

**LENGUA CASTELLANA**

**Idoia VILLACAMPA MENDIBURU**

**DESARROLLO LINGÜÍSTICO Y  
SOCIO-AFECTIVO DE UN NIÑO DE  
5 AÑOS CON LABIO LEPORINO Y  
FISURA PALATINA EN EL  
CONTEXTO ESCOLAR**

**TFG/GBL 2014**



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales  
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

**Grado en Maestro de Educación Infantil  
/  
Haur Hezkuntzako Irakasleen Gradua**



**Grado en Maestro en Educación Infantil**  
**Haur Hezkuntzako Irakasleen Gradua**

Trabajo Fin de Grado  
Gradu Bukaerako Lana

***DESARROLLO LINGÜÍSTICO Y SOCIO-AFECTIVO  
DE UN NIÑO DE 5 AÑOS CON LABIO LEPORINO  
Y FISURA PALATINA EN EL CONTEXTO ESCOLAR***

Idoia VILLACAMPA MENDIBURU

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES  
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA**  
**NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA**

**Estudiante / Ikaslea**

Idoia VILLACAMPA MENDIBURU

**Título / Izenburua**

Desarrollo lingüístico y socio-afectivo de un niño de 5 años con labio leporino y fisura palatina en el contexto escolar

**Grado / Gradu**

Grado en Maestro en Educación Infantil / Haur Hezkuntzako Irakasleen Gradua

**Centro / Ikastegia**

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea  
Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

**Director-a / Zuzendaria**

Magdalena ROMERA CIRIA

**Departamento / Saila**

Filología y Didáctica de la Lengua / Filologia eta Hizkuntzaren Didaktika

**Curso académico / Ikasturte akademikoa**

2013/2014

**Semestre / Seihilekoa**

Primavera / Udaberrik

## **Agradecimientos**

Especial reconocimiento a Almudena, Eli y Laura por su involucración y creencia en este estudio.

A J. porque eres un niño muy especial y espero que algún día pueda contarte todo lo que me has enseñado.

## Preámbulo

El Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, modificado por el Real Decreto 861/2010, establece en el Capítulo III, dedicado a las enseñanzas oficiales de Grado, que “estas enseñanzas concluirán con la elaboración y defensa de un Trabajo Fin de Grado [...] El Trabajo Fin de Grado tendrá entre 6 y 30 créditos, deberá realizarse en la fase final del plan de estudios y estar orientado a la evaluación de competencias asociadas al título”.

El Grado en Maestro en Educación Infantil por la Universidad Pública de Navarra tiene una extensión de 12 ECTS, según la memoria del título verificada por la ANECA. El título está regido por la *Orden ECI/3854/2007, de 27 de diciembre, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Infantil*; con la aplicación, con carácter subsidiario, del reglamento de Trabajos Fin de Grado, aprobado por el Consejo de Gobierno de la Universidad el 12 de marzo de 2013.

Todos los planes de estudios de Maestro en Educación Infantil se estructuran, según la Orden ECI/3854/2007, en tres grandes módulos: uno, *de formación básica*, donde se desarrollan los contenidos socio-psico-pedagógicos; otro, *didáctico y disciplinar*, que recoge los contenidos de las disciplinas y su didáctica; y, por último, *Practicum*, donde se describen las competencias que tendrán que adquirir los estudiantes del Grado en las prácticas escolares. En este último módulo, se enmarca el Trabajo Fin de Grado, que debe reflejar la formación adquirida a lo largo de todas las enseñanzas. Finalmente, dado que la Orden ECI/3854/2007 no concreta la distribución de los 240 ECTS necesarios para la obtención del Grado, las universidades tienen la facultad de determinar un número de créditos, estableciendo, en general, asignaturas de carácter optativo.

Así, en cumplimiento de la Orden ECI/3854/2007, es requisito necesario que en el Trabajo Fin de Grado el estudiante demuestre competencias relativas a los módulos de formación básica, didáctico-disciplinar y practicum, exigidas para todos los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Infantil.

En este trabajo, el módulo *de formación básica* permite enmarcar el desarrollo evolutivo de la tercera etapa de Educación Infantil, en la que hay establecidas unas características y unos objetivos comunes para todos los niños y niñas. En concreto, el desarrollo lingüístico y el desarrollo social a la edad de 5 años. Debido a la interconexión entre ambos, se crea una influencia recíproca que puede marcar el desarrollo integral del niño/a. Los niños a esta edad utilizan un lenguaje muy rico en léxico y vocabulario, aunque precisan de mayor control morfo-sintáctico mostrando dificultades en los verbos irregulares y las nociones espacio-temporales. En referencia a la fonética, pueden producir la mayoría de sonidos, sin embargo suelen presentar dificultades con algunos fonemas, especialmente los fricativos. Por otro lado, presentan una gran capacidad de comunicación, pueden contar historias con causas y consecuencias, conversar, comprender la ironía, tienen sentido del humor y son capaces de explicar emociones. No obstante les falta adquisición pragmática. (Owens, 2003). La importancia del conocimiento de los signos madurativos de los niños y niñas es fundamental para actuar como un buen profesor, siendo capaz de prevenir, detectar e intervenir de la manera adecuada y en el momento necesario en las alteraciones del lenguaje que puedan surgir en las primeras etapas de la infancia. Este módulo está presente en la base teórica de la investigación, así como en la justificación en la que se muestran los motivos de su puesta en práctica.

El módulo *didáctico y disciplinar* nos ha permitido centrar el estudio en la adquisición del lenguaje, concretamente en el desarrollo oral, y en las consecuencias que éste tiene en el desarrollo de la socialización en Educación Infantil. En el marco teórico del estudio se refleja de manera específica la evolución fonética del niño/a, así como la intervención didáctica por parte de los profesionales. También, en relación a este módulo, se centra el planteamiento de la investigación. En ella se recogen los conocimientos adquiridos durante el período teórico del Grado de Maestro en Educación Infantil, concretamente en los bloques relacionados con pedagogía terapéutica y didáctica de la lengua. Todos estos conocimientos aportan al trabajo experiencia y fluidez a la hora de diseñar y poner en práctica su realización. Es muy importante una base teórica y didáctica conseguir una conexión completa de todos los factores influyentes en la situación estudiada.

Asimismo, el módulo *practicum* nos ha permitido desarrollar este estudio puesto que se ha realizado durante el período de prácticas en un centro educativo. El seguimiento de este caso concreto parte de la posibilidad que nos ofrecía el centro, los docentes implicados en su educación (educación formal en el aula y tratamiento de logopeda), y la familia del mismo. Aprovechando el horario lectivo se ha podido llevar a cabo el planteamiento diseñado. La observación sistemática del sujeto mediante los materiales elaborados y una entrevista con la familia nos han permitido analizar los datos obtenidos para contrastar los objetivos y las hipótesis formuladas al inicio de la investigación; incluyendo también algunas pautas de mejora para el tratamiento actual. Por ello, a lo largo de todo el diseño aparece reflejado este marco práctico con el fin de reflejar la realidad estudiada. La importancia de obtener información desde la interacción con los niños y niñas y contando con la implicación y coordinación de los educadores es vital para realizar una investigación de calidad y de carácter funcional. Además, es fundamental que, como docentes e investigadores, aprendamos a actuar y reflexionar desde la práctica.



## Resumen

El presente estudio de caso se centra en un niño de 5 años que presenta alteraciones en el lenguaje oral generadas por labio leporino y fisura palatina. El niño muestra unas características lingüísticas específicas, por ello recibe un tratamiento de logopedia en el centro escolar. Esta investigación se plantea con una observación sistemática en dos contextos diferenciados, aula ordinaria y aula de logopeda. La obtención de datos se consigue mediante el estudio de unas variables determinadas relacionadas con las dos áreas más afectadas por el trastorno: desarrollo lingüístico y desarrollo socio-afectivo. Los resultados se analizan teniendo en cuenta diversos factores que influyen en el desarrollo del niño, algunas variables externas que influyen en la observación, o las aportaciones de la familia a quienes se les realiza una entrevista. Como conclusión general destaca la diferencia entre la producción fonética en ambos contextos. El sujeto pronuncia perfectamente los fonemas adquiridos con el logopeda, pero presenta dificultades en el contexto ordinario. En referencia a la socialización, debido en gran parte a la adecuada influencia familiar, el niño ha desarrollado buenas habilidades sociales, y no presenta notables problemas para relacionarse.

*Palabras clave:* labio leporino y fisura palatina, desarrollo lingüístico, socialización, logopedia, influencia familiar.

## Abstract

This case study focuses on a 5-year-old child that presents alterations in the oral language generated by cleft lip and cleft palate. The child shows specific linguistic characteristics, therefore he receives a treatment of speech therapy at school. This research arises with systematic observation in two different contexts, regular classroom and classroom speech therapist. The data extraction is achieved through the study of certain variables related to the two areas most affected by the disorder: linguistic and socio-affective development. The results are analyzed taking into account various factors that influence the development of the child, some external variables influencing the observation or the contributions of the family who held an interview. As general conclusion highlights the difference between phonetic production in both contexts. The subject perfectly pronounce the phoneme acquired

with the speech therapist, but he presents difficulties in the ordinary context. In reference to socialization, due in large part to the appropriate family influence, the child has developed good social skills, and doesn't show considerable problems to engage.

Key words: cleft lip and cleft palate, speech, language development, socialization, family influence.

## Índice

<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>1. Justificación, objetivos e hipótesis</b>	<b>4</b>
1.1. Justificación y antecedentes	4
1.2. Objetivos y cuestiones	6
1.3. Hipótesis	8
<b>2. Marco teórico</b>	<b>9</b>
2.1. El lenguaje oral y los trastornos del habla	9
2.1.1. Labio leporino con fisura alvéolo-palatina	11
2.3.2. Tratamiento logopeda en el trastorno por labio leporino	15
2.2. Habilidades sociales e influencia familiar en los niños y niñas con trastorno por labio leporino	17
<b>3. Presentación del caso de estudio</b>	<b>19</b>
<b>4. Diseño y planificación de la investigación</b>	<b>23</b>
4.1. Método	23
4.2. Técnica de recogida de datos	23
4.3. Planificación de la observación	23
4.4. Materiales	24
4.5. Variables y su codificación	25
<b>5. Análisis de los resultados</b>	<b>26</b>
5.1. Resultados generales	27
5.2. Resultados específicos	29
5.3. Análisis del tratamiento logopeda	33
5.4. Influencia de variables externas: diversidad lingüística y modelo familiar	35
<b>6. Propuesta de pautas de actuación</b>	<b>38</b>
<b>Conclusiones y cuestiones abiertas</b>	<b>41</b>
<b>Referencias</b>	<b>45</b>
<b>Anexos</b>	<b>48</b>
<b>A. Anexo I. Tabla de registro utilizada en el aula ordinaria</b>	<b>48</b>
<b>A. Anexo II. Tabla de registro utilizada en aula de logopeda</b>	<b>49</b>
<b>A. Anexo III. Materiales de logopeda</b>	<b>50</b>
<b>A. Anexo IV. Guión de la entrevista a la familia</b>	<b>51</b>



## INTRODUCCIÓN

*Tan inocentes. Tan queridos. Tan llenos de promesas. Entonces... ¿Cuál es el problema? Cada tres minutos, en algún lugar del mundo nace un niño que hereda la incertidumbre de vivir con una deformidad facial. Uno de cada diez no sobrevivirá para cumplir un año. Ellos luchan por crecer con fuerza. Por comer, por beber como los demás. Por ser oídos. Por ser aceptados. Para estos niños, el tratamiento brinda esperanza. Transformación para el niño, para la familia, para la comunidad, para el país, para cada uno de nosotros. Cada día, alrededor del mundo, creamos cambios en las comunidades, motivamos a la gente, a aprender, a enseñar, a ser voluntarios, para lograr una diferencia perdurable (...). Si nosotros no apartamos la mirada, el poder de una sonrisa para transformar una vida viajará grandes distancias desde sus corazones hacia los nuestros. Una sonrisa, lo cambia todo. (<http://www.operationsmile.org/>)*

El lenguaje universal es la sonrisa. Todos sonreímos en el mismo idioma, la sonrisa es comprendida en todos y cada uno de los lugares del mundo. Es un gesto de amabilidad y de simpatía, que transmite bienestar y que produce alegría. El poder de una sonrisa es inimaginable, puede cambiarlo todo y no cuesta nada. Se dice que la sonrisa es el lenguaje de los niños y las niñas<sup>1</sup>, son los que más sonríen y se ríen, desprendiendo esa felicidad sin esperar nada a cambio. Entonces... ¿cuál es el problema que surge en la vida de un niño que nace con una sonrisa diferente? Su vida va a ser distinta en muchos aspectos. Sonreír, relacionarse, besar, alimentarse, cantar, hablar, comunicarse... va a suponer un esfuerzo superior al de los demás. Sentirse incapaz de lograr esas acciones, recibiendo además un rechazo por la estética heredada de su malformación, es un hecho real con el que van a tener que convivir, pero que puede superarse. Conseguir ser incluidos<sup>2</sup>, es la meta del tratamiento ante una malformación congénita. Los médicos juegan un papel vital y muy importante para alcanzarla, pero

---

<sup>1</sup> A lo largo de todo el TFG me referiré con la palabra “niño/s” tanto al género masculino como femenino, para evitar la repetición de la expresión y conseguir una lectura fluida y cómoda.

