

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Escuela de Posgrado



Características de las alteraciones del habla en niños de 5
a 7 años de Pachacamac, 2024

Tesis para obtener el grado académico de Maestra en
Fonoaudiología con mención en Motricidad Orofacial, Voz y
Tartamudez que presentan:

Cecilia del Pilar Irigoín Pizarro
Karoline Elizabeth Ramirez Callañaupa

Asesora:

Mariela Silvia Tsuda Miyagawa

Co asesora:

Esperanza Bernaola Coria

Lima, 2025


Informe de Similitud

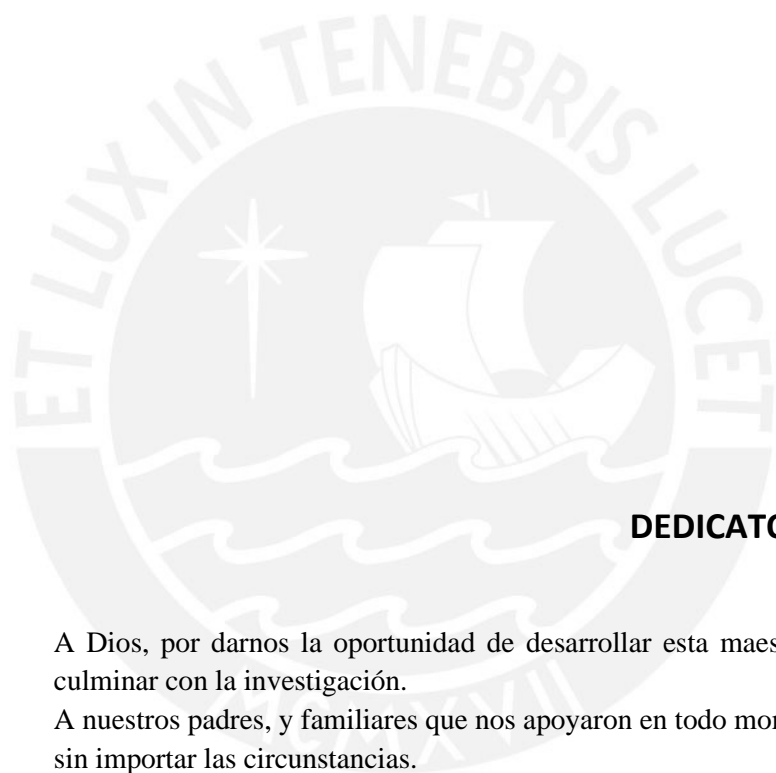
Yo, Mariela Silvia Tsuda Miyagawa, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesora de la tesis titulada Características de las alteraciones del habla en niños de 5 a 7 años de Pachacamac, 2024, de las autoras Cecilia del Pilar Irigoín Pizarro y Karoline Elizabeth Ramirez Callañaupa, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 18%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 6/05/2025.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de investigación, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

Lima, 22 de Mayo de 2025.

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Tsuda Miyagawa Mariela Silvia</u>	
DNI: 10792069	Firma
ORCID: 0000-0002-3618-7255	

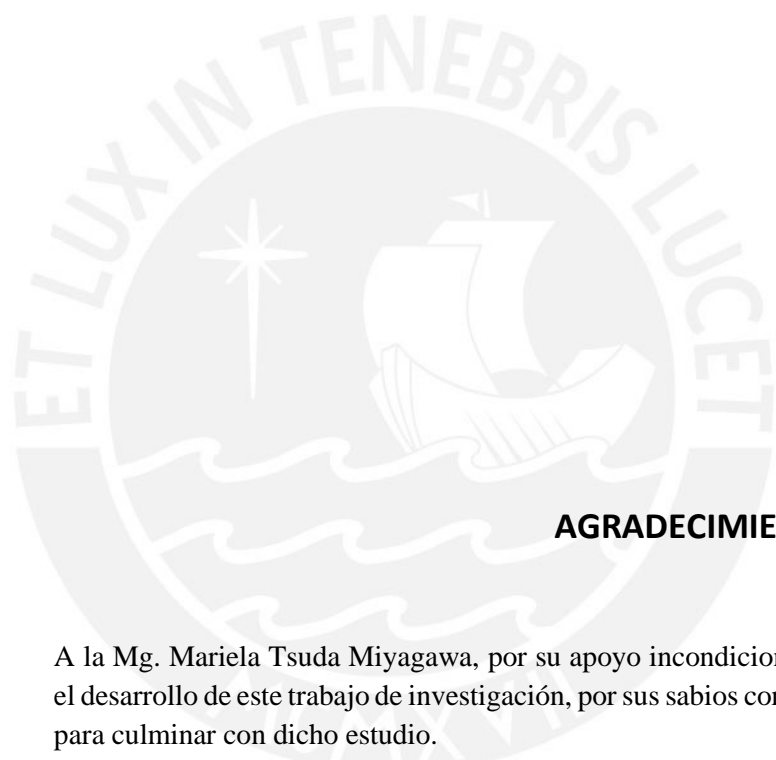


DEDICATORIA

A Dios, por darnos la oportunidad de desarrollar esta maestría y culminar con la investigación.

A nuestros padres, y familiares que nos apoyaron en todo momento sin importar las circunstancias.

A nuestros estudiantes, que son el motivo principal para desarrollar esta investigación.



AGRADECIMIENTO

A la Mg. Mariela Tsuda Miyagawa, por su apoyo incondicional en el desarrollo de este trabajo de investigación, por sus sabios consejos para culminar con dicho estudio.

A la Dra. Esperanza Bernaola Coria, por su acompañamiento constante y sincero en todo el proceso de la investigación.

A las autoridades de las instituciones educativas de Pachacamac, por darnos todas las facilidades para aplicar el instrumento de evaluación.

A los niños y padres de familia, por permitir la participación de sus hijos en la ejecución del estudio.

RESUMEN

La investigación que se presenta lleva por título “Características de las alteraciones del habla en niños de 5 a 7 años de Pachacamac, 2024”, se desarrolló con la finalidad de determinar las características de las alteraciones del habla en niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac. Utilizó una metodología de enfoque cuantitativo de tipo básica o teórica, con un diseño no experimental, de corte transversal y descriptivo simple, tomó una población de 100 niños y una muestra de 60 niños de 5 años 0 meses a 7 años 11 meses de edad. Utilizó como instrumento el Examen miofuncional orofacial MBGR. A partir de los resultados se determinó que el 67% de los niños presentan una alteración de tipo fonético fonológico y el 33% una alteración de tipo músculo esquelético, mientras que no hubo niños con alteraciones del habla de tipo neurológico. Se observó la presencia de omisión, sustitución y distorsión de fonos durante el habla espontánea, habla automática y nominación de figuras en las alteraciones de tipo músculo esquelético y fonético fonológico. Entre las características de tipo fonético fonológico la apertura de la boca es reducida en más de la mitad de los niños y en el tipo músculo esquelético la apertura de la boca es normal en más de la mitad. En ambos tipos fonético fonológico y músculo esquelético el movimiento labial es adecuado en más de la mitad de la muestra; así como la trayectoria mandibular, el equilibrio oronasal, la precisión articulatoria y la coordinación pneumofonoarticulatoria.

Palabras claves: Alteraciones del habla, habla en niños, tipos de alteraciones del habla, alteraciones de origen fonético fonológico, alteraciones de origen musculo esquelético, alteraciones de origen neurológico.

ABSTRACT

The research presented is titled “Characteristics of Speech Disorders in Children Aged 5 to 7 Years in Pachacamac, 2024.” It was developed with the aim of determining the characteristics of speech disorders in children aged 5 to 7 years in the district of Pachacamac. A quantitative methodology of a basic or theoretical type was used, with a non-experimental design, cross-sectional, and simple descriptive. The population consisted of 100 children, and the sample included 60 children aged from 5 years and 0 months to 7 years and 11 months. The MBGR Orofacial Myofunctional Examination was used as the instrument. The results indicated that 67% of the children exhibited a phonetic-phonological type disorder, while 33% presented a musculoskeletal type disorder; there were no children with neurological speech disorders. The presence of omission, substitution, and distortion of phonemes was observed during spontaneous speech, automatic speech, and figure naming in both the musculoskeletal and phonetic-phonological types of disorders. Among the phonetic-phonological characteristics, mouth opening was reduced in more than half of the children, while in the musculoskeletal type, mouth opening was normal in more than half. In both the phonetic-phonological and musculoskeletal types, lip movement was adequate in more than half, as well as jaw trajectory, oro-nasal balance, articulatory precision, and pneumophonoarticulatory coordination.

Keywords: Speech disorders, speech in children, types of speech disorders, phonetic-phonological origin disorders, musculoskeletal origin disorders, neurological origin disorders.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INFORME DE SIMILITUD

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iii
ÍNDICE DE TABLAS	iv

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I 3

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 3

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3

1.1.1. Fundamentación del problema 3

1.1.2. Formulación del problema 5

1.1.2.1 Formulación de problemas específicos 5

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS 6

1.2-1. Objetivo general 6

1.2.2. Objetivos específicos 6

1.3. IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 6

1.4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN 7

CAPÍTULO II 8

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL 8

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO 8

2.1.1. Antecedentes nacionales 8

2.1.2. Antecedentes internacionales 9

2.2. BASES TEÓRICAS 10

2.2.1. Producción del habla 10

2.2.2. Órganos fonoarticulatorios 12

2.2.2.1 Estructuras fonoarticulatorias 13

2.2.2.2 Estructuras de la cavidad bucal 13

2.2.3. Alteraciones del habla 13

2.2.3.1	De origen neurológico	14
2.2.3.2	De origen fonético fonológico	14
2.2.3.3	De origen músculo esquelético	15
2.2.4.	Desarrollo del habla en el niño	17
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	18
2.4.	HIPÓTESIS	19
CAPÍTULO III		20
METODOLOGÍA		20
3.1.	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	20
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA	21
3.3.	DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	22
3.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
3.5.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
3.6.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	24
CAPÍTULO IV		25
RESULTADOS		25
4.1.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	25
4.1.1.	Características generales de las alteraciones del habla	25
4.1.2.	Características de las alteraciones del habla de origen fonético fonológico	30
4.1.3.	Características de las alteraciones del habla de origen músculo esquelético	35
4.1.4.	Características de las alteraciones del habla de origen neurológico	40
4.2.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	41
CONCLUSIONES		44
RECOMENDACIONES		45
REFERENCIAS		46
ANEXOS		50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Muestra de niños de 5 a 7 años	21
Tabla 2	Operacionalización de las variables	22
Tabla 3	Tipos de alteraciones del habla	25
Tabla 4	Posición habitual de la lengua	26
Tabla 5	Frenillo lingual	26
Tabla 6	Paladar duro	27
Tabla 7	Velo palatino	27
Tabla 8	Tonsilas palatinas	28
Tabla 9	Fase de dentición	28
Tabla 10	Oclusión dentaria	29
Tabla 11	Movilidad de la lengua	30
Tabla 12	Habla espontánea en la alteración de tipo fonético fonológico	31
Tabla 13	Habla automática en la alteración de tipo fonético fonológico	32
Tabla 14	Nominación de figuras en la alteración de tipo fonético fonológico	33
Tabla 15	Presencia de saliva, apertura de la boca y posición de la lengua durante el habla	34
Tabla 16	Movimiento labial y mandibular durante el habla	34
Tabla 17	Resonancia y precisión articulatoria durante el habla	35
Tabla 18	Velocidad de habla y coordinación pneumofonoarticulatoria durante el habla	35
Tabla 19	Habla espontánea en la alteración de tipo músculo esquelético	36
Tabla 20	Habla automática en la alteración de tipo músculo esquelético	37
Tabla 21	Nominación de figuras en la alteración de tipo músculo esquelético	38
Tabla 22	Presencia de saliva, apertura de la boca y posición de la lengua durante el habla	39
Tabla 23	Movimiento labial y mandibular durante el habla	39
Tabla 24	Resonancia y precisión articulatoria durante el habla	39
Tabla 25	Velocidad de habla y coordinación pneumofonoarticulatoria durante el habla	40

INTRODUCCIÓN

El habla es fundamental en el desarrollo social y cognitivo del niño, sin embargo, existen diversos aspectos que pueden provocar sus alteraciones, entre los orígenes más relevantes están el fonético fonológico, músculo esquelético y de origen neurológico, su detección temprana y la identificación del origen de la alteración permite la intervención adecuada para mejorar o corregir la alteración (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 2015), además que, estas alteraciones representan un desafío constante en nuestra sociedad, con efectos negativos en el desarrollo comunicativo y emocional del niño, lo que a su vez impacta en el proceso de aprendizaje (Chahuayo, 2020).

Cabe recalcar que el habla es parte fundamental del desarrollo del niño, es el acto motor que expresa el lenguaje y por ende la producción de los sonidos, esta función depende de la coordinación de músculos del sistema digestivo y respiratorio no debiendo estar alterados órganos como la lengua, los labios, paladar duro y blando entre otros (Atauqui et al., 2024).

Según Marchesan (2005), los sonidos del habla se originan a partir de la adecuada función de la succión, respiración, masticación y deglución y de aspectos sensoriales, estos aspectos deben ser diagnosticados a temprana edad y determinar el tipo de alteración a fin de proponer determinada terapia u otra intervención en beneficio del niño.

