



Marinela Álvarez Borrero.
Fonoaudióloga, Magister en Educación.
Docente Universidad de Sucre.
Carrera 22E # 33 – 202 Urbanización Buenos Aires.
Sincelejo – Sucre - Colombia
marinela.alvarez@unisucree.edu.co

Katía Zambrano Ruiz
Fonoaudióloga, Magister en patología del lenguaje y el habla.
Maestrante en neuropsicología y educación.
Docente Universidad de Sucre.
Carrera 11 # 12 - 69 Barrio la Esmeralda.
Sincelejo – Sucre – Colombia.
katia.zambrano@unisucree.edu.co

“programa Arte y Talentos Especiales”
Academia de Artes Guerrero

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA DISLALIA FUNCIONAL EN ESCOLARES

intervention program to improve dyslalia functional in school

Fecha de recepción: 31 de agosto de 2016 - Fecha de aprobación: 22 de marzo de 2017

RESUMEN

El objetivo de la investigación estuvo encaminado a determinar el efecto de un programa de intervención en los procesos articulatorios funcionales en escolares de 6 a 8 años. La metodología se enmarcó bajo un tipo de estudio cuasi experimental con pre y post-prueba, a una población de 24 escolares con dislalia funcional, seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple; 12 conformaron el grupo experimental y 12 el grupo control, con una edad media de 6 años 6 meses. Se implementó el programa de intervención al grupo experimental basado en el modelo fonético durante tres meses luego de lo cual se aplicó la postprueba. Los datos obtenidos se procesaron mediante SPSS versión 15.0., la asociación entre variables se constató con pruebas no paramétricas, chi-cuadrado para variables cualitativas, prueba de los signos para dos muestras relacionadas y Kolmogorov-Smirnov para dos muestras independientes con una significancia de probabilidad $<.05$. Los hallazgos evidencian mejoría en el grupo intervenido, pues las derivaciones mostraron que existe significación bilateral en el grupo experimental, en la pre y postprueba, pues los niños del grupo experimental superaron los errores articulatorios. Existe diferencia entre las muestras, por consiguiente se hallaron asociaciones altamente significativas entre el grupo control y grupo experimental en la postprueba, al igual relación recíproca, entre la funcionalidad lingual y el tipo de dislalia funcional. Se concluye que con la implementación del programa de intervención los errores articulatorios disminuyen.

PALABRAS CLAVE

Habla, dislalia, dislalia funcional, Intervención fonoaudiológica.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the effect of an intervention program on functional articulatory processes in schoolchildren aged 6 to 8 years. The methodology was framed under a quasi-experimental type with pre and posttest, to a population of 24 students with functional dyslalia, selected through a simple random sampling; 12 formed the experimental group and the remaining 12 were in the control group with a mean age of 6 years 6 months. The intervention program was implemented to the experimental group based on the phonetic model for three months and after the end of the treatment the posttest was applied. The data obtained were tabulated with the SPSS software version 15.0., The association among variables was verified with non-parametric tests; For the qualitative the chi-square test, for two related samples test of the signs and for two independent samples the Kolmogorov-Smirnov test, with a probability significance of $<.05$. The findings showed an improvement in the intervention group, since the leads showed bilateral significance in the experimental group, in the pre and posttest, as the children in the experimental group overcame the articulatory errors. There was a difference between the samples; therefore, there were highly significant associations between the control group and the experimental group in the posttest, as well as the reciprocal relationship between the lingual functionality and the type of functional dyslalia. We conclude that with the implementation of the intervention program the articulatory errors decrease.

KEY WORDS

Speech, dislalia, functional dislalia, speech therapy intervention.

INTRODUCCIÓN

El habla es un hecho netamente individual del lenguaje, por lo tanto no es homogéneo sino cambiante, circunstancial, siendo además, un objeto concreto de orden físico y fisiológico, por ser que en ella intervienen órganos auditivos y articulatorios (Aules-tia, 2012). De allí que el habla se considere como una facultad propia e innata del ser humano, que se adquiere de forma integrada con el desarrollo físico, fisiológico y lingüístico; el cual se perfecciona en la medida que el contexto se lo permita. Correderas (1982) refiere que cuando el niño está adquiriendo el lenguaje, no habla correctamente porque no sabe cómo ni donde tiene que colocar los órganos de la articulación, qué esfuerzo debe realizar, ni es capaz de medir el gasto de su corriente aérea. Es por ello, que el habla aparece como un proceso evolutivo de modificación, en el cual algunos patrones se diferencian a partir de pre existentes y se integran a patrones nuevos (Ygual y Cervera, 2016).

Para el desarrollo normal del habla, debe existir una correcta maduración de los órganos fonoarticuladores, que se da gracias a los procesos estomatognáticos de succión, masticación y deglución, logrando que los grupos musculares adquieran mayor tonicidad, fuerza y agilidad; con el fin, de preparar a la musculatura bucofonatoria y así favorecer el desarrollo de movimientos finos y precisos dando lugar a la correcta articulación de los fonemas. De hecho, Ygual y Cervera (2016) refieren que los sonidos del habla son praxias fonoarticulatorias, por lo tanto pronunciar implica un dominio práxico.

