

**ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LAS DISLALIAS EN ESCOLARES DE 5 A 7 AÑOS
11 MESES ASISTENTES A LA ESCUELA MUNICIPAL OSCAR CASTRO ZÚÑIGA, AL
COLEGIO PARTICULAR SUBVENCIONADO LICEO TÉCNICO PROFESIONAL JORGE
SÁNCHEZ UGARTE Y AL COLEGIO PARTICULAR PAGADO DE LOS SAGRADOS
CORAZONES, PROVENIENTES DE CONCEPCIÓN Y HUALPÉN, DURANTE EL AÑO 2017**

**POR: DANIELA CONSTANZA CANCINO SALAMANCA
ROCÍO BELÉN CASTRO RIVERA
KARINA STEPHANY OPAZO LOBOS**

**Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Desarrollo
para optar al grado de Licenciado en Fonoaudiología.**

**PROFESOR GUÍA
SRA. MARÍA CECILIA ISLA BRAVO**

**Noviembre 2017
CONCEPCIÓN**

DEDICATORIA

A quienes son mi motivación más grande; mis padres, por su esfuerzo y sacrificio para darme una carrera para mi futuro, por creer en mí y brindarme el apoyo de seguir adelante en cada paso de este proceso y no darme por vencida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi tía por la paciencia, acogida y comprensión durante este proceso, quien cumplió un rol fundamental.

A mis compañeras de tesis por permitirme ser parte de este proceso junto a ellas y poder recorrer este camino en conjunto, tolerando y a la vez aceptándonos frente a cada dificultad que se presentó.

Daniela Cancino Salamanca

DEDICATORIA

Le dedico esta tesis a mi familia, en especial a mis padres Marcelo y Mirna, por permitirme cumplir todos mis sueños, a mis hermanas, por darme la oportunidad de crecer como persona y al resto de mi familia que ha hecho posible que finalice mi educación superior, en especial a mi tío Rodrigo Castro por todo su apoyo durante este proceso.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a todas las personas que contribuyeron a que la investigación se hiciera posible, entre ellos a mis compañeras de investigación Daniela y Karina y a mis amigos que me animaron siempre durante este proceso de investigación, finalmente a mi hermana Ignacia por toda su ayuda durante este año.

Rocío Castro Rivera

DEDICATORIA

A Dios, a mis abuelos, quienes son mi pilar fundamental en esta vida, mi motivación a mejorar cada día como persona y esforzarme cada vez más, a quienes les debo todo lo que soy, y también a mis padres, quienes siempre me han dado su apoyo incondicional, han creído en mí y me han dado una palabra de aliento cada vez que ha sido necesario.

Tus sueños solo se pueden cumplir si das todo de tí, esfuérzate, persevera y verás que lo que anhelas no esta tan lejos como piensas.

AGRADECIMIENTOS

A mi hermano, por siempre apoyarme, creer en mí y por siempre alegrarme los días, a mis amigos, quienes siempre me dieron una palabra de aliento para seguir adelante cada vez que lo necesité, a mis compañeras en este proceso, Daniela y Rocío, por siempre aportar con su alegría aún en los momentos difíciles, darme palabras de apoyo para finalizar este proceso. Gracias por permitirme recorrer este largo proceso junto a ustedes.

Karina Opazo Lobos

AGRADECIMIENTOS

A una lista gigante de personas que hicieron esta investigación posible, a nuestros profesores de Metodología, nuestra jefa de Carrera y nuestra secretaria Anita Aburto, por su colaboración con esta investigación, y destacar también a Francisca Soto, por su buena voluntad y contestar todas las dudas que nos surgieron durante el proceso de investigación.

TABLA DE CONTENIDOS

	PÁGINA
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	3
HIPÓTESIS	14
OBJETIVOS	15
MATERIALES Y MÉTODO	50
RESULTADOS	58
DISCUSIÓN	65
CONCLUSIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	80

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA	PÁGINA
Tabla 1. Adquisición del repertorio fonético según Jakobson.	5
Tabla 2. Adquisición del repertorio fonético fonológico según Laura Bosch.	6
Tabla 3. Adquisición del repertorio fonético fonológico según Vivar y León.	6
Tabla 4. Descripción de la población según sexo, edad, tipo de establecimiento educacional y estrato socioeconómico.	58
Tabla 5. Funcionalidad labial y lingual.	59
Tabla 6. Presencia de hábitos parafuncionales.	60
Tabla 7. Desempeño de errores articulatorios por fonemas encontrados en los diferentes establecimientos	61
Figura 1. Relación entre las dislalias encontradas y los establecimientos educacionales.	62
Figura 2. Relación entre las dislalias encontradas y el nivel socioeconómico de los padres.	62

RESUMEN

La dislalia es una patología que afecta a la población infantil sin estadísticas referenciales a nivel nacional. Esta patología consiste en alteraciones en la emisión de ciertos sonidos de vocales y consonantes que se pueden encontrar al inicio, medio, o final de la palabra, causadas por alteraciones evolutivas, funcionales, audiógenas y/u orgánicas. Su mayor importancia radica en el hecho esta patología dificulta la capacidad de comunicación del niño con sus padres y entorno social.

En nuestro país, no se encontraron datos estadísticos sobre la prevalencia de esta patología en nuestra población, por lo que este estudio propuso abarcar una amplia muestra, con la finalidad de obtener la información necesaria sobre la realidad y la necesidad real del profesional fonoaudiólogo.

El presente estudio, de diseño cuantitativo observacional descriptivo transversal, tuvo como objetivo estudiar la prevalencia de las dislalias en escolares de 5 a 7 años 11 meses asistentes a la escuela municipal Oscar Castro Zúñiga, al colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte y al colegio particular pagado De los Sagrados Corazones, provenientes de Concepción y Hualpén, durante el año 2017.

Para ello se solicitó a los padres de los escolares que contestaran una anamnesis en forma de cuestionario para recabar información sobre los antecedentes personales relevantes de cada niño. Los niños fueron evaluados por las investigadoras con la Ficha orofacial para evaluar indemnidad y funcionalidad de órganos fonoarticulatorios, funciones del sistema estomatognático y movimientos laríngeos verbales y no verbales, también llamados praxias. Posteriormente, se llevó a cabo la evaluación con el TAR (Test de Articulación a Repetición) que permite evaluar el nivel fonético de los niños, así para detectar posibles dislalias o inconsistencias fonémicas.

Se evaluó a una población de 178 escolares entre las edades ya estipuladas para este estudio, haciendo uso de la Ficha de Exploración Orofacial, el Test de Articulación a

Repetición (TAR) y la obtención de datos anamnésticos para determinar la presencia o no de alteraciones auditivas.

Entre los resultados encontrados, tenemos que la prevalencia de la dislalia fue de un 21,91%; mientras que, el sexo que presentó una mayor prevalencia de esta patología estudiada fue el masculino con un 59,37%, seguido del sexo femenino con un 40,62%. También fue posible determinar que la frecuencia de las dislalias fue mayor en aquellos participantes cuyos padres tienen niveles socioeconómicos más altos.

Concluyendo que la más frecuente de las dislalias, fue la dislalia funcional con un 18,53%, seguida de la dislalia orgánica presente en un 3,37% de los casos; los errores articulatorios encontrados fueron, distorsión del sonido /s/ y sustitución y/o distorsión de los sonidos /r/ y /rr/.

INTRODUCCIÓN

El habla es una de las áreas que estudia la fonoaudiología, dentro del habla se encuentran varias patologías que afectan su correcto desarrollo y funcionamiento, unas de ellas son las dislalias, también conocidas como trastornos de los sonidos del habla por alteración fonética.

La dislalia, corresponde al trastorno en la articulación de los fonemas, por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por la sustitución de éstos por otros de forma impropia. Se trata pues de una incapacidad para pronunciar o formar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas (Moreno y Ramírez, 2012).

En un estudio de prevalencia de las patologías del habla, del lenguaje y de la comunicación realizado en España, con sujetos de ambos sexos, de edad comprendida entre 2 y 72 años, se observó que las dislalias funcionales o retrasos del habla presentan una prevalencia del 14,2% en niños entre los 2 y los 10 años (García, Cinca, Herrero y Zubiauz, 2014).

A nivel latinoamericano existe escasa información al respecto, en Ecuador se realizó un estudio de prevalencia, arrojó que el 5 a 8% de preescolares y el 4% de los escolares presentaban trastornos de habla y del lenguaje (Briceño, 2013).

Por otro lado, en Argentina se realizó otro estudio sobre la prevalencia de las dislalias en alumnos de primero básico, en el cual se observó que la prevalencia es del 23% (Oriol, 2000).

A nivel nacional no se han realizado estudios que indiquen la prevalencia de esta patología.

En la literatura revisada no se encuentran estudios de prevalencia de dislalias que sean recientes, siendo la mayoría antiguos y/o no hacen referencia de la situación a nivel nacional ni regional. Es por esto, que conocer la prevalencia de las dislalias en la población es importante, puesto que permite conocer datos estadísticos que clarifiquen la presencia de alteraciones del habla, para así poder analizar la situación real del país frente a esta alteración, además de poder brindarle a los usuarios diversas estrategias terapéuticas para favorecer la comunicación, y, por último, determinar la necesidad real del profesional fonoaudiólogo.

MARCO TEÓRICO

La comunicación es el proceso mediante el cual un mensaje es emitido por un individuo, llamado emisor, y es comprendido por otro llamado receptor o destinatario, que es la persona o entidad a quien va dirigido el mensaje (Varó & Martínez, 1997). Este proceso, llamado comunicación, se asocia a una naturaleza social y al uso de los diferentes sistemas y signos/símbolos lingüísticos (Pelayo y Cabrera, 2002). Estos sistemas y signos/símbolos lingüísticos, son utilizados con la intención de dar a conocer un mensaje entre los interlocutores en el cual se intercambia información, necesidades y deseos, generando una competencia comunicativa (Owens, 2003). Existen dos tipos de comunicación; la comunicación verbal y la no verbal. La comunicación verbal se refiere a todas aquellas palabras utilizadas por los interlocutores, y dentro de este tipo de comunicación se encuentran la oral y la escrita. La comunicación oral se refiere a la emisión de sonidos o palabras que constituyen un mensaje, mientras que la comunicación escrita tiende a variar de acuerdo a la persona, y para poder emplearla se necesita de un código de la palabra común entre el emisor y el receptor. La comunicación no verbal hace alusión a la comunicación mediante la expresión facial, movimientos y gestos corporales que complementan o algunas veces reemplazan a la comunicación verbal (Pickett, 1999).