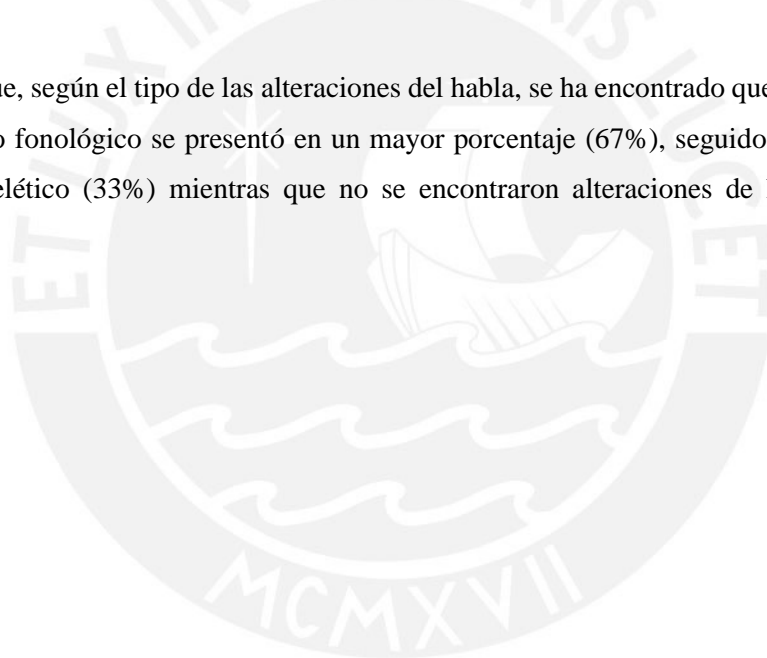
Es importante mencionar que en el Perú acceder a un diagnóstico de un especialista es muy difícil por la poca población de especialistas y por las condiciones de pobreza y extrema pobreza en la que viven los niños del distrito de Pachacamac (Csendes, 2024).

Por tanto, la determinación de las características de las alteraciones del habla en niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac se hizo imprescindible, como ayuda para los padres de familia que desconocen qué tipo de alteración tiene su hijo, a fin de tomar medidas en caso sea necesario.

Así como el conocimiento obtenido sobre las características de las alteraciones a partir de su origen fonético fonológico, músculo esquelético y neurológico, tomando en cuenta que el habla ha sido muy poco estudiada no habiendo datos exactos sobre la cantidad de niños que tienen esta alteración, además que las investigaciones anteriores se han enfocado principalmente en el lenguaje y no en el habla.

Por tanto, el propósito de esta investigación fue determinar las características de las alteraciones del habla en niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac. Dicho conocimiento se alcanzó a través de las siguientes dimensiones: examen intraoral, la movilidad y las características durante el habla, para lo cual siguió un enfoque cuantitativo de tipo básica y diseño no experimental, transversal y descriptivo simple, con una población de 100 niños de 5 a 7 años de edad y una muestra de 60 niños, a partir de la muestra se evidencio distintos tipos de alteraciones en el habla, como instrumento se utilizó el Examen miofuncional orofacial MBGR.

Se concluye que, según el tipo de las alteraciones del habla, se ha encontrado que la alteración de origen fonético fonológico se presentó en un mayor porcentaje (67%), seguido de la alteración músculo esquelético (33%) mientras que no se encontraron alteraciones de habla de origen neurológico.



CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Fundamentación del problema

La importancia del habla se da desde los primeros años de vida, incluso desde la etapa prenatal, en este periodo el niño aprende a hablar con su madre y con las personas que lo rodean, sin embargo, nadie sigue una estrategia o método preestablecido para hablar con él, e incluso muchos niños no tienen a su lado a alguna persona con quien hablar o el adulto es poco comunicativo y se le deja aparatos tecnológicos de donde obtiene la información para empezar a hablar (Monfort y Juárez, 2018), este contexto es propicio para la aparición de alteraciones que puede provocar una ineficaz comunicación.

La identificación de las alteraciones del habla es el primer paso para mejorar este problema sin embargo, en el Perú según reportes de EsSalud (2022) entre los años 2020 al 2021 solo se brindó 4000 terapias para niños con problemas del habla y otras afecciones, siendo muy pocas atenciones en comparación con la población de niños menores de 7 años que representa aproximadamente al 19,41% del total de la población, siendo muy pocos los que tienen acceso al seguro social de EsSalud, siendo poco accesible para poblaciones vulnerables (Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, 2023).

Por otro lado, González y García (2019) definen el habla como “la producción expresiva de sonidos que incluye la articulación, la fluidez, la voz y la calidad de resonancia de un individuo, además de involucrar a los órganos bucofonatorios y a los circuitos cerebrales para su correcto funcionamiento” (p. 570). Mientras que las alteraciones del habla según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) es una “dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de

mensajes” (Alás et al., 2022, p.22).

Según estudios realizados a nivel internacional, en España, por ejemplo, González y García (2019) determinaron que las alteraciones del habla son mayores en niños de 5 años, se ha estimado que es superior al 15% siendo más frecuente en el género masculino. Por su parte Carreño y Joza (2019) en su estudio desarrollado en Ecuador, detectaron en niños y niñas un predominio de un tono de voz muy bajo que impide una buena fluidez generando trastornos de la pronunciación. Entre los problemas congénitos se diagnosticó principalmente el frenillo lingual, seguido de la deficiencia auditiva.

A pesar de que el habla es parte fundamental para el desarrollo del niño e influye en varios aspectos, los tipos de alteraciones del habla han sido muy poco estudiadas; siendo una de las razones para su detección a temprana edad, sin embargo, se está forzando a los estudiantes a cumplir con estándares complejos frente a su capacidad, generando desinterés y bajo rendimiento, siendo necesario contar con docentes capacitados en la detección temprana (Mejías-Padilla, 2021).

Por su parte López (2024) identificó que el aspecto fonético – fonológico, se desarrolla entre el nacimiento hasta los 6 años, es en este periodo donde el niño desarrolla todos los sonidos, en su investigación realizada en Guatemala, se ha identificado niños con dificultades en la producción de fonemas que requieren intervención terapéutica, que puede desarrollarse con niños de preescolar (5 años) y de primaria (6 y 7 años).

En el ámbito nacional, el Ministerio de Salud (MINSA) identificó trastornos del habla y del lenguaje en niños de preescolar y de primaria, según Claudia Valdez Rojas (2020), los niños tienen dificultades para articular sonidos, dificultades en la fluidez del habla y problemas para entender el lenguaje. Mientras que en investigaciones desarrolladas en Perú, Flores y Rivera (2022) encontraron que el 20% de los niños tienen alteraciones en el habla siendo el 75% de origen musculoesquelético. Entre las omisiones consonánticas predominantes está la /l/ y /r/; la sustitución de /r/ por /l/ y distorsiones en el fono alveolar /s/.

Al respecto, Concepción y Martínez (2022), en su investigación con niños de 5 a 6 años determinaron que el 72% de niños presenta un habla alterada; donde el 10% de los niños tienen problemas al producir los fonos /j/, /d/, /s/, /r/, /r/ vibrante, el grupo consonántico de /l/ y grupo consonántico de /r/, mientras que el 42% presentan alteraciones en la producción de los fonos /d/, /t/, /s/, /l/, /r/, /r/ vibrante.

Asimismo, en la investigación desarrollada por Tomas (2021), en Lima con niños de 6 años de edad, se identificó la presencia de alteraciones del habla por problemas fonético – fonológicos, donde el 82% tiene dificultades para vocalizar; el 16% no presenta deficiencia lingüística y el 3% confunde las letras y sonidos de cada palabra.

Considerando que en datos médicos, las alteraciones del habla se presentan por anomalías genéticas, traumatismo, paladar hendido, pérdida de audición, falta de comunicación entre el niño y el adulto, entre otros estas afecciones que están estrechamente relacionadas con poblaciones vulnerables o pobres que no acceden a especialistas y atenciones de salud (Medline, 2022), siendo el caso del distrito de Pachacamac.

Tomando en cuenta todo lo expuesto, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿cuáles son las características de las alteraciones del habla en niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac?, siendo necesario identificarlas puesto que los padres de familia de niños de este rango de edad de este distrito, no cuentan con los recursos económicos para llevar a sus hijos a especialistas que les ayuden en el diagnóstico temprano de alteraciones del habla, siendo una población con mucha necesidad y en constate crecimiento.

1.1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las características de las alteraciones del habla en niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac?

1.1.2.1 Formulación de problemas específicos

- ¿Cuáles son los tipos de alteraciones del habla en niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac?
- ¿Cuáles son las características de las alteraciones del habla de origen fonético fonológico en niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac?
- ¿Cuáles son las características de las alteraciones del habla de origen músculo esquelético en niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac?
- ¿Cuáles son las características de las alteraciones del habla de origen neurológico en niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac?

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Determinar las características de las alteraciones del habla en niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar los tipos de alteraciones del habla en niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac.
- Describir las características de las alteraciones del habla de origen fonético fonológico en niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac.
- Describir las características de las alteraciones del habla de origen músculo esquelético en niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac.
- Describir las características de las alteraciones del habla de origen neurológico en niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac.

1.3 IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio es importante realizarlo, puesto que, las alteraciones del habla es un aspecto que ha venido incrementándose en los niños de 5 a 7 años, además en el lugar donde se realizó la investigación, las familias no cuentan con los recursos económicos para llevar a sus hijos a un especialista por otro lado se debe tomar que cuenta que una detección temprana de las alteraciones del habla permitirá tomar acciones a los profesionales y padres de familia en beneficio del menor, siendo el habla parte fundamental del desarrollo.

El desarrollo de la presente investigación se justifica desde la perspectiva teórica ya que analiza las posturas desde un punto de vista genético y social con el aporte de la teoría sociocultural y desde un punto de vista social, el habla es una cualidad única del ser humano que se adquiere en los primeros años de vida y en la etapa escolar que repercute en el logro académico por estar relacionada a todas las áreas y disciplinas que el niño tendrá que adquirir para su vida profesional.

Por último, desde la perspectiva práctica el estudio se justifica puesto que como investigadoras nos adentramos al conocimiento y reconocimiento de las alteraciones del habla, la detección temprana de las alteraciones del habla permitió tomar acciones en favor de los niños.

1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio tiene una limitante por la participación de todos los niños de 5 a 7 años de Pachacamac, puesto que se debe contar con la autorización de los padres de familia, teniendo que conversar con ellos antes de llevar a cabo el estudio.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 Antecedentes nacionales

Chahuayo (2020) desarrolló un estudio descriptivo en Quillabamba – Cusco con una muestra de 83 niños de 6 y 7 años de edad para determinar las características de la producción del habla. Utilizó una metodología de tipo descriptivo simple, empleando tres técnicas, la encuesta, la observación sistemática y el análisis documental, y como instrumento el Protocolo Miofuncional Orofacial MBGR. Dentro de sus hallazgos el 69% de niños tienen un habla adecuada, el 21% de niños de 6 años y el 10% de niños de 7 años tienen dificultades, así también existen maloclusiones en el 29% de niños de 6 años y en el 43% en los niños de 7 años siendo las más comunes la Clase II, la mordida abierta anterior y algunos casos de respiración oronasal. En conclusión, las principales alteraciones del habla son de origen músculo esquelético, seguidas por las de origen fonético fonológico; siendo las distorsiones, las alteraciones más frecuentes en los niños del estudio.

Flores y Rivera (2022) desarrollaron su estudio en San Juan de Miraflores – Lima para determinar las características de la producción del habla en niños de 6 y 7 años en una institución educativa estatal. Usó una metodología de enfoque mixto, de tipo sustantiva, con un diseño descriptivo simple, tomó una población de 227 niños y una muestra de 60 niños, siendo el muestreo probabilístico y aleatorio, utilizó la observación sistemática como técnica de recolección y el Examen Miofuncional Orofacial– MBGR como instrumento. Como resultados más relevantes se evidenció que existen alteraciones del habla en el 20% de niños siendo el principal origen el musculoesquelético en el 75% por aspectos relacionados a maloclusiones, frenillo lingual alterado, lengua y suprahioides flácidos, mientras que el 25% tienen alteración por desvío fonológico, ya que hubo presencia de sustituciones y omisiones no estando comprometidos los

órganos de la cavidad estomatognática, se evidenció también la omisión de los grupos consonánticos de [l] y [r]. Se concluye que hay presencia de alteraciones del habla en el 20% de los niños de 6 y 7 años, hay presencia de alteraciones de origen musculoesquelético por maloclusiones, frenillo lingual alterado, lengua y suprahioides flácidos, además presentan omisiones de grupos consonánticos, lengua en el suelo de la boca, lengua anteriorizada y movimiento labial reducido.

Santa Cruz (2023) realizó el estudio en el distrito de Carabaylo, Lima con la finalidad de describir las características de la producción del habla de niños de 5 a 7 años, para lo cual siguió un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo y diseño experimental de corte transeccional, tomó una población de 92 niños y una muestra de 30 niños, como técnicas utilizó la observación y el análisis documental y el instrumento fue el protocolo de evaluación del frenillo de la lengua de Marchesan. A partir de los resultados el 70% de los niños tienen un frenillo lingual adecuado, mientras que el 30% tienen un frenillo lingual alterado. Los niños con frenillo lingual adecuado no presentaron problemas en el habla, pero aquellos con frenillo lingual alterado mostraron dificultades en la pronunciación de ciertos sonidos como la /r/ vibrante múltiple, la /r/ vibrante simple y grupos consonánticos de /r/. Por lo tanto, se deduce que los niños con frenillo lingual alterado experimentan complicaciones en la producción del habla, especialmente en la emisión de sonidos vibrantes y grupos consonánticos.

Chávez (2023) desarrolló la investigación en la provincia de Arequipa, sobre las alteraciones y maloclusiones en niños de 6 a 12 años en una institución estatal, con la finalidad de describir sus características. Usó la metodología de enfoque cuantitativo, no experimental y descriptivo, en la que participó una muestra de 60 niños con mala oclusión de un total de 360 estudiantes, con el uso del instrumento denominado Examen Miofuncional – MBGR de Marchesan. A partir de los resultados se determinó la presencia de alteraciones del habla en el 76.7% de niños. Los fonos más alterados fueron el /s/, /r/ simple y vibrante, por otro lado, en niños con maloclusiones el 36.7% tiene posición anteriorizada de la lengua y el 31.7% presenta posición baja de la lengua; la acumulación de saliva en las comisuras se da en el 16,7% de los niños, el 10% denota abertura reducida de la boca, el 36,7% posición anteriorizada de la lengua, el 18,3% precisión articulatoria y el 3,3% velocidad aumentada. Se determinó que los estudiantes presentan alteraciones en la producción del habla, siendo necesario la intervención de un especialista.

