

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Escuela de Posgrado



Características del habla de niños de 5 a 6 años con respiración adecuada o alterada de una institución educativa pública de Carabaylo

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

***Cristhian Oswaldo Concepción Pérez
Martha Gabriela Martínez Minga***

Asesora:

Mg. Mariela Silvia Tsuda Miyagawa

Co-asesora:

Dra. Esperanza Bernaola Coria

Lima, 2022

DEDICATORIA

La concepción de esta tesis está dedicada a mis abuelos, padres, hermanas, tíos y a todas las personas que estuvieron a lo largo del camino apoyando para que el motor y motivo de mi vida nunca decaiga.

Sin el apoyo de ustedes, no hubiese podido culminar con satisfacción esta etapa académica.

A mi maestra y consejera, María Elena Mascaró, que sé que desde donde se encuentre estará muy feliz y orgullosa de este nuevo paso.

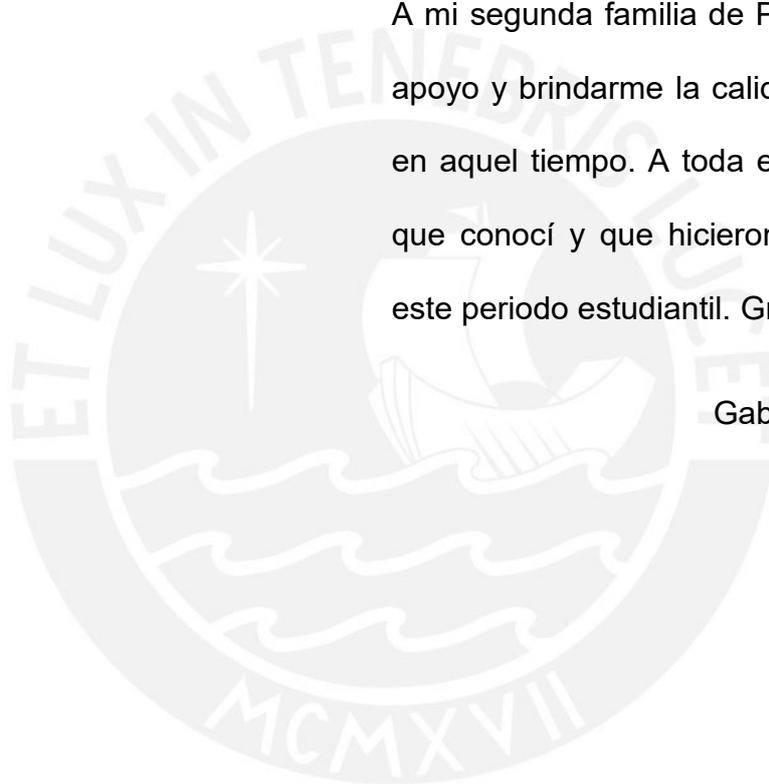
Cristhian Concepción

DEDICATORIA

Dedico esta tesis al pilar fundamental de mi vida, mi familia, ya que su apoyo y su motivación han sido clave en cada paso hacia el logro de esta meta.

A mi segunda familia de Perú por todo su apoyo y brindarme la calidez de un hogar en aquel tiempo. A toda esa bonita gente que conocí y que hicieron más llevadero este periodo estudiantil. Gracias.

Gabriela Martínez



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por iluminar el camino para culminar esta investigación, a la Pontificia Universidad Católica del Perú y al Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL), por darnos la oportunidad de crecer como profesionales y seres humanos.

Finalmente agradecemos a nuestras asesoras, Dra. Esperanza Bernaola y Mg. Mariela Tsuda, por guiarnos con paciencia y dedicación a lo largo de la investigación.

RESUMEN

El presente estudio descriptivo simple, tiene como objetivo principal determinar las características en la producción del habla en niños y niñas de 5 a 6 años que presentan modo respiratorio adecuado o alterado. La muestra estuvo conformada por 50 niños de ambos sexos con edades de 5 y 6 años. En todos los niños evaluados se aplicó el Protocolo Miofuncional Orofacial – MBGR. En los resultados se evidencia que la mayoría de los niños presenta un habla alterada (72%); sin embargo, se observa que tan solo el 28 % de los niños no presentan ninguna alteración en el habla. Los niños de 5 (10%) y 6 (6%) años con respiración adecuada que presentan alteraciones en el habla tienen problemas al producir los fonos /j/, /d/, /s/, /r/, /rr/, grupo consonántico de /L/ y grupo consonántico de /R/. Finalmente se pudo evidenciar que el 42% de niños de 5 años y el 14 % de los niños de 6 años con respiración alterada presentan alteraciones en la producción de los fonos /d/, /t/, /s/, /l/, /r/, /rr/, grupo consonántico /R/, grupo consonántico /L/.

Palabras clave: Características del habla, modo respiratorio, producción del habla, alteraciones del habla.

ABSTRACT

The main objective of this simple descriptive study was to determine the characteristics of speech production in children aged 5 to 6 years who present adequate or altered respiratory mode. The sample consisted of 50 children of both sexes aged 5 and 6 years. The Orofacial Myofunctional Protocol - MBGR was applied to all the children evaluated. The results show that most of the children presented altered speech (72%); however, it is observed that only 28% of the children did not present any speech alteration. Children 5 (10%) and 6 (6%) years of age with adequate respiration who present speech alterations have problems producing the phonemes /j/, /d/, /s/, /r/, /rr/, consonantal group of /L/ and consonantal group of /R/. Finally, it could be evidenced that 42% of 5-year-old children and 14% of 6-year-old children with impaired respiration present alterations in the production of the phonemes /d/, /t/, /s/, /l/, /r/, /rr/, consonant group /R/, consonant group /L/.

Key words: Speech characteristics, respiratory mode, speech production, speech disorders.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Páginas
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO	vii
ÍNDICE DE CUADRO DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS Y/O DIBUJOS	x
INTRODUCCIÓN	1
PRIMERA PARTE: MARCO DE LA INVESTIGACIÓN	
CAPÍTULO I	
MARCO CONTEXTUAL	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 Problema general	5
1.1.2.2 Problema específico	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	8
CAPÍTULO II	
MARCO CONCEPTUAL	9
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	9
2.1.1 Antecedentes nacionales	9
2.1.2 Antecedentes internacionales	11
2.2 BASES TEÓRICAS	14
2.2.1 Funciones estomatognáticas	14
2.2.2 Respiración	14
2.2.2.1 Anatomía y fisiología	15
2.2.2.2 Modos de respiración	15
a) Respiración nasal	15
b) Respiración oral	16
c) Respiración oronasal o mixto	16

2.2.3 Habla	16
2.2.3.1 Órganos que intervienen en el habla	17
a) Órganos de la respiración	17
b) Órganos de la fonación	18
c) Órganos de la articulación	19
2.2.3.2 Desarrollo del habla	20
a) Etapa del nacimiento hasta los doce meses	21
b) Etapa de los doce a los dieciocho meses	21
c) Etapa de los dieciocho meses a los cuatro años	22
d) Etapa de los cuatro a los seis años	22
2.2.3.3 Clasificación de los fonemas	23
a) Según punto de articulación	23
b) Según modo de articulación	24
2.2.3.4 Adquisición de los fonemas según grupo de edad	25
2.2.3.5 Alteraciones de la articulación del habla.	26
a) Alteraciones neurogénicas	26
b) Alteraciones de origen músculo-esquelético	27
c) Alteraciones fonético-fonológicas	27
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	29
SEGUNDA PARTE: DISEÑO METODOLÓGICO Y RESULTADOS	
CAPÍTULO III	
DISEÑO METODOLÓGICO	30
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	30
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	31
3.2.1 Tipo de muestreo	31
3.2.2 Criterios de inclusión	31
3.2.3 Criterios de exclusión	31
3.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	32
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
3.4.1 Técnicas	33
3.4.2 Instrumentos	34
3.5 OTROS MATERIALES	35
3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	37
CAPÍTULO IV	
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	38
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	38
4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	49
Conclusiones	53
Recomendaciones	54
REFERENCIAS	55
ANEXOS	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Las características del habla según su etapa de desarrollo	22
Tabla 2 Cuadro de adquisición fonética-fonológica.....	25
Tabla 3 Operacionalización de las variables	32
Tabla 4 Modo respiratorio y articulación en el grupo de 5 a 6 años de edad.	40
Tabla 5 Modo respiratorio y articulación de fonemas velares en el grupo de edad de 6 años.....	41
Tabla 6 Modo respiratorio y articulación de fonemas dentales en el grupo de edad de 5 años.....	42
Tabla 7 Modo respiratorio y articulación de fonemas dentales en el grupo de edad de 6 años.....	43
Tabla 8 Modo respiratorio y articulación de fonemas alveolares en el grupo de edad de 5 años.....	44
Tabla 9 Modo respiratorio y articulación de fonemas alveolares en el grupo de edad de 6 años.....	46
Tabla 10 Modo respiratorio y articulación de grupos consonánticos en el grupo de edad de 5 años.....	48
Tabla 11 Modo respiratorio y articulación de grupos consonánticos en el grupo de edad de 6 años.....	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución de la muestra por sexo	38
Figura 2 Distribución de la muestra de niños según edad.....	38
Figura 3 Modo respiratorio según edad.....	39



INTRODUCCIÓN

La respiración es fundamental para la producción del habla y gracias a ella, se puede lograr la ejecución motora del lenguaje. En algunos casos esta capacidad innata del ser humano puede verse afectada por alteraciones respiratorias que causan problemas significativos en la articulación. Los niños que presentan alteraciones para producir su discurso evidencian un trastorno en la articulación de sonidos, ocasionando limitaciones para interrelacionarse con el mundo exterior.

Después de lo anteriormente mencionado la presente investigación se centra en las características del habla de niños de 5 a 6 años con respiración adecuada o alterada de una Institución Educativa Pública de Carabayllo. La investigación está conformada por cinco capítulos:

En el capítulo I se presenta el planteamiento del problema, la formulación de los objetivos, la importancia, justificación del estudio, así como las limitaciones de la investigación.

En el capítulo II se desarrolla el marco teórico mencionando los antecedentes del estudio, las bases teóricas que respaldan la investigación y la definición de los términos básicos que brindan una mayor comprensión en la investigación.

En el capítulo III se aborda el enfoque de la investigación, el tipo y diseño, la población y muestra, la definición y operacionalización de variables, las técnicas e instrumentos para la recolección de datos, el procesamiento y análisis de datos.

En el capítulo IV se desarrolla la presentación de los resultados y la discusión. Finalmente, en el capítulo V se presentan las conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones.



CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Fundamentación del problema

El habla es una cualidad única y compleja que caracteriza al ser humano y gracias a esta las personas pueden expresar pensamientos, ideas y emociones; cabe resaltar que Marchesan (1998) afirma que el habla es la expresión motora que involucran varios procesos que son realizados por los órganos fonoarticulatorios y de la respiración; esto ayuda a que el ser humano pueda interrelacionarse con su entorno.

Susanibar, Parra y Dioses (2013) afirma que el habla es una actividad motriz donde intervienen los órganos de la respiración (pulmones, bronquios y tráquea), órganos de la fonación (faringe, laringe y la parte superior de la tráquea) y órganos de la articulación (labios, lengua, paladar, alvéolos, dientes y fosas nasales). El equilibrio de estas estructuras garantizará una adecuada producción del habla. Si estos órganos están alterados anatómicamente o funcionalmente, se producirán alteraciones que afectarán la emisión de los fonemas, como, por ejemplo, omisión, sustitución, distorsión o adición de sonidos en la articulación.

Susanibar (2016) describe a la respiración durante el habla (RDH), como la energía aerodinámica requerida en la producción fonética, va perfeccionándose con la edad, sus ciclos respiratorios son variables y diversos músculos intervienen en el control de la salida de aire. En ese mismo sentido Mura afirma que la función respiratoria genera la intensidad

y la duración del soplo espiratorio que caracteriza a los sonidos que articulamos y su dirección está dada por el velo del paladar. La producción articuladora dependerá de la intensidad, duración y dirección del soplo espiratorio (1993: 9-11).

