



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISLALIA DEL FONEMA LINGUO ALVEOLAR VIBRANTE MÚLTIPLE  
CONFRENILLO LINGUAL CORTO EN NIÑO DE 6 AÑOS**

**Línea de investigación:**

**Psicología de los procesos básicos y psicología educativa**

Trabajo académico para optar el título profesional de Segunda  
Especialidad en Problemas de Aprendizaje

**Autora:**

Rojas Grández, Sory Melina

**Asesor:**

Inga Aranda, Julio

(ORCID: 0000-0001-9823-200X)

**Jurado:**

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Flores Giraldo, Wenceslao Víctor

Vallejos Flores, Miguel Angel

**Lima - Perú**

**2020**

**Referencia:**

Rojas, S. (2020). *Dislalia del fonema linguo alveolar vibrante múltiple con frenillo lingual corto en niño de 6 años*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5288>



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

## **Facultad de Psicología**

### **DISLALIA DEL FONEMA LINGUO ALVEOLAR VIBRANTE MÚLTIPLE CONFRENILLO LINGUAL CORTO EN NIÑO DE 6 AÑOS**

#### **Línea de Investigación:**

Psicología de los Procesos Básicos y Psicología Educativa

#### **Trabajo Académico para Optar el Título Profesional de Segunda Especialidad en Problemas de Aprendizaje**

#### **AUTOR(A)**

Rojas Grández, Sory Melina

#### **ASESOR(A)**

Inga Aranda, Julio

#### **JURADO**

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Flores Giraldo, Wenceslao Víctor

Vallejos Flores, Miguel Angel

**Lima- Perú**

**2020**

**Dedicatoria**

A mi esposo, mis tres hijos y mis  
padres

### **Agradecimiento**

Quiero reconocer a mis padres Juan y Eli, quienes siempre me supieron guiar por el camino del bien, ayudándome a diferenciar entre lo bueno y lo malo. Nunca olvidaré el apoyo incondicional de mi esposo, empujándome siempre al progreso y la superación.

Mi agradecimiento a mis queridos pacientes quienes me motivan a seguir capacitándome para el bien de ellos.

## Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
I. Introducción	1
1.1 Descripción del problema	2
1.2 Propuestas de solución	2
1.3 Antecedentes	3
1.3.1 Estudios Nacionales e internacionales	3
1.3.2 Base teórica científica	6
1.3.2.1 Definición de dislalia	8
1.3.2.2 Clasificación de las dislalias	9
1.3.2.3 Órganos que intervienen en la articulación de los fonemas	11
1.3.3 Estrategias a emplear	13
1.4 Objetivos	14
1.4.1 Objetivo General	14
1.4.2 Objetivos Específicos	14
1.5 Justificación e importancia	14
1.6 Impactos esperados	15
II. Metodología	16
2.1 Evaluación psicológica	16
2.1.1 Historia psicológica	16
2.1.1.1 Datos de filiación	16
2.1.1.2 Motivo de consulta	17
2.1.1.3 Problema actual	17
2.1.1.4 Historia personal	18
2.1.1.5 Historia familiar	19
2.2 Instrumentos de recolección de datos	19
2.3 Informe de terapia de lenguaje	21
III. Viabilidad del trabajo académico	24
IV. Productos	25

4.1 Programa de intervención	25
4.2 Procedimiento	28
4.3 Resultados	37
4.4 Discusión	38
V. Conclusiones	39
VI. Recomendaciones	40
VII. Referencias	41
VIII. Anexos	42

## Resumen

Se presenta bajo el modelo de caso único la evaluación y tratamiento de un niño de 6 años con el diagnóstico de Dislalia según Pascual (1995) o trastorno específico de la pronunciación según CIE10 (2015) del fonema lingüo alveolar vibrante múltiple. Se refiere también sobre la relación que presentan los niños con frenillo lingual corto y las alteraciones en la articulación de los fonemas lingüo alveolares según estudios nacionales mencionados. Se señala la importancia de abordar oportunamente un trastorno de la pronunciación con frenillo lingual corto antes de que éste sea operado por el cirujano Pediatra, evitando así los posibles traumas de una frenectomía. Para su evaluación y diagnóstico se aplicó el test de María Melgar de Gonzales, en su libro “Como detectar al niño con problemas” (5ta edición - 2012), cuyo objetivo fue conocer la forma en la que se adquiere la estructura de fonemas en los niños de habla. También se aplicó el protocolo de la evaluación del frenillo de la lengua de Irene Queiroz Marchesan (2014) CEFAC Pos-Graduación en Salud y Educación traducido y adaptado al español en Perú por Franklin Susanibar en el año 2014. Se desarrolló 10 sesiones de tratamiento de acuerdo a la propuesta de Pascual (1995) bajo el modelo pluridimensional con las modalidades, tratamiento indirecto y tratamiento directo. Los resultados muestran que el fonema lingüo alveolar vibrante múltiple se superaron y su condición actual es la correcta pronunciación e integración de dicho fonema.

*Palabras clave:* habla, dislalia, frenillo lingual corto, trastorno de la pronunciación

### Abstract

The evaluation and treatment of a 6-year-old child with the diagnosis of Dislalia according to Pascual (1995) or specific pronunciation disorder according to ICD10 (2015) of the multiple vibrating alveolar linguo phoneme is presented under the single case model. It also refers to the relationship between children with short lingual frenulum and alterations in the articulation of linguo alveolar phonemes according to national studies mentioned. The importance of timely approaching a pronunciation disorder with short lingual frenulum before it is operated by the pediatric surgeon is pointed out, thus avoiding the possible traumas of a frenectomy. For its evaluation and diagnosis, the Maria Melgar de Gonzales test was applied in its book "How to detect the child with problems" (5th edition - 2012), whose objective was to know the way in which the structure of phonemes is acquired in the children of speech. Irene Queiroz Marchesan (2010) CEFAC Post-Graduation in Health and Education protocol translated and adapted into Spanish in Peru by Franklin Susanibar was also applied in 2010. Ten treatment sessions were developed. according to the proposal of Pascual (1995) under the multidimensional model with the modalities, indirect treatment and direct treatment. The results show that the multiple vibrating alveolar linguo phoneme was overcome and its current condition is the correct pronunciation and integration of said phoneme.

*Key words:* speech, dyslalia, short lingual frenum, pronunciation disorder

## I. Introducción

Por medio de la realización de éste trabajo se muestra la importancia de corregir a temprana edad un error de articulación conocido por muchos autores como dislalia o trastorno de la articulación ocasionado por un frenillo lingual corto, pudiendo evitarse con el abordaje terapéutico oportuno una frenectomía lingual llegando algunas veces a ser traumáticas para el niño.

Este caso tiene la finalidad de servir como herramienta útil para todo profesional que hoy en día tiene como objetivo conseguir una mejora en la calidad de la enseñanza y una mejor educación.

En el capítulo I, se expone la descripción del problema, la propuesta de solución, los antecedentes y la base teórica asumida para el presente trabajo, asimismo, las estrategias a emplear como el tipo de programa y las técnicas empleadas para el tratamiento, los objetivos, la importancia y justificación del estudio, así como los impactos esperados del proyecto.

En el capítulo II, se desarrollan los aspectos metodológicos, como el método y tipo de la investigación, la historia psicológica familiar y personal del niño así mismo se explica detalladamente cuál es el problema actual del niño y los instrumentos de evaluación que se usaron para el diagnóstico terapéutico.

En el capítulo III, se expone la viabilidad del proyecto, explicando si este reúne o no las condiciones para su ejecución.

En el capítulo IV se muestra los programas de intervención, los procedimientos, resultados, discusión y las conclusiones.

Finalmente en el capítulo V se presenta recomendaciones pertinentes dadas al equipo multidisciplinario y a los padres de familia.

### **1.1. Descripción del problema**

Niño de 7 años de edad, se encuentra en segundo grado de primaria de un colegio policial en San Juan de Lurigancho y es derivado por el departamento de pediatría del hospital nacional Policía Nacional del Perú “Luis Nicasio Sáenz” con Diagnóstico de Anquiloglosia o frenillo lingual corto y problemas de articulación. En la consulta del servicio de terapia de lenguaje del hospital, la madre manifiesta “mi hijo no pronuncia bien las palabras relacionadas con R, y que se avergüenza en el salón de clases porque sus compañeros se burlan de él cuando habla mal repitiéndole sus errores por ejemplo cuando dice pelo en lugar de perro”.

Durante la entrevista se corrobora el diagnóstico del médico pediatra a través de la exploración objetiva los órganos fono articulatorios (OFA) y el examen de articulación de los sonidos en español, con el Test de Melgar (1994).

### **1.2. Propuesta de solución**

Según Pascual (1995) la propuesta de solución, para los casos de dislalia como es el caso que se abordó, se da bajo el modelo pluridimensional que consta de dos modalidades:

- a.** Tratamiento indirecto dirigido a las funciones que inciden en la expresión oral del lenguaje.
- b.** Tratamiento directo de la articulación y de su integración en el lenguaje espontáneo.

