

28
2y



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ARAGON"**

**METODOLOGIA DE TERAPIA DE LENGUAJE PARA NIROS CON
SECUELAS DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO A NIVEL
PREESCOLAR (3 A 5 AÑOS), PARA LA FUNDACION MEXICANA
DE APOYO AL CONOCIMIENTO Y HABILITACION DEL LABIO
Y/O PALADAR HENDIDO Y ANOMALIAS CRANOFACIALES A.C.
"ENLACE"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PEDAGOGIA
P R E S E N T A :
ALMA DELIA MORALES FRANCISCO**

ASESOR LIC. G. SUSANA VIGUERAS



ARAGON, EDO. DE MEX.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES, POR QUE DE ELLOS HE APRENDIDO EL SER CONSTANTE Y TENAZ, GRACIAS POR SU CARIÑO.

A MIS ABUELITOS, TÍOS Y HERMANOS, POR SU COMPRENSIÓN APOYO Y CARIÑO.

A ORLANDO, POR EL APOYO E IMPULSO QUE ME DIO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS. GRACIAS AMOR POR TU AMOR Y PACIENCIA.

PERO... MIS MAS INFINITAS GRACIAS A TI, SEÑOR, POR DEJARME VIVIR, POR DEJARME SER Y POR BRINDARME LA FAMILIA QUE TENGO.

INDICE

INDICE

INTRODUCCION	6
CAPITULO I LENGUAJE	10
1.1 ASPECTOS GENERALES DEL LENGUAJE	11
1.2 DESARROLLO DEL LENGUAJE	25
1.2.1 CUADROS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE	26
1.2.2 EDAD DE CERO A UN AÑO	26
1.2.3 EDAD DE UNO A DOS AÑOS	27
1.2.4 EDAD DE DOS A TRES AÑOS	28
1.2.5 EDAD DE TRES A CUATRO AÑOS	28
1.2.6 EDAD DE CUATRO A CINCO AÑOS	29
1.2.7 EDAD DE CINCO A SEIS AÑOS	30
CAPITULO II PRINCIPALES ANOMALÍAS DEL LENGUAJE ORIGINADAS POR EL DESARROLLO EMBRIONARIO	31
2.1 EMBRIOLOGÍA	33
2.2 DESARROLLO DEL PALADAR	34
2.3 LABIO Y PALADAR HENDIDO	39
2.4 ETIOLOGÍA	43
2.5 INCIDENCIA	44
2.6 ANATOMÍA	44
2.7 FISIOLÓGÍA	45
CAPITULO III INSUFICIENCIA VELOFARINGEA Y SUSTITUCIONES ARTICULATORIAS GRUESAS	49
3.1 INSUFICIENCIA VELOFARINGEA	50
3.2 SUSTITUCIONES ARTICULATORIAS GRUESAS	54
3.2.1 CLASIFICACIÓN DE LOS FONEMAS QUE PRESENTAN SUSTITUCIONES ARTICULATORIAS GRUESAS	55
3.2.2 /K/	55
3.2.3 /P/	56
3.2.4 /T/	56
3.2.5 /C/	57
3.2.6 /S/	57
CAPITULO IV DESARROLLO DE LA FUNDACION MEXICANA DE APOYO AL CONOCIMIENTO Y HABILITACIÓN DEL LABIO Y/O PALADAR HENDIDO Y ANOMALÍAS CRANIOFACIALES A.C. "ENLACE"	58
4.1 SURTIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN	59
4.2 ESTRUCTURA FUNCIONAL	60
4.3 DESARROLLO	62

INDICE

INTRODUCCION	6
CAPITULO I LENGUAJE	10
1.1 ASPECTOS GENERALES DEL LENGUAJE	11
1.2 DESARROLLO DEL LENGUAJE	25
1.2.1 CUADROS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE	26
1.2.2 EDAD DE CERO A UN AÑO	26
1.2.3 EDAD DE UNO A DOS AÑOS	27
1.2.4 EDAD DE DOS A TRES AÑOS	28
1.2.5 EDAD DE TRES A CUATRO AÑOS	28
1.2.6 EDAD DE CUATRO A CINCO AÑOS	29
1.2.7 EDAD DE CINCO A SEIS AÑOS	30
CAPITULO II PRINCIPALES ANOMALÍAS DEL LENGUAJE ORIGINADAS POR EL DESARROLLO EMBRIONARIO	31
2.1 EMBRIOLOGÍA	33
2.2 DESARROLLO DEL PALADAR	34
2.3 LABIO Y PALADAR HENDIDO	39
2.4 ETIOLOGÍA	43
2.5 INCIDENCIA	44
2.6 ANATOMÍA	44
2.7 FISIOLÓGÍA	45
CAPITULO III INSUFICIENCIA VELOFARÍNGEA Y SUSTITUCIONES ARTICULATORIAS GRUESAS	49
3.1 INSUFICIENCIA VELOFARÍNGEA	50
3.2 SUSTITUCIONES ARTICULATORIAS GRUESAS	54
3.2.1 CLASIFICACIÓN DE LOS FONEMAS QUE PRESENTAN SUSTITUCIONES ARTICULATORIAS GRUESAS	55
3.2.2 /K/	55
3.2.3 /P/	56
3.2.4 /T/	56
3.2.5 /C/	57
3.2.6 /S/	57
CAPITULO IV DESARROLLO DE LA FUNDACION MEXICANA DE APOYO AL CONOCIMIENTO Y HABILITACIÓN DEL LABIO Y/O PALADAR HENDIDO Y ANOMALÍAS CRANIOFACIALES A.C. "ENLACE"	58
4.1 SURGIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN	59
4.2 ESTRUCTURA FUNCIONAL	60
4.3 DESARROLLO	62

CAPITULO V METODOLOGIA DE TERAPIA DEL LENGUAJE PARA NIÑOS CON SECUELAS DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO A NIVEL PREESCOLAR (3 A 5 AÑOS) PARA LA FUNDACIÓN MEXICANA DE APOYO A L CONOCIMIENTO Y HABILITACIÓN DEL LABIO Y/O PALADAR HENDIDO Y ANOMALÍAS CRANOFACIALES A.C. "ENLACE"	72
5.1 CARACTERÍSTICAS DEL HABLA DE PACIENTES CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO E INSUFICIENCIAS VELOFARINGEAS	77
5.2 PROGRAMA DE TERAPIA	77
5.3 ALGUNAS IDEAS PARA TRABAJAR LA INTEGRACIÓN DEL FONEMA A NIVEL DE PALABRA POR MEDIO DEL JUEGO	89
CONCLUSIONES	97
ANEXOS	102
BIBLIOGRAFÍA	132

INTRO D UCCION

INTRODUCCION

Uno de los acontecimientos más importantes en la vida del hombre, es la comunicación ya que a través de ella nos podemos relacionar en varias formas, siendo las más importantes la comunicación corporal, la oral y la escrita.

El lenguaje es un proceso que abarca todos los medios de comunicación en los que el pensamiento y los sentimientos se simbolizan para que tengan sentido par otros.

Las distintas instituciones medicas en México nos muestran que el número de atipicidades del lenguaje han aumentado, ya sea por cuestiones genéticas, medicamentos no prescritos durante el embarazo, vicios, etc. Un problema del cual no se han definido sus causas, pero si se sabe que es una malformación congénita que tiene lugar en el período embrionario, es el labio y/o paladar hendido, y es una malformación que se observa hasta que nace el pequeño; poco después del nacimiento se somete a una serie de cirugías, que a la larga logran cerrar la fisura, mejorar su desarrollo dentario y su oído, así como ayudar en los problemas psicológicos tanto de los niños como de la familia.

En la Fundación Mexicana de Apoyo al Conocimiento y Rehabilitación del Labio y/o Paladar Hendido y Anomalías Cranofaciales A.C. "ENLACE" se les proporciona ayuda a los padres y niños con este problema. Dentro del área de foniatría se observa que no tienen un modelo a seguir, por lo que decidí trabajar sobre una propuesta de terapia del lenguaje para estos pequeños en edad preescolar, ya que una rehabilitación temprana da mejores resultados.

Es necesario para obtener resultados satisfactorios, valerse de un seguimiento en la terapia del lenguaje, tomando aspectos como el desarrollo psicomotriz de articulación y afectivo-social. Para lograr una mejor integración entre el niño y el medio que le rodea.

A continuación se da un bosquejo de los capítulos que se abordan en esta propuesta.

En el primer capítulo se muestran los aspectos generales del lenguaje y su utilidad en la investigación; pues es necesario que el profesional del área conozca el desarrollo del mismo lo cual va a permitir detectar anomalías o alteraciones en su evolución.

En el segundo capítulo se ubica la embriología por ser un área que nos sitúa en el desarrollo inicial del sujeto pues es importante para el pedagogo conocer el origen del problema del labio y/o paladar hendido.

En el tercer capítulo se explica la insuficiencia velofaríngea y las sustituciones articulatorias gruesas, ya que son aspectos que se dan en el pequeño de secuelas de labio y/o paladar hendido además de ser uno de los fundamentos de la propuesta de terapia de lenguaje para "ENLACE".

El cuarto capítulo está dedicado a la Fundación Mexicana de Apoyo al Conocimiento y Rehabilitación del Labio y/o Paladar Hendido y Anomalías Cranofaciales A.C. "ENLACE" ya que es la institución donde realice mi servicio social y del cual surgió la idea de realizar dicha propuesta para beneficio de los niños que asisten a la terapia.

Estos cuatro capítulos sirven como base para la Metodología de Terapia del Lenguaje par niños con secuelas de Labio y/o Paladar Hendido a nivel preescolar (3 a 5 años), para la Fundación Mexicana de Apoyo al Conocimiento y Rehabilitación del Labio y/o Paladar Hendido y Anomalías Cranofaciales A.C. "ENLACE", la cual se desarrolla en el capítulo cinco, donde se plantea un seguimiento terapéutico, tomando en cuenta tres aspectos: psicomotriz, afectivo-social y lenguaje.

Por último se encuentran las conclusiones a las que llegue en la realización de la propuesta así mismo se hace notar que ésta es una alternativa más para el trabajo terapéutico con el paciente que presenta secuelas de labio y/o paladar hendido.

CAPITULO I

LENGUAJE

LENGUAJE

En este primer capítulo se trabajarán los aspectos generales del lenguaje así como su desarrollo para poder entender la causa de los problemas del habla en los niños con L.P.H.

El habla es una capacidad motora mental, así como una parte del lenguaje en la que se utilizan palabras o sonidos articulados para comunicar significados. No obstante, no todos los sonidos emitidos por los niños se pueden considerar como habla, mientras no tengan suficiente control sobre el mecanismo neoromuscular para producir sonidos claros, controlados y distintos, sus emisiones vocales serán solo sonidos articulados, además hasta que aprendan asociar significado a estos sonidos controlados su habla será simplemente de imitación porque carecen de elemento mental significado. De esta manera es difícil saber con precisión cuando se inicia el habla real de un niño.

1.1 ASPECTOS GENERALES DEL LENGUAJE

¿Qué es lenguaje?

Tratar de definir el lenguaje no es tan fácil, sin embargo es necesario para poder comprender su significado estudiar y analizar éste concepto:

Según el empirismo, ninguna estructura es innata, el lenguaje se aprende por experiencia.

Los racionalistas o mentalistas plantean que la estructura del lenguaje está en gran medida determinada biológicamente; la profesora Margarita Nieto (1988) nos habla al respecto y nos dice:

"son muchos los sostenedores del innatismo del lenguaje"

Y esto lo apoya el hombre cuando nos dice:

"...desde el momento de su nacimiento el hombre está programado para aprender hablar, esto es, posee una base genética para el habla"¹

Con todo esto podemos decir que el lenguaje se aprende porque hay maduración neurológica, es decir:

"El lenguaje es un fenómeno cultural y social instalado sobre un desarrollo suficiente de funciones neurológicas, que permite a través de signos y símbolos adquiridos la comunicación con nuestros semejantes y con nosotros mismos."²

También se requiere de una función adecuada de los órganos articulatorios. La influencia del medio es básica para el desarrollo del lenguaje; así mismo la actividad motriz tiene relación con el desarrollo:

"La relación directa entre la actividad motriz y el lenguaje oral, es que hablamos no solo con los órganos articuladores, sino que todo nuestro cuerpo participa con los medios de expresión..."³

Con esto podemos darnos cuenta que un pequeño que se mueve más, habla más. (cuadro 1.2) Pág. 30.

"Por esto no nos sorprende que las primeras emisiones fonéticas infantiles se produzcan conjuntamente con movimientos corporales de todo el cuerpo".⁴

Si se concluye que el pequeño se mueve mas y en consecuencia habla más, entonces ¿Qué es el habla?

-
- 1 NIETO Margarita, Estado del lenguaje y superencias pedagógicas. Pág. 5.
 - 2 DE QUIROS Julio, Innatismo del lenguaje en el niño pág. 10.
 - 3 NIETO, Margarita "Estado del lenguaje y superencias pedagógicas" pág. 7.
 - 4 NIETO Margarita Op. cit pág. 7.

El habla de una persona es diferente a la de otra; ya que está formada de una serie de rasgos lingüísticos:

El habla, es la utilización individual y particular del lenguaje; es el lenguaje expresivo:

"El lenguaje solo se manifiesta en forma de lenguas; eslabón inferior que se encuentra ya en la conciencia de cada hablante y se actualiza en cada uno de ellos en forma de habla".⁵

"El habla de "Mónica" es una imagen ideal compuesta por una serie de rasgos lingüísticos propios de ella solamente que me permitan distinguirla del habla de "Antonio" o de un desconocido".⁶

Esto finalmente nos define el habla, como la ejecución individual de la lengua por un sujeto.

Para poder comprender qué es la lengua hay que remitimos a las cuatro estructuras lingüísticas:

A) Semántica

B) Sintáctica

C) Pragmática

D) Fonológica

A) LA SEMÁNTICA.

Estudia el significado de las palabras; toma en cuenta el significado (imagen mental de la palabra) y significante (imagen acústica: "silla"), estas se dan oralmente y con las interpretaciones que el hombre tenga de su medio, así como también el modo como las

⁵ CERDA Ramón "Lingüística Hoy" pág. 125.

⁶ CERDA Ramón, Op. Cit. pág. 125

aplique, esto es: la interacción con el medio hará que cada individuo le dé un concepto diferente a las cosas. La profesora Margarita Nieto comentó al respecto lo siguiente:

"Permite al hablante describir su medio ambiente. Está en relación con la imagen de la realidad, según el desarrollo sensorio-motriz y el nivel intelectual del pensamiento del hablante".⁷

Por otro lado se puede utilizar una palabra que al ser escuchada suene igual, y sin embargo su mensaje es diferente:

me voy a casar

me voy a cazar

En este caso el oyente dará al mensaje un significado que dependerá de su realidad.

También hay palabras que contienen los mismos elementos pero en distinto orden que cambian el significado:

Roma es amor

Ambas palabras tienen los mismos elementos pero su colocación varía el significado.

Con esto se puede decir, que la semántica estudia la esencia y concepto de las palabras dependiente del contexto en el que se encuentran:

Allá en el haya se halla
la aya de mis hijos, ojalá
no haya permitido que
se subieran a su tronco.
Vaya y traiga la yegua baya
que saltó la valla y se comió
las hojas de la baya.

⁷ NIETO Margarita. Evolución del lenguaje en el niño. Pág. 30

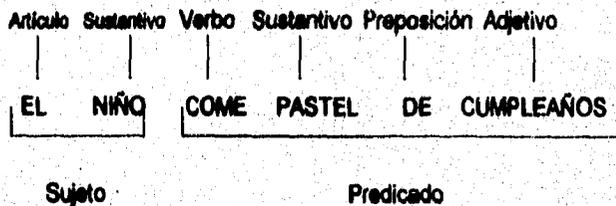
B) SINTÁCTICA

*

La organización u ordenamiento de palabras es la sintaxis. Cada lengua tiene su propia organización de palabras y también evocación de la realidad a través de su léxico (vocabulario), por ejemplo en otra lengua como el idioma inglés se dice: Mary's house, mientras que en Español es: La casa de María. Se puede notar que tanto las palabras casa y María se mencionan en ambas oraciones, pero en inglés el 's (apóstrofe s) se utiliza para abreviar lo que en español sería: la de, además se coloca después de Mary y en cambio en Español se usan dejando a casa en el centro, respectivamente, lo que nos representa la organización.

En cuanto a la evocación de la realidad, cada lenguaje tiene su forma de expresión, si hablamos de la palabra amor, en español se expresaría no como tal, sino que tiene sus diferentes acepciones para expresarlo, por ejemplo: te amo, te quiero, te adoro, te estimo, En inglés sólo se utiliza así: I love you, que textualmente se traduce: yo amo tu, y realmente: te amo.

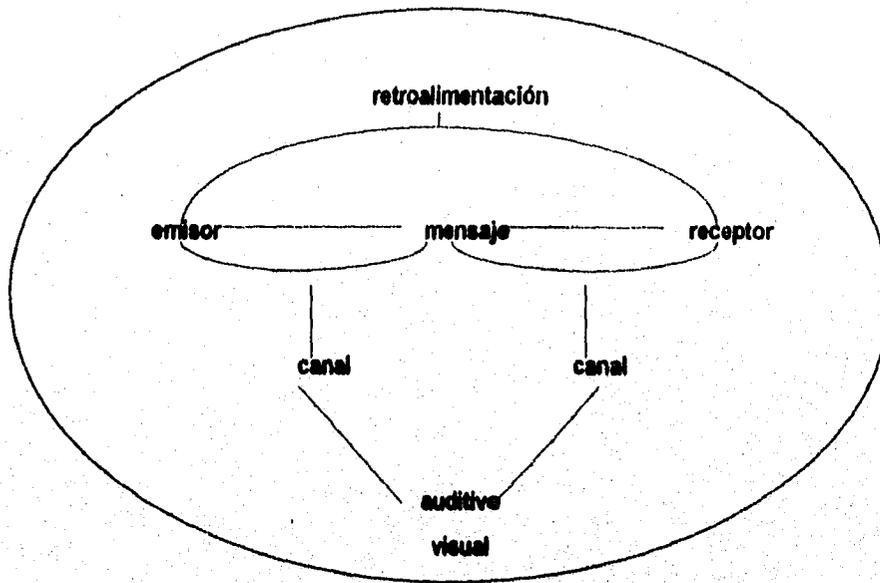
Lo anteriormente dicho, nos da la idea de que cada lengua tiene sus significados así como funciones gramaticales. En cuanto al español, se sabe que para la formación de una oración se requiere de un sujeto y predicado es decir, sustantivos, adjetivos, verbos, artículos, etc. Por ejemplo:



Estas partes de la oración, son los componentes gramaticales que al ser utilizados correctamente, llevarán a una adecuada comunicación, es decir la pragmática.