Para Mladineo (2012: 10-11) el modo respiratorio es la vía de entrada del aire durante el acto inspiratorio y se divide en tres: modo nasal (sólo intervienen las fosas nasales), modo bucal/oral (el aire ingresa por la boca) y el modo mixto u oronasal (el aire ingresa por las fosas nasales y por la boca). Marchesan (2003) considera a la respiración oral, como una alteración de la respiración normal provocada por diferentes causas como: anatómicas, congénitas, inflamatorias, entre otras. Sih (1999) afirma que la respiración oral genera varias alteraciones a nivel morfológico y funcional de la cavidad oral como: un paladar alto y estrecho, un habla distorsionada y las funciones de masticación y deglución alteradas.

Schmidt (2010) realizó un estudio en el cual investigó la postura, el tono y la movilidad de labios y la lengua en niños respiradores orales, la investigación abarcó 40 niños respiradores orales con edades entre los 7 y 10 años. En el estudio se encontró que la mayoría de los niños tenían una posición y forma inadecuada de los labios y de la lengua, así como un tono y funcionalidad disminuida. Gonçalves (2018) realizó una investigación sobre las características orofaciales miofuncionales en respiradores orales y oronasales, de edades entre los 6 a 12 años, en los aspectos de la morfología y funcionalidad de los órganos fonoarticulatorios esta investigación coincide con la de Schmidt quien demuestra que entre los respiradores orales y oronasales existen las mismas alteraciones a nivel

orofacial, considerando a la respiración nasal como único modo respiratorio correcto.

En la actualidad, existen varios factores que pueden afectar el modo en que respiramos como los continuos cambios climáticos, los procesos alérgicos o los malos hábitos adquiridos. El modo respiratorio, de acuerdo a los autores anteriormente citados, influye directamente en el desarrollo y funcionamiento de los órganos fonoarticulatorios y, por lo tanto, determinarán, las características en la producción del habla. En esta teoría radica la importancia de la investigación a realizarse, porque al determinar el modo respiratorio y al relacionarlo a la producción del habla, se podrá establecer si el modo respiratorio en los niños influye en la articulación. En el Perú son pocas las investigaciones referentes a la respiración y al habla en niños, por lo cual este estudio busca marcar un referente para futuras investigaciones de este tipo, ya que el modo respiratorio y la articulación influyen en la vida escolar del niño porque determinan posteriormente su desempeño educativo y social. De esta forma, se podría generar indicadores de base que les permitan a los educadores detectar estas disfunciones desde las aulas y prevenir futuras alteraciones fonoarticulatorias derivando al especialista correspondiente.

1.1.2 Formulación del problema

1.1.2.1 Problema general

¿Cuáles son las características del habla de los niños de 5 a 6 años con respiración adecuada o alterada de una Institución Educativa Pública de Carabayllo?

1.1.2.2 Problemas específicos

¿La respiración es adecuada o alterada en los niños de 5 a 6 años de una Institución Educativa Pública de Carabayllo?

¿Cuáles son las características del habla de los niños de 5 a 6 años con respiración adecuada de una Institución Educativa Pública de Carabayllo?

¿Cuáles son las características del habla de los niños de 5 a 6 años con respiración alterada de una Institución Educativa Pública de Carabayllo?

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Describir las características del habla de los niños de 5 a 6 años con respiración adecuada o alterada de una Institución Educativa Pública de Carabayllo.

1.2.2 Objetivos específicos

Identificar si la respiración es adecuada o alterada en los niños de 5 a 6 años de una Institución Educativa Pública de Carabayllo.

Identificar las características del habla de los niños de 5 a 6 años con respiración adecuada de una Institución Educativa Pública de Carabayllo.

Identificar las características del habla de los niños de 5 a 6 años con respiración alterada de una Institución Educativa Pública de Carabayllo.

1.3 IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN

Según los autores anteriormente citados, la importancia de una respiración adecuada o alterada radica en que influirá en la mayoría de los casos en una adecuada o alterada producción del habla. Los cambios bruscos de temperatura, los eventos recurrentes de rinitis alérgica, o la

presencia de malos hábitos adquiridos, pueden provocar que el ingreso de aire por las fosas nasales sea inadecuado y conforme avanza su edad, de acuerdo a varios estudios, se podrían generar compensaciones a nivel postural y orofacial, lo cual afectaría su normal desarrollo y funcionalidad.

La etapa estudiantil comprendida entre los 5 a 6 años es muy importante para el aprendizaje y desarrollo escolar de los niños, ya que esta etapa marca las bases para que los procesos de lectura y escritura se den en forma adecuada posteriormente. Si el alumno tiene una producción articulatoria alterada y un modo respiratorio inadecuado influirá también en su rendimiento escolar, afectando su desempeño en estas áreas.

Existen estudios realizados en países extranjeros respecto a este tema, pero faltan investigaciones en el Perú, se considera importante marcar un punto de referencia con el afán de que se aborden más estudios acerca del modo respiratorio y su influencia en el desarrollo del habla.

La relevancia de esta investigación también radica en que existe un desconocimiento tanto de docentes como de padres de familia respecto a la respiración adecuada o alterada y al normal desarrollo del habla.

Se considera que este estudio aportará en los siguientes niveles:

A nivel teórico permitirá indagar sobre la información del modo respiratorio, las características del habla y su normal desarrollo, conformando una base teórica de utilidad para futuras investigaciones realizadas en este campo.

A nivel metodológico permitirá utilizar los instrumentos: El protocolo MBGR (Examen Miofuncional Orofacial) de los autores Marchesan, Berretin,

Genaro y Rehder (2012). Este protocolo permitirá conocer si el niño tiene una respiración adecuada o alterada, así como las características de su habla.

A nivel práctico, los resultados del estudio permitirán a la institución educativa contar con información para desarrollar acciones preventivas y de derivación a especialista en casos que lo requieran, así como plantear actividades de capacitación a docentes y padres que permitan tomar conciencia de la importancia de esta función y sus repercusiones.

1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La modalidad virtual de la valoración, que fue realizada a través de la aplicación para videoconferencias Zoom, fue una limitante debido a la conexión a internet, ya que se presentaron varias dificultades en la emisión del sonido y en la calidad de la imagen, por lo que fue necesario repetir las evaluaciones o en algunos casos descartar algunas unidades de análisis

Otra limitante fue la dificultad de acceso a la información necesaria para el desarrollo de la tesis, ya que, por motivo del cambio a la modalidad virtual generado por la pandemia, no se pudo obtener algunos documentos ni libros de manera física ni en modalidad online.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Los estudios que abordan la temática de la producción del habla en niños, están presentes tanto a nivel nacional como internacional; existen también algunos estudios en los cuales se han asociado a las alteraciones del habla y la respiración, pero cabe resaltar que a nivel nacional son pocas las investigaciones en este campo.

2.1.1 Antecedentes nacionales

Existe un estudio creado por Campos y Canelo (2010), realizado con el fin de obtener el título de Magíster en Fonoaudiología, el cual se titula “Producción Fonética en niños de seis años de edad de diferente modo respiratorio residentes en los distritos de Chaclacayo y Magdalena”. Esta investigación tuvo como objetivo determinar si había correlación entre la producción fonética, tipo respiratorio y sexo de los niños que residían en ambos distritos. El método de estudio fue correlacional descriptivo y la muestra fue de 184 alumnos de 6 años de edad, seleccionados de forma aleatoria. Los instrumentos utilizados fueron la Prueba de Habla de Irene Marchesan (Adaptación Campos y Canelo), el Protocolo de Evaluación de Respiración (Irene Marchesan) y el Espejo de Glatzel. El estudio concluyó que existía una relación directa entre el modo respiratorio oral y oronasal, con las alteraciones en la producción fonética, en ambos distritos. También se determinó que la producción fonética alterada era más frecuente en el sexo masculino y que las alteraciones más usuales fueron las imprecisiones

y las distorsiones articulatorias. Se encontró también que, en el modo respiratorio oral, el fonema más distorsionado era la /r/.

Huasco, Ramírez y Virto (2015), investigaron sobre características en la producción del habla en niños de 5 años y 6 meses a 6 años y 6 meses pertenecientes a la Institución Educativa Fe y Alegría N°2-Condevilla-SMP UGEL 02, cuyo objetivo fue determinar las características en la producción del habla en niños de un grupo de edad de 5 a 6 años en una institución educativa de un distrito de Lima. La muestra fue de 100 niños y el tipo de investigación fue transaccional descriptivo. Las técnicas utilizadas fueron la de observación sistemática y análisis documental. Se usó el protocolo de evaluación miofuncional MBGR. Los resultados fueron que la mayoría de los niños en el rango de edad de 5 a 6 años presentaron alteraciones en el habla y un gran porcentaje (85%), fueron de origen músculo esquelético. Las distorsiones en los fonemas vibrantes simple y múltiple fueron los de mayor incidencia y entre las anomalías asociadas estuvieron la posición anormal de la lengua, la articulación trabada, un loudness débil y una velocidad del habla lenta. La investigación finaliza sugiriendo una evaluación temprana en los planteles educativos para prevenir futuras alteraciones articulatorias.

Castañeda y Monterrey (2016), realizaron una investigación sobre características en la producción del habla en niños de 6 años de dos instituciones educativas del Distrito de Concepción para obtener el grado de Magíster en Fonoaudiología. El objetivo fue determinar las características de la producción del habla en este grupo de edad en dos instituciones educativas de un distrito de la región Junín, Perú. La población estudiada fue de 100 niños y niñas en edades de 5 años hasta los 6 años 6 meses de

edad. El diseño del estudio fue descriptivo, la técnica empleada fue la de observación sistemática y el instrumento de evaluación fue el Examen Miofuncional Orofacial-MGBR de Marchesan (2012). Entre las conclusiones de esta investigación estuvieron: La mayoría de la población no presentó ningún tipo de alteración (72.93%), un menor porcentaje presentó alteraciones fonológicas (13,53%) y el 7,52% de la muestra presentó alteraciones fonéticas de origen músculo-esqueléticas. Las principales alteraciones fueron de origen fonético y el error de articulación más frecuente fue de distorsión en los fonemas /r/ y /r/ vibrante múltiple. Dentro de las alteraciones fonéticas de origen músculo esquelético, la que predominó fue la clase II de Angle en un 50%, seguido de la clase I en un 30%.

2.1.2 Antecedentes internacionales

Castro Martinelli, Fornaro y otros (2011), realizaron un estudio sobre correlación entre las alteraciones del habla, dentición y oclusión que fue publicado en la revista CEFAC. El objetivo general fue comprobar la correlación entre las alteraciones del habla, las señales de respiración oral con el tipo de dentición y oclusión en una muestra de 397 pacientes en un rango de edad entre 3 y 70 años, con una edad media de 20 años y 4 meses, que acudían a la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares en Sao Paulo, Brasil. El diseño de investigación fue correlacional retrospectivo (1999-2006) y los instrumentos de evaluación fueron una encuesta de datos obtenidos del protocolo de Rehabilitación, Ortodoncia y Logopedia (ROF) y filmaciones de vídeo desde el pretratamiento de los pacientes en la clínica. Las conclusiones del estudio fueron: Se observó una correlación entre la dificultad articulatoria de distorsión de los fonemas y la mordida cruzada, la

imprecisión y la desviación de la línea media inferior, la protrusión y la sobremordida, la clase III anterior y angular, la dentición anterior y abierta, la mordida anterior y cruzada, y la desviación de la línea media inferior y anterior del hueso. El ceceo anterior estuvo correlacionado con los cambios de dentición y el ángulo de clase III. La inversión del labio inferior y labios entreabiertos en reposo eran adaptaciones de forma presentes en la clase II-1, no caracterizando la respiración oral en este grupo. La acumulación de saliva en las comisuras labiales era el signo de la respiración oral que se correlacionan con los cambios en la dentición.