La comunicación verbal y no verbal se logran mediante un sistema de códigos, llamado lenguaje, siendo éste es una facultad única del ser humano y utiliza un sistema de signos vocales para relacionarse e interactuar entre individuos de una misma comunidad, siendo ésta su función principal (Romero, 2012).

El vehículo explícito para la expresión del lenguaje es el habla, es por esto que la ASHA menciona que este proceso, es el medio de comunicación oral, compuesto por la voz, la fluidez y la articulación. La articulación hace referencia a la manera en que se producen los sonidos, la voz, es aquella que hace uso de la respiración y de las cuerdas vocales para producir el sonido, y la fluidez, hace referencia al ritmo del habla (ASHA, 2016).

El habla, que es de dominio individual y voluntario, es utilizado por los sujetos en la interacción cotidiana para expresar sus pensamientos personales, este proceso individual, varía de un sujeto a otro, contextualizando su uso en situaciones concretas. El habla contribuye enormemente en la vida cotidiana de las personas, volviéndose uno de los componentes más importantes de los humanos (Duffy, 2005).

El desarrollo normal de la adquisición fonológica de habla española ha sido estudiado por diversos autores a través de los años, los cuales coinciden en que la adquisición comienza en la etapa prelingüística, cada uno de ellos ha propuesto un patrón distinto de adquisición; a continuación, se presentarán las propuestas de adquisición fonética de tres autores relevantes para esta investigación.

(Tabla 1) Tabla de adquisición fonética de Jakobson (1941)

Edad	Fonemas
2 años - 2,6 años	/m/, /p/, /b/, /k/, /t/ Adquiridas todas las vocales
2,6 años - 3 años	/g/, /n/, /j/, /ñ/, /f/
3 años - 3,6 años	/y/, /ch/ 3,6 años comienza la aproximación de los dífonos vocálicos
3,6 años - 4 años	/l/, /d/ (primero /d/) 4 años adquisición total de dífonos vocálicos
4 años - 4,6 años	Dífonos consonánticos /l/, /pl/, /bl/, /fl/, /cl/, /gl/, /tl/ Fonema /s/ si es muy distorsionado se trabaja (sustitución por /t/ o /ch/)
4,4 años - 4,6 años	Fonema /r/ vibrante simple
4,6 años - 4,9 años	Dífonos consonánticos /r/, /dr/ último
4,9 años	Fonema /rr/ vibrante múltiple Fonema /s/, se comienza el trabajo si es seseo

(Tabla 2) Tabla de adquisición fonológica de Laura Bosch (1984)

EDAD	FONEMAS
3 años	/p-t-k/; /b/; /m-n-ñ/; /l/; /j/
4 años	/d-g/; /f-ll-ch/; *Dífonos vocálicos
5 años	/s/
6 años	/z/ *Dífonos consonánticos
7 años	/r-rr/

(Tabla 3) Tabla de adquisición fonético-fonológica de Vivar y León (2009)

Edad	Sonido del Español	Porcentaje de Sonidos
3 años a 3,11 años	/m/ /n/ /ñ/ /b/ /d/ /t/ /k/ /f/ /g/ /p/ /x/ /ch/ /l/ /r/	80%
4 años a 4,11 años	/s/	20%
5 años a 5,11 años	/rr/	

Según Jakobson (1941), como se observa en la Tabla1, la adquisición del sistema fonemático sigue un orden evolutivo predeterminado. Dependiendo del grado de dificultad y de los rasgos contrastantes diferenciales, se selecciona el orden de adquisición de los fonemas. Esto significa que los primeros fonemas en distinguirse son aquellos que se oponen, a estos y se les denomina par mínimo, lo que significa que dos fonemas en las

palabras se oponen modificando el significado de éstas, ejemplo casa/cosa. Laura Bosch (1984), tal como se observa en la Tabla 2, propone que la adquisición del repertorio fonético completo de hablantes bilingües es más tardía que la de los hablantes monolingües. Por último, Vivar y León (2009) (Tabla 3), proponen que a partir de los 3 años un 80% de las articulaciones se producen de manera correcta. Sin embargo, los niños de 5 años 11 meses aún no han logrado completar su sistema fonológico de manera habitual. Lo que indicaría que dentro de los primeros tres años se produce una rápida obtención de fonemas (80%) y que luego, este proceso se lentificaría en los siguientes tres años (20%).

Dentro de los trastornos del habla se encuentran las dislalias, las cuales se conocen como alteraciones en las emisiones vocálicas y consonánticas, causadas por un inadecuado funcionamiento de los órganos fonoarticulatorios (labios, lengua, paladar, aparato respiratorio, cavidades supraglótica, etc.). Estas alteraciones pueden ser originadas por una evolución anómala en su crecimiento, forma o posición debido a diferentes factores etiológicos. La presencia de hábitos orales deformantes, se relaciona directamente con las dislalias, y los más frecuentes son: succión digital, respiración oral, rinolalia, dificultad masticatoria, deglución atípica, succión de labio superior e inferior y succión de chupete (Noh, et al, 2012).

Según las causas, Pascual en 1995, las clasificó en dislalia evolutiva, funcional, audiógena y orgánica. Las dislalias de tipo evolutivas son alteraciones articulatorias que se manifiestan en edades de 3 a 4 años y son propias del desarrollo evolutivo de los niños, tienen un carácter fisiológico y forman parte del aprendizaje normal del lenguaje.

Las dislalias audiógenas son alteraciones que se deben a la falta de una buena audición. Si la falta de audición es parcial como la hipoacusia, antes o después de establecido el lenguaje, pueden aparecer los trastornos en la articulación, puesto que una hipoacusia dificulta el reconocimiento y la reproducción de sonidos con similitud fonética. Las dislalias orgánicas son trastornos de la articulación originados por malformaciones anatómicas. Por último, la dislalia funcional es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje que se debe a una función anómala de los órganos periféricos sin que existan trastornos o modificaciones orgánicas en el sujeto con una incapacidad de tipo funcional.

El término “dislalia” se mantuvo hasta alrededor de 1970 en muchos países de Europa, sucediendo de igual forma en EEUU con “trastorno funcional de la articulación”. Es preciso mencionar, que en algunos países europeos y de Latinoamérica, aún se usa el término “dislalia”. Desde entonces, los trabajos de Grunwell e Ingram abrieron el camino para determinar que la producción de los sonidos del habla, involucraba también una organización y representación lingüística-cognitiva de éstos (fonología), lo que facilitó la comprensión de muchas alteraciones de los sonidos del habla, que no se explicaban con la teoría articularia. A partir de ese momento, se fueron adoptando diferentes nomenclaturas para referirse a los niños con alteraciones en el habla, hasta llegar al término Trastorno de los Sonidos del Habla –TSH– o Speech Sound Disorders –SSD– como se denomina en la literatura de habla inglesa actual (Susanibar, et al 2016).

Dentro del contexto de esta patología se pueden encontrar tres tipos de errores en las emisiones de los diferentes fonemas, los cuales pueden ser sustitución, omisión y distorsión. La sustitución es un error de articulación en el que un sonido es reemplazado por otro y que puede darse al principio, en medio o al final de la palabra. La omisión es la dificultad que presenta el niño para pronunciar un fonema. La distorsión es aquella que se da de forma incorrecta o deformada, generalmente se presenta debido a una incorrecta posición de los órganos de la articulación, a la forma de salida del aire, o a la vibración (o falta de ésta) de las cuerdas vocales (Saa y Castro, 2016).

Algunos estudios demuestran que los niños que cursan con una dislalia sufren afectaciones tanto en lo socioemocional como en el aprendizaje de la lectoescritura; uno de ellos fue realizado en Babahoyo, en Ecuador durante el año 2016. En este estudio se analizó la influencia de la dislalia en la lectoescritura en estudiantes de educación básica, concluyendo que ésta afecta el proceso de aprendizaje de la lectoescritura, puesto que los estudiantes tienden a escribir de la misma forma en la que pronuncian las palabras (Saa y Castro, 2016).

En otro estudio realizado en España, se estudió la relación entre la dislalia y la personalidad en 20 niños de edades comprendidas entre los 6 y 8 años, observándose que niños manifiestan ansiedad, tensión e inseguridad superior a la media y son más propensos a perder el control emocional, también se muestran inhibidos y tienen dificultades para relacionarse con los demás (Moreno y Mateos, 2005).

Existen diversos instrumentos de evaluación estandarizados y no estandarizados que permiten recoger datos para su posterior análisis y así determinar la presencia o ausencia de una dislalia, la cual es de fácil detección, pues se diagnostica una vez que el niño no es capaz de articular correctamente el o los fonemas en las sílabas y/o palabras, y estos errores son constantes y persistentes en el niño.

A nivel mundial son utilizados variados instrumentos, como por ejemplo el Test de Articulación a Repetición (TAR), Prueba de Articulación de Fonemas (PAF), y la Ficha Orofacial. El TAR, es una prueba que permite evaluar el nivel fonético de los niños, pudiendo así detectar posibles dislalias o inconsistencia fonémicas, en cambio, la Prueba de Articulación de Fonemas de Vallés (PAF), evalúa los aspectos fonéticos y fonológicos del lenguaje en niños entre 5 y 8 años.

Por otro lado, está la Ficha Orofacial, que no es un instrumento estandarizado, sino que, es una guía de evaluación clínica que permite consignar la observación de la tonicidad, funcionalidad e indemnidad de los órganos fonoarticulatorios, tanto extraorales como intraorales.

En un estudio de prevalencia de las patologías del habla, del lenguaje y de la comunicación realizado en España, con sujetos de ambos sexos, entre los 2 y los 72 años, se observó que las dislalias funcionales o retrasos del habla tienen una prevalencia del 14,2% (García, et al, 2014).

En Ecuador durante el año 2012, se estudió la prevalencia de las dislalias funcionales en una población de 113 estudiantes, de 5 a 8 años, mediante el test TAR, la prevalencia

de la dislalia observada fue del 36%, donde las niñas presentaron un 52% y los niños un 48%. El 67% fueron de estudiantes cuyos padres tienen una instrucción educativa primaria, el 23% secundaria, el 5% superior y con igual porcentaje padres que no tienen instrucción educativa. En este estudio se concluye que, entre la presencia de dislalia, el sexo de los niños y la instrucción de los padres, no se observaron asociaciones. (Cango, Stalin, Arichabala, Armando y Medina, 2012).

En Ecuador se realizó un estudio de prevalencia, observándose que el 5 a 8% de preescolares y el 4% de los escolares presentaban trastornos de habla y del lenguaje (Briceño, 2013). Por otro lado, en Argentina, se realizó un estudio sobre la prevalencia de las dislalías en alumnos de primero básico, que dio como resultado una prevalencia del 23% (Oriol, 2000).