C) PRAGMÁTICA

La pragmática es un proceso de comunicación, es la transmisión de pensamientos sentimientos e ideas de una persona (hablante, emisor) a otra (oyente, receptor), que utilizan el mismo código, es decir que la producción del mensaje, el cual está constituido por una serie de signos (asociación de los sonidos que va a constituir el significado y significante) sea comprendido:



MARCO DE REFERENCIA DEL SISTEMA DE COMUNICACIÓN.

EMISOR Comunicador del mensaje (produce el mensaje) a través del habla o la escritura.

MENSAJE Lo que se desea transmitir

CANAL Medio para transmitir el mensaje, habla expresión verbal oral, escritura expresión verbal escrita.

RECEPTOR Da respuesta

RETROALIMENTACIÓN Si no se da no hay comunicación

MARCO DE REFERENCIA va estar dado por la experiencia del emisor y receptor, vivencias, nivel cultural, existiendo un proceso de intercambio, de interacción que provoca que el emisor sea receptor y viceversa.

Para que la actividad comunicativa se de es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:

a) Utilización de turnos verbales: secuencia de emisiones entre el hablante y el oyente con entonación, silencio, ritmo, estructura gramatical, actitudes.

b) Intención: fuerza locutiva y obligación: tanto el hablante como el oyente deben participar.

c) Reglas de conversación:

- * dar la información necesaria
- * información verdadera
- * relevante
- * perspicaz

d) roles: conocer el papel de cada participante

e) actos verbales o ejecución de acción: compuesto de tres tipos de actos:

- * locución: información de quien habla
- * ilocución: intención del que habla
- * perlocución: reconocimiento de lo que se habla

f) coherencia: debe haber organización de las emisiones

g) orden de elementos: el orden necesario para lograr una adecuada conversación.

h) tiempo y lugar: la emisión es dependiente del cuándo y del dónde se dice, para que tenga significado.

Las características de estos aspectos nos muestran que para que exista una comunicación, se deben dar éstas en conjunto y no aisladamente.

D) FONOLÓGICA

La fonología estudia el sonido de las letras tomando en cuenta su función, su unidad funcional es el fonema, es decir:

"es la articulación de los sonidos del lenguaje que componen las palabras".⁸

Los instrumentos de la fonología son:

La fonemática; que analiza la identificación, clasificación y combinación de fonemas.

⁸ NIETO, Margarita., "Terapéutica del Lenguaje a través del Cuento". La Prensa Médica Mexicana, México 1986, pág. 13.

El fonema es la unidad fonológica más pequeña y el elemento fundamental del lenguaje. Para cada fonema o sonido los órganos fonatorios realizan movimientos finalmente coordinados y toman una posición definida. Es necesario conocer las características de cada fonema y su clasificación.

A) VOCALES Y CONSONANTES

Las vocales son los sonidos producidos por la vibración de las cuerdas vocales con resonancia en el tacto vocal sin que haya contacto de la lengua con la bóveda palatina y sin participación activa de la punta de la lengua. Estos sonidos presentan la mayor apertura de los órganos articuladores.

Las consonantes se caracterizan por el sonido ocasionado por la aparición de un obstáculo, en uno u otro punto del tacto vocal oponiéndose a la corriente de aire que fluye de la laringe.

B) POR LA ACCIÓN DE LAS CUERDAS

Si en la emisión de aire las cuerdas vocales se aproximan y empiezan a vibrar, se origina un sonido articulado "sonoro", entre los que se encuentran las vocales y muchas consonantes. Si por el contrario, se acercan pero no vibran, dan lugar a un sonido articulado "sordo".

C) POR LA ACCIÓN DEL VELO DEL PALADAR

Cuando el aire sale solamente por la cavidad oral, debido al cierre del esfínter velofaríngeo los sonidos emitidos son orales o bucales.

Quando está abierto el conducto nasal y semicerrado el oral por la relajación del esfínter velofaríngeo se producen los sonidos nasales.

D) POR EL MODO DE ARTICULACIÓN

Existen distintos modos de articulación según la posición que adopten los órganos articuladores en cuanto a la mayor o menor apertura en los diversos niveles del tacto bucal.

Por el modo de articulación las vocales se dividen en cerradas o altas (i,u), medias (e,o) y abiertas o bajas (a).

Por el modo de articulación las consonantes pueden ser:

Oclusivas

Quando hay un cierre completo en algún nivel del tacto bucal el aire espirado empuja el obstáculo que cierra su salida y le hace saltar. También se denominan fonemas explosivos. /p/, /t/ /k/.

Fricativas

Si el sonido se forma por una constricción del tacto bucal sin que exista un cierre completo. Esta constricción produce un ruido de fricción característico. Se les llama también continuas por que pueden prolongarse tanto tiempo como dure la espiración. /f/, /s/, /y/, /x/.

Africadas

Se forman por la combinación de oclusión y fricción, con las características comunes de ambas, dándose un cierre completo del tacto bucal, seguido de una pequeña apertura.

por donde se desliza el aire contenido, ambos movimientos suceden en el mismo nivel de articulación. /ʃ/.

Laterales

Caracterizadas por el hecho de que la corriente fonatoria se escapa, por uno o por los dos lados de la lengua, ocupando ésta la línea media del canal oral en contacto con el paladar. //.

Vibrantes

Producidas por interrupciones intermitentes del aire sonoro, debidas a una serie de vibraciones en la punta de la lengua. /r/, /r^/.

E) POR EL PUNTO O LUGAR DE ARTICULACIÓN

El conocimiento del lugar donde normalmente se realiza la articulación es de gran importancia para la corrección de las alteraciones en este proceso.

Según el punto donde se lleva a cabo la articulación, las vocales se dividen en anteriores (i,e), posteriores (o,u) y central como el fonema /a/.

Las consonantes según las estructuras que actúan y el punto donde éstas inciden, se dividen en:

Bilabiales

Cuando son los dos labios los que se ponen en contacto para la producción del sonido. /p/ /m/ /b/

Labio-dentales

Las que se realizan entre los dientes y el labio inferior. /v/ //

Linguodentales o dentales

Cuando la punta de la lengua se apoya contra la parte interna de los incisivos superiores para su articulación. /d/ /t/

Linguointerdentales o interdentales

Cuando en la articulación la punta de la lengua se sitúa entre los incisivos superiores e inferiores. /s/

Linguoalveolares o alveolares

En las que la punta de la lengua se apoya sobre los alvéolos. /l/ /r/ /r/ /ʀ/

Linguopalatales o palatales

En las que la lengua se adhiere a la parte media y anterior del paladar duro, dejando en el medio un pequeño canal por donde pasa el aire. /ʃ/ /N/ /y/

Linguovelares o velares

Cuando se acerca el dorso posterior de la lengua al paladar blando o velo del paladar. /g/ /k/ /x/

El fonema es la unidad mínima sin significado; existen treinta grafías, veintidós fonemas de los cuales diecisiete son consonánticos y cinco vocálicos.

Los diecisiete fonemas consonánticos tienen cuatro clasificaciones:

sonoros(10): /b/, /d/, /g/, /N/, /m/, /r/, /r/, /ʀ/, /N/, /y/.

Vibración	}	sordos (7) : / ^h c/, /f/, /x/, /k/, /p/, /t/, /s/.
Modo	}	oclusivos: sonoros /b/, /d/, /g/. sordos /p/, /t/, /k/. fricativos: sonoros /f/, /x/, /s/. sordos /χ/. africado : / ^h c/ lateral : /l/ vibrante corto: /r/ vibrante largo: / ^h r/ nasal : /m/, /n/, /ɲ/.
Punto	}	bilabial: /b/, /m/, /p/. labiodental: /f/ dental: /d/, /t/, alveolares: /l/, /s/, /r/, /r/, / ^h r/. palatales: / ^h c/, /j/, /ɲ/ velares: /g/, /k/, /x/.
Corriente aérea	}	bucales: /p/, /t/, / ^h c/, /k/, /b/, /d/, /g/, /f/, /m/, /s/, /x/, /n/, /r/, / ^h r/ nasales: /m/, /n/, /ɲ/.

En cuanto a las vocales también hay clasificaciones, por vibración son todas sonoras.

Por modo de articulación: /t/, /k/ cerradas

/e/, /o/ medias

/a/ abierta

Por punto de articulación son: anteriores, media y posteriores.

i		u	cerrada
e		o	media
	a		abierta
anterior	media	posterior	

Todas las vocales son orales (su resonancia es oral), además tienen rasgos llamados características prosódicas, éstas son: intensidad con vocales débiles: /i/, /u/ y fuertes /a/, /e/, /o/. También se clasifican por el tono: agudos: /e/, /i/; neutra /a/; y graves: /o/, /u/.

Los grupos vocálicos son dos: semivocálicos: son dos vocales que van de una abierta o media a una cerrada, ejemplos: ai, au, oi, ou, eu (cuando es un grupo semivocálico se utiliza). semiconsonántica va de una vocal cerrada a una media o abierta: ja (ia), wa (ua), je, we, jo, wo.

1.2 DESARROLLO DEL LENGUAJE

Para abordar este tema se toman en cuenta los siguientes autores: M. Nieto, H. Walton, P. Valler, P. Altable, en base a que parten de una misma premisa: el movimiento como elemento esencial del desarrollo del lenguaje.

En este sentido Pierre Vayer dice que el lenguaje es una prolongación de la actividad motriz, por ejemplo: al balbucear un bebé se da una excitación de la garganta y del oído, las respuestas del pequeño inicialmente son con todo su cuerpo, es decir se da una "expresión corporal".

De ésta manera Wallon habla de un "lenguaje primitivo" es decir, gestos, llantos, gritos, espasmos, realizados por el niño, tienen su inicio en la afectividad, pero también son influidos por la actividad de los músculos que lo llevan a los reflejos condicionados, saciando de este modo sus necesidades en relación a su entorno.

Así mismo la audición juega un papel muy importante pues es por medio de ésta como el pequeño logra escuchar, ya que el oído sirve de receptor del sonido y también de modulador cuando se habla. (P. Altable).

Tanto la actividad psicomotriz como la cognoscitiva y la afectiva juegan un papel primordial para el desarrollo del lenguaje:

"El lenguaje entonces, puede ser considerado en su origen como acciones organizadas en patrones según el desarrollo de la discriminación perceptual. El desarrollo progresivo del lenguaje conduce simultáneamente al desarrollo de la acción que sirve como símbolo a la experiencia."⁹

1.2.1 CUADROS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

A continuación se describirán las características de cada uno de los aspectos antes mencionados, clasificados por edades de cero a seis años.

1.2.2. EDAD DE 0 A 1 AÑO.

psicomotricidad: Impulsividad motriz (movimientos sin orientación ni objeto), liberación de tensión con movimientos, iniciación de reflejos condicionados.

Lenguaje: La madre empieza a proporcionar los elementos lingüísticos que permitirán al niño diferenciar los sonidos que corresponden a la lengua de los que son simplemente

⁹ NIETO, Margarita., Op. Cit. pág. 6.

simplemente ruidos. Adquisición de pautas acerca de la comunicación y expresión emocional como son las expresiones gestuales, movimientos corporales y la forma específica de hablar, así como reajustar constantemente el nivel de atención y tono emocional por parte del lactante. Aparecen las vocalizaciones.

Audición: Actitud de alerta ante el estímulo sonoro.

Afectivo-Social: Lenguaje primitivo

1.2.3 EDAD DE 1 A 2 AÑOS

psicomotricidad: Control de esfínteres, reflejos orientados y localizados, permanece de pie (bipedestación), locomoción.

Lenguaje: Usa una palabra en diferentes circunstancias para nombrar las cosas (extensión de significado), aumento de vocabulario, empieza a unir dos palabras o más (frase). Jerga verbal (habla y habla, pone de su cosecha). Utiliza ciertas palabras adquiridas por sus padres o por medio de comunicaciones (Televisión y Radio). Manejan frases breves, sencillas gramaticalmente correctas, utilizan con mayor frecuencia la tercera persona en lugar de la primera o la segunda y una menor cantidad de elementos de enlace, conjunciones y preposiciones.

Audición: Discriminación, recurre a su reflejo de orientación poniendo atención al estímulo auditivo.

Afectivo-Social: Investiga el mundo que lo rodea.

1.2.4 EDAD DE 2 A 3 AÑOS

psicomotricidad: Marcha, manipulación de objetos, ejecución de acción que estimula la actividad mental, movimientos finos más definidos.

Lenguaje: Escasa efectividad de comunicación. En las extensiones el niño toma cuenta similitudes de tipo perceptivo como son: el movimiento, la forma, el tamaño, el sonido, el gusto, la textura y a medida que se adquieren nuevos rasgos se restringe progresivamente dicha extensión.

Audición: Atención al estímulo auditivo

Afectivo-Social: Para sentirse a sí mismo se proyecta en las cosas (relación con los objetos), imitación e inicio de la representación.

1.2.5 EDAD DE 3 A 4 AÑOS

Esta edad es considerada por algunos autores como el inicio de la edad preescolar, sin embargo, en este trabajo no se verá así, puesto que hoy en día los pequeños con esta edad pertenecen al grupo "maternal" y no en todas las escuelas oficiales se encuentra éste.

psicomotricidad: Trata de controlar sus movimientos finos al igual que la locomoción.

Lenguaje: Articula casi todos los fonemas, se le dificultan algunos /r/, /r/ y sílabas compuestas como tr, pl, cl y otros, conjuga a su manera los verbos e inventa otros. Reconocimiento de la pertenencia del enunciado a la lengua. Presenta confusiones entre los términos relacionales (más - menos, antes- después, grande-pequeño, etc.)

Audición: Su discriminación auditiva fina va mejorando.

Afectivo-Social: Platica con él mismo, también platica con los demás, utiliza con exceso el pronombre personal "yo" (afirmación de su personalidad).

1.2.6 EDAD DE 4 A 5 AÑOS (INICIO DE EDAD PREESCOLAR)

Psicomotricidad: Movimientos finos más controlados, locomoción más refinada.

Lenguaje: Edad de ¿por qué? continúa hablando consigo mismo pero también con los demás, le gusta jugar con las palabras, conjuga adecuadamente y mejora su estructuración gramatical. Utiliza todo el repertorio de sonidos que componen su lengua. Pone atención al orden de las palabras utilizando la ley de la distancia mínima.

Audición: Su discriminación auditiva fina sigue progresando.

Afectivo-Social: Imita y representa su medio (juego ficción), busca ser admirado por los demás (narcisista).

1.2.7 EDAD DE 5 A 6 AÑOS (FIN DE LA EDAD PRESCOLAR)

Psicomotricidad: Sentido del equilibrio desarrollado.

Lenguaje: Articulación correcta de los fonemas y sílabas trabadas, su estructuración gramatical va en progreso. Identificación de ciertas relaciones semánticas entre palabras. Establece las relaciones entre semántica-sintaxis y pragmática, debido a que es difícil que estas se adquieran en los primeros momentos de la adquisición del lenguaje.

Audición: Continúa el desarrollo de la discriminación auditiva fina.

Afectivo-Social: Sigue imitando y representando su medio (juego ficción) con personajes.

Melgar (1981) menciona que la adquisición de los fonemas esta determinado por el medio socio-cultural en el cual se desenvuelve el niño y señala la aparición de los fonemas por edades:

Edad		(años)	Sonidos del habla
3	a	3 6/12	m, c, ñ, k, t, x, p, n, l, f.
4	a	4 6/12	r, b, g, pl. bl, le.
5	a	5 6/12	cl, br, fl, cr, gr, au, ei.
6	a	6 6/12	s, r, pr, gl, fr, tr, eo.

CAPITULO II

PRINCIPALES ANOMALÍAS DEL LENGUAJE ORIGINADAS EN EL DESARROLLO EMBRIONARIO

PRINCIPALES ANOMALÍAS DEL LENGUAJE ORIGINADAS EN EL DESARROLLO EMBRIONARIO.

El propósito de estas líneas es proporcionar una breve información y vista general acerca de los factores embriológicos involucrados en el desarrollo de la cara y de la boca con énfasis en el labio y el paladar.

El paladar y labio hendidos (el labio hendido se conoce comúnmente por "labio leporino") son consideradas como una anomalía del desarrollo físico, tanto antes como después del nacimiento.

Durante el desarrollo prenatal del niño, los tejidos que han de construir los labios, mandíbulas y paladar crecen a partir de ambos costados, hasta que se unen en el centro. Esta fusión generalmente se produce muy al comienzo de la vida embrionaria, casi antes de que la madre se entere de su embarazo. En uno de cada mil o mil doscientos casos se paraliza el crecimiento de estos tejidos antes de alcanzar la línea de fusión. Este fenómeno suele producirse en la parte superior de la boca exclusivamente. En este caso se trata de un paladar hendido. O puede darse solo en el labio superior. Hablamos entonces de un labio leporino, o hendido. Normalmente el labio superior proviene de una pequeña cantidad de tejido que desciende de la nariz en la línea media, y se une por ambos lados a los tejidos que se extienden desde los costados. Por lo tanto, una hendidura que afecta al labio puede producirse a uno u otro costado de la línea media, o a ambos a la vez. Las condiciones resultantes reciben las denominaciones de labio hendido simple y doble, respectivamente. El defecto del crecimiento puede afectar al labio y al paladar a la vez, y tales casos, se extiende también por la encía. La magnitud de la hendidura puede oscilar entre una estrecha grieta y una ancha fisura.

2.1. EMBRIOLOGÍA

La embriología se encarga del estudio del desarrollo de las etapas prenatales.

"El estudio de la embriología es importante por que amplía nuestros conocimientos sobre la iniciación de los seres vivientes y los cambios que ocurren durante el desarrollo. El conocimiento del ser humano en desarrollo tiene valor práctico para ayudarnos a comprender las relaciones normales de las estructuras corporales y las causas de malformaciones congénitas"¹⁰

Para poder entender cómo se desarrolla el paladar, es necesario explicar cómo se da el proceso de formación de la cara tomando en cuenta:

- * El proceso facial y labio superior.
- * Paladar primario
- * Paladar secundario
- * Paladar.

¹⁰ MOORE, Keith L. "Embriología Clínica" Pág. 72.

2.2. DESARROLLO DEL PALADAR.

a) Proceso facial y labio superior. A finales de la cuarta semana de embarazo se inician los procesos faciales que parten del primer par de arcos branquiales.

