fonoaudióloga responsable: Carolina Carmona U
Departamento de Fisurados
Hospital Gustavo Fricke

OBSERVACIONES:

ANEXO 3

**ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA GRABACIÓN AUDIOVISUAL**



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GRABACIÓN AUDIOVISUAL

Yo, _____, con RUT: _____, en representación de: _____ RUT: _____ debido a mi condición de _____ he sido debidamente informado acerca de la investigación titulada ““Incidencia del Trastorno Específico del Lenguaje y las alteraciones articulatorias en niños y niñas de 3 a 6 años 11 meses, portadores de fisura labio y/o palatina corregida, pertenecientes a la Unidad de Fisurados del Hospital Gustavo Fricke”, por lo tanto, AUTORIZO a realizar una grabación audiovisual de la evaluación con el fin de respaldar la información obtenida para el posterior análisis. Esta filmación tendrá carácter de absoluta confidencialidad y será utilizada sólo con fines académicos.

Para dejar constancia, firmo el presente consentimiento informado en la ciudad de Viña del Mar de Chile, con fecha _____

Nombre completo del paciente: _____

Nombre del Representante: _____

Dirección del Representante: _____

RUT del Representante: _____ Firma del Representante: _____

Nombre del investigador: _____

RUT del investigador: _____ Firma del investigador: _____

Ante dudas con respecto a la investigación comunicarse con:

Fonoaudióloga responsable: Carolina Carmona U
Departamento de Fisurados
Hospital Gustavo Fricke

OBSERVACIONES:

ANEXO 4

ANAMNESIS



ANAMNESIS

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____

Domicilio: _____

Informante: _____ Teléfono: _____

Antecedentes del Embarazo y Parto

Enfermedades importantes durante el embarazo: _____

Parto: De término: _____ Pre término: _____

Complicación durante el parto: _____ Apgar: _____

Desarrollo Motor:

Afirmó la cabeza a los: _____ meses

Se sentó a los _____ meses

Gateó a los _____ meses

Se paró a los _____ meses

Caminó a los _____ meses

Control Esfínteres: _____ Enuresis: _____ Encopresis: _____

Desarrollo del Lenguaje:

Primeras Palabras: _____

Dificultades Comprensión: _____

Dificultades Expresión: _____

Entienden lo que habla el menor (fuera del núcleo familiar): _____

Asiste a Escuela de Lenguaje: _____

Desde cuando: _____

En que nivel se encuentra: _____

Antecedentes Mórbidos:

Enfermedades orgánicas: _____

Golpe o Caídas importantes: _____

Convulsiones: _____

Problemas visuales _____

Problemas auditivos _____

Otros: _____

Área Social:

Describa el entorno familiar del menor: _____

Relación con sus padres o familiares: _____

Actitud frente a sus pares: _____

Independencia en las Actividades de la Vida Diaria: _____

Antecedentes de tratamiento de Fisura

Diagnostico médico: _____

Diagnostico genético: _____

Tratamiento fonoaudiológico previo: _____

Cuánto tiempo de Tratamiento: _____

Intervenciones Quirúrgicas: _____

ANEXO 5

**PROTOCOLO DE REGISTRO
TEPROSIF-R**



TEPROSIF-R

Nombre:..... Edad: Fecha de nacimiento:.....

Examinador:..... Fecha de examen:.....

	ÍTEMES	REGISTRO	EST. SILÁBICA	ASIMI-LACIÓN	SUSTI-TUCIÓN	TOTAL PROC.	OTRAS RESP. (*)
1	PLANCHA						
2	RUEDA						
3	MARIPOSA						
4	BICICLETA						
5	HELICÓPTERO						
6	BUFANDA						
7	CAPERUCITA						
8	ALFOMBRA						
9	REFRIGERADOR						
10	EDIFICIO						
11	CALCETÍN						
12	DINOSAURIO						
13	TELÉFONO						
14	REMEDIO						
15	PEINETA						
TOTAL PSF BARRIDO CON 15 ÍTEMES							
16	AUTO						
17	INDIO						
18	PANTALÓN						
19	CAMIÓN						
20	CUADERNO						
21	MICRO						
22	TREN						
23	PLÁTANO						
24	JUGO						
25	ENCHUFE						
26	JABÓN						
27	TAMBOR						
28	VOLANTÍN						
29	JIRAFÁ						
30	GORRO						
31	ÁRBOL						
32	DULCE						
33	GUIARRA						
34	GUANTE						
35	RELOJ						
36	JAULA						
37	PUENTE						
TOTAL P.S.F.							