2.1.2 Antecedentes internacionales

Paoloni (2024) realizó el estudio en Colombia con el objetivo de analizar características de la respiración bucal y del habla, según el tipo de disgnacias de maxilar en niños de 4 y 5 años que

asisten a un centro de rehabilitación integral en la ciudad de Salta Capital en el año 2021. Usó una metodología observacional descriptiva y como instrumento un cuestionario que fue aplicado a los niños que asistieron al centro de rehabilitación integral en el año 2021. En relación a los resultados se obtuvo que en cuanto a los sonidos vocálicos del habla el 16.7% presenta omisiones para la ejecución del fonema /a/ y dificultades en su pronunciación en relación a los fonemas /o/ y /u/ por distorsión; en cuanto a los sonidos consonánticos el 66.7% presentan dificultades en las consonantes /p/, /m/, /d/ por omisión y el 33.3% presenta una correcta articulación para estos fonemas. Por otro lado, el 50% tiene dificultades en la articulación de las consonantes /b/, /n/, /l/ por distorsión y omisión. A su vez, el 83.3% presentan dificultades en la producción del fonema /r/ por distorsión y omisión, el 33.3% presentan dificultades en la articulación de los fonemas /s/, /g/, /f/ y el 16.7% presenta dificultades fonoarticulatorias en las letras /j/, /c/ por sustitución. Se determina que los niños necesitan ser evaluados por un experto en fonoestomatología debido a que presentan una alteración en el equilibrio funcional y estético de la boca, lo que impacta en su habla. También es importante considerar el regionalismo en la pronunciación del fonema /r/ y el tiempo que tarda en ser correctamente incorporado en el habla.

López (2024) realizó una investigación en Guatemala para determinar problemas fonéticos-fonológicos en niños de 5 a 7 años, de enfoque cuantitativo con una muestra por conveniencia que respondieron al protocolo de Evaluación Fonética-Fonológica Revisado -PEFF-R. Según los resultados el 52.5% de participantes presentan un desarrollo normal del habla, el 38.75% de la presenta una alteración leve que incluye mayormente dificultad articulatoria en fonemas /r/ o /d/. El resto de la población 6.25% presentan alteración moderada incluyen dos fonemas afectados y el 2.5% alteración severa con tres o más fonemas afectados. Los fonemas encontrados con mayor frecuencia de dificultades son /r/, /d/, /s/, /l/. Se concluye que falta intervención para niños que tienen dificultades del habla ya que repercute en el desenvolvimiento social, emocional y académico.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Producción del habla

Alás et al. (2022) define el habla como “la producción de sonidos expresivos, y comprende la articulación, la fluencia, la voz y la calidad de resonancia” (p. 19).

Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (2015) el "El habla es la acción de hablar, o sea una de las formas en que expresamos nuestra lengua. Incorpora la coordinación precisa de acciones musculares de la lengua, los labios, la quijada y el tracto vocal

para producir los sonidos reconocibles que constituyen el lenguaje" (p. 2).

Por su parte la Dra. Marchesan (2002) menciona que el habla es una función estomatognática que se realiza gracias a la participación de órganos que pertenecen a otros sistemas como el respiratorio y digestivo, que en conjunto forman los órganos articulatorios del habla. Menciona así mismo que en el caso de las alteraciones del habla con presencia de un frenillo lingual alterado predominan las omisiones y sustituciones de los fonemas [r] vibrante simple, [r] vibrante compuesta, en los grupos consonánticos con [r] y en las sibilantes [s] y [z].

Según Susanibar et al. (2013) la ejecución de las estructuras fonoarticulatorias móviles son activadas con la finalidad de efectuar los diversos movimientos destinados a la producción de una secuencia motora. De este modo, son varios los sistemas que intervienen en la producción del habla, al respecto para la realización de la producción del habla se necesita del trabajo coordinado de diferentes sistemas, siendo estos el sistema respiratorio, el sistema fonatorio, el sistema articulatorio, el sistema de resonancia y la prosodia.

- Sistema fonatorio: está compuesto de partes duras (huesos), partes blandas (músculos) y espacios vacíos (senos y cavidades). La fonación se inicia con la presencia de aire espirado por los pulmones, que, al pasar por la laringe, donde se encuentran los pliegues vocales, los hace vibrar finalmente para producir el sonido.
- Sistema articulatorio: está conformado por estructuras supraglóticas (labios, dientes, lengua y las diferentes partes del paladar: alveolo, paladar duro, paladar blando o velo). Una vez que el sonido ha sido amplificado, formando lo que se conoce como voz, este al llegar a la cavidad oral será modelado por estos órganos articuladores, que dependiendo del modo como sea articulado y del lugar donde sea producido, se obtendrán los fones o sonidos del habla, que forman las palabras (Susanibar et al., 2013).
- Sistema respiratorio: conformado por estructuras infraglóticas (pulmones, bronquios y tráquea) y estructuras glóticas (cavidad nasal, bucal y faringe). La producción del habla requiere la existencia de una corriente de aire producida por los pulmones, por tal motivo el sistema respiratorio constituye la fuente de energía para todo el proceso de producción de la voz y del habla. Las disfunciones en este sistema pueden modificar la morfología y la postura de las estructuras fonoarticulatorias y corporal. Una de estas disfunciones es la respiración oral que está caracterizada porque el individuo permanece con la cavidad oral abierta siendo la inspiración ruidosa o silente (Marchesan, 2002).

- Sistema de resonancia: está formado por la faringe, cavidad nasal y oral; tienen por finalidad modificar el sonido que es producido por los pliegues vocales, modulándolo o amplificándolo, lo que da lugar a la calidad vocal, característica individual de los seres humanos.
- La prosodia: se refiere a la cualidad normal del habla, incluye velocidad, sincronización, intervalo, melodía y énfasis. La prosodia varía al cambiar el tono, la intensidad o acentuación en lugares específicos de la expresión.

Por otro lado, cabe mencionar que para la producción del habla se necesitan dos tipos de estructuras, las estáticas y las dinámicas, las cuales son descritas por Dosal (2014):

- Estructuras estáticas: Son los componentes del esqueleto, como el hioides, columna cervical, mandíbula, maxilar y base del cráneo, relacionadas entre sí por las articulaciones, los dientes participan en la superficie oclusal y en el ligamento periodontal. Así también tendones, ligamento, aponeurosis, otros de origen colagenósicos y la mucosa oral también forma parte de este grupo. Estas estructuras son componentes que proporcionan soporte y forma, pero no son responsables del movimiento activo.
- Estructuras dinámicas: Estas estructuras para llevar a cabo su función necesitan gastar energía. Están representadas por la unidad neuromuscular que moviliza a las partes estáticas. Se compone de cuatro elementos principales: la articulación temporomandibular (ATM) que permite el movimiento de la mandíbula, el componente neuromuscular, superficies y presiones oclusales y periodonto.

2.2.2 Órganos fonoarticulatorios

La producción del habla se realiza a partir de dos tipos de estructuras las fonoarticulatorias conformadas por los sistemas respiratorios y estomatognático, se produce cuando el aire de los pulmones es transformado en energía acústica en la laringe produciéndose la fonación gracias al componente mioelástico y las estructuras de la cavidad bucal.

2.2.2.1 Estructuras fonoarticuladoras.

Estas estructuras fonoarticuladoras están por encima de los órganos respiratorios y son las siguientes: “la laringe como órgano principal en la producción de la voz y las cavidades articulatorias y resonantes (faringe, boca y fosas nasales) donde el aire espirado se modifica y se articula en pequeños fragmentos de voz, gracias a diferentes segmentos alojados en o entre dichas cavidades (velo del paladar, lengua, dientes, labios, etc.)” (Rodríguez y Smith-Ágeda, 1999, p. 161).

Las estructuras fonoarticuladoras son importantes para comprender lo que es el habla, pues mediante la participación de cada una de ellas, es posible la producción de sonidos. Entre las principales estructuras fonoarticuladoras tenemos: la laringe, faringe, cavidad nasal, cavidad oral y los pliegues vocales.

2.2.2.2 Estructuras de la cavidad bucal.

La cavidad oral está delimitada anteriormente por los dientes, posteriormente por los pilares del arco palatogloso, superiormente por el paladar duro y el paladar blando e inferiormente por la lengua. Se sitúa detrás del vestíbulo oral y delante de la cavidad de la faringe (McFarland, 2008).

Según Susanibar et al. (2013) “La cavidad oral es una cavidad irregular, que se encuentra situada en la parte inferior de la cavidad nasal y que contiene a los dientes y lengua, se delimita por el paladar duro y paladar blando, mejillas, labios y piso de la boca, que se encuentra sostenida por la mandíbula (p. 76). Además, menciona que los labios, arcos dentarios, mandíbula, articulación temporomandibular (ATM), paladar duro, mecanismo velofaríngeo y lengua como las principales estructuras que intervienen en la articulación de los sonidos del habla y estas deben funcionar correctamente entre sí para lograr una correcta producción de esta.

2.2.3 Alteraciones del habla

Si tenemos en cuenta la versión más actualizada (DSM-5), el trastorno de habla es definido como un trastorno persistente de la producción del habla, atípico por lo que se refiere a la edad del niño, que puede implicar el conocimiento fonológico, el control neuromotor, las habilidades articulatorias, la fluidez, la voz y la resonancia. Es decir, en esta categoría se incluye todo tipo de dificultades de habla, tanto las de carácter primario (sin que se pueda identificar un origen neurológico, motor o perceptivo) y las secundarias a otras alteraciones. No obstante, el DSM-5 señala que debe especificarse la forma del trastorno: de habla y articulación, de fluidez, de origen motor, de voz o de resonancia (Coll-Florit et al., 2014, p. 16).

Por su parte Alás et al. (2022) define la alteración del habla como “una dificultad persistente en la producción de fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes” (p 22).

Las alteraciones del habla pueden ser idiopáticas (de origen desconocido en la actualidad) o secundarias a diferentes patologías.

2.2.3.1 De origen neurológico.

Las alteraciones del habla también pueden aparecer después de un desarrollo inicial normal del habla, produciéndose una pérdida o retraso en su progresión. Hay que tener en cuenta que, a diferencia del trastorno del desarrollo del lenguaje - TDL (donde existe una falta de aprendizaje del lenguaje inicial), cuando nos referimos a pérdida del habla o afasia existe una habilidad adquirida con normalidad. La afasia puede ser de presentación aguda o subaguda, con una causa probablemente estructural, estable o progresiva en el contexto de una enfermedad degenerativa o asociada a trastornos neuropsicológicos (Alás et al., 2022).

Disartria: Es un trastorno que dificulta la producción de las palabras debido a problemas en la musculatura que interviene en el habla a raíz de un daño a los nervios que controlan esta musculatura. Esta alteración se caracteriza por presentar alteraciones en la voz, articulación como omisiones y distorsiones y falta de coordinación en los movimientos de la musculatura oral. (Perello et al., 2005).

Dispraxia: Es un trastorno a nivel cerebral y del sistema nervioso el cual imposibilita a la persona a realizar movimientos, la causa de este trastorno es un daño cerebral. Esta alteración se caracteriza por no tener la habilidad para realizar movimientos voluntarios que se necesitan para el acto del habla, tienen como fallas articulatorias las adiciones, distorsiones y sustituciones (Perello et al., 2005).

2.2.3.2 De origen fonético fonológico.

La dimensión fonético fonológica está relacionada a las alteraciones de los sonidos del habla, según el DSM-5 es definida como una “dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes” (Alás et al., 2022, p. 23).

Los niños que presentan dificultades de articulación en las edades tempranas tienen un mayor riesgo, frente a otros niños, de presentar con posterioridad dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura, además de problemas de relación social y baja autoestima. Sin embargo, no todos

los problemas de articulación van a determinar dichos riesgos, por lo que es necesario identificar con claridad el tipo de dificultades fonético-fonológicas que presenta el niño a partir de una evaluación especializada que indique cuáles son los errores que se cometen al hablar y si estos están ajustados al nivel de desarrollo y edad del niño. El desarrollo fonético-fonológico tiene un periodo amplio de evolución; sin embargo, es importante conocer lo que un niño debe o no debe realizar correctamente a partir de los 3 años, de cara a un diagnóstico precoz (Alás et al., 2022, p. 23).

Desvíos fonológicos: Son alteraciones que impiden la correcta producción del padrón fonémico de la lengua, sin estar presente alguna alteración orgánica, anomalía anatómica o neurofisiológica. No hay una imposibilidad de articulación, pero si se observa una falla en la organización de los sonidos de la lengua. Es decir que las personas que presentan alteraciones de origen fonológico no presentan fallas orgánicas o articulatorias, pero si carecen de organización y discriminación de los sonidos.

2.2.3.3 De origen músculo esquelético.

Según Marchesan (2002) son disturbios causados por problemas en las estructuras óseas y musculares relacionadas con la producción del habla. Hacen parte de este grupo las fisuras, las lesiones o remociones de partes óseas o musculares y alteraciones de forma o de tamaño de esas estructuras.