Por consiguiente, para lograr una correcta articulación del habla, los elementos necesarios para su obtención serán una indemnidad anatómica faringobucal, una praxia lingual correcta a la vez que una conformación auditiva correcta (González, 2003). Así mismo, se podrá conseguir un buen sonido, en la medida que el articulador activo se mueva en la dirección correcta hacia el articulador pasivo, a una velocidad adecuada, haciendo la cantidad justa de contacto superficial y realizándolo con una exacta precisión (Crystal, 1983).

Pues bien, cuando existe torpeza en la coordinación motriz de los órganos articulatorios, en el niño no se han fortalecido sus praxias bucofonatorias, como consecuencia se mostrará una musculatura inmadura, con poca resistencia, y escasa movilidad y/o limitación de movimientos debido a la incoordinación que presentan estas estructuras, ocasionando así alteraciones en la producción fonemática, es decir dislalia.

La dislalia es conceptualizada por Pascual (1984) como un trastorno en la articulación de los fonemas, bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos, o por la sustitución de éstos por otros de forma impropia. Actualmente, es considerada como la dificultad para pronunciar o formar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas que pueden hacer que el habla del niño sea ininteligible (Namasivayam et al., 2013). De allí, que las alteraciones articulatorias se presenten con mayor frecuencia en escolares, incluso, si se pregunta a cualquier profesor/a por los problemas de lenguaje de sus alumnos/as, en un gran porcentaje nos proponen los errores articulatorios como los primeros y muchas veces los únicos (Gallardo y Gallego, 1995). De hecho, Del Río y Bosch (citado por Moreno, Suárez y Martínez, 2003) piensan que los trastornos de la articulación son el grupo de alteraciones del lenguaje oral más co-

munes en el entorno escolar. Por consiguiente, el ambiente escolar es un medio que posibilita la identificación de alteraciones articulatorias a través de los docentes.

Ahora bien, se señala que existen diversas causas que pueden generar los trastornos articulatorios, dentro de los cuales se encuentran las dislalias de origen funcional descritas por Pascual (1984) como un defecto en la articulación por una función anómala de los órganos periféricos sin que existan trastornos o modificaciones orgánicas en el sujeto, sino tan solo una incapacidad funcional.

Existen estudios que demuestran la prevalencia de la dislalia funcional, como el trastorno del habla de mayor frecuencia. Ta-boada, Torres, Cazares y Orozco (2011) refieren que el trastorno del habla frecuente entre los escolares lo constituyen las alteraciones en la pronunciación conocidas como dislalias. Es entonces oportuno plantear la rehabilitación, pues la no ejecución de un tratamiento fonoaudiológico a temprana edad repercutirá en el proceso comunicativo, las interacciones diarias y ocasionalmente en la personalidad y la conducta del estudiante, pues quien padece y es consciente de la alteración, sentirá la necesidad de inhibir palabras que reflejen su dificultad o bajar la intensidad de su voz e incluso llegar a comunicarse con menor frecuencia. En otras palabras, los niños con dislalia infantil tienen dificultades para relacionarse con los demás, se muestran inhibidos, son más propensos a perder el control emocional y manifiestan una ansiedad, tensión e inseguridad (Moreno y Mateos, 2005).

Es pues de gran importancia entender cómo se trabajan las bases funcionales de la articulación y conocer la labor que realiza el fonoaudiólogo al tratar el trastorno articulatorio desde un enfoque pluridimensional, pues plantea su tratamiento habitualmente trabajando la respiración, el soplo, la discriminación auditiva, las praxias articulatorias y su integración al lenguaje espontáneo, repetido e inducido (Gallardo y Gallego, 2003). Sin embargo, existen otros enfoques terapéuticos que se concentran en trabajar exclusivamente las praxias bucofonatorias, entendidas como la realización de movimientos programados y organizados de forma intencional y coordinada que favorecen la producción de fonemas y palabras (Schrager y O' Donnell, 2001), autores como Dodd (2014) afirman que son la mejor terapia posible para los trastornos articulatorios. El quehacer del fonoaudiólogo en su cotidianidad implementa y aplica estrategias de intervención, en busca de investigar las diferentes alternativas de rehabilitación de las dislalias teniendo en cuenta las características particulares del paciente y de los grupos poblacionales.

Gallego (2015) evaluó los efectos de una intervención para prevenir trastornos en la articulación infantil, aplicando un diseño cuasi experimental con medidas pretest y posttest en 32 niños, los resultados mostraron que los niños que participaron en el programa habilitaron su articulación, después de implementado el programa, demostrando la efectividad del mismo para satisfacer los problemas articulatorios a temprana edad.

Andrade, Pérez, Sandí, Vildoso y Orellana (2014) aplicaron un programa psicopedagógico a un grupo de niños de jardines infantiles de la Ciudad de Sucre - Bolivia en el cual detectaron, asistieron y estimularon lingüísticamente problemas de dislalia, utilizando un enfoque mixto con metodología de investigación acción participati-

va, concluyeron que la primera causa de la dislalia funcional está relacionada con los factores ambientales como la sobreprotección y la falta de estimulación, y en segundo lugar, los factores relacionados con la escasa habilidad motora como son las praxias o movimientos lingüales y del velo del paladar.