La intervención constó de 10 sesiones de 45 minutos cada una. Se inició por el tratamiento indirecto que consistió en ejercicios previos o preparatorios (respiración, relajación, discriminación auditiva, nociones espaciales) también se trabajó la elongación del frenillo lingual inferior.

En el tratamiento directo se desarrolló el objetivo principal, que es la emisión

correcta del punto y modo de articulación del fonema linguo alveolar vibrante múltiple en posición inicial, media y final.

### **1.3 Antecedentes**

#### **1.3.1 Estudios nacionales e internacionales**

Fajardo y Fernández (2014) en su tesis *características en la producción del habla en niños de 6 a 7 años con frenillo lingual alterado de la IE liceo naval "almirante guise"*.

Realizaron un estudio sobre la relación que hay en los niños que presentan frenillo lingual alterado con las alteraciones en la producción del habla, presentando en un gran porcentaje distorsiones, seguido de las sustituciones y omisiones de los fonemas vibrante múltiple /r/, el vibrante simple /r/ y sus grupos consonantales.

Este estudio es de tipo descriptivo simple, cuyo objetivo principal es determinar las características en la producción del habla en niños de 6 a 7 años que presentan frenillo lingual alterado, teniendo como muestra a una población de 109 niños de la IE Liceo Naval Almirante Guise, del distrito de San Borja. Para el recojo de los datos utilizaron como instrumento el Protocolo de Evaluación del Frenillo de la Lengua de Irene Marchesan y la técnica de observación sistemática.

En los resultados evidenciaron que un 88% de la población estudiada, no presentaron alteración alguna en el frenillo lingual, mientras que un 12% (13 niños) presentó frenillo lingual alterado, siendo la alteración más frecuente el frenillo corto en un 5.50% de los casos, seguidos del frenillo corto con fijación anteriorizada, en un 4.59% y del frenillo con fijación anteriorizada en un 1.83%. Con respecto a la conclusión de los investigadores tenemos los siguientes

La existencia de alteraciones en el frenillo de la lengua en los niños sujetos de estudio, predispone la presencia de alteraciones en la producción del habla.

Las alteraciones del habla más frecuentes, en los niños con frenillo lingual alterado, son las distorsiones, seguidas por las sustituciones de fonos.

Fournier y Tsuda (2014) en su tesis *registro electromiográfico de la deglución en niños de 6 a 8 años con frenillo lingual normal Y alterado*.

Este estudio se llevó a cabo con la participación de 18 estudiantes de ambos sexos pertenecientes al Colegio Assiri. Mediante este estudio buscaron determinar las diferencias que existen de los valores encontrados, como resultado de la electromiografía de superficie durante el proceso de la deglución que se les realizó a los niños de 6 a 8 años con frenillo lingual normal y alterado. Para la aplicación de dicho estudio, fue necesaria la aplicación del protocolo MBGR (2009), Protocolo de frenillo lingual y la electromiografía de superficie realizada en CPAL, área de diagnóstico. La metodología del estudio fue tipo cuantitativo, en el cual hubo una comparación descriptiva de los resultados encontrados. Los resultados que se obtuvieron muestran que el 78% de niños con frenillo normal logran realizar con éxito las praxias, sin embargo los niños que tienen frenillo corto no pueden realizar de manera correcta dichas praxias, principalmente las siguientes: con un 11% la vibración de la lengua y con el 22% el pegado de la punta de la lengua al paladar. Con respecto a la conclusión de los investigadores finalizan que de cada 3 niños, 1 niño presenta frenillo lingual alterado y que dicha dificultad se refleja en niños en un mayor porcentaje. Por otro lado, los investigadores mencionan que hay una gran dificultad presentada en el proceso de deglución producto de una masticación inadecuada

Domingues Suzart, D., & Rebouças de Carvalho, A. (2016). *Alterações de fala relacionadas às alterações do frênulo lingual em escolares*. *Revista Cefac*, 18 (6), 1332-1339.

En su artículo cuyo método se basó en el estudio de 52 niños en edades escolares de 6- 8 años, y de 10 -11 años, de ambos géneros, el estudio se dividió en dos grupos, un grupo de control (sin alteración del frenillo lingual) y otro grupo pequeño de investigación (con alteración del frenillo lingual). Los niños fueron evaluados por medio del Protocolo de Evaluación en Motricidad Orofacial en la clínica de la escuela y por medio de las figuras utilizadas en el Protocolo de Evaluación en Motricidad Orofacial, MBGR. Los resultados mostraron que de los 52 niños evaluados, 26 (50%) presentaron alteración del frenillo lingual. De estos, 21 (80,8%) presentaron disminución del tono muscular lingual, 20 (76,9%) presentaron lengua baja en la cavidad oral y 16 (61,5%) presentaron problemas de articulación. En cuanto a los demás ítems evaluados, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Conclusión: el frenillo lingual corto prevaleció sobre las demás clasificaciones de la alteración del frenillo de lengua. El grupo de investigación presentó cambios estadísticamente significativos en comparación con el control, en los siguientes ítems: tono lingual, postura de lengua baja en la cavidad oral y articulación.

### **Marchesan, Irene (2011) *Frenillo Lingual – Alteraciones Y Tratamiento Del Habla***

En su investigación estudió a 1402 pacientes de los cuales 715 mujeres y 687 varones, cuyas edades fueron entre los 5 años y 8 meses a 62 años y 10 meses. Teniendo como método de investigación el descriptivo cuantitativo. El principal objetivo de esta investigación fue realizar una clasificación de los frenillos linguales, ya que no había muchos estudios sobre ese tema. La evaluación se realizó con un paquímetro midiendo la distancia interincisal con la máxima apertura de la boca y la distancia interincisal con la lengua

succionada en el paladar.

Con respecto a los frenillos alterados fueron presentados con la siguiente clasificación: predominante corto y predominante con inserción anteriorizada. De la población evaluada, 127 pacientes presentaron una alteración en la inserción del frenillo, de los cuales el 16.5% de tipo corto el cual fue el 11 predominante. Otro de los resultados fue que de la población evaluada un 48.81% presentó alteraciones en el habla como dificultad en la movilidad de la lengua, omisiones y sustituciones en el fonema /r/ y sus grupos consonánticos, dificultad en la producción del fonema /j/, /s/ y /z/, se encontró ceceo anterior y lateral, habla distorsionada y salivación en la producción del habla.

### **1.3.2 Base teórica científica:**

El modelo teórico asumido es el modelo pluridimensional de Pascual (1995) que consta de dos modalidades, el tratamiento indirecto y el tratamiento directo.

Para hablar de dislalia tenemos que hablar de comunicación, lenguaje y habla, donde Marchesan (2002) consideró que el lenguaje es una capacidad que engloba el aspecto comprensivo y el aspecto expresivo y el habla se encuentra incluida siendo esta la realización motora del lenguaje. Antes de que las palabras se pronuncien, debe haber una programación de los movimientos, que los órganos comprometidos en la producción del habla deberán realizar, para producir los fonemas que componen las palabras, esta programación de los actos motores corresponde a una actividad práctica verbal.

La comunicación es una de las herramientas importantes y fundamentales para el ser humano, siendo el lenguaje el instrumento principal de ésta, mediante el cual manifestamos nuestros deseos y necesidades, por lo que “el lenguaje es un aprendizaje natural que aparece gracias a unas aptitudes específicas (habilidades auditivas y bucoarticulatorias) y se desarrolla merced a la interacción social. Hasta que llega al uso del lenguaje oral” para (Busto, 1995,p.25).

Otro concepto de comunicación podemos rescatar de Serra que manifiesta “la comunicación si bien puede ser espontánea e instantánea, no es automática, requiere de recursos que el individuo tiene y debe de desarrollar en su vida para llevarla a cabo cada vez con mayor eficiencia (2007, p. 125).

La comunicación está constituido por diversas manifestaciones: dibujos, gestos, sonidos, movimientos y gracias a ella podemos expresar nuestras necesidades, e inquietudes y su importancia radica que a través de ella los seres humanos y los animales comparten información diferente entre sí, haciendo del acto de comunicar una actividad esencial para la vida en la sociedad,siendo el instrumento principal para la comunicación el lenguaje.

“El lenguaje humano consiste en una comunicación que viene determinada por un proceso de codificativo de los estímulos audio – visuales” (Ortiz, 1995,p.18).

El lenguaje es nuestro principal medio de comunicación no es nuestro único sistema de comunicación, empleamos también códigos gestuales, posturales y de comportamiento, pero el lenguaje ocupa el lugar predominante, siendo el instrumento estructurante del pensamiento y de la acción, actuando como regulador de la personalidad y del comportamiento social, siendo el lenguaje oral el principal medio de información cultural.

[Por tal motivo Tough (citado por Busto, 1995) emplea el termino lenguaje para referirse al sistema de signos que se utiliza para transmitir un significado y el termino habla, cuando se refiere a aspectos de la producción del lenguaje, es decir a la actividad de articular y ordenar sonidos para producir palabras.