El estudio de Hitos, Harakaki y otros (2013) en Sao Paulo, Brasil, denominado "Respiración oral y otras alteraciones del habla en niños", tuvo como objetivo primordial evaluar las alteraciones del habla en niños que respiraban por la boca y correlacionarlas con el tipo respiratorio, la etiología, el género y la edad. La población analizada fue de 439 respiradores orales en el rango de edad de 4 a 12 años que habían cumplido con los criterios de inclusión y exclusión. El diseño de investigación fue correlacional longitudinal. Para el análisis de las variables se utilizó el test CHI cuadrado. Los instrumentos de evaluación fueron: Espejo de Glatzel, evaluación fonoaudiológica por observación directa para determinar y clasificar el modo respiratorio según el paciente (oronasal y oral), evaluación clínica del tono, la movilidad de los órganos fonoarticulatorios y las funciones estomatognáticas, incluyendo el habla. El habla se evaluó mediante la conversación espontánea y la denominación de imágenes de un texto. Las conclusiones fueron las siguientes: La mayoría de niños evaluados tenían edades en un rango de 5 a 6 años y de 7 a 8 años. Las alteraciones del habla observadas fueron:

interposición de la lengua, ceceo frontal, trastornos articulatorios, omisiones de sonidos y ceceo lateral. El modo respiratorio en los pacientes con alteraciones en el habla fue oronasal en el 44,5%, y oral en el 55,5%. Se diagnosticaron alteraciones del habla en el 31,2% de los pacientes, sin relación con el tipo respiratorio: oral o mixto. Se observó una mayor frecuencia de trastornos articulatorios en el género masculino. Se observó interposición lingual en el 53,3% de los pacientes, seguido de trastornos articulatorios en el 26,3% y de ceceo frontal en el 21,9%. La respiración oral puede afectar el desarrollo del habla, la socialización y el rendimiento escolar. Por ello, su detección temprana es fundamental para prevenir y minimizar sus efectos negativos en el desarrollo general de la población.

Sá Ruivo (2014) investigó sobre la incidencia de las alteraciones de la motricidad orofacial y de la articulación Verbal en niños en edad preescolar para obtener el título de Máster en Logopedia en el área de Motricidad Orofacial y Deglución. Este estudio tuvo como objetivo principal relacionar la incidencia de las alteraciones de la motricidad orofacial y de la articulación en niños de 2 guarderías público-privadas del distrito de Braga, Portugal. El diseño de la investigación fue cuantitativo observacional y la muestra fue de 104 niños en un rango de edad de 5 a 6 años. Los instrumentos de evaluación fueron el Protocolo de Evaluación Orofacial y la Prueba Conjunta Verbal. En la investigación se determinó que existía un gran porcentaje (64,4%) de niños en este grupo de edad con alteraciones del habla, en su mayoría de sexo masculino, pero no se llegó a comprobar su relación con las alteraciones en la motricidad orofacial. Se encontró la relación del modo respiratorio oral con infecciones respiratorias, pero no con las alteraciones articulatorias. La autora

concluye que debería existir una mayor cantidad de investigaciones en este campo para prevenir este tipo de dificultades y para que los docentes tengan más información y puedan también intervenir desde su área.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Funciones estomatognáticas

Según Hernández el sistema orofacial está compuesto por estructuras organizadas y coordinadas por el sistema nervioso que se encargan de las funciones estomatognáticas de respiración, succión, masticación, deglución y fono articulación (2003: 54). Cabe resaltar que estas funciones son actividades netamente de la estructura oral y permiten el desarrollo e interrelación de los seres humanos.

En ese sentido indica que las funciones estomatognáticas se clasifican en dos grupos:

Funciones primarias: Respiración, succión, masticación y deglución (características vitales para el desarrollo).

Funciones secundarias: Fono articulación (importante para la interrelación entre seres humanos).

2.2.2 Respiración

La respiración es un proceso fundamental que consiste en la entrada de oxígeno al cuerpo (inspiración) y la salida de dióxido de carbono (expiración).

Para Susanibar, Marchesan & Dioses (2014) la respiración es una función vital que se presenta después de nacer por la vía nasal. Así de esta

manera la nariz cumple las funciones de resonancia, de olfacción, de filtro de impurezas, de calentamiento y humidificación de aire.

2.2.2.1 Anatomía y fisiología

Ganong afirma que, al momento de la inspiración nasal y faringe, el aire se calienta y humidifica, pasando por la tráquea, bronquiolos, bronquiolos respiratorios y conductos alveolares, hasta llegar a los alveolos (2001: 706).

Continuando con el proceso, Ganong dice que la presión que hay entre los pulmones y la pared torácica, es menor que la presión atmosférica (2001: 708). Los pulmones se distienden cuando se expanden al momento del nacimiento; al final de una espiración tranquila hay una tendencia a la retracción pulmonar, que se equilibra con la tendencia de la pared torácica a retraerse en dirección opuesta.

Respecto a la inspiración afirma que es un proceso, donde ocurre la contracción de los músculos intercostales externos y diafragma, incrementando el volumen intratorácico. En la espiración, durante la respiración tranquila, es pasiva ya que no se contraen músculos para reducir el volumen intratorácico (Ganong, 2001).

2.2.2.2 Modos de respiración

a. Respiración nasal: Rodríguez, Casasa y Natera definen a la respiración adecuada o nasal, como el ingreso del aire por la nariz y se produce simultáneamente con un cierre en la cavidad oral, lo que produce una presión negativa entre la lengua y el paladar durante la inspiración

(2007: 282-284). Cabe resaltar que la lengua se eleva apoyándose en el paladar y de esta manera brinda un estímulo favorable para su desarrollo.

b. Respiración oral: La respiración oral se da cuando se inspira y espira el aire por la cavidad oral. Susanibar, Marchesan & Dioses (2014) afirman que la respiración oral es causada por una obstrucción funcional (anatómica amígdalas hipertróficas o adenoides, desviación de tabique, pólipos nasales, etc.), alergias y malos hábitos bucales. Cabe resaltar que la respiración oral es nociva para todo ser humano, ya que ocasiona múltiples deformaciones faciales, posturales y dentarias.

c. Respiración oronasal o mixta: La respiración oronasal se da cuando se inspira y espira, ya sea por la boca o por la nariz. Susanibar, et.al. (2014) afirma que en la primera infancia se encuentra esta respiración por factores orgánicos u obstrucciones (tabique desviado, alergias, hipertrofias, etc.).

2.2.3 Habla

El habla corresponde a la realización motora del lenguaje, es decir, es un conjunto de sonidos o fonemas que componen las palabras de una determinada lengua, de la cual hace uso el ser humano para poder comunicarse de forma verbal. Según Marchesan y Martinelli el habla es un medio que es utilizado con la finalidad de transmitir ideas y sentimientos, cabe resaltar que su funcionalidad dependerá de la correcta programación y ejecución de movimientos fonoarticulatorios (2015:15); por otro lado, Susanibar (2016) afirma que la funcionalidad se realiza gracias a la intervención de recursos motores, sensoriales, lingüísticos y cognitivos. Este procesamiento motor está coordinado por el sistema nervioso y por el

movimiento de los órganos fonoarticulatorios de forma secuencial y se evidencia a través de las características de la voz, prosodia, fluidez y la articulación. Pascual (2004:17-23) ha clasificado a los órganos que intervienen en el habla en:

- Órganos de la respiración (Pulmones, bronquios y tráquea)
- Órgano de la fonación (Laringe)
- Órganos de la articulación (lenguas, labios dientes, paladar, mandíbula, dientes)

2.2.3.1 Órganos que intervienen en el habla

Para Marchesan (1998) los órganos de la fonación le permiten al ser humano producir y amplificar el sonido en el momento de la fonación o al hablar.

a. Órganos de la respiración: El sistema respiratorio es el encargado de permitir, a través de la inspiración, el ingreso de aire al cuerpo humano y el posterior intercambio gaseoso que finaliza con la expulsión del dióxido de carbono al exterior a través del proceso respiratorio. Además de esta función vital, el sistema respiratorio permite la fonación mediante el pase de aire a través de los pliegues vocales, logrando la fonación. Para Susanibar (2016) la respiración durante el habla (RDH) es la energía aerodinámica requerida en la producción fonética, va perfeccionándose con la edad, sus ciclos respiratorios son variables, exige una actividad neuromuscular para el control de la salida de aire y la ejecución de una presión subglótica continua.

- Pulmones

Los movimientos pulmonares, que se suceden de manera regular y rítmica son dos: la entrada de aire o inspiración y la salida o espiración, pudiéndose producir en este último el sonido articulado. En el acto inspiratorio la presión intrapulmonar es menor a la del ambiente, el oxígeno ingresa a través de las vías aéreas superiores y llega hasta los alvéolos pulmonares. Ivarez et al. (2008) menciona que la inspiración debe darse de forma nasal para el calentamiento y filtración del aire. Se produce la contracción del diafragma y de los intercostales externos, así como la dilatación de las seis últimas costillas. En la espiración se da el cierre de las costillas por la contracción de los intercostales internos y la elevación del diafragma. El músculo diafragma se eleva de forma lenta y regular generando la presión espiratoria necesaria en la fonación. Susanibar (2016) menciona que “en la respiración durante el habla la salida de aire es controlada y dosificada para producir los sonidos, palabras y frases de una conversación habitual”. Es decir, en la respiración durante el habla los pulmones no expulsan todo el aire complemente, reservan una cantidad que va disminuyendo conforme habla la persona.

- Bronquios y tráquea

La salida de la corriente de aire en la articulación empieza por los pulmones, después se continúa con los bronquios, la tráquea, la laringe, parte de la faringe y se continúa por las fosas nasales en la emisión de los fonemas /m/, /n/, /ñ/ y por la boca en los demás fonemas.

b. Órganos de la fonación: Los órganos de la fonación le permiten al ser humano producir y amplificar el sonido en el momento de la fonación o al hablar.

- Laringe

La laringe es el principal órgano en la producción del sonido. Se ubica en la región anterior del cuello en la parte media. Limita anteriormente con el hueso hioides y la base de la lengua. En la parte postero-superior limita con la faringe y la tráquea. Se encuentra separada de la faringe por la epiglotis. Está conformada por tres zonas: la zona superior o vestíbulo laríngeo, la zona glótica (pliegues vocales) y la subglotis.

En la zona glótica se produce la característica de la voz al hablar. Está formada por dos repliegues inferiores membranosos de mayor grosor llamados pliegues vocales y por dos repliegues superiores considerados falsos pliegues vocales. Se le denomina glotis al espacio entre los dos pliegues vocales.

c. Órganos de la articulación: La corriente de aire que pasó a través de los pliegues vocales hasta la zona laríngea, luego se continúa con la parte laringo-faríngea llegando finalmente a la faringe oral. El sonido articulado se modelará y modificará de acuerdo al movimiento, posición y a la forma de los órganos fonoarticuladores.

Los órganos de la articulación son:

- Lengua

Órgano articulador activo cuya movilidad coordinada direcciona el flujo de aire espirado para producir un determinado sonido (consonantes). Su elevación o descenso favorece la resonancia durante la producción de las vocales. Participa en la articulación de las consonantes: dentales /t/, /d/;

linguointerdentales: /z/; alveolares: /s/, /n/, /l/, /r /; palatales: /y/, /ch/, /ll/, /ñ/,
y linguovelares: /k/, /g/, /j /.

- Labios

La abertura o cierre de estos órganos articuladores activos constituirán una especie de filtro para el sonido articulado. Participa en la emisión de los fonemas bilabiales /p/, /b/, /m/, fonema labiodental /f/ y de las vocales /o/, /u/.

- Esfínter velofaríngeo

Realiza el cierre valvular separando la cavidad oral y nasal, interviniendo en la producción del sonido oral al dirigir el aire hacia la boca. No participa en la emisión de sonidos nasales /m/, /n/, /ñ/. El paladar blando también forma parte de este esfínter, se eleva en la producción de los sonidos velares /k/, /g/ y /x/ y hace fricción con la lengua.

- Paladar duro

Es un articulador pasivo que sirve de punto de contacto para la lengua. Permite la emisión de los sonidos /n/, /j/, /tj/.

- Dientes y arcos dentarios

Los labios y la lengua se posicionan sobre estos puntos de apoyo para producir los fonemas.

- ATM-mandíbula

Los movimientos mandibulares verticales realizados por este órgano fonoarticulatorio permiten la articulación correcta de los sonidos y sus cualidades acústicas.