En otro estudio realizado en la ciudad de Concepción en el año 2009, por Vivar y León, se analizó cómo era la adquisición de los sonidos del habla en un grupo de 72 niños divididos en seis grupos etarios de seis meses cada uno. Se les aplicó el “Cuestionario para la Evaluación de la Fonología Infantil” (CEFI) que evaluó la articulación de las consonantes en sus todas sus posiciones mediante una tarea de nombrado, se observó que a los 3 años los niños tienen sobre un 80% de articulación normal en las consonantes. Las mayores dificultades de adquisición se manifestaron en las consonantes fricativas /s//x/, y mayormente, en la consonante /rr/. A la inversa, las consonantes que menos dificultades de adquisición presentaron fueron las nasales y las oclusivas (Vivar y León, 2009).

En Chile, existen tres tipos de establecimientos educacionales: los municipales, los particulares subvencionados y los particulares pagados.

Los establecimientos educacionales municipales son establecimientos públicos de propiedad y financiamientos principalmente estatales. Los particulares subvencionados, son definidos como establecimientos de propiedad y administración privada, que reciben financiamiento estatal mediante subvención por alumno matriculado y efectivamente asistiendo a clases, y por último, se encuentran los particulares pagados, los cuales son establecimientos privados propiamente tales, cuya propiedad, administración y financiamiento corresponde a particulares y a las familias de los alumnos. En Chile el 53% de los estudiantes acuden a un establecimiento particular subvencionado, el 38% a uno municipal; y el 7% a uno particular pagado (MINEDUC, 2012).

En nuestro país, no existen investigaciones que estudien la relación entre las dislalias y el estrato socioeconómico, o demográfico. Conocer la prevalencia de las dislalias en la población es importante, puesto que permite conocer datos estadísticos que clarifiquen la presencia de alteraciones del habla, para así poder analizar la situación real del país frente a esta patología, además de poderle brindar a los usuarios diversas estrategias terapéuticas para favorecer la comunicación, y, por último, determinar la necesidad real del profesional fonoaudiólogo.

Por lo que el estudio tuvo como objetivo estudiar la prevalencia de las dislalias en escolares de 5 a 7 años 11 meses asistentes a la escuela municipal Oscar Castro Zúñiga, al colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte y al colegio particular pagado De los Sagrados Corazones, provenientes de Concepción y Hualpén, durante el año 2017.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de las dislalias en escolares de 5 a 7 años 11 meses asistentes a la escuela municipal Oscar Castro Zúñiga, al colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte y al colegio particular pagado De los Sagrados Corazones, provenientes de Concepción y Hualpén, durante el año 2017?

HIPÓTESIS

Debido al tipo de estudio a realizar (descriptivo), y bajo el precedente de que no se han encontrado estudios de prevalencia en esta área, no se puede generar una hipótesis.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estudiar la prevalencia de las dislalias en escolares de 5 a 7 años 11 meses asistentes a la escuela municipal Oscar Castro Zúñiga, al colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte y al colegio particular pagado De los Sagrados Corazones, provenientes de Concepción y Hualpén, durante el año 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a la población de estudio según sexo, edad y nivel socioeconómico.
- Evaluar la funcionalidad e indemnidad de las estructuras orofaciales en escolares de 5 a 7 años 11 meses asistentes a la escuela municipal Oscar Castro Zúñiga, al colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte y al colegio particular pagado De los Sagrados Corazones.
- Determinar la presencia de hábitos parafuncionales en escolares de 5 a 7 años 11 meses asistentes a la escuela municipal Oscar Castro Zúñiga, al colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte y al colegio particular pagado De los Sagrados Corazones, provenientes de Concepción y Hualpén.

- Identificar el estrato socioeconómico en escolares de 5 a 7 años 11 meses asistentes a la escuela municipal Oscar Castro Zúñiga, al colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte y al colegio particular pagado De los Sagrados Corazones.
- Identificar el desempeño articulatorio en escolares de 5 a 7 años 11 meses asistentes a la escuela municipal Oscar Castro Zúñiga, al colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte y al colegio particular pagado De los Sagrados Corazones.
- Determinar el punto articulatorio de los fonemas en escolares de 5 a 7 años 11 meses asistentes a la escuela municipal Oscar Castro Zúñiga, al colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte y al colegio particular pagado De los Sagrados Corazones.
- Identificar dificultades auditivas en escolares de 5 a 7 años 11 meses asistentes a la escuela municipal Oscar Castro Zúñiga, al colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte y al colegio particular pagado De los Sagrados Corazones.
- Identificar la presencia de dislalia en escolares de 5 a 7 años 11 meses asistentes a la escuela municipal Oscar Castro Zúñiga, al colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte y al colegio particular pagado De los Sagrados Corazones.

VARIABLES DE ESTUDIO

1. DISLALIA

Definición conceptual: La dislalia es un trastorno en la articulación de los fonemas, por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos, o por la sustitución de éstos por otros de forma impropia (Pascual, 1995).

Definición operacional: Se evalúa mediante la aplicación del TAR y Ficha Orofacial a cada escolar para determinar la presencia de Dislalia.

1.1 DISLALIA EVOLUTIVA

Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica

Definición conceptual: Es una alteración articulatoria que se manifiesta en edades de 3 a 4 años y es propia del desarrollo evolutivo de los niños, tiene un carácter fisiológico y forma parte del aprendizaje normal del lenguaje. (Moyaho et al, 2014).

Definición operacional: Se evalúa mediante la aplicación del TAR y Ficha Orofacial a cada escolar para determinar la presencia de esta Dislalia.

Indicador: Presente / Ausente

1.2 DISLALIA AUDIÓGENA

Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica

Definición conceptual: Alteración debido a la falta de una buena audición, si ésta es parcial como la hipoacusia, antes o después de establecido el lenguaje, pueden aparecer los trastornos en la articulación, ya que una hipoacusia dificulta el reconocimiento y la reproducción de sonidos con similitud fonética. (Moyaho et al, 2014).

Definición operacional: Se evalúa mediante la aplicación del TAR y Ficha Orofacial a cada escolar para determinar la presencia de esta Dislalia.

Indicador: Presente / Ausente

1.3 DISLALIA ORGÁNICA

Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica

Definición conceptual: Es un trastorno de la articulación originado por malformaciones anatómicas (Moyaho et al, 2014).

Definición operacional: Se evalúa mediante la aplicación del TAR y Ficha Orofacial a cada escolar para determinar la presencia de esta Dislalia.

Indicador: Presente / Ausente

1.4 DISLALIA FUNCIONAL

Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica

Definición conceptual: Es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje que se debe a una función anómala de los órganos periféricos sin que existan trastornos o modificaciones orgánicas en el sujeto con una incapacidad de tipo funcional. (Moyaho et al, 2014).

Definición operacional: Se evalúa mediante la aplicación del TAR y Ficha Orofacial a cada escolar determinar la presencia de esta Dislalia.

Indicador: Presente / Ausente

2. EDAD

Clasificación: Variable cuantitativa continúa

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona (RAE, 2017).

Definición operacional: Esta variable se pregunta a los padres en la aplicación de la anamnesis.

Indicadores: Años, meses

3. SEXO

Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica.

Definición conceptual: Condición orgánica, masculina o femenina (RAE, 2017).

Definición operacional: Se registra tanto en la ficha del niño como en la anamnesis.

Indicador: Masculino – Femenino.

4. TIPO DE ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica

Definición conceptual: Institución de educación para niños y jóvenes, que puede ser de distintas dependencias económicas (RAE, 2017).

Definición operacional: Establecimiento educacional al cual asisten los estudiantes, lo que se pregunta y registra a través de la anamnesis de la Universidad del Desarrollo.

Indicadores: Escuela municipal, colegio particular subvencionado, colegio particular pagado.

5. NIVEL SOCIOECONÓMICO

Clasificación: Variable cualitativa ordinal

Definición conceptual: Estratificación de acuerdo a factores sociales y económicos (RAE, 2017).

Definición operacional: Tipo de estrato socioeconómico al cual pertenecen los estudiantes, lo cual se pregunta por medio de la encuesta ESOMAR a los padres o apoderados.

Indicadores: Bajo (E), Medio bajo (D), Medio (Cb), Medio alto (Ca), Alto (B), Muy alto (A).

6. HÁBITOS PARAFUNCIONALES

Definición conceptual: Los hábitos parafuncionales son el resultado de una acción prolongada o degeneración de una función normal, o bien, como un acto innecesario. Este acto ejerce fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y los tejidos blandos provocando alteraciones en la oclusión dental (Murrieta, Martínez, Morales, Linares y González, 2015).

Definición operacional: Se entiende como hábito parafuncional un hábito oral repetitivo, realizado por un periodo de tiempo prolongado en edades inadecuadas, que alteran la estructura de los órganos fonoarticulatorios (OFAS). Se evalúa por medio de una ficha orofacial aplicada al escolar y un cuestionario para padres.

Subdimensiones:

6.1 SUCCIÓN DIGITAL

Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica.

Definición conceptual: Consiste en introducir uno o dos dedos (generalmente el pulgar) en cavidad oral. Es el más frecuente de los hábitos orales patológicos, que pueden presentar los niños y la mayoría de las veces implica una contracción activa de la musculatura perioral (Romero, Romero, Pardo y Saéz, 2004).

Definición operacional: Se entiende como succión digital el acto de “chuparse el dedo”. Se evalúa por medio de un cuestionario para padres sobre hábitos parafuncionales.

Indicadores: Presente / Ausente.

6.2 SUCCIÓN DE CHUPETE

Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica.

Definición conceptual: Acción de chupar una tetina, no nutritiva que pretende imitar al pecho materno (Agurto et al, 1999).

Definición operacional: Se entiende por succión de chupete el acto que realizan niños al succionar la tetina del chupete ejerciendo fuerza con la musculatura orofacial, en edades inadecuadas. La succión de chupete se determina mediante un cuestionario para padres sobre hábitos parafuncionales.

Indicadores: Presente / Ausente

6.3 SUCCIÓN DE MAMADERA

Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica.

Definición conceptual: Acción de chupar o extraer algún líquido con los labios desde una tetina, la que tiene forma de pezón, es de goma elástica y niños la utilizan para succionar (RAE, 2017).

Definición operacional: Es el acto que realizan niños y niñas al succionar la tetina de la mamadera ejerciendo fuerza con la musculatura orofacial. La succión de mamadera se determina mediante un cuestionario para padres sobre hábitos parafuncionales.

Indicadores: Presente / Ausente.

6.4 SUCCIÓN DE OBJETOS

Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica

Definición conceptual: Succionar (chupar) de forma no nutritiva, un objeto inanimado (RAE, 2017).