<sup>2</sup> En referencia al término “inclusión”, y como crítica al texto cuando habla de “adaptados”.

también los educadores, logopedas y pedagogos terapéuticos son imprescindibles en esta carrera por la inclusión.

“¿Logopeda? Ah, sí... el de los pies.” Actualmente la definición de logopeda está más extendida y en cada vez más colegios hay profesorado profesional en audición y lenguaje. No hace mucho, la respuesta con la que empieza este párrafo no sorprendía a muchos, sino que era compartida por bastante gente. Aún así, hoy en día la importancia y la consideración del profesor dedicado a la logopedia no es la que merece. En este país, es de sobra conocida la baja consideración de la profesión de maestro, en especial de la maestro de Educación Infantil. El logopeda tiene también estatus inferior al de médico especialista en lenguaje. Sin embargo, a lo largo de esta investigación se demuestra la importancia y el trascendental trabajo del logopeda con niños de E.I., quienes se encuentran en la etapa más relevante para el desarrollo y adquisición del lenguaje oral. Las funciones del logopeda son muchas, no es sólo “ayudar a hablar”, es mucho más que trabajar únicamente la voz. La voz hay que trabajarla para un buen desarrollo del habla, pero en la producción oral participan muchos elementos y para que ésta sea adecuada, es necesaria una buena coordinación y un constante entrenamiento de todos ellos. Diversos logopedas del Colegio de Logopedas de Aragón comparten la opinión de que “un logopeda es como un *personal training vocal*” que aporta salud y confianza en el momento de hablar y de comunicarse. En el momento que aparece una malformación facial que afectará al habla, no es suficiente con una operación quirúrgica, es esencial un buen tratamiento logopeda. Estos logopedas afirman que lo importante para conseguir el progreso y la mejora en el desarrollo del habla es mantener la actitud y la idea de “no trabajar con patologías, sino con personas”. ([www.logopedasaragon.com](http://www.logopedasaragon.com))

Sin perder este pensamiento, así es como debe actuar un docente, dedicándose a los niños, trabajando con ellos y por ellos, con el espíritu de que lo que hay que cambiar no es al niño, ni a su patología, sino que las dificultades que pueda interponer el contexto educativo y social se pueden superar por medio de estrategias, y que si no disponemos de los recursos necesarios para ello, debemos inventarlos y crearlos. De esta manera, la concepción de educación cambia, siendo el educador un guía que aprende con y de sus alumnos.

---

El avance de la sociedad en cuanto a tecnología, información y comunicación es innegable, y ello afecta al ámbito educativo. Consecuentemente, el educador tiene que convertirse en investigador educativo constante, manteniéndose activo ante la innovación, actuando y reflexionando sobre lo que hace y cómo lo hace.

La importancia de la investigación está en aumentar el conocimiento específico sobre el tema o campo a investigar. Ampliar el repertorio de estudios de caso centrados en el desarrollo del lenguaje es uno de los motivos de este estudio. Ciertamente esta investigación se justifica también por la importancia que tiene el desarrollo del lenguaje en la vida de las personas.

En concreto, este es un estudio de un caso único e irrepetible. Un niño de 5 años, simpático, hábil y risueño, al que le gusta jugar, es fan del Club Atlético Osasuna y adora al eterno capitán Patxi Puñal. Leer le apasiona y salir a volar la cometa con sus padres y su hermana es para él algo mágico que sólo ocurre en días de viento. A veces, se enfada cuando no consigue lo que quiere, pero cuando se da cuenta de que no tiene razón es el primero en pedir perdón. Le encanta la música, cantar y tararear y bailar. Escribe y dibuja muy bien, siendo un artista con las ceras, es atento pero también se despista algunas veces. Tiene muchos amigos, a los que escucha y cuenta historias. Es un niño muy hablador a pesar de que tiene dificultades en su expresión oral, provenientes del labio leporino y fisura palatina con los que nació.

Estas son algunas de las características del niño seleccionado para esta investigación, centrada concretamente en la expresión oral y la socialización del mismo. Nos hemos centrado en investigar cómo es el desarrollo del habla y qué influencia tiene esto junto con otros factores externos en el establecimiento de sus relaciones sociales. Para ello, hemos programado un diseño de la recogida de datos, los cuales hemos analizado en busca de aquello que nos sea útil para modificar e intervenir en la situación actual, con el fin último de mejorar el desarrollo integral del niño.

Sin olvidar que la práctica realizada va de la mano de su discusión y valoración. La educación debe ir siempre en el camino del desarrollo de todos los ámbitos en los que se puede desarrollar una persona. Cada persona es un único ser que combina todas las áreas e inteligencias que tiene, en la acción desde la reflexión. Como dijo el gran pedagogo Freire (1992, p.102) “no hay palabra verdadera que no sea acción inquebrantable entre acción y reflexión”.

## 1. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### 1.1. Justificación y antecedentes

El presente estudio recoge una investigación sobre un caso único y específico. El protagonista del mismo presenta complicaciones en el desarrollo del lenguaje oral a consecuencia de una malformación congénita: labio leporino y fisura palatina completa. Este trastorno causa diversas dificultades en el desarrollo integral del niño, que originan mayores o menores problemas dependiendo de las circunstancias, del contexto y de las distintas intervenciones de los profesionales y de las implicaciones de las personas que constituyen su entorno. Las alteraciones en la adquisición del lenguaje oral son una de las consecuencias directas de dicho trastorno; el cual, debido a la importancia de éste en el desarrollo social, tendrá una gran influencia. Por eso, el proceso de desarrollo del habla es crucial para evitar marcar la vida del niño, por un hecho ajeno a su voluntad.

La importancia del lenguaje en el ser humano se da precisamente por la facultad universal y excelente que nos otorga: la comunicación. La productividad del lenguaje humano se caracteriza por la capacidad de hacer del él un uso infinito de medios finitos. Constituyendo la base de nuestra racionalidad y de nuestras habilidades sociales, destacando el lenguaje oral como el medio natural de comunicación. (Escandell, 2010). El desarrollo lingüístico, por tanto, alcanza una importancia a nivel global en el proceso evolutivo del niño.

En los primeros años de vida, desarrollamos el almacén fonético y las reglas fonológicas que rigen la distribución de los sonidos. Este aprendizaje se construye mediante un análisis del lenguaje en el que intervienen distintos procesos fonológicos: estructura de la sílaba, asimilación, sustitución, fricativas, líquidas. El progreso de estos procesos se reflejará en la producción morfológica del lenguaje, la cual dependerá de la capacidad de percibir y expresar estructuras fonéticas adecuadas (Owens, 2003). Por lo tanto, nos encontramos ante la primera y gran influencia del habla en la vida del niño.

La importancia que tiene la adquisición del lenguaje oral está vinculada notoriamente a la socialización. La práctica oral influye concisamente en el desarrollo de habilidades



---

sociales debido a que éste es el medio de comunicación por excelencia entre las personas. La creación de lazos socio-afectivos entre iguales comienza en las primeras etapas del niño, la cual se verá afectada positivamente con un adecuado desarrollo del habla.

En la etapa evolutiva en la que se encuentra el sujeto de esta investigación (5 años), el desarrollo oral debe haber alcanzado una serie de objetivos fonéticos. Estos objetivos madurativos fueron ya estudiados desde los primeros trabajos de Piaget (1969) o Vigotsky (1979) dando como resultado la publicación de varias tablas de referencia de procesos de maduración.

En el desarrollo evolutivo del niño, existen etapas secuenciales y predecibles, diferenciados por áreas y ritmos de evolución. Las cuatro áreas fundamentales que se han estudiado a lo largo de la historia en psicolingüística están interrelacionadas entre sí, puesto que una persona actúa en relación a todas sus funciones combinadas. Por ello, aunque se estudien de manera aislada las áreas física, cognitiva, socio-afectiva y comunicativa están en continua relación y se da una influencia recíproca. Las teorías piagetianas y vigotskianas sobre las distintas áreas, han establecidos unos patrones de referencia en base a los signos madurativos alcanzados por la mayoría de los niños en unos determinados períodos de tiempo. Gracias a estas tablas instauradas de forma universal (variando según las culturas y las etnias del mundo), es posible detectar una anomalía en el proceso evolutivo del niño, que nos da pie a valorar si es necesaria una investigación sobre las causas de ésta y una posterior intervención si se precisara<sup>3</sup>. En cambio, hay que contar con las diferencias individuales de cada uno. Es cierto que las circunstancias en las que se desarrolla el niño pueden predecir un desarrollo favorable o desfavorable. Sin embargo, no debemos someternos a una mera clasificación de datos matemáticos que nos dictan lo considerado como normal en nuestra sociedad, sino que influyen múltiples factores tanto a nivel global como individual (Owens, 2003). Por consiguiente, hay que tener en cuenta tanto los patrones evolutivos como la individualidad de cada niño. Siendo esta investigación un estudio de caso, es

---

<sup>3</sup> Hay que tener en cuenta que la diversidad no es en sí misma negativa, y es importante actuar sólo cuando la anomalía presentada conlleva dificultades que pueden generar consecuencias que perjudiquen al niño.

primordial atender esta realidad única con sus características concretas de manera que se refleje la situación tal y como es.

Llegados a este punto, es indiscutible la importancia del desarrollo del habla y la influencia que ésta tiene en las relaciones sociales en los primeros años de vida. Éste es el primero de los motivos por los cuales se realiza esta investigación sobre el lenguaje oral y su desarrollo. Por otro lado, el interés específico en el estudio del tratamiento y consecuencias en el lenguaje que una malformación congénita genera en el niño está motivado por la ausencia de estudios en relación a este hecho. Es cierto que existen diversos estudios que hablan de manera general sobre las consecuencias a físicas y de salud a nivel médico que conlleva dicho trastorno, Gámiz, Fernández-Valadés, Calles, Amador y Mendoza (2006); Sacsquispe y Ortiz (2004) o Corbo y Marimón (2001). En cambio, hay una gran falta de investigación en el campo del tratamiento logopeda del trastorno causado por labio leporino y fisura palatina. El estudio de Martínez (2007) está dedicado a la articulación del habla en pacientes con fisura labio-palatina, en concreto se analiza la producción del habla de dos sujetos en etapa infantil y la percepción de la misma por agentes externos. El objetivo de su investigación está vinculado a los objetivos propuestos, pero no comparten la intención final. Por ello, consideramos que el presente estudio aportará nuevos datos en relación a las variables lingüísticas estudiadas y a la influencia social que éstas tienen sobre el sujeto.

Por último, cabe destacar la línea de investigación que se va a seguir para la realización de este proyecto educativo. El planteamiento es empirista-positivista, puesto que el estudio es acerca de un fenómeno observable con datos empíricos y objetivos.

A continuación se exponen los objetivos, las cuestiones y el planteamiento de hipótesis.

## **1.2. Objetivos y cuestiones**

La finalidad de esta investigación es conocer y comprender una determinada realidad educativa con cierta precisión. El estudio de un caso concreto permite describir y representar las características del sujeto, el funcionamiento y modo de actuar de todos aquellos que intervienen en esta realidad y la relación entre los elementos de la

---

comunidad educativa. Se trata de conseguir unos datos para analizarlos y reflexionar sobre los resultados hallados, con el principal objetivo de intervenir en esa realidad específica.

Una situación singular, única e irrepetible aporta una visión particular de un ambiente definido, con unas circunstancias determinadas. Con todo ello se pretende reflexionar y criticar de forma constructiva la realidad existente, para modificar y añadir nuevas formas de actuación que ayuden a mejorar el modelo de intervención educativa actual.

Los objetivos propuestos en este estudio son:

- “Conocer el lenguaje oral del sujeto, en concreto cómo es la producción oral y qué fonemas y sonidos tiene adquiridos y si estos se producen en ambos contextos observados: aula ordinaria y aula de logopedia”
- “Observar qué tipo de recursos alternativos ha creado para hacerse entender y en qué momentos los utiliza”
- “Observar si el sujeto es consciente de la incorrecta producción oral y si trata de corregirla; o en su caso si es capaz de reconocer la incorrección en fonemas adquiridos fuera del aula de logopeda”
- “Analizar la realidad social que se da en el aula y sus consecuencias, en relación con el tratamiento que se lleva a cabo con el sujeto”
- “Descubrir la influencia que el trastorno causado por la fisura labio-palatina tiene en el establecimiento de relaciones sociales del sujeto y sus iguales, así como la afectación de ello en el propio sujeto”
- “Analizar la parentalidad en la que se está desarrollando el sujeto y la afectación de la misma en la socialización del niño”

Por otro lado, es fundamental reflexionar sobre una serie de cuestiones que establecen vínculos entre los antecedentes relacionados con el tema de investigación y los agentes implicados en este caso de estudio. La triangulación de estas tres cuestiones planteadas fundamenta la base de este proyecto.

- ¿Cómo se hace entender el sujeto con todas aquellas personas con las que interactúa de forma oral en el contexto escolar?

- ¿De qué manera y en qué medida afecta el trastorno que presenta y sus consecuencias en la creación de relaciones sociales y afectivas con sus iguales?
- ¿Cuál es la influencia del modelo familiar en la autoestima, el auto concepto y la actitud que adopta el sujeto ante el tratamiento y la situación que se da en la actualidad?