La producción de palabras o la producción del habla “es el proceso mediante el cual se transforma un conjunto de información mental en una emisión oral” (Dieguez & Peña, 2012,p.129).

En tal sentido se puede decir que la dislalia es un trastorno en la articulación de los fonemas, y se trata de la dificultad para pronunciar correctamente ciertos fonemas o grupos

de fonemas. Es el trastorno del lenguaje más común en los niños, el más conocido y más fácil de identificar. Suele presentarse entre los tres y los cinco años, con alteraciones en la articulación de los fonemas. A un niño le diagnostican dislalia cuando no pronuncia correctamente los sonidos del habla que deben ser normales según su edad y desarrollo, suele sustituir o reemplazar una letra por otra, o no pronunciar consonantes. Ejemplos: dice pelo en lugar de perro y cata en lugar de casa.

Es un defecto de la articulación del lenguaje originado por un funcionamiento anormal de los órganos periféricos del habla. Los fonemas que se omiten, sustituyen o deforman con mayor frecuencia son: r, s, z, l, k y ch. Este tipo de dislalia es el más común, y los afectados no tienen ningún defecto orgánico que la provoque.

#### **1.3.2.1 Definición de dislalia**

Es la dificultad que se presenta para articular de forma correcta las palabras, omitiendo, sustituyendo o distorsionando las palabras; complementando éste concepto se dice que “son alteraciones en la articulación y en la percepción de las unidades fonéticas y fonológicas que componen el habla en un niño mayor de 5 años de edad y que no presentan lesiones centrales ni periféricas” (Busto,1995,p.90)

Para Peña (1990) “ la dislalia es el trastorno de algún o algunos fonemas, ya sea por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos del habla, o por la sustitución de éstos por otros, de una manera inadecuada, improcedente, en personas que no muestran patologías comprometidas con el Sistema Nervioso Central, ni en los órganos fonoarticulatorios a nivel anatómico”. En las dislalias suele haber dificultades de percepción y organización espacio-temporal y también una insuficiente diferenciación acústica, sin llegar a ser un diagnóstico de hipoacusia. Si se suman un número importante de dislalias, el mensaje puede llegar a ser ininteligible.

Mientras que Pascual (1995) indica que “la dislalia corresponde a un trastorno en la

articulación de los fonemas debido a la ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o a la sustitución de éstos por otros de forma impropia. Este trastorno puede afectar a cualquier vocal o consonante y referirse a uno solo o a varios fonemas en número indeterminado, aunque la mayor incidencia del problema puede observarse en ciertos sonidos que requieren de una mayor habilidad en su producción por exigir movimientos más precisos”.

Por su parte, Gallego (2000) dice que la dislalia es un tipo de trastorno del habla en el que los enfermos tienen dificultades notables para pronunciar correctamente los fonemas o grupos de fonemas. Algunas personas con este trastorno tienen problemas para hablar sólo unos ciertos sonidos, mientras que otros tienen problemas con el hablar en general. Esta condición normalmente no surge de problemas neurológicos. Algunas otras causas de dislalia incluyen pérdida de la audición y ciertos problemas de aprendizaje. El trastorno generalmente aparece en los niños pequeños cuando recién llegan a la edad media de comienzo a hablar.

Aguado (citado por Coll, y otros, 2014) dice “Quizás el rotacismo sea realmente un trastorno sólo de producción, pero en otras alteraciones articulatorias existe sin duda un factor perceptivo y de representación fonológica”.

### **1.3.2.2 Clasificación de las dislalias según Pascual (1995):**

- a. Dislalia evolutiva: aquella fase del desarrollo del lenguaje infantil en la que el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha, de formar los estereotipos articulatorios correctos.
- b. Dislalia funcional: es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje, por una función anómala de los órganos periféricos. Puede darse en cualquier fonema, pero lo más frecuente es la sustitución, omisión o deformación de la /r/, /k/,

/l/, /s/. La dislalia funcional nunca es producida por una lesión del sistema nervioso central.

- c. Dislalia audiógena: son las alteraciones de la articulación producidas por una audición defectuosa, como es el caso de la hipoacusia. El niño que presenta una dislalia audiógena, motivada por un déficit auditivo, tendrá especial dificultad para reconocer y reproducir sonidos que ofrezcan entre sí una semejanza.
  
- d. Dislalia orgánica: se denomina a aquellos trastornos de articulación que están motivados por alteraciones orgánicas. Estas alteraciones orgánicas pueden referirse a lesiones del sistema nervioso que afecten el lenguaje. Cuando la alteración afecta a los órganos del habla por anomalías anatómicas o malformaciones de los mismos se tiende a llamar disglosias.

Según Bustos (1995) la disglosia o dislalia orgánica se clasifica en función de las características anatomofisiológicas de los órganos periféricos del habla, estas son:

1. Disglosia labial o alteración orgánica de los labios que pueden motivar dificultades en la articulación de los fonemas. se puede encontrar con malformaciones o anomalías labiales tales como: labio fisurado, frenillo labial, tono labial, etc.
  
2. Disglosia lingual o alteración orgánica de la lengua que puede motivar dificultades en la articulación de los fonemas. se pueden encontrar con malformaciones o anomalías linguales tales como: tamaño lingual, frenillo lingual, tono lingual, etc.

### 1.3.2.3 Órganos que interviene en la articulación de los fonemas

Para un mejor estudio Pascual (1995) dividió los órganos que interviene en la articulación del lenguaje en los siguientes grupos:

- Órganos de la respiración: los órganos propios de la respiración son los pulmones, bronquios y la tráquea, siendo los primeros los que tienen un papel más fundamental.
- Órganos de la fonación: la laringe es el órgano esencial de la fonación, se pueden distinguir tres zonas, la de las cuerdas vocales o ligamentos vocales, llamada zona glótica, la superior a ella o vestíbulo laríngeo y la inferior o subglotis.

Según la clasificación de Bustos (1995) los órganos de la articulación: conocido como órganos bucofonatorios son:

- Labios: son órganos que debido a una marcada alteración en su estructura y a un déficit de movilidad, dificultan la articulación de diversos fonemas.
- Paladar: comprende el paladar anterior o paladar duro u óseo (alveolo) y el paladar posterior o paladar blando (velo del paladar) y úvula. El velo del paladar es un órgano móvil y decisivo de la resonancia, cumple la función de evitar que el aire espirado continúe su trayecto hacia la nariz en el momento de la emisión vocal, excepto en la articulación de los fonemas nasales.
- Mandíbula: debe de estar libre de toda contracción pudiendo descender y ascender con soltura, sin alterar el sonido.
- Dientes: pueden ser considerados normales o deformados, según la formación y posición que presenten, la falta de una pieza dentaria, una separación anómala entre dos piezas dentarias, son algunas de las posibles dificultades que puede padecer el niño para articular los fonemas.

- Fosa nasal: formada por dos cavidades contiguas a la línea media de la cara que dan paso al aire respirado, es el órgano fundamental para las funciones respiratorias y fonatorias.
- Lengua: es el órgano más importante y activo de los articuladores que facilita o dificulta, según su posición, los movimientos de los demás órganos. Dinville (citado por Bustos, 1995, p. 57) menciona que “todo desplazamiento anormal, toda posición articulatoria inexacta, todo esfuerzo exagerado de la base de la lengua entorpece los movimientos del velo del paladar, de la faringe, de la laringe y modifica el color vocal”.

Se debe observar el tamaño de la lengua en relación al tamaño de la cavidad bucal, para valorar si la lengua con sus características, puede moverse apropiadamente en ese espacio. Un déficit del tamaño lingual, un frenillo lingual y un déficit del tono lingual son algunas alteraciones que podemos encontrar al observar la lengua.

- Frenillo lingual: para el Diccionario Terminológico de Motricidad Orofacial de Susanibar y Parra (2011), indica que es un pliegue vertical de mucosa que está ubicado en la línea media de la superficie ventral de la lengua, que une la parte libre de la lengua con el piso de la boca.

### **Clasificación del frenillo lingual**

Los estudios sobre el frenillo lingual señalan diversos tipos de alteración en esta estructura; uno de los términos que se encuentran es el de Anquiloglosia o lengua fija, definido como la fusión parcial o total de la lengua al piso de la boca, limitando sus movimientos y las funciones en las que participa (masticación, deglución y habla).

**Marchesan (2010) propone la siguiente clasificación del frenillo lingual:**

**Frenillo normal:** La fijación en la cara inferior de la lengua se encuentra en el medio. La

fijación en el piso de la boca se encuentra generalmente a partir de las carúnculas sublinguales.

**Frenillo anteriorizado:** La fijación en la cara inferior de la lengua se encuentra por encima de la mitad, pudiendo estar fijado próximo a la punta.