Definición operacional: Se define como succión de objetos, al acto de llevarse a la boca cualquier objeto con el fin de succionarlo o chuparlo. Se evalúa por medio de un cuestionario para padres sobre hábitos parafuncionales.

Indicadores: Presente / Ausente

6.5 ONICOFAGIA

Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica.

Definición conceptual: Es el mal hábito de comerse las uñas, el resultado de la repetición de una manifestación no deseada que en la frecuencia de la práctica puede instalarse Pasando al ámbito inconsciente (Ojeda, Espinoza y Biotti, 2014).

Definición operacional: Se entiende por onicofagia el acto de morderse y/o las uñas. Se evalúa por medio de un cuestionario para padres sobre hábitos parafuncionales.

Indicadores: Presente / Ausente

6.6 QUEILOFAGIA

Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica

Definición conceptual: Acción constante y repetitiva de mordisquear o chuparse el labio, generalmente el inferior (Narváez, Muñoz, Villota y Mafla, 2010).

Definición operacional: Se determina la presencia de este hábito a través de la Anamnesis de la Universidad del Desarrollo modificada, aplicada a los padres o apoderados de los participantes del estudio.

Indicador: Presente, Ausente.

7. ÓRGANOS FONOARTICULATORIOS

Definición Conceptual: Conjunto de órganos constituidos por estructuras óseas, neuromusculares y vasculares. Estos órganos cumplen una función vital dentro del desarrollo del ser humano, puesto que permiten el desarrollo de las funciones del sistema estomatognático; succión, deglución, respiración, masticación y fonoarticulación (Villanueva y Palomino, 2011).

Definición Operacional: Cada una de las dimensiones que se encuentran dentro de los órganos fonoarticulatorios se evalúan mediante la observación clínica subjetiva de cada niño y los resultados se registran en la Ficha de Evaluación Orofacial.

7.1 CARA

Definición conceptual: Parte anterior de la cabeza humana desde el principio de la frente hasta la punta de la barbilla (RAE, 2017). La cara contiene los ojos, nariz y boca, permitiendo al ser humano utilizar los sentidos de visión, olfato, gusto y también permitiéndole comunicarse con otros.

Definición operacional: se entiende por cara la región anterior de la cabeza humana. En este estudio se evalúan los aspectos de tonicidad, simetría y biotipo facial. Estas características se evalúan a través de observación por parte de los examinadores y se registran los resultados en la Ficha de Evaluación Orofacial de la Universidad del Desarrollo.

Subdimensiones:

7.1.1 SIMETRÍA FACIAL

Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica

Definición conceptual: Corresponde a la distribución exacta de la forma tamaño y posición de las partes del rostro, respecto a un eje o un plano (RAE, 2017).

Definición operacional: Se entiende por simetría facial la correcta posición, forma y tamaño de los Órganos Fonoarticulatorios en ambos hemisferios de la cara. Esta variable evalúa y se registra en la Ficha de Evaluación Orofacial de la Universidad del Desarrollo.

Indicador: Normal, Asimetría.

7.1.2 BIOTIPO FACIAL

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Corresponde al resultado del crecimiento diferenciado de cada individuo, es decir, el reflejo de las variaciones normales del crecimiento y desarrollo de cada ser humano (Villanueva y Palomino, 2011).

Definición operacional: Se refiere a la morfología de la cara de los escolares en relación al crecimiento mandibular. Se evalúa mediante la Ficha de Evaluación Orofacial de la Universidad del Desarrollo.

Indicador: Mesofacial, Dolicofacial, Braquifacial.

7.2 ALETAS NASALES – FOSAS NASALES

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: La nariz es un órgano prominente del rostro humano ubicado entre la frente y la boca que forma parte del aparato respiratorio, presenta dos orificios, las fosas nasales, las cuales tienen como objetivo permitir el paso de aire en la inspiración, calentándolo, humidificándolo y filtrando las partículas de polvo y a la vez permitir su expulsión en la espiración. Las fosas nasales presentan paredes laterales, compuestas por cartílagos alares y fusionadas en la región media, las cuales se denominan aletas nasales (RAE, 2017; Jiménez, Catalina y Carmona, 2002; Tortora y Derrickson, 2013).

Definición operacional: Se evalúa a través de la observación las características anatómicas de la nariz de cada niño y será registra en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: Normales, Grandes, Pequeñas, Asimétricas.

7.3 LABIO SUPERIOR

Definición conceptual: Estructura muscular conformada por varios fascículos musculares, en donde algunos corren en forma transversal y otros se insertan en el hueso y poseen solo un extremo libre. En reposo el labio superior debe cubrir los 2/3 de la cara vestibular de los incisivos centrales (Villanueva y Palomino, 2011).

Definición operacional: El labio superior evalúa a través de un apartado de la Ficha de Evaluación Orofacial donde se observa el tamaño, su funcionalidad y Tonicidad.

Subdimensiones:

7.3.1 TAMAÑO

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Corresponde a la dimensión, en relación a la longitud y grosor, del labio superior (RAE, 2017).

Definición operacional: Se refiere a qué tan grande o qué tan pequeño es el labio de cada escolar. Se evalúa por medio de la Ficha de Evaluación Orofacial a través de la observación de cada escolar.

Indicador: Normal, Largo, Corto, Grueso, Delgado.

7.3.2 FUNCIONALIDAD

Clasificación: Variable cualitativa ordinal.

Definición conceptual: Corresponde a la capacidad de actuar que tienen los órganos (RAE, 2017).

Definición operacional: Se refiere a la capacidad que tiene el labio superior para llevar a cabo de forma adecuada una tarea. Se evalúa por medio de la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: Normal, Disminuida, Ausente.

7.4 LABIO INFERIOR

Definición conceptual: Es una estructura muscular con varios fascículos musculares, algunos corren en forma transversal y otros se insertan al hueso maxilar, dejando un borde libre. El labio inferior suele ser más grueso que el labio superior (Villanueva y Palomino, 2011).

Definición Operacional: Tanto el tamaño como la funcionalidad se evalúan a través de observación y los resultados se registran en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Subdimensiones:

7.4.1 TAMAÑO

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Corresponde a la dimensión, en relación a la longitud y grosor, del labio superior (RAE, 2017).

Definición Operacional: Se evalúa mediante la observación clínica subjetiva y se registra en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicadores: Normal, Largo, Corto, Grueso, Delgado.

7.4.2 FUNCIONALIDAD

Clasificación: Variable cualitativa ordinal.

Definición Conceptual: Corresponde a la capacidad de actuar que tienen los órganos (RAE, 2017).

Definición Operacional: Se evalúa mediante la observación clínica subjetiva y se registra en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: Normal, Disminuida, Ausente.

7 SURCO NASO LABIAL

Clasificación: Variable cualitativa ordinal.

Definición conceptual: Es un canal central localizado en el labio superior que va desde la parte superior del labio hasta la nariz (Medline Plus, 2017).

Definición operacional: La apariencia del surco es variable, su anchura y longitud se evalúa mediante observación clínica y los resultados se registran en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: Esbozado (Normal), Marcado, Ausente.

7.5 SURCO NASO GENIANO

Clasificación: Variable cualitativa ordinal.

Definición conceptual: Arruga en la piel que se forma gracias al músculo elevador del ángulo bucal, elevador del labio superior y del ala de la nariz, el músculo cigomático mayor y cigomático menor (Espinosa y García, 2011).

Definición operacional: La apariencia de este surco se aprecia a través de observación clínica y se registra en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: Esbozado (Normal), Marcado, Ausente.

7.6 SURCO LABIO MENTONIANO

Clasificación: Variable cualitativa ordinal.

Definición conceptual: Surco delimitado superiormente por la inserción cutánea del músculo depresor de la boca y el ligamento mandibular en el resto de su extensión (Desio, Revelli y Vergara, 2009).

Definición operacional: El estado del surco labio mentoniano se evalúa mediante observación clínica y el resultado será registrado en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: Esbozado (Normal), Marcado, Ausente.

7.7 PALADAR

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Es la parte interior y superior de la boca. Se divide en dos zonas, el paladar óseo en los primeros dos tercios y en el tercio posterior, el paladar blando o también conocido como velo del paladar (RAE, 2017).

Definición operacional: El paladar y su anatomía serán de gran relevancia en el desempeño de las funciones orofaciales y en el habla. El paladar se evalúa por observación y se clasifica según su forma, los resultados se consignan en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: Normal, Normal Profundo, Ojival, Semiojival, Plano.

7.8 VELO DEL PALADAR

Definición conceptual: El velo del paladar constituye el tercio posterior del límite superior de la cavidad oral. Es un órgano que está constituido por una superficie aponeurótica, mucosa, tejido linfático, glándulas y músculos. La superficie externa del velo del paladar se extiende hacia la parte postero inferior de la cavidad oral para dar origen a la úvula y a cuatro arcos en su porción lateral (Villanueva y Palomino, 2011).

Definición operacional: La anatomía de esta estructura se examina a través de evaluación clínica y los resultados de cada una de sus subdimensiones se registran en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Subdimensiones

7.8.1 TAMAÑO

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición Conceptual: Corresponde a cuán grande o pequeño es la dimensión del velo del paladar (RAE, 2017).

Definición Operacional: Se evalúan mediante la observación clínica subjetiva y los resultados se registran en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: Normal, Largo, Corto.

7.9 ÚVULA

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Corresponde a un músculo que se origina por detrás de la espina nasal posterior, en la aponeurosis palatina. La úvula al contraerse se eleva posteriormente y disminuye la longitud del velo del paladar (Villanueva y Palomino, 2011).

Definición operacional: Las características de la úvula se evalúan mediante la observación clínica subjetiva y se registran en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: Normal, Larga, Corta, Bífida.

7.10 FRENILLO LABIAL SUPERIOR

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Es una banda de tejido conjuntivo fibroso, muscular o de ambos, cubierta de una membrana mucosa ubicada en el maxilar superior, consiste en un pliegue localizado en la línea media y une la superficie interna del labio con la encía (Díaz, Puerta y Verbel, 2014).

Definición operacional: La longitud del frenillo labial superior influirá en el rango de movimiento del labio superior, por lo tanto, esta característica influirá también en la articulación de la persona y en el desempeño de las funciones orofaciales. Se evalúa a través de observación clínica con la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: Normal, Largo, Corto.

7.11 FRENILLO LABIAL INFERIOR

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Es una banda de tejido conjuntivo fibroso, muscular o de ambos, cubierta de una membrana mucosa ubicada en el maxilar inferior, consiste en un pliegue localizado en la línea media y une la superficie interna del labio con la encía (Díaz et al , 2014).

Definición operacional: Las características de longitud de este frenillo labial tendrán efectos en el desempeño de las funciones orofaciales, la articulación, etc. Se examina a través de observación y se consigna en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: Normal, Largo, Corto.

