

Universidad FASTA

Facultad de Ciencias Médicas

Tesis de Licenciatura en Fonoaudiología

Palomeque Eugenia

Telerehabilitación y dislalia infantil



Tutora: Lic. Dudok, Mónica
Asesoramiento metodológico:
Lic. Gonzalez, Mariana
Dra. Minnaard, Vivian y Lic.
Bravo, Carla.

El punto de apoyo, se encuentra en la energía creadora de los educadores y en su fe en las posibilidades de sus alumnos.”

Monfort, M., & Juárez Sánchez. (2010)-

A Bautista por darme el motivo, la templanza y la fuerza para crecer juntos.

Esta experiencia surge con motivo de alcanzar el título de grado. El cumplimiento fue posible gracias a la guía, acompañamiento y cariño de la Lic., en Fonoaudiología Mónica Dudok desde el primer año en el que comencé mis estudios, quien compartió su vocación.

También agradezco al asesoramiento en Metodología de la Universidad FASTA, Vivian Minnaard, Mariana Gonzalez y Carla Bravo por su paciencia, exigencia y orientación.

Y por último agradecer a los profesionales, las sabias y buenas personas que me han ayudado, me motivaron a capacitarme y crecer profesionalmente a lo largo de mi trayectoria realizada y en lo que sigue de mi recorrido.

La telerehabilitación es una modalidad de trabajo que se ha incrementado particularmente en los últimos años. Se pueden abordar patologías de índole fonoaudiológica, entre ellas, realizar el tratamiento de los niños con dislalia.

Objetivo: Evaluar los recursos seleccionados por los fonoaudiólogos para el abordaje de pacientes con dislalia y su percepción sobre la eficacia de la telerehabilitación en Argentina, en el periodo mayo 2021 a agosto 2021.

Materiales y métodos: Investigación descriptiva, de diseño no experimental transversal. La muestra fue de 32 fonoaudiólogos/as que trabajan telerehabilitación de dislalia infantil que respondieron un cuestionario online.

Resultados: 75% de los fonoaudiólogos encuestadas perciben una mayor adherencia al tratamiento mediante telerehabilitación. Según las fonoaudiólogas encuestadas el 52% de los pacientes presenta dificultades en el acceso a los recursos necesarios para realizar la telerehabilitación. Los fonoaudiólogos declararon en un 78 % contar con los recursos necesarios para poder llevar a cabo sus sesiones como profesional. Además, la mayoría de las profesionales debieron hacer capacitaciones para trabajar por medio de telerehabilitación. En cuanto al grado de conformidad con aspectos de la tele terapia, valoran positivamente la distribución del tiempo, aspectos vinculados a los traslados y mejoras en la comunicación. Si bien destacan mayor apoyo familiar, perciben bajo grado de adaptación de los pacientes a la rehabilitación de dislalia infantil en modalidad virtual, justificando con diferentes motivos como las interferencias que se pueden presentar en el ambiente del niño durante la terapia, la falta de atención o comodidad.

Conclusiones: La percepción de las fonoaudiólogas en cuanto a los resultados de tratamiento por telerehabilitación son positivos. Es importante que el profesional en el área de telerehabilitación, continúe capacitándose. Además, se recomienda acompañar a los pacientes con estrategias que eviten dificultades en el uso de medios virtuales.

Palabras claves: Telerehabilitación – Percepción fonoaudiológica – Recursos – Trastornos del habla – Dislalia infantil

Telerehabilitation is a type of work that has increased particularly in recent years. Pathologies of a speech and language nature can be addressed, including treating children with dyslalia.

Objective: To evaluate the resources selected by speech pathologists to approach patients with dyslalia and their perception of the effectiveness of telerehabilitation in Argentina, in the period May 2021 to August 2021.

Materials and methods: Descriptive research, with a non-experimental cross-sectional design. The sample consisted of 32 speech therapists who work in childhood dyslalia telerehabilitation who answered an online questionnaire.

Results: 75% of the speech therapists surveyed perceive a greater adherence to treatment through telerehabilitation. According to the speech therapists surveyed, 52% of the patients have difficulties in accessing the necessary resources to carry out telerehabilitation. Speech pathologists declared 78% to have the necessary resources to be able to carry out their sessions as a professional. In addition, most of the professionals had to do training to work through telerehabilitation. Regarding the degree of conformity with aspects of tele therapy, they positively value the distribution of time, aspects related to transfers and improvements in communication. Although they highlight greater family support, they perceive a low degree of adaptation of the patients to the rehabilitation of childhood dyslalia in virtual modality, justifying with different reasons such as interference that may occur in the child's environment during therapy, lack of attention or comfort.

Conclusions: The perception of speech therapists regarding the results of telerehabilitation treatment are positive. It is important that the professional in the area of telerehabilitation, continue training. In addition, it is recommended to accompany patients with strategies that avoid difficulties in the use of virtual media.

Keywords: Telerehabilitation - Speech and language perception - Resources – Speech disorders - Childhood dyslalia

Contenido

Introducción	1
Capítulo 1	1
Capítulo 2.....	1
Diseño metodológico	1
Análisis de datos.....	1
Conclusión	1
Bibliografía.....	1

Introducción



La Fonoaudiología se reconoce como una disciplina científica, y de hecho es una especialidad dentro del ámbito médico que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz, lenguaje, audición, respiración y deglución durante todo el ciclo vital, desde trabajar con pacientes recién nacidos hasta incluso con personas pertenecientes a la tercera edad. En consecuencia, el rol del fonoaudiólogo es indispensable para realizar la prevención, diagnóstico y tratamiento en las áreas anteriormente mencionadas. (Elisei, 2012)¹

En vista de ello,

“En Latinoamérica, se usa mayoritariamente el término fonoaudiólogo, pero también en menor medida el de terapeuta del lenguaje y el de tecnólogo médico especialista en trastornos del lenguaje” dice Elisei (2012)² en su publicación académica (pág. 4).

Ahora bien, como se apuntó en el Portal Buenos Aires Ciudad (2020)³, esta ciencia que nació en el siglo XVIII y debió recorrer un largo camino para llegar a lo que hoy se conoce como tal, con su objeto de estudio entre las ciencias médicas y las ciencias pedagógicas. En suma, históricamente se tienen antecedentes de la labor fonoaudiológica en Argentina desde el año 1934, desde esa época se conoce que empezaron a surgir cargos que acompañaron a los otorrinolaringólogos donde se formaron para ejercer con sus primeras intervenciones. Además, en los siguientes años, la fonoaudiología vivió un desarrollo científico y amplió sus incumbencias. Las competencias del fonoaudiólogo están encaminadas a mejorar las habilidades de comunicación, lenguaje y cognición con el fin de generar procesos de participación y transformación social explicados por Ballesteros y Rodríguez (2019)⁴. Por ello se define al profesional fonoaudiólogo mencionando que desarrolla numerables quehaceres diferentes ya que dependerán a los que se dedique y a las características particulares de cada paciente. Su labor se puede dar tanto en departamentos de salud o como en centros educativos. Entre los ámbitos de actuación en los que se desarrollan tareas de fonoaudiología se pueden destacar el lenguaje, la voz, estomatología, audiolología y audioprotesismo. La fonoaudiología es una profesión autónoma e independiente que requiere de un título universitario y cuya formación está enmarcada en una formación científica, humanista, liberal, autónoma e

¹ Fueron las profesoras de sordos las que se formaron en rehabilitación para colaborar con los médicos y creando un nuevo rol, y así se convirtieron en las primeras fonoaudiólogas.

² Como especifica el Código de Ética de la ASHA, los profesionales sólo pueden practicar en áreas en las que sean competentes, en función de su educación, capacitación y experiencia.

³ En el año 1943 se entregan los primeros títulos de foniátras en la Facultad de Medicina de Rosario.

⁴ La comunicación humana es fundamental para la participación social, la inclusión y el desarrollo humano

independiente, enfocada en el estudio de la comunicación humana, sus variaciones y desórdenes a lo largo del ciclo vital de individuos, grupos y poblaciones. Su ejercicio profesional se realiza en los ámbitos de salud, educación, empresa y bienestar social, desarrollando diversas funciones (Cuervo Echeverri, 1998)⁵

El lenguaje es un sistema reglado, muy complejo. Permite un intercambio de informaciones a través de un determinado sistema de codificación. Con él se estructura, inventa y recrea el pensamiento; regula las relaciones interpersonales, la propia conducta del sujeto y permeabiliza a las personas en el medio sociocultural en el que están inmersas. Esta área se subdivide en lenguaje Infantil donde la atención es en niños y adolescentes. El fonoaudiólogo cumple el rol de prevención, evaluación y tratamiento de trastornos del lenguaje y la comunicación, que son trastornos de carácter específico y/o secundario a una diversidad de patologías o síndromes de base genética o adquirida. Por otro lado, lenguaje en adultos está orientado a personas con demencia, traumatismos encéfalo-craneales, deterioro cognitivo o envejecimiento normal, entre otros. Es un espacio desarrollado para la prevención, evaluación, diagnóstico de dificultades en el lenguaje.

En el área de voz se aborda el entrenamiento y tratamiento de los trastornos de la voz, no únicamente del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades laríngeas u otros trastornos fisiológicos, sino de la comprensión, el análisis y la modificación de la función vocal para lograr su correcto equilibrio, así como también de la respiración y postura.

El área de la fonoestomatología se especializa en las funciones que interviene el sistema cérvico craneo oro facial, donde el profesional se encarga de la habilitación o rehabilitación de la incoordinación o falta de coordinación de este sistema. Dentro de estas funciones se pueden nombrar la respiración, la succión, la masticación y la deglución y el habla, la cual será el resultado de la evolución de las funciones mencionadas anteriormente. Las técnicas de rehabilitación más utilizada en este área se conocen como terapia miofuncional (Morales, 2009)⁶.

Además se encuentra el área de audiología y audioprotésismo mediante la prevención, detección, medición, diagnóstico y tratamiento de problemas auditivos.

Se declara lenguaje como principal herramienta de acceso a la vida social del aprendizaje, el instrumento de comunicación del ser humano. La comunicación es el acto de transmitir y recibir un mensaje, en una situación concreta denominada contexto, mediante un código común y a través de una vía o canal. Ríos Hernández

⁵ Es importante saber que la fonoaudiología fue establecida como una disciplina científica.

⁶ La mioterapia funcional comprende todos los ejercicios musculares que promueven la corrección de anomalías así como la erradicación de hábitos parafuncionales favoreciendo el óptimo desarrollo del sistema estomatognático.

(2010)⁷ sostiene que se puede dar a través de gestos, expresiones faciales, corporales, táctiles, olfativas y gustativas acompañando la modalidad que se adopte del lenguaje oral. El lenguaje es el instrumento de comunicación exclusivo del ser humano, a diferencia de los animales.

En base a lo anterior, el problema de investigación es:

¿Cuáles son los recursos seleccionados por los fonoaudiólogos para el abordaje de pacientes con dislalia y su percepción sobre la eficacia de la telerehabilitación en Argentina, en el periodo marzo 2020 a agosto 2021?

El objetivo general es:

Evaluar los recursos seleccionados por los fonoaudiólogos para el abordaje de pacientes con dislalia y su percepción sobre la eficacia de la telerehabilitación en Argentina, en el periodo mayo 2021 a agosto 2021.

Los objetivos específicos son:

- Indagar los recursos de preferencia en telerehabilitación de dislalia infantil utilizados por las fonoaudiólogas.
- Identificar la percepción fonoaudiológica sobre la eficacia de la telerehabilitación de dislalia infantil con respecto al alcance de los objetivos planteados en el plan de tratamiento.
- Sondear la percepción fonoaudiológica sobre la dificultad para adaptar la rehabilitación de dislalia infantil a la modalidad virtual
- Analizar la percepción del fonoaudiólogo sobre el acceso a los recursos de telerehabilitación por parte del fonoaudiólogo y paciente.

⁷ El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001) habla del el lenguaje como un estilo y modo de hablar o escribir de cada persona, siendo individual.

Capítulo 1



La rehabilitación es un conjunto de intervenciones necesarias cuando una persona experimenta limitaciones en su funcionamiento diario. Incluye servicios como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje, terapia psicológica y servicios de prótesis y ortesis. Es probable que la mayoría de las personas requieran rehabilitación en algún momento de su vida, ya sea debido al envejecimiento o a una afección de salud, incluidas enfermedades o trastornos crónicos, lesiones o traumas. (Organización Panamericana de la Salud, 2020)⁸. La misma puede ser aplicada como telerehabilitación, siendo parte de la telemedicina, que se conoce como la aplicación de los servicios clínicos o labores del consultorio, como lo son las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas siendo estas mediadas por la tecnología, por la utilización de recursos tecnológicos. (Palacios, 2018)⁹

Desde el surgimiento de esta práctica se la observa crecer diariamente conjunto a la utilización de los recursos que la misma implica, adaptándose a nuevas herramientas para conseguir la realización de la terapia de forma medida por las tecnologías cuando la presencialidad no es una opción. Esta expansión está facilitando la integración de aplicaciones de celulares, videoconferencias, videojuegos, realidad virtual y otras tecnologías para su uso en procesos de recuperación, y constituye una articulación en el sector salud que permite la optimización de la prestación de los servicios de salud generando beneficios desde la accesibilidad, la oportunidad, la pertinencia, la eficiencia, la disponibilidad y la calidad de la intervención, así como también mejora la comunicación entre el equipo interdisciplinario el cual atiende al paciente.

Por lo tanto, la telerehabilitación puede ser una alternativa de prestación de servicios a distancia para superar las dificultades que pueden impedir que un paciente reciba atención en una clínica. Esta nueva modalidad es la mejor opción para darle una alternativa a los procedimientos ambulatorios o a la rehabilitación domiciliaria, portando una gran semejanza a la atención habitual. También se reducen los requerimientos que implica el trasladarse, ya sea por parte del paciente o del profesional de la salud. Factores como el tiempo o la distancia se ven suprimidos en esta metodología (Barrios et al., 2019)¹⁰. De igual forma de aplicación de la modalidad presencial estos autores recomiendan la adecuación de las terapias de acuerdo a las

⁸ La telerehabilitación debe ser llevada a cabo por todo el equipo interdisciplinario encargado del tratamiento de la persona.