### **1.3. Hipótesis**

Tras la redacción de los objetivos y el planteamiento de las cuestiones a tratar en esta investigación, surge la formulación de las siguientes hipótesis:

- “Las alteraciones que el sujeto presenta en la producción de fonemas pueden dificultar la interacción oral con los demás, lo que generaría la puesta en práctica de estrategias o recursos alternativos para hacerse entender mediante el habla”
- “La Parentalidad y la implicación familiar influyen en la autoestima y el auto-concepto que el sujeto va formando en su proceso evolutivo, lo que interviene de manera directa tanto en la actitud que el sujeto presenta ante la socialización con sus iguales, como en la respuesta de los mismos”

Tras la elaboración de la primera fase de la investigación, con su planteamiento, la selección del objeto de estudio y la formulación de objetivos e hipótesis (Arbilla, 2013) comienza la elaboración y preparación del método a través del cual se va a llevar a cabo. A continuación se presenta estructurado el cuerpo del proyecto incluyendo las fases de la investigación. En primer lugar se exponen las distintas teorías en las que se fundamenta toda la investigación, constituyendo el marco teórico, en referencia al desarrollo del lenguaje oral, al trastorno por labio leporino y su tratamiento logopeda y a la influencia que éste puede tener en la socialización del niño. Más adelante se presenta al sujeto y se muestra el diseño y las técnicas de recogida de datos empleados, así como los materiales utilizados para ese trabajo. Posteriormente se realiza un análisis de los resultados obtenidos y se añade una propuesta de actuación con el niño y los agentes implicados en la realidad estudiada. Por último se reflexiona con unas conclusiones finales y se plantean una serie de cuestiones de manera que se facilita la continuación de la investigación.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. El lenguaje oral y los trastornos del habla

El lenguaje es una forma de comunicación específica, que caracteriza las relaciones entre individuos y que establece las conductas sociales que permiten el intercambio de informaciones. Tal y como lo entiende Ramos (2004), es “un sistema complejo y flexible de comunicación con la utilización creativa de palabras con normas gramaticales” (:23), es decir, precisa de unas pautas estructurales (fonéticas y gramaticales) que deben organizarse en función de aquello que se va a expresar. Entre los distintos tipos de lenguaje (oral, escrito, gestual...) existe uno, cuyo predominio en la sociedad es innegable, que constituye el medio natural de comunicación: *el lenguaje oral*.

Desde el punto de vista articulatorio, Vázquez (2004) explica que el lenguaje oral es un acto fisiológico, en el que los músculos faciales y los de la garganta coordinan un movimiento, produciéndose así una sucesión de fonemas combinados, mediante la coordinación de la lengua y la laringe. La corteza cerebral, desde el Sistema Nervioso Central produce movimientos musculares (de carácter voluntario) en el que participan diversas estructuras del cuerpo: sistema respiratorio, sistema fonador y sistema digestivo. En ellos se encuentran divididos dos tipos de órganos:

- Órganos activos: labios, lengua y paladar blando
- Órganos pasivos: dientes, alvéolo y paladar duro

Estos órganos posibilitan la articulación de los distintos fonemas. Los órganos activos se mueven combinándose con los pasivos, creando entre ambos un espacio por donde circula el aire que producirá el fonema. Mallen (2005) alega que cada fonema tiene un efecto especial que le otorga unicidad y le diferencia del resto. El sonido se genera finalmente por las ondas mecánicas producidas en las cuerdas vocales, cuando el aire pasa por dichos espacios. En cambio, esto no siempre ocurre así en todos los seres humanos. Los trastornos del habla y del lenguaje son múltiples y diversos, para enfrentarse a ellos es imprescindible diferenciar y determinar el tipo de trastorno que el niño padece. Bolte y Rojas (2007) establecieron la siguiente clasificación de los

*Trastornos del Lenguaje Infantil y Trastornos del Habla* y las patologías más prevalentes para cada caso.

Origen del trastorno		Patologías	
Trastorno del habla	Alteración en la articulación de las palabras, o de su fluencia o ritmo	Trastorno de la articulación	Dislalia
		Trastornos del ritmo y la fluencia	Espasmodia o Tartamudez
			Farfalleo o habla taquilálica
Trastorno del Lenguaje	Incapacidad de comprender o de expresar una idea. Pueden clasificarse en expresivas y comprensivas	Retraso simple del lenguaje	
		Disfasia	
		Afasia	
Alteración de órganos fonoarticulatorios		Hipoacusia	
		Disglosia	
		Disartria	
Trastornos psicolingüísticos		Discapacidad intelectual	
		Autismo	
		Mutismo selectivo	

**Figura 1.** Clasificación de Trastornos del Habla y del Lenguaje (Bolte y Rojas, 2007)

Otro criterio de clasificación de estos trastornos es según el área al que afectan. Numerosos autores como Perelló (1990), Busto (1995) u Orantes (2009) consideran cuatro los bloques de perturbación: *lalopatías* (alteraciones del habla), *disfonías* (alteraciones en la voz), *logopatías* (alteraciones del lenguaje) y *audiopatías* (alteraciones en la audición).

Las lalopatías se engloban en un gran grupo de trastornos del habla: los secundarios por déficit instrumental. Este tipo de trastornos presentan cambios en las estructuras relacionadas con el SNC, el aparato auditivo y los órganos bucofonatorios. (Mallen, 2005). En concreto, debido al objeto de interés de esta investigación, me centraré en el déficit instrumental debido a alteraciones periféricas centradas en los órganos bucofonatorios, que producen disfunciones mecánicas y articulatorias. Ante una situación de alteración en el instrumento fonológico es muy posible que se observe

una alteración en el habla o el lenguaje oral. Este se denomina disglosia<sup>4</sup> cuando viene motivada por una malformación congénita de los órganos del habla.

Según Mallen (2005), las diglosias se pueden dividir en función del órgano alterado: disglosia labial; mandibular; lingual; palatina; nasal. La disglosia labial es el trastorno de los fonemas por alteración de la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios. Combinada con la disglosia palatina, cuyas alteraciones en la articulación de fonemas es debida a la alteración orgánica del paladar óseo y del velo del paladar; engloba un tipo de anomalía denominada labio leporino con fisura alvéolo-palatina.

### *2.1.1. Labio leporino con fisura alvéolo-palatina*

Es una malformación congénita que afecta al labio superior y al paladar. Esta deformación estructural está presente desde el nacimiento, y en ella intervienen causas genéticas y ambientales. (Perelló, 1990). Del mismo autor extraigo la etiología y posibles causas del trastorno:

- Origen exógeno: factores externos que aparecen durante el desarrollo fetal causando daños en el embrión durante el primer mes de gestación. Con un alto índice de posibilidades causales se encuentra el alcoholismo, las radiaciones y los virus; así como la carencia de vitamina A y B. Se descarta, sin embargo, el factor de edad de los padres, al cual se le concebía gran importancia etiológica
- Origen endógeno: alto porcentaje de implicación genética en el desarrollo

A pesar de que existe la evidencia (Mallen, 2005) de la implicación de los factores genéticos en el desarrollo del labio leporino/fisura palatina, la mayoría siguen una herencia de tipo multifactorial. Una vez originado el daño, el feto se forma durante el embarazo y con él, la malformación. Según un estudio publicado por González, Dezerega y Vásquez (2005), la realización de una ecografía rutinaria durante el período 22-26 semanas permite detectar malformaciones congénitas, mediante una técnica de ultrasonografía. Como muestra el estudio realizado en el Hospital Barros Luco, en Santiago (Chile), la detección precoz de estas alteraciones es muy importante para poder intervenir desde el momento del parto. La preparación de los profesionales

---

<sup>4</sup> Anteriormente se denominaba *Dislalia Orgánica*, pero tras el avance en los estudios sobre trastornos del lenguaje y del habla, se decidió aportar un concepto para este tipo específico de defecto.

durante ese tiempo será vital para una buena intervención cuando el niño nazca, así como la atención a los padres, quienes ganan unos meses de tiempo para prepararse emocional y técnicamente ante esta anomalía.

La detección del trastorno permite su seguimiento desde el primer momento, y en él se estudia y analiza el tipo de fisura. La clasificación de los distintos tipos, establecida por Perelló (1990) puede darse según la extensión de la depresión del labio hacia su hendidura, y por otro lado dependiendo del número de lados al que afecte la misma.

Por lo tanto se podrían dividir en:

- Labio leporino unilateral simple (LUS)
- Labio leporino unilateral total (LUT)
- Labio leporino bilateral simple (LBS)
- Labio leporino bilateral total (LBT)
- Labio Leporino medio o central (LC)<sup>5</sup>

La frecuencia de este trastorno en la sociedad europea no es muy elevada: *“Se calcula que, en la raza caucásica, se produce un caso por setecientos nacimientos (este es el baremo asumido para cifrar la incidencia de la patología en España)”* (Gutiérrez, 2012, p. 1). Este porcentaje de nacidos con dicha malformación estima que en nuestro país la probabilidad de darse este trastorno en un entorno pequeño sea relativamente baja. Ello genera la posibilidad de un trato diferente y discriminatorio al niño que lo padece, debido a las consecuencias estéticas de este trastorno fisiológico: el aspecto facial será muy diferente al de un bebé sin aparentes problemas anatómicos. Esta teoría hace prever que las relaciones sociales y vínculos emocionales que establecerá con sus iguales se verán afectados, suponiéndole un *handicap* que tendrá que superar. Sin embargo, las dificultades en deglución y los futuros problemas de afectación en el habla, son los síntomas posteriores que más complicaciones darán en la vida del niño. (Mallen, 2005).

Con el objetivo de mejorar el desarrollo integral y aumentar-procurar una calidad de vida de éste, son necesarias diversas intervenciones a diferentes niveles. Desde un

---

<sup>5</sup> Este tipo de fisura labial es más grave que las anteriores, pero menos común. La atrofia puede llegar a extenderse hasta combinarse parcial o totalmente con el tubérculo nasal, lo que puede ocasionar graves dificultades al sistema respiratorio.



enfoque global debe conseguirse una coordinación entre todos los miembros de los diferentes equipos que van a intervenir, para lograr el objetivo primordial: la reconstrucción funcional y estética.

Una vez el niño ha nacido, todos los profesionales que intervienen comienzan con los distintos tratamientos. En primer lugar, el/la pediatra se encarga de evaluar la salud del niño. En la “Guía de Labio Leporino y Fisura Palatina para padres” del Gobierno de Navarra (2011), se explica que los patrones de deglución y alimentación del niño están inevitablemente alterados, produciendo dificultades mecánicas en la succión<sup>6</sup>. El período de lactancia será muy complicado. El proceso alimenticio del niño se verá afectado también por la deglución. Por ello, se presentan unas pautas para estimular el reflejo articulatorio de los músculos. Estas consecuencias del trastorno se incluyen a las causadas por la estética que presenta el niño. La dificultad en la socialización con los demás niños se verá incrementada debido a las complicaciones para ingerir alimentos sólidos durante los primeros años de vida.

Este trastorno va asociado asimismo a posibles problemas auditivos. En la misma Guía (2011) se muestra que las fisuras de paladar se asocian normalmente a patología del oído medio, debido a un mal funcionamiento de la ventilación y del equilibrio de presiones dentro del oído. Este fallo puede provocar *otitis seromucosa*: acúmulo de secreciones, infecciones y bloqueo del tímpano, lo que incapacita la escucha normalizada. Aunque se puede tratar mediante cirugía insertando un drenaje, no es definitiva una única intervención. El desarrollo del lenguaje, por lo tanto, puede verse afectado en el caso de aparecer complicaciones auditivas.

Respecto a la reparación quirúrgica de la malformación labial alvéolo-palatina existen dos grandes tendencias: operación al nacer, y operación pasados unos meses. (Perelló, 1990). La primera de ellas evita el sufrimiento de los familiares ante la visión de la malformación, en cambio es más arriesgada y demasiado precoz para detectar posibles anomalías asociadas. Además las referencias anatómicas no son muy reconocibles, así como la estructura ósea del bebé no se encuentra totalmente formada. En definitiva se percibe como momento *ideal* para la primera operación los seis meses de edad. Esta consiste en la eliminación de los estigmas y el restablecimiento de los mismos. La

---

<sup>6</sup> Estas dificultades serán más marcadas en los casos combinados con paladar hendido.

reestructuración facial es muy importante para lograr un cambio en el desarrollo social y afectivo del niño, puesto que las consecuencias estéticas que causa este trastorno pueden constituir una gran barrera social que impida un desarrollo emocional adecuado del niño.



**Figura 2.** Antes y después de la operación quirúrgica ([www.sanmartinenred.com](http://www.sanmartinenred.com))

En cuanto al crecimiento maxilofacial, éste se puede ver afectado por un retraso, producido por la cirugía. Sin embargo, la maloclusión dental puede corregirse mediante aparatos de ortodoncia (cuando el niño alcance los nueve años de edad).

Ante el comienzo de estos tratamientos, es fundamental tener clara la postura desde la que se debe actuar. Implicarse de manera que el niño adquiriera hábitos orofaciales saludables, será beneficioso para la efectividad de los tratamientos, para el desarrollo del lenguaje y para su mejoría a nivel global. González et al. (2009) mencionan que “promover hábitos sanos es ofrecer salud; un porcentaje significativo de la población infantil presenta hábitos orofaciales incorrectos (...) lo que provoca repercusiones multisistémicas que pueden generar incapacidad funcional o laboral en el futuro” (p. 9). De ahí la importancia de la prevención y el tratamiento precoz. Hay diversos factores que inducen a estos malos hábitos y que es conveniente evitar desde el primer momento (por ejemplo, el excesivo y prolongado uso del chupete o del biberón).