Por otra parte, Pilco y Barrera (2013) evaluaron e intervinieron niños con dislalia funcional debido a una alteración en la motricidad bucolinguofacial, el grupo poblacional lo integraron 373 niños y niñas, de los cuales el 13% presentó dislalia, una vez aplicada la intervención, el 7% superó la dificultad; sin embargo, en la población restante, persistieron los errores articulatorios, en los fonemas /s/, /r/ diptongos /ai/, /io/ dífonos y sílabas inversas. En la misma línea investigativa Calderón, Qhizhpi y Medina (2012) exploraron la prevalencia de la dislalia funcional en niños/as de 5 a 8 años, en los grados de primero a tercer año de básica primaria, como resultado hallaron la dislalia funcional en el 36% de la muestra, los fonemas más afectados fueron los dífonos consonánticos y concluyeron que a la edad de 5 años aumenta el riesgo de la dislalia funcional.

En Ecuador, se refiere un macro proyecto liderado por la Universidad de Cuenca, en el cual evaluaron e intervinieron logopédicamente dislalias funcionales en niños y niñas de primero a tercer año de varias instituciones de educación básica. Deleg y Sucunota (2010) trabajaron con 484 niños y niñas en la cual el 11.8% presentaron dislalia funcional; una vez aplicada la intervención se evidenció que el 5.8% superó el trastorno, mientras que el 6% persistió la dificultad. En la misma línea, Abril y Loja (2010) hallaron en una población de 440 niños, un 8.4% con dislalia funcional, una vez aplicada la intervención logopédica, el 6.5% superó el trastorno articulatorio; todos a su vez concluyeron que una vez detectada la dislalia funcional, la intervención logopédica es un pilar fundamental para rehabilitar los trastornos del habla.

El presente estudio se propuso determinar el efecto de la intervención fonoaudiológica en la superación de las dificultades articulatorias de base funcional. Para ello, fue conveniente evaluar los procesos articulatorios en los escolares, aplicar estrategias terapéuticas de intervención y revalorar los procesos articulatorios en los escolares intervenidos. Planteándose como hipótesis alterna y nula la existencia o no de diferencias significativas entre las muestras, antes y después de la intervención. Igualmente, se pretendió determinar si existía asociación entre la funcionalidad de lengua y el tipo de dislalia presentado. Para ello, se elaboró y aplicó un programa estructurado con ejercicios de discriminación auditiva, motricidad buco facial, respiración, soplo, afianzamiento y generalización en el habla repetida, dirigida y espontánea, fundamentados en el modelo fonético de Gallego (2000).

METODO

Se realizó un estudio de tipo cuasi – experimental con diseño intergrupo (grupo experimental y grupo control). Participaron 24 estudiantes (12 niños y 12 niñas) entre 6 y 8 años de edad, que cursaban entre primero y tercer grado de educación básica primaria de una institución de carácter público del municipio de Sincelejo. Los grupos se seleccionaron de manera aleatoria simple, uno experimental (GE) y otro de control (GC). Para seleccionar la muestra se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión: entre 6 y 8 años de

edad, con audición normal y autorización de los padres firmando el consentimiento informado. No se consideraron aquellos niños que presentaran dificultades en la conciencia fonológica y con daños orgánicos oro - faciales y/o centrales.

Se realizaron audiometrías tonales para descartar posibles pérdidas auditivas de la población sujeta a estudio. Igualmente, se valoró la percepción auditiva a través de los criterios evaluativos de Gotzens y Marro (1999), que incluyó la evaluación de habilidades específicas de reconocimiento auditivo, discriminación auditiva, figura fondo auditivo, análisis y síntesis auditivo y rasgos suprasegmentales. La metodología de pasación y registro facilitaron la interpretación de resultados, detectando con precisión las habilidades perceptivas de los niños.

Para la evaluar el proceso de articulación, se utilizó el protocolo de evaluación de Gallardo y Gallego (1995), el cual valora el lenguaje espontáneo, dirigido sin y con referente visual e imitación provocada de frases y palabras. Para sistematizar y analizar la información se emplearon formatos de registro que permitieron anotar los fonemas articulados incorrectamente e identificar errores específicos (omisión, sustitución y distorsión) en las diferentes posiciones de la palabra.

Para la evaluación de la motricidad buco facial y praxias bucofonatorias, se tuvo como referente los postulados de Gallego (2000) quien plantea que las capacidades motoras dependen de la disfunción articulatoria concreta, incluyen aspectos de precisión, movimientos lentos y rápidos, proyección y tensión/relajación de la musculatura labial, lingual, palatal y maxilar. Para realizar el perfil práctico articulatorio, se asignó una puntuación de 5: Praxia correcta, 4: Praxia reconocible pero torpe o incompleta, 3: Praxia irreconocible pero con uno o varios componentes correctos de movimiento. 2: No hay respuesta o apenas intenta iniciar la praxia y 1: Realiza una praxia diferente a la solicitada. Así mismo, se valoró la funcionalidad respiratoria mediante la evaluación del tipo respiratorio, prueba de Glaztel y Rosenthal, frecuencia respiratoria y duración del soplo espiratorio; los datos recolectados fueron registrados en un formato de registro la cual permitió analizar la habilidad del paciente para controlar la respiración en el habla.