2.2.3.2 Desarrollo del habla

El desarrollo del habla se da por varias etapas que corresponden al nivel de maduración tanto física como funcionalmente de los órganos fonoarticulatorios.

a. Etapa del nacimiento hasta los doce meses: Comunicación prelingüística. En este período se da la maduración de los sistemas biológicos para la producción del habla, así como el desarrollo de los aspectos fonético (habla) y fonológico (percepción auditiva). Desde el nacimiento hasta los doce meses se observan las primeras manifestaciones sonoras como el llanto y las primeras vocalizaciones reflejas. De los dos hasta los cuatro meses aparecen los gorjeos y sonrisas que tienen su origen en la parte velar. El bebé puede hacer este tipo de vocalizaciones cuando está solo o en protoconversaciones. Desde los cuatro hasta los seis meses, se da una expansión fonética, el bebé puede realizar emisiones vocálicas más largas y empieza a hacer sonidos consonánticos también. Desde los seis meses en adelante surge el balbuceo, en el cual el bebé ya puede hacer producciones donde combina consonante-vocal en sílabas bilabiales y repetitivas (pa-pa-pa o ma-ma-ma). Desde los diez meses en adelante el balbuceo es más variado y el bebé realiza más combinaciones consonante-vocales.

b. Etapa de los doce a los dieciocho meses: Etapa fonológica de las cincuentas palabras. En este período el vocabulario del niño alcanza aproximadamente las cincuenta palabras, las cuales abarcan prolongaciones no superiores a las dos sílabas, empleando consonantes bilabiales y alveolares.

c. Etapa de los dieciocho meses a los cuatro años: Procesos simplificados del habla. En este estadio el niño tiende a simplificar las palabras que utiliza debido a la falta de maduración neuromuscular de sus órganos fonarticulatorios, a que todavía no tiene una adecuada representación mental de la palabra o a la memoria parcial que aún tienen y que no les permite memorizar toda la palabra. Esto afecta en cierta forma la inteligibilidad de su habla.

d. Etapa de los cuatro a los seis años: Culminación de la adquisición fonética y fonológica. En esta última etapa, a los cuatro años ya la mayoría de los procesos simplificados se han superado y a los cinco ya han sido superados. En esta etapa se consolida ya el habla del niño y se proyecta hacia el habla adulta.

Tabla 1 Las características del habla según su etapa de desarrollo

Edad	Características del habla
6 meses	- Etapa de balbuceo. El bebé mezcla vocales y consonantes y repite sílabas simples.
10 meses	- El bebé intercala sílabas diferentes como “pepo” “tata” y su entonación varía.
1 año	- El niño produce los sonidos /p/, /b/, /t/, /d/, /k/, /m/, /n/.
2-3 años	- Expansión del repertorio fonético. - Utiliza los sonidos /g/, /ñ/, /f/, /s/, /ll/.
3-4 años	- Utiliza los sonidos /ch/, /j/, /ll/ y /r/ simple.
4-6 años	- Finaliza la adquisición fonética-fonológica.

- Adquisición de los grupos consonánticos, aunque a veces comete errores en su producción, pero va disminuyendo conforme termina su desarrollo fonético. Adquisición del fono /r/ simple y vibrante.
- Fluidez e inteligibilidad del habla.

Tabla original: Elaboración propia

2.2.3.3 Clasificación de los fonemas

De acuerdo a Mura (2009), los fonemas son las unidades elementales del habla y para su producción es necesario que los órganos fonoarticulatorios realicen movimientos coordinados y se mantengan en una posición determinada. Estos fonemas son las vocales y consonantes y para su producción se requiere una adecuada articulación, respiración y fonación. Las consonantes presentan un obstáculo para la salida del aire durante la emisión del sonido y en las vocales el aire circula sin ningún esfuerzo por el tracto vocal.

Para una producción fonética adecuada es necesario que el punto donde se contactan los órganos fonoarticulatorios al momento de hablar sea el adecuado y que la forma en que los articuladores producen el sonido sea la correcta. A esto le llama punto y modo de articulación.

a. Según punto de articulación: Es la zona de contacto de los órganos fonoarticulatorios. Mura (2009) afirma que acorde al punto donde los órganos articulatorios se posicionan, las vocales se dividen en:

- Anteriores: Como la /i/ y la /e/.
- Posteriores: Como la /o/ y la /u/.
- Centrales: como la vocal /a/.

Las consonantes, de acuerdo al punto donde hagan contacto los órganos fonoarticulatorios, se dividen en:

- Bilabiales: El labio superior e inferior hacen contacto (/p/, /b/, /m/).
- Labiodentales: El labio inferior se acerca hacia los incisivos superiores (/f/, /v/).
- Dentales o linguodentales: El ápice de la lengua se coloca contra la pared interior de los incisivos superiores (/t/, /d/).
- Alveolares: La punta de la lengua se acerca a los alveolos dentarios (/s/, /z/, /n/, /l/, /r/, /rr/).
- Palatales: El dorso de la lengua se eleva contra el paladar (/ñ/, /ll/, /y/).
- Velares: El dorso de la lengua toca el velo del paladar (/k/, /g/, /j/).

b. Según modo de articulación: El modo de articulación es la forma en que los órganos fonoarticulatorios se posicionan para producir el sonido modulando la salida del aire espirado.

- Oclusivas: Los órganos fonoarticulatorios se cierran totalmente, creando una obstrucción en la salida de aire, luego al separarse producen una explosión del aire por la boca (/p/, /t/, /c/, /k/, /q/).
- Fricativas: Los órganos fonoarticulatorios se aproximan produciendo un estrechamiento en el paso del aire y luego se produce una fricción en el sonido (/f/, /b/, /d/, /z-c/, /s/, /y/, /g/).

- Nasales: El velo del paladar desciende y se produce el sonido nasal (/m/, /n/, /ñ/).
- Vibrantes: El ápice lingual, apoyado sobre los alveolos superiores, realiza una serie de vibraciones interrumpiendo la salida de aire sonoro y originado el sonido (/r/ vibrante simple y /rr/ vibrante múltiple).
- Africadas: Se da primero un cierre completo de los articuladores seguido de una pequeña abertura provocando el deslizamiento del aire y la producción del sonido (/ch/, /x/).
- Laterales: Al estar posicionada la lengua en la parte media de la cavidad oral y apoyada sobre el paladar, produce un escape de aire hacia los lados de la cavidad produciéndose el sonido (/l/).

2.2.3.4 Adquisición de los fonemas según grupo de edad

En el cuadro siguiente cuadro se detalla el desarrollo de los fonemas de acuerdo a cada edad:

Tabla 2 Cuadro de adquisición fonética-fonológica.

Cuadro de Adquisición fonética-fonológica			
Vocales	diptongos	consonantes	grupos consonánticos
2 años	3 años	3 años	4 años
	/ia/, /io/,/ie/,/ue/,/ua/, /ai/,/oi/,/u/, /e/, /i/	/m/, /n/, /ñ/, /p/, /t/, /k/, /b/, /d/, /g/, /f/, /s/, /j/, /y/, /ch/, /l/	/pl/, /bl/
	4 años	4 años	5 años
	/au/	/r/ (isip)	/fl/, /cl/, /tl/, /br/, /fr/

5 años	
/r/ (csip y cesfp)	
/rr/	
Ispp	inicio silábico al principio de la palabra (ej: nada, luz)
Isip	inicio silábico en interior de la palabra (ej: mano, pala)
Csip	coda silábica en interior de la palabra (ej; antes, alma)
Csfp	coda silábica al final de la palabra (ej: león, sal)

Tabla Adaptada: Trastornos del habla de los fundamentos a la evaluación, Susanibar; Dioses&Huamaní (2014).

2.2.3.5 Alteraciones de la articulación del habla

Un trastorno del habla es una alteración en la producción de los sonidos de una determinada lengua, puede ser causado por alteraciones a nivel neurolingüístico, neuromuscular o neurofisiológico. Los trastornos del habla pueden afectar a los aspectos segmentales del habla que son la fonética y la fonología o a los suprasegmentales como la prosodia, la fluidez y la voz.

Estas alteraciones del habla, según Marchesan son afectadas por patrones de pronunciación de los sonidos del habla y están asociados a la programación y ejecución del habla (2005: 1). Cabe resaltar que las alteraciones del habla se pueden clasificar en:

- a) Alteraciones neurogénicas: Son consecuencia de dificultades neurológicas que afectan la programación o la ejecución neuromuscular. Dentro de estas alteraciones están:

- Disartria: Es una alteración neuromuscular que afecta el movimiento de los músculos que intervienen en la producción del habla, de la voz, en la deglución y la masticación.
 - Dispraxia: Es una alteración psicomotriz que afecta la organización de los movimientos voluntarios que fueron aprendidos con anterioridad (hablar, atarse los zapatos, peinarse, etc.), realizándose con torpeza o dificultad. Se da en ausencia de alteraciones a nivel muscular.
- b) Alteraciones de origen músculo-esquelético: Trastornos causados por alteraciones en las estructuras óseas y musculares relacionadas a la producción del habla (Marchesan, 2015: 77).
- c) Alteraciones fonético-fonológicas: Las alteraciones de tipo fonológico son aquellas dificultades relacionadas al dominio fonémico de la lengua, es decir, a diferenciar los rasgos distintivos entre los fonemas, hay una alteración en la organización del sistema de sonidos de la lengua. La alteración de tipo fonético es una alteración de tipo funcional, refiriéndose a la dificultad en la habilidad para articular correctamente los fonemas. Ambos trastornos se dan en ausencia de dificultades orgánicas, deficiencias auditivas y anomalías anatómicas o alteraciones neurofisiológicas.

En este estudio nos enfocaremos en la alteración fonética o de la articulación del habla, es decir, cuando el individuo no puede producir un fonema de forma adecuada.

Para Susanibar (2016), la alteración fonética es la incapacidad de articular el sonido o fonema esperado para su edad cronológica. Esta dificultad es perceptible tanto en el sonido aislado, en sílabas, palabras, oraciones y en la conversación espontánea. Esta alteración afecta a la inteligibilidad de la palabra de la persona.

Según Peña (2014), los defectos articulatorios de una alteración fonética pueden presentarse de diferentes formas mencionadas a continuación.

- Omisión: El sonido que no se puede articular es omitido. Manifestándose a través del silencio o de la vocal alargada. Ejemplo: El niño dice “una” en vez de “luna”.
- Sustitución: El niño omite el fonema adecuado por un sonido aproximado a éste en el punto de articulación o por el que tenga mayor parecido auditivamente. Ejemplo: “cama” por “gana”, o “calo” por “carro”. Estos errores son sistemáticos.
- Distorsión: Los órganos fonoarticulatorios pueden estar posicionándose inadecuadamente o la coordinación fonación-espíración puede estar afectada, produciéndose un sonido que no pertenece al repertorio fonético del idioma con la intención de producir un sonido aproximado al que realmente es. Ejemplo: la palabra “carro” con la emisión del fonema /rr/ parecido al francés.
- Inserción: El niño agrega un sonido antes del fonema en el cual tiene dificultad para que le sirva de apoyo al pronunciar. Ejemplo: “palato” por “plato”.

2.3 Definición de términos básicos

- Respiración: Proceso mediante los seres humanos intercambian oxígeno y dióxido de carbono, permitiendo la supervivencia de las células de la sangre.
- Respiración adecuada: Es el ingreso del aire por la nariz y se produce simultáneamente con un cierre en la cavidad oral.
- Respiración alterada: Es cuando el aire ingresa ya sea por la boca (oral) o por la nariz y boca (oronasal).
- Habla: Es el acto individual de comunicarse a través de la expresión oral del pensamiento.
- Omisión: Es la ausencia de algún sonido que forma parte de una palabra, ya sea en su posición inicial, media o final de la palabra.
- Sustitución: Es cuando un sonido es reemplazado por otro, ya sea en posición inicial, media o final de la palabra.
- Distorsión: Es cuando el fonema que pronuncia la persona no pertenece a los sonidos del español de su lengua materna.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo. Según Hernández, Fernández, Baptistas (2010) el enfoque cuantitativo emplea la recolección y el análisis de datos que permiten responder a las preguntas formuladas en la investigación.

La investigación buscó describir las variables de estudio en niños y niñas de 5 a 6 años de una Institución Educativa pública del distrito de Carabayllo y se limitó a cuantificar y describir las características del habla según el modo respiratorio adecuado (nasal) o alterada (oral u oronasal).