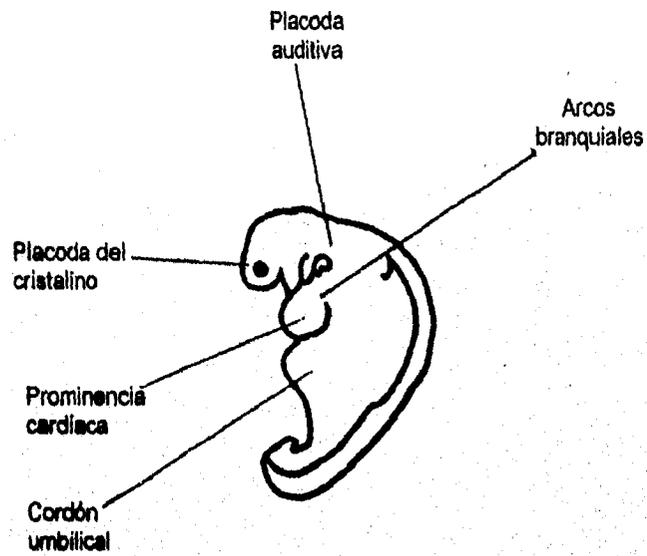


FIG. 2.1 Embrión en la cuarta semana de embarazo.

También se observan los procesos maxilares, las mandíbulas y la placoda nasal.

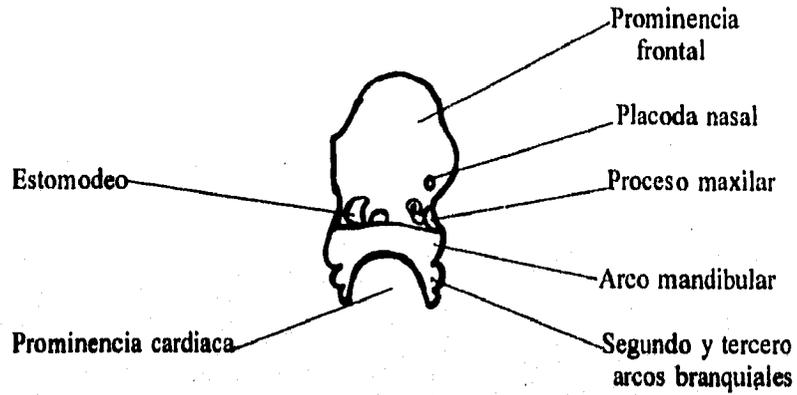


FIG. 2.2. Procesos Maxilares

En la quinta semana aparecen los procesos nasales externo e interno, rodean a la placoda nasal y se forma la fosita olfatoria.

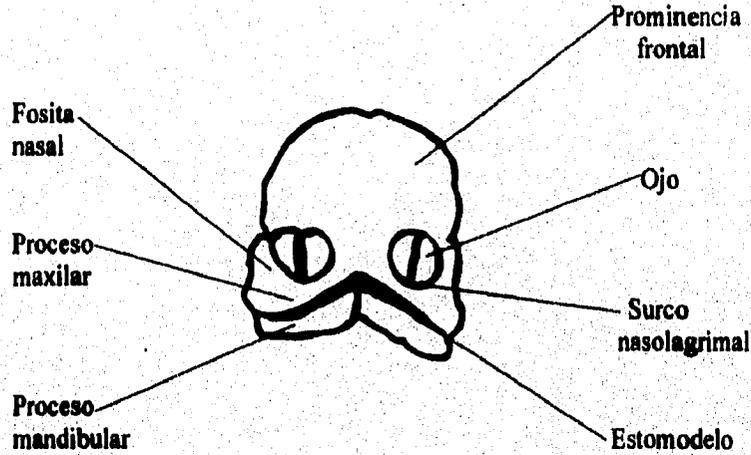


FIG. 2.3 Procesos Nasaes.

Durante la sexta y séptima semana los procesos maxilares crecen en dirección media y comprimen el proceso nasal hacia la línea media para luego fusionarse y formar el labio superior por los procesos nasales internos y los procesos maxilares;

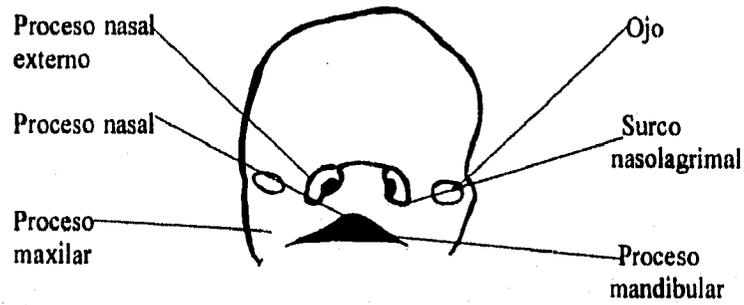


FIG.2.4. Procesos Maxilares

así mismo se forman las alas de la nariz por los procesos nasales externos.

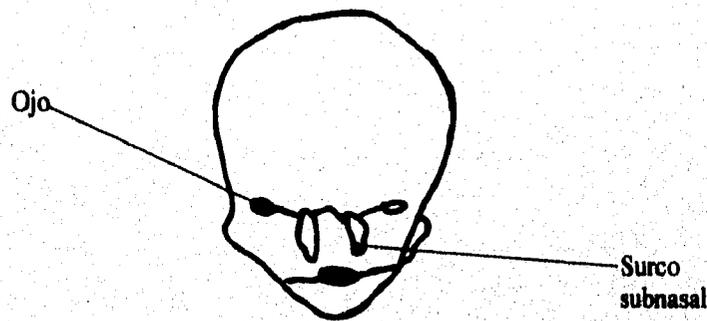


FIG. 2.5. Procesos Nasales Externos

b) Paladar primario. Este fusionamiento no solo es a nivel externo, también se da a nivel interno, a esa unión de estructuras se le da el nombre de segmento intermaxilar.

Comprende lo siguiente:

"1) Un componente labial que forma el surco subnasal en la línea media del labio superior.

2) Un componente maxilar superior, que lleva los cuatro incisivos y un componente palatino que forma el paladar primario triangular."

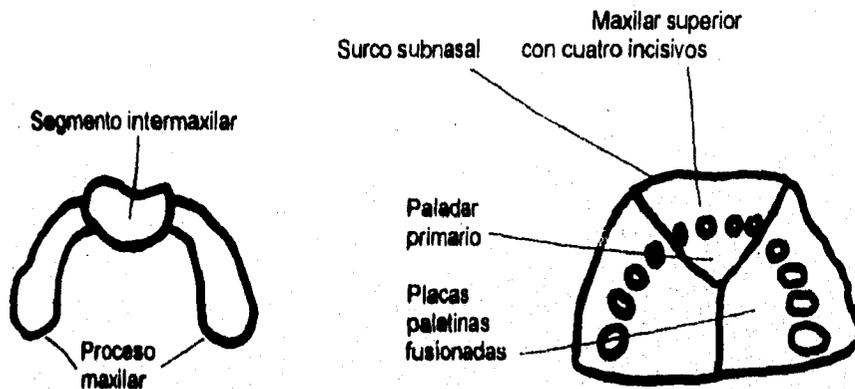
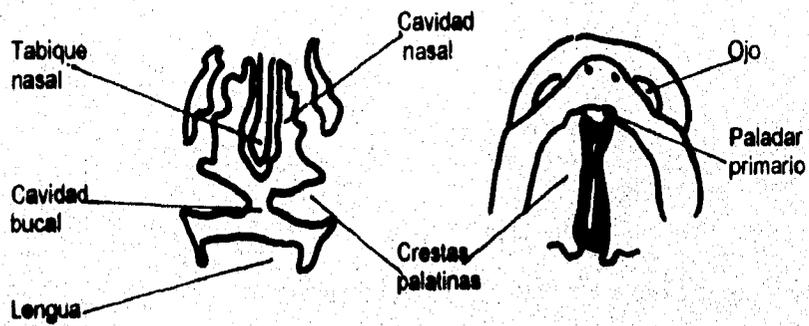
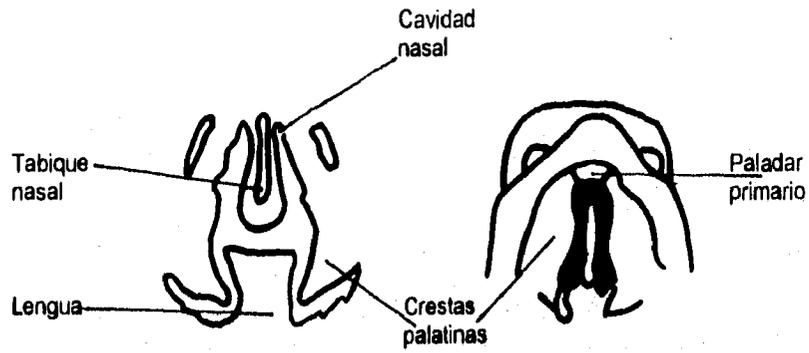


FIG. 2.6. Segmento intermaxilar.

La porción media externa de la nariz procede del segmento intermaxilar que se continúa con la porción rostral del tabique nasal. Y es de la novena semana a la doceava que se fusiona el tabique nasal con el paladar primario.

¹¹ LANGMAN, Jan., "Embriología Médica", pág. 281.

c) Paladar Secundario. En la sexta semana del desarrollo surgen elevaciones mesodérmicas que se dirigen hacia abajo a los lados de la lengua, posteriormente en la séptima semana suben hacia la línea media por arriba de la lengua, se fusionan y forman el paladar secundario.



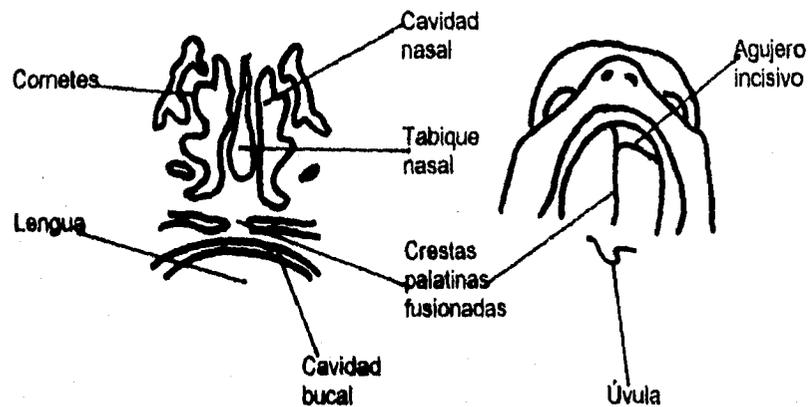


FIG.2.7. Desarrollo del paladar durante la sexta semana de embarazo.

d) Paladar. Su desarrollo es a partir del paladar primario y paladar secundario. Se inicia durante la quinta semana, pero la fusión de sus partes tiene lugar hasta la duodécima semana aproximadamente.

2.3. LABIO Y PALADAR HENDIDO

"Labio y Paladar hendido: "Labio y paladar hendido son malformaciones comunes de cara y paladar. Aunque el paladar por lo normal está hendido, durante el desarrollo del labio nunca lo está de esta manera. A menudo van acompañados, pero labio y paladar hendido son malformaciones diferentes desde los puntos de vista embriológicos. Se originan épocas diversas del desarrollo."¹²

¹² MOORE, Keith L. "Embriología Clínica", pág. 180.

A) Labio hendido.

"La hendidura labial es una separación de los tejidos del labio superior que puede abarcar hasta la encía, es decir, el hueso superior"¹³

1. LABIO HENDIDO UNILATERAL

Es debido a una falta de fusión de las masas mesodérmicas (tejidos de sostén), es decir, no se da una unión del proceso maxilar con las elevaciones nasales mediales del labio afectado.

2. LABIO HENDIDO BILATERAL

No hay fusión de las masas mesodérmicas y de los procesos maxilares con las elevaciones nasales mediales.

3. LABIO HENDIDO MEDIAL

Se da por deficiencia mesodérmica, éste tipo de labio si se puede llamar "labio leporino" por presentar una hendidura medial similar al labio superior de la liebre. Los procesos maxilares inferiores tiene una fusión insuficiente.

B) Paladar hendido.

"La hendidura palatina es una separación de los huesos que forman el piso de la nariz y el techo de la boca, o sea que ocurre en los huesos que separan la cavidad oral de las cavidades nasales."¹⁴

¹³ A.M.P.H.A.C.A.C., "Manual informativo para padres de niños con labio y paladar hendidos" pág. 2.

¹⁴ A.M.P.H.A.C.A.C., op. cit. pág. 2.

A) Labio hendido.

"La hendidura labial es una separación de los tejidos del labio superior que puede abarcar hasta la encía, es decir, el hueso superior"¹³

1. LABIO HENDIDO UNILATERAL

Es debido a una falta de fusión de las masas mesodérmicas (tejidos de sostén), es decir, no se da una unión del proceso maxilar con las elevaciones nasales mediales del labio afectado.

2. LABIO HENDIDO BILATERAL

No hay fusión de las masas mesodérmicas y de los procesos maxilares con las elevaciones nasales mediales.

3. LABIO HENDIDO MEDIAL

Se da por deficiencia mesodérmica, éste tipo de labio si se puede llamar "labio leporino" por presentar una hendidura medial similar al labio superior de la liebre. Los procesos maxilares inferiores tiene una fusión insuficiente.

B) Paladar hendido.

"La hendidura palatina es una separación de los huesos que forman el piso de la nariz y el techo de la boca, o sea que ocurre en los huesos que separan la cavidad oral de las cavidades nasales."¹⁴

¹³ A.M.P.H.A.C.A.C., "Manual informativo para padres de niños con labio y paladar hendidos" pág. 2.
¹⁴ A.M.P.H.A.C.A.C., op. cit. pág. 2.

1. HENDIDURA DE PALADAR PRIMARIO

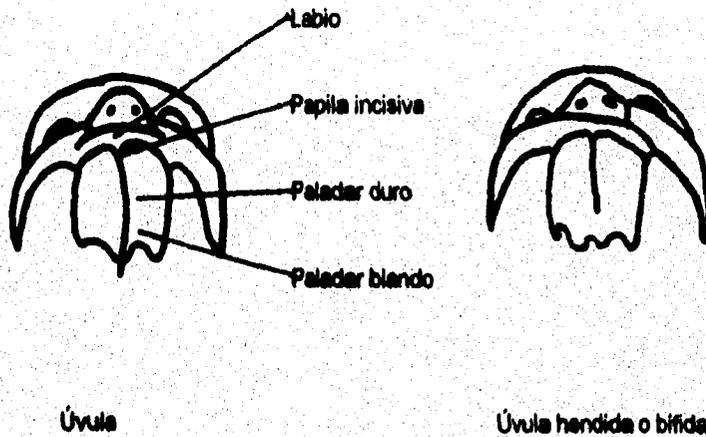
Es ocasionado por la insuficiencia de los procesos palatinos y de las masas mesodérmicas que no se fusionan con el ectodermo del paladar primario (hendidura anterior al orificio incisivo).

2. HENDIDURA DEL PALADAR ANTERIOR Y POSTERIOR

Este tipo de hendidura es debido a la insuficiencia de las masas mesodérmicas y de los procesos palatinos laterales que no se fusionan con el mesodermo del paladar primario y el tabique nasal (hendidura que abarca todo el paladar).

3. HENDIDURAS DEL PALADAR POSTERIOR O SECUNDARIO.

Son también por insuficiencia de las masas mesodérmicas y de los procesos palatinos laterales que no se fusionan entre sí (hendidura por detrás del orificio incisivo.)



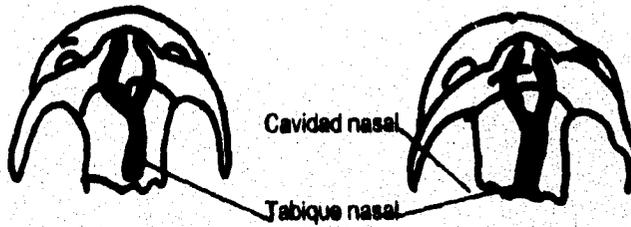
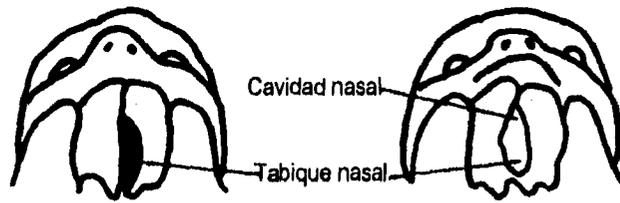


FIG. 2.8. Diferentes tomas de la hendidura del paladar.

2.4. ETIOLOGÍA

Se entiende por etiología el estudio de las causas de las enfermedades.

La causa de la falta de unión de los tejidos en el labio y paladar hendido no ha sido determinada aún. Se han propuesto varias teorías, cuya validez no han podido comprobarse. Sin embargo, se ha establecido que algunas de las antiguas suposiciones respecto de la causa del fenómeno son falsas. No se justifica la presunción de que el paladar hendido sea un indicio de "sangre impura" en la familia, una consecuencia de la sífilis, o de un matrimonio entre primos.

Por otro lado no debe suponerse que tiene una relación de causalidad entre el paladar hendido y la debilidad mental. Ambos defectos podrían darse en un mismo niño, pero la presencia de uno de ellos no presupone la del otro. Una criatura con paladar hendido no es más propensa al retarde mental que cualquier otra.

En la mayoría de los casos, el paladar hendido no se repite en una misma familia. Al rededor del 80% de los bebés afectados proviene de familias en que no se conocen otros casos. En el 20% restante, se tiene noticias de parientes con la misma anomalía. Por lo tanto, no hay razón para que los padres de una criatura tal, por eso tengan la llegada de otros hijos. Sin embargo, no existe la certeza de que el fenómeno no se repita.

Se dice que el factor etiológico del labio y/o paladar hendido es genético, pero también se atribuye a una causa genética y ambiental. Los factores ambientales son la toma de drogas anticonvulsivas durante el embarazo y otros tipos de drogas como las administradas a pacientes epilépticos (fenobarbital y difenidantolna). Las características del embarazo también juegan un papel importante, tales como: anemia, avitaminosis, deenutrición, falta de calcio, infecciones en los primeros meses de embarazo. Todas estas

son unas de las posibles causas de labio y/o paladar hendido, pero a ciencia cierta no se sabe con exactitud cual es la causa de esta malformación.

2.5. INCIDENCIA

El labio y/o paladar hendido es una de las malformaciones congénitas más comunes, se da en todas las razas y niveles socioeconómicos. Se observa más en varones que en mujeres, aunque no se conoce la razón de esto.

Según Moore (1976) el labio hendido se presenta 1 de cada 900 personas, paladar hendido con labio o sin él 1 de cada 2500.