7.12 FRENILLO LINGUAL

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Es el ligamento que conecta la parte ventral de la lengua con el piso de la boca (Cuestas, Demarchi, Martínez, Razetti y Boccio, 2014).

Definición operacional: La estructura de este frenillo tendrá consecuencias en el rango de movimiento lingual de la persona, por lo tanto, influye en el habla, en la alimentación, en la succión, etc. Se evalúa mediante observaciones clínicas y registrados sus resultados en la Ficha de Evaluación Orofacial utilizada como instrumento de medición del presente estudio.

Indicador: Normal, Largo, Corto.

7.13 LENGUA

Definición conceptual: Órgano muscular situado en la cavidad de la boca que sirve para la gustación, para deglutir y para modular los sonidos que les son propios (RAE, 2017).

Definición operacional: Las características de este órgano se examinan a través de palpación, observación clínica y audición y los resultados de cada categoría se registran por separado en la Ficha de Evaluación Orofacial utilizada como instrumento de medición del presente estudio.

Subdimensiones

7.13.1 VOLUMEN

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición Conceptual: Corresponde a cuán grande o pequeño es la dimensión de la lengua (RAE, 2017).

Definición Operacional: Se evalúa mediante la observación clínica subjetiva y los resultados se registran en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: Normal, Macroglosia, Microglosia.

7.13.2 FUNCIONALIDAD

Clasificación: Variable cualitativa ordinal.

Definición Conceptual: Corresponde a la capacidad de actuar de la lengua (RAE, 2017).

Definición Operacional: Se evalúa mediante la audición y la observación clínica subjetiva, y los resultados se registran en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: Normal, Disminuida, Ausente.

7.15 DIENTES

Definición conceptual: Cuerpo duro que, engastado en las mandíbulas del hombre y de muchos animales, queda descubierto en parte, para servir como órgano de masticación o de defensa (RAE, 2017).

Definición operacional: Los dientes serán un factor clave en el desempeño de las funciones orofaciales como por ejemplo la deglución y masticación. Se evalúan a través de observación y contabilizados según categoría, los resultados se consignan en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Subdimensiones:

7.15.1 TIPO DE DENTICIÓN

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Clase de dientes que caracterizan a un individuo (RAE, 2017).

Definición operacional: Se refiere al tipo de dientes que el escolar posee, se evalúa por medio de la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: Temporal, Mixta, Permanente, Ausente.

7.15.2 CARACTERÍSTICAS DENTALES

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Corresponde a la cualidad de la dentadura, que sirve para distinguir a alguien de sus semejantes (RAE, 2017).

Definición operacional: Se refiere a los rasgos que posee la dentadura de cada escolar. Se evalúa por medio de la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: Normales, Anormales, Apiñados, Separados, Malposiciones.

7.15.3 CANTIDAD DE DIENTES

Clasificación: Variable cuantitativa discreta de razón.

Definición conceptual: Corresponde al cierto número de dientes (RAE, 2017).

Definición operacional: Se refiere al número total de piezas dentarias que cada escolar posee. Se evalúa por medio de la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: 1, 2, 3, 4, 5...

7.16 MORDIDA (OCLUSIÓN)

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Se refiere a las relaciones morfológicas de los dientes, la posición dental y alineamientos de los arcos (Urrego, Jiménez, Londoño, Zapata y Botero, 2011).

Definición operacional: Se evalúa a través de observación clínica y se consigna los resultados en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicador: Normal, Cubierta, Bis/Bis, Abierta, Inversa.

7.17 AMÍGDALAS

Clasificación: Variable cualitativa ordinal.

Definición conceptual: Órgano formado por la reunión de numerosos nódulos linfáticos que se encuentran entre los pilares del velo del paladar. Su función es proteger la entrada de las vías respiratorias de diversos agentes infecciosos (RAE, 2017).

Definición operacional: Se evalúa a través de observación y se consigna los resultados en la Ficha de Evaluación Orofacial.

Indicadores: Normales, Hipertrofiadas, Ausentes.

8. DESEMPEÑO ARTICULATORIO

Definición conceptual: Acción de ejercer la articulación de los sonidos del habla (RAE, 2017).

Definición operacional: Se entiende por desempeño articulatorio el número de fonemas adquiridos y utilizados por el niño, además de su correcta articulación en la palabra. Se evalúa por medio del “Test de Articulación a la Repetición” (TAR).

Subdimension:

8.1 PUNTO ARTICULATORIO

Definición conceptual: Se determina según los órganos que se contactan o que se aproximan para producir cada fonema (Villanueva, 2000).

Definición operacional: Se entiende por punto articulatorio la zona de la cavidad oral que permite la articulación del fonema solicitado a repetir. Se evalúa a través del “Test de Articulación a la Repetición” (TAR).

Subdimensiones:

8.1.1 BILABIAL

Definición conceptual: Corresponde al momento en el que se contactan ambos labios (Villanueva, 2000).

Definición operacional: Esta variable se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulatorio a Repetición” (TAR).

8.1.1.1 BILABIAL OCLUSIVO SONORO /b/

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Fonema donde participan labio superior e inferior para provocar una explosión de aire al producir el sonido (Frías, 2001).

Definición operacional: Esta variable se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulatorio a Repetición” (TAR).

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión.

8.1.1.2 BILABIAL OCLUSIVO ÁFONO /p/

Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica.

Definición conceptual: Fonema donde participan labio superior e inferior para provocar una explosión de aire al producir el sonido (Frías, 2001).

Definición operacional: Esta variable se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulario a Repetición” (TAR).

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión.

8.1.1.3 BILABIAL NASAL SONORO /m/

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Fonema donde entran en contacto labio superior e inferior, éstos producen un bloqueo en la cavidad oral, por lo que el aire inspirado debe salir por fosas nasales (Frías, 2001).

Definición operacional: Se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulario a Repetición” (TAR).

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión

8.1.2 LABIODENTAL FRICATIVO ÁFONO /f/

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Sonido del habla donde el labio inferior entra en contacto con los incisivos superiores, éstos generan una dificultad al paso del aire, por lo que se produce un roce de aire (Frías, 2001).

Definición operacional: Esta variable se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulatorio a Repetición” (TAR).

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión

8.1.3 POSTDENTAL

Definición conceptual: Ápice lingual contacta la cara de los incisivos superiores o inferiores (Villanueva, 2000).

Definición operacional: Esta variable se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulatorio a Repetición” (TAR).

8.1.3.1 POSTDENTAL OCLUSIVO SONORO /ʃ/

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Sonido del habla donde se contacta la lengua con la región posterior de los incisivos superiores, provocando una oposición al paso del aire.

Este sonido permite la vibración cordal (Frías, 2001).

Definición operacional: Esta variable se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulario a Repetición” (TAR).

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión

8.1.3.2 POSTDENTAL OCLUSIVO ÁFONO /t/

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Fonema que se produce cuando la lengua entra en contacto con la región posterior de las piezas dentarias anteriores, provocando una explosión de aire mientras se realiza producción del fonema mencionado (Frías, 2001).

Definición operacional: Esta variable se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulario a Repetición” (TAR).

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión

8.1.3.3 POSTDENTAL FRICATIVA AFÓNA /s/

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Sonido del habla que se produce cuando la lengua entra en contacto con la región posterior de las piezas dentarias anterior, estas estructuras se

oponen al paso del aire inspirado provocando un roce del aire espirado (Frías, 2001).

Definición operacional: Esta variable se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulatorio a Repetición” (TAR).

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión.

8.1.4 ALVEOLARES

Definición conceptual: Se define como la zona en la que el ápice de la lengua entra en contacto con los alveolos dentarios superiores (Villanueva, 2000).

Definición operacional: Esta variable se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulatorio a Repetición” (TAR).

8.1.4.1 ALVEOLAR NASAL SONORO /n/

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Sonido del habla donde se contacta la lengua con la región alveolar provocando una oposición al paso del aire (Frías, 2001).

Definición operacional: Esta variable se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulatorio a Repetición” (TAR).

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión.

8.1.4.2 ALVEOLAR LATERAL SONORO /l/

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Sonido del habla que se produce cuando la lengua entra en contacto con la región alveolar, esto genera que el aire inspirado se escape lateralmente en la cavidad oral, por la acción de la lengua contra la región alveolar (Frías, 2001).

Definición operacional: Esta variable se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulatorio a Repetición” (TAR).

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión

8.1.4.3 ALVEOLAR VIBRANTE SIMPLE /r/

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Sonido del habla que se produce cuando la lengua entra en contacto con la región alveolar; la lengua realiza vibración contra los alvéolos y se genera el sonido (Frías, 2001).

Definición operacional: Esta variable se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulatorio a Repetición” (TAR).

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión.

8.1.4.4 ALVEOLAR VIBRANTE MÚLTIPLE /r/

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Sonido del habla que se produce cuando la lengua entra en contacto con la región alveolar; la lengua realiza vibración contra los alvéolos y se genera el sonido. En este fonema las cuerdas vocales se medializan y vibran provocando la sonoridad en el fonema (Frías, 2001).

Definición operacional: Esta variable se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios mediante el “Test Articulario a Repetición” (TAR).

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión

8.1.5 PALATAL

Definición conceptual: Cuando el dorso lingual se eleva hacia el paladar (Villanueva, 2000).

Definición operacional: Se entiende como la zona en la que parte de la lengua se contacta con el paladar. Se evalúa por medio del “Test de Articulación a la Repetición” (TAR).

8.1.5.1 PALATAL FRICATIVO SONORO /j/

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Sonido del habla donde la lengua se aproxima a la región palatal, cuando entran en contacto ambas estructuras, se produce un roce con el aire espirado (Frías, 2001).

Definición operacional: Se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulario a Repetición” (TAR).

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión.

8.1.5.2 PALATAL NASAL SONORO /ɲ/

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Sonido del habla donde la lengua se aproxima a la región palatal posterior, cuando entran en contacto ambas estructuras, se produce un escape nasal del aire espirado (Frías, 2001).

Definición operacional: Se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulario a Repetición” (TAR).

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión

8.1.5.3 PALATAL AFRICADO ÁFONO /t/

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Sonido del habla donde la lengua se aproxima a la región palatal, cuando entran en contacto ambas estructuras, se produce un roce y una explosión del aire espirado (Frías, 2001).

Definición operacional: Se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulario a Repetición” (TAR).

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión.

8.1.6 VELAR

Definición conceptual: Cuando el post dorso lingual se eleva hacía el velo (Villanueva, 2000).