El diseño empleado en la investigación fue no experimental, transversal y descriptivo simple, ya que, según Hernández et.at. (2010: 289) este diseño no manipula las variables debido a que solo se encarga de observar, describir y documentar las características del habla según la respiración adecuada o alterada en un contexto natural para después ser analizado; es transversal, debido a que se recolecta los datos en un solo momento.

Sánchez y Reyes afirman que la investigación descriptiva simple busca y recoge información contemporánea de un objeto de estudio determinado sin emplear la administración o control de un tratamiento (2006: 103-104). Para ello estos autores plantean el siguiente esquema:

M-----O

En este esquema M representa los niños y niñas de 5 a 6 años de una Institución Educativa pública del distrito de Carabayllo (muestra) y O representaría la información de interés (modo respiratorio y características del habla) que se recogerá de la muestra.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de esta investigación está conformada por 60 alumnos (niños y niñas) de cinco y seis años que están estudiando en los salones de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo.

La muestra está conformada por 50 niños y niñas que cumplieron con los criterios de inclusión (23 niños y 27 niñas).

3.2.1 Tipo de muestreo

Para este estudio se utilizó una muestra no probabilística de tipo intencional, ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características necesarias para el propósito de esta investigación, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión:

3.2.2 Criterios de inclusión

- Ser alumnos de la Institución Educativa Pública de Carabayllo.
- Ser niños o niñas en un rango de edad de 5 años 0 meses a 6 años 11 meses.
- Los niños y niñas cuyos padres de familia hayan aprobado la participación en la investigación.

3.2.3 Criterios de exclusión

-Los niños y niñas diagnosticados o con informe de discapacidad intelectual, física, trastornos del lenguaje o algún tipo de síndrome (según la entrevista inicial)

-Los niños y niñas que no colaboraron en la evaluación.

-Los padres de familia que no asistieron el día acordado de la evaluación y fueron convocados hasta tres veces.

3.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

A continuación, se presentarán la operacionalización de las variables empleadas en la investigación:

Tabla 3 Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Indicadores
Respiración	Modo	-Nasal
		-Oronasal
		-Oral
	Posibilidad de uso nasal	-2 minutos o más
		-Entre 1 y 2 minutos
		-Menos de 1 minuto
Habla	-Habla espontánea	-Omisión
	-Habla automática	-Sustitución
	-Nominación de figuras	-Distorsión

Tabla original: Elaboración propia

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de la data se recabó gracias al permiso de una Institución Educativa pública del distrito de Carabayllo. Para la investigación se utilizó las siguientes técnicas de recolección:

3.4.1 Técnicas

Las técnicas que se utilizaron fue la observación sistemática. Para Sánchez y Reyes es un procedimiento regulado por el investigador, quien observa y controla las variables sin alterarlas, examinando y estableciendo un análisis de estas gracias a la observación o una videograbadora (2006: 149-150). Este tipo de técnica sirvió a lo largo del empleo del instrumento de evaluación con la finalidad de identificar las características del habla y el modo respiratorio.

Sánchez y Reyes afirman que el análisis documental sirve para recopilar, clasificar y codificar los datos obtenidos de diversas fuentes bibliográficas (libros, revistas científicas, artículo, etc.) y realizar una descripción sistemática y objetiva de esta información (2006: 152).

El instrumento empleado es el recurso que permite acercarse y extraer información de acuerdo al objeto de estudio.

Los datos se recolectaron luego de aplicar el Examen Miofuncional Orofacial MBGR a los niños y niñas de una Institución Educativa pública del distrito de Carabayllo.

La evaluación fue realizada de manera virtual a través de la plataforma Zoom, se evaluó a cada uno de los niños y se pidió la colaboración de los

padres, para guiar adecuadamente a sus hijos durante el proceso de valoración. El instrumento utilizado para este estudio es el protocolo Miofuncional Orofacial MBGR

Este protocolo permite al fonoaudiólogo evaluar, diagnosticar y establecer un pronóstico miofuncional orofacial completo del paciente. Para esta investigación utilizó el apartado de Habla, para evaluar la articulación y el área de Funciones Orofaciales utilizando sólo la parte de Respiración.

Para el análisis de los datos de la variable y sus dimensiones se hizo uso de la estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) en el programa Microsoft Excel.

3.4.2 Instrumentos

El instrumento empleado es el recurso que permite acercarse y extraer información de acuerdo al objeto de estudio. En este caso el instrumento usado fue el Protocolo a. Examen Miofuncional Orofacial – MBGR.

- Ficha técnica
- Nombre del instrumento: Protocolo de Examen Miofuncional Orofacial
- Autores: Marchesan, Berretin Genaro y Rehder. Traducción al español por Paredes y Fernández
- Año: 2009
- País: Brasil
- Tipo de aplicación: Individual
- Tiempo de aplicación: 40 minutos.
- Margen de aplicación: Niños de 5 y 6 años
- Nivel significativo: Evalúa y diagnostica

-Descripción del protocolo

El protocolo está dividido en pruebas generales y funciones orofaciales, pero para la presente investigación, solo se empleó el área de funciones orofaciales.

Cabe resaltar que para el cumplimiento de los objetivos planteados solo se empleó las pruebas de las funciones orofaciales; las cuales permitieron investigar acerca de la respiración y habla de los niños, esta última está compuesta por 4 subtest: habla espontánea, habla automática, nominación de figuras y aspectos generales.

-Validez y confiabilidad

El protocolo empleado es un instrumento de referencia para la evaluación Miofuncional Orofacial desde su aprobación por el Comité de Investigación de la Institución CEFACE en el año 2009; también se puede afirmar que el protocolo es válido y confiable ya que ha sido empleado en diversas investigaciones nacionales (Castañeda y Monterrey, 2016; Chahuayo, 2020) e internacionales (Suzart y Carvalho, 2016).

3.5 OTROS MATERIALES

Para la recolección de la data se empleó también los siguientes instrumentos:

a) Celular: Se utilizará para contactar a los padres de familia y pactar la fecha y hora de la evaluación.

b) Laptop: Se utilizará para llevar a cabo las evaluaciones y el análisis de la información recaudada para el cumplimiento de los objetivos establecidos en la investigación.

c) Zoom: Se utilizará como plataforma de videochat que permitirá realizar la evaluación virtualmente.

d) Disco duro: Se utilizará para almacenar todas las evaluaciones e información importantes.

3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Primeramente, se estableció el contacto con la directora de la Institución educativa y se realizó un diálogo explicándole la finalidad de la investigación y el proceso de evaluación. Posteriormente la directora accedió y se le entregó el documento respectivo para formalizar el acuerdo.

Finalizado este proceso la directora hizo el llamado a los padres de familia que deseaban inscribirse para la valoración de sus niños, se crearon dos grupos de alumnos y se nos entregó ambas listas con los contactos de los padres de familia.

En la siguiente etapa se realizó una charla (Vía Zoom) indicándoles a los padres de familia el motivo del estudio y describiéndoles el proceso de evaluación y de finalización. Terminada la charla se les envió a los padres de familia el documento donde constaba el consentimiento informado, se les explicó la importancia de este documento previo al proceso de evaluación y se les indicó las formas de envío.

Terminada la etapa anterior, se procedió a llamar a los padres de familia, confirmar su participación en la evaluación a través de una videoconferencia vía zoom y crear los horarios según la fecha de disponibilidad de ellos.

Durante las videoconferencias se evaluaron los apartados de Respiración y Habla del protocolo MBGR a cada niño, el cual consistió en observar el modo respiratorio durante toda la evaluación y a través de una prueba de 2 minutos, luego se evaluó la articulación del habla de 3 formas: de manera espontánea, pidiéndole al niño que relate un cuento o una anécdota, de manera automática pidiéndole que diga varias series de palabras y de a través de nominación de figuras, indicando la imagen y pidiéndole que diga su nombre.

La evaluación se grabó para posteriormente hacer el análisis respectivo de la respiración adecuada o alterada y de la articulación de cada participante del estudio.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el presente estudio cuantitativo descriptivo se utilizó un análisis descriptivo empleando como herramienta fundamental a la estadística (frecuencias y porcentajes) y gracias a ella se representó el análisis de los datos mediante figuras y tabla.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados se basan en el manejo estadístico de la data obtenida por medio del Protocolo MBGR, los cuales se presentan de acuerdo a los objetivos específicos planteados en esta investigación.

4.1 Presentación de resultados

A continuación, se presentarán datos generales (sexo y edad) de la muestra:

Figura 1 Distribución de la muestra por sexo



Figura original: Elaboración propia

En la figura 1 se puede apreciar que en la investigación participaron un total de 50 niños y niñas, 23 de género masculino (46%) y 27 de género femenino (54%).

Figura 2 Distribución de la muestra de niños según edad



Figura original: Elaboración propia

De los 50 niños y niñas evaluados, 27 son de 5 años (54%) y 23 de 6 años (46%), tal como se puede observar en la figura 2.

A continuación, se presentan los resultados provenientes de la evaluación desarrollada en la población, que permitió determinar la muestra de niños con la respiración es adecuada o alterada.

Figura 3 Modo respiratorio según edad

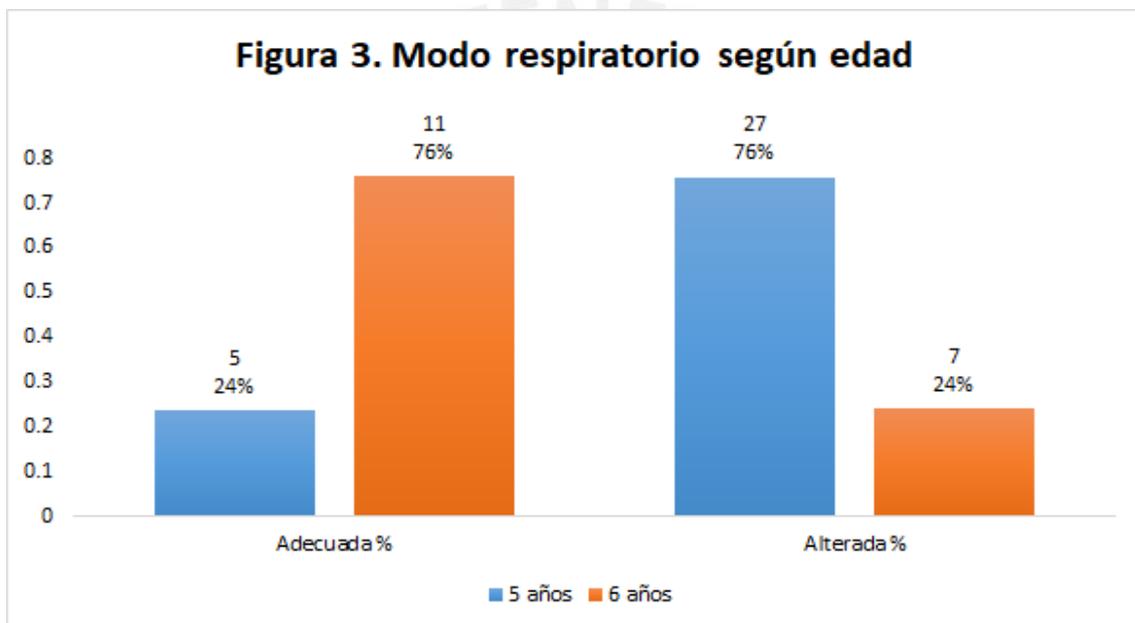


Figura original: Elaboración propia

En la figura 3, se puede apreciar que el 24% de los niños de 5 años presentan un modo respiratorio adecuado y el 76% una respiración alterada.

Los niños de 6 años presentan el 76% de modo respiratorio adecuado y solo el 24 % presenta una respiración alterada.

Tabla 4 Modo respiratorio y articulación en el grupo de 5 a 6 años de edad.