En México nace aproximadamente un niño con labio y/o paladar hendido de cada 1200 nacimientos (A.M.P.H.C.A.C. 1991)

2.6. ANATOMÍA

Es la ciencia que se encarga del estudio de la forma, la estructura, las relaciones, el desarrollo y el significado de las partes que constituyen el cuerpo, de ahí la importancia de una explicación anatómica de los labios y el paladar.

a) Labios:

"Los labios son dos repliegues músculo cutáneos situados por delante de las arcadas dentarias que circunscriben el orificio bucal. Cada uno presenta una cara mucosa, una cara cutánea, un borde adherente y otro libre. Los ángulos de reunión de los labios son las comisuras." ¹⁵

¹⁵ NIETO, Margarita Anomalías del Lenguaje y su corrección, pag. 63.

b) Paladar:

"Está formada por una parte dura anterior, construida por la apófisis del maxilar superior y del palatino, cubiertas por mucosa. Suspendido de su borde posterior se encuentra el velo del paladar, pliegue mucoso movable que tiene fibras musculares, vasos sanguíneos, nervios, tejido adenoideo y glándulas mucosas. En la parte media de su borde inferior se encuentra una prolongación cónica llamada úvula palatina."¹⁶

2.7. FISIOLÓGÍA

"Desde el punto de vista del lenguaje el aspecto fisiológico está determinado por una cierta actividad del aparato respiratorio, faringe, cavidad bucal, fosas nasales, oído y sistema nervioso."¹⁷

Para que se de el lenguaje oral intervienen los siguientes puntos:

A) Aparato respiratorio: Se encarga de la producción del aire para la fonación.

B) Laringe: Aparato fonador y resonador.

C) Cavidad bucal, fosas nasales y lengua: Sirven de aparato resonador y articulador, en donde el sonido que es producido por la laringe es modulador y -amplificado.

D) Oído: Receptor de sonido y controlador de la modulación de la palabra al hablar.

El velo del paladar es un órgano activo esencial para la emisión del sonido o fonema, para esto debe tener longitud y movilidad suficiente que le permitan movimientos rápidos.

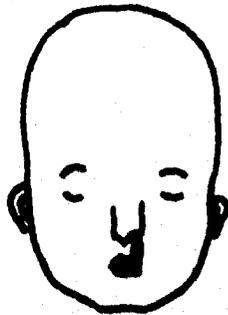
Durante la fonación y la deglución se da un movimiento a la altura del arco anterior del atlas, que es producido por la unión que tiene: el velo del paladar, la pared posterior y

¹⁶ KIMBER, Diana Manual de Anatomía y Fisiología, págs. 480 y 481

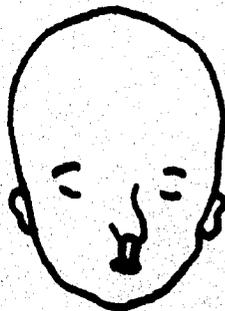
¹⁷ ALTABLE, Peinado. Trastornos del Lenguaje, pág. 70

las paredes faríngeas laterales que forman un esfínter que abre y cierra la comunicación entre la rinofaringe y la orofaringe; este esfínter se cierra totalmente en la articulación de los fonemas a excepción de: /m/, /n/ y /ŋ/.

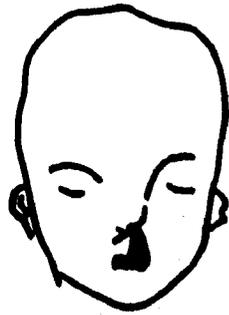
FIGURAS DONDE SE MUESTRAN LOS DIFERENTES CASOS DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO.



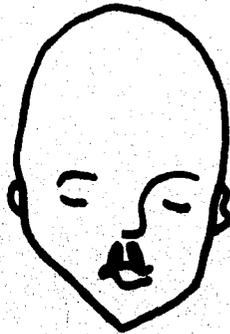
LABIO HENDIDO UNILATERAL INCOMPLETO



LABIO HENDIDO BILATERAL INCOMPLETO



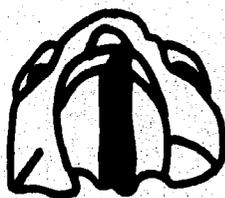
LABIO HENDIDO UNLATERAL COMPLETO



LABIO HENDIDO BILATERAL COMPLETO



PALADAR HENDIDO INCOMPLETO



PALADAR HENDIDO COMPLETO.

CAPITULO III

INSUFICIENCIA VELOFARINGEA

3 INSUFICIENCIA VELOFARINGEA Y SUSTITUCIONES ARTICULATORIAS GRUESAS.

En este capítulo presentaré los aspectos que influyen en el habla de pacientes que presentan secuelas de labio y/o paladar hendido (SLPH). Las dificultades que tienen en algunos fonemas y las sustituciones articulatorias gruesas que presentan. También servirá como fundamento principal de la propuesta de terapia de lenguaje.

Los aspectos que influyen en el habla de los niños con secuelas de labio y/o paladar hendido son dos:

- * Insuficiencia velofaríngea (IVF)
- * Sustituciones Articulatorias Gruesas (SAG).

3.1. INSUFICIENCIA VELOFARINGEA.

Los niños con SLPH poseen un buen mecanismo respiratorio, el problema es que el esfínter velofaríngeo no funciona bien al momento de la producción del habla, es decir, que el esfínter velofaríngeo es incompetente (no cierra), por lo tanto, puede presentar:

- * Hipernasalidad: resonancia perceptible de la cavidad nasal.
- * Escape nasal: escape audible de aire que distorsiona los sonidos.

El esfínter velofaríngeo se encuentra entre la orofaringe y la nasofaringe, es una estructura constituida de cuatro partes:



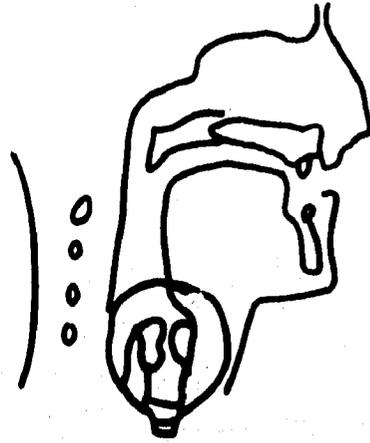
FIG. 3.1. VISTA ANTEPOSTERIOR DEL ESFINTER VELOFARINGEO.

- 1.- Velo del paladar
- 2.- Pared faríngea lateral izquierda
- 3.- Pared faríngea lateral derecha
- 4.- Pared posterior faríngea

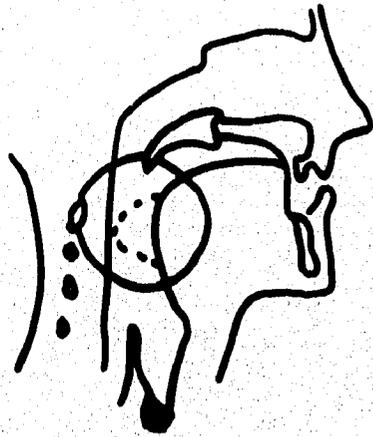
Después del tratamiento quirúrgico del paladar la insuficiencia velofaríngea puede darse o no, debido a la contracción de los tejidos, lo cual se verificará después de la operación dependiendo de una correcta articulación además de que la resonancia nasal se normaliza.

La pérdida del aire produce hipernasalidad y/o escape nasal o sea, un cambio en la calidad de la voz. Estos son los componentes primarios del pequeño que presenta fisura palatina.

Los trastornos de articulación causados por la IVF, son llamados componentes compensadores secundarios, pues el paciente trata de hacer ajustes al hablar para compensar el problema. En éstos componentes aparecen dos tipos de trastornos, los llamados golpes glóticos, en donde se da un golpe brusco de la glotis a nivel de las cuerdas vocales, alterando: /K/, /P/, /N/ y /c/; y la de faringe, ésta tiene lugar en el dorso de la lengua y en la pared faríngea posterior, sustituyendo /s/. A estos trastornos se les llama sustituciones articulatorias gruesas (cuadro 1 y 2).



ARTICULACIÓN GLÓTICA



ARTICULACIÓN FARINGEA

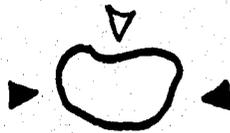
Estos componentes aparecen cuando hay IVF y por su naturaleza funcional, no son corregibles bajo procedimiento quirúrgico, de ahí la necesidad de una terapia de lenguaje.

Por medio de la nasoendoscopia (observación del tipo de patrón de cierre del esfínter velofaríngeo) y videofluoroscopia (observación del funcionamiento del esfínter velofaríngeo visto de frente lateral y base), se examina el cierre del esfínter velofaríngeo durante el habla y se puede observar que se dan cuatro patrones de cierre:

- * **PATRÓN CORONAL:** El velo del paladar va a intervenir más hacia la línea media que las paredes laterales.



- * **PATRÓN SAGITAL:** Las paredes laterales se mueven más al centro y menos la del velo.



- * **PATRÓN CIRCULAR:** Tanto el velo como las paredes se mueven con la misma intensidad.



- **CON RODETE DE PASSAVAN:** se mueven laterales al paladar y pared posterior.



Rodete de Passavan es músculo que existe en la pared posterior de la faringe y solo se desarrolla con los niños con labio y paladar hendido.



FIG. 3.2 RODETE DE PASSAVAN.

3.2 SUSTITUCIONES ARTICULATORIAS GRUESAS

Las sustituciones articulatorias gruesas (SAG) son:

- Sustitución del fonema africado /t/ por golpe de glotis y de los explosivos /k/, /p/, /t/.
- Sustitución de /s/ por sonido similar a /h/ relajado.

Estos fonemas son los más comunes en cuanto al SAG se refiere, y en los que me propongo trabajar inicialmente en la propuesta de terapia (capítulo 5), posteriormente, se puede trabajar con los demás fonemas del SAG: /b/, /n/, /d/ y /g/.

**3.2.1. CLASIFICACIÓN DE LOS FONEMAS QUE PRESENTAN SUSTITUCIONES
ARTICULATORIAS GRUESAS.**

3.2.2 /k/

características: velar, explosiva, sorda, bocal.

Mecanismo

Labios: separados

Dientes: separados

Lengua: la punta se apoya en la cara interna de los incisivos inferiores.

Velo del paladar: se levanta y sale el aire por la boca.

Glottis: no entra en acción.



3.2.3 /p/

Características: bilabial, explosiva, bucal, sorda.

Mecanismo

Labios: juntos y fruncidos

Dientes: separados

Lengua: no tiene movimiento, la punta está detrás de los incisivos inferiores.

Velo del paladar: se levanta hasta la pared faríngea, no permite la salida del aire por la nariz.

Glotis: no trabaja.



3.2.4 /n/

Características: dental, oclusiva o explosiva, sorda, bucal.

Mecanismo

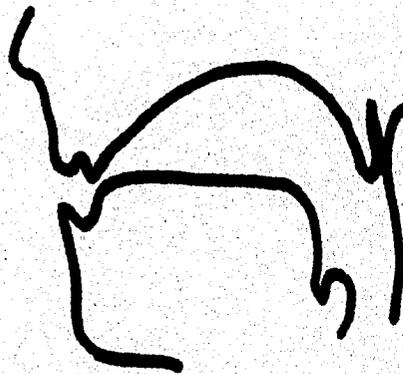
Labios: entreabiertos

Dientes: levemente separados

Lengua: toca la parte interna de los incisivos superiores.

Velo del paladar: levantado

Glotis: muda



3.2.5 /t/

Características: palatal sorda, africada bucal.

Mecanismo:

Labios: se mueven hacia adelante y se separan

Dientes: levemente separados

Lengua: la punta queda libre y suspendida, se apoya en el paladar y en las protuberancias alveolares.

Velo del paladar: se levanta e impide la salida del aire

Glotis: muda.



3.2.6 /s/

Características: fricativa, dental, sorda, bucal.

Mecanismo:

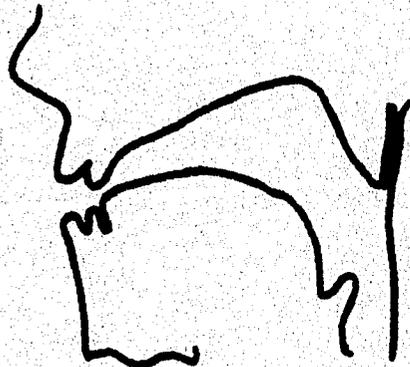
Labios: entresabiertos

Dientes: separados levemente

Lengua: se arquea y la punta se coloca detrás de los incisivos superiores.

Velo del paladar: se levanta e impide la salida del aire.

Glotis: Muda.



CAPITULO IV

**DESARROLLO DE LA FUNDACIÓN
MEXICANA DE APOYO AL CONOCIMIENTO
Y HABILITACIÓN DEL LABIO Y/O PALADAR
HENDIDO Y ANOMALÍAS CRANOFACIALES
A.C. "ENLACE"**

4. DESARROLLO DE LA FUNDACIÓN MEXICANA DE APOYO AL CONOCIMIENTO Y HABILITACIÓN DEL LABIO Y/O PALADAR HENDIDO Y ANOMALÍAS CRANOFACIALES A.C. "ENLACE"

Este cuarto capítulo está dedicado al desarrollo de "ENLACE" que es la fundación dónde presente mi servicio social y en el cuál nació la inquietud de formar una metodología de terapia de lenguaje para niños con labio y/o paladar hendido, que sirviera de apoyo a padres y prestadoras de servicio social que lo requieran.

4.1. SURGIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN.

La Fundación Mexicana de Apoyo al Conocimiento y Rehabilitación del Labio y/o Paladar Hendido y Anomalías Cranofaciales A.C. "ENLACE". Se funda en el mes de Abril de 1987, gracias a la preocupación de varios padres de familia que sufren de un problema en común; haber tenido un hijo con labio paladar hendido.

El objetivo principal de esta fundación es apoyar a los padres de familia que se encuentran involucrados en un caso de labio paladar hendido.

Las damas de "ENLACE" realizan visitas personales a las madres que tienen hijos con labio paladar hendido, platican con ellas y les ofrecen los servicios que la fundación les pueda proporcionar; además les explican que no deben sentirse culpables por lo que les ocurre ya que ellas no son culpables del problema. Les extienden una invitación para participar en las sesiones de "ENLACE" que se realizan el primer jueves de cada mes en las instalaciones del IMSS ubicado en Reforma a las 8:00 P.M. donde se les proporciona a los asistentes un manual informativo para padres de niños con labio y/o paladar hendido.

4.2. ESTRUCTURA FUNCIONAL

La Fundación Mexicana de Apoyo al Conocimiento y Habilitación del Labio y/o Paladar Hendido y Anomalías Cranofaciales A.C. "ENLACE", cuenta con una estructura funcional apoyada básicamente por coordinadores que se encuentran ubicados en el interior de la República Mexicana; teniendo como base estructural el Distrito Federal dónde se llevan acabo las reuniones de la fundación y el manejo de la misma.

DR. EDUARDO GARDUÑO G.
PRESIDENTE
TEL. 564-93-05
APTO. POSTAL 18
ECHEGARAY EDO. DE MEX.
C.P. 53310

SRA. MARIA DEL CARMEN VALDEZ
SECRETARIA
TEL. 531-04-22
APTO. POSTAL 18
ECHEGARAY EDO. DE MEX.
C.P. 53310

SRA. LINDA HERRERA
TESORERA
TEL. 383-78-94
APTO. POSTAL 18
ECHEGARAY EDO. DE MEX.
C.P. 53310

DR. JOSE CORREA S.
COORDINADOR
TEL. (998) 46132
PECARI 33 S.M. 20
CANCUN, QUINTANA ROO.
C.P. 77500

SR. ANTONIO GUTIERREZ
COORDINADOR
AV. PRADERA 1101
COL. AZTECA
LEON GUANAJUATO.

DRA. MARIA ELENA CADENA
COORDINADORA
TEL. (961) 37697
2a. PTE. SUR. 450
TUXTLA GTZ. CHIAPAS

DR. GUILLERMO DAHUS
COORDINADOR
TEL. (3) 633-08-60
PROL. AV. AMERICAS 2145
GUADALAJARA JALISCO
C.P. 44480

SR. PEDRO LUIS SANCHEZ
COORDINADOR
TEL. (72) 166145
PASEO SAN CARLOS 198
METEPEC, EDO. DE MEX.

LIC. ALBA FERNANDEZ ARCINIEGA
COORDINADORA
TEL. 333-08-53
FELIPE VILLANUEVA 102
COLINAS DE SAN JERÓNIMO
64630 MONTERREY NUEVO LEON.

SRA. BLANCA ABUD
COORDINADORA
TEL. (22) 403842
45 PTE. 101, DÉPTO. 3
COL. HUEXOTITLA
PUEBLA, PUEBLA.

DR. JOSE RAMÓN HERNANDEZ
COORDINADOR.
TEL. (28) 155601
TUXPAN 29
FRACCIONAMIENTO VERACRUZ
JALAPA VERACRUZ.

4.3. DESARROLLO.

"ENLACE" es un fundación que se encarga de apoyar a los padres de familia que tienen hijos con labio y/o paladar hendido y anomalías craneofaciales; para lo cual cuenta con apoyo de un grupo multidisciplinario de médicos que intervienen en el problema de labio y/o paladar hendido. Además les proporcionan un Manual Informativo para la mejor comprensión del problema. Esta información será presentada brevemente en las siguientes líneas.

El propósito de dicho manual es que sirva de guía para los padres que tengan un hijo con labio y/o paladar hendido, a los propios pacientes adolescentes o adultos, y a todo aquél que tenga interés en este problemas, tan frecuente e incapacitante cuando no es correctamente tratado.

Aquí se explica la información esencial sobre el labio y/o paladar hendido y sobre los cuidados del bebé de manera general, ya que cada niño es una persona muy especial que requiere cierto tipo de cuidados individuales y un tratamiento específico para sus necesidades.

Los especialistas que deben ser consultados planearán con sumo cuidado el tratamiento personal de cada niño, por lo que es imposible mencionar todos los tipos de tratamiento existentes. Se elaboró esta guía para que los padres conozcan y entiendan los pasos a seguir y la terminología médica que escucharán y a la cual deben habituarse.

En términos simples la palabra Hendidura significa una separación entre alguna de las estructuras que forman la cara, las cuales deberían haberse unido en las primeras semanas del embarazo. La Hendidura labial es una separación de los tejidos del labio superior. La Hendidura palatina es una separación de los huesos que forman el piso de la nariz y el techo de la boca.

El labio hendido con o sin paladar hendido asociado, es el más común de los defectos al nacimiento o malformaciones congénitas, como también se llaman. Esto ocurre en todas las razas y en todos los niveles socioeconómicos. En México aproximadamente nace un niño con labio y/o paladar hendido por cada 1,200 recién nacidos vivos.

Existen muchas causas posibles que pudieron haber originado el defecto del cierre ya sea del labio o del paladar. La familia habrá oído un sinnúmero de posibles explicaciones, algunas con un fondo mágico-religioso, de las cuales ninguna es cierta.

La información que se dará a continuación mencionará los aspectos del tratamiento de todos los niños con hendiduras labio-palatinas.

El equipo de profesionistas que trabajan con pacientes de labio y/o Paladar Hendido de "ENLACE" está formado por un grupo de especialistas en diversas áreas, todos ellos interesados en estos problemas. Los profesionistas que a continuación se mencionan son los que forman el grupo multidisciplinario:

- Pediatra
- Genetista
- Cirujano Plástico Reconstructivo
- Odontopediatra, Ortodoncista y Protedoncista
- Foniatra y Terapeuta de Lenguaje
- Otorinolaringólogo y Audiólogo

- * Psiquiatra y/o Psicólogo.