Son aquellos trastornos producidos por alteraciones en las estructuras óseas, cartilaginosas y musculares involucradas en la producción del habla. Se consideran dentro de este grupo a las fisuras labio-alveolo-palatinas; fracturas de los huesos de la cara; las alteraciones en el tamaño y forma de la cavidad oral; alteraciones dentarias (número, forma, posición de piezas dentarias) y maloclusión; alteraciones del frenillo lingual; lesiones congénitas o producto de traumatismos o cirugías; modificaciones estructurales producto de la edad; paresia o atrofia de los músculos involucrados en el habla; tonsilas hipertróficas; disfunción temporomandibular o cualquier otra alteración que limite la anatomía. A continuación, se describen algunos factores que generan esta alteración:

- **Frenillo lingual:** Marchesan y Martinelli (2016) mencionan que el frenillo lingual es una cuerda de membrana mucosa que comprende desde la mitad de la cara inferior de la lengua (cara sublingual) hasta el piso de la boca. Dicha ubicación permite que la lengua realice diversos movimientos de manera normal. Sin embargo, este frenillo se presenta como gran dificultad, cuando es muy corto o con poca elasticidad, ya que no permite un adecuado movimiento de la lengua al producirse el habla.

Se considera un frenillo lingual adecuado o normal cuando la fijación en la cara inferior de la lengua se encuentra en el medio y la fijación en el piso de la boca se encuentra generalmente a partir de las carúnculas sublinguales, por otro lado, un frenillo lingual alterado, es aquel que no permite que la lengua realice movimientos extensos, así como aquellos están insertados en la cresta alveolar inferior o inmediatamente debajo de ella; dificultando la succión adecuada de la lengua contra el paladar; de igual modo, los que presentan el ápice en forma más cuadrada que redondeada y solo los bordes se elevan al levantar la lengua, e incluso aquellos que para alcanzar el paladar es necesario que se cierre la mandíbula (Marchesan y Martinelli, 2016).

- Alteraciones en la oclusión: Otra de las alteraciones de las alteraciones músculo esqueléticas son las maloclusiones dentarias, debido a que la incorrecta alineación de los dientes puede generar problemas en la pronunciación. En el caso de la sobremordida, los sonidos sibilantes se producen con un silbido. En las mordidas cruzadas, se presentan movimientos laterales de la mandíbula que también afectan la articulación de los sonidos sibilantes. Las mordidas abiertas favorecen el desarrollo del ceceo anterior y la posición adelantada de los fonemas /t/, /d/, /l/ y /n/ (Marchesan, 2004).

En la maloclusión de Clase II de Angle, la producción de los fonemas bilabiales se ve afectada, ya que se producen mediante el contacto del labio inferior con los incisivos superiores; además, los fonemas linguodentales se distorsionan y puede haber un ceceo lateral. En este tipo de maloclusión, es común que la mandíbula se desplace hacia adelante para ampliar el espacio dentro de la cavidad oral y facilitar el adecuado posicionamiento de la lengua para la articulación de ciertos fonemas (Marchesan, 2004).

En la maloclusión de Clase III de Angle, se observan cambios en el punto de articulación de los sonidos fricativos, ya que el labio superior se articula con los incisivos inferiores para producir dichos sonidos (Marchesan, 2004).

- Alteraciones en la arcada dentaria: Se trata de alteraciones estructurales que modifican el punto de articulación de ciertos sonidos. En el caso de la inclinación vestibularizada de los incisivos superiores, los fonemas /t/, /d/, /l/ y /n/ se producen con una posición más adelantada de la lengua. Por otro lado, en la inclinación lingualizada de los mismos incisivos, los sonidos sibilantes se ven afectados, ya que la lengua baja la punta y eleva el dorso para adaptarse y acomodarse en la cavidad oral.

Por otro lado, la ausencia de piezas dentales, en especial de los incisivos, genera un habla caracterizada por un silbido, un mayor escape de saliva y una tendencia a anteriorizar los fonemas linguodentales. Estas alteraciones son comunes en niños que atraviesan la etapa de dentición mixta. De igual manera, la falta de premolares o molares provoca distorsiones en los fonemas /s/ y /ch/ (Marchesan, 2004).

- **Movimientos mandibulares alterados:** Hace referencia a movimientos inadecuados de la mandíbula durante el habla, como son los deslizamientos frontales o laterales, que se realizan con la finalidad de encontrar mejores posibilidades de articulación para algunos fonemas (Chahuayo, 2020).

2.2.4 Desarrollo del habla en el niño

En el niño el habla se da por etapas que están relacionadas al nivel de maduración física y funcional de los órganos fonoarticulatorios, a continuación, se describen cada una de estas etapas:

- Comunicación prelingüística:** Etapa del nacimiento hasta los doce meses. En esta primera etapa aparecen las primeras manifestaciones del sonido, como las vocalizaciones reflejas y el llanto, entre los dos y cuarto meses el bebé empieza a sonreír y aparecen los gorjeos en la parte velar, esta comunicación lo puede hacer solo, en protoconversaciones y cuando duerme. Entre los cuatro a seis meses, aparece una expansión fonética, el bebé logra realizar sonidos consonánticos y da emisiones vocálicas más largas. A partir de los seis meses aparece el balbuceo que se caracteriza con la combinación de consonante – vocal de forma repetitiva y en sílabas bilabiales. Entre los diez y doce meses el balbuceo es más constante y variado con el uso de combinaciones consonante – vocal (García, 2004, citado por Concepción y Martínez, 2022).
- Etapa fonológica de las cincuenta palabras:** Etapa de los doce a los dieciocho meses. En esta etapa el infante es capaz de vocalizar aproximadamente cincuenta palabras, emplea consonantes alveolares y bilabiales, abarcando prolongaciones de dos sílabas como máximo (García, 2004).
- Etapa del proceso simplificador del habla:** Etapa de los dieciocho meses a los cuatro años. Se expresa en habla en el niño, pero de manera ininteligible, debido a la falta de maduración neuromuscular de los órganos fonoarticulatorios, por lo que el niño tiende a simplificar las palabras, además todavía no tiene una correcta representación mental (García, 2004).

Por otro lado, a los dos años el niño expresa algunas frases entendibles con omisiones, distorsiones y sustituciones de los sonidos. A los tres años el vocabulario se triplica en comparación de los dos años, la familia entiende lo que habla siendo necesario saber si otras personas entienden al niño para determinar si existe un retraso. Con cuatro años el niño articula en forma infantil buscando precisiones respecto a lo que escucha (Pinto y Chamorro, 2009).

- d. **Etapas de la culminación de la adquisición fonética y fonológica:** Etapa de los cuatro a seis años. En esta etapa el niño ha logrado superar casi todos los procesos simplificadoros, a los cinco años ya se le entiende correctamente y se prepara para el habla adulta (Concepción y Martínez, 2022).

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Alteración del habla:

Trastorno o daño en la producción del habla, afectando la producción de algunos fonemas.

Apertura máxima de la boca:

Término utilizado para indicar la máxima abertura que realiza la boca.

Ápice de la lengua:

Parte delantera de la lengua situada en el tercio anterior. La correcta articulación de sonidos dentales y alveolares depende del movimiento y velocidad que tenga.

Carúnculas sublinguales:

Prominencia coniforme situada a los lados de la fijación inferior del frenillo lingual.

Comisura:

Lugar en donde se reúnen formaciones anatómicas.

Fijación del frenillo:

Acción de mantener unido o fijado un ligamento o pliegue a otra estructura anatómica. Unión del frenillo con la cara inferior de la lengua y el piso de la boca.

Fisura:

Hendidura en la superficie de una estructura corporal.

Frenillo:

Pliegue mucoso desde una parte más fija hacia una con mayor movimiento.

Frenillo de la lengua:

Pliegue vertical de mucosa situado en la línea media de la superficie ventral de la lengua. Une la parte libre de la lengua al piso de la boca.

Habla espontánea:

Producción del habla en situaciones habituales sin ser dirigida por un tercero.

2.4 HIPÓTESIS

El estudio no planteó hipótesis, siendo una investigación descriptiva.

El presente estudio no formula hipótesis de estudio puesto que el estudio desde un alcance descriptivo pretende describir las características de la prevalencia del habla, y no establecer una relación de causalidad o correlación que justificaría plantear una hipótesis. Como precisa Corona y Fonseca (2023) solo se admite el planteamiento de hipótesis en estudios descriptivos “cuando a través de la hipótesis se predice el comportamiento de un determinado fenómeno” (p. 271).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio siguió un enfoque cuantitativo, puesto que se utilizó un instrumento que permita cuantificar la prevalencia de las alteraciones del habla, presentado en tablas y figuras, según Polonía et al. (2020) los estudios cuantitativos miden fenómenos basados en estadísticas, se desarrolla de manera secuencial y puede ser comprobado además entre sus bondades destaca la generalización de los resultados, la réplica y predicción.

De tipo básica, puesto que el estudio utilizó la teoría ya existente, para lograr especificarla u obtener características en un lugar y contexto determinado (Sánchez et al., 2018). El estudio hizo uso de las teorías sobre alteraciones del habla, para obtener en este caso las características de las alteraciones del habla en niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac.

El estudio siguió un diseño no experimental, transversal y descriptivo simple; no experimental puesto que no manipuló la variable en estudio, es decir fue descrita y estudiada en una realidad ya plasmada sin alterarla, al respecto Arias y Covinos (2021) precisaron que este diseño no presenta condiciones experimentales se obtiene información de los sujetos en un contexto natural, donde los investigadores solo observan sin alterar o intervenir.

Trasversal puesto que la información se obtuvo en un solo momento, al respecto Hernández y Mendoza (2018) precisan que “los diseños transeccionales o transversales recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (p. 207).

Además siguió un diseño descriptivo simple ya que especifica el nivel de prevalencia de las alteraciones del habla, en beneficio de los niños de 5 a 7 años, este tipo de estudios “el investigador busca y recoge información relacionada con el objeto de estudio, no presentándose la

administración o control de un tratamiento, es decir, está constituida por una variable y una población” (Polonía et al., 2020, p. 34)

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Según Arias y Covinos (2021) "La población es un conjunto infinito o finito de sujetos con características similares o comunes entre sí" (p. 116), el estudio tomó como población a 100 niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac. El muestreo empleado fue el no probabilístico intencionado por las investigadoras considerando los criterios de inclusión y de exclusión (Arias y Covinos, 2021).

Tabla 1

Muestra de niños de 5 a 7 años

Característica	Cantidad de niños
Población	100
Muestra	60

A continuación, se detalla los criterios de inclusión y exclusión:

a. Criterios de inclusión:

- Pertenecer al distrito de Pachacamac.
- Niños de 5 años 0 meses a 7 años 11 meses de edad.
- Los niños y niñas cuyos padres de familia hayan autorizado su participación en la investigación.

b. Criterios de exclusión:

- Niños con diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo.
- Niños con diagnóstico de patologías asociadas al desarrollo del lenguaje.
- Niños con dificultades sensoriales que limiten la exploración orofacial.

Mientras que la muestra quedo conformada por un total de 60 niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac. El muestreo empleado fue el no probabilístico intencionado por las investigadoras considerando los criterios de inclusión y de exclusión (Arias y Covinos, 2021).

3.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable

Alteraciones del habla

Definición conceptual

Es el uso incorrecto e impreciso de las normas, signos y reglas de una lengua, debido a la aparición de fallas en los procesos que intervienen en la producción del habla, puede presentarse en aspectos segmentales: fonética y fonológica; y; aspectos suprasegmentales: prosodia, fluidez y voz (Susanibar et al., 2013).

Definición operacional

Dificultades en la producción del habla de niños de 5 años 0 meses a 7 años 11 meses de edad que altera el habla e impide la comunicación, ocasionado por aspectos neurológicos, fonético fonológicos y músculos esqueléticos.

Tabla 2

Operacionalización de las variables

Variable	Dimensión	Indicadores
alteraciones del habla	examen intraoral	lengua paladar tonsilas palatinas dientes oclusión
	movilidad	labios lengua velo palatino
	habla	habla automática habla espontánea nominación de figura aspectos generales: saliva apertura de boca posición de lengua movimiento labial movimiento mandibular resonancia precisión articulatoria velocidad coordinación

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de investigación es un procedimiento sistemático que se utiliza para obtener información para responder a los objetivos, pudiendo también rechazar o aceptar una hipótesis (Medina et al., 2023). El uso de la técnica permitió identificar el camino correcto para llevar a cabo la investigación, las técnicas utilizadas fueron la observación y la entrevista. La observación permitió la interacción entre los niños y los investigadores a fin de identificar las características de las alteraciones del habla y la entrevista siendo una técnica que permitió la recolección de datos a partir de preguntas abiertas dirigida a los padres de familia.

Mientras que como instrumento se utilizó el Examen Miofuncional Orofacial MBGR adaptado por CPAL (2011).

Ficha Técnica

- Nombre: Examen Miofuncional MBGR.
- Autores: Irene Queiroz Marchesan y colaboradores Año de Creación: 2009
- Tiempo de aplicación: No hay un tiempo exacto.
- Margen de aplicación: Niños y adultos
- Nivel de significación: Evalúa las funciones fonéticas del habla ya sean estas por omisión, sustitución e imprecisión articulatoria e cada uno de los fonemas.
- Materiales: Protocolo, baja lengua, guantes, filmadora, grabadora.
- Investigaciones que utilizaron el protocolo Orofacial MBGR:
Cristhian Concepción y Martha Martínez en el año 2022 quienes caracterizaron el habla en niños de 5 a 6 años en Carabaylo, Lima;
Gina Flores y Noelia Rivera en el año 2022 realizaron el estudio sobre la caracterización de la producción del habla en niños de 6 y 7 años en el distrito de San Juan de Miraflores, Lima
Denisse Chahuayo en el año 2020 realizó la investigación para caracterizar la producción del habla en niños de 6 y 7 años en Quillabamba, Cusco.

3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El estudio se desarrolló a partir de cinco etapas descritas a continuación:

- Primera etapa: en la cual se delimitó a los participantes, para ello se organizó una campaña de evaluación en 2 instituciones educativas, para niños del rango requerido del distrito de Pachacamac.