Edad	Modo Respiratorio	Articulación Alterada	% Total	Articulación Adecuada	%Total
5 años	Adecuado	5	10%	1	2%
	Alterado	21	42%	0	0%
	Total	26	52%	1	2%
6 años	Adecuado	3	6%	13	26%
	Alterado	7	14%	0	0%
	Total	10	20%	13	26%
Total 5-6 Años		36	72%	14	28%

Tabla original: Elaboración propia

En la tabla 4 se observa que, en la muestra de 5 años de edad, del 52% de niños cuya articulación está alterada, sólo el 10 % (5 niños) tiene un modo respiratorio adecuado, mientras que el 42% de niños tiene una respiración inadecuada (modo oral y oronasal).

En la muestra de 6 años de edad, del 20% de niños que presenta alteración en su articulación, sólo el 6% tiene un modo respiratorio adecuado, mientras que el 14% tiene un modo respiratorio inadecuado.

Del 28% de niños cuya articulación es adecuada, el 26% están dentro del grupo de edad de 6 años, mientras que el 2% son de 5 años, toda esta muestra presenta un modo respiratorio adecuado (nasal).

Modo respiratorio y articulación de fonemas bilabiales, labiodental y palatales en el grupo de edad de 5 a 6 años

En el presente estudio no se encontraron alteraciones articulatorias dentro del rango de edad de 5 a 6 años en el grupo de fonemas bilabiales (/m/, /p/, /b/), labiodental (/f/) y palatales (/ch/, /y/, /ñ/).

A continuación, se detalla los siguientes grupos de fonemas en lo que se hallaron dificultades articulatorias:

Del 54% de niños en el grupo de edad de 5 años, ninguno presentó dificultades articulatorias en los fonemas velares (/j/, /k/ y /g/).

Tabla 5 Modo respiratorio y articulación de fonemas velares en el grupo de edad de 6 años

Edad	Modo respiratorio	Fonemas velares								
		/j/			/k/			/g/		
		O	S	D	O	S	D	O	S	D
6 años	Respiración adecuada	0	1 (2%)	0	0	0	0	0	0	0
	total, general	1			0			0		
	%	2%			0%			0%		
	Respiración alterada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	total, general	0			0			0		
	%	0%			0%			0%		

Tabla original: Elaboración propio

En la tabla 5 se observa que del 46% de niños en el grupo de edad de 6 años, sólo el 2% (1 niño) con respiración adecuada, presentó alteración en el

fonema /j/, sustituyéndolo por el fonema /k/. El grupo cuyo modo respiratorio estaba alterado, no presentó ninguna dificultad articulatoria en este grupo de fonemas.

Tabla 6 Modo respiratorio y articulación de fonemas dentales en el grupo de edad de 5 años

Edad	Modo	Fonemas Dentales					
	Respiratorio	/t/		/d/			
		O	S	D	O	S	D
5 años	Respiración adecuada	0	0	0	0	0	0
	total, general	0		0			
	%	0%		0%			
	Respiración alterada	0	1(2%)	0	1(2%)	0	1(2%)
	Total, general	1		2			
	%	2%		4%			

Tabla original: Elaboración propia

En la tabla 6 se observa que del 54% de la población en el grupo de edad de 5 años, no existe alteración articulatoria en el grupo de fonemas dentales (/t/ y /d/) en niños con respiración adecuada. En el modo respiratorio alterado se observa que existe un 2% de niños con alteración en el fonema /t/ y el 4% en el fonema /d/ presentando sustitución, en el primer caso, se da la sustitución del fonema /t/ por /d/ y la sustitución del fonema /d/ por /r/.

Tabla 7 Modo respiratorio y articulación de fonemas dentales en el grupo de edad de 6 años

Edad	Modo Respiratorio	Fonemas Dentales					
		/t/			/d/		
6 años		o	s	d	O	S	D
	Respiración adecuada	0	0	0	0	0	0
	Total, general	0			0		0
	%	0%			0%		0%
	Respiración alterada	0	0	0	0	1(2%)	0
	Total, general	0					1
%	0%					2%	

Tabla original: Elaboración propia

En la tabla 7 se observa que del 46% de la muestra en el grupo de edad de 6 años, no existe alteración articulatoria en el grupo de fonemas dentales (/t/ y /d/) en niños con respiración adecuada. En el modo respiratorio alterado se observa que existe un 2% de niños con alteración en el fonema /d/ presentando sustitución por el fonema /r/.

Tabla 8 Modo respiratorio y articulación de fonemas alveolares en el grupo de edad de 5 años

Edad	Modo	Fonemas Alveolares								
		/s/			/n/			/l/		
5 años	Respiratorio	o	s	d	o	S	d	O	s	d
	Respiración adecuada	0	0	0	0	0	0	0	1(2%)	0
	Total, general	0			0			1		
	%	0%			0%			2%		
	Respiración alterada	2 (4%)	3 (6%)	5 (10%)	0	0	0	1(2%)	2(4%)	0
	Total, general	10			0			3		
	%	20%			0%			6%		
	Respiración adecuada	/r/			/rr/					
	Respiración adecuada	3(6%)	0	0	0	2(4%)	0			
	Total, general	3			2					
	%	6%			4%					
	Respiración alterada	5(10%)	9(18%)	3(6%)	7(14%)	6(12%)	2(4%)			
total, general	17			15						
%	34%			30%						

En la tabla 8 se puede observar que del 54% de la muestra del rango de edad de 5 años, el 20% (10) de niños con respiración alterada tienen alteración en la articulación del fonema /s/. El 10% (5) presentó distorsión, el 6% (3) sustitución del fonema /s/ por /t/, y el 4% (2) omisión de este fonema. En el modo respiratorio adecuado no se observaron dificultades articulatorias. En el fonema /n/ no se observaron dificultades articulatorias. En el modo respiratorio adecuado, se encontró que el 6% de la muestra presentó una articulación inadecuada del fonema ///. El 2% presentó omisión y el 4% sustitución de este sonido por el fonema /d/.

El mayor porcentaje de errores articulatorios se presentaron en los fonemas /r/ con un porcentaje total de 6% en respiración adecuada y 34% en respiración alterada y en el fonema /rr/ con un porcentaje del 4% en el modo respiratorio adecuado y del 30% en respiración alterada. En el fonema /r/ de acuerdo al modo respiratorio adecuado, hubo un 6% de omisión de este sonido. En la respiración alterada el 18% de la muestra presentó sustitución de este fonema por los sonidos // y /d/, el 10% omisión y el 6% distorsión. El fonema /rr/ se observó alterado en un 4% en la respiración adecuada presentando sustitución por // y por /d/. En la respiración alterada el mayor porcentaje fue de omisión de este fonema presentándose en el 14% de la población, seguido de la sustitución por el fonema // con un 12% y finalmente la distorsión de este sonido en un 4%.

Tabla 9 Modo respiratorio y articulación de fonemas alveolares en el grupo de edad de 6 años

Edad		Fonemas Alveolares								
		/s/			/n/			/l/		
6 años	Modo Respiratorio	O	s	d	o	S	d	o	s	d
	Respiración adecuada	0	0	0	0	0	0	0	1(2%)	0
	Total, general	0			0			1		
	%	0%			0%			2%		
	Respiración alterada	2 (4%)	3 (6%)	5 (10%)	0	0	0	1(2%)	2(4%)	0
	Total, general	10			0			3		
	%	20%			0%			6%		
		/r/			/rr/					
	Respiración adecuada	0	0	0	1(2%)	1(2%)	0			
	Total, general	0			2					
	%	0%			4%					
	Respiración alterada	0	0	0	2(4%)	4(8%)	0			
Total, general	0			6						
%	0%			12%						

En la tabla 9 se puede observar que del 46% de la muestra del rango de edad de 6 años, el 20% (10) de niños con respiración alterada tienen alteración en la articulación del fonema /s/. El 10% (5) presentó distorsión, el 6% (3) sustitución por el sonido /t/ y el 4% (2) omisión de este fonema. En el modo respiratorio adecuado no se observaron dificultades articulatorias. En el fonema /n/ no se observaron dificultades articulatorias. En el modo respiratorio adecuado, se encontró que el 6% de la muestra presentó una articulación inadecuada del fonema /l/. El 2% presentó omisión y el 4% sustitución de este sonido por el fonema /t/.

El mayor porcentaje de errores articulatorios se presentaron en los fonemas /r/ con un porcentaje total de 6% en respiración adecuada y 34% en respiración alterada y en el fonema /rr/ con un porcentaje del 4% en el modo respiratorio adecuado y del 30% en respiración alterada. En el fonema /r/ de acuerdo al modo respiratorio adecuado, hubo un 6% de omisión de este sonido. En la respiración alterada el 18% de la muestra presentó sustitución de este fonema por el sonido /d/, el 10% omisión y el 6% distorsión. El fonema /rr/ se observó alterado en un 4% en la respiración adecuada presentando sustitución por el fonema /l/. En la respiración alterada el mayor porcentaje fue de omisión de este fonema presentándose en el 14% de la muestra, seguido de la sustitución con un 12% y finalmente la distorsión de este sonido en un 4%.

Tabla 10 Modo respiratorio y articulación de grupos consonánticos en el grupo de edad de 5 años

Edad	Modo Respiratorio	Grupos Consonánticos					
		//			/r/		
		om	sust	distor	om	Sust	distor
5 años	Respiración adecuada	0	0	0	4(8%)	0	0
	Total, general		0			4	
	%		0%			8%	
	Respiración alterada	5(10%)	1(2%)	0	16(32%)	2(4%)	0
	Total, general			6			18
	%			12%			36%

Tabla original: Elaboración propia

En la tabla 10 se observa que, en la población en el rango de edad de 5 años, en la respiración adecuada no se encontraron dificultades articulatorias en los grupos consonánticos de //, en los grupos consonánticos de /r/ se encontró que el 8% de niños presentaron sustitución de este grupo consonántico por el fonema //.

Tabla 11 Modo respiratorio y articulación de grupos consonánticos en el grupo de edad de 6 años

Edad	Modo Respiratorio	Grupos consonánticos					
		//		/r/			
6 años		o	s	D	o	s	d
	Respiración adecuada	0	0	0	2(4%)	1(2%)	0
	Total, general		0			3	
	%		0%			6%	
	Respiración alterada	1(2%)	0	0	6(12%)	0	0
	Total, general		1			6	
	%		2%			12%	

Tabla original: Elaboración propia

En el grupo de edad de 6 años con respiración adecuada no se presentaron dificultades articulatorias en el grupo consonántico de //, en los grupos de /r/ el 6% de la muestra presentó una incorrecta articulación de este grupo consonántico, el 4% presentó omisión y el 2% sustitución por el fonema /i/. En la respiración alterada se encontró el mayor porcentaje de dificultades articulatorias en los grupos consonánticos de /r/ con un 12%, y en menor proporción hubo sustitución de los grupos consonánticos de // por el fonema /i/ (2%).