**Frenillo corto:** La fijación en la cara inferior de la lengua es como en el frenillo normal, sin embargo es de menor tamaño. La fijación en el piso de la boca es visible, generalmente, a partir de la cresta alveolar, observándose casi siempre las tres puntas de la fijación del frenillo en la cresta.

**Frenillo corto con fijación anteriorizada:** Es aquel que presenta una combinación de los frenillos corto y anteriorizado, es decir, que se presenta menor tamaño y con una fijación por encima la cara inferior de la lengua.

**Anquiloglosia:** La lengua se encuentra completamente fijada al piso de la boca.

Por consiguiente, las malformaciones, lesiones o alteraciones de los órganos periféricos bucofonatorios, pueden producir errores en la fonación y/o en la articulación de los sonidos del habla ocasionando una dislalia orgánica o disglosia (Bustos, 1995).

### 1.3.3 Estrategias a emplear

El programa de intervención se fundamenta en el enfoque pluridimensional de Pascual (1995) para el tratamiento de la dislalia funcional a efecto de lograr que el niño pronuncie correctamente el fonema lingüo alveolar vibrante múltiple en la expresión del lenguaje hablado.

Este programa incluye técnicas específicas y generales, de acuerdo a la modalidad de tratamiento indirecto (ejercicios respiratorios, ejercicios de relajación, esquema corporal) y el tratamiento directo (ejercicios articulatorios, utilización del ritmo como medio de automatización de la articulación correcta, ejercicios de repetición, ejercicios de expresión dirigida, ejercicios de expresión espontánea).

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

Corregir el punto y modo de articulación del fonema lingüo alveolar vibrante múltiple en posición inicial, media y final.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Concientizar de manera auditiva la diferencia de sonidos del fonema lingüo alveolar lateral del fonema lingüo alveolar central.
- Enlongar la musculatura del frenillo lingual inferior.
- Fortalecer la musculatura del ápice lingual.
- Fortalecer la musculatura del mecanismo buccinador.
- Concientizar el punto y modo articulatorio del fonema lingüo alveolar vibrante.
- Lograr la correcta emisión de forma espontánea y repetitiva de palabras, frases y oraciones del fonema lingüo alveolar vibrante múltiple.

## **1.5 Justificación e importancia**

Las dislalias evolutivas, son comunes en niños menores de cuatro a cinco años, que se van superando dentro de la evolución normal en la maduración del niño, Pascual (1995. p.28).

Sin embargo cuando los niños persisten después de los 5 años con estas alteraciones en la articulación o correcta producción del sonido y además presentan alteraciones en la estructura de los órganos fono articulatorios (OFA) como el caso de frenillo lingual corto y si no se logra corregir oportunamente podrían presentar como consecuencia un problema en el aprendizaje o escaso rendimiento escolar ya que se encontrarían en desventaja de los demás niños que si articulan correctamente las palabras.

Con el estudio de este caso también el odontólogo pediatra que cumple un rol importante en la evaluación e intervención de niños con frenillo lingual corto ya que según los tipos de frenillo lingual algunos requieren operación (frenectomía) dependiendo del grado y tipo; pueden derivar al niño incluso antes de la operación al servicio de terapia de lenguaje para el abordaje correspondiente.

Es por tal motivo que éste trabajo es importante para los profesionales de la salud ya que da a conocer cuáles son los tipos de alteraciones y las consecuencias que pueden presentar un niño con frenillo lingual corto sino es abordado a tiempo.

Asimismo el estudio de este caso clínico proporcionará al personal docente y a los padres de familia la información necesaria para poder reconocer y detectar si el niño presenta una dislalia evolutiva o una dislalia funcional.

### **1.6 Impactos esperados**

El caso clínico contribuye de forma positiva con el personal docente, ya que se dará las herramientas básicas y necesarias para la detección, prevención y derivación oportuna a los profesionales correspondientes sobre los defectos en la articulación (pronunciación) de las palabras más conocida como Dislalia.

Con éste estudio también el servicio de odontología estomatología pediátrica que detecten niños con frenillo lingual corto podrán derivarlos al departamento de Medicina Física y Rehabilitación - terapia de Lenguaje, para la intervención y estimulación necesaria de los posibles fonemas alterados a consecuencia del frenillo lingual corto.

## II. Metodología

De acuerdo a la finalidad del caso clínico nos encontramos frente a una investigación aplicada, ya que se busca dar una solución a una problemática común en el campo educacional.

El diseño es de caso único debido a que no apunta a generalizar sus resultados a una población mayor, tampoco a extrapolarlos (transferencia de resultados), lo que interesa es conocer a profundidad un caso, también apunta a describir “lo típico” de un caso (caso único) a quienes no están familiarizados con el caso o tema en cuestión. Hernández, Fernández y Baptista (véase en Stoppiello 2009 p.233) subrayan la riqueza, profundidad y calidad de la información, no a la cantidad ni a la estandarización.

Hernández (2015) señala que llevar a cabo una investigación científica es hacer investigación en forma cuidadosa y precavida, la investigación científica puede presentar dos propósitos fundamentales el primero producir conocimientos y teorías que se conocen como investigación básica y el segundo es resolver problemas prácticos denominada investigación aplicada. De acuerdo a la finalidad del caso clínico nos encontramos frente a una investigación aplicada ya que se busca dar solución a una problemática común en el campo educacional.

### 2.1 Evaluación Psicológica

#### 2.1.1 Historia Psicológica

##### 2.1.1.1 Datos de filiación

- Nombre : Joseph A T.
- Edad : 7 años.
- Fecha de nacimiento : 24-04-2011.
- Lugar de Nacimiento : Lima - S.J.L
- Colegio de estudios : I.E.PNP Martín Esquichard.

- Grado Académico : segundo grado de primaria.
- Informante : Padres del niño.
- Evaluador : Lic. Melina Rojas Grández.

### **2.1.1.2 Motivo de consulta**

Madre refiere que el niño tiene problemas en el colegio porque no pronuncia de forma correcta las palabras llegando incluso a escribir tal cual las pronuncia.

### **2.1.1.3 Problema Actual**

El niño presenta un habla ininteligible, teniendo errores articulatorios de sustitución en el fonema /r/ vibrante múltiple, sustituyendo dicho fonema por el fonema /l/, diciendo “pelo por perro”, “losa por rosa”. Presenta frenillo lingual corto, es respirador oro nasal, la madre manifiesta que desde el primer año de edad el niño sufre de asma bronquial, motivo por el cual el niño permanece la mayor parte del tiempo con la boca abierta, el tono muscular de los OFA (órganos fono articulatorios) se encuentra bajo o hipotónico, manifestando también la madre que el niño no come carnes ni ningún otro alimento de consistencia dura.

También la maestra manifiesta referido por la madre que en el aula escolar el niño se distrae con facilidad, además de presentar algunos problemas de conducta con sus otros compañeros, cuando ellos se burlan de su modo de hablar, llegando incluso de agredirlos físicamente.

El niño menciona constantemente a su madre su incomodidad de no poder pronunciar bien las palabras con el fonema /r/ vibrante múltiple, expresando “mamá cuando voy a dejar de hablar feo”.

### **Desarrollo cronológico del problema**

El niño debido a los constantes problemas respiratorios que presentó estuvo hospitalizado por neumonía por tres veces durante su primer año de vida por lo que tuvo un retraso en el lenguaje, llegando a hablar al año y medio con un aproximado de 10 palabras.

A los 2 años de edad aún tomaba pecho y biberón y se comunicaba en su mayoría con gestos y señas; la madre lo lleva como parte de su control de rutina en el control de crecimiento y desarrollo (CRED) en el hospital de la Policía donde la enfermera especialista le recomendó llevar al niño al servicio de terapia de lenguaje para una estimulación del lenguaje, y fue así que el niño recibió terapia de lenguaje desde los 2 años y 3 meses hasta los 3 años.

El niño vuelve al servicio de terapia de lenguaje después de 4 años a sugerencia de la profesora, la que manifiesta que el niño no tiene un habla legible para la edad que presenta.

#### **2.1.1.4 Historia Personal**

Joseph nació las 40 semanas el 24 de Abril del 2011 a las 3am, en el hospital de la policía LNS, por parto eutócico, pesando 3500gr y midiendo 52 cm, con un apgar de 8 -10. Presentó succión inmediata.

Su desarrollo psicomotor fue normal llegando a sentarse a los 6 meses, gateando a los 8 meses y caminando a los 12 meses.

Su desarrollo de comunicación y lenguaje, empezó a balbucear a los 5 meses, produciendo sus primeras palabras: mamá, papá y tete a los 12 meses aproximadamente.

El niño es el primero de dos hermanos, proveniente de un matrimonio constituido, siendo el padre de profesión policía y la madre ama de casa. La madre informa que el padre es más exigente y estricto con la educación y disciplina de los hijos, mientras que ella describe que es mucho más condescendiente y permisiva.

También manifiesta que Joseph siempre fue un niño extrovertido y carismático, pero desde que sus compañeros de clases se burlan constantemente de su forma incorrecta de pronunciar algunas palabras el niño cambió su conducta, mostrándose irritante y en algunas veces no queriendo continuar la conversación por miedo a no pronunciar bien.