El resultado del trabajo en equipo es el conocimiento integral del problema y la planeación del tratamiento idóneo en cada caso particular.

PEDIATRA:

El será el encargado de vigilar la alimentación, el desarrollo corporal y la salud en general del bebé. El primer problema al que se encuentra la madre es la alimentación del pequeño, quien tiene dificultades para succionar adecuadamente, o bien, porque el alimento pasa a través de la hendidura del paladar hacia la nariz. En gran parte, la dificultad para la alimentación está dada por el miedo que tiene la madre de lastimarlo o de provocarle alguna complicación.

La alimentación debe ser provista de cantidad, calidad y emoción adecuada, es decir: Una nutrición suficiente balanceada para el infante y una experiencia gratificante y placentera para la madre y sobre todo para el bebé. Si bien estos niños tienen dificultad para la succión, por lo que se hace más difícil el ser alimentados al pecho materno, con paciencia ellos se adaptan a sus propias necesidades. La madre deberá estar relajada al dar la alimentación tomando el tiempo necesario y procurando siempre sacar el aire que pudo haber tomado el bebé, para evitar cólicos, ya que los niños con paladar hendido tragan un exceso de aire.

Cuando el paladar está abierto, los niños se alimentan mejor estando casi sentados, en vez de acostados. Cuando sea necesario el protodoncista (dentista especializado en prótesis) puede hacer una plaquita para tapar la hendidura. Esta plaquita es removible, debe estar siempre muy limpia y sólo deberá usarse cuando el médico tratante así lo indique.

Si la alimentación no es adecuada, el niño podrá desnutrirse paulatinamente y no ganar peso, lo que retardará innecesariamente su operación.

Conforme el niño crezca, la alimentación deberá modificarse de manera similar a la de los demás, es decir, agregando otro tipo de productos; las papillas deben estar bien molidas y administrarse lentamente y en poca cantidad a la vez, primordialmente cuando el paladar esté abierto, para evitar que el alimento salga por la nariz. Si esto sucede no es motivo de preocupación ya que al toser el bebé sacará el resto del alimento y no le causará ningún daño.

Alimentar a un bebé con labio y/o paladar hendido no debe ser un problema sino algo tan satisfactorio como alimentar a cualquier otro bebé.

Las visitas al pediatra son importantes para la valoración, desarrollo y crecimiento, además las vacunas deben realizarse de igual forma para todos los niños.

GENETISTA:

Es un médico especialista en investigación primordialmente de las causas de los defectos al nacimiento, de los cuales el labio y paladar hendido son un ejemplo. Así el genetista estudia el desarrollo embriológico normal y los factores, tanto hereditarios como del ambiente, que pueden alterar dicho desarrollo.

También ayuda a entender las causas que servirán para eliminar los sentimientos de culpa que pudieran estar presentes, y que se originan frecuentemente debido a que el nacimiento de un niño con labio y/o paladar hendido se ha atribuido a múltiples causas, tales como: alcoholismo, infidelidad, enfermedades de la sangre, etc. los que obviamente no tienen ninguna participación en el origen de la malformación.

Otro aspecto importante a tratar en la consulta de genética es determinar la existencia de otros problemas asociados, aunque en la gran mayoría de los casos el defecto labio-palatino se encuentra aislado; es decir que el bebé es en todo normal, sin defectos en otras áreas y con una inteligencia normal, por lo que tiene todas las capacidades y todo el derecho de ser feliz.

CIRUJANO PLÁSTICO RECONSTRUCTIVO:

El cierre del labio y del paladar deben efectuarse por un cirujano experimentado en cirugía reconstructiva. La técnica quirúrgica debe ser decisión del cirujano y dependerá de las condiciones particulares de cada caso.

Se recomienda esperar cuando menos tres meses para efectuar el cierre del labio, ya que los resultados obtenidos son mejores que cuando se cierra a los pocos días de nacidos; además, la cirugía será mejor tolerada, pues el bebé ha ganado peso.

Sin embargo, el cirujano es quien debe decidir la edad para efectuar el cierre y no sentirse presionado por la angustia de los padres, quienes quieren que su hijo luzca lo más bonito, lo antes posible.

Entonces, en la primera cirugía se efectuará el cierre del labio y según el caso, de la parte anterior del paladar o paladar duro y además, se hará la corrección de la nariz, que generalmente se encuentra alterada. En caso de que exista una hendidura bilateral, se puede recomendar el uso de ciertos aparatos ortodóncicos durante un tiempo antes de la operación, para lograr un éxito mayor.

En un segundo tiempo quirúrgico, aproximadamente al año y medio de edad, se hará el cierre del paladar posterior o paladar blando mediante una técnica que permita aumentar su longitud para obtener un funcionamiento adecuado, ya que en general este es corto. Aprovechando esta cirugía, se pueden practicar algunos retoques, si fuera necesario, para mejorar el resultado obtenido en la primera cirugía.

ODONTOPEDIATRA, ORTODONCISTA Y PROSTODONCISTA:

Las fisuras labio-palatinas se acompañan frecuentemente de alteraciones dentales, por lo que su tratamiento deberá estar a cargo de diversos especialistas, tales como el Odontopediatra, quien es un dentista especializado en niños, el Ortodoncista o dentista especializado en el crecimiento y desarrollo de la cara y en la alineación y oclusión dentales y el Prostodoncista o dentista especializado en la elaboración de prótesis.

Desde el nacimiento, el pequeño deberá ser visto por el ortodoncista quien tomará registros con el fin de valorarlo periódicamente; asimismo, se determinará si se requiere de algún aditamento previo a la cirugía, como en el caso de la fisura bilateral cuando la porción central o premaxilar sea muy saliente y se dirija hacia arriba y adelante; entonces, se tratará de llevar la premaxila hacia atrás para obtener el mejor resultado quirúrgico.

Los dientes de leche, como se llama a la dentición primaria, empiezan a brotar aproximadamente a los 6 meses, aunque en niños con hendidura del alvéolo suelen aparecer a edades más tardías; si llegarán a faltar piezas dentales a nivel de la fisura, el prostodoncista fabricará una placa que incluya aquellas faltantes.

En general, los dientes situados a los lados de la fisura nacen mal alineados, por lo que el ortodoncista será posteriormente el encargado de hacer un tratamiento ortodóncico correctivo, comúnmente conocido como "frenos".

Cabe mencionar que un buen cuidado dental siempre mejorará el aspecto del niño con labio y/o paladar hendido.

FONIATRA Y TERAPISTA DE LENGUAJE

Por lo general, de los 4 a los 6 meses los niños empezaran a emitir sonidos, haciendo ruido al jugar con su propia voz; a los 8 meses pronunciarán sus primeras sílabas, sin

sentido, en forma de imitación y se iniciará un movimiento labial más coordinado; es entonces cuando se deberá acostumbrar a sacar el aire por la boca y no por la nariz.

Es entre los 2 y 3 años. cuando estos pequeños muestran un lenguaje más fluido; no es motivo de burla el que pronuncien incorrectamente las palabras ya que se les propiciará miedo al hablar; tampoco es conveniente sobre protegerlo por el problema del labio y/o paladar hendido; al contrario, hay que apoyarlo y darle estímulos para que el niño continúe hablando lo mejor posible.

"ENLACE" cuenta con una clínica de lenguaje que se encuentra en el tercer piso de consulta externa del Hospital de "La Raza" dónde se atiende de lunes a viernes de cuatro de la tarde a siete de la noche. En estas sesiones de lenguaje se les brinda apoyo tanto a las madres como a los niños que presentan labio y/o paladar hendido.

Es de suma importancia que se acuda regularmente para recibir una orientación y enseñanza sobre el mejor método de estimulación para los niños, para que estos a su vez no se sientan emocionalmente cohibidos y logren tener un mejor lenguaje.

OTORRINOLARINGOLOGO.

Es el médico especialista oído nariz y garganta. Los niños con paladar hendido, son muy susceptibles a las infecciones respiratorias desde los primeros meses de vida. En los oídos frecuentemente se acumula un líquido que no permite la transmisión adecuada del sonido, lo que resulta una pérdida temporal de la audición; por lo cuál, al quitar dicho líquido, la audición volverá a ser normal.

El otorrinolaringologo será quien diagnostique si existe o no líquido y si este se ha infectado, decidiendo el tipo de medicamento que deberá administrarse ó, recomendará cirugía para obtener una total rehabilitación.

Se recomienda entonces que el examen de los oídos sea realizado entre los 3 y 6 meses de edad, continuando periódicamente cada año, o antes si existen datos de dolor o infección.

AUDIOLOGO.

Este especialista trabaja conjuntamente con el foniatra y con el Otorrinolaringólogo contribuyendo mediante pruebas específicas a medir la audición del pequeño. Es importante que estas pruebas se realicen a edad temprana y tan frecuentemente como sea necesario.

Aún cuando los niños sean pequeños o incapaces por si mismos de comunicarse, es posible hacer pruebas auditivas con técnicas especiales de audiometría; convirtiéndose en una prueba preventiva, pues aún antes de que el niño tenga manifestaciones, se podrá determinar y medir la pérdida auditiva, para que el pequeño reciba el tratamiento oportuno y desarrolle adecuadamente su lenguaje.

PSICÓLOGO Y/O PSIQUIATRA.

El nacimiento de un niño con labio y/o paladar hendido puede ocasionar un desajuste familiar; sin embargo la comprensión de lo ocurrido hace más fácil y más manejable el problema.

No obstante, en determinadas circunstancias el rompimiento familiar es mayor, y persisten sentimientos de culpa y de rechazo hacia el pequeño; es entonces cuando una visita al psiquiatra o psicólogo, quienes como parte del equipo de "ENLACE" conocen estos problemas, será de gran utilidad.

Resumiendo, es importante señalar que el tratamiento es largo y complejo, pero también que es indispensable que se cumplan todas y cada una de las etapas para lograr el éxito total y la rehabilitación completa.

El éxito del tratamiento no está en que el niño tenga una buena apariencia, unos dientes alineados, un buen lenguaje o que nunca haya tenido problemas con los oídos.

El éxito está en los padres de familia, en como acepte y maneje el problema; acuda a sus citas, y que muestre el apoyo necesario a su pequeño, ya que, su hijo es un niño como los demás y tiene todos lo derechos de ser feliz. ¡Ayúdelo!

CAPITULO V

**METODOLOGÍA DE TERAPIA DE LENGUAJE
PARA NIÑOS CON SECUELAS DE LABIO Y/O
PALADAR HENDIDO A NIVEL PREESCOLAR
(3 A 5 AÑOS) PARA LA FUNDACIÓN
MEXICANA DE APOYO AL CONOCIMIENTO Y
HABILITACIÓN DEL LABIO Y/O PALADAR
HENDIDO Y ANOMALÍAS CRANOFACIALES
A.C. "ENLACE"**

**5. METODOLOGÍA DE TERAPIA DE LENGUAJE PARA NIÑOS CON SECUELAS DE
LABIO Y/O PALADAR HENDIDO A NIVEL PREESCOLAR (3 A 5 AÑOS) PARA LA
FUNDACIÓN MEXICANA DE APOYO AL CONOCIMIENTO Y
HABILITACIÓN DEL LABIO Y/O PALADAR HENDIDO Y ANOMALÍAS
CRANOFACIALES A.C. "ENLACE"**

Esta propuesta de terapia de lenguaje ha sido pensada hace algunos años, por inquietud mía de ayudar a los niños que presentan secuelas de labio y/o paladar hendido ya que al trabajar con estos niños uno se da cuenta de la aportación que podemos dar a los demás.

Recuerdo haber leído alguna vez que: "El mundo de las terapias y psicoterapias individuales y grupales es muy extenso, y que cada día crece; de manera que debemos guiarnos entre un número incierto de probabilidades de acierto y error"

Por esto pienso que es necesario antes de aplicar una terapia, tomar en cuenta la forma o la estructura de la personalidad de cada individuo así como también el desarrollo de la habilidad, la destreza y los hábitos, recordando siempre que los seres humanos son "Seres Individuales, no hay que comparar ya que cada quien presenta sus propias cualidades así como sus errores.

Los pequeños que tiene secuelas de labio y/o paladar hendido presentar deficiencias respiratorias, de elocución y en algunas ocasiones deficiencias auditivas, que ocasionan una comprensión incorrecta de su medio ambiente, resultando así la expresión defectuosa que les dificulta el desarrollo del habla. Este desarrollo esta implícito en la adquisición del lenguaje y se clasifica por edades, siendo los primeros años en los que el pequeño no habla correctamente, pues existe una imposibilidad funcional, la desfiguración de las

palabras, dando lugar a una habla incorrecta por que no sabe dónde y como debe colocar sus órganos articulatorios, qué esfuerzo debe hacer y cuánta corriente emplear.

La desfiguración de las palabras, inicialmente es natural, pero si existe un funcionamiento alterado que continua en los siguientes años y no hay una corrección, los pequeños crean malos hábitos articulatorios; si la deficiencia del lenguaje es debida a causas orgánicas, entonces, después de la cirugía será necesario adaptar funcionalmente los órganos articulatorios mediante un proceso terapéutico adecuado.

El proceso terapéutico, deberá buscar como fin último, la habilitación de los órganos fonarticulatorios del habla, lo cuál no es tan sencillo, pues éste debe contener ejercicios no únicamente de punto y modo de articulación, sino todos aquellos que de alguna forma general buscan el desarrollo integral del pequeño.

Por esto el pedagogo debe, si quiere lograr éxito en la adquisición de conocimientos y capacidades por sus alumnos, escoger medidas didácticas especiales y organizar actividades que le ayuden y respalden, ya que existe una gran diferencia entre la adquisición de conocimientos del paciente y el desarrollo de sus capacidades, pues no hay que olvidar que la adquisición del conocimiento y el desarrollo de habilidades, destrezas y hábitos, mantienen su valor completo en el proceso de la terapia.

El labio y/o paladar hendido es un problema congénito; esto quiere decir que durante el período en que otros niños están aprendiendo y perfeccionando el lenguaje y el habla los niños con labio y/o paladar hendido están pasando por este momento crítico con un factor negativo para el desarrollo del habla. El pequeño con este tipo de problema que se habitúa a un habla anormal, encuentra muy difícil cambiar; por esa razón esta propuesta de terapia de lenguaje está diseñada para ser aplicada entre los 3 y 5 años de edad etapa en la cual es mas sencillo corregir los problemas del habla.

Esta propuesta surgió con base en las necesidades que se presentaron en el trabajo terapéutico con niños que tienen secuelas de labio y/o paladar hendido durante la realización del servicio social en el Hospital de la Raza.

La metodología de terapia de lenguaje fue aplicada a cinco niñas y cinco niños con secuelas de labio y/o paladar hendido de "ENLACE" fueron atendidos dos veces por semana, con sesiones de 50 min. cada una durante 6 semanas.

Casos atendidos:

NIÑAS:	NOMBRE	EDAD	PROBLEMAS
1.	Guadalupe Vergara Torres (s, r, r, pr, fr, gr, tr,)	4 10/12	L.P.H. UNILATERAL
2.	Arelí Muñoz Jiménez (s, r, r, j, c, x, pr, fr, gr, tr, br.)	4 2/12	PALADAR HENDIDO
3.	Verónica Aide Zaragoza Glez. (j, r, r, c, s, tl, gl, cl, fl, tr, gr, cr, br.)	2 0/12	L.P.H. BILATERAL
4.	Marcela Miranda Castillo (s, p, t, r, r, tr, gr, cr, fr, br, pr.)	3 8/12	L.P.H. UNILATERAL
5.	Janet García Lira (k, r, r, x.)	5 10/12	PALADAR HENDIDO

NIÑOS:	NOMBRE	EDAD	PROBLEMAS
1.	Enrique Diego Segura (r, r, s, p, tr, pr, br, gr, cr, fr.)	3 3/12	L.P.H. UNILATERAL
2.	Oscar Acevedo Martínez (r, r, s, c, br, pr, tr, gr, cr, fr.)	5 0/12	PALADAR HENDIDO
3.	Antonio Ruiz Alvarado (r, r, tr, pr, br, gr, cr, fr.)	4 4/12	L.P.H. BILATERAL
4.	Erik González Pérez (s, r, r, tr, br, pr, gr, cr, fr.)	5 1/12	L.P.H. BILATERAL
5.	Mauricio Martínez Sánchez (f, x, c, r, r, tr, cr, br, pr, fr.)	4 8/12	L.P.H. UNILATERAL

5.1 CARACTERÍSTICAS DEL HABLA DE PACIENTES CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO E INSUFICIENCIA VELOFARINGEA.

A) Trastornos de articulación en pacientes con labio y/o paladar

- Distorsiones nasales: Alteración de resonancia, desviaciones de la presión del flujo del aire.
- Sustituciones: Articulaciones compensatorias coarticulaciones.

B) Trastornos de articulación no relacionados con la hendidura del paladar.

- Distorsiones orales (En fonemas dentales y oclusivos)
- Patrones de desarrollo.

C) Desviaciones de la fonación: problemas reales de voz.

- Patología laríngea
- Coexistencia con trastornos de articulación.

5.2 PROGRAMA DE TERAPIA.

En los capítulos anteriores se mencionaron las fallas específicas de articulación que presentan los niños con labio paladar hendido. De acuerdo con la clasificación de los fonemas según su punto y modo de articulación, podemos observar que el proceso que siguen estos alumnos, los lleva a sustituir los fonemas oclusivos sordos /p/, /t/, /k/ y

africados sordos /c/, por un golpe de glotis en la mayoría de los casos. Los fonemas fricativos sordos /f/, /s/, /x/, se sustituyen por una fricción que se realiza anormalmente por el contacto entre el velo y la pared faríngea.

Por esta razón trabajaré únicamente con estos fonemas ya que los demás no vienen al caso por que los niños con labio y/o paladar hendido los manejan igual que los niños que no tienen este problema.

En esta propuesta se toman muy en cuenta los ejercicios con los cuales cuenta la Fundación Mexicana de Apoyo al Conocimiento del Labio y/o Paladar Hendido y Anomalías Cranofaciales A.C. ya que son de mucha utilidad para el desarrollo de lenguaje pues contiene ejercicios de respiración, ejercicios de labios y ejercicios de lengua (ANEXO 1).

Las sesiones de terapia se plantean individualmente dependiendo de la situación, dificultades, preferencias y motivaciones de cada individuo.

Los ejercicios que se presentan para la obtención de los fonemas con frecuencia resultan tediosos y agotadores, por lo tanto, las actividades deben presentarse en forma atractiva y motivante de acuerdo a la edad del paciente, de lo contrario podemos provocar la fatiga y el rechazo. El trabajo con niños requiere de una mayor habilidad e iniciativa para atraer su atención y lograr que realice los ejercicios en repetidas ocasiones con una actitud positiva.