El programa de intervención se justificó bajo el modelo Fonético que propone una intervención directa e indirecta; en busca de conseguir la producción correcta del fonema y mejorar las funciones que inciden en la expresión oral trabajando las bases funcionales de la articulación como audición, habilidades motoras de los órganos articulatorios y respiración (Gallego, 2000). Las actividades facilitadoras planteadas para la intervención se realizaron entre 30 – 40 minutos de forma grupal e individual, y se basaron en ejercicios de motricidad bucofacial de menor a mayor dificultad, específicos para movilidad, elasticidad, control tónico y fuerza, ejercitar la presión, elasticidad y relajación labial; ejercicios de discriminación auditiva con sonidos onomatopéyicos y ambientales, con fonemas vocálicos y consonánticos, discriminar logotomas y palabras, tareas de reconocimiento e imitación de ruidos, sonidos y cualidades sonoras, tareas de memoria auditiva secuencial, juegos de articulación de repetición, automatización, sistematización y generalización; ejercicios de respiración y soplo, para mejorar la intensidad, fuerza y direccionalidad, dominio y control espiratorio.

En cada sesión se realizaron actividades de concientización perceptiva del error articulatorio, luego se continuaba con ejercicios prácticos trabajando diez niveles de dificultad progresiva para mejorar la habilidad motora de labios, lengua y paladar, seguida de actividades facilitadoras de respiración y soplo, juegos de articulación, que incluía onomatopeyas con sonidos dominantes, imitaciones, discriminación del fonema problema, articular palabras con ausencia y presencia del fonema, estableciendo las diferencias, repetición de sílabas y logotomas que incluyeran el fonema a trabajar, automatizando y afianzando la pronunciación de los fonemas a trabajar. Los avances y desaciertos eran anotados inmediatamente en un registro.

Se planteó como variable dependiente el trastorno articulatorio y/o dislalia funcional y la variable independiente, el programa de intervención fonoaudiológica. La primera conceptualizada por Pascual (1984) como una alteración de la articulación producida por un mal funcionamiento de los órganos articulatorios, la segunda consistente en todas las actividades realizadas dentro de la intervención con el objetivo de modificar comportamientos comunicativos a fin de que la competencia comunicativa del individuo sea óptima (Ortiz y Sepúlveda, 2004).

Para el desarrollo de la investigación se plantearon las siguientes fases:

- *Selección de participantes: incluyó la autorización institucional para realizar el estudio y trabajar con los estudiantes que cumplieran con los criterios de inclusión. Así mismo, reuniones con los docentes y padres de familia a fin de explicar el proceso de investigación, derechos y deberes del sujeto a estudio y firma del consentimiento informado, atendiendo los criterios propuestos por la Declaración de Helsinki (2013).*
- *Evaluación pretest durante tres semanas de los procesos articulatorios en los estudiantes sujetos a estudio a través del protocolo de evaluación de Gallardo y Gallego.*
- *Aplicación individualizada del programa de intervención, realizando actividades de motricidad bucofacial, respiración, discriminación auditiva y juegos de articulación para repetición, automatización, sistematización y generalización. Se desarrollaron 33 sesiones durante tres meses con terapias de 30 a 40 minutos, tres veces por semana y en cada sesión se diligenció un registro de evolución.*
- *Evaluación posttest durante tres semanas para comparar la evolución de los pacientes intervenidos y no intervenidos, y así verificar la eficacia del programa de intervención.*

Para el análisis de datos se estableció un nivel de confiabilidad del 95% en todas las pruebas. Para la tabulación de los datos se utilizó el programa SPSS versión 15.0. Se realizó un análisis descriptivo, en el cual se obtuvieron frecuencias y porcentajes de las variables para caracterizar estadísticamente la muestra antes y después de la aplicación del programa de intervención. Para buscar la asociación estadística se emplearon pruebas no paramétricas tomando en cuenta el tipo de variables comparadas, para las cualitativas se usó la prueba de chi - cuadrado, para las cuantitativas: dos muestras relacionadas (grupo experimental pre-prueba y post-prueba) prueba de los signos y para dos muestras independientes (grupo experimental y grupo control en la post-prueba) prueba de Kolmogorov-Smirnov,

con una significancia de probabilidad $<.05$. Se trabajó como Hipótesis Nula-Ho: No existe diferencia entre las muestras. E Hipótesis Alterna-Ha: Existe diferencia entre las muestras.

Para dar cumplimiento al proceso investigativo, se consideraron los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, al igual que la firma voluntaria del consentimiento informado por los acudientes y/o padres de los sujetos a investigar.