⁹ Nueva modalidad que permite a las entidades prestadoras de servicios de salud aprovechar las tecnologías de la información, la imagen de video y los enlaces de telecomunicaciones para ofrecer servicios de salud a distancia.

¹⁰ El uso de la telerehabilitación en sus casas y en los centros de salud permite la disminución de los costos como lo es en personal médico, de los terapeutas y del mismo paciente, brindando también un seguimiento, la motivación y adaptación a este tipo de tratamiento, siendo un nuevo enfoque de rehabilitación.

necesidades e intereses de cada paciente, donde gracias a los avances en la tecnología se logra establecer nuevas formas de enseñar y aprender, mediante el empleo de concepciones avanzadas de biotecnologías, como por ejemplo el juego donde este no es sólo sinónimo de diversión, sino que también contribuye con la enseñanza, si es correctamente aplicado para mejorar las habilidades específicas en las personas, mencionando por ejemplo, el aprendizaje, la comunicación, la salud, entre otros. Se debe tener en cuenta también que el recurso del juego influye en la motivación del paciente de manera positivamente.

Con respecto a la fonoaudiología, se concuerda con los restos de las disciplinas que utilizan esta novedad, que es una herramienta que ayuda a las personas a mejorar dificultades, aportando para obtener una mayor continuidad en el plan de tratamiento propuesto para lograr un mayor y mejor alcance de lo propuesto en el plan de abordaje, nueva modalidad que ha sido estudiada en extenso y se ha evidenciado que la eficacia de dicha intervención es equivalente en múltiples escenarios clínicos a la atención presencial, que abre la posibilidad para que los niños tengan una mayor adherencia al tratamiento y así logren cumplir con los objetivos propuestos por cada profesional, describe Castex et al. (2020)¹¹

La telerehabilitación (Palacios, 2018)¹² es parte de la labor fonoaudiológica demostrando ser una herramienta válida para prestación de servicios en funciones como promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, intervención, asesoría y consejería, que generan alternativas para la realización y cumplimiento del proceso de intervención terapéutica, como en otras profesiones. Con el desarrollo de nuevas tecnologías y el crecimiento paulatino de la fonoaudiología en el mundo, se extienden las posibilidades de ampliar el ejercicio de la profesión y mejorar las oportunidades de acceso a servicios de salud, donde el objetivo fundamental es maximizar la capacidad de las personas para vivir, trabajar y aprender de sus mejores posibilidades, mejorando la funcionalidad y la calidad de vida. El impacto alcanza también a la comunidad, sociedad e incluso a la economía. (Serón et al.,2020)¹³

Con respecto a niños, en su investigación Palacios (2018)¹⁴ expresa que la rehabilitación se logra resolver con mayor facilidad si se tiene en cuenta a la hora de

¹¹ La pandemia generada por el SARS-CoV-2 ha traído consigo un desafío sin precedentes para los países y sus gobiernos, pero sobre todo para los sistemas y profesionales de salud.

¹² La OMS lo explica como los servicios que prestan los profesionales de la salud en situaciones en las que la distancia es un elemento relevante, en los cuales utilizan la tecnología para realizar actividades tales como evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención e investigación, así como también para su formación continua.

¹³ Siendo común también encontrar términos como eHealth, mHealth, ciber-salud, salud-virtual o intervenciones digitales.

¹⁴ Se tiene en cuenta que el niño no condiciona a sus familiares al no implicarlos en el desplazamiento de un lugar a otro y elegir el horario más acorde con su actividad diaria

llevarla a cabo su realización en un entorno familiar y cotidiano. También declara que se consigue una mejor organización familiar, y que esto disminuye así el ausentismo, minimizando riesgos al acudir a un centro de salud, maximizando sus habilidades y aportando mayor adherencia a los programas de rehabilitación, ya que también se lo estimula alcanzar sus metas dado que los programas de rehabilitación mejoran la implicación estableciendo premios virtuales o felicitaciones por los progresos conseguidos, alcanzando una mayor tasa de cumplimiento de la terapia. El concepto de la adherencia es importante y está relacionado con la asistencia a las terapias, seguir las instrucciones y actividades para el hogar, la frecuencia con que los realiza, el entendimiento e indicación de los mismos. Son los factores relacionados con el niño, el profesional de la salud y el centro de rehabilitación que se cree que influyen en la adherencia de los niños con la intervención, que permitirán un tratamiento óptimo para alcanzar el desarrollo del habla acorde a la edad cronológica del niño.

El hombre es un ser social por naturaleza, tiene como principal vehículo de comunicación el lenguaje, impregnando éste toda su vida. La interrelación, la interpretación de la realidad y la transmisión cultural, con todo lo que ella implica, se hace posible teniendo como medio fundamental el lenguaje. Para ello el desarrollo del habla conlleva una cadena de logros físicos y fisiológicos siendo un proceso evolutivo de adquisición, lo cual es acompañado de su contexto de interacción y del proceso de maduración corpóreo del niño, para alcanzar la tonicidad, movilidad y manejo de los órganos fono estomatológicos, así como la correcta respiración fono respiratoria, y el dominio de todos los factores implicados en la producción del lenguaje oral. Borrero (2016) ¹⁵ expresa que para la correcta articulación se debe dar la maduración los órganos fonos articuladores gracias a los procesos pres existentes de succión, masticación y deglución. Para realizar esta actividad compleja, no se debe olvidar que también intervienen múltiples procesos cognitivos, dado que hablar parte de la intención de expresar ideas, mensajes, sentimientos, por medio de sonidos, lo que implica realizar pasos anteriores antes de que esas ideas se conviertan en sonidos, debiendo cuidadosamente seleccionar los fonemas correspondientes a cada palabra y en el orden adecuado, para pronunciar exactamente la palabra que se quiere decir. Por otra parte, Cuetos Vega (2012) ¹⁶ expresa en su obra que el entrenamiento del sistema de producción del habla comienza muy temprano, ya que desde los primeros meses del bebé es estimulado a producir palabras y a incrementar su vocabulario. El

¹⁵ Para lograr una correcta articulación del habla, se necesitará obtener correcta funcionalidad sobre la unidad anatómica faringobucal conjunto a una praxia lingual correcta, pero no se debe olvidar que la conformación auditiva debe funcionar dentro de parámetros normales también.

¹⁶ Cuanto más frecuente sea una palabra en el lenguaje cotidiano, más rápidamente se la aprende y produce.

autor describe el proceso de realización de los actos del habla, definiéndolo como la conversión de un mensaje desde el pensamiento o significado en una secuencia de sonidos los cuales son articulados por la persona a nivel físico. Este proceso, se puede identificar y delimitar en tres estadios principalmente: nivel semántico, en el que se produce la selección del concepto apropiado; léxico, en el que se selecciona la palabra que le corresponde; y fonológico, en el que se activan los fonemas necesarios para la producción. La elección de las palabras conlleva restricciones gramaticales antes de producirse la activación de los fonemas.

Tabla N°1: Modelos en la adquisición del lenguaje

Chomsky	Skinner	Piaget	Vigotsky
<ul style="list-style-type: none"> • Gramática generativa. Modelo de lenguaje universal. • Programado desde lo biológico. • El lenguaje emerge a medida que el organismo madura biológicamente. Innatismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje como comportamiento funcional multicausado. • Se desarrolla por medio de los efectos del entorno sobre la conducta del niño. Prediciendo y controlando el comportamiento. • El lenguaje como conducta. • Conductismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las estructuras que permiten el desarrollo del lenguaje son contruidas por el niño en su propia actividad. • Desde la experiencia. • Recursos cognitivos. • Cognitivismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje como fenómeno social y cultural. • Lenguaje como motor del aprendizaje. • La interacción social como motor del desarrollo del lenguaje. • Interaccionismo.

Fuente: Adaptado de Zapata (2016)¹⁷.

La fonética articulatoria describe cómo los órganos de articulación realizan los sonidos del lenguaje. Clasifica cada fonema en función de cuatro rasgos articulatorios ya sea sonoridad/sordez, nasalidad/oralidad, modo de articulación y punto de articulación. Estos fonemas son los sonidos que el ser humano es capaz de articular, contienen alta variabilidad sonora y garantizan el significado entre algunas palabras. Clemente (2000)¹⁸ da como ejemplo el cambio entre < dado > y < dato >, donde el cambio del fonema /d/ por /t/ establece diferentes significados semánticos.

¹⁷ El desarrollo del lenguaje se encuentra estrechamente vinculado a la evolución psicológica y física general del niño.

¹⁸ Los fonemas garantizan las diferencias entre las palabras, como sus significados.

Se producen fonemas diferentes debido al modo de articulación. Las vocales se dividen en abiertas, que son (a/ e/ o) y cerradas (u/i). Las consonantes se clasifican en oclusivas, fricativas, africadas y líquidas. Las oclusivas, también explosivas, se reconocen por su salida y son la /b/ /p/ /t/ /k/ /d/ /h/ y las nasales /m/ /n/ y /ñ/. Luego las fricativas son la /f/ /s/ /x/ /y/, en la africada se encuentran la /ch/, y por último las líquidas que son las laterales como la /l/ y /ll/ y las vibrantes son /r/ y /rr/. Otro sistema para dividir los fonemas es el punto de articulación, clasificándolos en bilabiales siendo la /p/ /b/ /m/, labiodentales la /f/, dentales /t/ y /d/, interdental /z/, alveolares como lo son la /s/ /n/ /l/ /r/ /rr/, palatales /y/ /c/ /n/ /ñ/ y velares que son la /k/ /g/ y /x/. También se las puede clasificar en sordas o sonoras, las primeras van a hacer los fonemas /p/ /t/ /k/ /ch/ /z/ /f/ /s/ /x/ y sonoras /b/ /d/ /g/ /m/ /n/ /l/ /r/ /rr/ /y/ /ll/ y la /ñ/. Pueden ser orales, que son todos excepto la /m/ /n/ y /ñ/, que son nasales.

La semántica y la sintáctica fonética que tiene el lenguaje se da a partir de estímulos lingüísticos que se van organizando desde los inicios de la percepción del lenguaje y a partir de las capacidades sensoriales auditivas con las que se nace, y antes también ya que se sabe que intrauterinamente el feto ya es sensible a la estimulación auditiva y que los recién nacidos se giran a las fuentes sonoras, así como también se asustan de sonidos fuertes y responden defensivamente a los sonidos excesivos. Y necesitan un tiempo de exposición a un idioma para adaptarse a él. Estas expresiones fonológicas o producciones fonéticas infantiles avanzan gradualmente hacia la normativa del idioma adulto en diferentes hitos o niveles del desarrollo caracterizado por aspectos y logros. Para ello, se utiliza el sistema espacial que comprende las estructuras anatómicas del aparato fonador¹⁹; se trata de los espacios aéreos situados por encima de la glotis que participan en la articulación (Bigenzahn, 2004).²⁰

La región facial mencionada presenta gran relevancia para el ser humano, esta zona establece el punto central de las características físicas y participa en la construcción de la identidad individual. Una completa funcionalidad de la apertura bucal significa tener la capacidad de articular en forma adecuada, comer sin restricciones, beber líquidos sin escape anterior y cepillarse los dientes con acceso total a los molares, según Pavez (2018)²¹. Dicho eso, se deja en claro la complejidad

¹⁹ Las estructuras anatómicas del aparato fonador, sus funciones, implicaciones y anomalías causan alteraciones del proceso de succión, masticación, deglución y por lo tanto en el habla.

²⁰ Es necesario conocer cuáles son los síntomas clínicos que indican la presencia de una alteración y para ello también se debe comprender el desarrollo evolutivo normal de las personas para poder establecer comparaciones ante la aparición de dichos indicadores.

²¹ Además la mencionada región participa en la comunicación humana por medio de la expresión de emociones y en otros procesos fundamentales como visión, habla, alimentación, entre otros.

del sistema que se está abordando y por tanto, la necesidad de un manejo interdisciplinario para el trabajo frente a alguna alteración de la deglución o el habla, esto para no solamente atender la dimensión de la estructura, sino también, las funciones corporales que conlleva la actividad del individuo y su participación social, entendido desde la publicación de Carrillo y Leal (2020)²². Continuando con ello es importante recordar que el sistema estomatognático es una unidad funcional integrada y coordinada, constituida por el conjunto de estructuras esqueléticas, musculares, nerviosas, glandulares y dentales, que se vinculan orgánica y funcionalmente con los sistemas digestivo, respiratorio, fonológico y de expresión facial, y con los sentidos del gusto, del tacto, del equilibrio y de la orientación para desarrollar las funciones de succión, la masticación, la salivación, la degustación y la degradación inicial de los alimentos, así como también la deglución, comunicación verbal y la expresión oral que abarca la sonrisa, la risa, la gesticulación buco facial, el beso, entre otras manifestaciones comunicativas. También cumple funciones como la respiración y defensa vital, integrada por la tos, la expectoración, el estornudo, el bostezo, el suspiro, la exhalación y el vómito, esenciales para la supervivencia del individuo (Barreto, 1999)²³

Todos estos sistemas obtienen su coordinación conjunta a partir de los primeros sentidos que se desarrollan en los humanos permitiendo la comunicación oral, desde que se es un bebé al nacer, el llorar permite la entrada de aire al aparato fonador, incluyendo los pulmones. Tras ello la comunicación con el exterior se produce a través del tacto y la succión, siendo la visión uno de los sentidos más tardíos en la interacción con el exterior. Resumiendo, el conjunto de órganos que intervienen en la articulación del lenguaje son los de la respiración, de la fonación y los propios de la articulación, donde el lenguaje oral se ve afectado cuando se da un funcionamiento anormal en alguno o en varios de estos órganos (García, 2001).²⁴

Los órganos propios de la respiración son las vías por las cuales se produce el paso del aire que son las fosas nasales, faringe, laringe, tráquea, bronquios y pulmones. Luego está la laringe, que es el órgano esencial de la fonación, donde en su constitución interna se pueden distinguir tres zonas: la de las cuerdas o ligamentos vocales, llamada zona glótica; la superior a ella o vestíbulo laríngeo y la inferior o subglotis. Posee funciones de protección de los órganos de la respiración y

²² Es vital que se atiendan todas las dimensiones de una persona, con las disciplinas profesionales correspondientes en las distintas etapas del tratamiento que se plantee, permitiendo una transición óptima entre el estado basal del paciente y su estado final.