Para el tratamiento de los problemas de articulación del lenguaje, es necesario que la persona tenga una adecuada discriminación auditiva para así distinguir los fonemas aprendidos de los sonidos ausentes o defectuosos. Antes de comenzar la habilitación del lenguaje debemos entrevistarlos con los padres de familia y llenar una Historia Clínica. (ANEXO 2).

La Historia Clínica nos servirá como antecedente al problema del paciente. Para valorar el lenguaje del niño se ocupará la "Exploración lingüística del niño preescolar", que es una prueba del lenguaje de los autores Ortega y Garza. (ANEXO 3)

Sin embargo no se puede olvidar la evaluación de las emisiones del paciente en situaciones espontáneas pues en éstas, con frecuencia advertimos fallas que se pasan por alto en las pruebas formales de evaluación. Cuando se da inicio al tratamiento de articulación convencionalmente se presenta fonema por fonema.

Una vez producido el fonema correctamente y automatizada su articulación, éste se presentará en posición inicial, media o final de palabra, según sea el caso, para posteriormente trabajar la integración al lenguaje espontáneo, que frecuentemente resulta la etapa más difícil y prolongada del tratamiento.

CORRECCIÓN DE LA ARTICULACIÓN EN ALUMNOS CON PALADAR HENDIDO.

A continuación describiré la correcta producción de cada uno de los fonemas mencionados en el capítulo I y las fallas más comunes de articulación que ocurren en los niños con labio y/o paladar hendido.

1) FONEMA /p/

El fonema /p/ es una consonante bilabial, oclusiva, sorda. Se articula con los labios juntos y un poco fruncidos, los incisivos van ligeramente separados. La lengua toma la posición del fonema que le sigue. El aire que se acumula en la boca, hace presión sobre los labios. Al separar estos bruscamente dando salida al aire, se produce el sonido /p/.

Este fonema se ve frecuentemente alterado en el caso de los pacientes con trastornos de articulación por secuelas de labio y/o paladar hendido. El punto en la mayoría

de los casos, es producido correctamente; sin embargo, el modo tiende a sustituirse por un golpe de glotis o simplemente se emite el fonema con poca presión oral, no lográndose la explosión adecuada.

Para corregir esto es necesario hacer notar al niño, mediante el tacto, la salida del aire por la boca sin vibración de las narinas. Para concientizarlo, se puede poner un pequeño espejo bajo las fosas nasales que se empañará por la salida del aire, si sucede la nasalización. También se puede pedir que cierre fuertemente los labios y que infle las mejillas, pidiéndole después que abra repentinamente los labios con el empuje del aire que tiene en la boca, consiguiéndose así el sonido deseado.

2) FONEMA /N/

El fonema /N/ es una consonante linguodental, oclusiva, sorda. Se articula con los labios entre abiertos y los incisivos ligeramente separados. La punta de la lengua se apoya en la cara posterior de los incisivos superiores y sus bordes se apoyan en las arcadas dentales, impidiendo así la salida del aire. Al separarse bruscamente la punta de la lengua, que se sitúa detrás de los incisivos inferiores, se produce el sonido /N/.

Al observar el habla defectuosa en alumnos con paladar hendido, encontramos que las sustituciones que generalmente se realizan en los fonemas /p/ y /N/ son muy similares. En un gran número de casos, el punto es producido satisfactoriamente, la lengua sube y se coloca detrás de los dientes superiores, pero sin la fuerza suficiente para realizar la explosión, además de no acumular aire en la boca. La plosividad es sustituida por un golpe de glotis.

Para obtener la correcta articulación del fonema, se debe concientizar a la persona de la salida del aire por la boca, enfatizando el correcto modo de articulación mediante propiocepción para lograr la explosión adecuada.

Para obtener la correcta articulación del fonema, se debe concientizar a la persona de la salida del aire por la boca, enfatizando el correcto modo de articulación mediante propiocepción para lograr la explosión adecuada.

En los casos en que el cierre velofaríngeo no es el adecuado, se producirá el fonema con escape nasal, pero aún así es necesario insistir para que integre esta articulación al lenguaje espontáneo y, de esta manera, al corregir la insuficiencia velofaríngea por medios quirúrgicos y eliminar la nasalización se producirá la correcta articulación del fonema.

Si el paciente no comprende como emitir la explosión del aire para producir el modo del fonema correctamente, se le puede concientizar partiendo del soplo. Una vez que se obtiene la presión intraoral del aire al soplar, aunque se acompañe con escape nasal, se pide al individuo que coloque la lengua detrás de los incisivos superiores haciendo presión una y otra vez, interrumpiendo la salida del aire, para que así al quitar la obstrucción, se obtenga el modo de articulación adecuada. Cuando ya se ha comprendido esto, se pide que emita la correcta posición de los labios que estaban fruncidos por el soplo, para lograr el sonido deseado.

3) FONEMA /k/

El fonema /k/ es una consonante linguovelar, oclusiva, sorda. Para su articulación los labios están separados permitiendo la visualización de la lengua. Los dientes se encuentran alejados algo más de un centímetro. La punta o ápice de la lengua toca los alvéolos inferiores y la parte posterior se levanta, apoyando el dorso posterior con fuerza contra el velo del paladar para realizar la oclusión que cierra la salida del aire espirado. En esta posición del dorso existe variación, según la vocal que le siga. Si a continuación va el fonema /e/ o /i/ se apoya el dorso en la región final del paladar duro y la parte de la lengua avanza hacia la cara interna de los incisivos inferiores. Si le sigue la /o/ o la /u/, el punto de apoyo es velar en el paladar blando. El velo permanece levantado y la glotis inactiva por lo

La sustitución del fonema /k/ por un golpe de glotis, es la falla que se percibe con mayor claridad en el caso del paciente con articulación compensatoria por paladar hendido. El punto y modo de articulación son erróneas, auditivamente podría confundirse con la simple omisión del fonema; es por esto que es fácil distinguir cuando se sustituye por un golpe de glotis de cuándo se produce correctamente, acompañado de escape nasal.

Al enseñar el correcto punto y modo de articulación, es frecuente obtener, el lugar de fonema /k/, un sonido parecido al de la tos. Para eliminar esto, es necesario que el paciente observe la posición de la lengua y el ascenso del dorso enfatizando la salida del aire por la boca; incluso, se le puede ayudar colocando un abatelenguas o depresor sobre la punta de la lengua empujándola hacia atrás para que el dorso suba hacia el velo del paladar al tiempo que el paciente trata de articular el fonema y realizar la explosión del aire.

Una vez que se ha obtenido el fonema en forma aislada, algunas personas no logran unirlo a las vocales para formar sílabas y lo sustituyen de nuevo por un golpe de glotis. Si esto ocurriera, se debe pedir la articulación de /k/ aislada y comenzar a unirlo a las vocales en voz cuchicheada dando sonoridad paulatinamente al fonema vocal hasta pronunciar la sílaba deseada correctamente.

Ka (la vocal corta y en voz cuchicheada).

Ka (se comienza a dar sonoridad a la vocal).

KA (se produce la sílaba normalmente).

4 FONEMA /C/

Fonema linguopalatal, africado, sordo. Para su articulación, los labios avanzan hacia adelante y se separan un poco entre sí dejando ver los dientes que también están ligeramente separados. El dorso anterior de la lengua se apoya en la región prepalatal, formando en principio una oclusión momentánea que evita la salida del aire mientras los bordes de lengua tocan los molares. En un segundo tiempo, el dorso anterior de la lengua se separa del paladar produciéndose la fricción con la salida del aire por un estrecho canal formado por el dorso de la lengua y el paladar. La punta de la lengua no desempeña ningún papel especial en este fonema. Al ser una articulación sorda, no se dan vibraciones entre las cuerdas vocales.

El fonema /c/ es otro sonido que en el caso de labio y paladar hendido comúnmente se sustituye por golpes de glotis, el punto y el modo de articulación están alterados.

Para la obtención de este fonema es necesario pedir al paciente que haga presión de la lengua contra la pared anterior del paladar secundario para que, al separarlo, obtenga la expulsión del aire por la boca.

Es también importante distinguir cuando existe escape nasal o no. En la articulación del fonema /c/ este escape frecuentemente se acompaña de ronquido nasal que auditivamente se asemeja al sonido del ronroneo de un gato y al visualizar el esfínter velofaríngeo con un endoscopio, nos damos cuenta que el movimiento de las estructuras es inverso al que realiza para en cierre, es decir, en lugar de dirigirse hacia el centro, el movimiento es hacia afuera.

Para corregir esto es necesario pedir al paciente que dirija, en lo posible, la salida del aire por la boca, y si aún así la articulación se sigue acompañando del ronquido nasal, se puede tratar de obtener /c/ partiendo de otros fonemas con punto de articulación similar. Debemos cerciorarnos previamente de que el paciente los articula correctamente. Un ejemplo sería el caso del fonema /f/.

Debemos cerciorarnos previamente de que el paciente las articula correctamente. Un ejemplo sería el caso del fonema /ʎ/.

Para obtener /ʎ/ a partir de /ʎ/, es necesario hacer que realice los movimientos linguales correspondientes a ese fonema, aunque sin articularlo, para después pedirle que trate de emitir el sonido /ʎ/.

5 FONEMA /s/

La consonante /s/ es linguoalveolar, fricativa, sorda. Se articula con los labios entreabiertos y las comisuras algo retiradas hacia los lados. Los dientes se encuentran ligeramente separados y el ápice de la lengua se apoya en los alvéolos de los incisivos inferiores, dejando una pequeña abertura redondeada. Los bordes de la lengua tocan los molares superiores y las encías, evitando la salida lateral del aire y formando un estrecho canal central por donde pasa la corriente aérea que choca contra los dientes superiores y sale rozando en borde de los incisivos.

En los pacientes que presentan patrones anormales de articulación como compensación a una función velofaríngea insuficiente, es muy frecuente advertir la situación de /s/ por una articulación fricativa faríngea donde la fricción se origina por el velo y la pared posterior en lugar de producirse en la zona anterior de la boca.

Este sonido compensatorio que auditivamente podría parecerse a una /x/ débil, con frecuencia se confunde con la producción de /s/ cuando está influenciado por escape nasal, pero si observamos con detenimiento, nos damos cuenta que el aire no es dirigido hacia la nariz, sino a la boca sin la presión intraoral suficiente para producir el sonido deseado, independientemente que la articulación también ocurre en un sitio que no es el indicado.

Este defecto, además de ser el más común dentro de esta patología, en la mayoría de los casos es el más difícil de corregir, pues aún cuando el paciente conoce el punto de articulación del fonema y lo realiza satisfactoriamente continúa produciendo el mismo sonido anómalo.

Para corregir esto, se puede obtener la articulación del fonema /s/ partiendo del soplo, de ésta manera, la persona realizará los ejercicios específicos con la presión

intraoral adecuada. Una vez que se ha obtenido el soplo, se indica al paciente que coloque la lengua entre los dientes y se le pide que poco a poco la meta en la boca al tiempo que produce con los labios una sonrisa y continúa soplando para así obtener una /s/ interdental.

Logrando esto y habiéndonos asegurado que el aire es dirigido hacia la boca, se debe concientizar a la persona de la diferencia que existe entre la articulación compensatoria y el sonido que está produciendo para así mostrarle el punto correcto de /s/, pidiéndole que deslice la lengua suavemente y la coloque detrás de los incisivos inferiores.

Otra falla común que podemos encontrar en la articulación /s/ es que algunos pacientes presentan escape nasal únicamente en este fonema, ya que es la articulación que requiere mayor precisión intraoral en la salida del aire. Sin embargo, debemos estar conscientes que esta dificultad los lleva a desarrollar malos hábitos y tenemos que ayudar a corregirlos, pues si no existe escape nasal en los fonemas explosivos sordos, tampoco debe haberlo al producir /s/.

6 FONEMA /f/

El fonema /f/ es una consonante labiodental, fricativa, sorda. Se articula colocando el labio inferior bajo el borde de los incisivos superiores y levantando ligeramente el labio superior de forma que se puedan ver los incisivos superiores, dejando escapar el aire entre los dientes y el labio. El ápice de la lengua se coloca detrás de los incisivos inferiores, levantando un poco sus bordes para acentuar el surco central. El velo del paladar se cierra y en la laringe no se dan vibraciones.

La articulación de este fonema en el habla del paciente con labio y/o paladar hendido presenta fallas para producir el correcto punto de articulación. La sustitución que se realiza es también fricativa faríngea como en el caso del fonema /s/.

El paciente con labio y/o paladar hendido tiene una mal posición o ausencia de los incisivos superiores, lo que altera lógicamente la posición de los labios para articular /f/, sin embargo, debemos insistir en la correcta articulación del fonema dentro de las posibilidades de cada sujeto.

7 FONEMA /x/

La consonante /x/ es linguovelar, fricativa, sorda. Para su articulación, los labios y los dientes permanecen entre abiertos. La lengua se ensancha, estando su parte anterior en contacto con los alvéolos de los incisivos inferiores. El dorso posterior se acerca al velo del paladar sin llegar a cerrar la salida de la corriente de aire, el cual sale por el canal formado por la lengua y el velo del paladar, produciendo el sonido característico de este fonema.

Las sustituciones que ocurren en este fonema como consecuencia de una insuficiencia velofaríngea, son las que ya se han descrito como las más comunes en los pacientes con labio y/o paladar hendido: La articulación fricativa faríngea y la articulación glótica.

En /f/ ambas sustituciones tiene en común que el dorso de la lengua no es desplazado hacia arriba, es por esto que es necesario insistir al paciente en la realización de ese movimiento para obtener el punto correcto del fonema, sin descuidar la salida del aire por la boca.

El lograr la correcta articulación de los fonemas en forma aislada, es tan sólo el inicio del tratamiento. Es preciso insistir y ejercitar la producción del fonema en palabras y oraciones siempre dentro de contexto, para que, al ser significativo para el niño pueda mecanizar la forma correcta, sin embargo, la fase más larga del tratamiento, generalmente es el proceso de integración al lenguaje espontáneo, pues la forma viciada que posee, no se corrige en su expresión espontánea más que a base de tiempo y ejercitación.

Quando el programa se limita a la repetición de palabras y frases, el paciente aprende a utilizar los fonemas correctamente en estas situaciones, pero en su habla libre, vuelve a la misma forma defectuosa que poseía, por ejemplo, al estar enojado o al hablar sobre un tema no visto en terapia. De ahí la importancia de la fase de integración que permite, en forma dirigida, ayudar al paciente a utilizar los fonemas aprendidos en situaciones cotidianas.

En algunos casos, el tiempo de tratamiento resulta muy largo, los pacientes se desesperan y pierden el interés para corregir sus fallas. El crear un ambiente favorable y realizar los ejercicios en forma amena, es función del terapeuta quien se verá gratificado con los resultados. Para esto es importante no delegar todo el trabajo al paciente marcando una clara división maestro-alumno, al contrario, debemos compartir el trabajo con el, tratando de divertirnos.

Una vez que el paciente articula correctamente el fonema que está trabajando, se ejercitará en emisiones cortas con significado, presentándolo en las diferentes posiciones de palabra, según sea el caso. Por ejemplo el fonema /k/ ocurre en posición inicial (como en casa, cola, caballo) media de palabra (en vaca, taco, foco.); el fonema /s/ aparece en posición inicial (silla, sábana, sal), media (vaso, pulsera, basura) y final de palabra (nariz, lápiz, y los plurales), también la encontramos en sílaba inversa, formando grupos consonánticos heterosilábicos como en (peste, mosca, vestido).

En un principio, es necesario dar el modelo correcto de articulación y pedir a la persona que emita la palabra por repetición para que después lo haga sin modelo previo. Al ejercitar esto en diferentes actividades y juegos, el paciente logrará mecanizar la articulación del fonema presentado; por otra parte, no debemos descuidar el trabajo en casa ya que es ahí dónde el paciente se encuentra la mayor parte del tiempo, debemos enseñar a los padres los procedimientos y juegos utilizados durante las sesiones y

concientizarlos del provecho que se obtendrá si dedica tiempo en casa a este tipo de actividades.

Para facilitarles la labor, podemos anotar lo visto en terapia en el cuaderno del niño, incluso, realizar en el los juegos y trabajos de mesa para que también los familiares repasen en su casa en forma amena. Y, de ser posible, invitar a los padres a que observen y participen en la terapia.

5.3 ALGUNAS IDEAS PARA TRABAJAR LA INTEGRACION DEL FONEMA A NIVEL DE PALABRAS POR MEDIO DEL JUEGO.Error! Bookmark not defined.

Los ejemplos que a continuación menciono son con la finalidad de dar ideas sobre el trabajo de articulación de manera dirigida. Sin embargo, es preciso remarcar que el objetivo de esta propuesta de terapia de lenguaje es la corrección de los fonemas en el habla y para lograr esto es necesario presentar actividades lúdicas donde surja el lenguaje espontáneo del niño.

A) JUEGO DEL GATO.

Se explicará al niño la dinámica del juego, se presentará la rejilla con dibujos o palabras que contengan el fonema a trabajar y se pedirá que, con buena articulación, nombre el dibujo que aparece en las tarjetas. (Ejemplo del fonema /t/ en posición inicial). ANEXO 4.

B) UNE POR PUNTOS

Se presentará la lámina con los puntos. Cada punto tendrá un dibujo cuyo nombre contenga el fonema a reforzar. El terapeuta dará las indicaciones para la unión de los puntos. Por ejemplo "del chango al chino". El niño realizará la línea correspondiente y dirá los puntos que tocó, tratando de articular correctamente.

Una vez terminado el dibujo, dirá toda la trayectoria que realizó para formarlo, mencionando el dibujo de los puntos que unió. (el fonema /ɔ/ en posición inicial y media de palabra). ANEXO 5.

C) JUEGO DE MEMORIA

Se jugará como tradicionalmente se hace. Se presentarán partes del fonema a trabajar y se colocan vista abajo. Cada vez que un jugador levante una tarjeta, nombrará el dibujo que aparece, cuidando de articular correctamente. Se levantarán dos tarjetas en un turno, si con ellas se forma un par, el jugador permanece con ellas y quien más partes tenga al finalizar gana el juego. (Ejemplo del fonema /V/ en posición inicial y media de palabra). ANEXO 6

D) JUEGO DE SERPIENTES Y ESCALERAS.

Cada jugador moverá su ficha según lo indique el dado y mencionará el dibujo que se encuentre en la casilla que cayó, articulando los fonemas trabajados satisfactoriamente. Como obstáculo encontramos las serpientes que indican los lugares a retroceder y las escaleras que facilitan la llegada a la meta.

Los comentarios que surjan en base a éstas deberán aprovecharse para corregir la articulación de los fonemas. (Ejemplo del fonema /P/ en posición inicial y media de palabra). ANEXO 7

E) JUEGO DEL LINCE.