### 2.1.1.5 Historia Familiar

Joseph proviene de un matrimonio constituido, donde el padre es el sustento del hogar. En relación al problema presentado por el niño los padres mostraron preocupación, iniciando así las consultas respectivas, aceptando las sugerencias dadas por la profesora y participando muy activamente en el tratamiento de su hijo.

## 2.2 Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos con los que se evaluaron fueron:

“**Protocolo para la evaluación del frenillo lingual**”, propuesto por Marchesan (2014). Este protocolo fue traducido y adaptado al español por Franklin Susanibar y Jenny Castillo (Perú, 2010); cuyo nombre original es “Protocolo de avaliação do frênulo da língua” de Martinelli, Marchesan y Berreti (2014, Brasil).

Este instrumento fue utilizado debido a que permite el registro de datos necesarios para la clasificación del frenillo y las alteraciones que pueda traer.

### **Ficha técnica:**

Nombre del instrumento: Protocolo de Evaluación del Frenillo de la

Lengua Autora: Dra. Irene Marchesan

Año de creación:

2014 País: Brasil

Tipo de aplicación: Individual

Tiempo de aplicación: No hay límite de tiempo, un aproximado de 15

minutos Margen de aplicación: Niños de 6 y 7 años

Nivel de significación: Mide la alteración del frenillo de la lengua.

Descripción:

El protocolo está compuesto de dos partes: una anamnesis y un examen Clínico específico dividido a la vez en pruebas generales y pruebas funcionales.

La anamnesis contiene datos informativos del paciente, el motivo de la consulta y preguntas específicas diseñadas para investigar las relaciones existentes entre el frenillo lingual y otros aspectos generales como la salud, la alimentación y el habla.

Los datos de la anamnesis no puntúan y deben ser proporcionados por los padres; por ello, debido a que el instrumento se aplicará sólo a los estudiantes en la institución educativa, estos datos no serán registrados.

El examen clínico está compuesto por dos partes: Las pruebas generales y las pruebas funcionales.

Las pruebas generales proporcionan datos que permitirán clasificar el frenillo de la lengua, así como el grado de apertura bucal, la presencia de alteraciones de la lengua y la fijación del frenillo.

Las pruebas funcionales permiten investigar acerca de la movilidad y la posición de la lengua en la cavidad oral, así como evaluar la producción del habla espontánea y habla ante estímulos visuales, observando posibles compensaciones durante su ejecución.

El protocolo se complementa con tarjetas con 48 figuras que contienen todos los sonidos del español y 21 fotografías conteniendo diversos tipos de alteración del frenillo de la lengua, permitiendo visualizar las características que permiten su clasificación.

#### **“Test de Articulación de Melgar “**

Propuesto por María Melgar de Gonzales (1994). Se utilizó este instrumento para poder detectar los errores de articulación de los fonemas de acuerdo a la edad cronológica del paciente ya la adquisición de ellos.

**Ficha técnica:**

Nombre del instrumento: Test de articulación. Edad de aplicación: 3 a 6 años y 6 meses.

Aplicación: individual.

Objetivos: evaluar la adquisición fonética, y desarrollo de la articulación de los niños de tres y seis años y medio.

Materiales: el test evalúa diecisiete sonidos consonantales doce mezclas de consonantes, seis diptongos. Como material de estímulo se utilizan 36 tarjetas de cartón blanco de 22.5 por 15 cm que contienen dos o tres dibujos lineales en tinta china y que representan a 56 palabras empleadas. Diecisiete tarjetas ilustran los siguientes sonidos: (m), (n), (ñ), (p), (x), (b), (g), (f) (y), (l) (r), (t),

(c), (s), doce tarjetas contienen las siguientes mezclas (bl), (kl), (fl), (gl), (pr), (br), y (tr). Seis tarjetas representan los siguientes diptongos (au), (ei), (io), (ie), (ua) y (ue).

El inventario incluye información vital y una hoja para anotar resultados en la cual el que aplicaba la prueba podrá registrar la información pertinente a cada niño que incluye nombre, edad, escuela y fecha.

**2.3 Informe de terapia lenguaje**

Datos generales:

- Nombre: Joseph .A.T
- Edad: 7 años
- Fecha de nacimiento: 24/04/2011
- Escolaridad: segundo grado de primaria
- Fecha de evaluación: 03/07/2018

### **Motivo de consulta**

Madre refiere que el niño tiene problemas en el colegio porque no pronuncia de forma correcta las palabras llegando incluso a escribir tal cual las pronuncia.

#### Instrumentos de evaluación

- Protocolo para la evaluación del frenillo lingual
- Test de Articulación de Melgar

### **Resultados de la evaluación**

En cuanto a los órganos fonoarticulatorios se puede observar: Labios, superior e inferior normotónicos, movilidad adecuada, mantiene el sello labial en posición de reposo; lengua, se encuentra en una posición de central, frenillo lingual corto, no logra realizar las praxias de protrusión, elevación, lateralización y vibración lingual ; mejillas, simétricas, flácidas, no hay presencia de marcas internas; paladar duro, con aspecto y tamaño adecuado; paladar blando (velo del paladar), movilidad adecuada; dientes, presenta una dentición decidua y mordida profunda .

Comprende las órdenes orales, su nivel de vocabulario es acorde para su edad según el contexto en el que habita, utiliza correctamente las fórmulas de saludo y despedida, habla de forma espontánea y es capaz de explicar sus realizaciones oralmente, elabora un relato sencillo con una estructura correcta, escucha los relatos, cuentos, etc. dando muestra de comprender lo escuchado, participa de forma activa en el contexto de conversaciones que son de su interés (películas, tipos de juguetes, comida favorita, etc.)

Presenta inmadurez articulatoria en el lenguaje repetitivo y espontáneo del fonema /r/ vibrante múltiple, sustituyendo por el fonema /l/, diciendo pelo por perro.

### **Diagnóstico Terapéutico**

Joseph presenta trastorno específico de la pronunciación. Pronóstico

El pronóstico de Joseph es favorable ya que el frenillo corto es manejable

terapéuticamente y el niño muestra interés por su recuperación estando también los padres muy comprometidos con su pronto avance.

**Recomendaciones:**

- ✓ Se recomienda que Joseph lleve sesiones de terapia de lenguaje.
- ✓ A los padres seguir estimulando el lenguaje del niño a través de cuentos, canciones y actividades lúdicas.

### **III. Viabilidad del Trabajo Académico**

Este caso fue viable porque se logró tener un contacto directo con el niño, contando con un ambiente apropiado para el tratamiento, además los padres participaron activamente con el tratamiento de su hijo, siendo entrenados en una sesión del cómo deben trabajar con el niño en casa estando así muy comprometidos con el pronto avance del niño trayéndolo oportuna y puntualmente a las sesiones programadas para su intervención. Además, se contó con la disponibilidad de instrumentos necesarios para el tratamiento (test de melgar, guantes, espejo).

## IV. Productos

### 4.1 Programa de intervención

Se elaboró un programa de intervención terapéutica de 10 sesiones de aplicación de dos veces por semana de 45 minutos cada sesión donde se trabaja de manera individual con el niño en un ambiente cómodo y equipado.

Se realizan ejercicios orofaciales, buscando la elongación del frenillo lingual inferior y así le ápice lingual pueda ubicarse correctamente para la producción del fonema /r/ vibrante múltiple, también se realiza actividades articulatorias con dicho fonema.

Se describe los siguientes ejercicios:

**Ejercicios de respiración:** Inspirar por la nariz lenta y profundamente. Retener el aire unos segundos y expulsar el aire por la boca de manera lenta, con los labios casi juntos.

**Ejercicios de soplo:** Tomar el aire por la nariz y soplar una vela sin apagarla haciendo que se mueva la llama ligeramente. Ir acercando la vela poco a poco y disminuir la intensidad del soplo para que no se apague. Tomar el aire por la nariz y soplar una pelota de ping pong desplazándola lentamente.

**Ejercicios de elongación lingual (terapia Orofacial):** Haciendo movimientos pasivos con su lengua y una gasa, moviéndola hacia arriba y abajo para conseguir una mayor flexibilidad de la misma, traccionando la lengua y cogiéndola desde la base. Estirar el frenillo lingual con una baja lengua pediátrica de abajo hacia arriba.

- ✓ Ejercicios linguo - labiales (ejecución y coordinación de las praxias linguales).
- ✓ Ejercicios de discriminación auditiva.
- ✓ Ejercicios de articulación del fonema.
- ✓ Ejercicios de repetición de sílabas con el fonema.
- ✓ Ejercicios de repetición de palabras en posición inicial, media y final.