El lenguaje de estos niños se ve afectado en gran medida por todas estas alteraciones en su desarrollo. Por ello, una respiración correcta, un buen desarrollo de mordida y de apoyo deglutorio deberá precisar de un seguimiento evaluativo para conseguir un hábito fisiológico correcto automatizado, y evitar así la causa de más problemas en el desarrollo del habla. Las perturbaciones en el lenguaje oral se dan debido al cierre del

esfínter velofaríngeo, que impide la entrada al compartimento nasal, necesario para la producción de fonemas no nasales. Los patrones compensatorios que desarrolla el cerebro pueden producir un habla completamente inteligible. Las consecuencias que este trastorno genera en el área del lenguaje y el habla son los siguientes trastornos articulatorios:

- Golpe de glotis: sustitución de los fonemas /p/, /t/, /k/, /b/, /d/, /g/
- Ronquideo faríngeo: vibraciones que acompañan o sustituyen los fonemas /s/, /x/, /q/, /f/, /r/
- Soplo nasal y Rinofonía: escape de aire por la nariz durante la emisión de palabras, que otorga hipernasalidad a todos los fonemas excepto a los nasales

La corrección de estas alteraciones es la principal necesidad que presentan los niños durante el proceso de desarrollo del lenguaje, puesto que la no adquisición de los fonemas afectará a la comunicación entre el niño y las demás personas. (Mallen, 2005).

Para prevenir y optimizar este suceso, el tratamiento foniátrico/logopeda debe iniciarse desde el momento en el que aparece el habla.

### *2.1.2. Tratamiento de logopedia en el trastorno por labio leporino*

La logopedia es la disciplina que colabora con la medicina para tratar dificultades en la adquisición del habla. Su objetivo es la rehabilitación y el correcto desarrollo de la articulación, la respiración y coordinación fono-respiratoria, las resonancias orofaciales, la tonificación y movilidad de la musculatura orofacial, la deglución y la masticación. (AFICAVAL, 2011). La intervención de logopedia en estos casos, según Perelló (1990) comienza con la exploración del foniatra, quien valora y determina la conducta a seguir con el paciente indicando qué tipo de ejercicios funcionales son los más adecuados para tratar de lograr la corrección y habilitación fisiológica del habla.

La intervención en casos de disglosia labio-palatina, precisa además del análisis de las necesidades específicas de cada caso. El tratamiento logopeda tendrá que abordar diferentes programas destinados a mejorar las diferentes áreas afectadas. AFICAVAL (2011) propone la planificación de los mismos en función de los objetivos establecidos:

- Reeducación respiratoria: con el fin de alcanzar un control automático de los músculos que intervienen en el proceso, aumentar la capacidad pulmonar, mejorar la coordinación fono-respiratoria e instaurar un patrón de respiración nasal normalizado. (Mediante ejercicios de soplo, retención de aire...)
- Reeducación muscular orofacial: para ganar movilidad y sensibilidad en los aparatos bucofonatorios, así como control de los mismos. Mediante la Terapia Miofuncional<sup>7</sup>
  - Reeducación muscular labial: para aumentar el tono muscular, la fuerza, la movilidad, la elasticidad y la destreza (mediante masajes y praxias)
  - Reeducación muscular lingual: para aumentar el tono muscular, la agilidad, la coordinación y la precisión, así como reforzar la sensibilidad propioceptiva (mediante praxias)
  - Reeducación de los músculos buccinadores: mayor tono muscular y movilidad
  - Reeducación mandibular: mejorar la movilidad y masticación
  - Reeducación velo-palatina: para favorecer mayor funcionalidad del velo-palatino (mediante estimulación, masajes y ejercicios fonéticos)
  - Reeducación facial: para evitar los movimientos asociados a otros órganos (guiar, fruncir...)
- Reeducación del habla: conseguir la articulación correcta de fonemas y su generalización, corregir la fuga nasal, mejorar la discriminación auditivo-fonética
- Reeducación de otras funciones orofaciales: mejorar las técnicas de succión y deglución, automatizar los patrones corrector adquiridos
- Eliminación de para-funciones: conseguir buena competencia labial y lingual en reposo, eliminar hábitos de succión disfuncional o babeo

La combinación y coordinación entre los distintos ejercicios y praxias llevados a cabo por el logopeda es la que facilitará el desarrollo del habla, la cual se valora mediante un seguimiento de evaluación tanto del progreso del niño, como del método y la influencia del contexto externo a las sesiones de logopeda. Las primeras etapas del

---

<sup>7</sup> Consiste en entrenar las funciones motoras y neurovegetativas, los órganos fono-articulatorios y la articulación del habla mediante praxias y ejercicios funcionales. (Mallen, 2005).

lenguaje se adquieren en el contexto familiar y, a partir de los 3 años el lenguaje evoluciona de forma significativa en el contexto escolar. Los ámbitos de relación y desarrollo de su comunicación y lenguaje más importantes para los niños son precisamente los mencionados: familia y escuela. Por ello en casos de fisura labio-palatina es fundamental que el marco en el que tiene lugar su desarrollo, y en especial el del lenguaje tenga una influencia positiva y enriquecedora (Cf. Casanova, 1988).

## **2.2. Habilidades sociales e influencia familiar en los niños y niñas con trastorno por labio leporino**

La socialización de los niños tiene lugar en el ámbito familiar y en el escolar, fundamentalmente, puesto que son los dos contextos principales en los que se desenvuelven. Casanova (1988) estudia el desarrollo de habilidades sociales, las cuales tienen el objetivo de interactuar con los demás, en busca de comunicación y satisfacción personal, y advierte de la gran importancia de éstas en Educación Infantil porque constituirán las relaciones personales del niño. Otros autores más recientes como Jares (2002) y López (2010) apoyan la teoría de que el establecimiento de vínculos sociales adecuados con sus iguales, es vital para un desarrollo integral y positivo del niño. El proceso de socialización forma parte del proceso madurativo de cada persona, y este se da a través de la afectividad, la cual es una necesidad que requiere la interacción con otros. Mediante estas actuaciones se desarrollan las habilidades sociales, que van construyendo la personalidad y que son la base de las conductas y comportamientos de cada uno. De ahí la importancia de crear relaciones sociales que influirán en el proceso evolutivo del niño.

La adquisición de vínculos socio-afectivos está ligada a la del lenguaje oral, puesto que éste es la principal vía de comunicación. El lenguaje oral obedece a un código pragmático, el cual está caracterizado por una serie de factores que, de manera entrelazada, forman el discurso oral. La perfecta combinación de todos esos elementos darán paso a la competencia fónica, cuya definición, según Vázquez (2004) es la siguiente: “capacidad de integrar el discurso oral según las reglas fónicas de la lengua que se aprende” (:68). Su adquisición supondrá la habilidad de producir y reconocer las unidades fónicas de la lengua. Esta competencia será fundamental para un adecuado desarrollo de las habilidades sociales y comunicativas del niño. Sin embargo, en los

casos con labio leporino, éstas se verán afectadas por las dificultades que este trastorno puede provocar, lo que preocupa en el ámbito educativo. Principalmente, en la etapa de Educación Infantil, donde se desarrollarán los mecanismos de adquisición del lenguaje, cuyo proceso es más complejo cuando existen problemas en la comunicación oral del niño (Cf. Vázquez, 2004). Es importante destacar que los problemas generados por la fisura labio-palatina, afectan, en principio en el área de la comunicación, únicamente a la expresión oral. En cuanto a las dificultades en comprensión y reconocimiento de información no tienen por qué darse en estos niños. Por lo tanto, serán perfectamente capaces de comprender cualquier información acorde a su edad, en las interacciones con los demás. Sin embargo, el problema surgirá en la producción oral, como se especifica en apartados anteriores, tendrán problemas en el habla a la hora de articular diversos fonemas. Estas dificultades pueden influir en las relaciones sociales de manera que las personas con las que interactúe no le entiendan parte de su producción oral, o incluso su totalidad.

Tal y como se ha comentado anteriormente, la influencia de la estética en la relaciones sociales será notoria. Gutiérrez (2012) comenta que las sociedades actuales otorgan al aspecto físico una excesiva importancia, por lo que es vital evitar que la fisura o estigma llegue a definir al niño como persona. Estas barreras psicológicas deben superarse y ser enfrentadas para poder hacer una vida normal y establecer relaciones sociales adecuadas. La baja frecuencia de este trastorno en la sociedad europea, hace que la probabilidad de coincidencia en más de un caso en un aula de Educación Infantil sea mínima. Esto puede influir en los demás niños del aula, ya que puede ser su única interacción con una persona con dicho trastorno, lo que puede conllevar la dificultad en la relación entre el niño afectado y sus iguales.

Esta situación puede crear en el niño un estado emocional en el que su auto-concepto se vea afectado de forma negativa. Ello influirá en su autoestima y en la seguridad en sí mismo. AFICAVAl (2011), especifica la importancia de la adquisición de una buena autoestima para la socialización de los niños. Una elevada autoestima hace que los niños sean más activos y sin miedo a equivocarse, se esfuercen por superarse y aprendan de sus errores. Es fundamental evitar el etiquetamiento con el fin de no

contribuir al efecto Pigmalión<sup>8</sup> que puede provocarse. Meyers (2000), lo define como un principio de actuación a partir de las expectativas de los demás, que consiste en anticipar un hecho que finalmente termina por ocurrir debido a las expectativas creadas con anterioridad. Es decir, la influencia que se da en el rendimiento de una persona, debido al pensamiento que alguien tiene sobre ella.

Así mismo es importante también controlar y sistematizar la sobreprotección por parte del adulto. El niño no debe sentirse inferior o incapaz de hacer algo debido a su trastorno, ni tampoco víctima por padecerlo. Darle la oportunidad de desarrollar sus capacidades en un marco de apoyo y seguridad es vital y se reflejará en su proceso evolutivo. Esta relación con el adulto, que en primer lugar se da con los padres y familiares más implicados en la educación del niño; incide en su actitud y forma de enfrentarse ante las situaciones de minusvalía que podrán generarse debido al trastorno. La socialización está muy vinculada al clima familiar, el cual debe ser motivador y optimista. El principal problema que surge ante esto es, como dicen algunos padres de la asociación ALAFINA en el artículo de Castillejo (2012) la falta de apoyo emocional y el desconocimiento ante las reacciones que tendrá su hijo ante los diversos tratamientos. Los aspectos psicológicos que afectan a los padres precisan de ayuda complementaria a la intervención clínica. Es fundamental fortalecer el ámbito familiar, porque la influencia de éste en el proceso de desarrollo del niño es tan grande que marca una diferencia abismal en el progreso hacia la “normalización” de la vida del mismo. Nunca debe ser una limitación, sino que debe asumirse y tratarse con normalidad.

### **3. PRESENTACIÓN DEL CASO**

El sujeto de esta investigación es un niño de 5 años y 7 meses de edad, al que llamaré a lo largo de todo el estudio J. Es un niño varón, de nacionalidad española, nacido en Pamplona y que siempre ha vivido en la localidad de Huarte, con sus padres y su hermana mayor de 8 años. Presenta una fisura palatina completa y labio leporino derecho, lo que le provoca disglosia. Las intervenciones quirúrgicas realizadas, han resultado con éxito y con buena recuperación. Ha llevado adaptadores de paladar y

---

<sup>8</sup> En psicología se le conoce como *Profecía Autocumplida*.

siempre ha tenido un seguimiento exhaustivo tanto del pediatra, como de los médicos que le han llevado en el hospital desde el nacimiento. Los mayores problemas surgidos debido al trastorno han sido de succión y de deglución, pero la gran formación y buena predisposición de los padres ha sido clave en la superación de estos problemas alimentación. Actualmente ingiere la comida muy bien, y solamente tiene episodios de retorno algunas mañanas. El oído también se vio afectado cuando era un bebé, con una otitis seromucosa que se corrigió rápidamente, actualmente no presenta problemas auditivos. En el área motriz y en la cognitiva no se ha detectado ninguna alteración, reduciendo los posibles campos de influencia del trastorno. El desarrollo afectivo se ha visto beneficiado al llevar una vida bastante normalizada, y principalmente por la involucración de los padres y en todos los procesos tanto médicos como pedagógicos, influyendo muy positivamente en el desarrollo emocional y social del niño.

En cuanto al desarrollo lingüístico (área más afectada por el trastorno), se ha sometido a varias pruebas de evaluación como el PLON-R y el ITPA. La adquisición del lenguaje oral ha seguido un proceso adecuado y progresivo desde el principio, debido, en parte a su alto desarrollo intelectual. Esto ha evitado problemas en la comprensión y en la interpretación del lenguaje, logrando siempre una fácil y buena comunicación con las personas de su entorno. La intervención comenzó desde pequeño con ejercitación motriz global por parte del equipo de Atención Temprana del CREENA, quienes se centraban en el fortalecimiento de los músculos (fundamentalmente aquellos implicados en la adquisición del lenguaje oral). A partir de la escolarización en un Colegio Público, con 3 años de edad, empezó a dar sesiones de refuerzo y estimulación con el logopeda del centro. Los dos primeros años se dedicaban principalmente a ejercitar los músculos bucofaciales, a través de praxias; y a mejorar y controlar la respiración y el almacenamiento de aire en los pulmones, mediante ejercicios de respiración y soplo.