²³ El enfoque integral es esencial, y por lo tanto se debe aplicar también en el ejercicio de las profesiones que cuidan la salud oral.

²⁴ Estos órganos están sumamente relacionados en la función del lenguaje, cuando existe una alteración en alguno de ellos, ésta repercute en los demás.

participación en la deglución, y es función fundamental de la laringe la fonación o emisión de la voz. Por último, la corriente de aire productora del sonido, pasa a la faringe oral, donde se va a realizar lo que se conoce como material fónico, ya que en esta zona donde se encuentran los órganos por medio de los cuales se va a producir la articulación del sonido, siendo la boca el centro de todos ellos, que en conjunto con el resto de los órganos produce las modificaciones del sonido laríngeo. Para ello se necesita un generador de aire como se mencionó anteriormente, una fuente sonora, un tracto resonador y un sistema emisor.

El habla se puede ver como una secuencia de unidades básicas de sonido o fonemas. Los fonemas son unidades lingüísticas abstractas y no pueden observarse directamente en la señal de voz. Un mismo fonema se aplica a muchos sonidos ligeramente diferentes llamados realizaciones del fonema o alófonos (Ruiz, 2005)²⁵. Es importante aludir a que la producción de un fonema no debe ser considerada como un hecho aislado, automático o instintivo, sino que debe ser entendido como un resultado del uso del pensamiento voluntario y controlado de las partes del cuerpo, donde los fonemas son los elementos sonoros que forman las palabras, las cuales a su vez son los símbolos del pensamiento expresado, como lo explica en su libro (Mura, 1993)²⁶.

Los sonidos del habla del acto motor que expresa el lenguaje están completamente adquiridos a la edad de 6 años, donde los niños que atraviesan esas edades con alteraciones en el habla tienen dificultades para comunicarse y ser comprendidos, y luego pueden evidenciar problemas para leer y escribir, socializar, de conducta y autocontrol (Marchesan, 2015)²⁷. Dichos trastornos o alteraciones del lenguaje y del habla involucran áreas muy específicas del organismo humano, ya sean motoras o nerviosas, responsables de la producción y la comprensión verbal, y que pueden extenderse desde los órganos periféricos de la audición y fonación hasta el sistema neurológico. Específicamente, los trastornos del habla se relacionan con alteraciones que afectan los patrones de pronunciación o de producción de los sonidos del habla, y suelen estar ligados, sobre todo, a las fases de programación o de ejecución neuromotora (Martinez, 2006)²⁸.

De manera general los trastornos del habla se caracterizan por adición o inserción de sonidos que no deberían estar presentes en la palabra; por distorsión o

²⁵ La articulación de un fonema en realidad no es la ideal, sino que viene modificada por la articulación de los sonidos de alrededor. Este fenómeno se conoce por *coarticulación*.

²⁶ Por ello al abordar un tratamiento no se debe dejar de lado el concepto de un ser humano integral.

²⁷ Son respuestas a la frustración de no poder expresarse verbalmente.

²⁸ El autor expresa en su investigación que los resultados que genero concluyen en que los problemas de articulación con el paso del tiempo con intervención de un equipo interdisciplinario van decreciendo.

imprecisión articulatoria dificultando su identificación en el proceso de comprensión del otro interlocutor. También pueden encontrarse desviaciones por omisión o ausencia de fonemas que forman parte de la palabra, y por sustituciones de un sonido del habla por otro. En los trastornos de la articulación de la palabra, puede que las alteraciones que se expresen cursen sin daño neurológico, si no que el daño se localiza en los órganos periféricos que producen el mencionado acto del habla. Esto se conoce como trastornos orgánicos y son producto de lesiones anatómicas en los órganos articulatorios y funcionales, posiblemente dados por una mala coordinación muscular, con sus respectivos factores etiológicos. (Regal, 1999)²⁹.

Durante el desarrollo del lenguaje y como se expresó, algunos niños poseen dificultades para articular fonemas o grupos consonánticos, sin que haya una causa neurológica ni orgánica aparente. Aun así, el nivel fonológico del lenguaje puede presentar dificultades, este componente es el que afecta al conocimiento que los hablantes tienen de los fonemas y las reglas de combinación entre éstos para formar palabras. De esto también depende que los pacientes puedan tanto decodificar las secuencias fónicas que escuchan, como para acceder a su significado y para codificarlas de nuevo, armando la emisión de las palabras en respuesta al mensaje recibido. Las dificultades fonológicas se deben a problemas de aprendizaje y de elaboración del conjunto de reglas y unidades fonémicas que hacen que los hablantes usen, de una forma altamente automatizada, los sonidos de su lengua. También aplica a sus representaciones mentales en tareas de lectura-escritura, por ello al haber una alteración en este proceso fonológico, se manifiestan como un enlentecimiento del proceso natural de adquisición con respecto a la edad cronológica como lo explica Coll-Florit (2013)³⁰. Partiendo de ello, se pueden dar dificultades aisladas como las dislalias, retraso del habla, dispraxia verbal, o en cualquier patología del lenguaje como lo son la afasia, disartria, disglosia, hipoacusia, y también en los trastornos del lenguaje asociados a parálisis cerebral infantil, deficiencia mental, entre otros.

En los trastornos del habla particularmente, se debe distinguir que se afectan los elementos no simbólicos de la lengua, no como en los trastornos específicos del lenguaje que repercuten en los elementos simbólicos. Por ende, las características acústicas y meramente fonéticas de la emisión de un hablante no influyen sobre los contenidos simbólicos de sus mensajes, lo que significa que los defectos de

²⁹ La actividad lingüística es muy compleja, y se encuentra asociada con las demás funciones psíquicas del ser humano que constituyen un aspecto fundamental dentro de la interrelación social y uno de los tópicos más importantes es la adecuada articulación de los fonemas, donde para lograrlo se hace necesario una integridad anatomofuncional de los órganos fonarticuladores.

³⁰ Como se explica, la alteración en un nivel del lenguaje como lo es el fonológico, produce dificultades en diversas actividades relacionadas.

pronunciación implican una utilización con dificultades de los órganos de articulación. Es frecuente encontrar niños con habla ininteligible a los 4 o 5 años sin un problema estrictamente articulatorio. Son capaces de articular todos los fonemas del repertorio evolutivo de su edad en sílabas aisladas. Sin embargo, sus emisiones espontáneas no se pueden entender, porque sustituyen o alteran las secuencias de fonemas. Por ello, no se puede afirmar en estos casos que los defectos de pronunciación se deban a una imposibilidad de posicionar adecuadamente sus órganos de articulación. A raíz de esto, Aguado (2014)³¹ sintetizó perfectamente esta crítica con cuestionando si el niño habla mal debido a su dificultad articulatoria. Aquí es donde se debe tener en cuenta la coarticulación anteriormente mencionada. Este fenómeno de adaptación consiste en una realización articulatoria atípica para conseguir imitar correctamente el sonido de un fonema, ya que los movimientos articulatorios requieren una precisión, rapidez, precisión de ejecución y sinergia de movimientos, donde en ocasiones el sonido resultante es perfecto por que el niño ha realizado una adaptación articulatoria y ha cambiado totalmente el punto de articulación para imitar con éxito el sonido. Pero la coarticulación/adaptación remite al concepto de praxis articulatoria donde cada sonido del lenguaje se origina mediante un complejísimo mecanismo que incluye muchos músculos y acciones, la mayoría de ellas inconscientes, que responden a un programa neuromotor almacenado en el área de Broca y que se genera en los primeros años de vida a partir de la audición, explica Cervera e Ygual (2003).³²

Por ello, la labor del fonoaudiólogo debe tener en cuenta que una de las condiciones básicas para que la comunicación verbal sea eficaz es que se entienda al emisor, prestando atención a los puntos y modos articulatorios verificando la ausencia de compensaciones. Los niños con mencionadas características entran dentro del cuadro trastornos, que tienen con frecuencia un nivel de inteligibilidad bajo, lo que hace que su comunicación no sea eficaz ni eficiente, necesitando usar una gran cantidad de recursos como los gestuales, contextuales, entre otros, que pueden aumentar algunas veces las posibilidades de lograr hacerse entender. Las consecuencias en el medio y largo plazo de esta limitación comunicativa, por la ininteligibilidad del hablante, pueden ser muy negativas para el desarrollo del niño como lo son la reducción de interacciones sociales (Perelló, 2014)³³.

³¹ Aunque en algunos niños los trastornos del habla y articulación representan déficits focales de corta duración, para otros, estos trastornos tienen consecuencias que se extienden en el tiempo y hacia otros ámbitos funcionales.

³² Las habilidades fonológicas tienen un sustrato biológico que corresponde a las áreas lingüísticas perisilvianas, al sistema informante auditivo y al sistema efector fono articulatorio.

³³ Por su parte en el manual de Aguado se menciona la clasificación Internacional de enfermedades (CIE) perteneciente a la OMS en su revisión para 2010 de la 10ª edición,

Es conveniente recordar que el habla es la producción expresiva de sonidos e incluye la articulación, la fluidez, la voz y la calidad de resonancia en una persona. Por otra parte, el lenguaje incluye la forma, la función y el uso de un sistema convencional de símbolos, es decir, palabras habladas, lenguaje de señas, palabras escritas, imágenes, entre otros, y es regido por reglas de comunicación, donde esta última es todo comportamiento verbal o no verbal que influye en el comportamiento, las ideas o las actitudes de otra persona. Cuando alguno de estos se ve alterado, se los puede agrupar en categorías diagnósticas de los trastornos de la comunicación. Particularmente con respecto al trastorno fonológico, descrito en el DSM-5 de Morrison (2015)³⁴ como alteraciones en la articulación clara de los fonemas del habla. El trastorno fonológico se diagnostica cuando la producción de los sonidos del habla no es la que se esperaría de un niño para su edad y etapa de desarrollo, y cuando las deficiencias no son el resultado de una alteración física, estructural, neurológica o auditiva, por lo que, en los niños de 4 años con desarrollo normal, el habla general esperada debe ser inteligible.

En los déficits práxicos, existe la dificultad o imposibilidad de ejecutar movimientos desde lo que respecta la anatomía y fisiología bucal como lo describe Azcoaga (2014)³⁵. Déficits que, sean simples o complejos, se dan en ausencia de un trastorno motor que impida realizar los movimientos. Por otra parte, Junqué (2004)³⁶ postula el trastorno fonológico como una alteración en la ejecución de determinados movimientos aprendidos en respuesta a una orden y fuera de contexto, que no son el resultado de problemas sensoriales o motores, falta de coordinación o deterioro intelectual. Así es como en el nivel fonológico, la programación o elección y la secuenciación de los sonidos que forman parte de una palabra, pueden presentar una serie de dificultades como emisiones u omisiones, adiciones, sustituciones, metátesis, inversiones y asimilaciones, clasificación expresada por Zapata (2016)³⁷. Las

propone los trastornos del habla y de la voz como un “Trastorno Específico de la Pronunciación”.

³⁴ Con criterios diagnósticos establecidos por el manual que van desde la dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal, limitaciones en la comunicación eficaz que interfiere con la participación social, así como en los logros académicos o el desempeño laboral e identificando que el inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo.

³⁵ En el aprendizaje del lenguaje es esencial el trabajo del sentido y de la interpretación de intenciones, sentimientos, deseos de los demás y, por supuesto, de la comprensión de los diversos contextos en que se desenvuelven las acciones humanas.

³⁶ Desde el “Manual neuropsicología lenguaje. Funcionamiento normal y patológico. Rehabilitación. Publicado en 2004 donde se presentan las consecuencias de los trastornos del lenguaje a nivel cognitivo, de comunicación, conductual y emocional.

³⁷ El desarrollo del lenguaje se encuentra estrechamente vinculado a la evolución psicológica general, por lo que su adquisición se halla inmersa dentro del mundo psíquico del individuo; no obstante, el desarrollo del lenguaje también está ligado a una evolución neuropsicológica

afectaciones de la forma del lenguaje anteriormente mencionadas pertenecen a la vertiente expresiva, indicando las características de un trastorno fonológico, que posee una diferencia significativa del resto de los trastornos de la comunicación en la variable programación fonológica.

Los niños dentro esta alteración presentan un habla sin particulares problemas de fluidez, pero caracterizada por la imprecisión articulatoria y por los cambiantes defectos de pronunciación. Pueden producir fonemas y sílabas aisladamente, pero éstos se desestructuran u omiten de manera diversa al utilizarlos en el contexto de la palabra y/o frase. El nivel de vocabulario expresivo es aceptable, aunque con errores en la pronunciación, volviendo la producción de su discurso parcialmente ininteligible. Se aprecia una mejoría articulatoria en tareas de repetición, respecto a las de emisión espontánea. No presentan dificultades en el uso cognitivo y pragmático del lenguaje, y las características psicolingüísticas de este subtipo se corresponden con el grupo con trastorno de la programación fonológica de Rapin y Allen (1987)³⁸ en Crespo y Narbona (2006)³⁹.

progresiva, siguiendo procesos complejos que dependen del grado de maduración y de la fisiología del organismo, por una parte, y del ambiente sociocultural por otra.

³⁸ En el ámbito neuropsicológico, también se ha explicado la dificultad de caracterizar el retraso del lenguaje. Una de las propuestas más importantes fue hecha por Rapin y Allen, y en ella se propone la utilización de la clínica adulta para la clasificación de los niños con déficit específico de lenguaje.

³⁹ Es posible establecer la diferenciación de los subtipos de trastornos del lenguaje en función de las áreas de procesamiento lingüístico afectadas, es decir, ateniéndose a los procesos psicológicos de comprensión y/o expresión o a las dimensiones lingüísticas de fonología, morfología, sintaxis, semántica y pragmática.