4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de esta investigación permiten identificar las características del habla de niños de 5 a 6 años con respiración adecuada o alterada de una institución pública de carabaylo, en base a los objetivos propuestos para este estudio.

a continuación, se presenta el análisis detallado en base a los objetivos planteados en esta investigación:

el primer objetivo específico consiste en determinar si la respiración es adecuada o alterada en los niños de 5 a 6 años de edad. al respecto encontramos que el 76% de la población en el rango de edad de 5 y 6 años presentan un modo respiratorio inadecuado (oral y oronasal), mientras que sólo un 24% presentan un modo respiratorio adecuado (nasal), existiendo una mayor prevalencia del modo respiratorio oronasal que oral. esta investigación coincide con el estudio de campos y canelo realizado en el 2010, en el cual hubo una mayor prevalencia de niños con modo respiratorio oral y oronasal en una muestra de 184 niños en el rango de edad de 6 años,

respecto al modo respiratorio y la articulación, en este estudio el modo respiratorio inadecuado estuvo relacionado a la articulación, ya que el 72% de los niños con una respiración alterada (oral y oronasal) presentaron dificultades articulatorias y el 28% de niños con una respiración adecuada (nasal) tenían una articulación normal. respecto al modo respiratorio oral y oronasal relacionado a una incorrecta articulación, este hallazgo difiere de la investigación de hitos, harakaki y otros en el 2013, en el cual el modo respiratorio oral y oronasal no se relaciona con las alteraciones del habla, ya que de su muestra total de 439 sujetos sólo el 31,2 % presentaron alteraciones en su articulación y la diferencia entre el modo respiratorio oral y oronasal respecto a su articulación no fue significativa. cabe mencionar que este estudio tuvo como muestra a sujetos en edades entre los 4 a 12 años, pero con mayor prevalencia de edades de 5 a 6 años. este estudio coincide con la investigación de campos y canelo (2010), en el cual el modo respiratorio oral y oronasal estuvo relacionado a una articulación inadecuada, mostrando una relación directa entre el modo respiratorio alterado y la producción fonética de los niños debido al mayor índice de sujetos con estas características.

en lo que respecta a las características del habla, en esta investigación se halló una prevalencia del 72% de una articulación inadecuada en los niños dentro del rango de edad de 5 a 6 años de edad. este hallazgo coincide con el estudio de huasco ramírez en el 2015, en el cual hubo una prevalencia del 52% en una muestra de 100 niños con dificultades articulatorias en este rango de edad, abarcando la mitad de la población con errores articulatorios.

respecto a los fones alterados en la articulación, en este estudio se encontró mayor prevalencia de alteración en los fonemas /r/ vibrante simple (34%) y /r/ vibrante múltiple (30%) en el rango de edad de 5 años; acorde a susanibar (2014), esto se explica mejor debido a que en esta edad ambos fonemas aún están en proceso de adquisición. en el rango de edad de 6 años se presentaron mayores dificultades (20%) en el fonema /s/, seguido del fonema /r/ vibrante simple (12%). este estudio coincide con el de campos y canelo realizado en el 2010, ya que también en su muestra se presentó mayor incidencia de alteraciones en los fonemas alveolares, dentro de los cuales se encuentran los fonos /s/, /r/ y /rr/, con el estudio de huasco ramírez (2015) y castañeda y monterrey (2016), ya que en ambos hubo también mayor índice de alteración articulatoria en el fonema /r/ vibrante simple y múltiple, en especial en el grupo de 5 años.

los errores articulatorios predominantes en el fonema /r/ vibrante simple y múltiple fueron la sustitución (18%) y la omisión (10%) en los niños de 5 años, distando del estudio de castañeda y monterrey en el 2016, en el cual el tipo de error más frecuente fue la distorsión en el fonema /r/. también difiere del estudio de huasco ramírez (2016) en el cual se presentó una prevalencia del 60% de distorsión en la muestra de 53 niños.

el otro fonema que mayormente se encontró afectado en este estudio fue el fonema /s/, con una prevalencia del 20% en niños de 5 y 6 años, siendo el error articulatorio más frecuente la distorsión (10%) causado mayormente por interposición lingual y lengua baja, lo cual coincide con el estudio de castro martinelli, fornaro y otros (2011), en el cual la prevalencia del ceceo anterior estuvo relacionada a la etapa de cambio de dentición (dentición mixta) en este grupo de edad. también coincide con el estudio de hitos, harakaki y otros (2013) en el cual se presentó distorsión del fonema /s/ por interposición lingual en el 21,9 % de su muestra.

dentro de los aspectos generales, en esta investigación se encontró mayor prevalencia de alteraciones durante el habla como lengua anteriorizada y lengua en posición baja en reposo, lo cual coincide con el estudio de huasco ramírez en el 2015 en el cual de 53 sujetos que presentaron aspectos generales de su habla alterados, 27 se debían a la lengua en posición baja.

CONCLUSIONES

Después de finalizar la ardua investigación se concluye lo siguiente:

- Se identificó que el modo respiratorio de los niños y niñas de 6 años (74%) es más adecuado que los niños y niñas de 5 años (24%).
- Se encontró que el modo respiratorio de los niños y niñas de 5 años (76%) es más alterado que los niños y niñas de 6 años (24%).
- Se logró identificar las características del habla en los niños de 5 años con respiración adecuada que presentan alteraciones en la producción del habla; estos niños equivalen al 10% de la muestra y los fonemas que tienen alterados fueron: /l/, /r/, /rr/ y en los grupos consonánticos de /R/. Por otro lado, las características del habla de niños de 6 años con respiración adecuada que presentan alteraciones en la producción del habla equivalen al 6% de la muestra y de los fonemas que tienen alterados fueron: /j/, /s/, r, /rr/ y en los grupos consonánticos de /R/.
- Las características del habla en los niños de 5 años con respiración alterada equivalen al 42% de la muestra y los fonemas que tienen alterados fueron: /t/, /d/, /s/, /l/, /r/, /rr/, grupos consonánticos de /L/ y grupos consonánticos /R/. Por otro lado, las características del habla de niños de 6 años con respiración alterada que presentan alteraciones en la producción del habla equivalen al 14% de la muestra y de los fonemas que tienen alterados fueron: /d/, /s/, /r/, /rr/, grupos consonánticos de /L/ y grupos consonánticos de /R/.

- El 28 % de la muestra presenta respiración adecuada y no presentaron alteraciones en la producción del habla.

RECOMENDACIONES

- Se debe promover una evaluación de respiración y características del habla en las instituciones educativas para obtener un diagnóstico temprano.
- Promover charlas informativas para que los docentes puedan derivar a un especialista a los alumnos que presenten alguna alteración respiratoria o en la producción del habla.
- Es recomendable investigar el tema en otra población para contrastar los resultados encontrados en este estudio, con una muestra más amplia para lograr una mejor identificación de las diferencias en los resultados obtenidos.
- Es recomendable hacer una investigación experimental para ver si al mejorar el modo respiratorio hay una mejora en la producción del habla.

REFERENCIAS

- ANDRADE CAMPANHA, Sílvia.
2012 *Fonoterapia Respiratoria*. Brasil: Pulso.
- BLAS, Karina, Mercy GRANDA y Yahaira PALOMINO
2017 *Características del habla en niños de 8 a 12 años con fisura labiopalatina que acuden a un centro especializado de Lima. Tesis de Maestría en Fonoaudiología. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú. Consulta: 6 de junio de 2020.*
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9995/Blas%Alvarado_Granda%20Mora_Palomino%20Reyes_Character%C3%adsticas_habla_ni%C3%b1os1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- CASTAÑEDA, Lourdes y Iliana MONTERREY
2016 *Características En La Producción Del Habla En Niños De 6 Años De Dos Instituciones Educativas Del Distrito De Concepción. Tesis de Maestría en Fonoaudiología. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú. Consulta: 18 de marzo de 2020*
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/10028>
- DÁVILA Yulisa y Rosa PARRALES
2017 *Alteraciones del habla en niños de 6 y 7 años de edad con frenillo lingual alterado del colegio Santa Rita de Casia. Tesis de maestría en Fonoaudiología con mención en Motricidad Orofacial, Voz y Tartamudez. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje. Consulta: 03 de mayo del 2020.*
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/12896/D%81VILA_GER%93NIMO_PARRALES_ROBLES.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- DÍAZ Jaqueline y ALCÁNTARA Cusi.
2017 *Características en la producción articuladora del habla en niñas del tercer ciclo con hábitos de succión no nutritiva del Colegio Mater Admirabilis. Tesis de maestría en Fonoaudiología con mención en Motricidad Orofacial, Voz y Tartamudez. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje. Consulta: 03 de octubre del 2020.*
https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/12387/DIAZ_PEREZ_PAUCAR_ALCANTARA.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- FAJARDO, Nora y Mónica PAREDES
2014 *Características en la producción del habla en niños de 6 a 7 años con frenillo lingual alterado de la IE Liceo Naval "Almirante Guise". Tesis de Maestría en Fonoaudiología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje. Consulta: 3 de mayo de 2020*

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5781/FAJARDO_PERRY_FERNANDEZ_DAVILA_CHARACTERISTICAS_GUISE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

FÉLIX DE MATTOS, Fabiola

2018 “Orofacial myofunctional characteristics of oral and oronasal breathers”. CEFAC. Brasil, 2018, pp.460-465, Consulta: 02 de abril del 2020

<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/PjcJP97drHbTj6pgVJgRV4z/?format=html&lang=en>

GANONG, William

2001 Fisiología Médica. México D.F.: MANUAL MODERNO. pp. 700-715.

GARCÍA, Pascual

2004 “Órganos que intervienen en la articulación de los fonemas “. La Dislalia, Naturaleza, diagnóstico y rehabilitación. España: CEPE S.A.pp.17-23

HERNÁNDEZ, A.

2003 “Atuação Fonoaudiológica Como Sistema Estomatognático e a Função De Alimentação”. São Paulo: Pulso, pp. 47 - 78.

HERNÁNDEZ, Roberto, Carlos FERNÁNDEZ y Pilar BAPTISTA

2010 “Metodología y Diseño en la Investigación Científica”. (5ta ed.) México: Mc GrawHill. pp. 250-295

HITOS, Silvia y otros

2013 “Oral breathing and speech disorders in children”. Jornal de Pediatria. Brasil, 2013, pp. 361–365. Consulta: Consulta: 03 de octubre del 2020 <https://doi.org/10.1016/j.jped.2012.12.007>

HUASCO, Lidia, Mónica RAMÍREZ y Jhenifer VIRTO

2015 Características en la producción del habla en niños y niñas de 5 años y 6 meses a 6 años y 6 meses pertenecientes a la institución educativa Fe y Alegría No2-Condevilla-SMP UGEL02. Tesis de Maestría en Fonoaudiología. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú. Consulta: 25 de octubre de 2020.

<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7048>

MARCHESAN, Irene

1998 “Fundamentos de Fonoaudiología”. Aspectos Clínicos de la Motricidad Oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

2003 Respiración Oral: Abordaje Interdisciplinar. Brasil: Pulso. “Alterações de fala de origem músculoesquelética”.

2004 Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, pp. 292-303.

- 2005 “O que são e como tratar as alterações de fala de origem fonética”.
Livro de Fonoaudiologia. São José dos Campos: Pulso.
- 2015 “Definição e tratamento das alterações da fala de origem fonética”.
Fundamentose práticas em fonoaudiologia. Rio de Janeiro: Revinter,
pp.71-97.
- MARCHESAN, Irene y Martinelli, ROBERTA
2015 *A fala nos diversos contextos de motricidade orofacial*. São José dos
Campos:Pulso.
- MARTINELLI, Roberta y otros.
2011 “Correlações Entre Alterações De Fala, Respiração Oral, Dentição E
Oclusão”. CEFAC. Consulta: 03 de octubre del 2020.
<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/RJZqzd8DqDvWPMXj9xJDymr/?lang=pt>
- MLADINEO, Darinka
2012 *los modos respiratorios, sus consecuencias y evaluación clínica Tesis de licenciatura en cirugía dental*. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Consulta: 15 de octubre de 2020.
<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/112866>
- PASCUAL, Pilar
2004 *La dislalia, naturaleza, diagnóstico y rehabilitación*. 12a Ed, España: CEPE.
- PEÑA, Jordi
2014 *Manual de Logopedia*. España: Elsevier.
- MONJE, Carlos.
2011 *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Surcolombiana. U., De, F., Sociales, C., Humanas. Neiva. Consulta: 03 de abril del 2020.
<https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-deinvestigacion.pdf>
- RODRÍGUEZ, Esequiel, Rogelio CASASA, Adriana NATERA
2007 *1001 Tips en Ortodoncia y sus Secretos*. Caracas: AMOLCA. pp. 282-284
- ROJAS, José y Renzo JARA
2018 *Alteraciones de la producción del habla por trastorno fonético y tipo de alimentación enteral en niños de 5 años en dos instituciones educativas de nivel inicial*. Tesis de Licenciatura en tecnología médica con especialidad en terapia de audición, voz y lenguaje. Lima: Universidad peruana Cayetano Heredia. Escuela de tecnología médica. Consulta: 03 de octubre del 2020
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1409/Alteraciones_JanampaLandeo_Lisbeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y

RUIVO, Joana

2014 *A incidência das Alterações da Motricidade Orofacial e da Articulação Verbal em Crianças em Idade Pré-Escolar. Tesis de maestría en Terapia del Habla en el área de Motricidad Orofacial y Deglución. Brasil: Escola Superior de Saúde do Alcoitão. Consulta: 03 de octubre del 2020.*
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9612/1/Dissertação de Mestrado.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9612/1/Dissertação%20de%20Mestrado.pdf)