Hace aproximadamente un año la logopeda del centro aconsejó a los padres que buscasen apoyo externo de un logopeda clínico, puesto que J. ya realiza con un alto porcentaje de éxito todas las actividades que aporta el centro. Por ello, los padres se pusieron en contacto con una logopeda clínica con la que comenzó a mantener



sesiones por las tardes. Además, contactaron con una fonoiatra, a través de la Asociación de Familiares y Afectados de Labio Leporino y Fisura Palatina de Navarra, a la que pertenecen. Ésta comenzó en noviembre de ese año un nuevo tratamiento de investigación basado en masajes corporales (centrados principalmente en las zonas buco-faciales), que se ha llevado a cabo hasta febrero de 2014. Los padres comentan que la evolución ha sido muy notoria y se encuentran muy contentos con las sesiones coordinadas que realiza con la fonoiatra y con la logopeda clínica. Actualmente le han reducido las 3 sesiones semanales a 1 sesión, para darle al niño mayor tiempo de socialización, puesto que ven que el habla está muy avanzada y el progreso es bastante rápido.

La evaluación del tratamiento *Osteovox*, al que el niño se ha sometido, ha detectado las siguientes valoraciones del niño.<sup>9</sup>

- Audiometría tonal liminar: dentro de lo normal
- Valoración miofuncional:
  - Examen exobucal: con mayor tono inferior, mejor movilidad al hablar. ATM: apertura, cierre normal
  - Examen endobucal: lengua menos hipertónica. En reposo colocado abajo. Paladar blando corto, con mayor movilidad
  - Deglución: atípica para sólidos y líquidos con empuje lingual inferior. Masticación correcta (más izquierda) sin empujar con la lengua hacia delante. No hay interposición lingual ni presiones en arcadas dentarias
  - Nasalidad: pares mínimos bien distinguidos (/c/-/n/, /d/-/n/). El par /d/-/m/ no se distingue del todo. Hay vibración al tapar nariz en frase oclusiva bilabial oral. Espejo Glatzer: en vocales aisladas hay escape nasal en fonemas agudos /i/ e /u/.
  - ELA-ALBOR-Barrido fonético
    - Fonemas bilabiales: /m-p-b/ puntos de articulación adquiridos
    - Fonemas dentales: /t/ golpe glótico labiodental en evocación, repetido y espontáneo; /d-z/ articulación correcta

---

<sup>9</sup> La evolución entre noviembre y febrero (meses de tratamiento) es notoria principalmente en la adquisición de los fonemas fricativos y bi-labiales.

Fonemas labiodentales: /f/ punto de articulación correcta pero con escape nasal

Fonemas alveolares: /s/ adquirido en todas las posiciones; /l/, /n/ y /r/ adquiridos, /rr/ sustitución por fonema /r/

Fonemas palatales: /ch/ sustituido por compensación por fricción faríngea, /ll/ utiliza /ia/, /ñ/ adquirido

Fonemas velares: /k/ y /g/ golpe glótico en todas las posiciones, /j/ adquirido

Fonemas sinfonos con /l/ y con /r/: adquiridos

- Voz soplo: apaga vela a 40 cm., mantiene soplo sin apagar durante 5 segundos.
- Análisis acústico: presencia de armónicos centrales

Por último, es imprescindible comentar la actual práctica de logopeda con el niño. En el centro público al que acude, tiene una sesión de 30 minutos semanales en los que la dinámica a seguir con la logopeda se divide en 2 partes: ejercicios de praxias linguales y labiales, mediante ocas, en el espejo y con depresores y ejercicios de soplo con matasuegras, velas, pompas de jabón, pelotas de ping-pong, etc. La segunda parte está dedicada al trabajo de los fonemas que necesita corregir, mediante juegos de ocas fonodil (por fonemas) y ejercicios de un programa para la adquisición y desarrollo de la capacidad articulatoria; y con fichas y actividades de discriminación auditiva para mejorar la percepción auditiva del lenguaje.

Fuera del centro, el niño acude a clase de un logopeda clínico que se coordina con una foniatra que evalúa sus progresos y valora si necesita someterse de nuevo al tratamiento *Osteovox*.

Esta investigación, al ser un estudio de caso, se centra en conseguir análisis únicos para unas necesidades que pertenecen a un único sujeto en un contexto irrepetible; lo que nos indica que es necesario establecer un diseño de recogida de datos y planificarlo de manera que se ajuste a la realidad del sujeto.

A continuación se plantea este diseño que recoge la metodología práctica de este estudio.

## 4. DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño y la planificación de la recogida de datos es la segunda fase a llevar a cabo en la investigación, tras el planteamiento de la misma.

### 4.1. Método

En primer lugar es fundamental escoger el método más adecuado para no perder información que pueda ser imprescindible para el estudio. Esta investigación se ha llevado a cabo mediante un *método hipotético-deductivo*; con el que se podrá contrastar la hipótesis formulada anteriormente, gracias al análisis de los resultados.

La identificación de las variables que observar es un proceso importante puesto que consiste en concretar los aspectos que interesa investigar. Es preciso especificarlas para facilitar su observación. En este estudio las variables escogidas son de tipo cualitativo, puesto que nos aportan interpretaciones y valoraciones de la realidad, aunque se recogen en una escala de frecuencia.

### 4.2. Técnica de recogida de datos

La técnica de recogida de información escogida para reportar este estudio es *la observación sistemática*. Es el procedimiento de mediación que consiste en la contemplación de la realidad de fenómenos, acciones y situaciones en el proceso natural de desarrollo del sujeto (Cf. Arbilla, 2013). Se trata de recoger datos de forma objetiva, para interpretarlos en relación a los marcos de referencia establecidos. En este caso se ha dado una observación participante, puesto que la persona que la realizaba estaba en el aula y en ocasiones tenía que interactuar con el sujeto.

### 4.3. Planificación de la observación

La planificación debe hacerse antes de su puesta en práctica, respondiendo a las siguientes cuestiones de manera que se concreta así el caso de estudio. (Cf. Arbilla, 2013).

1. Qué se va a observar: las características del lenguaje oral y los recursos alternativos que el sujeto utiliza para hacerse comprender. Las relaciones

sociales que se establecen con sus iguales, así como la influencia del trastorno presentado en los vínculos socio-afectivos creados por el niño.

2. A quién se va a observar: un sujeto de 5 años que presenta alteraciones en el lenguaje oral por labio leporino y fisura alveolo-palatina.
3. Dónde se va a realizar la observación: en dos contextos diferenciados, el aula ordinaria y el aula de logopeda. En el Centro Público al que acude el sujeto.
4. Cuándo y en qué momentos del día se va a observar: durante todo el día en las sesiones conjuntas del aula ordinaria. En cuanto a la sesión de logopeda una por semana entre las 11.00 y las 12.00 del mediodía de los martes.
5. Cómo y con qué instrumentos: los instrumentos de recogida de datos a utilizar son *plantilla de observación y entrevista*.
6. Quién va a realizar la recogida de datos: investigadora-educadora de E.I. con mención en PT en prácticas.
7. Para qué, cuál es el objetivo principal: el objetivo de la recogida de datos es la “posterior realización de un análisis exhaustivo para *conocer cómo es el lenguaje oral del niño* y cuáles son las principales diferencias en los contextos observados, y para *plantear unas pautas de actuación para la mejora del tratamiento*”.

#### **4.4. Materiales**

Tras la contestación de estas cuestiones, los instrumentos para la recogida de información deben elegirse acordes a la técnica elegida y en beneficio del objetivo deseado. El material utilizado nos servirá para organizar y sistematizar la información recogida (Cf. Arbilla, 2013). Los instrumentos que guían y pautan este seguimiento son:

- *Plantilla de observación de escala de estimación*: es la enumeración de diferentes aspectos que pueden variar según el tiempo y el espacio en el que se dan; admiten una valoración gradual con la que obtenemos un porcentaje de la frecuencia con la que se da esa variable
- *Entrevista*: es un método de investigación etnográfico que tiene como objetivo triangular los resultados obtenidos por observación. Del mismo modo, trata de obtener datos cualitativos y explícitos de los agentes involucrados en el

proceso que se está observando. Se basa en la formulación de preguntas por parte del investigador y respuestas de las personas entrevistadas. Se realiza con la intención de *“ampliar la información y conseguir una perspectiva distinta a la del investigador.”*

#### **4.5. Variables y su codificación**

Antes de comenzar con la ejecución del diseño planteado, es necesario comprender las variables que vamos a observar y delimitar en qué contexto durante cuánto tiempo se va a recoger datos sobre ellas.

La clasificación de las variables observadas es la siguiente:

- Variables de socialización: aquellos ítems que generan una comunicación entre el sujeto y los demás
  - Inicia conversaciones
  - Finaliza/corta conversaciones
  - Continúa conversaciones
  - Ignora diálogos que inician otros
  - Utiliza gestos cuando se expresa (esta última variable también se incluye con las del segundo tipo)
  - Se enfada si no le entienden los demás
  - Consigue los fines que se propone
  - Evita fonemas que puedan causarle dificultad en la expresión oral
- Variables lingüísticas: hacen referencia a la forma del lenguaje oral del sujeto y a los recursos alternativos utilizados para hacerse comprender
  - Se autocorrige cuando pronuncia incorrectamente un fonema
  - Se queda en silencio cuando no le entienden
  - Repite la palabra de forma tranquila
  - Repite la palabra elevando el tono de voz
  - Repite la palabra más despacio
  - Repite la palabra incidiendo en el fonema a corregir

Cada uno de todos estos ítems se van a observar en los contextos especificados en el planteamiento de la observación: en el aula ordinaria y en las sesiones individuales en

el aula de logopeda. Una vez terminado el período de recogida de datos, se codifican los datos en una tabla que permite la extracción de porcentajes, puesto que se sigue una ratio de frecuencia con las siguientes opciones: “nunca”, “a veces”, “siempre”, “no se da la situación”, “no se da como recurso alternativo”.

Por otro lado, se va a emplear también una técnica de encuesta: la entrevista. En este caso se realiza a la familia del sujeto, quien aporta una percepción diferente a la de la escuela, principalmente en el desarrollo social del niño. Añade nuevos datos al estudio, que son de gran utilidad para el análisis de los resultados y la triangulación de los mismos.

La entrevista se organiza previamente y se llevan a cabo una serie de preguntas ordenadas. En primer lugar se trata de obtener información sobre los primeros meses de vida del sujeto, cómo fueron para la familia y qué tratamientos médicos se llevaron a cabo. Posteriormente se realizan preguntas sobre la escolarización del niño, especificando el tratamiento del lenguaje oral en el contexto escolar y familiar, así como si tiene lugar, y con qué objetivos y metodología, un tratamiento externo al centro. Por último se trata de conseguir la mayor información posible acerca de la socialización del niño, cómo establece fuera del aula y cuál es la influencia que tiene en ésta el modelo familiar.

Los datos aportados con esta entrevista se analizan de manera cualitativa, de la forma más objetiva posible, y buscando la vinculación a los resultados obtenidos en la observación, para la verificación de las hipótesis.

## **5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Una vez realizada la ejecución del diseño planteado para la obtención de información (fase 3), se reflexiona sobre el seguimiento realizado. La cuarta fase de la investigación consiste en el análisis e interpretación de los datos recogidos.

A lo largo del período de recogida de datos se ha llegado a una serie de conclusiones principales que, en un principio podríamos dividir en dos grupos: las referidas a la expresión oral y las relacionadas con la socialización del niño y a la influencia del trastorno en ésta. Sin embargo, analizando y comparando los datos nos damos cuenta

de que unas variables influyen en las otras y los dos campos se interconectan. Como se expone en la base teórica de esta investigación, el lenguaje oral es el medio natural de comunicación de los seres humanos, lo que hace que las variables lingüísticas estén en continua relación con el desarrollo socio-afectivo del niño, estableciendo una gran influencia recíproca. Debido a que las variables observadas son las mismas en ambos contextos, el análisis se centra en una comparación entre los datos obtenidos en cada uno de ellos.

La observación se ha llevado a cabo a lo largo de 16 días en los cuales se ha recogido datos durante el horario lectivo en las clases del aula ordinaria (con la tutora). La observación de logopedia se ha realizado durante 4 días (una sesión de 50 minutos por semana). Ambas mediante unas tablas de registro diseñadas específicamente para cada contexto<sup>10</sup>.

En primer lugar, es importante destacar las características de desarrollo del sujeto. El nivel cognitivo del alumno está dentro de la media en la etapa evolutiva en la que se encuentra, 5 años. Por lo tanto no presenta problemas de comprensión y además supera la mayoría de los objetivos marcados por el currículo de E. I., siendo bastante alto el nivel en vocabulario. Es un niño muy hablador y participativo, que destaca junto a otros alumnos en clase por las numerosas intervenciones y por su espontaneidad a la hora de hablar. Debido a la situación vivida desde que nació, las pruebas y el seguimiento logopeda han estado presentes en su vida. Esto hace que el sujeto sea consciente de que el desarrollo de su lenguaje oral es diferente y a otro ritmo al de los demás niños de su edad, siendo conocedor de las causas del mismo: el trastorno por labio leporino.