Capítulo 2



Etimológicamente la dificultad en el habla se puede definir dentro los trastornos de la articulación en los sonidos. En otras palabras, en la pronunciación de los fonemas es donde está la dificultad y se la nombra como dislalia. Es la alteración encontrada en la emisión de sonidos de vocálicos y consonánticos, causada por disfunciones en los órganos fono articuladores, que puede ser originada por evolución anómala en su crecimiento, en su forma o en su posición, explican Campechano et al. (2012)⁴⁰. También es necesario tener en cuenta que la pronunciación de los fonemas puede estar alterada de diferentes formas, siendo por sustitución, distorsión u omisión. A su vez, pueden variar de acuerdo con el número de fonemas afectados, pudiendo ser simple, múltiple o generalizada, describe Cabrera (1999)⁴¹. Y por último, las mencionadas alteraciones en los fonemas se pueden encontrar al inicio, medio, o final de la palabra, y sus causas serán por alteraciones evolutivas, funcionales, audiógenas y/u orgánicas. Pero en todas sus formas, la mayor importancia radica en el hecho de que esta patología dificulta la capacidad de comunicación del niño con sus padres y entorno social, afirman Cancino et al. (2017)⁴².

Las dislalias de mayor presentación son el sigmatismo con el 67% y el rotacismo con un 23% (Castillo y Urbina, 2020)⁴³. También son más frecuentes en la juventud y en la niñez que en los adultos, sobre todo en la edad escolar. Además se presentan más en las palabras largas, en las fricativas que en las oclusivas y nasales, y por ultimo más frecuentes en las fricativas posteriores que en las anteriores.

Como se expresó anteriormente, el modo de producción de la dislalia puede ser clasificada y servirá como guía para la descripción detallada de este trastorno del habla en diferentes tipos. En primer lugar, la dislalia evolutiva, es la que se presenta en los niños durante la fase de desarrollo del lenguaje, pero va desapareciendo a medida que adquieren la capacidad de pronunciación, se da entre los 4 y 5 años. Teniendo en cuenta el progreso evolutivo de adquisición de fonemas, debiendo adquirir a los 4 años /b/, /ch/, /m/, /n/, /p/, /ie/, /ua/, /st/, /sp/, /sk/. A los 5 años /d/, /f/, /g/, /l/, /z/, /j/, /ll/, /r/, /s/ /ñ/, /y/. Y a los 6 años /rr/, /j/, /pl/, /bl/, /kl/, /tr/, /br/, /kr/ (Díaz,

⁴⁰ La nomenclatura dentro del trastorno mencionado como dislalia se determina con el uso del nombre del fonema, al que se une el sufijo "ismo". Por ejemplo, para alteración de la / r/: rotacismo, de la /s/ sigmatismo, entre otros.

⁴¹ Además inciden en el pronóstico distintos factores como el tipo de dislalia, cuantía y calidad de la afección anatómica, así como coeficiente intelectual, atención acústica, cooperación individual y familiar.

⁴² El habla como dominio individual y voluntario, es utilizada para la interacción cotidiana logrando expresar pensamientos personales, pero que varía de una persona a otra. El habla contribuye enormemente en la vida cotidiana de las personas, volviéndose uno de los componentes más importantes de los humanos.

⁴³ Los autores describen que hay un mayor número de niños con dislalia que de niñas.

2011)⁴⁴. Luego, la dislalia funcional es el trastorno de la articulación más frecuente en niños, consiste en la sustitución, distorsión, adición u omisión de las consonantes como: /l/, /r/, /k/, /s/, /ch/. Algunas de las causas que generan este trastorno pueden ser dificultades para respirar; discriminación auditiva, falta de interés por pronunciar bien, y también explicando que la alteración en la articulación de estos fonemas es producida cuando el niño omite el sonido o lo cambia, de forma que realiza la pronunciación de manera incorrecta describe Luna (2010)⁴⁵. También se encuentra la dislalia orgánica dada cuando la dificultad está relacionada con los órganos periféricos que controlan el lenguaje. En este caso, es más probable que los niños utilicen la sustitución, omisión o distorsión del sonido esperado (Del Campo y Villafuerte, 2020)⁴⁶. Y por último la dislalia audiógena la cual hace referencia a un defecto articulatorio por algún tipo de lesión en el órgano de la audición, lo cual interfiere en la adquisición los sonidos del habla. El niño que presenta este tipo de dislalia tendrá específicamente una dificultad para reconocer y reproducir sonidos, al estar alterada la capacidad de diferenciación o discriminación auditiva.

Como una visión general de las diferentes dislalias descritas, de manera simplificada se puede decir que la dislalia evolutiva es consecuencia del desarrollo madurativo de cada niño. La dislalia funcional es debida a una dificultad funcional, sin existencia de trastornos o modificaciones orgánicas. La dislalia audiógena es causada por algún tipo de lesión en la audición. Y la dislalia orgánica como su propio nombre indica es causada por alteraciones orgánicas. Los diferentes tipos de dislalia, están expresadas también en función de las causas que la producen. Dentro de ellas, la dislalia audiógena puede considerarse como una de las más graves, por ser la dislalia que más intervención requiere, determina Latorre (2015)⁴⁷.

Para establecer el tipo de dislalia de un niño, se debe evaluar. Los procedimientos de la evaluación son todas las técnicas empleadas para extraer la información referente al nivel de habla. Se realizan mediante pruebas estandarizadas, aquellas cuya aplicación permite comparar al individuo con una muestra de población con que la tiene características en común, como lo es la edad o sexo, gracias a un sistema de resultados encuadrados dentro de una norma o estándar. Estas permiten

⁴⁴ El rotacismo puede considerarse normal hasta los 6 años.

⁴⁵ La dificultad articulatoria se debe a un mal funcionamiento de los órganos articulatorios. El niño con dislalia funcional, no utiliza en forma adecuada esos órganos en el momento de articular un fonema, a pesar de que no exista una causa de tipo orgánica.

⁴⁶ Debido a las insuficientes posibilidades anatómicas, los puntos de articulación se ven afectados. Estos factores anatómicos no afectan el lenguaje, sino la articulación de la palabra, dadas por las alteraciones anatómicas del niño.

⁴⁷ Es fundamental conocer los diferentes tipos existentes dentro de la dislalia para poder realizar una correcta y adecuada intervención, enfocada a las necesidades concretas que presente cada niño.

correlacionar las puntuaciones obtenidas con el comportamiento y niveles de aprendizaje con los niveles establecidos para los miembros de su mismo grupo de edad, describe Martín (2015)⁴⁸, ya que, la evaluación del lenguaje en el niño se lleva a cabo para ver qué conductas lingüísticas se encuentran alteradas y en qué medida. Así es como permiten identificar niveles iniciales, marcar objetivos y planificar las necesidades educativas para cada caso. El principal objetivo de la evaluación es obtener información sobre las dimensiones del lenguaje, las cuales son la forma, el contenido y el uso, sus procesos de adquisición y la evolución del mismo en el niño, expresa Tamayo (2014)⁴⁹. En fin, la evaluación es el método que permite llegar a identificar los objetivos concretos y diseñar las estrategias más eficaces. En otras palabras, se debe seleccionar las pruebas y analizar el habla del niño, debiéndose realizar la exploración del repertorio fonético, evaluar la organización y secuenciación fonológica, inteligibilidad, percepción y discriminación fonemática, consistencia y conciencia fonológica, detallado por Aguado (2014)⁵⁰.

Posteriormente a la evaluación, el objetivo del tratamiento para la dislalia es ejercitar los movimientos de los órganos que intervienen en la articulación de los fonemas, como lo son los labios, dientes, lengua. Si bien en las dislalias orgánicas se debe realizar la corrección de la malformación anatómica, de igual forma que en los otros tipos de dislalia, el fonoaudiólogo rehabilitará las posiciones y los mecanismos normales de los distintos fonemas, enseñando la correcta articulación. Dentro de los factores que influyen en la evolución del trastorno con respecto al proceso del tratamiento se encuentran el coeficiente intelectual, la atención acústica, la cooperación individual y las características del ambiente socio familiar. Esta terapia de rehabilitación de la función del habla, debe ser presentada al niño a partir del juego, en base a sus intereses individuales, lo que implica tener presente los aspectos personales y en general el contexto del cual el niño es partícipe. También se esperará la repetición diariamente hasta llegar a la automatización de los fonemas aprendidos. Deberán practicarse ejercicios tanto en la sesión como en su hogar, ya que es importante que los padres se impliquen y ayuden al niño (Cabrera, 1999)⁵¹.

⁴⁸ Están centradas principalmente en el lenguaje espontáneo, dirigido y provocado.

⁴⁹ El autor explica que se debe considerar la evaluación como el primer paso de la intervención, no como algo separado, sino como un requisito previo y necesario. Para intervenir primero se tiene que evaluar.

⁵⁰ Por un lado, la restricción de la denominación THA como Trastorno del Habla y la Articulación, permite una mejor identificación de las dificultades; por otro, está de acuerdo con una evidénciale origen diferente de los THA.

⁵¹ Para hablar se precisan unas ideas que transmitir y un cuerpo para emitirlas, siendo sus acciones medidas por la función del hablante en su vertiente expresiva del lenguaje. Y para que la comunicación sea efectiva ha de llegar al oyente, éste recibe las ideas en forma de palabras y las entiende, mediante la vertiente comprensiva. El cuerpo del sujeto emisor como

La enseñanza de los fonemas requiere que el paciente pueda ver la posición correcta de la articulación (Mura, 1993)⁵². En busca de conseguir la producción correcta del fonema y mejorar las funciones que inciden en la expresión oral, se trabajan las bases funcionales de la realización de sonidos como discriminación auditiva, conciencia fonológica, habilidades motoras de los órganos articulatorios y respiración (Borrero y Ruiz, 2017)⁵³. En el tratamiento fonoaudiológico de las dificultades de habla se practican dos enfoques metodológicos antagónicos, los no verbales basados en ejercicios de motricidad oral o praxias y los verbales que se basan en tareas de procesamiento de habla con sílabas, fonemas y palabras (Ygual y Cervera, 2016)⁵⁴, en sesiones de baja estructuración y proponiendo actividades de corta duración y en las que se favorezca la expresión espontánea del niño. Dentro del tratamiento integral es importante que se contemplen los distintos procesos cognitivos que se encuentran relacionados con la dislalia. Mora (2018)⁵⁵ afirma que el lenguaje se relaciona directamente con los procesos cognitivos superiores, por lo que a medida que éste se vaya regulando y desarrollando también se desarrollarán procesos como la memoria, la atención, el pensamiento y las habilidades psicomotoras. Luria (1974)⁵⁶ explica cómo los procesos psicológicos superiores que son el lenguaje, memoria, atención, percepción, pensamiento, no pueden ser concebidos de manera aislada, siendo erróneo el considerar que cada proceso se limita a funciones individuales en regiones particulares de la corteza cerebral. Estos procesos se consideran como sistemas funcionales complejos, ya que trabajan de forma conjunta y unificada y deben ser estudiados y tratados de igual manera. Además, afirma que el lenguaje entendido como un sistema multidimensional posee diversas conexiones y relaciones con todos los procesos mentales del ser humano, por lo que funciona como regulador y organizador de los mismos. Por tal razón, el que un niño presente inmadurez en su

hablante y el del sujeto receptor como oyente son los instrumentos a través de los cuales la comunicación oral se efectúa.

⁵² La producción de un fonema no debe ser considerada como un hecho aislado, automático o instintivo, si no como el fin de un proceso, uno voluntario y controlado, donde los diferentes componentes anatómicos son el instrumento para su realización.

⁵³ Para el desarrollo normal del habla, debe existir una correcta maduración de los órganos fono articuladores, que se da gracias a los procesos estomatognáticos de succión, masticación y deglución, logrando que los grupos musculares adquieran mayor tonicidad, fuerza y agilidad, con el fin de favorecer el desarrollo de movimientos finos y precisos dando lugar a la correcta articulación de los fonemas.

⁵⁴ Las praxias son movimientos aprendidos y automatizados, organizados en secuencias definidas con una finalidad determinada. Implican el conocimiento de algún objeto o realidad y la representación mental asociada.

⁵⁵ Habrá de entenderse la manifestación del lenguaje y lo cognitivo como el producto de un sistema cognitivo-lingüístico, en donde ambas situaciones están sumamente relacionadas, y ya prácticamente inseparables en el nivel de los procesos cognitivos superiores.

⁵⁶ El poder participar en el mundo subjetivo, a través de su relación con su entorno social, implica el desarrollo del pensamiento y razonamiento.

desarrollo lingüístico genera, no solo problemática en esta función, sino que existe una influencia negativa en el resto de habilidades mentales, por su relación con el lenguaje.

La prevención con la intervención precoz de un fonoaudiólogo es lo más indicado en la rehabilitación de dislalia infantil. Aunque el pronóstico depende del tipo de trastorno y su causa, es de pronóstico favorable. Se debe tener en cuenta que también hay variaciones habituales durante el proceso de desarrollo del habla, por lo que sólo se consideran dificultades o trastornos si persisten (Gavilánez et al., 2017)⁵⁷.

Por un lado, se habla de tratamiento de intervención temprana, en el que se plantea una intervención de tipo preventivo, como se mencionó, que se lleva a cabo con niños de 2 a 6 años de edad. Habitualmente se realiza con un planteamiento indirecto, es decir, se aborda al niño por medio de la interacción, del juego o modificando aspectos del ambiente. Por otro lado, los programas de intervención directa se utilizan generalmente con niños en edad escolar y en éstos se interviene directamente sobre la modificación del habla, se proporcionan recursos y cambios en el ambiente del niño. En ambos enfoques se debe ofrecer al niño un modelo de habla, que se caracteriza por una velocidad lenta y alargada. La duración de las sesiones con el niño será de dos días por semana y, en casos más leves, una vez por semana (Zúñiga y Moreles, 2011)⁵⁸. Se irán reforzando las imitaciones del niño o la imitación del patrón de habla correcto, estableciendo así turnos en la interacción. También se pueden realizar actividades lingüísticas, con distintas técnicas de moldeamiento de habla. La intervención directa con el niño se puede empezar a realizar desde el momento en que empieza a ser consciente de que tiene dificultades para hablar, lo que ocurre entre los 6 y los 8 años. Antes de comenzar, es fundamental establecer una buena relación con el niño, mostrando una actitud de comprensión y empatía hacia sus dificultades. Igualmente, se le explican el tipo de técnicas que se van a utilizar y que él debe aprender. También se le comenta que se le va a pedir que haga trabajo en casa (Aguado, 2014)⁵⁹.