Definición operacional: Se entiende como la zona en la que el post dorso de la lengua se contacta con el velo del paladar. Se evalúa a través del “Test de Articulación a la Repetición” (TAR).

8.1.6.1 VELAR OCLUSIVO ÁFONO /k/

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Sonido del habla donde la lengua se aproxima a la región palatal, cuando entran en contacto ambas estructuras, se produce una explosión del aire

espirado. En este fonema las cuerdas vocales no se medializan, por lo tanto, no generan vibración cordal, dándole la calidad de un sonido sin sonoridad (Frías, 2001).

Definición operacional: Esta variable se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulario a Repetición” (TAR).

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión.

8.1.6.2 VELAR OCLUSIVO SONORO /g/

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Sonido del habla donde la lengua se aproxima a la región palatal, cuando entran en contacto ambas estructuras, se produce una explosión del aire espirado. En este fonema las cuerdas vocales se medializan, y generan la vibración cordal, dándole la calidad de un sonido sonoro (Frías, 2001).

Definición operacional: Se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulario a Repetición” (TAR).

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión.

8.1.6.3 VELAR FRICATIVO ÁFONO /x/

Clasificación: Variable cualitativa nominal policotómica.

Definición conceptual: Sonido donde la lengua se aproxima a la región palatal, cuando entran en contacto ambas estructuras, se produce un roce del aire. Las cuerdas vocales no se medializan, es decir no generan vibración cordal, siendo así un sonido áfono (Frías, 2001).

Definición operacional: Esta variable se evalúa por medio de un registro fonético, consignando los errores articulatorios a través del “Test Articulatorio a Repetición”

Indicadores: Presente / Omisión / Sustitución / Distorsión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio de enfoque cuantitativo, de diseño observacional descriptivo y de temporalidad transversal.

Población

La población de estudio estuvo constituida escolares entre 5 a 7 años 11 meses asistentes a la escuela municipal Oscar Castro Zúñiga, al colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte y al colegio particular pagado De los Sagrados Corazones, provenientes de Concepción y Hualpén, durante el año 2017.

Muestra

Para efectos de este estudio no se utilizó muestra puesto que se trabajó con la población completa.

Criterios de inclusión

- Escolares de 5 a 7 años 11 meses de edad que asistan regularmente a la escuela municipal Oscar Castro Zúñiga, al colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte o al colegio particular pagado De los Sagrados Corazones.
- Escolares cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado.
- Escolares que asientan participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Escolares que hayan recibido tratamiento por dislalia.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el presente estudio, se contactó a los directores de la escuela municipal Oscar Castro Zúñiga, del colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte y del colegio particular pagado De los Sagrados Corazones, para dar a conocer los objetivos y procedimientos de la investigación. Posteriormente, se envió una carta firmada por la directora de la carrera de Fonoaudiología María Cecilia Isla, solicitando autorización para poder realizar el estudio en cada establecimiento educacional.

Luego de recibir la autorización por parte de los directores de los establecimientos educacionales, se envió el estudio al Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción para solicitar autorización de realizar la investigación. Posteriormente, a cada apoderado se le envió una circular para invitar sus hijos a participar en el estudio, explicando el objetivo y los procedimientos del mismo. Junto con la circular se envió el documento de consentimiento informado (Anexo 1) para que los padres que aceptaron autorizar a sus hijos a participar lo firmaran, según las normas de Helsinki, 2003. Se continuó con el estudio solo con aquellos escolares cuyos padres o apoderados firmaron la autorización.

Para recopilar datos de anamnesis, hábitos parafuncionales e información sobre el nivel socioeconómico se solicitó a los directores de los establecimientos educacionales asistir a una reunión de apoderados, lo cual solo fue llevado a cabo en el colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte donde se

les explicó a los padres detalladamente el objetivo de la investigación y los procedimientos a realizar, además de recopilar los datos requeridos. Mientras que en los demás establecimientos se realizó la anamnesis, cuestionario de hábitos parafuncionales y encuesta ESOMAR a través de llamada telefónica a cada apoderado.

Luego, en conjunto con el colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte se decidieron los días en el que las alumnas investigadoras fueran a aplicar la Anamnesis de la Universidad del Desarrollo modificada, a los padres, con la cual se recopilaron datos pre, peri y postnatales, antecedentes escolares, datos mórbidos del niño y familiares, hábitos parafuncionales, entre otros. Además, junto con esto, a los padres se les aplicó la encuesta ESOMAR para determinar su nivel socioeconómico. Una vez recogidos los datos de la Anamnesis y de la Encuesta ESOMAR, se acordó junto a los directores y profesores de cada establecimiento, el horario y lugar para evaluar a cada niño.

Posteriormente, se procedió a realizar la evaluación fonoaudiológica de los escolares que asintieron a participar y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se procedió con la aplicación en primera instancia de la Ficha de Evaluación Orofacial de la Universidad del Desarrollo, para evaluar cada uno de los órganos fonoarticulatorios en base a su tamaño y funcionalidad, para determinar posibles alteraciones orofaciales. Se les evaluó a través de la palpación directa de las estructuras, la realización de diversos movimientos orales y observación, lo cual tomó un tiempo aproximado de 10- 15 minutos con cada niño.

Posteriormente, se les aplicó el Test de Articulación a la Repetición (TAR) con el objetivo de evaluar el desempeño articulatorio de los escolares. En esta evaluación los escolares debieron permanecer sentados frente a cada alumna investigadora, la cual le proporcionó diversos estímulos auditivos solicitando la repetición inmediata de cada uno de éstos, lo cual tomó un tiempo aproximado de 5- 7 minutos.

Los resultados de esta investigación podrían ser publicados, sin revelar los datos personales de los participantes, éstos sólo lo conocerán las alumnas investigadoras y la tutora de especialidad. Para resguardar los datos obtenidos y la confidencialidad de la información, se hizo uso de carpetas con contraseña, a las que solo accedieron la tutora de investigación y las alumnas investigadoras.

Una vez que se obtuvieron todos los datos, se procedió a realizar el análisis de estos para determinar así la prevalencia de las Dislalias y hacer entrega de un informe con los resultados de los participantes a los padres y directores de los establecimientos educacionales en un sobre cerrado o por correo electrónico y con alternativas de tratamiento de ser necesario. Cabe destacar que esta investigación no tuvo ningún costo para los participantes.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para fines de este estudio se hizo uso de:

- La Anamnesis de la Universidad del Desarrollo (Anexo 2), validada por uso (Escobar y Romero, 2016), mediante este documento, dirigido a los padres de los participantes del estudio, se recopilaron datos relevantes sobre los escolares, como datos prenatales, perinatales y postnatales, antecedentes mórbidos, presencia de hábitos parafuncionales.
- Encuesta ESOMAR (Anexo 3) para definir y medir el nivel socioeconómico de los padres de los participantes del estudio.
- Ficha de Exploración Orofacial (Anexo 4), validada por uso en la carrera de Fonoaudiología de la Universidad del Desarrollo (Escobar y Romero, 2016). Este instrumento evalúa el aspecto y funcionalidad tanto de los órganos fonoarticulatorios intraorales (labio superior e inferior, paladar óseo, velo del paladar, úvula, frenillo labial superior e inferior, lengua, frenillo lingual, dentición, tipo de oclusión y amígdalas), como de los órganos fonoarticulatorios extraorales (cara, aletas nasales, surcos nasogeniano, surco naso labial y labio mentoniano).

- Test de Articulación a la Repetición (TAR) (Anexo 5), creado por Edith Schwalm, validado por uso (Escobar y Romero, 2016), evalúa el desempeño articulatorio en 59 fonemas; bilabiales, labiodental, dentales, alveolares, palatales y velares, según la presencia o ausencia del fonema en cada palabra que se le solicita repetir al evaluado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Una vez realizada la evaluación, los datos de los participantes y los resultados de las evaluaciones se ingresaron en una planilla de datos con el programa Excel versión 2013, luego se realizó un análisis de los resultados obtenidos.

Las variables cualitativas, como desempeño articulatorio (utilizando todo el repertorio fonético), hábitos parafuncionales (onicofagia, succión digital, succión de objeto, succión chupete, succión de mamadera, respiración bucal y queilofagia), funcionalidad de órganos fonoarticulatorios, sexo y puntajes de cada uno de los errores fonéticos encontrados se analizaron mediante tablas de frecuencia. La variable cuantitativa edad, fue analizada a través de promedio.

RESULTADOS

Para estudiar la prevalencia de las dislalias en escolares de 5 a 7 años 11 meses asistentes los tres tipos de establecimientos educacionales de Concepción y Hualpén, durante el año 2017 se aplicó la Ficha de exploración orofacial para evaluar el estado de los órganos fonoarticulatorios y el Test de Articulación a la Repetición (TAR) para evaluar el desempeño articulatorio.

Otro de los protocolos de evaluación que se utilizó fue la anamnesis, la cual fue dirigida a los padres con el fin de recopilar datos referentes al desarrollo psicomotor, estimulación y dificultades auditivas; En relación a los datos recopilados, 9 padres refirieron que sus hijos presentaban algún tipo de dificultad auditiva y 2 padres refirieron tener sospechas de alguna dificultad auditiva en sus hijos, no obstante, no se halló ninguna alteración en el desempeño articulatorio de los menores.

La población estuvo conformada por 182 escolares de 5 a 7 años 11 meses, de los cuales 4 de ellos fueron excluidos por sobrepasar el límite de edad propuesto para esta investigación, de los 178 restantes, 86 eran hombres y 92 eran mujeres, asistentes a escuela municipal, colegio particular subvencionado y colegio particular pagado, tal como se muestra en la **Tabla 4**.

Tabla 4.

Descripción de la población según sexo, edad, tipo de establecimiento educacional y estrato socioeconómico.

	Establecimiento 1 Escuela Municipal		Establecimiento 2 Colegio Particular Subvencionado		Establecimiento 3 Colegio Particular pagado		Total
	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	
Edades	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	
5 años	2	1	0	0	14	12	29
6 años	3	0	23	27	10	25	88
7 años	6	5	21	17	7	5	61
Total	11	6	44	44	31	42	178
Estrato Socio Económico							
Muy alto	0	0	0	0	3	6	9
Alto	0	0	1	0	13	19	33
Medio alto	0	0	9	6	11	8	34
Medio	0	0	19	21	0	0	40
Medio Bajo	11	6	10	13	0	0	40
Bajo	0	0	2	3	0	0	5
Total	11	6	41	43	27	33	161

Nota: De la totalidad de los escolares evaluados (178), solo los padres de 161 de ellos entregaron información sobre su nivel socioeconómico, por lo que el total de los datos registrados son menores al total de la población estudiada.