### **5.1. Resultados generales**

Con todo ello, analizando los datos obtenidos, se pueden obtener los siguientes resultados:

- Un primer resultado global es *la diferencia en el lenguaje oral entre un contexto observado (aula ordinaria) y el otro (aula de logopedia)*. El sujeto tiene adquiridos una serie de fonemas que pronuncia adecuadamente durante las

---

<sup>10</sup> Anexo I y II

sesiones de logopedia. Sin embargo, estos fonemas no se producen perfectamente la mayoría de las veces en el contexto del aula ordinaria. Debido a la repetición de esta situación de forma general, se genera la siguiente hipótesis: “si el sujeto está concentrado en la producción del fonema, éste (en el caso de que esté adquirido) se pronuncia correctamente”.<sup>11</sup>

- Un segundo resultado es que *el sujeto tiene conciencia de la incorrecta pronunciación de los fonemas cuando está en el aula de logopedia*, lo vemos claramente puesto que en el 100% de los días observados *el alumno se autocorrige* en numerosas ocasiones cuando pronuncia fonemas incorrectos. En cambio *en el aula ordinaria, sólo en el 12'5% de los días se autocorrige* de forma autónoma, por lo tanto la ausencia de conciencia de esa incorrección en el contexto ordinario nos hace formular la siguiente hipótesis: “si el sujeto es entendido perfectamente por los interlocutores y nadie le ofrece un feedback correctivo del fonema, éste se acostumbra a repetirlo de forma incorrecta en el contexto general.” Esta hipótesis se contrasta con la opinión del resto de adultos (padres y tutora) que han observado lo mismo a lo largo de todo el curso lectivo. Impidiendo así que el proceso de adquisición de los fonemas y de generalización de los mismos continúe de manera progresiva.
- Por otro lado, se contrapone ante esta idea anterior el hecho de que el sujeto *no utiliza una estrategia de evitación de palabras con fonemas que le puedan dificultar la expresión oral*. En ningún momento se ha detectado que evite alguna palabra o que la sustituya por otra. Esto demuestra que el niño trata de decir todos los fonemas correctamente y que la incorrecta práctica oral *no le supone una caída de la autoestima* o una negación ante el desarrollo del lenguaje.
- En relación a la conclusión anterior, obtenemos *resultados muy positivos en el establecimiento de relaciones sociales*. De forma general se percibe la buena socialización del sujeto con sus iguales, no se dan problemas más allá de los comunes en esta etapa evolutiva. A causa del lenguaje oral muy pocas son las ocasiones en las que se genere un déficit de comprensión por parte del resto

---

<sup>11</sup> Es posible contrastar esta hipótesis con la realización de una observación sistemática sobre los fonemas correctos/incorrectos que se producen en ambos contextos



de niños que interaccionan con el sujeto. El niño se hace entender perfectamente en todos los contextos que se dan en la escuela (aula, patio, comedor, excursiones...) lo que establece el siguiente resultado: *el niño no desarrolla recursos alternativos al lenguaje oral ya que no le son necesarios*. El análisis general de la observación nos muestra que existen unas variables externas que benefician este hecho y que influyen en la creación de vínculos socio-afectivos. Por un lado el papel positivo y la adecuada práctica de la *familia* (detallado más adelante). Por otro la gran riqueza en *diversidad cultural y del lenguaje* que se da en el aula (detallado más adelante), que rebaja la destacada forma de hablar del sujeto.

## 5.2. Resultados específicos

Profundizando más en el análisis de los datos, es importante analizar en detalle los resultados específicos de la observación sistemática.

Para ello es importante clarificar los resultados en una tabla (2) que precisa de la siguiente leyenda:

**Tabla 1.** Leyenda de la tabla (2) “Resultados de la observación sistemática”

Ratio de frecuencia	
N	Nunca
A/V	A veces
S	Siempre
NS	No se de la Situación
NRA	No como Recurso Alternativo

A continuación la Tabla 2 presenta los resultados cuantitativos obtenidos:

**Tabla 2.** Resultados de la observación sistemática

Variables	Aula ordinaria					Aula logopeda				
	N	A/V	S	NS	NRA	N	A/V	S	NS	NRA
Inicia conversaciones			100%				100%			
Finaliza conversaciones	81,25%	18'75%				100%				
Continúa conversaciones		43'75%	56'25%					100%		
Ignora conversaciones	87'50%	12'50%				100%				
Utiliza gestos cuando se expresa	37'50%	43'75%			18'75%		100%			
Se enfada si no le entienden	12'50%	25%		62'5%		100%				
Consigue fines propuestos	50%	50%					100%			
Evita fonemas que puedan causarle dificultad oral	100%					100%				
Auto-corrige fonemas incorrectos	87'50%	12'50%					100%			
Se queda en silencio cuando no le entienden	75%	25%				50%	50%			
Repite tranquilamente el fonema incorrecto	31'25%	62'25%			6'25%			100%		
Repite elevando el tono de voz	75%	18'75%			6'25%	100%				
Repite más despacio	75%	25%						100%		
Repite marcando el fonema incorrecto	75%	25%						100%		

Los resultados específicos nos muestran que las conversaciones o diálogos que mantiene el sujeto suelen ser amenas y duraderas. Él inicia conversaciones el 100% de los días observados, así como en el 81% de los casos no es él quien las finaliza. Este 19% restante únicamente se da cuando en la conversación hay un motivo de disputa y él se enfada por no conseguir lo que quiere, ignorando la situación y finalizando el diálogo se va a otra parte del aula. Esta estrategia de silencio, también se ha observado como recurso alternativo al lenguaje oral, el resultado ha sido que se produce sólo el 25% de los días, motivado por una discusión en la que el sujeto se enfada, o cuando alguien le recrimina algo que hace mal (por ejemplo sentarse inadecuadamente), él reconoce que tiene que corregir su comportamiento, puesto que responde con el

cambio de actitud (por ejemplo sentarse adecuadamente) y lo hace sin responder oralmente ni mostrar una actitud negativa.

En relación al estudio de la variable “se enfada si no se le entiende”, no se ha tenido ocasión de comprobar la conducta que muestra el sujeto ante una situación de incompreensión por parte del interlocutor, puesto que el 62’5% de los días observados no se da tal situación. Ello nos lleva a analizar la causa y la consecuencia de los enfados del sujeto, que juegan un papel importante en el desarrollo social del mismo. Cuando el sujeto no consigue ciertos fines debido a un comportamiento infantil normal (nunca por la incorrecta expresión oral), se muestra enfadado y nervioso, lo que genera un descontrol del habla. A partir de allí, aparece la falta de comprensión por parte de los interlocutores durante la discusión, puesto que el lenguaje oral del sujeto se vuelve ininteligible. Se forma una espiral en la que el sujeto se enfada por el hecho de que los demás no le entienden. Estas situaciones se dan sólo un 25% de los días observados, puesto que el 12’5% restante no se produce la conducta enfado. Es decir, cuando el niño no es comprendido por motivo ajeno a disputa (normalmente cuando canta o cuando formula una oración fuera del contexto y es difícil de comprender), su respuesta es la indiferencia.

Los gestos utilizados por el niño se encuentran dentro del lenguaje no verbal utilizado con normalidad en la etapa evolutiva del sujeto. Sólo el 18’5% de los días sustituye los gestos por el lenguaje oral, siendo éstos muy lógicos en el contexto dado (por ejemplo movimiento del zapato para pedir que le aten los cordones o señalar un lugar cuando se le pregunta dónde se encuentra algo). No es un niño que destaque por la expresión corporal y el movimiento cuando habla.

También es importante destacar la concentración en la pronunciación oral que la lectura en alto otorga al sujeto. Prácticamente la totalidad de los fonemas adquiridos son producidos correctamente cuando el sujeto se encuentra leyendo en voz alta. Esta situación favorece la motivación y la mejora de la autoestima, así como se puede utilizar para la mejoría en el desarrollo del habla.

Por último, cabe destacar el uso de recursos correctivos con los que el sujeto se enfrenta ante la incorrección de algunos fonemas. El tratamiento del logopeda es de vital importancia en la creación de estas estrategias, puesto que es quien las proporciona durante las sesiones de logopedia. Las más utilizadas son la repetición *de*

*forma tranquila y más lenta de la palabra que causa dificultad.* Esta se combina con la incidencia en el fonema a corregir, *marcándolo de manera más clara y fuerte y alargando en ocasiones el sonido producido.* Los resultados obtenidos en las sesiones de logopedia han sido muy uniformes, el 100% de los días se establece la relación entre la repetición (del fonema a corregir) del logopeda y la repetición consecutiva del sujeto. Esta estrategia se realiza siempre de la misma forma: pronunciando la palabra más despacio y de manera tranquila. El sujeto no se altera ni eleva la voz, sino que calmada y animadamente repite al logopeda incidiendo en el fonema a corregir. Por ejemplo: “za-pa-to”, “vein-ti-cua-tro”, “bi-ci-cle-ta”, “cua-t/r/o”, “c/r/re-o” (incidiendo en el fonema /r/), “e/s/-pa-gue-ti”, “e/s/-ta-ba” (alargando el fonema /s/), entre otros. En cambio, en el contexto de aula ordinaria, el 62’5% de los días se presenta la repetición tranquila de palabras, y sólo el 25% ésta se detecta de manera más lenta y marcando el fonema. Por lo tanto el 75% de las veces que el sujeto realiza una corrección en el contexto ordinario se hace sin llegar a concentrarse en la correcta articulación del fonema. Lo que nos indica que es primordial una mejora en la metodología de aula ordinaria ante el procedimiento de corrección.

Por otro lado, es importante destacar que el 87’5% de los días en los que aparece la corrección en el aula se debe al ofrecimiento de un feedback correctivo por parte del adulto, quien de manera directa se implica en la corrección del lenguaje. El 100% de las veces que se da este feedback el sujeto responde con el intento de corrección mediante la repetición. Con este análisis se establece la siguiente hipótesis: “si el sujeto tiene una figura de referencia que le sirve como modelo de corrección y le ofrece un feedback de manera adecuada, el sujeto se concentra en el lenguaje y expresa correctamente el fonema adquirido”.

En definitiva, de este análisis destaca la comparación entre los contextos observados, y las diferencias metodológicas entre la tutora y la logopeda. Adquiere una gran importancia que la corrección que recibe el alumno sea adecuada y correcta tanto en contenido como en método, puesto que la diferencia del progreso en los diferentes contextos es notable. Por ello, a continuación se amplía la información sobre la observación en el aula de logopedia, incidiendo en el método de trabajo global del habla.

### 5.3. Análisis del tratamiento logopeda

Las sesiones de logopedia tienen lugar en un aula aparte, en la que la logopeda y el niño trabajan durante 50 minutos. Las clases son individuales y se da una por semana. Durante toda la sesión el niño se encuentra motivado y alegre, se muestra muy participativo y atento a todas las actividades que la profesora le propone y no rechaza ninguna nueva alternativa. Los ejercicios han ido variando cada día observado, puesto que existen múltiples posibilidades de acción en relación a los objetivos propuestos. El papel del logopeda no es únicamente la corrección de esos fonemas, sino que la sesión tiene por objetivos principales:

- Adquirir la posición articulatoria de los fonemas no adquiridos
- Mejorar y conseguir de manera total la producción de aquellos fonemas que todavía están por adquirir
- Desarrollar y fortalecer los músculos bucofonatorios y la capacidad pulmonar
- Discriminar entre fonemas similares, debido al parecido de la posición articulatoria

En relación a estos objetivos, se ha observado que en todas las sesiones se llevan a cabo ejercicios para su consecución. Es decir, en cada sesión se trabajan todos los elementos que forman parte del proceso del habla. La manera de conseguir esa mejora resalta debido a la motivación y actitud de la logopeda. A pesar de que la observación llevada a cabo ha sido sobre el sujeto y las variables definidas anteriormente, hay que destacar la metodología en el aula de logopeda. Se basa en un aprendizaje lúdico, por lo tanto el juego es el principal protagonista de estas sesiones. Es posible que ese sea el motivo de la actitud positiva y activa que muestra el sujeto en estas sesiones. Analizando la forma de actuar del sujeto en las sesiones con la logopeda, destaca la concentración que demuestra, puesto que *la mayoría de los fonemas que en el contexto ordinario le causan dificultades, en el aula de logopeda son pronunciados correctamente*. Por último, las actividades que realizan durante la sesión, parten de la experiencia de la logopeda, que prepara fichas extraídas de libros de logopedia, ejercicios de praxias, movimientos con depresores y materiales para

ejercitar el soplo; todos estos materiales utilizados son diversos y creativos<sup>12</sup>. De esta forma el niño tiene mucha variedad a la hora de ejercitar el desarrollo del lenguaje oral, evitando el aburrimiento y la monotonía.