No responde (NR) Respuesta no Transcribible (NT) Responde otra palabra (OP)

Respuesta con procesos no identificables (PNI) Respuesta con procesos no clasificables según las categorías propuestas (PNC)

ANEXO 6

**PROTOCOLO DE REGISTRO
S.T.S.G. SUBPRUEBA RECEPTIVA**



PROTOCOLO S.T.S.G. SUBPRUEBA RECEPTIVA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Fecha de Evaluación: _____

ÍTEMS	PUNTAJES
1. El niño está sentado. * El niño no está sentado. (negación)	
2. El gato está encima de la caja. El gato está adentro de la caja.* (preposición)	
3. El está subiendo. Ella está subiendo. * (pronombre personal)	
4. El perro está detrás de la silla. * El perro está debajo de la silla. (preposición)	
5. Están comiendo. Está comiendo. * (plural en forma verbal)	
6. El libro es de él. * El libro es de ella. (pronombre posesivo)	
7. El niño se cayó. * El niño se cae. (tiempo verbal pret. indef..)	
8. Alguien está en la mesa. Algo está en la mesa. * (pronombre indefinido)	
9. El niño la está llamando. El niño lo está llamando. * (pronombre personal)	
10. Este es mi papá. * Aquel es mi papá. (pronombre demostrativo)	
11. El niño está tomado helado. * El niño estaba tomando helado. (pretérito imperfecto)	
12. ¿Dónde está la niña? ¿Quién es la niña? * (adverbio interrogativo)	
13. El niño tiene el pájaro. * El niño tenía el pájaro. (pretérito imperfecto)	
14. La niña las tiene. * La niña la tiene. (plural en el pronombre)	
15. Esta es mi cama. Esta es nuestra cama. * (pronombre posesivo)	
16. El niño se ve. El niño lo ve. * (pronombre reflexivo)	
17. La niña subirá. * La niña subió. (tiempo futuro)	
18. Mira a quien llegó. Mira lo que llegó.* (pronombre relativo)	
19. La mamá dice: "se lo dio". La mamá dice: "me lo dio". * (complemento indirecto)	
20. La mamá va a comprar pan. * La mamá fue a comprar pan. (tiempo presente)	
21. Este es un avión. * Ese es un avión. (pronombre demostrativo)	
22. El papá es alto. El papá está alto.* (cópula verbal)	
23. El niño es llamado por la niña. * La niña es llamada por el niño. (voz pasiva)	
TOTAL PUNTAJE	

ANEXO 7

**PROTOCOLO DE REGISTRO
S.T.S.G. SUBPRUEBA EXPRESIVA**



PROTOCOLO S.T.S.G. SUBPRUEBA EXPRESIVA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Fecha de Evaluación: _____

ÍTEMS	PUNTAJES
1. La puerta no está cerrada. * La puerta está cerrada. (negación)	
2. El perro está encima del auto. * El perro está adentro del auto. (preposición)	
3. El gato está debajo de la silla. El gato está detrás de la silla. * (preposición)	
4. El ve el gato. * Ella ve el gato. (pronombre personal)	
5. Alguien está en la silla. Algo está en la silla. * (pronombre indefinido)	
6. El sombrero es de ella. El sombrero es de él. * (pronombre posesivo)	
7. Está durmiendo. Están durmiendo. * (plural en forma verbal)	
8. El niño se vistió. * El niño se viste. (tiempo verbal pret. indef..)	
9. La niña está escribiendo. * La niña estaba escribiendo. (pretérito imperfecto)	
10. La niña la ve. La niña lo ve. * (pronombre personal)	
11. El niño tenía el globo. * El niño tiene el globo. (pretérito imperfecto)	
12. La niña lo lleva. * La niña los lleva. (plural en el pronombre)	
13. Este es mi amigo. Aquel es mi amigo. * (pronombre demostrativo)	
14. El niño lo lava. El niño se lava. * (pronombre reflexivo)	
15. Este es su perro. * Este es nuestro perro. (pronombre posesivo)	
16. La niña comió. * La niña comerá. (tiempo futuro)	
17. Esa es mi muñeca. Esta es mi muñeca. * (pronombre demostrativo)	
20. ¿Quién está en la puerta?. * ¿Qué está en la puerta? (pronombre interrogativo)	
21. ¿Dónde está el niño? ¿Quién es el niño? * (adverbio interrogativo)	
20. El niño va a cortarse el pelo. El niño fue a cortarse el pelo. * (tiempo presente)	
21. El niño dice: "me la dio". * El niño dice: "se la dio". (complemento indirecto)	
22. El niño es alto. El niño está alto. * (cópula verbal)	
23. La niña es empujada por el niño. * El niño es empujado por la niña. (voz pasiva)	
TOTAL PUNTAJE	

ANEXO 8

PROTOCOLO DE REGISTRO
TECAL



FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE FONOAUDIOLÓGIA

TECAL

Nombre:..... Edad: Fecha de nacimiento:.....