El tratamiento ha demostrado sus posibilidades de reestructurarse y adaptarse a la virtualidad en estos últimos años. Así es como gracias al surgimiento de nuevas tecnologías como recurso, se opta por la realización de las mismas por vía virtual debido a las ventajas que esto trae aparejado. Ya sea mediante la prestación de los

⁵⁷ La dislalia es uno de los trastornos más frecuentes en los niños, ya que se estima que aproximadamente entre el 5-10% de la población infantil la padece.

⁵⁸ En las primeras sesiones se les informó sobre el desarrollo del trastorno, el progreso del lenguaje y posibles causas o factores de predisposición. Asimismo, se resolvieron dudas en relación con la evolución del trastorno, entre otros.

⁵⁹ Para el establecimiento del sonido, se pueden emplear imágenes que hacen consciente al niño de su error, de una boca con el gesto correspondiente al sonido que se quiere establecer.

servicios de telerehabilitación realizada de manera sincrónica, que es interacción usuario-profesional en tiempo real o asincrónica, siendo en diferido. La tecnología es un recurso que se acomoda a los nuevos tiempos, donde la eficacia de dicha intervención es equivalente en múltiples escenarios clínicos a la atención presencial. Además tiene repercusión en factores económicos, ya que se asocia a que las atenciones en telerehabilitación tienden a generar menos gastos por un ahorro en los costos y/o tiempos de desplazamientos, tanto para usuarios como para terapeutas (Castex et al., 2020)⁶⁰. Gracias a los avances en la tecnología, el aumento de la velocidad de las telecomunicaciones y la disminución de los costos mencionados, se ha ampliado drásticamente en los últimos años la telerehabilitación. Debe recordarse, que la telemedicina permite aprovechar las tecnologías de la información, la imagen de video y las telecomunicaciones para ofrecer mejores servicios de salud (Barrios et al., 2016)⁶¹. En otras palabras, la telerehabilitación es considerada un subcomponente de la telemedicina y se refiere a la aplicación clínica de servicios consultivos, preventivos, diagnósticos y terapéuticos a través de tecnologías interactivas (Pereira, 2020)⁶².

Para la rehabilitación se deberán utilizar diferentes recursos, partiendo desde el ambiente que el terapeuta modifica para crear más oportunidades de interacción y selecciona de acuerdo con las habilidades lingüísticas que se propone trabajar. Por ello una de las ventajas importantes en la telerehabilitación es realizar la intervención en casa. Siempre se busca mejorar la calidad de vida del niño, que en este caso permite mejoras en su propia comodidad y accesibilidad, consiguiendo una mejor organización familiar también (Jiménez, 2018)⁶³.

Además, en el caso de adaptar la terapia a la virtualidad se utilizará como recurso el manejo de tecnología de telecomunicaciones como líneas telefónicas, tecnología de video, aplicaciones de Internet, videojuegos, realidad virtual, inteligencia artificial, aplicaciones móviles, registros médicos electrónicos y otros. Se puede tomar

⁶⁰ Las ventajas que otorga la telerehabilitación pueden ser resumidas en tres componentes, los cuales son el acceso, calidad y costo.

⁶¹ La telerehabilitación puede ser una alternativa rentable de prestación de servicios y superar las dificultades que pueden impedir que un paciente reciba atención en una clínica.

⁶² No solo en tiempos de pandemia sino también es aplicable la telerehabilitación para cualquier situación de salud que lo requiera, por eso se puede expresar que es habilitar un servicio, como es la terapia, a partir de un nuevo modelo, como lo es la telemedicina.

⁶³ Con el desarrollo de nuevas tecnologías y el crecimiento paulatino de la fonoaudiología en el mundo, se extienden las posibilidades de ampliar el ejercicio de la profesión y mejorar las oportunidades de acceso a servicios de salud para promover el mejoramiento de la calidad de vida.

como ejemplo el ensayo controlado aleatorio de Koh et al. (2020)⁶⁴ que registró una intervención de telerehabilitación, que mostró que después del ingreso por accidente cerebrovascular se consiguen mejoras elevadas en la recuperación funcional por tele medicina, en comparación con la atención presencial habitual. Para ello el grupo experimental debía realizar cinco días de ejercicio a la semana utilizando un sistema basado en un dispositivo de pantalla táctil dentro de las opciones de teléfonos inteligentes y los computadores portátiles, que permite registrar el ejercicio diario con datos de video y sensores y videoconferencia semanal con el terapeuta. Por otro lado, los asignados al grupo de control recibieron atención habitual. Concluyeron que el beneficio de esta nueva modalidad llamada tele-rehabilitación es que permite una mejora en la toma de decisiones en el cuidado de la salud. En este caso, demuestra progresos en el desempeño de la rehabilitación después del accidente cerebrovascular. Por ello, partir de este estudio se logran evidenciar los recursos necesarios a utilizar para llevar a cabo la telerehabilitación, mediante los mencionados instrumentos tecnológicos, que van desde su manejo y regulación hasta personalizar los ejercicios a cada paciente con sus correspondientes objetivos terapéuticos. Así, se pueden crear nuevas actividades que resulten útiles para el paciente, quien va a disponer como herramientas en el hogar para complementar y potenciar su rehabilitación (Rodríguez, 2010)⁶⁵. Por un lado, se tiene al paciente dando uso de los servicios aportados para continuar su rehabilitación en casa y en el horario que le convenga. Por otro, se tiene a un personal sanitario controlando y recogiendo los progresos que realiza el paciente desde casa y realizando sesiones con el paciente, sin olvidar que el desarrollo de la telerehabilitación aporta a la disminución de las infecciones asociadas a la atención intrahospitalaria.

Una de las discusiones es que los estudios con intervenciones de telerehabilitación, deben continuar y mejorar metodológicamente, abordando nuevas afecciones, validando los resultados y conclusiones y estar orientados a estandarizar procedimientos e integrarse dentro de las políticas de cuidados de salud (Bernal, 2017)⁶⁶. También es una alternativa para la formación continua de los profesionales, y la capacitación o entrenamiento a personas con discapacidad, familias y cuidadores, sin dejar de favorecer el aprendizaje autónomo y las competencias tecnológicas de los

⁶⁴ El objetivo del ensayo es proporcionar evidencia sobre el beneficio potencial y la rentabilidad del programa utilizado mediante tele-rehabilitación involucrado en la rehabilitación basada en la comunidad después de un accidente cerebrovascular.

⁶⁵ Esto aumenta también la capacidad de los centros de rehabilitación de atender a más pacientes y de manera personalizada, dando un tratamiento más específico.

⁶⁶ El autor distingue, que la telemedicina en general está más centrada en el diagnóstico y monitoreo, la telerehabilitación se centra más en el tratamiento supervisado de forma remota.

pacientes (Muñoz y Largo, 2020)⁶⁷. Entre otros aspectos favorables, la telerehabilitación le permite al equipo interdisciplinario elegir entre distintas tecnologías la más apropiada de acuerdo con las condiciones clínicas del usuario y su contexto. Incluso las teleconsultas son un beneficio para aquellas personas que se encuentran en estadios finales de enfermedad, facilitando aspectos derivados de la severidad de la enfermedad, incluyendo la reducción del contacto físico por prevención. Así mismo se ha utilizado en poblaciones con difícil acceso o recluidas en cárceles. Dicho esto, se han expuesto la gran variedad de aplicaciones que ofrece la telemedicina y cómo estas se han favorecido teniendo una amplia difusión en el área médica, siendo considerada como una solución a determinados problemas de cobertura que se presentan en los sistemas de salud (Cáceres y Méndez, 2011)⁶⁸.

Siendo expuestos los beneficios que ofrece la telemedicina, se debe recordar que también existen algunas desventajas que surgen de su uso. La desventaja más importante es la que se puede llegar a presentar en términos de la relación médico-paciente. A pesar de que en algunas circunstancias específicas puede ayudar para mejorar la comunicación, en otras no se logra alcanzar el vínculo esperado. También se pueden presentar complicaciones a nivel ético-legales, acceso bajo a las tecnologías por parte de la población, falta de manejo de las nuevas tecnologías, resistencia de los participantes ya sea por falta de formación o resistencia al cambio, entre otros. Se puede contar con personas comprometidas e implicadas dispuestas a lograr que funcione, y aun así tener un riesgo elevado de no conseguir la sostenibilidad en la telerehabilitación (Castillejo, 2012)⁶⁹.

Otro aspecto a desarrollar, es que se pueden distinguir dentro de la telemedicina distintos modos de operación. En primer lugar en tiempo real o modo sincrónico, también en tiempo diferido o modo asincrónico, o como también se conoce, el modo de almacenar y enviar. Para la modalidad sincrónica se requiere tener establecidas agendas conjuntas y disponibilidad simultánea de los agentes que estén interviniendo en la sesión. Se utiliza el modo asincrónico en aquellos casos en los que el diagnóstico o la consulta de la información enviada no implican una situación de

⁶⁷ Se mencionaron aspectos y factores que se constituyen también en determinantes sociales que influyen en el estado de salud de la población en general.

⁶⁸ La Internet representa la mejor alternativa como infraestructura para ejercer la telemedicina, desde su máxima expansión a partir de la década de 1990.

⁶⁹ Algunos puntos de mejora en los que se trabaja actualmente incluyen la integración en los servicios rutinarios, haciendo invisible la tecnología o la integración en los entornos de profesionales y pacientes para conseguir un manejo y habituación de las mismas.

emergencia, siendo diferentes recursos para la aplicación de la tele terapia (Sotos et al., 2010)⁷⁰.

Este tipo de tecnología es una opción para utilizarlo como recurso de apoyo en el área de trastornos del habla como dislalia. En ese mismo sentido, el uso de las metodologías de telerehabilitación es favorable debido a su carácter lúdico, que facilita la interiorización de conocimientos de una forma más divertida, generando una experiencia positiva en el niño. Pacientes en edad infantil con este tipo de trastorno del habla son abordados por el profesional fonoaudiológico, necesitando realizar ejercicios constantes que les permitan mejorar su alteración a través de terapias convenientes. En ocasiones, las terapias que cuentan con ejercicios estandarizados que no son específicos teniendo en cuenta los intereses del paciente y los requerimientos individuales, implican que el especialista deba hacer adecuaciones en los mismos. En ese sentido la tecnología es una alternativa para crear recursos que sean utilizados como opción para complementar estas adaptaciones necesarias de la terapia (Rivas et al., 2012)⁷¹.

Como ejemplo, Quintero et al. (2018)⁷² presentan en su trabajo la idea de crear actividades a través de aplicaciones móviles que apoye un área poco explorada en Panamá como trastornos del habla. Se espera como objetivo que los niños realicen actividades lúdicas que complementen sus sesiones de terapia tradicional con recursos tecnológicos como teléfonos móviles. Los resultados presentan prototipos los que son la base para el desarrollo de las actividades en dispositivos móviles, así como su evaluación con especialista.

También como aporte se puede aludir y cabe destacar la elaboración de Paredes (2017)⁷³, quien desarrolló una aplicación para fortalecer la autonomía en el aprendizaje para niños/as con problemas de dislalia funcional pertenecientes a una escuela especial de lenguaje a través de una aplicación. La misma está orientada para niños entre 5 a 6 años que tengan dislalia funcional, consta de una gama de juegos que ayudan a fortalecer y acompañar el tratamiento llevado por el fonoaudiólogo/a. Estos juegos están enfocados para que los pacientes puedan desarrollarlos de forma

⁷⁰ Se puede considerar que la telemedicina se sirve de tres dimensiones: telecomunicaciones, ciencias de informática y servicios de salud. De esta forma es posible la recolección, procesamiento, transmisión, análisis, almacenamiento y visualización de los datos médicos más relevantes en un corto periodo de tiempo, disminuyendo el tiempo de espera del diagnóstico.

⁷¹ Hoy en día debido a los avances de la tecnología y del Internet esto ha mejorado en gran medida, a tal punto que existen actualmente diversos mundos virtuales enfocados en diferentes actividades.

⁷² Los autores afirman que todo lo que sea en base a juego es bueno para la terapia del niño.

⁷³ Se puede definir aplicación móvil como una pieza informática diseñada para ser ejecutada en teléfonos inteligentes, tabletas y otros dispositivos que permite al usuario efectuar una tarea concreta.

autónoma dentro de sus hogares. Se concluyó que la aplicación móvil desarrollada cumple una función innovadora, donde se une la diversión con el aprendizaje y fomenta el apoyo del tratamiento de niños/as con dislalia funcional.

Para dar ejemplos de recursos se pueden mencionar programas informáticos, videojuegos, presentaciones multimedia, enciclopedias virtuales, animaciones, simulaciones interactivas, medios interactivos, programas multimedia de internet como páginas web, TV y vídeo interactivos, entornos virtuales de enseñanza y aprendizaje, plataformas educativas, entre otras (Murillo, 2017)⁷⁴.

La tecnología y sus recursos son favorecedores de la telerehabilitación de dislalia infantil, siendo un conjunto de técnicas informáticas que sirven para poder desarrollar el nivel de expresión y generando una interacción positiva mediante el intercambio de datos entre el dispositivo y el usuario que la esté utilizando (Jolley y Moreira, 2020)⁷⁵. Mediante la aplicación de terapia interactiva con una herramienta tecnológica, se consume menor tiempo en las sesiones de terapia, existe motivación de los niños por hacer repeticiones de fonemas y se muestran con mayor participación en los ejercicios propuestos. Cada día se hace más necesario innovar en los procesos de aprendizaje, permitiendo la integración de texto, imágenes y sonidos (Ramirez, 2017)⁷⁶.