Es importante añadir que en los resultados obtenidos en el aula de logopedia se refleja una gran unicidad en comparación con los resultados obtenidos en el aula ordinaria. En relación a las variables definidas sobre el comportamiento socio-afectivo, el 100% de los días el niño se muestra receptivo a conversar, no se enfada cuando la logopeda le corrige, no le ignora ni adopta una conducta negativa cuando no consigue los fines propuestos (por ejemplo ganar un juego), siempre continúa los diálogos y en gran número de ocasiones habla de manera espontánea. Estas intervenciones, alejadas de las actividades propiamente guiadas por la logopeda, suelen tener menor éxito fonético puesto que el sujeto no se concentra al 100% en el fonema. Sin embargo, la diferencia no es tan grande como la que se crea con las producciones realizadas fuera del aula de logopedia. En definitiva, *el sujeto pronuncia adecuadamente los fonemas adquiridos cuando está totalmente concentrado en ellos*. En referencia a las variables lingüísticas hay que añadir que el 100% de los días se da al menos una situación de auto-corrección, es decir, el niño se da cuenta de sus errores fonológicos y trata de corregirlos, lo que demuestra su concentración en la producción de los fonemas. Las correcciones, con intervención del logopeda y sin ella, se producen siempre de forma tranquila, despacio e incidiendo en el fonema. Además, los resultados reflejan que en el aula de logopedia, tanto en las expresiones orales guiadas como en las espontáneas, la mayor parte de las veces los fonemas adquiridos se pronuncian correctamente.

La evolución del niño en estas clases específicas es difícil de apreciar debido al escaso tiempo observado. Sin embargo, con la información aportada por la familia, al inicio de esta investigación, podemos deducir que para completar el tratamiento recibido en el centro es conveniente una modificación que ayude a generalizar la correcta producción oral a todos los contextos.

Finalmente, se debe comentar que las sesiones de logopeda han sido pocas en cuanto a tiempo de observación, pero muy intensas en cuanto a experiencia y aprendizaje,

---

<sup>12</sup> Anexo III

puesto que han posibilitado este análisis bastante concreto sobre el sujeto y desarrollo del habla.

#### 5.4. Influencia de variables externas

Las variables externas detectadas durante la fase de ejecución de esta investigación suponen una conclusión importante en referencia a la socialización del sujeto. En el aula en la que se ha llevado a cabo la observación, se da una gran variedad en el lenguaje oral, originada posiblemente en la riqueza cultural de la misma, ya que muchos de los padres de los alumnos son de nacionalidad extranjera, lo que hace que estos niños se estén desarrollando como bilingües. Esta **diversidad lingüística** se encuentra reflejada en el habla de los niños, contando con:

- Dos sujetos con “ceceo” (uno de origen español-navarro- y otro de origen francés)
- Dos sujetos con “seseo” (uno de origen español-navarro- y otro de origen rumano)
- Un sujeto con falta de adquisición de los fonemas /r/ y /s/-final (de origen senegalés)
- Un sujeto con dificultad en la formación lógica de oraciones con sujeto y predicado en el lenguaje oral y escrito (de origen pakistaní)
- Un sujeto con falta de adquisición del fonema /r/ sustituido por el fonema /d/ (de origen chileno)
- Un sujeto con falta de adquisición del fonema /r/ sustituido por el fonema /l/ (de origen chino)
- Un sujeto con falta de aprendizaje de las conjugaciones verbales, en las que omite letras (de origen español-sevillano-)

Esta diversidad de estilos orales influye de manera directa en la percepción del lenguaje oral en el aula, siendo más tolerada la diferencia y menos notoria la falta de perfección oral del sujeto del caso de estudio. Los alumnos presentados anteriormente con dichas características representan el 66’66% del alumnado total del aula, (10 de 15).

Otra variable externa de gran importancia en esta investigación es la **influencia del modelo familiar**. De este modo, como hemos indicado anteriormente consideramos conveniente mantener una entrevista con los padres del niño<sup>13</sup>. Los datos cualitativos que se presentan a continuación provienen de la entrevista realizada a la madre del sujeto. Aunque esta entrevista se centró en los aspectos del lenguaje del sujeto, también se obtuvo información acerca de cómo ha llevado la familia todo el proceso relacionado con el trastorno. En un primer momento, las reacciones ante el suceso fueron de negación y frustración, debido al hecho traumático que supone tal situación. El ambiente familiar cambió por completo y los padres del sujeto se dedicaron a investigar, conocer e informarse sobre lo que iban a vivir. La Asociación de Familiares y Afectados de Labio Leporino y Fisura Palatal de Navarra (ALAFINA, a la que pertenecen) fue el mayor punto de apoyo que les ayudó a dar un cambio de actitud para enfrentarse ante las dificultades. Los primeros años fueron complicados, principalmente por los problemas causados en la alimentación.

En cuanto al desarrollo del lenguaje, la familia adopta una postura de inconformidad ante los recursos que el centro aporta para el tratamiento logopeda. En los centros públicos el/la logopeda es un profesor de audición y lenguaje; el cual se dedica al tratamiento de la práctica del habla de los alumnos. Los recursos tanto materiales, como humanos, como temporales, de los que cuenta el centro seleccionado para este estudio son escasos por motivos económicos derivados de la Administración Pública (algo en lo que está de acuerdo el equipo de orientación del centro). Según la madre del sujeto, sus necesidades no se llegan a suplir con lo que se le ofrece en la escuela, “lo que le hace falta a J. es un logopeda clínico”, tal y como ella afirma apoyada en opiniones médicas externas y en el consejo del logopeda del centro del curso anterior, quien les sugirió la búsqueda de ayuda externa para aprovechar el potencial del sujeto. El niño ya había superado los objetivos del tratamiento logopeda, propuestos para la etapa de E.I. a finales del curso pasado. Estos comentarios de los padres nos hacen percibir la implicación de los mismos en el desarrollo global, mostrándose muy conscientes de la influencia que la adquisición del lenguaje oral tiene en el resto de capacidades del niño. Es muy notoria la importancia que le dan al buen control del habla, ya que la comunicación oral es un clave para facilitar la socialización. Por ello,

---

<sup>13</sup> Anexo IV



comenzaron con la ayuda externa (acudiendo a un logopeda clínico y a una fonoatra) suponiendo éste un esfuerzo económico y sobre todo un gran esfuerzo temporal, que aparta al niño de otras actividades que realmente desea realizar. Comentan que no puede ir a los juegos deportivos extraescolares con sus amigos, porque como el propio sujeto dice “tiene que aprender a hablar”. Para los padres es muy difícil puesto que ven como su hijo es consciente de que tiene que emplear tiempo y esfuerzo en mejorar algo de lo que no es causante. Por otro lado, están muy satisfechos con el rápido progreso que está dando su hijo gracias al tratamiento externo.

En referencia al establecimiento de relaciones sociales, se muestran muy contentos con la actitud y la forma de ser del niño. No creen que se deba a su forma de educarles, sino que han tenido suerte de tener dos hijos muy sociables. Opinan que estas buenas relaciones con los niños de su clase hacen que el niño se sienta cómodo con ellos porque todos le entienden, y aunque les parece positivo, pensando en las consecuencias que la acomodación puede producir, ven el siguiente inconveniente: limita su esfuerzo por expresarse correctamente de forma oral al mínimo.

De forma general, este análisis de la entrevista deja claro que la influencia del ambiente familiar positivo y la implicación de los padres en su educación y desarrollo social son vitales para la buena autoestima y la adecuada formación del auto-concepto del niño.

Como conclusión final de este análisis, nuestros resultados reflejan que

- El sujeto tiene un buen nivel de desarrollo lingüístico, se muestra motivado y con una actitud efectiva ante la mejoría en la pronunciación de fonemas y la adquisición de aquellos que le presentan dificultades. La principal necesidad actual del sujeto es generalizar los fonemas adquiridos en todos los contextos
- Los vínculos socio-afectivos creados son adecuados y se desenvuelve de manera apropiada con sus iguales, construyendo un desarrollo social muy rico y variado, influenciado por el positivo ambiente familiar
- La buena comprensión de los interlocutores en la comunicación con el sujeto hace que éste adopte una cómoda y permanente posición ante el esfuerzo por corregir su lenguaje oral. Por lo tanto es importante conseguir que el sujeto se concentre y generalice la corrección de los fonemas

El diseño de unas pautas de actuación para conseguir la generalización del habla correcta del niño es importante para evitar un estancamiento en el desarrollo fonológico como consecuencia del acomodamiento al que se ha acostumbrado el sujeto. Por ello se proponen el siguiente plan de actuación.

## **6. PROPUESTA DE PAUTAS DE ACTUACIÓN**

Como propuesta a esta investigación, es fundamental establecer una serie de pautas de actuación para trabajar en la mejora de los resultados obtenidos. El análisis realizado nos aporta la base de aquello que debemos tener en cuenta y de aquello que nos posibilita iniciar un diseño para el avance progresivo del desarrollo del lenguaje oral del sujeto. El objetivo principal de este planteamiento práctico es: “generalizar la pronunciación de los fonemas ya adquiridos en el contexto ordinario del aula y el centro”. Al mismo tiempo que se trabajan de manera indirecta los fonemas que están en período de adquisición.

En primer lugar debe ampliarse la coordinación en la actuación del logopeda y el tutor del aula. El desarrollo de estrategias similares para el afianzamiento de la articulación de los fonemas debe ser de la misma forma para que sea efectiva, creando un ambiente de mayor concentración en la pronunciación de las palabras en el aula ordinaria; extendiéndose de forma general a todos los alumnos. El ofrecimiento de un feedback correctivo adecuado por parte de la tutora es esencial para conseguir una correcta pronunciación y adquisición de los fonemas. Éste debe llevarse a cabo de forma moderada, puesto que no es conveniente corregir continuamente a los alumnos, para evitar la desmotivación y la muestra excesiva de autoridad por el tutor.

El aula debe ser un espacio de aprendizaje para todos los alumnos, haciendo partícipes a todo el grupo de la corrección fonética de las palabras. Puesto que el 66’66% del alumnado de la clase presenta alteraciones en la pronunciación, el sujeto no debe destacar como el único que necesita añadir estas pautas en su rutina; sino que debe ser algo grupal y beneficioso para todos. Se pueden diseñar actividades para trabajar en pareja o grupos. Algunos ejemplos de este tipo pueden encontrarse entre los siguientes que mencionamos.

- Lectura por parejas en la que primero uno hace de “ayudante corrector” y luego se intercambian los papeles. Las lecturas las escoge el tutor dependiendo de los fonemas que se quieran trabajar, así como la creación de las parejas
- Juegos de ocas (o similares) en grupos, en las que tengan que realizar una frase para trabajar la pronunciación. También este tipo de actividades lúdicas admiten variaciones de fonemas y de reglas (formar oraciones, cantar canciones...)
- Recitar trabalenguas, canciones, poesías. Múltiples son las variantes para trabajar este tipo de actividades, mediante grupos o individuales, haciendo partícipes a padres que les ayuden en casa a prepararlas, creando un audio-libro de la clase, proponiendo un “festival de poesías” en el centro, etc.
- Ejercicios de escucha activa para fomentar la comprensión y la discriminación auditiva. Juegos grupales o por equipos, en los que tengan que diferenciar entre sonidos de instrumentos, cotidianos, de animales, etc.
- Juegos de imitaciones y de onomatopeyas, por grupos, crear juegos interactivos de adivinanzas, de representación, etc.
- Crear historias o contar cuentos conocidos de forma oral, utilizando también otro tipo de lenguajes como el gestual o el musical. De esta forma se genera una conciencia del lenguaje oral, pero también se rebaja su importancia, ya que debe ser entendido como esencial pero no imprescindible, haciéndoles conocedores de otras variantes del lenguaje

Por último también se puede proponer a la familia la creación de un calendario de juegos para hacer en casa. Es cierto que no deben forzar demasiado al niño para que no se sienta saturado ni obsesionado con la corrección de su expresión oral, sino que debe llevarse a cabo de forma lúdica, siempre que el niño esté dispuesto y en los momentos que ellos consideren. El agobio por el hecho de querer que su hijo mejore puede afectar negativamente en su desarrollo. Sin embargo, es bueno establecer un horario (no excesivamente marcado) para leer, jugar a juegos de palabras o cantar para mejorar la vocalización.

En definitiva, poner en práctica un método de actuación conjunto, coordinado y estructurado entre todos aquellos que interactúen con el niño, es la finalidad de la creación de este diseño de actuación.

## CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS

Los resultados más destacables que se han obtenido de esta investigación se pueden englobar en una visión principal de la realidad estudiada: el sujeto es un niño con adecuada y motivadora socialización, sin problemas excesivamente graves de comunicación y que debido a las circunstancias actuales, está perfectamente incluido en el ámbito escolar.

La importancia de los ambientes en los que se desarrolla la vida del niño es considerable tal y como se muestra en los resultados generales. Dependiendo del contexto en el que el sujeto se enfrenta a las diversas situaciones de expresión oral, éstas resultan con mayor o menor éxito. Por ello, la importancia de la adecuada interacción con él es la clave para avanzar hacia el progreso y evitar el acomodamiento que se produce en ocasiones, lo cual puede llevar a un estancamiento de la correcta producción de fonemas. La adecuada pronunciación como hemos visto a lo largo de toda la investigación, es beneficiosa para su desarrollo integral como persona.