A continuación, se describen los datos recogidos en la observación clínica cotejados con la ficha orofacial. Los datos obtenidos de las variables simetría facial, surco naso labial, surco naso geniano, surco labio mentoniano, volumen lingual, velo y tipo de dentición fueron homogéneos en los 3 establecimientos educacionales; mientras que otras variables como úvula, frenillo labial superior, frenillo labial inferior, cantidad de dientes, características dentales, biotipo facial, aletas nasales, tamaño labial superior, tamaño labial inferior y mordida son aquellas que entregan características propias de la persona, por lo que no son homogéneas dentro de la población.

De la evaluación de la variable frenillo lingual que tiene tres indicadores (normal, largo y corto), se observó que 9 niños presentaron frenillo lingual corto, de los cuales 5 presentaron alteraciones en la articulación de algunos de los fonemas evaluados, por lo que se decidió hacer un análisis entre las variables de indemnidad de órganos fonarticulatorios y desempeño articulatorio, llegando a la conclusión de que presentaban una dislalia orgánica.

En la **Tabla 5** se detallan las variables de funcionalidad lingual y labial.

Tabla 5. *Funcionalidad labial y lingual.*

Funcionalidad	Indicadores			
	<u>Normal</u>	<u>Disminuida</u>	<u>Ausente</u>	<u>Error</u>
Labio superior	148 (83%)	27(15%)	0(0)%	2(2)%
Labio inferior	149 (83%)	28(16%)	0(0)%	1(1)%
Lingual	145 (81%)	31 (17%)	0(0%)	2(2%)

Nota: Dentro de los problemas de funcionalidad destacados, el mayor porcentaje referente a funcionalidad disminuida fue la lingual.

La funcionalidad lingual se relaciona directamente con el desempeño articulatorio, por lo que a raíz de esto se decidió hacer un análisis entre las variables de indemnidad de órganos fonoarticulatorios y desempeño articulatorio de algunos fonemas, permitiendo clasificar los datos dentro de la variable Dislalia funcional.

Para identificar la presencia de hábitos parafuncionales se les preguntó directamente a los padres a través del cuestionario. En la **Tabla 6** se muestran los resultados.

Tabla 6. *Presencia de hábitos parafuncionales.*

Hábitos Parafuncionales	Presente (%)	Ausente (%)	Error (%)
Succión Digital	12(6,7)	151(84,8)	15(8,4)
Succión de Chupete	7(3,9)	156(87,6)	15(8,4)
Succión de mamadera	40(22,5)	122(68,5)	16(8,9)
Succión de objetos	42(23,6)	119(66,8)	17(9,5)
Respiración Bucal	32(17,9)	137(76,9)	9(5,1)
Onicofagia	33(18,5)	127(71,3)	18(10,1)
Queilofagia	21(11,8)	141(79,2)	16(8,9)

Nota: El indicador error, hace alusión a la falta de información sobre los hábitos parafuncionales, puesto que, los padres no brindaron dicha información.

De la evaluación realizada con el Test de Articulación a la Repetición en los escolares asistentes a los tres tipos de establecimientos educacionales, se encontró que el desempeño articulatorio de la mayoría de la población fue normal, a continuación, se detalla en la **Tabla 7** el desempeño articulatorio según los tres tipos de establecimientos educacionales.

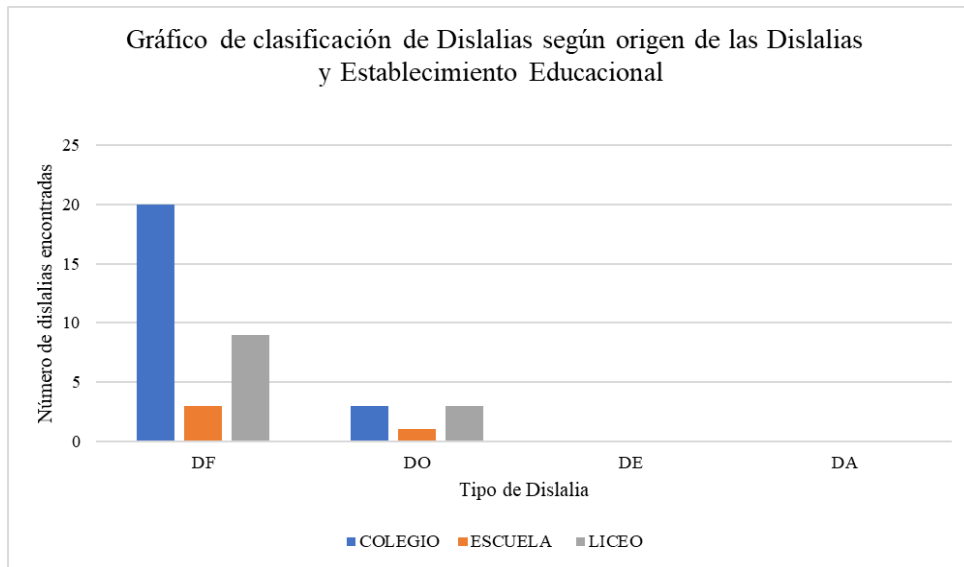
Tabla 7. Desempeño de errores articulatorios por fonemas encontrados en los diferentes establecimientos.

	Establecimientos		
	1	2	3
Bilabial oclusivo sonoro /b/	0	0	0
Bilabial oclusivo áfono /p/	0	0	0
Bilabial nasal sonoro /m/	0	0	0
Postdental oclusivo sonoro /d/	0	0	0
Postdental oclusivo áfono /t/	0	0	0
Postdental fricativo áfono /s/	1	2	9
Alveolar nasal sonoro /n/	0	0	0
Alveolar lateral sonoro /l/	0	0	0
Alveolar vibrante simple /r/	0	3	3
Alveolar vibrante múltiple /r/	3	8	10
Palatal fricativo sonoro /j/	0	0	0
Palatal nasal sonoro /ɲ/	0	0	0
Palatal africado áfono /ç/	0	0	0
Labiodental fricativo áfono /f/	0	0	0
Velar oclusiva áfona /k/	0	0	0
Velar oclusiva sonoro /g/	0	0	0
Velar fricativo áfono /x/	0	0	0
	4	13	22

Nota: Los establecimientos 1, 2 y 3 hacen alusión a los mismos tipos de establecimientos indicados en la tabla 4, además, se destaca que en la evaluación de los fonemas los únicos errores identificados corresponden a los sonidos /s/, /r/ y /rr/.

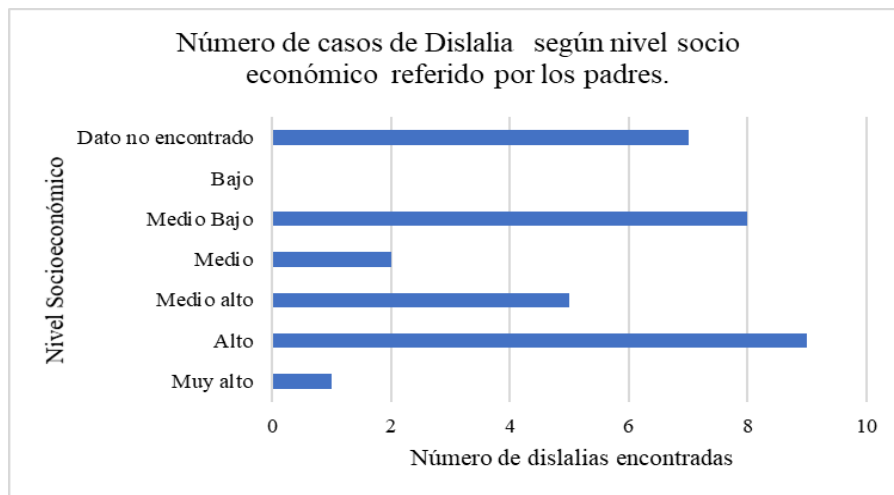
En conclusión, realizando un análisis detallado de los resultados obtenidos de la aplicación de la Ficha Orofacial y el TAR, se encontró que la prevalencia de las dislalias es de un 21,91% de la población, puesto que esta patología fue encontrada en 32 participantes, de los cuales 5 presentaron dislalias múltiples, por otra parte, dentro de los casos encontrados, un 59,37% corresponde a niños y un 40,62% a niñas, tal y como se observa en las **Figuras 1 y 2**.

Figura 1. Tipo de dislalias encontradas según establecimientos educacionales.



Nota: Las variables DF, DO, DE y DA corresponden a dislalia funcional, dislalia orgánica, dislalia evolutiva y dislalia audiógena respectivamente.

Figura 2: Casos de dislalias encontradas según el nivel socioeconómico de los padres.



Nota: En el nivel socioeconómico bajo no se encontró ningún tipo de dislalia.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo principal estudiar la prevalencia de las dislalias en escolares de 5 a 7 años 11 meses asistentes a la escuela municipal Oscar Castro Zúñiga, al colegio particular subvencionado Liceo Técnico Profesional Jorge Sánchez Ugarte y al colegio particular pagado De los Sagrados Corazones, provenientes de Concepción y Hualpén, durante el año 2017. Posterior al análisis de los datos obtenidos de la evaluación de cada niño/a, se determinó que el porcentaje de dislalias encontradas fue del 21, 91%, de los cuales un 59,37% corresponde a niños y un 40,62% a niñas, encontrándose que el 18,53% corresponde a dislalia funcional y un 3,37% a dislalia orgánica.

Estos resultados se condicen con los encontrados en un estudio realizado por Oriol durante el año 2000 en Argentina, en el cual se determinó que el 23% de los niños estudiados presentaban dislalia y se contraponen con los encontrados en el estudio realizado en México por Cango, Stalin, Archibala, Armando y Medina durante el año 2012, donde la prevalencia de dislalia funcional fue del 36%, y las niñas presentaron una mayor frecuencia que los niños.

Los resultados de esta investigación demuestran que los errores más frecuentes se dan en los fonemas /s/ - /r/ y /rr/, los cuales se pueden contrastar con los encontrados en la investigación realizada por Vivar y León durante el año 2009, en donde se encontró que los fonemas /s/ - /x/ y /rr/ fueron los que presentaron mayores dificultades de adquisición; además, estos autores plantean que la edad de

adquisición del repertorio fonético completo se da a la edad de 5 años 11 meses, por lo que, si el análisis de este estudio se realizara bajo su perspectiva, bajaría el porcentaje de dislalias encontradas en la población de un 21, 91% a un 11, 79%, ya que la mayoría de los casos de dislalias encontrados fueron en las edades comprendidas entre los 5 y 6 años.

Cabe destacar que no se encontraron niños con dislalia evolutiva en este estudio, puesto que, según Jakobson la adquisición del repertorio fonético en los niños se completa a los 4 años 9 meses.