RESULTADOS

Los resultados de las características socio demográficas, están determinadas por una media de 6,63 con una desviación estándar .77 y una frecuencia de 50%(12) niños y un 50%(12) niñas. (Tabla 1.)

Tabla 1. Datos descriptivos de la muestra del aspecto socio-demográfico.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Media	D.E	P. Máx.	P. Mín.
Edad	6,63	,77	8,00	6,00
Género	Frecuencia	Porcentaje		
Femenino	12	50%		
Masculino	12	50%		

DE: Desviación estándar, P. Máx.: Puntuación Máxima, P. Mín.: Puntuación Mínima.

Los datos obtenidos permitieron realizar un análisis descriptivo de ambos grupos antes de aplicar el programa de intervención. En la Tabla 2, se detallan los resultados del grupo control, indicando que 3 niños (25%) presentaron dislalia del fonema vibrante múltiple /rr/; 2 (17%) dislalia de la /r/ en sílaba directa acompañada de la vibrante simple /r/ en contexto (CV – VC); igualmente 2 (17%) con dislalia de la /r/ en contexto CCV y el fonema /rr/ en sílaba directa. Con el mismo porcentaje el 17% reflejó dislalia del fonema linguo-alveolar /l/ y vibrante simple /r/ ambos en contexto CCV, y el fonema /rr/ en sílaba directa; con menor frecuencia 1 estudiante (8%) dislalia de la vibrante simple /r/ en contexto CCV; con igual porcentaje el 8% dislalia del fonema vibrante simple /r/ en contexto CCV, acompañado del fonema alveolar fricativo /s/ y por último 1 (8%) restante evidenció dislalia del fonema linguo-alveolar /l/ y vibrante simple /r/ en contexto CCV, vibrante múltiple /rr/ y fonemas linguo alveolares, oclusivo sordo /k/ y sonoro /g/ en sílabas directas.

En el grupo experimental el 25% (3 escolares), evidenciaron mayormente dislalia del fonema alveolar vibrante múltiple /rr/ en sílaba directa; el 17% (2 estudiantes), dislalia de la vibrante simple /r/ en el contexto CCV; 2 escolares (17%) dislalia de la /r/ en contexto CCV y /rr/ en sílaba directa; con igual porcentaje el 17% (2 estudiantes) mostró dislalia de los fonemas vibrante múltiple /rr/ en sílaba directa y en los fonemas alveolares, oclusivos, sonoro /g/ y sordo /k/ en sílaba directa; así mismo el 17% (2 estudiantes) presentaron dislalia de los fonemas linguo-alveolar /l/ y vibrante simple /r/ en contexto CCV y el fonema /rr/ en sílaba directa. Por otra parte el 8% (1 escolar), se halló con dislalia de la /rr/ en sílaba directa y /r/ en sílaba directa e inversa.

Como se deduce de la tabla 2, la dificultad articulatoria en la totalidad de la muestra se presenta en los fonemas vibrantes, determi-

nado por el 83% (20 estudiantes) en el fonema vibrante múltiple /rr/, seguido por el fonema vibrante simple /r/ en un 67% (16 alumnos).

Tabla 2. Distribución porcentual del Tipo de Dislalia funcional detectada en la pre-prueba del grupo control y experimental.

Grupo	Tipo de Dislalia	Frecuencia	Porcentaje
Control	Dislalia de RR	3	25%
	Dislalia de R – RR	2	17%
	Dislalia de RR Y R (CCV)	2	17%
	Dislalia de RR Y L - R. (CCV)	2	17%
	Dislalia de R (CCV)	1	8%
	Dislalia de S Y R (CCV)	1	8%
	Dislalia de K, G, RR Y R - L (CCV)	1	8%
	Total	12	100%
Experimental	Dislalia de RR	3	25%
	Dislalia de R (CCV)	2	17%
	Dislalia de RR Y R (CCV)	2	17%
	Dislalia de G,K,RR	2	17%
	Dislalia de RR Y L – R (CCV)	2	17%
	Dislalia de R, RR	1	8%
	Total	12	100%

La tabla 3, muestra la estadística descriptiva entre grupos, posterior a la aplicación del programa de intervención, se evidencia que el grupo experimental, 12 estudiantes (100%) lograron articular correctamente los fonemas en los que inicialmente presentaron dificultades, es decir, no se hallaron dislalias, por el contrario, en el grupo control los 12 niños/as se halló la persistencia de las dificultades articulatorias, el tipo de dislalias encontradas en la pre-prueba.

Tabla 3. Distribución porcentual del Tipo de Dislalia en la post-prueba del grupo control y experimental.