- Segunda etapa: se seleccionó los casos de estudio a partir de los criterios de inclusión y exclusión, en esta etapa fue necesario la entrega y firma a los padres de familia del consentimiento informado, para contar con la participación de su menor hijo.
- Tercera etapa: recojo de la información a partir de la evaluación de habla con el protocolo MBGR, con el uso de la técnica de la observación y un video para la obtención de la muestra de habla.
- Cuarta etapa: interpretación de resultados, para lo cual se elaboró una base de datos que luego fue analizado estadísticamente con la intención de obtener tablas y figuras que midan la prevalencia de alteraciones del habla.
- Quinta etapa: elaboración del informe final de tesis, con la obtención de resultados se elaboró la base de datos en Excel que permitió al análisis y discusión de los mismos, además de llegar a las conclusiones y recomendaciones del estudio.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de datos se hizo uso del análisis cuantitativo, se elaboró una base de datos con ayuda del programa Microsoft Excel. que permitió el análisis y procesamiento de los datos cuantitativos obtenidos de la aplicación del Examen Miofuncional Orofacial MBGR.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1.PRESENTACIÓN DE RESULTADOS El capítulo IV presenta los resultados descriptivos de la investigación, se organizó según la secuencia de los objetivos descritos. Los resultados descritos a continuación pertenecen a una muestra de 60 niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac quienes participaron en el estudio con la autorización de sus padres. Participaron en la resolución del Examen Miofuncional Orofacial – MBGR, en aspectos de las alteraciones generales, alteraciones fonético fonológico y alteraciones músculo esquelético.

4.1.1 Características de las alteraciones del habla

La tabla 3, detalla los tipos de alteraciones del habla, donde se observa que el 67% de las alteraciones detectadas son de tipo fonético fonológico, lo que indica que la mayoría de los pacientes evaluados presentan dificultades en organizar de forma adecuada los sonidos de los fonemas durante el habla, así como la discriminación de estos. Un 33% de los pacientes presenta alteraciones de origen músculo esquelético, lo que significa que las alteraciones en la producción de los sonidos están relacionadas a alteraciones estructurales o musculares de los órganos articulatorios. En contraste, las alteraciones neurológicas las cuales no fueron representativas, representándose por el 0%.

Tabla 3

Tipos de alteraciones del habla

Criterio	f	%
fonético fonológico	40	67%
músculo esquelético	20	33%
Neurológico	0	0%
Total	60	100%

La tabla 4, precisa la posición habitual de la lengua, en la muestra evaluada, se determinó que la mayoría de evaluados siendo el 72% que representa a 43 niños tienen una posición adecuada de la lengua, mientras que el 28% restante mantiene la lengua mal posicionada, siendo la lengua en el suelo, así como la punta baja con el dorso elevado, las que más destacan en este sentido, ambas con un 8%.

Tabla 4

Posición habitual de la lengua

Criterio	F	%
Adecuada	43	72%
en el suelo	8	13%
punta bajo dorso alto	8	13%
Interdental	1	2%
Total	60	100%

La tabla 5, describe las características del frenillo lingual, observándose que el 5% presenta un frenillo lingual alterado, con extensión corta. Así mismo se observa que en relación a la fijación en la lengua, en el 8% está se encuentra entre la parte media y el ápice de la lengua, mientras que, en relación a la fijación en el suelo de la boca, se observa que 3% de ellos se encuentra en la cresta alveolar.

Tabla 5

Frenillo lingual

Característica	Criterio	f	%
Extensión	adecuado	55	92%
	largo	2	3%
	corto	3	5%
	total	60	100%
fijación en la lengua	parte media	55	92%
	entre la parte media y el ápice	5	8%
	en el ápice	0	0%
	total	60	100%
fijación en el suelo	carúnculas	58	97%
	cresta alveolar	2	3%
	total	60	100%
otras características	no hay	58	97%
	submerso	2	3%
	espeso	0	0%
	fibrosis	0	0%
	total	60	100%

En la tabla 6, se muestran las características del paladar duro, determinándose que el 27% tiene una profundidad aumentada, es decir, tienen un paladar alto. Por otro lado, en cuanto al ancho del paladar se observa que en el 22% de los niños esta se encuentra reducida, es decir, tienen un paladar estrecho.

Tabla 6

Paladar duro

Característica	Criterio	f	%
Profundidad	adecuada	44	73%
	reducida	0	0%
	aumentada	16	27%
	total	60	100%
Ancho	adecuada	45	75%
	aumentada	2	3%
	reducida	13	22%
	total	60	100%

La tabla 7, detalla las características del velo palatino de la muestra en estudio, determinándose que el 97% de niños presenta simetría del velo palatino mientras que en el 3% está ausente. Con respecto a la extensión en el 98% de niños la extensión del velo palatino es adecuada, en el 2% es largo, mientras que ninguno niño lo presenta corto.

Tabla 7

Velo palatino

Característica	Criterio	f	%
Simetría	presente	58	97%
	ausente	2	3%
	total	60	100%
Extensión	adecuada	59	98%
	largo	1	2%
	corto	0	0%
	total	60	100%

La tabla 8, muestra las características de las tonsilas palatinas, observándose que la mayoría no presenta alteraciones en ellas, sin embargo, el 8% de los niños evaluados, presentan tonsilas palatinas de tamaño aumentado en ambos lados, así mismo como un 7% con hiperemia también en ambos lados.

Tabla 8*Tonsilas palatinas*

Característica	Criterio	f	%
Presentes	presentes	55	92%
	removidas	0	0%
	no observables	5	8%
	total	60	100%
Tamaño	adecuado	54	90%
	hipertrofia D	1	2%
	hipertrofia I	0	0%
	hipertrofia D e I	5	8%
	total	60	100%
Coloración	inadecuado	0	0%
	adecuado	56	93%
	hiperemia D	0	0%
	hiperemia I	0	0%
	hiperemia D e I	4	7%
	total	60	100%

En la tabla 9, se observa la etapa de dentición de la muestra en estudio, se observa que la mayoría de los niños se encuentran en fase de dentición mixta (72%), mientras que el 28% de ellos, se encuentra aún en fase de dentición decidía, sin haber iniciado aún la muda dentaria.

de niños

Tabla 9*Fase de dentición*

Criterio	f	%
Decidua	17	28%
Mixta	43	72%
Total	60	100%

La tabla 10, detalla las características de la oclusión dentaria de la muestra, en cuanto a la relación horizontal es adecuada en el 96% de los niños, en el 2% de los niños presenta una alteración de borde a borde y en el otro 2% es sobresaliente; con respecto a la relación vertical es adecuada en el 86% de los niños, se evidencia una sobremordida excesiva en el 10% de los niños; una mordida borde a borde en el 2% de los niños y una mordida abierta anterior en el otro 2% de los niños; mientras que en la relación transversal todos los niños la presenta adecuada.

Tabla 10*Oclusión dentaria*

Característica	Criterio	f	%
relación horizontal	adecuada	58	96%
	borde a borde	1	2%
	sobresaliencia	1	2%
	mordida cruzada	0	0,0%
	total	60	100%
relación vertical	adecuada	52	86%
	sobremordida excesiva	6	10%
	mordida borde a borde	1	2%
	mordida abierta anterior	1	2%
	mordida abierta posterior D	0	0%
	mordida abierta posterior I	0	0%
	total	60	100%
relación transversal	adecuada	60	100%
	mordida cruzada posterior D	0	0%
	mordida cruzada posterior I	0	0%
	total	60	100%

La tabla 11, detalla las características de la movilidad de la lengua de la muestra en estudio, con respecto a la protrusión lingual el 43% de los niños evaluados no logra ejecutar este movimiento, el 5% de la población evaluada no ejecuta la lateralización del ápice lingual a las comisuras y labios; así mismo el 10 % de los niños no logra elevar el ápice en la papila incisiva; del mismo modo, el 10% de la muestra no realiza la lateralización del ápice en la mejilla derecha e izquierda, dentro de este grupo el 7% ejecuta el movimiento de manera alterada y el 3% no es capaz de realizarlo, un 10% no logra estallar el ápice de la lengua y un 12% lo realiza de manera alterada. Respecto a la succión de la lengua al paladar un 50% de la población no logra realizar este movimiento, así como el de vibración, que se encuentra representado por el 50%. Por otro lado, la producción del sonido de la vocal "a" repetidamente, la cual evalúa la movilidad del velo del paladar, se produce de manera reducida en ambos lados en el 5% de los niños.

Tabla 11*Movilidad de la lengua*

Característica	Criterio	f	%
Protrusión	Adecuada	23	38%
	Alterada	11	18%
	Ausente	26	43%
	Total	60	100%
lateralización del ápice a las comisuras y labios	Adecuada	57	95%
	Alterada	3	5%
	Ausente	0	0%
	Total	60	100%
elevación del ápice a la papila incisiva	Adecuada	54	90%
	Alterada	6	10%
	Ausente	0	0%
	Total	60	100%
lateralización del ápice a la mejilla D	Adecuada	54	90%
	Alterada	4	7%
	Ausente	2	3%
	Total	60	100%
lateralización del ápice a la mejilla I	Adecuada	54	90%
	Alterada	4	7%
	Ausente	2	3%
	Total	60	100%
estallar en el ápice	Adecuada	47	78%
	Alterada	7	12%
	Ausente	6	10%
	Total	60	100%
succión de la lengua al paladar	Adecuada	17	28%
	Alterada	13	22%
	ausente	30	50%
	total	60	100%
vibración	adecuada	14	23%
	alterada	16	27%
	ausente	30	50%
	total	60	100%
velo palatino hablar "a" repetidamente	adecuada D e I	57	95%
	reducida D e I	3	5%
	ausente D e I	0	0%
	total	60	100%

4.1.2 Características de las alteraciones del habla de origen fonético fonológico

En la tabla 12, se observa los fonos alterados durante el habla espontánea de los niños con alteración fonética fonológica, observándose la presencia de omisiones, sustituciones y distorsiones de sonidos. Dentro de este grupo se evidenciaron en mayor frecuencia las omisiones. Encontrándose que los fonos que más se omitieron fueron el /r/ (43%), /s/ (33%), /gr r/ (28%), /n/ (10%) y el /r vibrante/ (10%). Con relación a la sustitución las más frecuentes fueron /r/ (33%) por los fonos /d/, /i/, /l/, y /ll/; y /r/ vibrante (10%) por los fonos /l/ y /d/.

la distorsión de los fonos /s/ (10%), /r/ (3%) y /r/ vibrante (3%), principalmente por la falta y poca vibración (88%).

Tabla 12

Habla espontánea en la alteración de tipo fonético fonológico

Fonos alterados	Omisión		Sustitución		Distorsión	
	f	%	f	%	f	%
/m/	2	5%	-	-	-	-
/b/	1	3%	3	8%	-	-
/f/	-	-	1	3%	-	-
/s/	13	33%	2	5%	4	10%
/k/	1	3%	3	8%	-	-
/t/	1	3%	1	3%	-	-
/d/	-	-	3	8%	-	-
/n/	4	10%	2	5%	-	-
/l/	1	3%	1	3%	-	-
/r/	17	43%	13	33%	1	3%
/r/ vibrante	4	10%	4	10%	1	3%
Grupos de /l/	2	5%	2	5%	-	-
Grupos de /r/	11	28%	2	5%	-	-

En la tabla 13, se observa los fonos alterados durante el habla automática de los niños con alteración fonética fonológica, observándose la presencia de omisiones, sustituciones y distorsiones de sonidos, siendo las omisiones halladas en mayor frecuencia, de los fonos que más se omitieron fueron el /gr r/ (58%), /r/ (40%) y /s/ (33%). La sustitución es más frecuente en los fonos /r/ (33%) por los fonos /d/, /t/, /l/ e /i/; /gr r/ (28%) por los fonos /l/ e /i/; y /d/ (25%) por los fonos /n/, /l/, /r/, /ll/ y /t/. Mientras que se determinó la distorsión de los fonos /s/ (13%), /r/ vibrante (3%), /grl/ (3%) y el /gr r/ (3%).

Tabla 13*Habla automática en la alteración de tipo fonético fonológico de la muestra*

Fonos alterados	Omisión		Sustitución		Distorsión	
	f	%	f	%	f	%
/m/	1	3%	2	5%	-	-
/b/	-	-	4	10%	-	-
/s/	13	33%	2	3%	5	13%
/k/	1	3%	3	8%	-	-
/g/	3	8%	3	8%	-	-
/t/	1	3%	2	5%	-	-
/d/	1	3%	10	25%	-	-
/n/	4	10%	6	15%	-	-
/l/	-	-	1	3%	-	-
/r/	16	40%	13	33%	-	-
/r/vibrante	2	5%	2	5%	1	3%
Grupos de /l/	-	-	1	3%	1	3%
Grupos de /r/	23	58%	11	28%	1	3%

En la tabla 14, se observa los fonos alterados durante la nominación de figuras de los niños con alteración fonética fonológica, observándose la presencia de omisiones, sustituciones y distorsiones de sonidos, evidenciándose con mayor frecuencia las sustituciones. Los fonos que más se omitieron fueron el /gr r/ (48%), /grl/ (45%), /r/ (30%) y el fono /s/ (25%). La sustitución es más frecuente en los fonos /r/ (60%) por los fonos /ll/, /l/, /t/, /d/, /n/, e /i/; /r/ vibrante (56%) por los fonos /l/, /d/, /ll/ y /n/; /gr r/ (43%) por los fonos /l/ y /n/; y el fono /d/ (25%) por los fonos /l/, /r/, /n/, y /t/. Mientras que se determinó la distorsión de los fonos /s/ (13%), /r/ vibrante (10%), /r/ (8%) y /ch/ (3%).