Por otra parte, cabe mencionar, que en este estudio se esperaba encontrar una mayor frecuencia de dislalias en aquellos participantes de niveles socioeconómicos más bajos, pero, los resultados demostraron que los porcentajes de dislalias encontradas fueron más altos en aquellos participantes de niveles socioeconómicos más altos.

Finalmente, como sugerencias para futuras replicaciones de este estudio, se propone realizar una búsqueda de establecimientos educacionales que posean una cantidad de estudiantes similares entre ellos y que los participantes estén cursando los mismos niveles de escolaridad, también se propone mejorar la forma de recolección de datos anamnésicos y de nivel socioeconómico, ya que en este estudio no se logró que todos los padres entregaran la información referente a estos ítems.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos tanto de la evaluación como posterior análisis de las variables de órganos fonoarticulatorios, desempeño articulatorio, hábitos parafuncionales y nivel socioeconómico, se establecieron las siguientes conclusiones.

De los 178 escolares de 5 a 7 años 11 meses evaluados, el 21,91% de ellos presentó algún tipo de dislalia, siendo más frecuente la dislalia funcional con un 18,53%, seguida de la dislalia orgánica presente en un 3,37% de los casos.

También es relevante destacar, que el porcentaje encontrado de hábitos parafuncionales presentes en la población estudiada fue del 14,99%, llamando la atención que los hábitos de succión de mamadera y succión de objetos son altos para la edad estudiada en esta investigación.

Por otro lado, cabe mencionar que los mismos sujetos que presentaron hábitos parafuncionales también presentaron una funcionalidad disminuida de sus órganos fonoarticulatorios, por lo que se sugiere estudiar una probable relación entre ambas variables. Por otra parte, los errores articulatorios encontrados fueron, distorsión del sonido /s/ y sustitución y/o distorsión de los sonidos /r/ y /rr/; con la obtención de estos datos sumados a los entregados por la ficha orofacial, se encontró que todos los errores de tipo sustitución encontrados estaban dentro de las dislalias funcionales, mientras que los errores de tipo distorsión estaban dentro de las dislalias orgánicas, por lo que se sugiere la realización de un estudio para determinar si existe o no una relación entre dichas variables.

Finalmente, a partir de los resultados encontrados, se concluye que existe la necesidad real de contar con profesionales fonoaudiológicos del área del habla en los diferentes establecimientos educacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agurto, P., Díaz, R., Cádiz, O. y Bobenrieth, F. (1999). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. *Revista Chilena de pediatría*, 70(6), 470-482. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061999000600004>

American Speech language Hearing Association. (2016). ¿Qué es el lenguaje? ¿qué es el habla?. *The Americans Speech-Language-Hearing Association*. Recuperado de: Disponible en: <http://www.asha.org/public/speech/development/Que-es-el-Lenguaje/>

Bosch, L. (1984). El desarrollo fonológico infantil: Una prueba para su evaluación. En *M. Siguán (Ed.), Estudios sobre psicología del lenguaje infantil* (pp. 33-58). Madrid: Pirámide.

Briceño, L. (2013). Trastornos del lenguaje y su incidencia en el rendimiento académico de los niños del tercer grado de educación básica paralelo a de la unidad educativa Luis A. Martínez del cantón Ambato provincia de Tungurahua. *Ambato, Ecuador. (Master's thesis)*.

Cango, C., Stalin, C., Arichabala, Q., Armando, L., & Medina, J. (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. *(Tesis de pregrado)*. Azogues, Ecuador. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3794/1/TECF13.pdf>.

Cuestas, G., Demarchi, V., Martínez, M., Razetti, J. y Boccio, C. (2014). Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. *Revista Pediatría Práctica*, 112(6):567- 570.

Díaz, A., Puerta, M. y Verbel, J. (2014). Manejo quirúrgico de los frenillos labiales sobreinsertados: reporte de caso. *Revista Salud Bosque*, 4(1), 69-74

Desio, E., Revelli, V. y Vergara, J. (2009). Análisis retrospectivo de la técnica de ritidoplastia durante 7 años 2001-2008 .*Tesis de grado*, Universidad Ces, Colombia.

Duffy, J. R. (2005). Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management. *Elsevier Health Sciences*. Disponible en: [https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=ATARAAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Duffy,+J.+R.+\(2005\).+Motor+speech+disorders:+Substrates,+differential+diagnosis,+and+management.+Elsevier+Health+Sciences&ots=Lwgz-wekMc&sig=vgYiwECpyzKmAAZ_g04Jwj-MPOs#v=onepage&q&f=false](https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=ATARAAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Duffy,+J.+R.+(2005).+Motor+speech+disorders:+Substrates,+differential+diagnosis,+and+management.+Elsevier+Health+Sciences&ots=Lwgz-wekMc&sig=vgYiwECpyzKmAAZ_g04Jwj-MPOs#v=onepage&q&f=false).

Espinosa, R. y García, L. (2011). Rejuvenecimiento perioral. .

Frías, X. (2001). Introducción a la fonética y fonología del español, Ianua. *Revista Philologica Romanica*. Disponible en: http://lrc.salemstate.edu/askc/courses/readings/Introduccion_a_la_fonologia_Xavier_Frias_Conde.pdf.

García, M., Cinca, M., Herrero, J., y Zubiauz, B. (2014). Prevalencia de las patologías del habla, del lenguaje y de la comunicación. Un estudio a lo largo del ciclo vital. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 34(4), 163-170. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-articulo-prevalencia-las-patologias-del-habla-S0214460314000667#bib0045>.

Jakobson, R. (1941) Child Language, Aphasia, and Phonological Universals. *The Hague: Mouton*.

Jiménez, J., Catalina, C., y Carmona, A. (2002). *Anatomía humana general* (1ª ed.)

Medline Plus (2017). Surco Nasolabial. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/9012.htm

Ministerio de Educación. (2012). Compendio de Información Estadística Educacional.

Moyaho-Bernal, Á., Moreno-García, A., Montiel-Jarquín, Á. J., Hernández-Ruíz, A. K., Bejarano-Huertas, R., & López-Colombod, A. (2014). Dislalias asociadas a maloclusión dental en escolares. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(5), 538-42. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im145o.pdf>.

Moreno, J. y Mateos, M. (2005). Estudio sobre la interrelación entre la dislalia y la personalidad del niño. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 3(7). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2931/293121928008/>

Moreno, R. y Ramírez A. (2012). Las habitaciones de la dislalia. *Revista electrónica de investigación docencia creativa (ReiDoCrea)*. Vol. 1, Art. 5, pp.38-45. Disponible en: [<http://hdl.handle.net/10481/21941>].

Moyaho, Á., Moreno, A , Montiel, Á, Hernández, A , Bejarano, R, & López, A. (2014). Dislalias asociadas a maloclusión dental en escolares. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(5), 538-42. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im145o.pdf>.

Murrieta, J., Martínez, L., Morales, J., Linares, C. y González, M (2015). Frecuencia y distribución de hábitos parafuncionales en un grupo de escolares mexicanos, 2014. *Revista Nacional Odontología*, 11 (21),57-64.

Narváez, M., Muñoz, Y., Villota, C. y Mafla, A. (2010). Hábitos orales en niños de 6-10 de la escuela Itsin De San Juan Pasto. *Universidad y Salud* , 12 (1), 27-33. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072010000100004&lng=en&tlng=.

Noh, A., Ledesma, E., May, Y., Ayuso, C., Chávez, R. & Jiménez, M. (2012). Dislalia asociada a hábitos orales. *función* , 12 , 13. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2012/ora1241g.pdf>.

Ojeda, L., Espinoza, R. y Biotti, P. (2014). Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. *Revista clínica de periodoncia, implantología y Rehabilitación oral*, 7(1), 37-42. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v7n1/art09.pdf>.

Oriol, L. (2000). Prevalencia de dislalias en los alumnos de 1er. año EGB de las escuelas de Melincue. (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Rosario. *Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Fonoaudiología, Rosario*. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/33739967> Prevalencia de dislalias en los alumnos de 1er año EGB de las escuelas de Melincue.

Owens, R. (2003) Desarrollo del lenguaje (5^a ed.). *Madrid, España: Pearson Educación, S.A.*

Pascual, P. (1995). La Dislalia, Naturaleza, Diagnóstico y Rehabilitación. Madrid 1995, *Ciencias de la Educación Preescolar y Especial*. pag. 27.

Pickett, J. (1999). The acoustics of speech communication: Fundamentals, speech perception, theory and technology. *Boston, MA: Allyn and Bacon*.

Pelayo, N. y Cabrera, A. (2002). Lenguaje y comunicación, conceptos básicos, aspectos teóricos, generales, características, estructura, naturaleza y funciones del lenguaje y de la comunicación oral y escrita, 7-17.

Real Academia Española (2017). Diccionario de la lengua Española. *Edición 23º*
Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=XIApmpe>

Romero, M., Romero, P., Pardo, A. y Sáez, M. (2004). Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. *Revista RCOE*, 9(1), 77-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000100006

Saa, A. y Castro, G. (2016). Dislalia y su incidencia en la lectoescritura a estudiantes de la unidad educativa “Adolfo María Astudillo”, *Parroquia Camilo Ponce*, Editorial Babahoyo, Provincia los Ríos. (Tesis de pregrado).

Susanibar, F., Dioses, A., Marchesan ,I, Guzmán M, Leal G, Guitar B, Junqueira Bohnen. (2016). Trastornos del habla: de los fundamentos a la evaluación. *Madrid: EOS*. Disponible en: <http://franklinsusanibar.com/academico/2016/06/03/trastorno-de-los-sonidos-del-habla-tsh/>.

Tortora, G. y Derrickson, B. (2013). Principios de Anatomía y Fisiología (13ª ed). Madrid, *España: Editorial Médica* Panamá. Urrego, P., Jiménez, L., Londoño, M.,

Varó, E. y Martínez, M. (1997). Diccionario de lingüística moderna . (1ª ed.). Barcelona, España: Editorial Ariel, S.A.(pág 125) <https://es.scribd.com/doc/56689586/Alcaraz-Varo-Enrique-Diccionario-de-Linguistica-Moderna-Ariel>.

Villanueva, P. y Palomino, H. (2011) Motricidad orofacial. Fundamentos anatomofisiológicos y evolutivos para la evaluación clínica. (1ª. ed.). Santiago, Chile: Editorial Universitaria.

Vivar, P. y León, H. (2009). Desarrollo fonológico-fonético en un grupo de niños entre 3 y 5, 11 años. *Rev. CEFAC*. 11(2), 190-98.

Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11n2/v11n2a03>.

Villanueva, P. (2000). Fonoaudiología: Algo más que fonoarticulación. *Revista Chilena de Ortodoncia*, 103-107.