**Ejercicios de respiración**, tales como:

- ✓ Inspirar lentamente por la nariz, retener el aire unos segundos y expirar el aire por la nariz de manera entrecortada (dos o tres veces).
- ✓ Inspirar lentamente por la nariz, retener el aire unos segundos y expulsar lentamente por la boca
- ✓ Inspirar rápidamente por la nariz dilatando las alas, retener el aire unos segundos y expulsar lentamente por la nariz.
- ✓ Inspirar lentamente por la nariz, retener el aire unos segundos y expulsar el aire por la boca.
- ✓ Inspirar lentamente por la nariz tapando la fosa nasal izquierda, retener el aire unos segundos y expulsar el aire por la fosa nasal derecha.
- ✓ Inspirar lentamente por la nariz tapando la fosa nasal derecha, retener el aire unos segundos y expulsar el aire por la fosa nasal izquierda.

**Ejercicios de sople**, tales como:

- ✓ Inspirar el aire por la nariz y soplar por una pajita o tubo.
- ✓ Inspirar aire por la nariz y soplar hasta hacer burbujas.
- ✓ Soplar por la pajita, colocándola a la derecha y luego a la izquierda.
- ✓ Soplar sin inflar las mejillas. Soplar inflando las mejillas. Inflar globos.
- ✓ Soplar un molinillo haciéndolo girar rápidamente.
- ✓ Soplar un molinillo haciéndolo girar lentamente.
- ✓ Soplar sobre la mano, débil y fuerte.
- ✓ Soplar el flequillo.
- ✓ Montar el labio superior sobre el labio inferior y soplar hacia abajo.
- ✓ Inspirar aire por la nariz y apagar una vela.
- ✓ Repetir el ejercicio alejándose de la vela gradualmente.
- ✓ Apagar de un soplo velas.
- ✓ Soplar suavemente velas sin apagarlas y observar cómo se mueve la llama.

**Ejercicios linguo-labiales:**

- ✓ Reír.
- ✓ Separar y juntar los labios.
- ✓ Apoyar la punta de la lengua en los alvéolos superiores y en los inferiores.
- ✓ Morder el labio inferior con los dientes superiores.
- ✓ Morder el labio superior con los dientes inferiores.
- ✓ Doblar la lengua hacia arriba dentro de la boca.
- ✓ Doblar la lengua hacia abajo dentro de la boca.
- ✓ Sacar la lengua lo más larga posible.
- ✓ Sacar la lengua hacia arriba y hacia abajo.
- ✓ Sacar la lengua hacia derecha y hacia izquierda.
- ✓ Colocar la lengua en posición de /rr/ e imitar el sonido de la moto (vibración lingual).

**Ejercicios de discriminación auditiva**

- ✓ Discriminar e identificar fonemas, aislados o dentro de palabras.
- ✓ Diferenciar e identificar las sílabas que componen una palabra.
- ✓ Discriminar la diferencia de sonido del fonema /l/ del fonema /r/ vibrante múltiple.

**Ejercicios de articulación del fonema**

- ✓ Series automatizadas, repetición de sílabas del fonema /r/ vibrante múltiple en forma aislada.
- ✓ Repetición de combinaciones silábicas del fonema /r/ vibrante múltiple.
- ✓ Repetición de palabras del fonema /r/ vibrante múltiple en posición inicial, media y final.
- ✓ Repetición de oraciones del fonema /r/ vibrante múltiple.

## 4.2 Procedimiento

### SESION 1

#### Entrenamiento a padres

**Inicio:** se explica a los padres, cuál es el objetivo de la terapia, que áreas se trabajará, y cuáles son los ejercicios básicos que deben de realizar en casa con el niño, enseñándole las técnicas y los masajes que replicaran en los días ajenos a las terapias.

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES
1	Entrenar a los padres para el refuerzo de las terapias en casa.	1.- Se enseña a los padres la anatomía de la lengua del niño y como son los masajes de elongación que deben realizar en casa.	30"	Guantes Gasa. Baja lenguas. Mermelada.

**SESIÓN 2 :****Trabajo directo con el niño. Respiración y soplo**

**Inicio:** Se realiza actividades permanentes (saludo, canto y juego) por un periodo de 10 minutos y se le dará indicaciones de la correcta respiración.

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES
2	aumentar la coordinación Neumofónica (CNF) para conseguir el adecuado punto del fonema vibrante múltiple	1.- Se le pidió al niño que realice respiración nasal lenta y profunda, lo retenga por 3 segundos y la espire por la boca en forma lenta y continua. Este ejercicio lo realizará frente al espejo	10"	Espejo
		2.-Se le pedirá que realice el mismo procedimiento de CNF apoyándose de globos, burbujas, velas, etc. cualquier material de soplo	10"	materiales de soplo: globos, velas burbujas etc.
		se apoyará este ejercicio de respiración con hojas de aplicación	10"	hojas de aplicación

**Finalizando:** Se da indicaciones a los padres para el refuerzo de la terapia en casa.

**SESION 3:****Terapia Orofacial**

**Inicio:** Se realizó actividades permanentes (saludo, canto y juego) por un periodo de 10 minutos, se procederá a realizar la terapia orofacial intra oral.

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES
3	Elongar la musculatura lingual y el frenillo lingual.	1. Con las manos enguantadas y con una gasa se estirará de manera sostenida el ápice lingual por un periodo de 5 segundos con intervalos de tiempo de 10 segundos, repitiendo el ejercicio por 5 veces.	10"	Guantes. Gasa.
		2.-Se realizará una elongación lingual sostenida del frenillo lingual pidiendo al niño que intente elevar la lengua.	10"	Guantes. Guía lingual (baja lenguas).
		se apoyará éste ejercicio pidiendo al niño en los intervalos de tiempo que realice actividades óculo manuales en hojas de aplicación.	10"	hojas de aplicación

**SESION 4:****Terapia orofacial**

**Inicio:** Se realizó actividades permanentes (saludo, canto y juego) por un periodo de 10 minutos, se procederá a realizar la terapia orofacial intra y extra oral.

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES
4	Fortalecer la musculatura que intervienen en la presión intraoral (mejillas, labios).	1. Se realizará masajes isométricos en mejillas, labios, activando así dicha musculatura, pidiendo a su vez al niño que realice algunos movimientos práxicos.	10"	Guantes. Gasa. crema
	Elongar la musculatura lingual y el frenillo lingual.	2.-se pide al niño que intente elevar la lengua es en donde se cogerá parte del frenillo lingual y se procederá a elongar de forma sostenida, con el apoyo de un guía lingual o baja lenguas.	10"	Guantes. Guía lingual (baja lenguas).
		Se apoyó este ejercicio pidiendo al niño en los intervalos de tiempo que realice actividades óculo manuales en hojas de aplicación.	10"	hojas de aplicación

**SESIÓN 5:**

**INICIO:** Se realiza actividades permanentes (saludo, canto y juego) por un periodo de 10 minutos, luego se le explicará al niño frente al espejo que imite las siguientes praxias linguales.

SESION	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES
5	Conseguir mayor funcionalidad y movilidad de los órganos bucofaciales	1.- Se le indicó al niño que saque y meta la lengua a distintos ritmos y ubicaciones.	10"	Espejo Guantes quirúrgicos Bajalenguas Yogurt Manjar blanco Gelatina.
	Adquirir el control tónico y fuerza lingual	2.-Se dijo al niño que relama los labios con la punta de su lengua. Utilizó como apoyo yogurt, manjar blanco, gelatina, etc.	10"	
		3.- Se dijo al niño que haga con el ápice de la lengua movimientos antero posteriores (barrido lingual), utilizando como apoyo manjar blanco que se colocará en el paladar.	5"	
		4. Se dijo al niño que realice chasquidos	5"	

**Finalizando:** se da indicaciones a los padres para el reforzamiento de los ejercicios realizados enterapia.

**SESION: 6****Discriminación auditiva**

Se le presentó al niño hojas de aplicación y sonidos silábicos, donde se le repetirá la palabra y se buscará que discrimine el fonema a corregir.

SESION	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES
6	Conseguir la discriminación del fonema rr, de manera aislada.	1.- Se le dirá al niño que cada vez que escuche el sonido vibrante múltiple /rr/ levante sus manos.	15"	Hojas de aplicación Plumones. Lápiz.
	Concientizar del punto de articulación.	2. se le dará al niño una hoja de aplicación que le servirá de apoyo para que discrimine es el sonido débil /r/ y es el fuerte /rr/.	10"	
	Buscar la discriminación del fonema /rr/ en silabas en posición final	Se le dará al niño hojas de aplicación en el cual tendrá que tachar las palabras que tengan el fonema /rr/	10"	

**Finalizando:** el niño logró discriminar y reconocer el fonema vibrante múltiple /rr/.  
Igualmente, se da pautas a los padres para que puedan reforzar la terapia en casa.

**SESION: 7****INICIO:**

Se le presentará al niño diferentes hojas de aplicación con las cuales se buscará concientizar el punto y modo de articulación del fonema linguoalveolar superior vibrante múltiple /rr/.