Grupo	Tipo de Dislalia	Frecuencia	Porcentaje
Control	Dislalia de RR	3	25%
	Dislalia de R – RR	2	17%
	Dislalia de RR Y L - R (CCV)	2	17%
	Dislalia de RR Y R. (CCV)	2	17%
	Dislalia de S Y R (CCV)	1	8%
	Dislalia de K, G, RR Y R - L (CCV)	1	8%
	Dislalia de R (CCV)	1	8%
	Total	12	100%
Experimental	Sin Dislalia	12	100%

La prueba de Kolmogorov-Smirnov para dos muestras independientes se aplicó para observar si existían diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control tras el tratamiento. En la Tabla 4 se presentan las diferencias más extremas de las frecuencias acumuladas (absoluta, positivo y negativo) entre las funciones de distribución de ambas muestras. Así mismo, se estableció el resultado de la tipificación de la diferencia más extrema en valor

absoluto de K-S ($Z=2,449$), junto con el nivel crítico bilateral (Significación asintótica bilateral = .000). Pues bien, al ser el valor del nivel crítico muy pequeño (menor que .05), se evidencian diferencias significativas entre ambos grupos, siendo mayor para el grupo experimental en la aplicación de la post-prueba; lo cual permite rechazar la hipótesis nula.

En otros términos, la variable independiente intervino positivamente en los cambios encontrados en la variable dependiente. Los resultados son reveladores porque en el grupo experimental todos los niños y niñas superaron la dificultad articulatoria tras el tratamiento, mientras que los niños del grupo control permanecían igual, es decir, con los mismos errores articulatorios. Indicándonos entonces, la efectividad de la intervención para la mejora de la articulación, en los trastornos articulatorios de base funcional, es decir las dislalias funcionales.

Tabla 4. Cruce grupo control y grupo experimental en la post-prueba.

Dislalia		
Máximas diferencias extremas	Absoluta	1,000
	Positivo	1,000
	Negativo	,000
Z de Kolmogorov-Smirnov		2,449
Sig. asintótica (bilateral)		,000

Así mismo, mediante la prueba de los signos para muestras relacionadas se observaron diferencias en el grupo experimental en la pre y postprueba. Se encontraron diferencias positivas (Dislalia antes – Dislalia después) y su correspondiente nivel crítico bilateral (significancia asintótica bilateral). En el nivel de significación obtenido, se halló un valor de probabilidad positiva de .000 en la post-prueba, en efecto, al ser este valor menor a .05 se afirma que existe una diferencia estadística altamente significativa entre las dos mediciones, es decir antes y después. Es así como al aplicar la post-prueba la disminución de la dislalia es alta, en comparación a la pre-prueba.

En el análisis estadístico se realizó de igual manera el cruce de asociación entre funcionalidad de lengua y el tipo de dislalia, utilizando la prueba de Chi-cuadrado de Pearson (Tabla 5), al ser el valor de la probabilidad .000 para la post-prueba, se asevera que existe asociación estadística altamente significativa. Estas derivaciones permiten inferir que la relación es recíproca, indicando que a mayor ejercitación lingual, se optimiza su funcionalidad, y consecuentemente mayores serán los cambios que se producirán en el punto articulatorio de los fonemas.

Tabla 5. Asociación entre funcionalidad de lengua y tipo de dislalia.

Evaluación		Valor	gl.	Sig. asintótica (2 caras)
ANTES	Chi-cuadrado de Pearson			
	No. de casos válidos		24	
DESPUES	Chi-cuadrado de Pearson	24,000	7	,001
	Razón de verosimilitud	33,271	7	,000
	No. de casos válidos		24	

En lo concerniente a la asociación entre las variables, se concluye que posterior a la implementación del programa de intervención y al aplicar la post-prueba la investigación ha develado la eficacia del programa al hallar diferencias estadísticamente significativa entre el grupo experimental y grupo control. Más bien, en el grupo experimental no se hallaron dificultades articulatorias, mientras que en el grupo control permanecía el trastorno articulatorio encontrado en la pre-prueba. Por lo tanto, se da respuesta a las hipótesis planteadas previamente, negando la hipótesis nula y validándose la hipótesis alterna.

DISCUSIÓN

La intervención fonoaudiológica centrada en el trabajo orientado a estimular bases funcionales de la articulación, como las habilidades motoras de los órganos articulatorios, la respiración y audición son efectivas para superar y/o corregir la dislalia de tipo funcional; lo cual es consistente con estudios previos como el realizado por Gallego (2015) al mostrar que los niños que participaron en el programa de entrenamiento articulatorio, habilitaron su habla (articulación). De hecho Parra, Olmos, Cabello y Valero (2015) resaltan el enfoque global que debe tener toda intervención, al combinar ejercicios de respiración, soplo, discriminación auditiva, integrados en el lenguaje repetido, inducido y espontáneo y considera la utilidad de las praxias fonoarticulatorias para el tratamiento de los trastornos fonéticos. Esto indica, que la intervención contribuye a reducir la probabilidad de que estos patrones de error del habla se visualicen en la edad escolar (Preston, Hull y Edwards, 2013).

De allí radica la importancia de destacar de manera positiva el rol del fonoaudiólogo frente a este trastorno, pues este profesional al desarrollar acciones asistenciales de evaluación e implementando estrategias terapéuticas puede coadyuvar en la mejora de dicho trastorno. En coherencia, Gallego (2000) afirma que el logopeda deberá poseer un conocimiento lo más amplio posible sobre la forma, tamaño e interrelaciones de los elementos anatómicos y de la funcionalidad de los mismos durante la producción verbal. Así mismo, argumenta que habrá que analizar la anatomía y fisiología de los órganos que intervienen, en función de la dificultad articulatoria que se presente; pues esto es de vital importancia a la hora de planificar la intervención. Todo lo anterior es consistente con otros estudios como los de Maldonado Ochoa y Vanegas (2010) quienes concluyeron que la intervención logopédica es el pilar fundamental posterior a la detección de una dislalia funcional para una buena rehabilitación de los trastornos del habla.