En un tablero que contenga las láminas con el fonema a trabajar, los jugadores localizarán simultáneamente tres dibujos por turno. Posteriormente cada uno nombrará las ilustraciones que encontró. (Ejemplo del fonema /s/ en posición media de la palabra y en sílaba inversa.)

F) EL JUEGO DE LOTERIA.

Se repetirán los tableros con figuras del fonema que se quiere reforzar. Se jugará lotería de manera tradicional. Los jugadores dirán las tarjetas alternadamente con buena articulación. (Ejemplo del fonema /s/ en posición inicial de la palabra.)

EJEMPLOS DE JUEGOS PARA LA INTEGRACION DEL FONEMA AL LENGUAJE ESPONTANEO.

A medida que el niño logra incorporar la correcta articulación del fonema en emisiones cortas, se le pueden presentar actividades más complejas donde el fonema aparezca repetidas veces o donde la participación de ambas sea más libre para que así se utilicen palabras que contengan en una u otra posición el fonema que se está trabajando y se favorezca la integración al lenguaje espontáneo.

A) TRABALENGUAS.

Además de los juegos presentados anteriormente, se puede trabajar con trabalenguas, como por ejemplo:

Pablo Pérez Pereira

pobre pintor portugués

Pinta preciosos paisajes

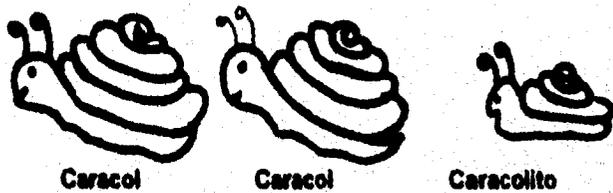
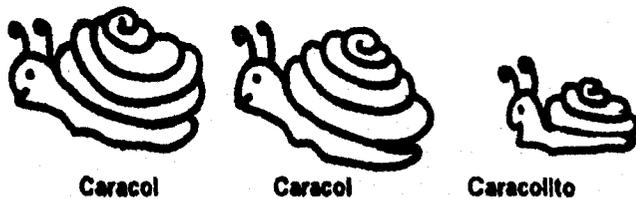
por pocas pesetas

para poder pasar por París.

(Ejemplo de fonema /p/ en posición inicial de palabra)

B) CANTOS.

También podemos reforzar la articulación de los fonemas con canciones, es conveniente dar apoyo visual con pequeñas láminas o dibujos, como se muestra en el siguiente ejemplo:



Saca tus cuernos al sol



Saca tus cuernos al sol

(Ejemplo de fonema /u/ en posición inicial y media de palabra)

C) ORACIONES.

Otra forma de favorecer la mecanización al articular un nuevo fonema, es formular oraciones desde que el fonema ocurra rápidas veces, por ejemplo:

Cuca come coco

Paco quiere caminar conmigo

En la calle está el coche color café

(Ejemplo del fonema /k/ en posición inicial y media de palabra)

La foto de familia

Felipe y Fabiola fueron a la fiesta

La jirafa y el elefante están felices

(Ejemplo del fonema /l/ en posición inicial y media de palabra).

Los juegos tradicionales de expresión verbal que refuerzan las áreas de percepción auditiva, donde cada jugador debe nombrar un elemento de un campo semántico específico y recordar las mencionadas anteriormente, proporcionan la obtención de lenguaje para la corrección de la articulación defectuosa; incluso, el terapeuta puede dirigir sutilmente la actividad para el uso del fonema constantemente, ejemplo:

(T) Fui al mercado y compre manzanas

(A) Fui al mercado y compre manzanas, plátanos

(T) Fui al mercado y compre manzanas, plátanos y cerezas

El jugador que no recuerde la secuencia, será el perdedor.

(Ejemplo del fonema /s/ en posición inicial, media y final de palabra).

OTRAS OPCIONES PARA REFORZAR LA INTEGRACION DE LA ARTICULACION AL LENGUAJE ESPONTANEO.

A) CUENTOS

Para la corrección de la articulación en habla estructurada también podemos trabajar en cuentos. Según el fonema a reforzar, el terapeuta junto con el niño, inventarán un cuento o lo ilustrarán. Al contarlo o comentar sobre los sucesos, se corregirá la articulación del lenguaje. (Ejemplo del fonema /k/ en posición de palabra)

ANEXO 6

B) ESTIMULACION DEL HABLA LIBRE.

Cuando el alumno ha mejorado en la producción del fonema que está trabajando y lo articula correctamente en el lenguaje estructurado dentro del trabajo dirigido, es momento adecuado para insistir en las actividades donde surja el habla libre y, de esta manera, iniciar la fase de integración al lenguaje espontáneo.

Es común observar que durante las sesiones de terapia, el niño se esfuerce por corregir sus malos hábitos articulatorios y con satisfacción se advierten los avances durante las tareas en que se mantiene atento para lograrlo. Sin embargo al escucharlo

platicar un tema ajeno a la terapia o referente a situaciones cotidianas con lenguaje espontáneo nos damos cuenta que sus vicios articulatorios están aún presentes y que es necesario continuar la rehabilitación.

En esta fase del tratamiento, que puede resultar la más prolongada, se deben planear actividades para mantener la atención del niño, al tiempo que se divierte. Al igual que al inicio de la rehabilitación, el involucrar a la familia y obtener su cooperación, será determinante en los resultados. Para la integración al lenguaje espontáneo de los fonemas trabajados, la familia deberá invertir tiempo en ayudar al niño a corregir sus fallas articulatorias en situaciones libres, estando consientes de la dificultad que implica eliminar los malos hábitos articulatorios.

Tanto en casa como en terapia es importante presentar juegos y actividades que propicien la obtención del lenguaje espontáneo. Debemos dejar que el niño se desenvuelva libremente, participando ambos en forma activa en los juegos y trabajos presentados.

El realizar tareas variadas, nos dará la oportunidad de corregir la articulación efectiva en diferentes situaciones, tópicos y contextos. Juegos como "la comidita", "la granja", "el zoológico", "la casita", "la pelota", "la mamá", "el papá", "las muñecas", etc, facilitan el habla espontánea para la corrección e integración de los fonemas trabajados. Otras actividades podrían ser: cuentos canciones y diálogo dirigido.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Para obtener optimos resultados en la terapia del lenguaje con niños de secuelas de labio y/o paladar hendido, es necesario tomar en cuenta, que él aprende a través del movimiento, pues de hecho, por muy tranquilo que se a un pequeño, tiene inquietudes, curiosidad por conocer le mundo que le rodea, además de satisfacer sus necesidades, es ahí donde el terapeuta hecha mano de sus habilidades e ingenio para trabajar con su alumno.

Para la atención a los problemas en el lenguaje el pedagogo requiere de una amplia información sobre la adquisición del lenguaje, ya que dicho conocimiento le proporcionara elementos teóricos sobre los cuales se basaran las estrategias de trabajo.

En esta propuesta de terapia del lenguaje el pedagogo recomienda trabajar con ejercicios de expresión corporal y expresión facial. También se utilizará ritmo y equilibrio, se harán repeticiones de las palabras con las palmas de las manos, con los pies, las piernas y con todo el cuerpo. Para estos ejercicios se puede utilizar el material: "Cantos para Jugar" de Francisco Aquino.

En cuanto al área de lenguaje es indispensable recordar que el trabajo con los fonemas que presentan patología requiere de paciencia y constancia para así lograr que el pequeño los articule y logre un habla adecuada.

En cuanto a las SAG (Sustituciones Articulatorias Gruesas) que se presentan en los pequeños con secuelas de labio y/o paladar hendido el pedagogo recomienda que se lleve un orden de terapia que dependerá de la dificultad que presente el pequeño para articular los sonidos; no se pasará a otro fonema hasta que el niño haya logrado articularlo, a menos que el terapeuta así lo considere, pues podría ocurrir que el

articularlo, a menos que el terapeuta así lo considere, pues podría ocurrir que el pequeño, en el proceso de trabajo tuviera cansancio excesivo al tratar de articular cierto fonema, presentará angustia o aburrimiento de ser así se sugiere trabajar con otro fonema.

Algunas veces el terapeuta podrá observar y escuchar que el pequeño muestra facilidad para articular algunos fonemas, entonces deberá aprovecharse de esta situación y aumentará grados de dificultad para mejorar dicho fonema.

Cabe resaltar que en el desarrollo del lenguaje se tomaran en cuenta las estructuras lingüísticas:

- a) Semántica (significado de palabra)
- b) Sintáctica (reglas gramaticales)
- c) Pragmática (reglas de la comunicación)
- d) Fonológica (articulación)

Gracias a la propuesta de terapia del lenguaje se obtuvieron los siguientes resultados:

NIÑAS:	NOMBRE	FONEMA ARTICULADO CORRECTAMENTE
1.	Guadalupe Vergara Torres	(s)
2.	Arelí Muñoz Jiménez	(s, c,)
3.	Verónica Aide Zaragoza Glez.	(j, s.)
4.	Marcela Miranda Castillo	(s, p.)
5.	Janet García Lira	(r)

1. Enrique Diego Segura (s, p.)
2. Oscar Acevedo Martínez (s, r.)
3. Antonio Ruíz Alvarado (r.)
4. Erik González Pérez (s, r.)
5. Mauricio Martínez Sánchez (f, r.)

Los avances que presentaron los alumnos fueron mínimos ya que sólo lograron articular bien uno o dos fonemas por la premura de tiempo, de ahí la necesidad de continuar con este trabajo pedagógico. Con esto podemos concluir que a pesar de que el tiempo es un gran enemigo, se obtuvieron avances significativos, con el seguimiento de la propuesta que aquí se presenta; además se logró una interacción con otros niños y con los adultos empleando con fluides y amplitud (hasta lo posible) la lengua hablada. Los alumnos cooperaron en juegos y actividades de grupo al adoptar diferentes papeles sociales y aceptar de manera general algunas reglas y convenciones.

Por todo lo anteriormente escrito se concluye que los padres de los niños con labio y/o paladar hendido y los profesionistas relacionados con la atención de estos niños, podrán contar con una visión general del porqué y cómo se altera el habla del niño con este problema y como pueden plantearse diversas alternativas para su normalización temprana logrando que la comunicación oral de estos niños no se convierta en un estigma para su desarrollo psico-social.

También se hace una invitación a todos los pedagogos a que se involucren en diferentes áreas de trabajo ya que no sólo la docencia es una alternativa en la que podemos desarrollarnos.

El área de psico-pedagogía tiene muchas ramas que aún no han sido abarcadas en su totalidad y que pueden retomarse, y dar una visión pedagógica que de pie al desarrollo de más campos de trabajo, para el profesionalista de nuestra área.

ANEXOS

ANEXO 1

ENLACE

FUNDACION MEXICANA DE APOYO AL CONOCIMIENTO DEL LABIO Y/O PALADAR HENDIDO Y ANOMALIAS CRANOFACIALES A.C.

EJERCICIOS DE RESPIRACION.

1. Inspiración, lenta, total y regular. Retención del aire. Espiración bucal rápida.
2. Inspiración como el ejercicio anterior. Retención del aire. Espiración bucal rápida encontrada.
3. Inspiración nasal, lenta, total y regular. Retención del aire. Espiración bucal soplando con violencia. (Durante la espiración se controlará la ausencia en la salida nasal del aire, para lo cual se colocará un espejo debajo de las fosas nasales, observando si se empaña.
4. Inspiración nasal, lenta, regular y total. Retención del aire. Espiración silbando con violencia, haciendo el máximo esfuerzo.
5. Después de espirar nasal y regularmente (sin volver a inspirar) . Espiración violenta bucal, haciendo el máximo esfuerzo para expulsar la mayor cantidad de aire. Inspiración nasal regular y completa.
6. Después de haber espirado nasal y regularmente (sin volver a inspirar). Espirar violentamente silbando. Inspiración nasal regular y completa.
7. Inspiración nasal regular y completa. Retención del aire. Expulsión violenta del aire, tratando de hacer elevar y sostener en el aire un poco de algodón o una pluma liviana.

8. En un frasco o vaso con agua, espirar a través de un popote violentamente haciendo burbujas.
9. Soplar velas apagándolas.
10. Soplar suavemente la flama de una vela sin apagarla. Contar el tiempo que dure la espiración.
11. Soplar papelitos, plumas, espantasuegras, rehiletes, globos y pelotas de unicel.
12. Hacer sonar silbatos, flautas, armonicas, trompetas etc. Inspiración nasal lenta, regular y completa. Retención del aire. Espiración lenta.
13. Hacer pompas de jabón en 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, y 1 espiraciones. Inspiración nasal lenta y completa.
14. Tomar líquidos con popote. (agua leche, chocolate, refresco etc.)
15. Pasar líquidos de un recipiente a otro succionando con popote.

NOTA: Los ejercicios 8, 12 y 13, corresponden a ejercicios con aparatos, en los que la salida del aire se controlará por las fosas nasales mediante un cepajito, que no deberá empujarse si el ejercicio resulta positivo.

EJERCICIOS DE LABIOS.

1. Extender los labios enseñando los dientes.
2. Meter los labios hasta que no se vean los bordes rojos.
3. Fruncir los labios y moverlos de un lado a otro tan lejos como sea posible.
4. Morder el labio inferior.
5. Morder el labio superior.
6. Llevar los labios hacia adelante (como para decir "u") y luego hacia atrás (como para decir "i"). Los labios no estarán juntos.
7. El mismo ejercicio anterior pero con los labios juntos y apretados (posición de beso y sonrisa)
8. Arrugar y abrir los labios varias veces como para decir "ua".
9. Llevar los labios hacia adelante como si fuera a dar un beso tronado, procurando que el sonido se prolongue el mayor tiempo posible.
10. Decir el sonido "p".
11. Poner los labios en posición de decir las vocales.
12. Vibrar los labios entresbriendolos (menor tensión)
13. Vibrar los labios.
14. Vibrar los labios con la lengua afuera.
15. Sostener entre los labios tubos de diferentes tamaños.
16. Colocar el dedo índice sobre el labio superior del niño ejercitando presión progresivamente, mientras él trata de empujar el dedo con los labios.

17. Colocar la lengua sobre los dientes y con la boca cerrada limpiarlos.
18. Colocar un botón amarrado a un cordón entre los dientes y labios, tirar del cordón. El niño tratará de sostener eel botón haciendo fuerza con los labios.
El botón irá disminuyendo de tamaño progresivamente.
19. Mantener los labios del paciente juntos mientras él trata de abrirlos.
20. Mantener los labios transversos mientras el niño trata de sonreír.

EJERCICIOS DE LENGUA.

1. Abrir la boca y después cerrarla cuidando que la lengua no se mueva.
2. Abrir la boca, la base de la lengua ponerla hacia atrás enderezándola. Sacar lentamente la lengua, cuidando de no tocar los labios ni los dientes y manteniéndola muy derecha. Estirla.
3. Sacar la lengua lenta y luego rápidamente.
4. Llevarla hacia arriba, abajo, derecha e izquierda.
5. Movimiento circular de derecha a izquierda y de izquierda a derecha.
6. Doblar la lengua hacia arriba y hacia atrás, con la ayuda de los incisivos superiores.
7. Doblarla hacia abajo y hacia atrás con la ayuda de los incisivos inferiores.
8. Juntar sus bordes, formando un canal longitudinal (hacerla taquito).
9. Golpear la cara anterior y posterior de los incisivos superiores.
10. Tocar con la punta de la lengua: los molares superiores e inferiores, el paladar y las encías.
11. Con la parte posterior de la lengua, tocar el paladar, decir el sonido "c", "qu", "g", "j" y "ñ".
12. Movimiento vibratorio, si es posible, como si articulara la r. R, r, r, r, r.
13. Articular rápidamente: t-l, d-l, k-l, t-r, d-r, c-r.
14. Colocar la lengua entre los labios y hacerlos entrar en vibración. En un principio la lengua será retenida por los dientes suavemente.

ANEXO 2

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

Nº de expediente _____

Nombre del paciente: _____

Diagnóstico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Fecha de Ingreso a la Terapia _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

Informante: _____ Parentesco: _____

Nº de hermanos: _____ Posición que ocupa: _____

Nombre de la Madre: _____

Ocupación: _____ Edad: _____

Nombre del Padre: _____

Ocupación: _____ Edad: _____

Enviado por: _____

Departamento: _____ Institución: _____

ANTECEDENTES GINECOBETRICOS

GESTACION

Salud durante el embarazo: _____

PARTO

Normal _____ Cesárea _____ Forceps _____ Otros _____

Complicaciones: _____

POST-PARTO

Peso _____ Medida _____ Tiempo de gestación _____

Alimentación _____

Incubadora SI () NO ()

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

	EDAD	LUGAR
Queiloplastia (operación de labio)	_____	_____
Palatoplastia (operación de paladar)	_____	_____
Retoques de nariz	_____	_____
Colgajo Faringeo	_____	_____
Faringoplastia	_____	_____
Otros	_____	_____

ORTODONCIA

Tipo de Placa: Expansora () Obturadora () Mascara de Delaire ()

PADECIMIENTOS

Accidentes: _____

Enfermedades: _____

Otros: _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Padre, Madre o familiar que haya padecido:

Dislalias _____ Tartamudez _____

Sordera _____ Labio y paladar hendido _____
Retraso Mental _____ Retraso psicomotor _____
P.C.I. _____ Retraso simple en el habla _____
Alteraciones de la voz _____ otros _____

DESARROLLO PSICOMOTOR

Sostuvo cabeza: _____ Sedestación _____
Gateo: _____ Marcha: _____
Salto: _____ Mano dominante: _____
Control de esfínteres _____ Diurno _____
Nocturno _____

DESARROLLO DEL LENGUAJE

Primeras palabras _____ Edad _____
Utilización de frases _____ Edad _____
Comunicación con los demás _____
Estructuración del lenguaje _____
Otras instituciones en donde haya tomado terapia del lenguaje

Tiempo que asistió _____
Características de su lenguaje actual _____
Observaciones específicas sobre su lenguaje _____

EXPLORACION FISICA DEL APARTO FONOARTICULADOR

CARA: MOVILIDAD FACIAL INFERIOR

Abrir y () Masticar () Sonreír ()

Cerrar la Boca

Inflar las Mejillas () Humedecer los Labios () Fruncir los Labios ()

Enseñar los Dientes () Moderarse los Labios () Chupar

()

Succionar () Soplar () Laterización ()

de las Mejillas

Husmear ()

MOVILIDAD FACIAL SUPERIOR

Arrugar la Frente () Mirar hacia arriba () Cerrar fuertemente ()
Los Ojos

Guiñar un Ojo ()

BOCA: LABIOS

Textura: Suave () Agrietada () Otros: _____

Tamaño: Normal () Gruesos () Delgados ()

Tono Muscular: Adecuado () Inadecuado ()

FRENILLO

Tamaño: Normal () Corto ()