SESION	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES
7	obtener la prolongación del fonema vibrante /rr/ de forma aislada	1.- Se le mostrará al niño tiras flash para que logre la prolongación del fonema	15"	Tiras flash de aplicación colores
		2.-Se le mostrará al niño una imagen de un moto y se le dirá ¿Cómo suena la moto? Y el intentara imitar el sonido vibrante /rr/	5"	
	obtener la prolongación del fonema vibrante /rr/ en silabas	3.- Se le dará un pupiletras de silabas y se le pedirá que colore las silabas (rra, rre, rri, rro, rru)	15"	

**Finalizando:** El niño aun no logró el punto y modo del fonema vibrante /rr/.

**SESIÓN: 8**

**Inicio:** se buscará la emisión del vocabulario /rr/ a través de imágenes

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES
8	conseguir la pronunciación del fonema vibrante /rr/ en palabras	1.- Se le mostrara al niño imágenes que contenga la palabra /rr/ en posición inicial y media y fina	30"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imágenes del vocabulario /rr/.</li> <li>- Plumones</li> <li>- Crayolas</li> <li>- Colores</li> <li>- Lápiz</li> <li>- Borrador</li> </ul>

**Finalizando:** Se logró la pronunciación correcta del fonema en forma espontánea.

**SESIÓN: 9**

**Inicio:** se buscará favorecer y reforzar el aprendizaje del fonema /rr/ en la articulación de oraciones y rimas.

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES
9	conseguir la estructuración de oraciones con el vocabulario estudiado	1.- el niño repetirá y delineará las oraciones dejada en la hojas de aplicación	20"	Hojas de aplicación
		2.- Se le pedirá que repita versos rimados	15"	

**Finalizando:** El niño logra integrar el fonema /rr/ en su lenguaje espontaneo.

**SESIÓN: 10**

**Inicio:** se buscará favorecer y reforzar el aprendizaje del fonema /rr/ en el habla espontánea.

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIALES
10	Conseguir la pronunciación del fonema vibrante /rr/ en el habla espontánea.	1.- Se le mostrara al niño imágenes donde el niño describirá lo que observa, pronunciando correctamente el fonema /rr/ mientras narra una historia.	30"	- Imágenes del vocabulario /rr/.

**4.3 Resultados**

El niño al finalizar el programa fue capaz de corregir el fonema /r/ vibrante múltiple, en posición inicial, medio y final en su lenguaje espontáneo.

El frenillo corto del niño llegó a ceder en cuanto a elasticidad, logrando así completar todos los movimientos práticos que se necesita para la emisión del fonema /r/ vibrante.

El programa de intervención fue diseñado teniendo como base el modelo pluridimensional propuesto por Pascual (1995).

#### 4.4 Discusión

A partir de los hallazgos encontrados con el paciente, puedo decir que un frenillo lingual corto produce limitaciones en los movimientos de elevación de la lengua y afecta los puntos articulatorios adecuados para la producción de los fonos linguo alveolares y dentales, haciendo la articulación imprecisa con presencia de omisiones, sustituciones y/o distorsiones de los fonos durante la ejecución de las palabras.

Estos resultados guardan relación con los que sostiene Fajardo y Fernández (2014) quienes señalan que la apertura bucal durante el habla se ve afectada significativamente en los niños con frenillo lingual alterado, principalmente en los niños con frenillo corto con fijación anteriorizada, seguidos de los niños con frenillo corto. Este hecho que se explica por la dificultad que implica elevar la lengua cuando el frenillo es de menor tamaño y además presenta una fijación en la parte inferior de la lengua cercana al ápice, reduciendo el rango de apertura de la boca durante el habla.

## V. Conclusiones

- La existencia de alteraciones en el frenillo de la lengua en los niños, predispone la presencia de alteraciones en la producción del habla.
- El frenillo labial puede enlongarse con la terapia orofacial, siempre y cuando sea llevado oportunamente al especialista.
- Las alteraciones en el frenillo de la lengua (corto y corto con fijación anteriorizada), ocasionan dificultades en la ejecución de praxias linguales, limitando los movimientos de elevación, protrusión, vibración, lateralización y acoplamiento de la lengua.

## VI. Recomendaciones

- Se recomienda al personal docente sobre todo de nivel inicial derivar al niño con el especialista adecuado, oportunamente cada vez que detecte una incorrecta articulación, para que así el especialista valore la dificultad exacta que tiene el niño y que de este modo se pueda pensar un tratamiento correcto.
- Monitorear y preparar a los docentes para una correcta detección de los problemas de articulación que puedan presentar los niños.
- Se recomienda a los odontopediatras una vez detectado un frenillo corto en los niños derivarlos al servicio de Terapia de Lenguaje para la intervención y tratamiento oportuno, evitando así que el músculo lingual se vuelva a adherir y no logre completar los movimientos linguales que son necesarios para una correcta pronunciación de los fonemas.
- Se recomienda a los padres reforzar toda palabra que el niño diga correctamente con expresiones positivas (¡muy bien, así te he entendido mucho mejor!, ¿ves cómo tu sabes hacerlo?).
- Los padres también deben involucrar al niño en la participación de las conversaciones cotidianas de la familia, haciéndole preguntas y enriqueciendo su vocabulario con nuevas palabras.

## VII. Referencias

- Busto, C. (1995). *Manual de Logopedia Escolar*. Madrid: CEPE.
- Coll, M., Aguado, G., Fernández-Zúñiga, A., Gamba, S., Perelló, E., & Vila-Rovira, J. (2014).
- Diéguez, F., Peña, J. (2012). *Cerebro y Lenguaje*. Madrid: Panamericana.
- Domingues, D., & Reboucas de Carvalho, A. (2016). Alteraciones del habla relacionada a las alteraciones del frenillo lingual en escolares . *CEFAC*, 18(6), 1332-1339. Obtenido de [http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169349452009\\_2](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169349452009_2)
- Gallegos, J. L. (2000). *Dificultades de la Articulación en el Lenguaje Infantil*. Málaga: Aljibe.
- Hernández, & Baptista. (2015). *Metodología de la Investigación*. México DF: McGRAW – HILL INTERNAMERICANA.
- Melgar, M. (2012). *Como detectar al niño con problemas del habla*. México: Trillas.
- OCDE. (2009). *La Comprensión del Cerebro*. París: Universidad Católica Silva Henríquez.
- Pascual, P. (1995). *La Dislalia*. Madrid: CEPE.
- Pérez, N., & López, M. (s.f.). Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad: Diagnóstico y Tratamiento. *Revista Cubana de estomatología*, 39(3), 282-301. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072002000300002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000300002&lng=es&tlng=es).
- Queiroz, I. (2002). *Fundamentos de Fonoaudiología*. Madrid: Panamericana.
- Serra, S. (2007). *Fonoaudiología*. Córdoba: Brujas.
- Serra, S. (2009). *Fonoaudiología Asistencial y Educacional*. Córdoba: Brujas.
- Susanibar, F., & Parra, D. (2011). *Diccionario terminológico de Motricidad Orofacial*. Madrid: EOS.
- Tejada, E., López, J., Durán, I., Cano-de Gómez, A., & Téllez, J. (2011). Frenillo lingual corto o anquiloglosia. *Acta Pediátrica de México*, 32(6), 355-356. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640334009>
- Tomás, A. (1995). *Neuropsicología del Lenguaje*. Madrid: CEPE.
- Transtornos del Habla y de la Voz*. Barcelona: UOC.

## **VIII. Anexos**

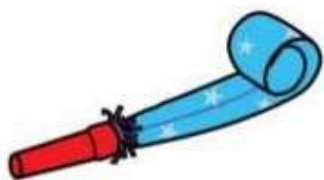
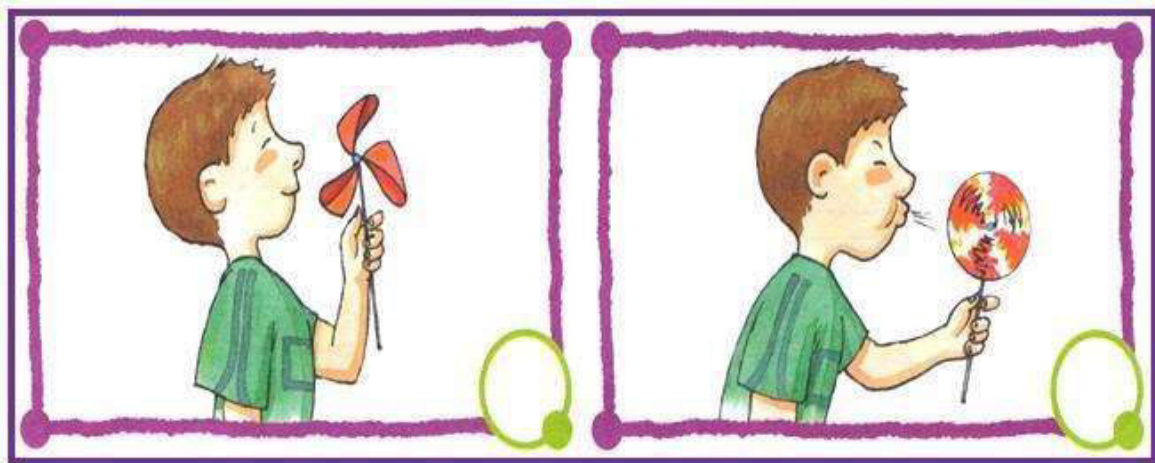
## Terapia orofacial

Se realiza la terapia orofacial de elongación lingual.