La comunicación es un acto mediante el cual un individuo establece con otro u otros un contacto que le permite transmitir una determinada información. En este acto un trastorno del lenguaje es un impedimento en la habilidad para comprender o utilizar las palabras en unión, verbal y no-verbalmente. Más específicamente un trastorno del habla se refiere a los problemas de la comunicación derivadas de las funciones motoras orales, donde también es una realidad que el uso de las tecnologías genera cambios en el modo de vida, en el bienestar del ser humano y en la manera de pensar y de comportarse de éste, lo que permite crear nuevas soluciones a las necesidades (Saenz, 2015)⁷⁷. La interactividad mediada por tecnologías logra una aportación interesante en la terapia del niño. Es un medio suficientemente novedoso, atractivo, versátil y rico en posibilidades como para constituirse en elemento de enlace que

⁷⁴ Las alternativas tecnológicas para el desarrollo de recursos pueden darse de forma local sin Internet también llamado offline o en red con conexión a Internet u online.

⁷⁵ Con el surgimiento del covid19, la población se encuentra en situaciones de vulnerabilidad y restricciones de movilidad, por lo que mucha gente, en especial niños, se pierden sus citas de tratamiento haciendo que no haya mejoría en el caso, por esto, la adaptación de herramientas tecnológicas que puedan ser usadas desde cualquier sitio remoto, permitieron continuar con los tratamientos sin ningún problema y de manera fiable.

⁷⁶ Fortalecer la comunicación no se limita solamente a estimular el lenguaje verbal, sino también el lenguaje no verbal y la expresión gestual y corporal, puesto que ambos constituyen formas de representación y comunicación.

⁷⁷ Se considera de gran utilidad que se implemente la aplicación de las nuevas tecnologías como apoyo para mejorar al tratamiento de los trastornos del lenguaje.

reúne una serie de características que lo convierte en un recurso educativo innovador con muchas posibilidades, no sólo de educar sino de apoyar y de ayudar (Martínez, 2006)⁷⁸.

Cuando las niñas y niños tienen dislalia, es importante que tengan una intervención temprana y apropiada para evitar que se fijen los errores articulatorios de los fonemas alterados, permitiendo de esta manera lograr una reeducación adecuada, que posibilite el interactuar habilitando su función comunicacional (Redondo y Conejero, 2012)⁷⁹. Por tal motivo es imprescindible que los terapeutas del lenguaje amplíen el conocimiento de nuevas alternativas en la rehabilitación, que aporten a la reeducación del habla, de esta manera se logrará cautivar la atención de los niñas y niños, con material que sea agradable, entretenido y donde puedan desarrollar sus capacidades, lo que motivará a participar con mayor empeño en el tratamiento. Además la implementación de las nuevas tecnologías en el aprendizaje en general permite crear procedimientos estructurados, coherentes, ordenados y secuenciales con la finalidad de llegar a los objetivos para responder a una necesidad. (Sanchez, Gómez, 2013)⁸⁰.

⁷⁸ Dentro de los niños con problemas de comunicación la propuesta de solución con tecnologías se basa en niños con dislalia. Se busca que la rehabilitación a través de este medio tenga mayor eficacia dentro de dicha rehabilitación.

⁷⁹ Para mejorar el habla de las niñas y niños como se debe, se añadirá al tratamiento tradicional, un soporte tecnológico, en el cual se involucren las nuevas tecnologías.

⁸⁰ Actualmente el aprendizaje a demanda está asumiendo parcelas cada vez más importantes que antes ocupaban otros modelos más tradicionales.

Diseño metodológico



El presente trabajo de investigación se desarrolla en forma descriptiva ya que según Sampieri (2014) se busca especificar las propiedades, las características importantes de cualquier fenómeno que se analice. El tipo de diseño según la intervención del investigador es no experimental, ya que se realiza sin la intervención o manipulación directa de las variables. Es transversal ya que según Sampieri (2010) se enfoca desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto en un momento determinado.

La población está conformada por todos los fonoaudiólogos que realicen tratamiento de dislalia infantil mediante modalidad virtual. La unidad de análisis es cada uno de los fonoaudiólogos que realicen tratamiento de dislalia infantil mediante modalidad virtual. La muestra fue de 32 fonoaudiólogos encuestados por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

En la investigación se consideraron las siguientes variables:

- recursos de telerehabilitación de dislalia infantil
 - percepción sobre la eficacia de la telerehabilitación de dislalia infantil
 - percepción sobre la dificultad para adaptar la rehabilitación de dislalia infantil a la modalidad virtual
 - percepción del fonoaudiólogo sobre el acceso a los recursos de telerehabilitación
 - percepción del fonoaudiólogo sobre el acceso a los recursos de telerehabilitación por parte del paciente
-
- Recursos de telerehabilitación de dislalia infantil

Definición conceptual: materiales y métodos para llevar a cabo la terapia mediante la utilización de tecnologías.

Definición operacional: materiales y métodos para llevar a cabo la terapia mediante la utilización de tecnologías por parte de los fonoaudiólogos que realizan tratamiento de dislalia infantil mediante telerehabilitación. El dato se recolectó por medio de encuesta online, sobre los recursos elegidos a través de pregunta abierta.

- Percepción sobre la eficacia de la telerehabilitación de dislalia infantil

Definición conceptual: Imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones por parte del fonoaudiólogo sobre la eficacia de la rehabilitación con medios virtuales de dislalia infantil.

Definición operacional: Imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de

sensaciones por parte de los fonoaudiólogos que realizan tratamiento de dislalia infantil mediante telerehabilitación sobre la eficacia del mismo. El dato se recolectó por medio de encuesta online, mediante una pregunta abierta.

- Percepción sobre la dificultad para adaptar la rehabilitación de dislalia infantil a la modalidad virtual

Definición conceptual: Imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones por parte del fonoaudiólogo sobre dificultades de la rehabilitación con medios virtuales de dislalia infantil.

Definición operacional: Imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones por parte de los fonoaudiólogos que realizan tratamiento de dislalia infantil mediante telerehabilitación sobre dificultades en el mismo. El dato se recolectó por medio de encuesta online, mediante una pregunta cerrada con escala Likert.

- Percepción del fonoaudiólogo sobre el acceso a los recursos de telerehabilitación

Definición conceptual: Imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones con respecto a los fonoaudiólogos que utilizaron la modalidad de telerehabilitación con sus pacientes, en cuanto a su acceso a la tecnología requerida.

Definición operacional: Imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones con respecto a los fonoaudiólogos que realizan tratamiento de dislalia infantil mediante telerehabilitación, en cuanto a su acceso a la tecnología requerida.

El dato se recolectó por medio de encuesta online, mediante una pregunta cerrada.

- Percepción del fonoaudiólogo sobre el acceso a los recursos de telerehabilitación por parte del paciente

Definición conceptual: Impresiones e ideas conformadas a partir de vivencias que construyeron los fonoaudiólogos sobre la accesibilidad de sus pacientes a la telerehabilitación.

Definición operacional: Impresiones e ideas conformadas a partir de vivencias que construyeron los fonoaudiólogos que realizan tratamiento de dislalia infantil mediante telerehabilitación sobre la accesibilidad de sus pacientes a la misma. El dato se recolectó por medio de encuesta online a fonoaudiólogas, consultando mediante pregunta cerrada, la misma en formato Likert de 5 puntos.

Se presentan el consentimiento informado y la encuesta utilizados en la investigación.

Consentimiento informado



Sección 1 de 5

Dislalia infantil y tele rehabilitación

La presente investigación denominada "Dislalia infantil y tele rehabilitación". Es desarrollada por Eugenia Palomeque estudiante de la Licenciatura en Fonoaudiología en la Universidad de Fasta, de la ciudad de Mar del Plata Argentina. Donde el objetivo de la misma es evaluar los recursos seleccionados por los fonoaudiólogos para el abordaje de pacientes con dislalia y su percepción sobre la eficacia de la tele rehabilitación en Argentina, en el periodo mayo 2021 a agosto 2021. Desde el surgimiento de esta práctica se la observa crecer diariamente conjunto a la utilización de los recursos que la misma implica, adaptándose nuevas herramientas para conseguir la realización de la terapia de forma medida por las tecnologías cuando la presencialidad no es una opción. Usted fue seleccionado para esta investigación dado a que es Fonoaudiólogo/a, Licenciado en Fonoaudiología o Dr. en Fonoaudiología. Los datos que usted brinde, contribuirán aumentar el conocimiento existente sobre esta temática. Se asegura el secreto estadístico de los datos que usted proporcione. Este consentimiento implica aceptar la publicación de estos resultados en congresos o revistas académicas. Dado que el formulario se envía online, si usted responde es que da su consentimiento. Desde ya, se agradece su colaboración.

Acepto participar en la investigación *

No

Sí

Instrumento de recolección de datos

¿Tuvo que capacitarse en tecnologías para poder llevar a cabo la rehabilitación mediante sesiones virtuales?

- No, ya contaba con el manejo necesario de las tecnologías
- Si, tuve que aprender sobre los recursos tecnológicos necesarios

En el periodo marzo 2020 a agosto 2021

	Siempre	Casi siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
Tuvo que adap...	<input type="checkbox"/>				

Puntué su percepción fonoaudiológica sobre la eficacia de la tele rehabilitación de dislalia infantil con respecto al alcance de los objetivos planteados en el plan de tratamiento.

	1	2	3	4	5	
Sumamente eficaz	<input type="radio"/>	Nada eficaz				

Puntué su percepción como profesional fonoaudiológico sobre la dificultad para adaptar la rehabilitación de dislalia infantil a la modalidad virtual.

	1	2	3	4	5	
Sin dificultades	<input type="radio"/>	Sumamente difícil				

Identifique su percepción como profesional fonoaudiológico sobre la dificultad del paciente para adaptarse a la rehabilitación de dislalia infantil en modalidad virtual.

	1	2	3	4	5	
Sin dificultades	<input type="radio"/>	Sumamente difícil				

¿Percibe usted una mayor adherencia al plan de tratamiento mediante la tele rehabilitación?

1. Sí
2. No

¿Por que?

Texto de respuesta larga

.....

¿Con que frecuencia manifiesta el paciente conformidad con la telerehabilitacion?

	Siempre	Casi siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
Con respecto a...	<input type="radio"/>				
Con respecto a...	<input type="radio"/>				
Con respecto a...	<input type="radio"/>				
Con respecto a...	<input type="radio"/>				
Con respecto a...	<input type="radio"/>				

Desde su rol como profesional que trabaja a través de la tele rehabilitación, ¿Con que frecuencia es su grado de conformidad con respecto a los siguientes aspectos?

Con respecto a...	<input type="radio"/>				
Con respecto a...	<input type="radio"/>				
Con respecto a...	<input type="radio"/>				
Con respecto a...	<input type="radio"/>				

¿Cuáles son los recursos principales que utiliza para adaptar la terapia presencial a la tele rehabilitación de dislalia infantil?

Texto de respuesta corta

.....

¿Cómo es el acceso a los recursos que le permiten la realización de la tele rehabilitación por su parte?

- Cuenta con los recursos necesarios
- Presenta dificultades en el acceso a los recursos necesarios
- Sin acceso a los recursos necesarios

¿Cómo es el acceso a los recursos que le permiten la realización de la tele rehabilitación por parte del paciente?

- Cuenta con los recursos necesarios
- Presenta dificultades en el acceso a los recursos necesarios
- Sin acceso a los recursos necesarios

¿Cómo adapto la evaluación de la dislalia infantil a la telerehabilitación? ¿Cuál es su percepción con respecto a evaluar bajo la modalidad virtual?

Texto de respuesta larga

.....

Desde su percepción ¿Cuáles considera usted las principales ventajas de la telerehabilitación de la dislalia infantil?

Texto de respuesta corta

Desde su percepción ¿Cuáles considera usted las principales desventajas de la telerehabilitación de la dislalia infantil?

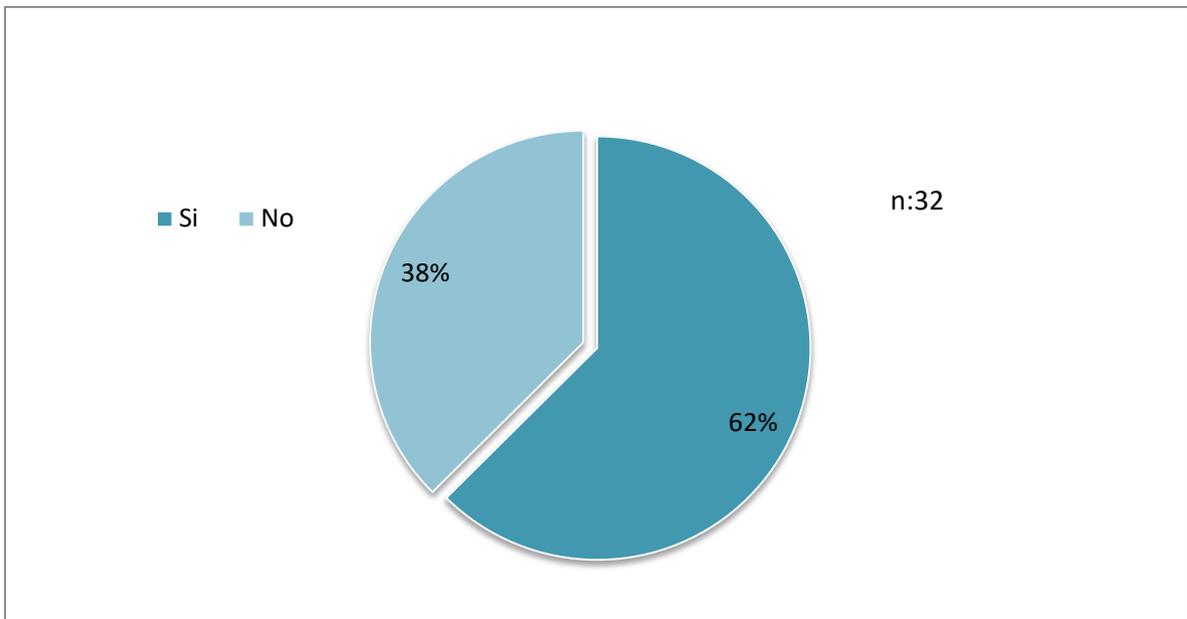
Texto de respuesta corta

Análisis de datos



A continuación se presentan los resultados obtenidos de la encuesta realizada.