Tabla 14*Nominación de figuras en la alteración de tipo fonético fonológico de la muestra*

Fonos alterados	Omisión		Sustitución		Distorsión	
	f	%	f	%	f	%
/m/	1	3%	-	-	-	-
/p/	1	3%	-	-	-	-
/b/	-	-	3	8%	-	-
/f/	1	3%	-	-	-	-
/s/	10	25%	1	3%	5	13%
/ch/	-	-	-	-	1	3%
/j/	1	3%	5	13%	-	-
/k/	1	3%	2	5%	-	-
/g/	1	3%	5	13%	-	-
/d/	-	-	10	25%	-	-
/n/	5	13%	-	-	-	-
/l/	2	5%	4	10%	-	-
/r/	12	30%	24	60%	3	8%
/r/ vibrante	0	-	23	56%	4	10%
Grupos de /l/	18	45%	6	15%	-	-
Grupos de /r/	19	48%	17	43%	-	-

En la tabla 15, se detallan las características adicionales observadas durante el del habla en los niños con alteraciones fonéticas fonológicas, observándose que el 87.5% que representa a la mayoría de los niños evaluados deglute la saliva de forma apropiada, mientras que el 10% acumula en las comisuras. En cuanto a la apertura de la boca durante el habla, se observa reducida en el 57.5%, y es normal en el 42.5 % Mientras que la posición de la lengua durante el habla es adecuada en el 65% de los niños evaluados y el 7.5% presentó posición anteriorizada de la lengua durante el habla.

Tabla 15*Presencia de saliva, apertura de la boca y posición de la lengua durante el habla*

Característica	Criterio	f	%
acumulación de saliva	deglute	35	87.5%
	acumula en comisuras	4	10%
	acumula en labio inferior	1	2.5%
	escupe	0	0%
	babea	0	0%
	total	40	100%
apertura de boca	normal	17	42.5%
	reducida	23	57.5%
	exagerada	0	0%
	total	40	100%
posición de la lengua	adecuada	26	65%
	en el suelo	11	27.5%
	anteriorizada	3	7.5%
	posteriorizada	0	0%
	punta baja y laterales altos	0	0%
	total	40	100%

La tabla 16, detalla los movimientos labial y mandibular durante el habla, observándose que el movimiento labial es adecuado en el 52.5 % de los niños y es reducida en el 47.5% de los niños. La trayectoria mandibular es adecuada en el 97.5% que representa a 39 niños.

Tabla 16*Movimiento labial y mandibular durante el habla*

Característica	Criterio	f	%
labial	adecuada	21	52.5%
	Reducida	19	47.5%
	Exagerado	0	0%
	Total	40	100%
mandibular - trayectoria	Adecuado	39	97.5%
	desvió hacia D	1	2.5%
	desvió hacia I	0	0%
	Anteriorizada	0	0%
	Total	40	100%

La tabla 17, describe la resonancia y precisión articulatoria, con respecto a la resonancia se determinó que el 95% de los niños tiene un equilibrio oronasal conformado por 38 niños. Mientras que la precisión articulatoria fue adecuada en el 95% de los niños e imprecisión sistemática en el 5% de los niños.

Tabla 17*Resonancia y precisión articulatoria durante el habla*

Característica	Criterio	f	%
resonancia	equilibrio oronasal	38	95%
	uso reducido nasal	1	2.5%
	uso excesivo nasal	1	2.5%
	Laringofaringea	0	0%
Total		40	100%
precisión articulatoria	Adecuada	38	95%
	imprecisión asistemática	0	0%
	imprecisión sistemática	2	5%
	Total	40	100%

La tabla 18, detalla la velocidad y coordinación pneumofonoarticulatoria de la muestra, la velocidad es normal en el 92.5% de los niños mientras que es aumentada en el 7.5% de los niños; en cuanto a la coordinación pneumofonoarticulatoria, es adecuada en el 97.5% que representa a 39 niños.

Tabla 18*Velocidad de habla y coordinación pneumofonoarticulatoria durante el habla*

Característica	Criterio	f	%
velocidad de habla	Normal	37	92.5%
	Aumentada	3	7.5%
	Reducida	0	0%
	Total	40	100%
Coor. Pneumofonoarticulatoria	Adecuada	39	97.5%
	Alterada	1	2.5%
	Total	40	100%

4.1.3 Características de las alteraciones del habla de origen músculo esquelético

En la tabla 19, se observa los fonos alterados durante el habla espontánea de los niños con alteración músculo esquelético, observándose la presencia de omisiones, sustituciones y distorsiones de sonidos, presentándose en mayor frecuencia las omisiones. Los fonos que más se omitieron fueron el /grl/ (15%), /l/ (15%), /gr r/ (10%), /r/ (10%) y el /s/ (10%). La sustitución más frecuente es de los fonos /r/ (20%) por los fonos /l/, /d/; /r/ vibrante (20%) por el fono /d/ y /gr r/ (20%) por los fonos /l/ e /i/. Mientras que se determinó la distorsión de los fonos /s/ (10%), /ch/ (1%).

Tabla 19*Habla espontánea en la alteración de tipo músculo esquelético*

Fonos alterados	Omisión		Sustitución		Distorsión	
	f	%	F	%	f	%
/m/	1	5%	-	-	-	-
/b/	1	5%	-	-	-	-
/f/	1	5%	-	-	-	-
/s/	2	10%	-	-	2	10%
/ch/	1	5%	-	-	1	5%
/j/	1	5%	-	-	-	-
/k/	1	5%	2	10%	-	-
/g/	1	5%	-	-	-	-
/ll/	1	5%	-	-	-	-
/ñ/	1	5%	-	-	-	-
/t/	1	5%	-	-	-	-
/d/	1	5%	-	-	-	-
/n/	2	10%	-	-	-	-
/l/	3	15%	1	5%	-	-
/r/	2	10%	4	20%	-	-
/r/ vibrante	1	5%	4	20%	-	-
Grupos de /l/	3	15%	-	-	-	-
Grupos de /r/	2	10%	4	20%	-	-

En la tabla 20, se observa los fonos alterados durante el habla automática de los niños con alteración músculo esquelético, observándose la presencia de omisiones, sustituciones y distorsiones de sonidos, hallándose en mayor frecuencia las omisiones. Los fonos que más se omitieron fueron el /gr r/ (20%), /r/ (15%), /grl/ (15%), /r/ vibrante (10%) y /s/ (10%). La sustitución más frecuente es de los fonos /gr r/ (40%) por los fonos /i/ y /l/; /r/ vibrante (20%) por los fonos /d/ y /l/; y /r/ (15%) por el fono /l/. Mientras que se determinó la distorsión del fono /ch/ (5%).

Tabla 20*Habla automática en la alteración de tipo músculo esquelético*

Fonos alterados	Omisión		Sustitución		Distorsión	
	f	%	F	%	f	%
/b/	1	5%	-	-	-	-
/f/	1	5%	1	5%	-	-
/s/	2	10%	-	-	-	-
/ch/	1	5%	-	-	1	5%
/j/	1	5%	-	-	-	-
/k/	1	5%	1	5%	-	-
/g/	1	5%	-	-	-	-
/ll/	1	5%	-	-	-	-
/ñ/	1	5%	-	-	-	-
/t/	1	5%	-	-	-	-
/d/	1	5%	-	-	-	-
/n/	1	5%	1	5%	-	-
/l/	1	5%	2	10%	-	-
/r/	3	15%	3	15%	-	-
/r/ vibrante	2	10%	4	20%	-	-
Grupos de /l/	3	15%	-	-	-	-
Grupos de /r/	4	20%	8	40%	-	-

En la tabla 21, se observa los fonos alterados durante la nominación de figuras de los niños con alteración músculo esquelético, observándose la presencia de omisiones, sustituciones y distorsiones de sonidos, encontrándose en mayor frecuencia las sustituciones. Los fonos que más se omitieron fueron el /gr r/ (25%), /grl/ (25%), y el fono /s/ (15%) que se presenta con mayor frecuencia. La sustitución de los fonos /gr r/ (60%) por los fonos /i/ y /l/, /r/ vibrante (55%) por los fonos /d/, /l/y /r; /r/ (25%) por los fonos /d/ y /l/. Mientras que se determinó la distorsión de los fonos /r/ vibrante (15%) y /ch/ (5%).

Tabla 21*Nominación de figuras en la alteración de tipo músculo esquelético*

Fonos alterados	Omisión		Sustitución		Distorsión	
	f	%	F	%	f	%
/b/	1	5%	-	-	-	-
/f/	1	5%	-	-	-	-
/s/	3	15%	-	-	-	-
/ch/	1	5%	-	-	1	5%
/j/	1	5%	1	5%	-	-
/k/	1	5%	1	5%	-	-
/g/	1	5%	-	-	-	-
/ll/	1	5%	-	-	-	-
/ñ/	1	5%	-	-	-	-
/t/	1	5%	-	-	-	-
/d/	1	5%	-	-	-	-
/n/	2	10%	-	-	-	-
/l/	2	10%	2	10%	-	-
/r/	2	10%	5	25%	-	-
/r/ vibrante	2	10%	11	55%	3	15%
Grupos de /l/	5	25%	3	15%	-	-
Grupos de /r/	5	25%	12	60%	-	-

En la tabla 22, se detalla características adicionales observadas en los niños con alteraciones en el habla de origen músculo esquelético, observándose que el 95% de los niños que representa a la mayoría de los niños evaluados deglute la saliva de forma apropiada mientras que el 5% de los niños acumula en las comisuras. En cuanto a la apertura de la boca durante el habla se observa que es normal en el 75% de los niños y reducida en el 25%. Mientras que la posición de la lengua durante el habla es adecuada en el 90% de los niños evaluados, y el 5% presentó posición anteriorizada de la lengua durante el habla.

Tabla 22*Presencia de saliva, apertura de la boca y posición de la lengua durante el habla*

Característica	Criterio	f	%
acumulación de saliva	deglute	19	95%
	acumula en comisuras	1	5%
	acumula en labio inferior	0	0%
	escupe	0	0%
	babea	0	0%
	total	20	100%
apertura de boca	normal	15	75%
	reducida	5	25%
	exagerada	0	0%
	total	20	100%
posición de la lengua	adecuada	18	90%
	en el suelo	1	5%
	anteriorizada	1	5%
	posteriorizada	0	0%
	punta baja y laterales altos	0	0%
	total	20	100%

La tabla 23, detalla los movimientos labial y mandibular durante el habla, observándose que el movimiento labial es adecuado en el 85% de los niños y es reducida en el 15% de los niños. La trayectoria mandibular es adecuada en el 100% que representa a 20 niños.

Tabla 23*Movimiento labial y mandibular durante el habla*

Característica	Criterio	f	%
labial	adecuada	17	85%
	reducida	3	15%
	exagerado	0	0%
	total	20	100%
mandibular - trayectoria	adecuado	20	100%
	desvió hacia D	0	0%
	desvió hacia I	0	0%
	anteriorizado	0	0%
	total	20	100%

La tabla 24, describe la resonancia y precisión articulatoria, con respecto a la resonancia se determinó que el 100% de los niños tiene un equilibrio oronasal conformado por 20 niños. Mientras que la precisión articulatoria fue adecuada en el 95% de los niños e imprecisión sistemática en el 5% de los niños.

Tabla 24*Resonancia y precisión articulatoria durante el habla*

Característica	Criterio	f	%
resonancia	equilibrio oronasal	20	100%
	uso reducido nasal	0	0%
	uso excesivo nasal	0	0%
	Laringofaringea	0	0%
	Total	20	100%
precisión articulatoria	Adecuada	19	95%
	imprecisión asistemática	0	0%
	imprecisión sistemática	1	5%
	Total	20	100%

La tabla 25, detalla la velocidad y coordinación pneumofonoarticulatoria de la muestra, la velocidad es normal en el 95% de los niños y es aumentada en el 5% de los niños; en cuanto a la coordinación es adecuada en el 100% que representa a 20 niños.

Tabla 25*Velocidad de habla y coordinación pneumofonoarticulatoria durante el habla*

Característica	Criterio	f	%
velocidad de habla	Normal	19	95%
	Aumentada	1	5%
	Reducida	0	0%
	Total	20	100%
Coor. Pneumofonoarticulatoria	Adecuada	20	100%
	Alterada	0	0%
	Total	20	100%

4.1.4 Características de las alteraciones del habla de origen neurológico

Respecto a este punto se toma como referencia la tabla 2 en la que se puede apreciar que de la muestra evaluada no se hallaron niños con alteraciones del habla de origen neurológico representados por el 0%. De aquí que, no se pueden detallar las características del habla de esta población.

4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una vez concluido el análisis de resultados, siendo el objetivo general: determinar las características de las alteraciones del habla en niños de 5 a 7 años del distrito de Pachacamac y logrando culminar con los objetivos de la investigación. Se demostró que 60 niños presentaron algún tipo de alteración siendo la alteración de tipo fonético fonológico la que predominó con el 67% de los niños, seguido del tipo músculo esquelético en el 33%, no se evidenció alteraciones del tipo neurológico.

Lo que difiere con los resultados de Chahuayo (2020), donde el origen principal de alteraciones del habla es músculo esquelético (76%) y de origen fonético fonológico en el 24% de los niños, así como también de Flores y Rivera (2022), quienes determinaron el origen músculo esquelético en el 75% de los niños y por desvío fonológico en el 25% de los niños.

A continuación, se realizará un análisis detallado siguiendo el orden de nuestros objetivos planteados en cuanto al primer objetivo sobre las características de las alteraciones del habla se determinó que el 60% de los niños presentan alteraciones del habla teniendo en cuenta características detalladas a continuación. la posición de la lengua es adecuada en la mayoría de los niños, mientras que pocos niños presentaron posición de la lengua en el suelo y punta baja dorso alto. Similar resultado obtuvo Chávez (2023), quien encontró que pocos niños con maloclusiones presentaron posición baja de la lengua. Contrario al estudio de Flores y Rivera (2022) donde solo 3 niños presentaron posición de la lengua adecuada y en su mayoría fue posición de la lengua en el suelo y anteriorizada.