SÁNCHEZ, HUGO y Carlos Reyes

2006 *Metodología de la investigación. Lima: Editorial Visión Universitaria. pp. 35-152.*

SIH, Tania,

1999 *Otorrinolaringología pediátrica. España: SPRINGER.*

SUSANIBAR, Franklin y otros

2016 *Trastornos del habla de los fundamentos a la evaluación. España EOS.*

SUSANIBAR, Franklin, David PARRA y Alejandro DIOSES

2013 *Motricidad Orofacial. Fundamentos basados en evidencias. Madrid: EOS.*

SUSANIBAR, Franklin y otros

2014 *Tratado de evaluación de motricidad orofacial y áreas afines. Madrid: EOS.*

SUSANIBAR, Franklin

2016 *“Trastornos de los Sonidos del Habla – TSH: ¿Cómo el diagnóstico basado en evidencias influye en la intervención?”. Trastornos del habla. De los fundamentos a la evaluación. Madrid: EOS, pp. 197–210.*

SCHMIDT, Rafaela

2010 *Caracterização da postura, tônus e mobilidade de lábios e língua em crianças respiradoras orais. Tesis de Maestría en Fonoaudiología. Brasil: Pontificia Universidad Católica de São Paulo. Consulta: 10 de septiembre de 2020. <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp129982.pdf>*

VAREZ, Luis y otros

2008 *Logopedia y foniatría. Cuba: Ciencias Médicas.*

WOLFGANG, Bigenzahn y otros

2004 *Disfunciones orofaciales en la infancia. Barcelona: Ars Médica.*

ANEXOS:

Anexo 1



CEFAC Pós-Graduação em Saúde e Educação



Examen Miofuncional Orofacial - MBGR
Marchesan IQ, Berreñin-Felix G, Genaro KF, Rehder MI

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

Fecha de evaluación: / 07 / 18	Grado:	Nro.
--------------------------------	--------	------

Movimientos Mandibulares y Oclusión (usar paquímetro y lápiz carbón, tomar cada medida 3 veces y calcular la media)

	1ª medida (mm)	2ª medida (mm)	3ª medida (mm)	Media (mm)
Trespase vertical (TV)-(Overbite -OB) (con los dientes en oclusión, marcar en el vestibular de los incisivos inferiores la cara incisal de los incisivos superiores y medir la distancia de esa marcación hasta la cara incisal de los incisivos inferiores, en la mordida abierta medir la distancia entre las caras incisales de los dientes incisivos superior e inferior, en el plano vertical) (Overbite: valor normal 2-3mm, valores mayores indican mordida profunda anterior y valores menores o negativos indican mordida abierta anterior).				
Trespase horizontal (TH)- (Overjet -OJ) (medir la distancia entre las caras incisales de los incisivos superiores e inferiores, en el plano horizontal) (Overjet: el valor normal es de 3mm).				
Distancia interincisal máxima activa - DIMA (del incisivo central o lateral superior al inferior con la máxima abertura de boca)				
DIMA con el ápice de la lengua tocando la papila incisiva (DIMALP)				
Calcular: (DIMALP) x 100 DIMA				

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

Posición habitual:	(0) cerrados (2) entresbiertos	(1) cerrados con tensión (2) cerrados con contacto dentario	(2) alterna abiertos y cerrados (3) abiertos
Forma - Superior: - Inferior:	(0) normal (1º arco de cupido) (0) normal	(1) en ala de gaviota (1º e 2º arco de cupido) (1) con eversión discreta	(2) con eversión acentuada
Tamaño del superior:	(0) cubre 3/5 dos incisivos	(1) cubre más que 3/5	(1) cubre menos que 3/5
Mucosa externa:	(0) normal	(1) con saliva	(1) resecos (2) con heridas

Observación: _____

Lengua [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 17)

Posición habitual:	<input type="checkbox"/> no observable	(1) en el suelo	(1) punta baja y dorso alto	(1) interdental: _____
Simetría:	(0) si	(1) no (describir): _____		
Ancho:	(0) adecuada	(1) disminuida	(2) aumentada	
Altura:	(0) adecuada	(1) aumentada		
Mucosa:	(0) normal	(1) geográfica	(1) fisurada	(2) con herida (local): _____
	(1) marcada por dientes (local): _____	(1) marcada por aparato (local): _____		
Frenillo:	extensión: (0) adecuada	(1) largo	(1) corto	
	Fijación en la lengua: (0) parte media	(1) entre la parte media y el ápice	(2) en el ápice	
	fijación en el suelo: (0) entre las carúnculas	(1) en la cresta alveolar		
	otras características: (0) no hay	(1) submerso	(1) espeso	(1) con fibrosis

Observación: _____

FUNCIONES OROFACIALES [] Sumar las puntuaciones de respiración, masticación, deglución y habla (mejor resultado = 0 y peor = 98)

Respiración [] Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 5)
 Si está alterada, es de origen [] funcional [] estructural [] otra _____

Tipo:	(0) medio/inferior	(1) medio/superior	(1) otro (describir): _____
Modo:	(0) nasal	(1) oronasal	(2) oral

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

Dentadura:	<input type="checkbox"/> decidua	<input type="checkbox"/> mixta	<input type="checkbox"/> permanente
Nº de dientes:	superior D _____	superior I _____	inferior D _____ inferior I _____
Falta de dientes:	(0) ausente (1) presente (elementos): _____		
Salud oral	Dientes:	(0) buena	(1) regular (2) mala
	Encías (gingiva):	(0) buena	(1) regular (2) mala
Uso de prótesis:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> removible	<input type="checkbox"/> fija <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> total

Observación: _____

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

Línea media:	(0) adecuada	(1) desviada D	(1) desviada I
Relación horizontal:	(0) adecuada (TH entre 1 y 3mm)	(1) mordida borde a borde (TH = 0mm)	(1) sobresalencia excesiva (TH > 3mm) (1) mordida cruzada anterior (TH < 0mm)
Relación vertical:	(0) adecuada (TV entre 1 e 3mm)	(1) sobremordida excesiva (TV > 3mm)	(1) mordida abierta posterior D (1) mordida abierta anterior (TV < 0mm) (1) mordida abierta posterior I
Relación transversal:	(0) adecuada	(1) mordida cruzada posterior D	(1) mordida cruzada posterior I
Uso de aparato:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> removible	<input type="checkbox"/> fijo

Observación: _____

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

	Adecuada	Alterada	Ausente
Protruir	(0)	(1)	(2)
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	Reducida	Ausente
	(0) D (0) I	(1) D (1) I	(2) D (2) I

Observación: _____

Habla [] Sumar las puntuaciones de las cinco pruebas (mejor resultado = 0 y peor = 44)
 Si está alterada, es de origen [] fonética [] fonética/fonológico [] ME _____

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 gustó"

Omisión:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Sustitución:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Distorsión:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(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 los meses del año"

Omisión:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Sustitución:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Distorsión:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(s): _____

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

Omisión:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Sustitución:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(s): _____
Distorsión:	(0) ausente	(1) asistemática	(2) sistemática	fone(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 fone 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 comisura derecha y/o izquierda	(2) escupe	(3) babea
		(1) acumula en el labio inferior		
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) anteriorizado
Resonancia:	(0) equilibrio oronasal	(1) uso reducido nasal	(1) uso excesivo nasal	(1) laringofaríngea
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 esta se relaciona a:

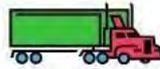
- [] tono [] respiración oronasal [] mal oclusión [] uso de prótesis [] velocidad de habla
 [] audición [] uso de medicamento [] cantidad de saliva [] reducción de apertura de boca
 [] alteración neurológica [] fatiga muscular [] ansiedad/depresión [] otras: _____

Observación: _____

ANEXO 2

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 – Lydia Fernández



ANEXO 3

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito del presente documento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Cristhian Oswaldo Concepción Pérez y Martha Gabriela Martínez Minga, estudiantes de cuarto ciclo de la Maestría en Fonoaudiología con mención en Motricidad Orofacial, Voz y Tartamudez. La meta de este estudio es investigar las características del habla de los niños y niñas de 5 a 6 años con respiración adecuada o alterada.

Si usted permite la participación de su hijo(a) en este estudio, procederemos a aplicar el protocolo MBGR (Examen Miofuncional Orofacial), específicamente los apartados de habla y respiración. Esto tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo.

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

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante el desarrollo de la evaluación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en alguna forma. Si alguna de las preguntas durante el estudio le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo,

_____, con DNI _____

representante

alumno(a) _____

del

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje, perteneciente a la Pontificia Universidad Católica del Perú. He sido informado(a) de la meta de este estudio y del tiempo que tomará su aplicación.

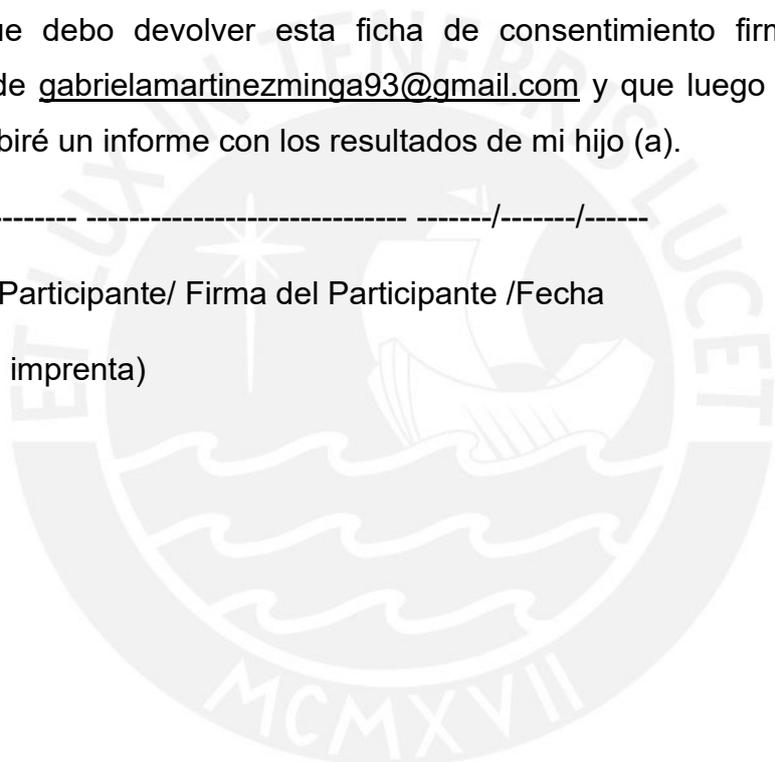
Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que debo devolver esta ficha de consentimiento firmada al correo electrónico de gabrielamartinezminga93@gmail.com y que luego de concluido el estudio, recibiré un informe con los resultados de mi hijo (a).

-----/-----/-----

Nombre del Participante/ Firma del Participante /Fecha

(en letras de imprenta)



ANEXO 4

Lima, 28 de julio de 2020

Señora

LUISA ELENA TUNA ARANDA

Directora Colegio Institución Educativa Nro 315 “Los Ángeles y María”.

Presente

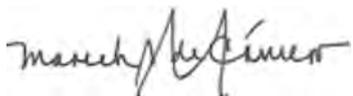
De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y presentarle a los estudiantes Martha Gabriela Martínez Minga Y Cristhian Oswaldo Concepción Pérez, alumnos del III ciclo de la Maestría en Fonoaudiología con mención Motricidad Orofacial Voz y Tartamudez, desarrollada por el Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje en convenio con la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Los alumnos **Martínez y Concepción**, actualmente, se encuentran ejecutando su Trabajo de Tesis titulado: “Características del habla de los niños y niñas de 5 a 6 años con respiración adecuada o alterada de una Institución Educativa Pública del distrito de Carabaylo”, motivo por el cual, solicito les brinde las facilidades que estime pertinente para aplicar el Protocolo MGBR (Examen Miofuncional Orofacial) a 60 alumnos de 5 años y 1º grado de primaria en el centro educativo que usted tiene a cargo.

Agradezco la atención que brinde a la presente.

Atentamente,

1 

2 MARCELA SANDOVAL PALACIOS
Directora de la Maestría

Escuela de Estudios Superiores

PUCP - CPAL

153-20

/cgm