Igualmente, se evidenciaron diferencias entre las mediciones pre y post prueba del grupo experimental, pues se obtuvieron cambios en los puntos y modos articulatorios de los sonidos, al observarse una declinación en los errores articulatorios como distorsiones y sustituciones tras la intervención. Es decir, después del tratamiento la dislalia disminuyó; estos datos son congruentes con los hallados por Gallego (2015) quien expresó que la capacidad articulatoria de los infantes mejora de manera significativa una vez se ejercite o entrene. En la misma línea, Deleg y Sucunota (2010) y Abril y Loja (2010) indicaron que la intervención logopédica es un pilar fundamental para rehabilitar los trastornos del habla.

Por otro lado, tanto el grupo control como el experimental presentaron en pre prueba, funcionalidad de lengua inadecuada en el total de la población objeto de estudio, por lo que no realizaban correctamente praxias linguales. Sin embargo, tras la implementación del programa de intervención uno de los órganos bucofonatorios, que mejoró notablemente en cuanto a agilidad y precisión fue la lengua, y al constatar la asociación entre la funcionalidad de esta y el tipo de dislalia se halló asociación estadísticamente significativa. Es así que al mejorar la fuerza, velocidad, precisión y coordinación de los movimientos linguales, se corrige notablemente el punto articulatorio de los sonidos.

Es en este sentido que Pascual (1984) refiere que existe una relación directa entre el grado de retraso motor y el grado de retraso del lenguaje en los defectos de pronunciación. Por tanto, estos defectos irán desapareciendo al mismo tiempo que se va desarrollando la motricidad fina, pues el niño irá adquiriendo la agilidad y coordinación de movimientos que precisa para hablar correctamente. Igualmente Perelló (1990), considera que las perturbaciones en la motricidad lingual son un factor causal de la incorrecta articulación; por lo tanto al comparar los resultados de distintas investigaciones, este concluye que existe una relación entre la dislalia y la torpeza lingual. En definitiva, el entrenamiento en praxias fonoarticulatorias, es una buena medida en la intervención de trastornos de los sonidos del habla de tipo fono articulatorio (Parra, Olmos, Cabello y Valero, 2016).

Ahora bien, los hallazgos investigativos deben difundirse ante comunidad científica, escuelas de formación de programas de pregrado de fonoaudiología y profesionales, resaltando la utilidad práctica y beneficios en la aplicación del programa de intervención basado en el modelo fonético para la rehabilitación de las dislalias funcionales, de forma individual y/o grupal, permitiendo realizar acciones de prevención y promoción de la salud comunicativa.

Por otra parte, en el estudio se evidenciaron limitaciones importantes como el tamaño de la muestra. Se considera pertinente ampliar la población para observar las variabilidades de los resultados teniendo en cuenta criterios de inclusión como una misma edad y un error específico articulatorio. Asimismo, se considera importante como criterio de inclusión que no se encuentre en tratamiento Fonoaudiológico. No obstante, tales limitaciones fundamentan y justifican la ejecución de diferentes estudios con edades específicas y relacionar con otras variables tomando como referencias el paradigma comparativo y correlacional.

Así mismo, se observaron similitudes específicas en el estudio de Gallego (2015) en relación a la metodología y tamaño muestral. No obstante, con las investigaciones de Andrade et al (2014), Pilco y Barrera (2013) Deleg y Sucunota (2010), Abril y Loja (2010) solo en las características de la población, diagnóstico, y estrategias de intervención; al igual que diferencias significativas en el tamaño muestral. Sin embargo, las distintas investigaciones concuerdan en que la aplicación de estrategias de intervención favorecen los procesos articulatorios de los escolares.

Finalmente, se agradece a los estamentos de la Institución Educativa Normal Superior de Sincelejo por permitir la ejecución del estudio investigativo.