Con respecto al frenillo lingual, se pudo apreciar que la mayoría de los niños evaluados poseen un frenillo lingual adecuado, y sólo un menor porcentaje lo tiene alterado, al igual que lo observado por Santa Cruz (2023), quien determinó que en un menor porcentaje los niños presentan el frenillo lingual alterado(30%).

Con respecto a los movimientos de la lengua, se puede observar que la succión de la lengua en el paladar está ausente en la mitad de los niños, y esta alterada en menor cantidad, mientras que la realización de la vibración de la lengua está ausente en la mitad de los niños. Resultado diferente al encontrado por Santa Cruz (2023), quien indica que casi la totalidad de los niños evaluados, lograban succionar la lengua contra el paladar así como realizar la vibración de la lengua

Por otro lado, se observa que la protrusión lingual fue realizada de forma correcta por más de la mitad de los niños evaluados. Este resultado difiere con lo expuesto por Santa Cruz (2023), quien

encontró que la totalidad de los niños consiguen ejecutar correctamente esta praxia lingual

Con respecto al primer objetivo específico, se aprecia que la alteración de tipo fonético fonológico se da en más de la mitad de los niños y la de origen músculo esquelético se presentó en el 33% de los niños. Lo que difiere con los resultados de Chahuayo (2020), donde el origen principal de alteraciones del habla es músculo esquelético, teniendo 71% de alteraciones encontradas a los seis años y 80% a los siete años y de origen fonético fonológico con un 29% a los seis años y 20% a los siete años, así como también de Flores y Rivera (2022), quienes determinaron el origen músculo esquelético en el 75% de los niños y por desvío fonológico en el 25% de los niños.

Respecto al segundo objetivo específico, sobre las características de las alteraciones del habla de origen fonético fonológico. En la ejecución del habla espontánea, automática y nominación de figuras los fonos más omitidos fueron /r/, /gr r/, /s/ y /grl/; por su parte Paoloni (2024), observó alteraciones en los fonemas /r/, /l/ y /n/; mientras que López (2024), observó mayor prevalencia de omisión en los fonos /r/, /d/, /s/, /l/, /g/, /y/ y /f/.

Otro resultado relevante es el movimiento labial obtenido, observándose que el movimiento labial es reducido en el 47.5% de los niños. Al respecto Chahuayo (2020) y Flores y Rivera (2022), precisaron que el movimiento labial ya sea reducido o exagerado, generan alteraciones en la articulación de los sonidos del habla lo que provoca omisión, distorsión y sustitución.

En cuanto al tercer objetivo específico, sobre las características de las alteraciones del habla músculo esquelético, durante el habla espontánea, el habla automática y la nominación de figuras se omitieron principalmente los fonos /grl/, /gr r/, /l/ y /r/. Hallazgos que coinciden con lo expuesto por Flores y Rivera (2022), donde las omisiones frecuentes fueron en los grupos consonánticos de /r/, /l/ y el fon /r/.

Otro resultado importante es la sustitución de fonos siendo los más frecuentes /r/ vibrante por /d/ y /l/, /gr r/ por /i/ y /l/, y /r/ por /l/ y /d/. Resultado que coincide con Flores y Rivera (2022), quienes encontraron la sustitución más frecuente de los grupos consonánticos de /r/ por /l/, así mismo los fonos /r/ y /r/ vibrante son sustituidos por /d/ y /l/. Sin embargo los resultados difieren con lo encontrado por Chahuayo (2020), que encontró que los más sustituidos fueron /l/ por /r/, /l/ por /r/ y /d/ por /r/.

En cuanto a la distorsión de los fonos los más frecuentes fueron /s/, /ch/ y /r/ vibrante; similar resultado obtuvo Chahuayo (2020), quien encontró que los fonos más distorsionados fueron /r/, /r/ y los del grupo /r/.

Por ultimo sobre el cuarto objetivo específico, las características de las alteraciones del habla de origen neurológico, se determinó que de la muestra del estudio no se presentó niños con alteraciones del habla, al igual que en las investigaciones de Chahuayo (2020) y Flores y Rivera (2022), quienes no encontraron alteraciones de origen neurológico.



CONCLUSIONES

1. La principal alteración del habla en los niños evaluados es de origen fonético fonológico, mientras que las alteraciones músculo esqueléticas son menos frecuentes. No se encontraron casos de alteraciones de origen neurológico.
2. Respecto a las características de las alteraciones del habla en los niños evaluados, se encontró el frenillo lingual adecuado en la mayoría de niños (92%) por ende esta alterado en el 8% de niños. La succión de la lengua al paladar es realizada de forma adecuada en el 28%, alterada en el 22% y ausente en la mitad de la muestra, con respecto a la vibración de la lengua, es adecuada en el 23%, alterada en el 27% y ausente en la mitad de los niños. Por otro lado, la mayoría de los niños se encontraban en fase de dentición mixta (72%).
3. En el habla espontánea, los fonemas más omitidos en niños con alteraciones fonético fonológicas fueron /r/ y /s/, mientras que en los niños con alteraciones músculo esqueléticas, las omisiones se centraron en /gr r/ y /l/.
4. En el habla automática las principales omisiones fueron /gr r/ /r/ y /s/ en niños con alteración fonético fonológico y los fonos /gr r /r/ / y /grl/ en niños con alteración músculo esquelético. La sustitución de los fonos /r/ y /gr r/ fue similar en ambos tipos de alteración, mientras que la distorsión del fono /s/ se presentó en niños con alteración fonético fonológico y el fono /ch/ en niños con alteración músculo esquelético.
5. En la nominación de figuras en niños con alteración fonético fonológico, los fonos con más omisión fueron /gr r/, /grl/ y /r/; la sustitución fue más frecuente en los fonos /r/, /r/ vibrante y /gr r/; y la distorsión de los fonos /s/ y /r/ vibrante. Mientras que en niños con alteración músculo esquelético, los fonos con más omisión fueron el /gr r/, /grl/; la sustitución fue más frecuente en los fonos /gr r/ y /r/ vibrante y la distorsión del fono /r/ vibrante.
6. En general, se observaron más omisiones de fonemas en el habla espontánea y automática, mientras que en la nominación de figuras se evidenciaron principalmente sustituciones y pocas distorsiones.
7. No se identificaron niños con alteraciones del habla de origen neurológico.

RECOMENDACIONES

1 La principal alteración del habla en los niños evaluados es de origen fonético fonológico, mientras que las alteraciones músculo esqueléticas son menos frecuentes. No se encontraron casos de alteraciones de origen neurológico.

2 Respecto a las características de las alteraciones del habla en los niños evaluados, se encontró el frenillo lingual adecuado en la mayoría de niños (92%) por ende esta alterado en el 8% de niños. La succión de la lengua al paladar es realizada de forma adecuada en el 28%, alterada en el 22% y ausente en la mitad de la muestra, con respecto a la vibración de la lengua, es adecuada en el 23%, alterada en el 27% y ausente en la mitad de los niños. Por otro lado, la mayoría de los niños se encontraban en fase de dentición mixta (72%).

3 En el habla espontánea, los fonemas más omitidos en niños con alteraciones fonético fonológicas fueron /r/ y /s/, mientras que en los niños con alteraciones músculo esqueléticas, las omisiones se centraron en /gr r/ y /l/.

4 En el habla automática las principales omisiones fueron /gr r/ /r/ y /s/ en niños con alteración fonético fonológico y los fonos /gr r/ /r/ y /grl/ en niños con alteración músculo esquelético. La sustitución de los fonos /r/ y /gr r/ fue similar en ambos tipos de alteración, mientras que la distorsión del fono /s/ se presentó en niños con alteración fonético fonológico y el fono /ch/ en niños con alteración músculo esquelético.

5 En la nominación de figuras en niños con alteración fonético fonológico, los fonos con más omisión fueron /gr r/, /grl/ y /r/; la sustitución fue más frecuente en los fonos /r/, /r/ vibrante y /gr r/; y la distorsión de los fonos /s/ y /r/ vibrante. Mientras que en niños con alteración músculo esquelético, los fonos con más omisión fueron el /gr r/, /grl/; la sustitución fue más frecuente en los fonos /gr r/ y /r/ vibrante y la distorsión del fono /r/ vibrante.

6 En general, se observaron más omisiones de fonemas en el habla espontánea y automática, mientras que en la nominación de figuras se evidenciaron principalmente sustituciones y pocas distorsiones.

7 No se identificaron niños con alteraciones del habla de origen neurológico.

REFERENCIAS

- Alás, A., Ramos, I., Machado, I., Fernández, D. M., & Gortázar, M. (2022). Trastornos del lenguaje, del habla y de la comunicación. Conceptos, clasificación y clínica. *Asociación Española de Pediatría, 1*, 19-30.
- Arias, J. L., & Covinos, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques Consulting EIRL. <http://repositorio.concytec.gob.pe/handle/20.500.12390/2260>
- Atauqui, R., Cubas, H., & Muñoz, L. L. (2024). *Características respiratorias y de la producción del habla en niños de 6 a 8 años de edad de dos instituciones educativas privadas* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio//handle/20.500.12404/29154>
- Carreño, M. E., & Joza, K. J. (2019). Derechos Humanos y las dificultades del lenguaje oral en niños y niñas que asisten a la Fundación Mi Comunidad Previene. *Iustitia Socialis: Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas y Criminalísticas, 4*(7 (Julio-Diciembre)), 5-20.
- Chahuayo, D. (2020). *Características de la producción del habla en niños de 6 y 7 años de la Institución Educativa 50230 Simón Bolívar – Quillabamba – Cusco* [Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio//handle/20.500.12404/18007>
- Chávez, M. M. (2023). *Maloclusión dental y alteraciones en la producción del habla en niños de 6 a 12 años de una Institución Educativa Estatal de Arequipa – Perú, 2021* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio//handle/20.500.12404/27465>
- Coll-Florit, M., Aguado, G., Fernández, A., Gamba, S., Perelló, E., & Vila, J. (2014). *Trastornos del habla y de la voz*. UOC. <https://www.uv.mx/rmipe/files/2019/07/Trastornos-del-habla-y-de-la-voz.pdf>
- Concepción, C. O., & Martínez, M. G. (2022). *Características del habla de niños de 5 a 6 años*

- con respiración adecuada o alterada de una institución educativa pública de Carabayllo* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio//handle/20.500.12404/23490>
- Corona, L. A., & Fonseca, M. (2023). Las hipótesis en el proyecto de investigación: ¿cuándo sí, cuándo no? *MediSur*, 21(1), 269-273.
- Csendes, P. C. (2024, diciembre 8). El impacto crítico de la escasez de especialistas médicos en Perú. *infobae*. <https://www.infobae.com/peru/2024/12/08/el-impacto-critico-de-la-escasez-de-especialistas-medicos-en-peru/>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (2015). *Etapas del desarrollo del habla y el lenguaje*. NIDCD.
- Dosal, R. (2014). *Producción de la voz y el habla, la fonación*. Escuela de enfermería Casa de la Salud Valdecilla.
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5583/DosalGonzalezR.pdf>
- EsSalud. (2022). *Hospital Almenara brindó más de 4000 terapias de aprendizaje y lenguaje a niños durante la pandemia*. Essalud. <http://noticias.essalud.gob.pe/?innoticia=hospital-almenara-brindo-mas-de-4000-terapias-de-aprendizaje-y-lenguaje-a-ninos-durante-la-pandemia>
- Flores, G. Z., & Rivera, N. M. (2022). *Características de la producción del habla en niños de 6 y 7 años en una Institución Educativa Estatal de San Juan de Miraflores* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio//handle/20.500.12404/27485>
- García, P. (2004). Órganos que intervienen en la articulación de los fonemas “. La Dislalia, Naturaleza, diagnóstico y rehabilitación. *España: CEPE S.A.*, 17-23.
- González, J. J., & García, J. M. (2019). *Trastornos del lenguaje y la comunicación*. 3, 569-577.
- Hernández, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación, las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGRAW-HILL INTERAMERICANA.
<http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. (2023). *El 19,41% de la población del*

- Perú tiene menos de 12 años.* <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/869357-el-19-41-de-la-poblacion-del-peru-tiene-menos-de-12-anos>
- López, K. A. (2024). Detección temprana de problemas fonéticos-fonológicos en preescolares de 5 a 7 años. *Revista Académica CUNZAC*, 7(1), 159-170.
<https://doi.org/10.46780/cunzac.v7i1.123>
- Marchesan, I. (2002). *Fundamentos de Fonoaudiología. Aspectos Clínicos de Motricidad Oral*. Medica Panamericana.
- Marchesan, I. (2004). Alterações de fala de origem músculoesquelética. *Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca*, 292-303.
- Marchesan, I. (2005). *¿Qué son los trastornos del habla de origen fonético y cómo tratarlos?* Pulso.
- Marchesan, I., & Martinelli, R. (2016). Trastornos de los Sonidos del Habla – TSH: ¿Cómo el diagnóstico basado en evidencias influye en la intervención? *EOS*, 197-210.
- McFarland, D. (2008). *Atlas de anatomía en ortofonía: Lenguaje y deglución*. Elsevier Masson.
- Medina, M., Rojas, R., Bustamante, W., Loaiza, R., Martel, C., & Castillo, R. (2023). *Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación* (1.^a ed.). Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú.
<https://doi.org/10.35622/inudi.b.080>
- Medline. (2022). *Trastornos del habla en niños: MedlinePlus enciclopedia médica*.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001430.htm>
- Mejías-Padilla, V. (2021). Implicaciones y efectos neurológicos en el desarrollo del lenguaje. *Revista Docentes 2.0*, 10(1), 25-31. <https://doi.org/10.37843/rtd.v10i1.178>
- Monfort, M., & Juárez, A. (2018). *El niño que habla, el lenguaje oral en preescolar* (Decimosexta). <https://www.editorialcepe.es/wp-content/uploads/2010/12/9788486235635.pdf>
- Paoloni, M. B. (2024). *Características de la respiración y el habla según tipo de disgnacias de maxilar en niños de 4 y 5 años* [Tesis de grado, Universidad FASTA].
<http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/handle/123456789/1953>