Examinador:..... Fecha de examen:.....

Ítem	R.C.	R.N.	Ítem	R.C.	R.N.	Ítem	R.C.	R.N.
1	2		40	3		79	2	
2	2		41	1		80	1	
3	1		42	2		81	1	
4	3		43	2		82	3	
5	1		44	1		83	2	
6	3		45	3		84	3	
7	1		46	2		85	2	
8	1		47	1		86	2	
9	3		48	2		87	1	
10	2		49	1		88	3	
11	1		50	1		89	1	
12	1		51	3		90	1	
13	3		52	2		91	2	
14	2		53	3		92	1	
15	1		54	2		93	1	
16	3		55	1		94	3	
17	1		56	2		95	2	
18	2		57	1		96	1	
19	3		58	1		97	3	
20	1		59	2		98	3	
21	1		60	1		99	2	
22	3		61	3		100	2	
23	3		62	3		101	1	
24	2		63	1				
25	3		64	1				
26	3		65	2				
27	1		66	1				
28	2		67	3				
29	1		68	1				
30	1		69	1				
31	3		70	1				
32	3		71	3				
33	1		72	2				
34	2		73	2				
35	3		74	3				
36	2		75	3				
37	1		76	1				
38	1		77	3				
39	2		78	1				

ANEXO 9

**PROTOCOLO DE REGISTRO
PAUTA DE COTEJO DE HABILIDADES PRAGMÁTICAS**



PAUTA DE COTEJO DE HABILIDADES-PRAGMÁTICAS

(Garcés, M. 2005)

Nombre: Fecha de Nacimiento: Edad:

Examinador: Fecha de Examen:

Habilidades Pragmáticas	Si	No	A veces	Observaciones
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.				
Presuposiciones: No presupone conocimientos en el interlocutor.				
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 dudas.				

ANEXO 10

PROTOCOLO DE REGISTRO
TEST DE ARTICULACIÓN A LA REPETICIÓN
(MODIFICADO)

TEST DE ARTICULACIÓN A LA REPETICIÓN (MODIFICADO)

Nombre _____

Nombre del evaluador: _____

Fecha de evaluación: _____

TIPO	FONEMA	INICIAL	MEDIA	FINAL
Bilabial	B	Bota	Cabeza	Nube
		Bala	Tabaco	Tubo
	P	Pato	Zapato	Copa
		Pesa	Tapado	Sopa
	M	Mano	Camisa	Suma
		Mesa	Camote	Lomo
Labiodental	F	Foca	Zafiro	Café
		Fino	Búfalo	Mofa
Dental	D	Dama	Cadena	Codo
		Dato	Madera	Nudo
	T	Tapa	Botella	Mata
		Tina	Tetera	Lote
	S	Sapo	Cocina	Taza
		Sala	Pesado	Pozo
Alveolar	N	Nido	Panera	Maní
		Nota	Canoso	Mono
	L	Luna	Caluga	Pala
		Losa	Pelota	Tela
	R		Poroto	Coro
			Marino	Pera
	RR	Rosa	Carreta	Perro
		Remo	Parrilla	Tarro
Palatal	Y	Llave	Payaso	Malla
		Yema	Tallado	Pollo
	Ñ	Ñato	Puñete	Caña
		Ñoqui	Muñeca	Moño
	CH	Chala	Lechuga	Noche
		Chino	Cachorro	Ficha
Velar	K	Casa	Paquete	Taco
		Queso	Máquina	Peca
	G	Gato	Laguna	Jugo
	X	José	Tejido	Caja
		Gitano	Mojado	Teja

ANEXO 11

**PROTOCOLO DE REGISTRO
ESTRUCTURAS OROFACIALES
PAUTA DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES
PREARTICULATORIAS DEL NIÑO FISURADO**

Pauta de Evaluación de las habilidades prearticulatorias del niño fisurado (6 a 24 meses) / Carmona, Hermosilla, Lobos y Millones (2012)

Nombre:													
Fecha nacimiento(DD/MM/AAA):						Edad: (MM,DD):		Género:		1=Femenino		2=Masculino	
Evaluador:						Fecha evaluación (DD/MM/AAAA):							
Diagnóstico			1=FL	4=FV	7=Otro			Cirugías previas :		1= Si		2= No	
			2=FLA	5=FPV	Lado afectado			Cirugía a realizar/realizada:		1= Queiloplastía		2= Veloplastia + Palatoplastía	
			3=FP	6=FLAPV	1=Unilateral	Derecho =1	Izquierdo=2	Observaciones:					
					2=Bilateral								