La finalidad de esta investigación era conocer y comprender la situación de este caso concreto de manera específica, y así ha sido. La obtención de información ha permitido interpretar unos datos, reflexionar sobre ellos y detectar las necesidades que presenta el sujeto en las circunstancias concretas que se dan en esta realidad. Para ello, se han propuesto una serie de objetivos que se han cumplido de la siguiente manera. En primer lugar, los objetivos relacionados con el conocimiento del desarrollo lingüístico oral del sujeto, han sido superados ya que en esta investigación se ha analizado la producción oral del mismo, obteniendo un conocimiento bastante completo sobre su expresión oral, sobre las causas de la ausencia de recursos alternativos y la variabilidad de la auto-corrección de fonemas que el niño lleva a cabo. (Objetivos 1, 2 y 3). En segundo lugar, los objetivos relacionados con descubrir la influencia que el trastorno tiene en su desarrollo social se cumplen de manera parcial, puesto que sería necesario e importante continuar la investigación para indagar más sobre el tema y poder concluir con más certeza hasta qué punto esta influencia ejerce un desarrollo positivo o negativo en el niño. En líneas generales, los tres objetivos relacionados (objetivos 4, 5 y 6), se superan puesto que se ha analizado el ambiente del aula ordinaria y las causas de la adecuada socialización del sujeto, así como la actitud de los compañeros ante el

establecimiento de relaciones sociales con el mismo, y por último se ha conseguido información muy útil sobre el modelo familiar del niño.

En relación a las hipótesis planteadas al inicio de esta investigación, la primera de ellas se contrasta con una variación. Los resultados obtenidos nos permiten afirmar que el sujeto “no ha creado estrategias o recursos alternativos al lenguaje oral para hacerse entender, puesto que los interlocutores le comprenden en la mayoría de las ocasiones”. El 62’5% de los días observados, no se da ninguna situación de incomprensión al sujeto, tal y como demuestran los resultados cuantitativos. Sin embargo, se verifica el uso de recursos alternativos en referencia al desarrollo de habilidades sociales, que hacen que las interacciones orales se realicen con éxito.

Por otro lado, la segunda hipótesis formulada se verifica en cuanto a los resultados obtenidos en el análisis de los mismos. La influencia e implicación familiar que tiene el sujeto actúa de manera directa en su proceso de socialización. De esta manera, se confirma la hipótesis, puesto que “la actitud positiva y equilibrada que adopta la familia ante la situación, beneficia al niño, que construye una personalidad fuerte y se enfrenta positivamente ante las consecuencias generadas por el trastorno, lo que se refleja en la creación de vínculos socio-afectivos con sus iguales”.

Consecuentemente, tras la finalización de este período de investigación, surgen cuestiones que posibilitan y precisan la continuidad de este estudio. Por ello, se plantean diversos aspectos que se deberían trabajar en el futuro para conseguir un mayor conocimiento de estos estudios de caso. Por un lado la *continuidad de la búsqueda de información*, ampliado el período de observación y concretando más variables. Así como la *modificación del tratamiento logopeda* actual, desarrollando los objetivos en relación a los resultados obtenidos. He de decir que considero necesaria la continuidad de esta investigación, en beneficio del desarrollo educativo del sujeto. De esta manera, las hipótesis formuladas en la interpretación de los resultados pueden ser contrastadas. La concentración del sujeto o la adecuada suministración de feedback correctivo en contexto ordinario son posibles variables a observar para realizar un posterior análisis, y completar la base de modificación del actual tratamiento logopeda. También sería importante evaluar las pautas de actuación propuestas en este proyecto, en el caso de que se pusieran en práctica. Por otro lado

*el paso a la siguiente etapa educativa (Educación Primaria), el cual debe tenerse en cuenta respecto a la evolución del sujeto. Convendría realizar un seguimiento y sería muy interesante observar y analizar las consecuencias del cambio.*

Por último, en estas líneas finales creo conveniente hacer mención de algunos aspectos que podrían considerarse a la hora de desarrollar un trabajo de este tipo. En primer lugar es necesario señalar que este tipo de observación conlleva ciertas dificultades en su ejecución. La primera por ejemplo se centra en la recogida de datos. Durante el período de observación el hecho de que la investigadora-educadora en prácticas que la realizaba ejerciera de co-tutora del aula al mismo tiempo, dificultó la recogida de algunos datos. Por otro lado, de forma general la organización, la selección del caso y el tiempo necesarios para la realización de este trabajo, se han visto afectados por factores externos a la finalidad del mismo; por ello quería destacar su valor, teniendo en cuenta las dificultades que nos hemos encontrado. A pesar de ello, cabe destacar las facilidades ofrecidas por la tutora y los docentes del Colegio donde se llevó a cabo la investigación. Gracias a su colaboración, y reflexión crítica sobre la misma, se ha podido llevar a cabo con éxito. La dedicación y el esfuerzo de todos los agentes implicados, incluido el propio niño y la familia del mismo son altamente valorados y quedan reflejados en el aprendizaje experimentado. Gracias.





## REFERENCIAS

- AFICAVAL. Asociación de Fisurados y Labio Leporino de Castellón, Valencia y Alicante. (2011). *Guía sobre fisuras labio-palatinas*.
- Arbilla, B. (2013). FASES DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN. Clase impartida en la asignatura SERVICIOS DE APOYO E INVESTIGACIÓN EN PEDAGOGÍA INCLUSIVA. Universidad Pública de Navarra.
- Arbilla, B. (2013). LA INVESTIGACIÓN EN LA PRÁCTICA EDUCATIVA. Clase impartida en la asignatura SERVICIOS DE APOYO E INVESTIGACIÓN EN PEDAGOGÍA INCLUSIVA. Universidad Pública de Navarra.
- Arbilla, B. (2013). QUÉ SE PUEDE INVESTIGAR EN EDUCACIÓN. Clase impartida en la asignatura SERVICIOS DE APOYO E INVESTIGACIÓN EN PEDAGOGÍA INCLUSIVA. Universidad Pública de Navarra.
- Bolte, L. y Rojas, P. (2007). *Trastornos del habla y del lenguaje infantil: ¿Cómo los abordamos? Parte I*. Recuperado del sitio de Internet de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina: <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/123.html>
- Busto, M<sup>a</sup> C. (1995). *Manual de Logopedia Escolar: Niños con alteraciones del lenguaje oral en Educación Infantil y Primaria*. Madrid, España: CEPE.
- Casanova, J. (1988). *Manual de logopedia*. Barcelona, España: Masson.
- Castillejo, J.<sup>o</sup>M. (10 de abril de 2012). Familias de niños con fisura en paladar unen fuerzas. *Diario de Navarra*, pp. 20.
- Corbo, M.T. y Marimón, M.E. (2001). Labio y paladar fisurado. Aspectos generales que se deben conocer en atención primaria de salud. *Revista cubana de medicina general integral*, 17 (4), 20-24.
- Escandell Vidal, M.V. (2010). El lenguaje y la naturaleza humana. En Escandell Vidal (ed.) *El lenguaje humano*. Madrid: Areces.
- Freire, P. (1992). *Pedagogía de la esperanza: un reencuentro con la pedagogía del oprimido*. Río de Janeiro, Brasil: Paz e Terra.

- Gámiz, M.J., Fernández-Valadés, R., Calle, J., Amador, M.J., Mendoza, E. (2006). Estudio del VOT en pacientes con fisura palatina. *Cirugía pediátrica*, 19 (1), 27-32.
- Gobierno de Navarra. (2011). *Guía de Labio Leporino y Fisura Palatina, para padres*.
- González, G., Pérez, V., De Celis, R., Sánchez, I., Díez, R., Prado, C. (2009). Valoración de los hábitos orofaciales en niños. *Revista pediatría*, 61 (1), 9-15.
- González, R., Dezerega, V., Vásquez, M. (2005). Contribución de la ecografía rutinaria en el período 22 a 26 semanas al diagnóstico de anomalías congénitas. Experiencia de 2 años en 1162 ecografías. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70 (5), 289-295. Disponible en <http://www.revistasochog.cl/>
- Gutiérrez, A. (2012). Fisura labiopalatina. *Niños de hoy*, 53, 30-33. Disponible en <http://www.infanciadehoy.com/>
- Jares, X. (2002). Aprender a convivir. *Revista interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 44, 79-92.
- López, C. (2010). Relaciones sociales en la escuela. *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, 37, 21-30. Recuperado de <http://www.csi-f.es/ambito/andalucia/granada>
- Mallen Fortanet, D. (2005). Trastornos del habla secundarios a un déficit instrumental. *Jornadas de Orientación e Intervención Psicopedagógica. Ámbito educativo, personal y profesional*. Castellón, España: Universitat Jaume I.
- Martínez, H. (2007). *La articulación del habla en individuos con hendiduras labiopalatinas corregidas: estudio de dos casos*. Recuperado del sitio de internet de la Universidad de Los Andes de Venezuela, Facultad de Humanidades y Educación: <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/16450>
- Myers, D. (2000). *Psicología social*. (6ª ed.). Colombia: McGrawHill.
- Orantes, Mª J. (2009). La logopedia en la escuela: los trastornos del lenguaje. *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, 47(25), 8-16. Recuperado de <http://www.csi-f.es/ambito/andalucia/granada>
- Owens, R. E. (2003). *Desarrollo del lenguaje*. Madrid: Prentice Hall. Cap 3
- Owens, R. E. (2003). *Desarrollo del lenguaje*. Madrid: Prentice Hall. Cap 10

- Perelló, J. (1990). *Trastornos del habla*. (5a ed.). Barcelona, España: Masson.
- Piaget, J. (1969). *Psicología y pedagogía*. Barcelona. Crítica
- Ramos, P. (2004). Anatomía y fisiología del lenguaje. En M. Vázquez, *Trastornos del Lenguaje Oral* (1ª ed. pp. 23-49). Guipúzcoa, España: Servicio de Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Sacsquispe, S. y Ortiz, L. (2004). Prevalencia de labio y/o paladar fisurado y factores de riesgo. *Revista estomológica herediana*, 14 (1), 54-58.
- Vázquez Ruiz de Larrea, Mª C. (2004). *Trastornos del Lenguaje Oral*. Guipúzcoa, España: Servicio de Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Vigotsky, L.S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.

## ANEXOS

## Anexo I

Tabla de registro utilizada en el aula ordinaria

Lenguaje Oral		Recursos alternativos para hacerse entender												
	Fonemas correctos	Fonemas incorrectos	Evitación de fonemas		Auto-corrección		Silencio		Eleva el tono de voz		Repite palabras		Hablar más despacio	
			s	av	n	s	av	n	s	av	n	s	av	n
Lunes														
Martes			s	av	n	s	av	n	s	av	n	s	av	n
Miércoles			s	av	n	s	av	n	s	av	n	s	av	n
Jueves			s	av	n	s	av	n	s	av	n	s	av	n
Viernes			s	av	n	s	av	n	s	av	n	s	av	n



## Anexo III

### Materiales de logopeda



**Figuras 3 y 4.** Praxias linguales y labiales

**Figura 5.** Depresores para ejercitar la musculatura labial

**Figuras 6, 7 y 8.** Materiales para ejercitar el sople

**Figura 9.** Juegos de fonemas

**Figura 10.** Discriminación de fonemas

**Figura 11.** Ficha de fonemas

## Anexo IV

### Guión de preguntas para la entrevista a la familia

- Tras la primera reacción al enteraros del trastorno con el que iba a nacer J. ¿cómo comenzasteis a informaros, investigar sobre el caso? ¿Dónde buscasteis apoyo y formación para prepararos ante lo que os esperaba?
- ¿Cómo fue el proceso desde el nacimiento hasta la escolarización de J.? En cuanto a intervenciones médicas (quirúrgicas, foniatra, otorrino...)
- ¿En qué le afectaba más el trastorno? (deglución, habla...)
- ¿Tuvo problemas en el oído? ¿Cómo le afectaron en su desarrollo?
- Una vez que comenzó en la escuela, ¿cuál fue el principal punto de intervención? (deglución, desarrollo del habla)
- En referencia al desarrollo del habla de J. ¿Cómo ha sido y es la intervención y la coordinación entre los distintos profesionales? (logopeda, foniatra...)
- Actualmente, ¿Qué tratamientos profesionales recibe?
- En casa, ¿Qué tipo de estimulación hacéis y en qué áreas os centráis? ¿Qué actividades o juegos realizáis con él para favorecer el correcto desarrollo del habla? ¿Tenéis algún tipo de calendario estructurado?
- ¿Cómo son las relaciones sociales de J. con los compañeros de su clase? ¿Pensáis que se siente cómodo hablando con ellos? ¿Qué os cuenta de sus compañeros y amigos de la escuela en relación al tema “expresión oral”?
- ¿Cómo son las relaciones de J. con sus iguales fuera del centro escolar? ¿Cómo interactúa con ellos? ¿Comprende y se hace entender? ¿Utiliza recursos alternativos al lenguaje oral?
- ¿Cómo creéis que ha influido la hermana mayor de J. en su desarrollo social?
- Y vuestra forma de motivarle, darle apoyo, jugar con él... ¿Cómo pensáis que influye en su forma de ser? ¿y en su desarrollo del lenguaje? ¿Cómo os parece qué tiene la autoestima?
- Me comentasteis que va a clases al conservatorio de música, y allí está con otros niños con los que no tiene tanta relación (excepto una niña de su clase), ¿Cómo se siente J. allí? ¿Qué reacción tiene cuando no consigue expresarse

correctamente a través de lenguaje oral? ¿Qué recursos utiliza para hacerse entender?