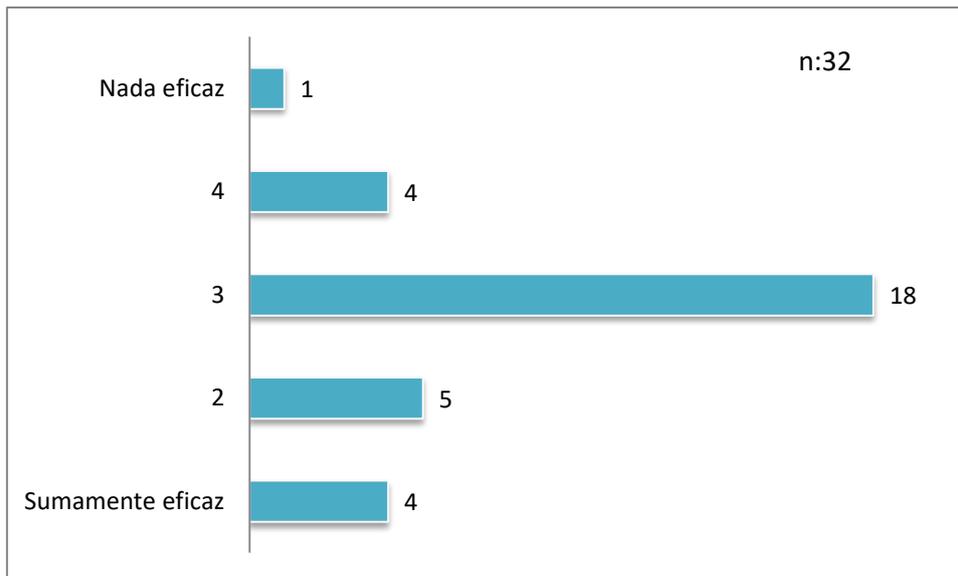
Gráfico 1. Capacitación en tecnología para acceder a la telerehabilitación por parte del profesional fonoaudiológico.



Fuente: elaboración propia.

La mayoría de las profesionales debieron hacer capacitaciones para trabajar por medio de telerehabilitación. Con el desarrollo de nuevas tecnologías y el crecimiento de la profesión fonoaudiológica que amplía el ejercicio se requiere capacitación constante sobre los avances. Tal como refieren Barrios et al. (2016), requiere de profesionales dispuestos a seguir formándose.

Gráfico 2. Percepción fonoaudiológica sobre la eficacia de la telerehabilitación con respecto al alcance de los objetivos planteados en el plan de tratamiento.

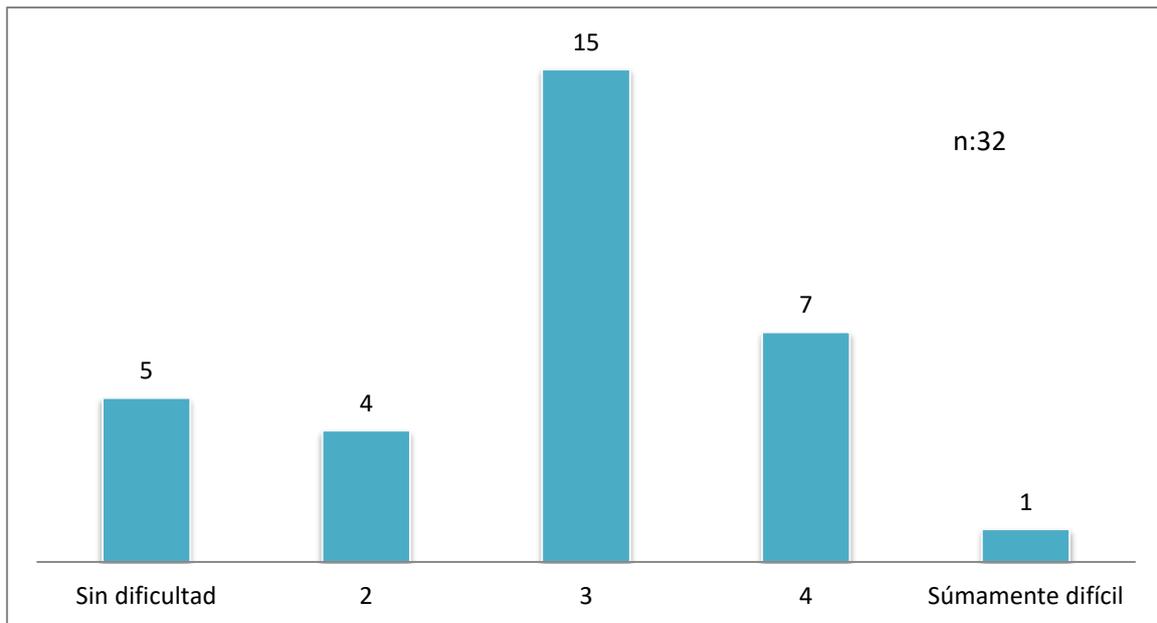


Fuente: elaboración propia.

Se utilizó una Escala Likert de calificación que se utiliza para cuestionar a una persona sobre su nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración. En este caso sobre la eficacia en escala de 1 al 5. Las fonoaudiólogas declaran la telerehabilitación eficaz, por sobre una ineficacia o disconformidad sobre la misma.

La telerehabilitación es una opción para utilizarse como recurso de apoyo en el área de trastornos del habla como dislalia. Su eficacia va a depender también de la formación como profesionales en la nueva modalidad. Serón et al. (2020) afirman que con un correcto uso de las tecnologías, se produce una adaptación eficaz de la terapia.

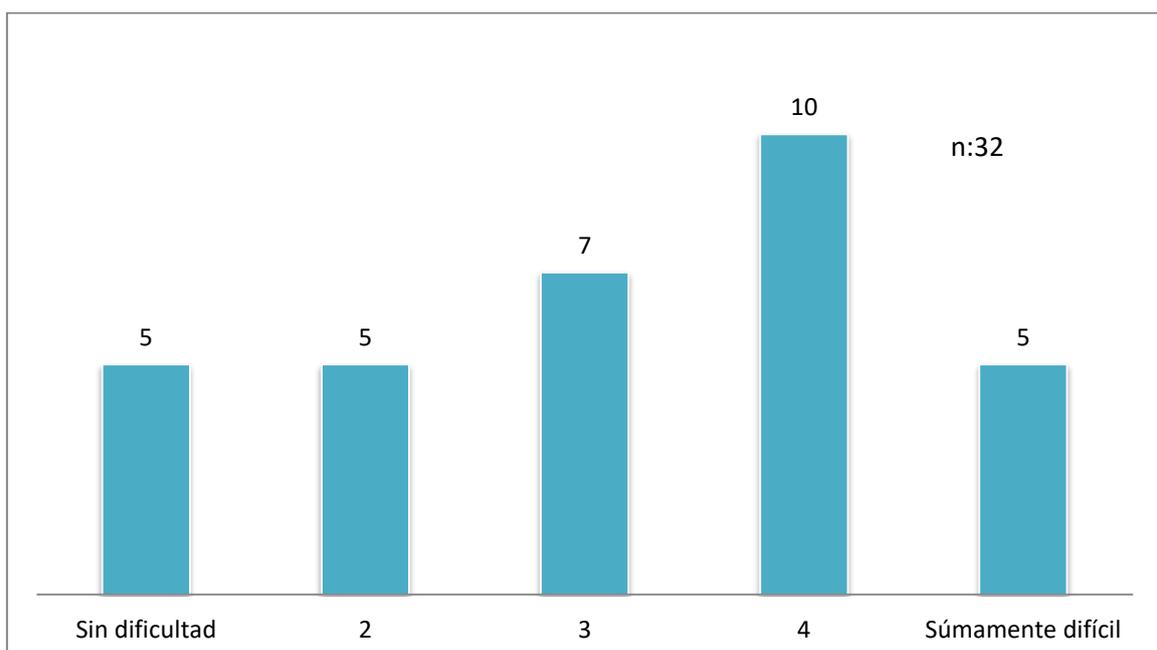
Gráfico 3. Percepción como profesional fonoaudiológica sobre la dificultad para adaptar la rehabilitación de dislalia infantil a la modalidad virtual



Fuente: elaboración propia.

Se utilizó una Escala Likert de calificación que se utiliza para cuestionar a una persona sobre su nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración. En este caso sobre la dificultad en escala de 1 al 5. Las fonoaudiólogas en su mayoría manifestaron, cierto nivel de dificultad para adaptar la terapia a la telerehabilitación. Como en todos los aspectos referidos a la actualidad que se sumergen en las innovaciones, los profesionales deben tomar con responsabilidad la adaptación de su labor a los mismos (Ortiz, 2011).

Gráfico 4. Percepción como fonoaudiólogo sobre la dificultad del paciente para adaptarse a la rehabilitación de dislalia infantil en modalidad virtual.



Fuente: elaboración propia.

Los fonoaudiólogos perciben alto grado de dificultad del paciente para adaptarse a la rehabilitación de dislalia infantil en modalidad virtual. Esto es contrario a lo expresado por Martínez (2006), donde se declara que la interactividad mediada por tecnologías logra una aportación interesante en la terapia del niño.

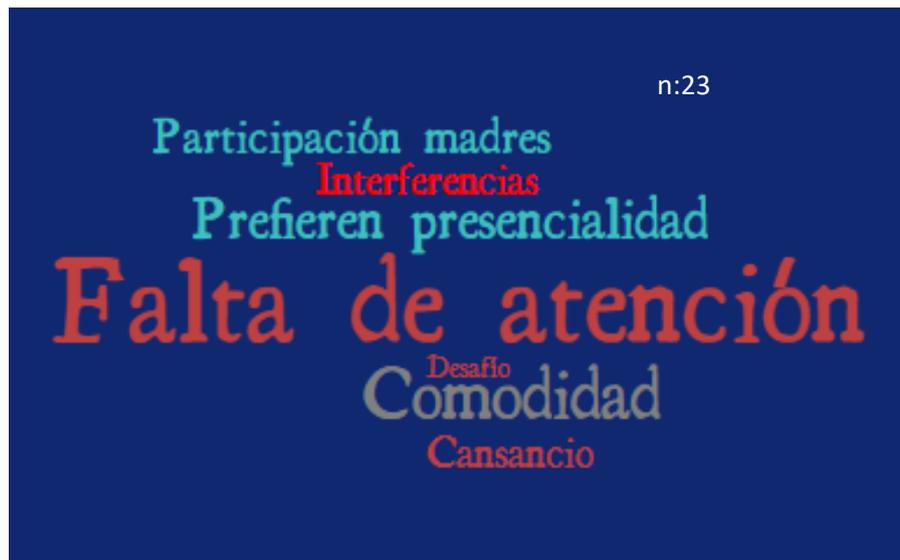
Tabla 1. Tipo de dificultad del paciente para adaptarse a la rehabilitación de dislalia infantil en modalidad virtual.

Fonoaudiólogo/a	Respuesta
F1	Considero que observa la familia, en su gran mayoría, la importancia del contacto presencial con el otro, en este caso la fonoaudióloga. A su vez se observa el cansancio de conectarse a una plataforma para interactuar y rehabilitar.
F2	Prefieren presencial
F3	Porque la atención del paciente es difícil de sostener
F4	No contestó.
F5	Los resultados no son los esperados en el mismo tiempo presencial
F6	Porque es completamente diferente a la presencialidad, con más interferencias, dificultades y desafíos.
F7	Porque pueden participar más las madres (esencialmente)
F8	No contestó.
F9	La presencialidad brinda más recursos y un abordaje más específico para el paciente. En calidad atencional la diferencia es abismal.
F10	La atención de los niños es menor y las maniobras de los sistemas tanto de bimodal o prompt es mucho más complejo de explicar virtualmente.
F11	No contestó.
F12	difícil sostener la atención, mayores distractores, falta de apoyo familiar
F13	Porque no debe desplazarse y perder tiempo en viajar
F14	Porque la presencialidad genera mayor aceptación
F15	No contestó.
F16	Atención sostenida más breve, o interrumpida

F17	Comodidad, miedo que causó la pandemia y se decidió no asistir
F18	Por la facilidad y comodidad de las familias
F19	No contestó.
F20	Porque los chicos se dispersan con mayor facilidad y las familias no siempre acompañan
F21	No contestó.
F22	El paciente no tiene que movilizarse al consultorio
F23	Los pacientes prefieren tratamiento presencial
F24	Por qué las familias que la acompañan el tratamiento en consultorio también acompañan en la tele comunicación.
F25	Distractores en la casa
F26	No contestó.
F27	No contestó.
FF28	Si bien es un recurso muy visual, y a pesar de realizarlo de forma interactiva. Con el transcurso del tiempo se agota y se observa mayor distracción por parte del niño.
F29	Tuve mis dificultades para adaptarme. Prefiero la presencialidad. Tengo muchos años de trabajar así en la profesión.
F30	No contestó.
F31	No les resultaba cómodo a las familias. O no contaban con medios tecnológicos
F32	Cuesta, en algunos casos, la atención

Se presenta una nube de palabras donde se refleja con mayor tamaño aquellos conceptos más frecuentemente referenciados por los encuestados.