- Perello, E., Salesa, E., & Bonavida, A. (2005). *Tratado de Audiología: Anatomía y Fisiología del oído*. Elsevier.
- Pinto, A., & Chamorro, R. (2009). Prueba de Lenguaje para pre-escolares. *TELEFRE*.
Universidad Católica de Maule.
https://www.academia.edu/23499079/PRUEBA_DE LENGUAJE_PARA_PRE_ESCOLARES
- Polonía, C. L., Cardona, F. A., Castañeda, G. I., Vargas, I. A., Calvache, O. A., & Abanto, W. I. (2020). *Metodología de investigación cuantitativa y cualitativa*. Institución Universitaria Antonio José Camacho y Universidad César Vallejo.
- Rodríguez, S., & Smith-Ágeda, J. (1999). *Anatomía de los órganos del lenguaje, visión y audición*. Panamericana.
- Sánchez, H., Reyes, C., & Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Vicerrectorado de investigación.
<https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>
- Santa Cruz, G. (2023). *Características de la producción del habla en niños de 5 a 7 años según el frenillo lingual de una institución educativa particular del distrito de Carabayllo, 2021* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/26128>
- Susanibar, F., Parra, D., & Dioses, A. (2013). *Motricidad orofacial. Fundamentos basados en evidencias*. EOS.
- Tomas, L. L. (2021). *Trastorno Fonético-Fonológico y su relación con la comprensión lectora en los estudiantes de primer grado, Colegio Estatal José María Arguedas 6024, Lima-2018* [Tesis de maestría, Universidad Católica Sedes Sapientiae].
https://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/1054/Tomas_%E2%80

ANEXOS



ANEXO 1
EXAMEN MIOFUNCIONAL OROFACIAL - MBGR



CEFAC Pós-Graduação em Saúde e Educação



Examen Miofuncional Orofacial - MBGR

Marchesan IQ, Barreñ-Félix G, Gazaro KF, Rehder M

Traducido al español por el Equipo de Habla del CPAL
Mónica Paredes – Lydia Fernández

Nombre y apellidos: _____

Nº _____

Fecha de examen: ___/___/___

Edad: ___ años y ___ meses Nac: ___ / ___ / ___

1.- EXAMEN INTRAORAL

Lengua [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 11)

Posición habitual:	<input type="checkbox"/> no observable	(1) en el suelo	(1) punta baja y dorso alto	(1) interdental	_____
Frenillo: extensión:	(0) adecuada	(1) largo	(1) corto		
Fijación en la lengua:	(0) parte media	(1) entre la parte media y el ápico	(2) en el ápico		
fijación en el suelo:	(0) entre las carúnculas	(1) en la cresta alveolar			
otras características:	(0) no hay	(1) submucoso	(1) espeso	(1) con fibras	

Observación: _____

Paladar [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 3)

Duro: Profundidad:	(0) adecuada	(1) reducida (baja)	(2) aumentada (alta)
Ancho:	(0) adecuada	(1) aumentada (ancha)	(2) reducida (estrecha)
Veló paladar: Simetría:	(0) presente	(1) ausente	
(Blando) Extensión:	(0) adecuada	(1) largo	(2) corto

Observación: _____

Tonsilas palatinas [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 4)

Presencia:	<input type="checkbox"/> presentes	<input type="checkbox"/> reducidas	<input type="checkbox"/> no observables
Tamaño:	(0) adecuado	(1) hipertrofia D	(1) hipertrofia I
Coloración:	(0) adecuado	(1) hiperemia D	(1) hiperemia I

Observación: _____

Dientes [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 5)

Dentadura:	<input type="checkbox"/> dentura	<input type="checkbox"/> mixta	<input type="checkbox"/> permanente
-------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Observación: _____

Oclusión [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 11)

Relación horizontal:	(0) adecuada (TH <= 1 y <= 2mm)	(1) mordida borde a borde (TH <= 2mm)	(1) sobresalencia excesiva (TH > 2mm)	(1) mordida cruzada anterior (TH <= 2mm)
Relación vertical:	(0) adecuada (IV <= 1 o <= 2mm)	(1) sobremordida excesiva (IV > 2mm)	(1) mordida abierta posterior D (IV <= 2mm)	(1) mordida abierta posterior I (IV <= 2mm)
Relación transversal:	(0) adecuada	(1) mordida cruzada posterior D	(1) mordida cruzada posterior I	

Observación: _____



2.- MOVILIDAD [] Sumar las puntuaciones de labios, lengua, velo palatino y mandíbula (mejor resultado = 0 y peor = 49)

Lengua [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 16)

	Adecuada (0)	Alterada (1)	Ausente (2)
Protruir			
Tocar el ápice secuencialmente en las comisuras D/I y en los labios S/I	(0)	(1)	(2)
Tocar el ápice en la papila incisiva	(0)	(1)	(2)
Tocar el ápice en la mejilla D	(0)	(1)	(2)
Tocar el ápice en la mejilla I	(0)	(1)	(2)
Estallar el ápice	(0)	(1)	(2)
Succionar la lengua en el paladar	(0)	(1)	(2)
Vibrar	(0)	(1)	(2)

Observaciones: _____

Velo palatino (Paladar blando) [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 4)

Hablar "a" repetidamente	Adecuada (0) D (0) I	Reducida (1) D (1) I	Ausente (2) D (2) I
--------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------

Observaciones: _____

3.- FUNCIONES OROFACIALES [] Sumar las puntuaciones de respiración, masticación, deglución y habla

(mejor resultado = 0 y peor = 98)

Habla [] Sumar las puntuaciones de las cinco pruebas (mejor resultado = 0 y peor = 44)

Sí está alterada, es de origen: / fonética / fonético-fonológica / fonológica / fisiológica / estructural / En caso de alteración fonética, es de origen: / funcional / DTM / neuromuscular /
otro: _____

Habla espontánea [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 6)

Utilizar las siguientes preguntas: "diga su nombre y cuántos años tiene"
"diga lo que usted hace (estudia, trabaja)"
"cuente un viaje (paseo) que usted hizo y que le guste"

Omisión: (0) ausente (1) asistémica (2) sistemática	fon(s): _____
Sustitución: (0) ausente (1) asistémica (2) sistemática	fon(s): _____
Distorsión: (0) ausente (1) asistémica (2) sistemática	fon(s): _____

Habla automática [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 6)

"cuente del 1 al 20" diga los días de la semana y las meses del año"

Omisión: (0) ausente (1) asistémica (2) sistemática	fon(s): _____
Sustitución: (0) ausente (1) asistémica (2) sistemática	fon(s): _____
Distorsión: (0) ausente (1) asistémica (2) sistemática	fon(s): _____

Nominación de figura [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 6)

Utilizar las figuras de la plancha

Omisión: (0) ausente (1) asistémica (2) sistemática	fon(s): _____
Sustitución: (0) ausente (1) asistémica (2) sistemática	fon(s): _____
Distorsión: (0) ausente (1) asistémica (2) sistemática	fon(s): _____

En caso de distorsión, ésta se relaciona a la siguiente alteración de lengua:

interdental anterior interdental lateral ausencia o poca vibración del ápice vibración múltiple del ápice
 elevación de dorso rebajamiento del dorso otras: _____

Obs.: En casos de sustitución indicar el fonema no realizado y por cual fue sustituido

Aspectos generales [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 18)



Saliva:	(0) deglute (1) acumula en la cavidad derecha y/o izquierda (1) acumula en el labio inferior	(2) escupe	(3) babea
Abertura de boca:	(0) normal	(1) reducida	(1) exagerada
Posición de lengua:	(0) adecuada	(1) en el suelo	(2) anteriorizada (2) posteriorizada (2) punta baja y laterales altos
Movimiento labial:	(0) adecuado	(1) reducido	(1) exagerado
Movimiento mandibular:	(0) trayectoria adecuada	(1) desvío hacia derecha	(1) desvío hacia izquierda (1) antenizado
Resonancia:	(0) equilibrio orofaríngeo	(1) uso reducido nasal	(1) uso excesivo nasal (1) laringofaríngeo
Precisión articulatoria:	(0) adecuada	(1) imprecisión asistemática	(2) imprecisión sistemática
Velocidad:	(0) normal	(1) aumentada	(1) reducida
Coordinación pneumofonoarticulatoria:	(0) adecuada	(1) alterada	

En caso de imprecisión está se relaciona a:

- tipo: respiración orofaríngeo maloclusión uso de prótesis velocidad de habla
 posición: uso de medicamento cantidad de saliva reducción de aberturas de boca
 atención neurológica fatiga muscular ansiedad/depresión otras: _____

Observación:



ANEXO 2
LISTA DE FIGURAS DEL PROTOCOLO MBGR

FIGURAS
Adaptado al español por el Equipo de Habla del CPAL
Mónica Paredes – Lydia Fernández



FIGURAS

Adaptado al español por el Equipo de Habla del CPAL.
Mónica Paredes - Lyda Fernández



ANEXO 3
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE FAMILIA



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
CICLO DE INVESTIGACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN LINGÜÍSTICA Y PSICOLOGÍA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIONES (DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN)



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE FAMILIA

El propósito de esta ficha de consentimiento es dar una clara explicación a los padres de familia sobre la naturaleza de la investigación y el rol que su menor hijo(a) tendrá en ella como participante.

La presente investigación es conducida por **Cecilia del Pilar Irigoín Pizarro y Karoline Ramírez Callañaupa** de la Pontificia Universidad Católica del Perú. El objetivo de este estudio es identificar las **características de la prevalencia de las alteraciones del habla en niños de 5 a 7 años de Pachacamac, 2024**.

Si usted accede a que su menor hijo(a) participe en este estudio, se le aplicará el protocolo de evaluación "Examen Miofuncional Orofacial MBGR". Esto tomará aproximadamente 15 minutos.

La participación de su menor hijo(a) en este estudio es estrictamente voluntaria. Así mismo la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas que su menor hijo(a) dará serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

De tener preguntas sobre la investigación y del rol que cumplirá su menor hijo(a) durante su participación en este estudio, puede contactar a **Cecilia del Pilar Irigoín Pizarro y Karoline Ramírez Callañaupa** al teléfono **984345761 – 993365524** o al correo **a20234649@pucp.edu.pe - a20234383@pucp.edu.pe**.

Desde ya le agradecemos que autorice la participación de su hijo(a).

AUTORIZACIÓN

Mediante el presente, yo _____
identificado con DNI _____ autorizo que mi hijo(a)
_____ participe

voluntariamente en esta investigación, conducida por **Cecilia del Pilar Irigoín Pizarro y Karoline Ramírez Callañaupa**. He sido informado(a) de que el objetivo de este estudio es identificar las **características de la prevalencia de las alteraciones del habla en niños de 5 a 7 años de Pachacamac, 2024**.

Me han indicado también que a mi menor hijo(a) se le aplicará el protocolo de evaluación "Examen Miofuncional Orofacial MBGR". Lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que mi menor hijo(a) brinde en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Firma del Padre

Fecha:

ANEXO 4
CARTA DE PRESENTACIÓN A LAS I.E.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO
CENTRO PERUANO DE AUDICIÓN, LENGUAJE Y APRENDIZAJE
ESCUELA DE ESTUDIOS SUPERIORES - DEPARTAMENTO DE MAESTRÍAS
PROGRAMAS DE POSGRADO



Lima, 02 de septiembre de 2024

Señor
Manuel Á. Villacorta Jara
Director del I.E Virgen del Rosario – Manchay

Presente

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y presentarle a las estudiantes Cecilia del Pilar Irigoín Pizarro y Karoline Elizabeth Ramírez Callañaupa, alumnas del IV ciclo de la Maestría en Fonoaudiología con mención en Motricidad Orofacial, Voz y Tartamudez, desarrollada por el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje en convenio con la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Las alumnas **Irigoín y Ramírez**, actualmente, se encuentran ejecutando su Trabajo de Tesis titulado: " Características de la prevalencia de las alteraciones del habla en niños de 5 a 7 años de Pachacamac, 2024 ", motivo por el cual, solicito le brinden las facilidades que estime pertinente para que apliquen el Instrumento" Examen Miofuncional Orofacial MBGR". La asesora de la tesis es la Mg. Mariela Silvia Tsuda Miyagawa.

Agradezco la atención que brinde a la presente.

Atentamente,

MARCELA SANDOVAL PALACIOS
Directora de la Maestría
Escuela de Estudios Superiores
PUCP - CPAL

263-24
/fmmf



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO
CENTRO PERUANO DE AUDICIÓN, LENGUAJE Y APRENDIZAJE
ESCUELA DE ESTUDIOS SUPERIORES - DEPARTAMENTO DE MAESTRÍA
PROGRAMAS DE POSGRADO



Lima, 25 de septiembre de 2024

Señor
William De La Cruz Gonzales
Director del I.E.P "MONITOR HUÁSCAR"
Presente

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y presentarle a las estudiantes Cecilia del Pilar Irigoín Pizarro y Karoline Elizabeth Ramírez Callañaupa, alumnas del IV ciclo de la Maestría en Maestría en Fonoaudiología con mención en Motricidad Orofacial Voz y Tartamudez, desarrollada por el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje en convenio con la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Las alumnas **Irigoín y Ramírez**, actualmente, se encuentran ejecutando su Trabajo de Tesis titulado: " Características de la prevalencia de las alteraciones del habla en niños de 5 a 7 años de Pachacamac, 2024", motivo por el cual, solicito les brinde las facilidades que estimen pertinente para que apliquen el Examen Miofuncional Orofacial MBGR. La asesora de la tesis es la Mg. Mariela Tsuda.

Agradezco la atención que brinde a la presente.

Atentamente,

MARCELA SANDOVAL PALACIOS
Directora de la Maestría
Escuela de Estudios Superiores
PUCP - CPAL

322-24
/cgm