PIEZAS DENTARIAS

Caries: Si () No ()

Implantación: Normal () Corto ()

Faltantes: _____

Higiene: Adecuada () Inadecuada ()

TIPO DE COAPTACION

Mordida abierta () Mordida Cruzada () Normal ()

LENGUA

Tamaño: Normal () Macro Glosia () Otros ()

Movilidad: Anteposterior _____ Vertical _____

Horizontal _____ Circular _____

Precisión en Movimientos Específicos _____

PALADAR

Primario _____ Secundario _____

Movilidad _____

AMIGDALAS

Tamaño: _____ Normal () Bífida ()

Malos hábitos _____

ENTREVISTO

FECHA DE LA ENTREVISTA

ANEXO 3

EXPLORACION LINGÜISTICA DEL NIÑO PREESCOLAR

1. FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre del niño: _____

Dirección: _____ Teléfono _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Años: _____ Meses: _____

Nacido en: _____

Nombre de la Madre: _____

Nombre del Padre: _____

Lugar donde ha permanecido más de 6 meses: _____

Otras Lenguas además del Español: _____

Cuestionario Aplicado Por: _____

Fecha de aplicación: _____ Fecha de revaloración: _____

2. CONVERSACION

* PREGUNTAS

¿Cómo te llamas? _____

¿Cuántos años tienes? _____

¿Dónde vives? _____

¿Cómo se llama tú papá? _____

¿Cómo se llama tú mamá? _____

¿Cómo se llama tú maestro? _____

* DIALOGO DIRIGIDO

¿A qué te gusta jugar? _____

¿Qué programa de televisión te gusta más? _____

¿A dónde fuiste el Domingo de paseo? _____

REVALORACION

3. **COMPRESION**

* **DISCRIMINACION FONOLOGICA - REPETICION DE PALABRAS**

REVALORACION

Beso - Peso	_____	_____	_____	_____
Mono - Moño	_____	_____	_____	_____
Copa - Sopa	_____	_____	_____	_____
Camo - Jamo	_____	_____	_____	_____
Pantera - Bandera	_____	_____	_____	_____
Paleta - Pelota	_____	_____	_____	_____
Observación	de	la	conducta	del

niño: _____

Revaloración: _____

* **MEMORIA AUDITIVA, REPETICION DE ORACIONES**

REVALORACION

- Ejem. El avión es café _____
1. Mi gato te araña _____
 2. Un gusanito sube al árbol _____
 3. Catalina tiene una muñeca nueva _____
 4. El Sabado en el parque monte un caballito _____
 5. Me gusta el sol que calienta en las mañanas de invierno _____

* **COMPRESION DE ORDENES**

- Ejem. Dame la taza y copa _____
1. Toma el coche rojo y metelo en la caja _____
 2. Pon el plato encima de la taza y la copa encima del plato _____
 3. Toma tres fichas y ponlas abajo de tu silla _____
 4. Toma la pelota grande, abre la puerta y echala afuera _____
 5. Mira: aquí hay tres papelitos; guarda uno en tú bolsa, otro me lo das y el otro lo tiras al bote de la basura _____

Observaciones: _____

• PREGUNTAS DE RAZONAMIENTO

1. ¿Qué haces cuando tienes hambre? _____
2. ¿Qué haces cuando tienes sueño? _____
3. ¿Qué haces cuando tienes frío? _____
4. ¿Qué haces cuando has perdido algo? _____
5. ¿Qué haces antes de atravesar la calle? _____

4. UTILIZACION DEL LENGUAJE

• REALIZACION ARTICULATORIA

VOCALES		CONSONANTES	
VALORAC.	REVAL.	LABIALES	VELARES
_____	i _____	_____	aba _____
_____	e _____	_____	aka _____
_____	a _____	_____	aga _____
_____	o _____	_____	aja _____
_____	u _____	_____	_____
		PALATALES	DENTOALVEOLARES
		_____	aya _____
		_____	ala _____
		_____	aña _____
		_____	ara _____
		_____	arra _____
			ada _____
			ana _____
			asa _____
			ata _____

* DESCRIPCION Y PREGUNTAS SOBRE IMAGENES (DIME TODO LO QUE SE TE OCURRA EN ESTE DIBUJO)

1. Las tazas _____

Donde están las tazas _____

De que tamaño es ésta (grande - pequeña) _____

Para que sirven _____

2. La travesura _____

Dime todo lo que se te ocurra de este dibujo ¿Qué están haciendo? _____

¿Qué está pasando? _____

¿Está contenta la mamá? _____

¿Porqué la mamá está regañando al niño? _____

¿Qué hay en la mesa? _____

3. El viento _____

Dime lo que se te ocurra de este dibujo ¿Qué esta pasando? _____

¿Porqué se le cayó el gorro a la niña? _____

¿Hace frio o calor? _____

¿Porqué sabes que hace frio? _____

¿Qué le va a pasar al gorro? _____

5. ARTICULACION

PALABRA	ESPONTANEO	PREGUNTA INDIRECTA	IMITACION
1. FOCA	_____	_____	_____
2. ESTUFA	_____	_____	_____
3. VELA	_____	_____	_____
4. CANDADO	_____	_____	_____
5. LIMON	_____	_____	_____
6. PANTALON	_____	_____	_____
7. CALZON	_____	_____	_____
8. PASTEL	_____	_____	_____
9. SILLA	_____	_____	_____
10. OSO	_____	_____	_____

11. PESCADO			
12. LAPIZ			
13. CAMPANA			
14. LLANTA			
15. CUCHARA			
16. GATO			
17. TORTUGA			
18. MUÑECA			
19. JITOMATE			
20. DEDO			
21. UÑA			
22. NIÑO			
23. CARA			
24. NARIZ			
25. OREJAS			
26. OJO			
27. AMARILLO			
28. RATA			
29. PERRO			
30. CIGARRO			
31. BARCO			
32. CUERNO			
33. TENEDOR			
34. PLATANO			
35. FLORES			
36. BLUSA			
37. CHICLES			
38. GLOBO			
39. FRESAS			
40. BRAZO			
41. CRUZ			
42. TIGRE			
43. TREN			
44. CUADRO			
45. PRIMO			
46. AVION			
47. PIANO			
48. DIENTES			
49. BAILANDO			
50. INDIO			
51. PEINE			
52. ZANAHORIA			

CONVERSACION

COMPRESION

Discriminación Fonológica

Comprensión de Ordenes _____

Preguntas de Razonamiento _____

Utilización del Lenguaje _____

ARTICULACION

Lenguaje Espontáneo _____

Descripción y Preguntas sobre imágenes (Morfosintaxis) _____

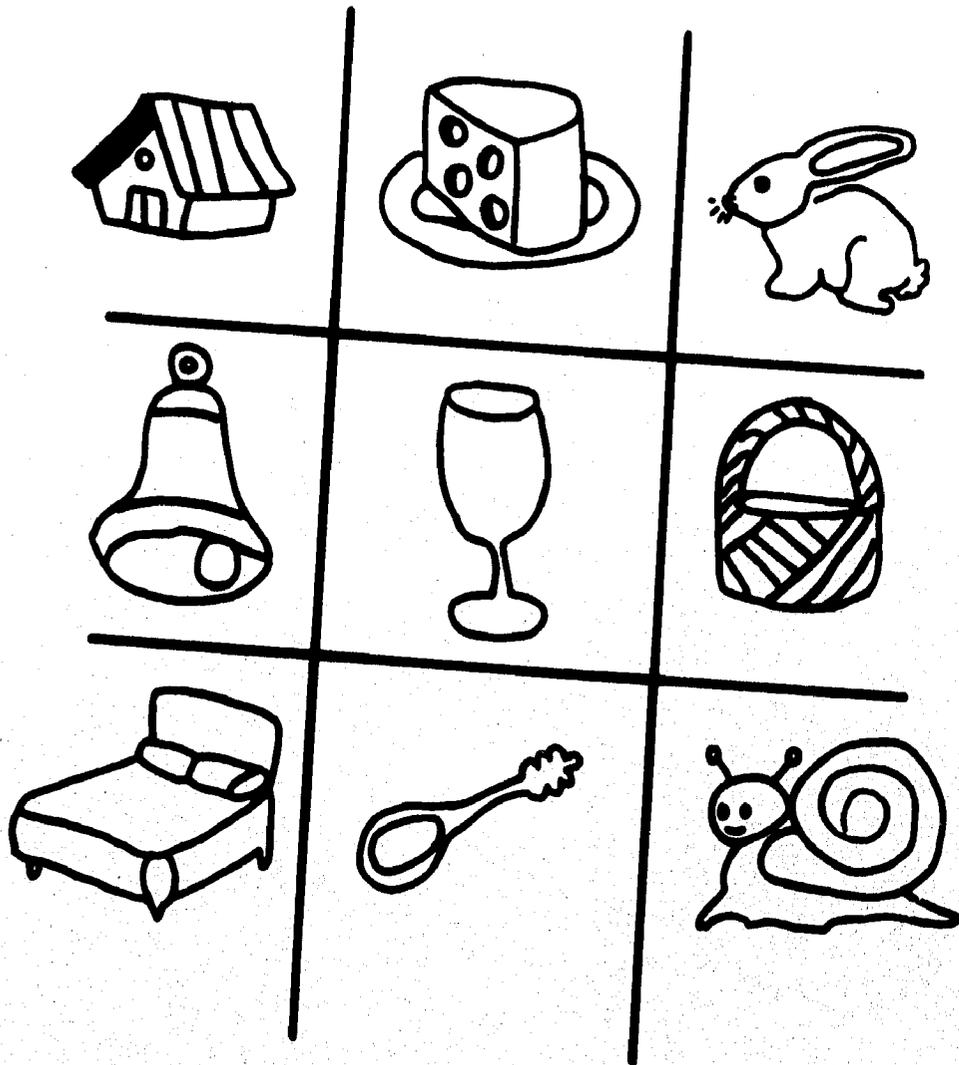
Observación del aparato Fonoarticulador _____

Revaloración _____

6. CONCLUSIONES _____

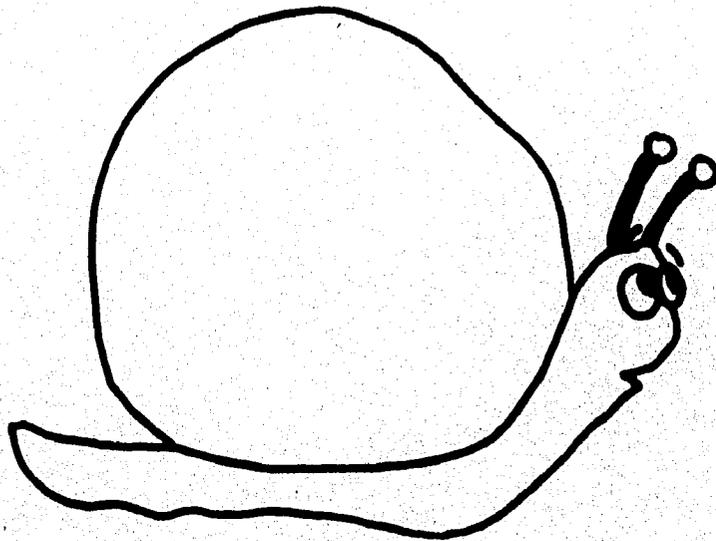
ANEXO 4

JUEGO DEL GATO



ANEXO 5

UNE POR PUNTOS



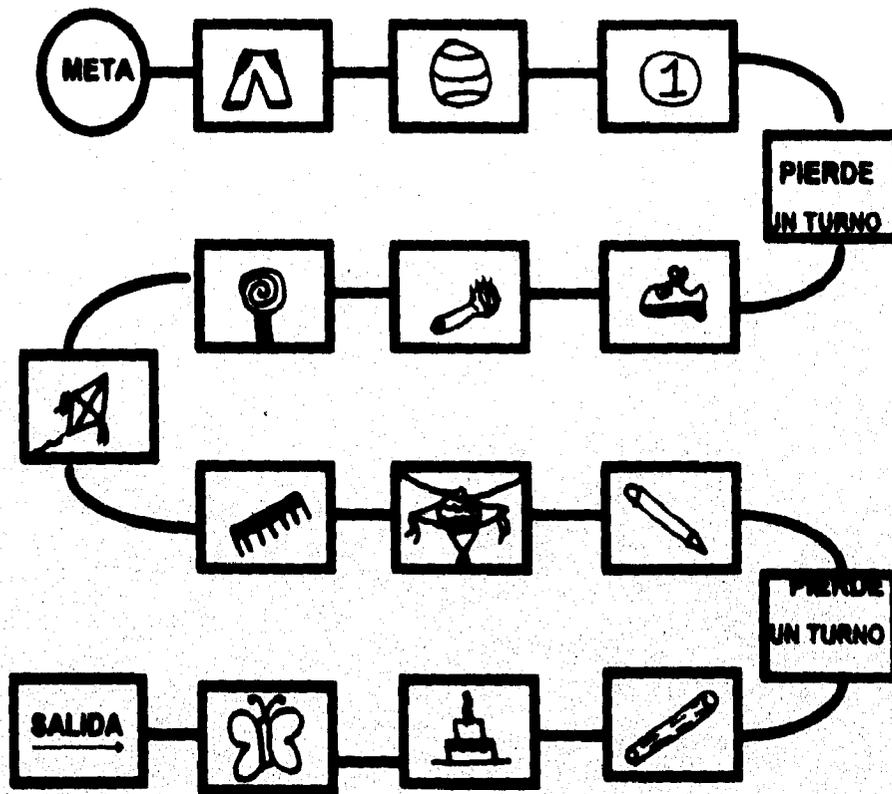
ANEXO 6

JUEGO DE MEMORIA



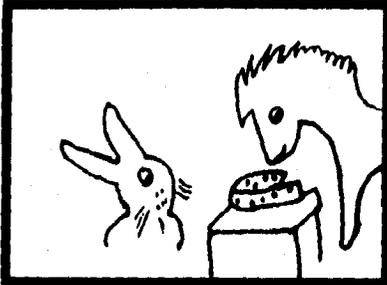
ANEXO 7

JUEGO DE SERPIENTES Y ESCALERAS

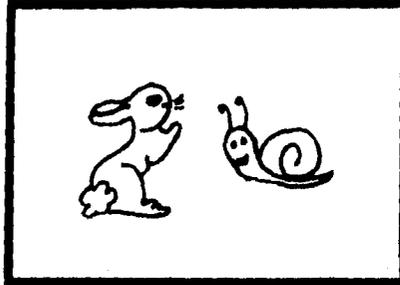


ANEXO 8

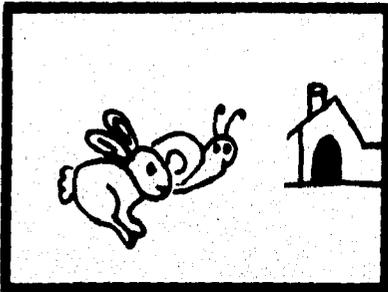
CUENTOS



Katy, el conejo, queria comer queso , pero el caballo se lo comió



Quique el caracol se encontro a Katy en el camino y le pregunto: ¿Que te pasa?



Katy le plático que el caballo se comió su queso. Quique le dijo "No te preocupes, ven a mi casa y te doy un regalo".



Quique saco de su cajon un caramelo de colores. Katy se puso contenta.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. ADAMS, George. Otorrinolaringología de Boies, edit. Interamericana, México 1987.
2. ASOCIACION MEXICANA DE PALADAR HENDIDO Y ANOMALIAS CRANOFACIALES A.C. Manual Informativo para Padres de Niños con Labio y Paladar Hendido, México 1990.
3. AVILA, Raúl. La lengua y los hablantes, edit. Trillas, México 1989.
4. BAENA PAZ, Guillermina. Instrumentos de investigación (Manual para elaborar trabajos de investigación y tesis profesionales), Editores Mexicanos Unidos S.A. México D.F. 12° de. 1984.
5. CERDA, Ramón. Linguística Hoy, edit. Teide, Barcelona 1979.
6. CONVERSE Jhon Marquis, "Cleft Lip and Palate, Craneofacial Deformitis" in Reconstructive Plastic Surgery, Vol. IV 2° ed. Saunder Company.
7. CORVERA BERNARDELLI, Jorge. Otorrinolaringología Elemental, Editor Francisco Mendez Hernández 5° ed. 1983.
8. DICCIONARIO DE LAS CIENCIAS DE LA EDUCACION, Tomo II, edit. Diagonal Santillana, México 1987.
9. DICCIONARIO ENCICLOPEDICO DE EDUCACION ESPECIAL, Tomo IV, edit. Diagonal Santillana, México 1989.
10. DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESPECIAL, Consideraciones sobre el Desarrollo del Lenguaje y sus Alteraciones, S.E.P. México, 1982.
11. GRANADOS HERNANDES, Estela. Insuficiencia Velofaríngea pre-pos Terapia de Lenguaje en niños que presentan Fisura Palatina, Tesis Escuela Normal de Especialización, México D.F. 1988.
12. HURTADO, Alfredo. Teoría lingüística y adquisición del lenguaje, S.E.P. México, 1987.
13. LABORATORIO DE PSICOPEDAGOGIA Viguera Susana, Problemas de Lenguaje, U.N.A.M. México 1990.
14. LANGMAN, Jan. Embriología Médica, edit. Panamericana Buenos Aires, 1982.

15. NIETO, Margarita Anomalías del Lenguaje y su Corrección, edit. Méndez Oteo, México, 1967.
16. NIETO, Margarita. Evolución del Lenguaje en el Niño. edit. Porrúa, México 1984
17. NIETO, Margarita. Evolución del Lenguaje y Sugerencia Pedagógicas, edit. CEDIS, México 1988.
18. NIETO, Margarita. Terapéutica del Lenguaje a través del cuento. edit. La Prensa Médica Mexicana, México 1985.
19. PEREYO, Jorge y otros. Transtornos del Habla. edit. Científico Médica, Barcelona 1970.
20. PSICOLOGIA EDUCATIVA, Viguera Susana. Transtornos de Lenguaje en el Niño, edit. U.N.A.M. México 1987.
21. SANCHEZ, Tobias. Defectos de la Dicción Infantil. edit. Kapelusz. Argentina, 1983.
22. SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA. Adquisición del Lenguaje. Serie de Cuadernos Didácticos. México, 1990.
23. WENDELL, Johnson, Problemas del Habla Infantil. edit. Kapelusz. Buenos Aires Argentina. 1959.
24. YSUNZA, Antonio. Sustituciones Articulatorias Gravesas en el Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Velofaríngea. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, febrero 1987.
25. ZAPATEIRO FELIX, Marcela Inés. Aplicación del Programa Inicial del Sistema Multisensorial Simbólico en Niños con Secuelas de Labio y/o Paladar Hendido para la corrección de Alteraciones en la Lecto-escritura. Tesis, Instituto Superior de Docentes en Educación Especial. México D.F. 1991.