ESTRUCTURAS OROFACIALES

Nariz

Punta nasal			Alas nasales				Columela						
1=Normal	2=Ensanchada		1=Normales	2=Aplanadas			1=Normal	2=Acortada		3=Desviada		4=Ausente	
			Lado				Lado						
			Derecho=1				Derecho=1						
			Izquierdo=2				Izquierdo=2						
			Ambos=3										
Observaciones:													

Mejillas

Tono			
1=Eutónicas	2=Hipertónicas	3=Hipotónicas	
Observaciones:			

Mandíbula

Apariencia			
1=Normal	2= Prognatia	3= Retrognatia	4= Micrognatia
Observaciones:			

Labios

Estado				Simetría				Competencia				Prolabio					
1=No fisurado		2= Fisurado no operado		3= Fisurado operado		1=Si		2=No		1=Presente		2=Ausente		1=Ausente		2=Presente	
Normal=1			Estado de la Cicatriz						Con sobreesfuerzo=1		Adherido a premaxila		Si =1				
Superior corto=2			Apariencia						Entreabierta=2				No=2				
Inferior evertido=3			Retraída =1														
			Adherida=2														
			Hipertrofica=3														
			Queloides=4														
			Con aumento de Volumen=5														
			Normal =6														
			Color														
			Roja=1														
		Rosada=2															
		Nácar=3															
Tono				Sialorrea				Crestas filtrales									
1=Eutónicos		2=Hipertónicos		3=Hipotónicos		1=Ausente		2=Ocasional		3=Permanente		1=Normales		2=Corta/oblicua		3=No desarrolladas	
Observaciones:												Lado		Lado			
												Derecho=1		Derecho=1			
												Izquierdo=2		Izquierdo=2			
												Ambos=3		Ambos=3			

Reborde alveolar

Estado				Protrusión de la Premaxila					
1=No fisurado	2= Fisurado no operado	3= Fisurado operado		1=Si	2=No				
				Fístula					
				No =1					
				Si=2				En caso que sea sí	
								Tamaño fístula	
				1 a 2 mm =1					
				3 a 5 mm=2					
				+5mm=3					
Observaciones:									

Vestíbulo

Continuidad			
1=Adecuada		2=Interrumpida	
		Por la fisura=1	
		Por la adherencia de la cicatriz=2	
Observaciones:			

Dientes

Incisivos			Caninos			1º Molares			2º Molares		
1=No	2= Si		1= No	2=Si		1=No	2=Si		1=No	2=Si	
Agnesia			Agnesia			Agnesia			Agnesia		
Tipo			Tipo			Tipo			Tipo		
1=Si	Centrales superiores=1		1=Si	Superiores =1		1=Si	Superiores=1		1=Si	Superiores=1	
2=No	Centrales inferiores=2		2=No	Inferiores=2		2=No	Inferiores=2		2=No	Inferiores=2	
	Laterales superiores=3										
	Laterales inferiores=4										
Apariencia			Apariencia			Apariencia			Apariencia		
Adecuada=1	Alterada=2		Adecuada=1	Alterada=2		1=Adecuada	2= Alterada		1=Adecuada	2=Alterada	
	Rotaciones=1			Rotaciones=1			Rotaciones=1			Rotaciones=1	
	Supernumerarios=2			Supernumerarios=2			Supernumerarios=2			Supernumerarios=2	
	Superposición=3			Superposición=3			Superposición=3			Superposición=3	
	Malposición=4			Malposición=4			Malposición=4			Malposición=4	
Mordida						Observaciones:					
1=Normoclusión	2=Abierta	3=Cruzada	4= invertida	5= No observada							

Lengua

Tamaño			Tono		
1=Normal	2=Macroglosia	3=Microglosia	1=Eutónico	2=Hipertónico	3=Hipotónico
Observaciones:					

Paladar Duro

Estado			
1=No fisurado	2=Fisurado no operado	3=Fisurado operado	
Apariencia		Fístula	
Normal=1		No=1	En caso que sea sí
Alto=2		Si=2	
Ojival=3			
		Tamaño Fístula	
		1 a 2 mm =1	
		3 a 5 mm=2	
		+ 5 mm=3	
Observaciones:			

Velo del paladar

Estado				Longitud				
1=No fisurado	2=Fisurado no operado	3=Fisurado operado			1=Normal			
				Fistula				
				No=1		2=Corto		
				Si=2		3=Alargado		
						En caso que sea sí	4=No observado	
						Tamaño Fístula		
						1 a 2 mm=1		
						3 a 5 mm=2		
						+ 5 mm=3		
						Coloración de cicatriz		
						Roja =1		
		Rosada=2						
		Nácar =3						
Observaciones:								