### Ejercicios de respiración

Se le indicara al niño que tome aire por la nariz lentamente y lo bote por la boca lentamente.



## Ejecución de praxias lingüales

Se enseña al niño a realizar las siguientes praxias lingüales frente al espejo.



### Discriminación auditiva

Se le dirá al niño que discrimine el sonido /r/ y el sonido /rr/

#### Discriminación de fonemas /r - rr/

	
<p>pera</p>	<p>perra</p>
	
<p>carreta</p>	<p>carreta</p>
	
<p>para</p>	<p>parra</p>

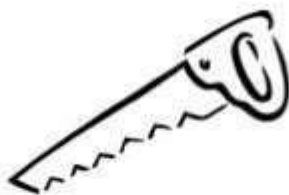
FONEMA R		TALLER D'ESTIMULACIÓ DEL LENGUATGE 5 anys			
PINTA ELS OBJECTES QUE TENEN R FORTA.					
					
					

Se le dirá al niño que marque las imágenes que tengan el sonido de la /rr/

Nombre: \_\_\_\_\_

Encierra en un círculo los dibujos que empiecen con rr.

Marca con X dibujos que no empiecen con rr.



rr

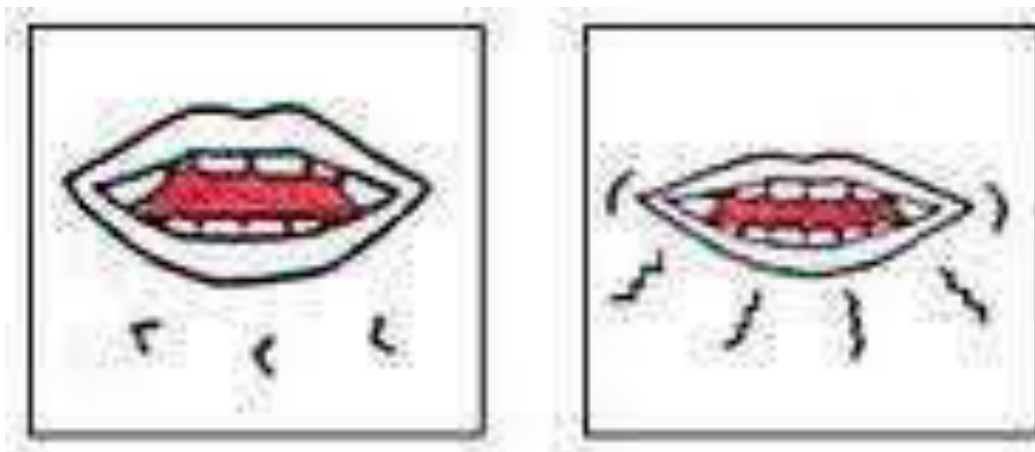


rra rre rri rro rru



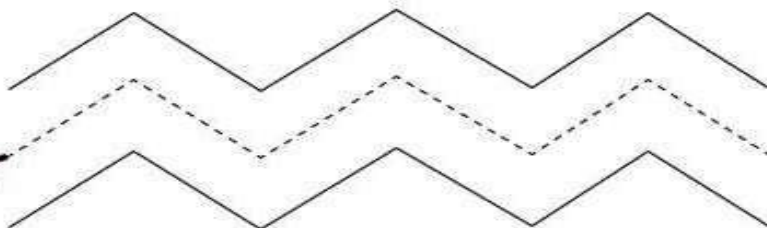
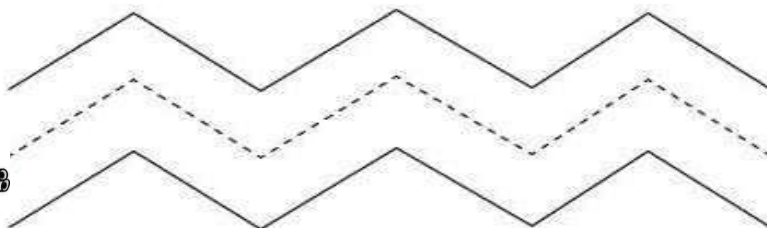
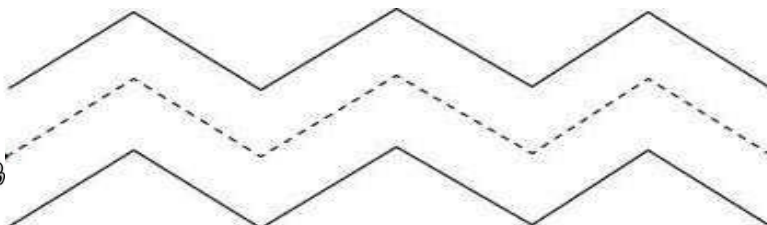
### Emisión del sonido

Se le dirá al niño que imite la posición tipo del fonema /rr/



Y luego que imite ¿cómo suena la moto?





Nombre \_\_\_\_\_

Direcciones: Conecta cada imagen con su silaba inicial.

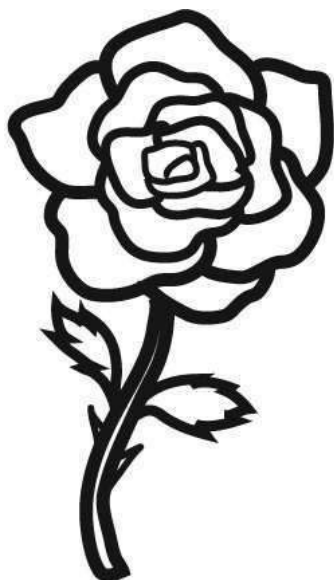
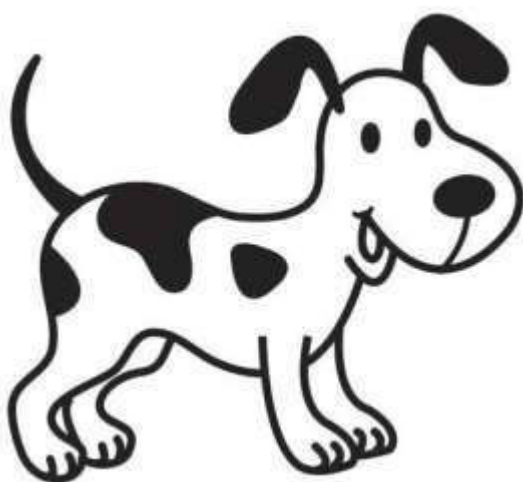
ra re

Recechos: ratón, resaca, rey, reina, ratón, reloj, regalo, resaca

Se le mostrara imágenes que contengan el fonema /rr/ en las diferentes posiciones inicial, media y final.

Se indicará al niño que pinte cada dibujo.

**¿Qué es?**



## Palabras con RR rr

1. gorra



5. burro



2. jarra



6. perro



3. tierra



7. carro



4. torre



8. zorro

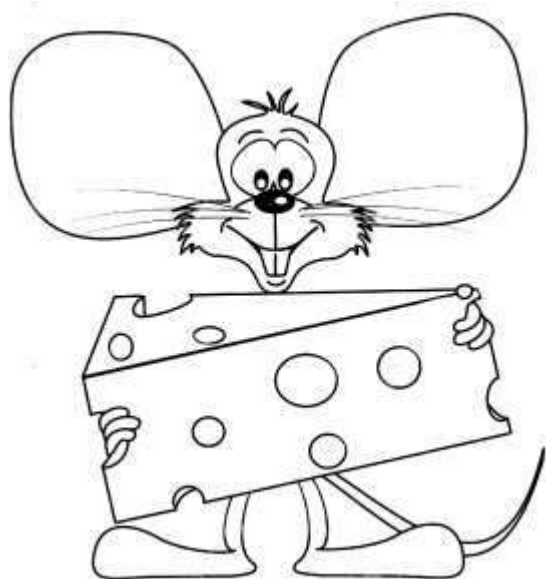


**Repetición de palabras**

1. La rana se ríe.
2. Me regaló un ramo.
3. La rosa es roja.
4. El carrusel me da risa.
5. El remo está roto.
6. Rita revisa la tarea.
7. Yo repaso un rato.
8. Rico tiene una roca.
9. El rubí es rosado.
10. Ramiro mira el rebaño.

## Repetición de rimas

la rana y el ratón  
juegan la ruleta  
y cuando tienen hambre  
preparan la receta



Erre con erre cigarro,  
erre con erre carril,  
rápido corren los carros,  
por los rieles del  
ferrocarril.



Erre con erre cigarro,  
erre con erre carril,  
rápido corren los carros,  
por los rieles del  
ferrocarril.