REFERENCIAS

- Abril, V., & Loja, C. (2010). *Evaluación e intervención logopédica de dislalias funcionales en niños y niñas de primero a tercero año de educación básica- escuelas Francisca Dávila de Muñoz, Ezequiel Crespo - Cuenca, Octubre 2009- Marzo 2010*. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Andrade, H., Pérez, L., Sandí, M., Vildoso, L., & Orellana, G. (2014). Programa psicopedagógico de detección, asistencia y estimulación lingüística de problemas de dislalia en niños de jardines infantiles de la Ciudad de Sucre. *ECORFAN*, 1(8), 249 – 260. Recuperado de <http://www.ecorfan.org/bolivia/handbooks/ciencias%20sociales%20I/Articulo%2019.pdf>
- Aulestia, V. (2012). *La poca difusión cultural de las leyendas y mitos dificulta el conocimiento de la oralidad ancestral en la parroquia la matriz de la ciudad de Ambato durante el periodo enero - julio 2011*. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.
- Calderón, C., Quizhpi, A., y Medina, V., (2012). *Prevalencia de la dislalia funcional en niños/as de 5 años a 8 años matriculados en primero, segundo y tercer año de básica en la Escuela Ciudad de Azogues, durante el período febrero-agosto 2012*. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Correderas, T. (1982). *Defectos en la dicción infantil: procedimientos para su corrección*. Buenos Aires, Argentina: Kapelusz.
- Crystal, D. (1983). *Patología del lenguaje*. Madrid: Cátedra.
- Declaración de Helsinki (Octubre de 2013). *Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas en Seres Humanos*, 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil.
- Deleg, G., & Sucunota, J. (2010). *Evaluación e intervención logopédica de las dislalias funcionales en niños y niñas de primero a tercero de educación básica- escuelas Eugenio Espejo y Aurelio Aguilar Vásquez- Cuenca, Octubre 2009- Marzo 2010*. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Dodd, B. (2014). Differential diagnosis of pediatric speech sound disorder. *Current Developmental Disorders Reports*, 1 (3), 189-196.
- Gallardo, J. & Gallego, J. (1995). *Manual de logopedia escolar: Un enfoque práctico*. Barcelona, España: Aljibe.
- Gallardo, J. & Gallego, J. (2003). *Manual de logopedia. Un enfoque práctico*. Málaga: Aljibe.
- Gallego, J. (2000). *Dificultades en la articulación en el lenguaje infantil*. Málaga: Aljibe, S.L.
- Gallego, J. (2015). Estudio piloto sobre el efecto de una intervención para prevenir trastornos en la articulación infantil. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 30 (2), 155-172. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5386474.pdf>
- González, J. N. (2003). *Alteraciones del habla en la infancia. Aspectos Clínicos*. Buenos Aires: Editorial medica Panamericana.
- Gotzens, B. & Marro, C. (1999). *Prueba de valoración de la percepción auditiva explorando los sonidos y el lenguaje*. Barcelona: Masson, S.A.
- Maldonado, M., Ochoa, J., & Vanegas, G. (2010). *Evaluación e intervención logopédica de dislalias funcionales en niños y niñas de primero a tercer año de educación básica, unidades educativas "Manuela Cañizares", "Ignacio Escandón" y "Fe y Alegría"*. Noviembre 2009- Mayo 2010. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Moreno, M. & Mateos, G. (2005). Estudio sobre la interrelación entre la dislalia y la personalidad del niño. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa*, 3(7), 133 – 150. Recuperado de <http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?75>
- Moreno, J. M., Suarez, A. & Martínez, J. (2003). *Trastornos del habla, Estudios de casos*. Madrid: Editorial EOS.
- Namasivayam, A. K., Pukonen, M., Goshulak, D., Yu, V. Y., Kadis, D. S., Kroll, R., Pang, E.W., & De Nil, L. F., (2013). Relationship between speech motor control and speech intelligibility in children with speech sound disorders. *Journal of Communication Disorders*, 46(3), 264-280. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/236580034_Relationship_between_speech_motor_control_and_speech_intelligibility_in_children_with_speech_sound_disorders
- Ortíz, M., & Sepúlveda, A. (2004). *Diccionario de fonoaudiología*. 2ed. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia.
- Parra, P., Olmos, M., Cabello, F y Valero, A. (2016). Eficacia del entrenamiento en praxias fonoarticulatorias en los trastornos de los sonidos del habla en niños de cuatro años. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*. 37 (2), 77-84. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-pdf-So214460315000418-S300>
- Pascual, P. (1984). *La dislalia: Naturaleza diagnóstico y rehabilitación*. Madrid: CEPE, S.A.
- Perelló, J. (1990). *Trastornos del habla*. Barcelona: Masson, S.A.
- Pilco, V., & Barrera, F. (2010). *Evaluación e intervención logopédica en niños/as de primero a cuarto de básica con alteración de la motricidad bucolinguo-facial relacionada a dislalia funcional*. Escuela "Fe y Alegría". Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Preston, J., Hull, M. & Edwards, M. (2013). Preschool speech error patterns predict articulation and phonological awareness outcomes in children with histories speech sound disorders. *American Journal of Speech-Language*, 22 (2), 173-184.

Scharager, O.L. & O' Donnell, C. M. (2001). Actos motores orofaringofaciales y praxias fonoarticulatorias. *Fonoaudiología de la Asociación Argentina de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 47(3), 22-32.

Taboada, A., Torres, A., & Cazares, L., (2011). Prevalencia de maloclusiones y trastornos del habla en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*,

68(6), 425-430. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000600004

Ygual, A., & Cervera, J. (2016). Eficacia de los programas de ejercicios de motricidad oral para el tratamiento logopédico de las dificultades de habla. *Revista de Neurología*; 62(Supl1), 59 - 64. Recuperado de: <http://www.neurología.com/pdf/Web/62So1/bpSo1So59.pdf>