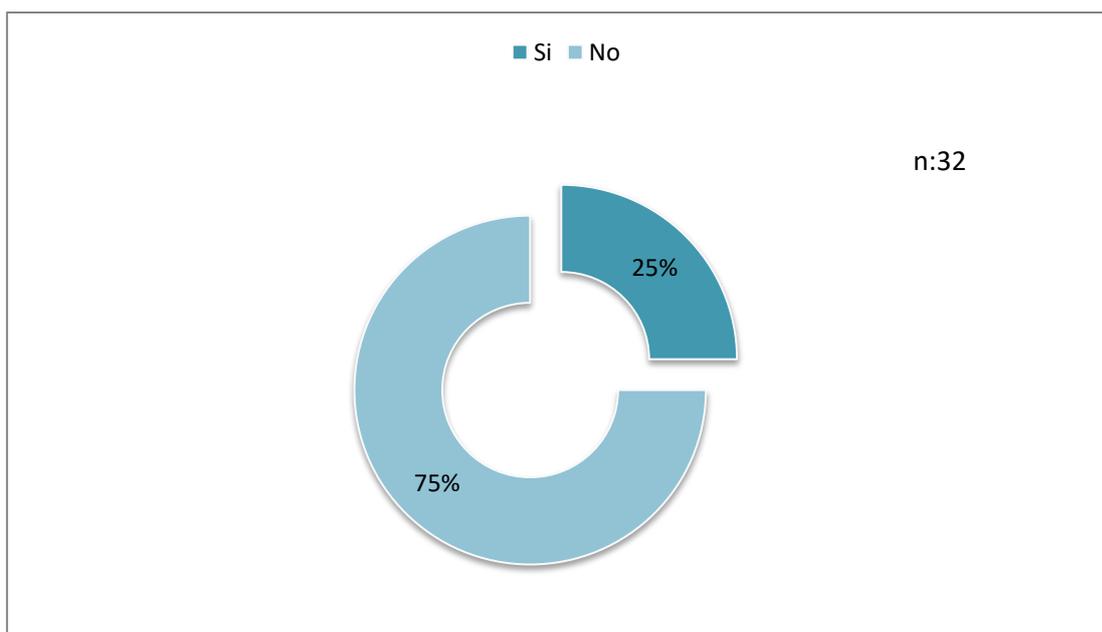
Nube de palabras 1. Tipo de dificultad del paciente para adaptarse a la rehabilitación de dislalia infantil en modalidad virtual



Fuente: elaboración propia.

Se presentaron en la nube las dificultades referidas por las profesionales que respondieron. El tipo de dificultad del paciente para adaptarse a la rehabilitación de dislalia infantil en modalidad virtual se ve mayoritariamente representado por la falta de atención por parte del paciente. A su vez, parte de las fonoaudiólogas expresaron que las familias prefieren la presencialidad pero aun así encontraron que hay mayor participación por parte del entorno en la telerehabilitación. Esto corrobora lo expresado por Jiménez (2018), quien afirma que la telemedicina permite subsanar dificultades en cuanto a la comodidad y accesibilidad.

Gráfico 5. Percepción sobre mayor adherencia al plan de tratamiento mediante la telerehabilitación.



Fuente: elaboración propia.

Los fonoaudiólogos encuestados expresaron que no perciben una mayor adherencia al plan de tratamiento mediante telerehabilitación, contrario a lo que afirma Martínez (2006), quien alude que la telerehabilitación es un medio suficientemente novedoso, atractivo, versátil y rico en posibilidades como para constituirse como recurso rehabilitador innovador con muchas posibilidades, dentro de ellas lograr un mayor acople a los objetivos planteados en el plan de tratamiento.

Tabla 2. Adaptación de la evaluación de la dislalia infantil a la telerehabilitación.

Fonoaudióloga/o	Respuesta
F1	Con pacientes sin dificultades conductuales y ambientes tranquilos en el hogar no hubo dificultades. Con los que sí se presentaron dichas dificultades se evaluó de forma presencial o se requirió ayuda de los padres en algunos casos
F2	Digitalización del material, apoyo familiar . Se puede realizar sin inconvenientes con ayuda de la familia
F3	No contestó.
F4	Lamentablemente, los espacios en los que están los chicos presentan muchos estímulos que distraen su atención
F5	No contestó.

F6	Si bien con la virtualidad se siguió acompañando a la familia y al niño, se perdieron detalles sobre la observación exploratoria del mismo dentro del consultorio y en especial en relación a su lenguaje oral fluido espontáneo, el contacto ocular.
F7	No contestó.
F8	No contestó.
F9	Sin problemas
F10	con videos del paciente solicitados a la familia, utilización de material digital y la interacción en línea
F11	No contestó.
F12	No se logro una evaluación completa
F13	Prácticamente de la misma manera, sumando el uso de videos e imágenes para mejorar la comprensión de consignas. No tuve grandes dificultades, a veces resulta más motivador para el paciente realizarlo bajo está modalidad
F14	Test
F115	La evaluación la realizo presencial. Solo desarrollo tratamiento online
F116	Dificil evaluar por dificultades en los sonidos. Enviaba las imágenes del RFI y la familia hacía un video con el niño repitiendo
F117	Es muy diferente, por una parte por medio de pruebas formales y con apreciaciones personales tmb
F118	Mediante la Videollamada. Dificil es evaluar porque si la conexión no es buena hay más dificultad
F19	Es en la evaluación donde se observan las mayores dificultades en la tele rehabilitación, y en cuanto a las dislalias creo que el tratamiento es casi imposible de ese modo.
F120	Mayor relevancia a información ofrecida por cuidadores, más muestras lingüísticas

F21	No contestó.
F22	Fue difícil . No me resulta cómodo, ni funcional
F23	Eran pacientes con evaluación y plan de tratamiento ya realizados . La observación durante las sesiones permitieron ajustar los objetivos
F24	Adaptación de los test en forma virtual . Evaluar los TSH con barrido fonológico da resultado. No así cuando hay pacientes con patología de base.
F25	través de tele asistencia
F26	No contestó.
F27	Grabación de la familia y envío de esos audios
F28	A)No todas las baterías son adaptables a esta modalidad. B)Es complejo
F29	Adapté el tiempo de toma. Me lleva más tiempo. No es cómodo
F30	No contestó.
F31	En mi caso particular no realicé evaluaciones . Solo tratamientos
F32	Tomé las mismas evaluaciones que de forma presencial, pero las repetí más seguido. Prefiero siempre evaluar de forma presencial

Nube de palabras 2. Adaptación de la evaluación de la dislalia infantil a la telerehabilitación.



Fuente: elaboración propia.

Se presentaron en la nube las adaptaciones en la evaluación de la dislalia infantil, referidas por las profesionales que respondieron. Se aprecia que se utilizaron recursos tecnológicos para la aplicación de evaluaciones y con apoyo familiar. No obstante, algunas señalan que fue de difícil realización. Evaluar es el método que permite llegar a identificar los objetivos concretos y diseñar las estrategias más eficaces (Aguado, 2014), y por ello su pase a modalidad virtual no deja de tener importancia.

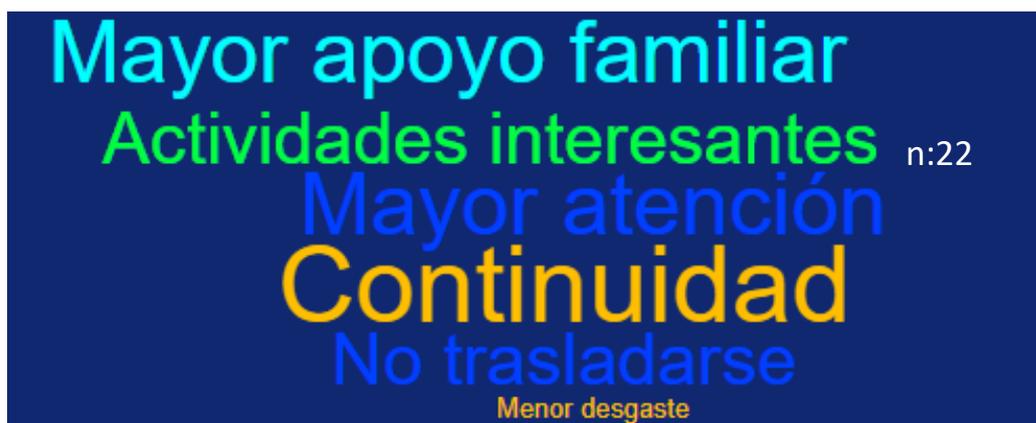
Tabla 3. Ventajas de la telerehabilitación de la dislalia infantil declaradas por los fonoaudiólogos.

Fonoaudiólogos	Respuesta
F1	El presentismo en aquellos casos que por diversos motivos no podían mantener una presencialidad de manera sistemática
F2	No contestó.
F3	No contestó.
F4	Mantenimiento del tratamiento , asistencia regular al tratamiento
F5	En tiempo de pandemia y aislamiento social la ventaja fue contar con medios y capacitación para la continuidad en la rehabilitación
F6	No contestó.
F7	La gran adaptación y aceptación de los juegos virtuales para los diversos casos
F8	Mayor atención , actividades más dirigidas , compartir con la familia en su espacio

F9	menor desgaste del paciente, mayor nivel de atención, trabajo en línea específico, menor tiempo de terapia, mayor colaboración de la familia, se puede hacer con tablet, compu o un celular.
F10	No contestó.
F11	La participación familiar, en algunos casos fue excelente!
F12	Mayor motivación del paciente, la participación de la familia y el cumplimiento de la asistencia
F13	No contestó.
F14	No contestó.
F16	No contestó.
F17	No hay ventajas por sobre la presencialidad
F18	Mayor velocidad en las respuestas, mas dinámico
F19	Que no se pierda el tratamiento ni la continuidad
F20	Ventajas es que a pesar de la cuarentena tuvo la sesión y que los padres debían ayudar entonces se involucran más en la terapia
F21	No contestó.
F21	Interés por uso tecnológico
F22	El acompañamiento familiar
F23	Traslado del paciente, puntualidad y sistematicidad del tratamiento.
F24	Es interactiva y amena. Se utiliza la imitación.
F25	Ninguna. La única que consideraría es la distancia entre el consultorio y los hogares de los niños.
F26	Esto depende de la familia q se compromete con el tratamiento
F27	Prefiero la presencialidad., Aunque en ocasiones mediante está modalidad se puede interactuar con la familia, Hay mayor acompañamiento, y ante la situación sanitaria actual de manera presencial es casi imposible.
F28	Que al no tener que trasladarse prácticamente no hay inasistencias
F29	No contestó.
F30	No contestó.

F31	El traslado del paciente se evita y facilita la intervención cuando hay dificultades horarias
F32	Comodidad. Pero se pierden cuestiones vinculares y de comunicación que se sí se dan cara a cara

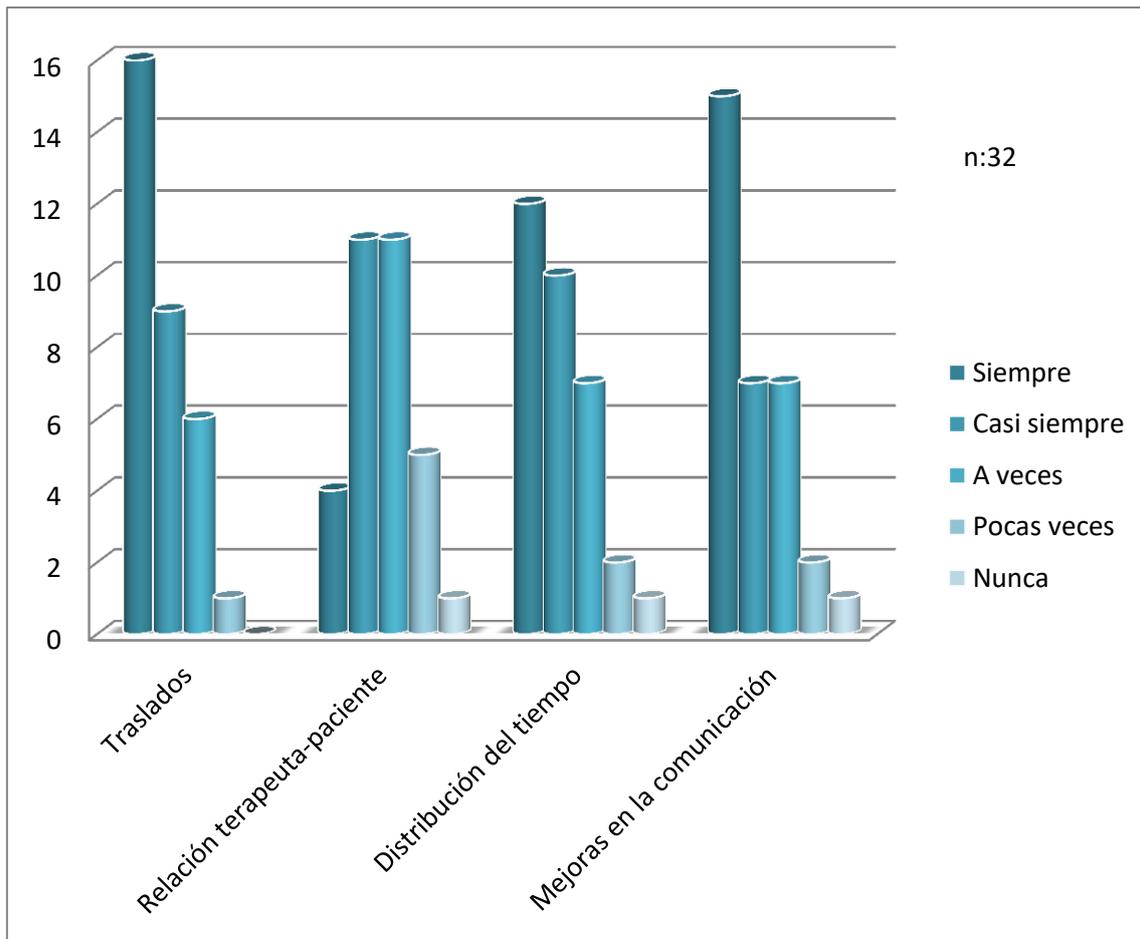
Nube de palabras 3. Ventajas de la telerehabilitación de la dislalia infantil declaradas por las fonoaudiólogas



Fuente: elaboración propia.

Se presentaron en la nube las ventajas de la telerehabilitación de dislalia infantil referidas por las profesionales que respondieron. Por lo declarado por las fonoaudiólogas, se destaca la continuidad como ventaja de la telerehabilitación en dislalia infantil, así como también la mayor atención por parte del paciente, mayor apoyo familiar y la posibilidad de presentar actividades interesantes. Rodríguez (2010) afirma que se pueden crear nuevas actividades que resulten útiles y atractivas para el paciente, quien va a disponer como herramientas en el hogar para complementar y potenciar su rehabilitación.

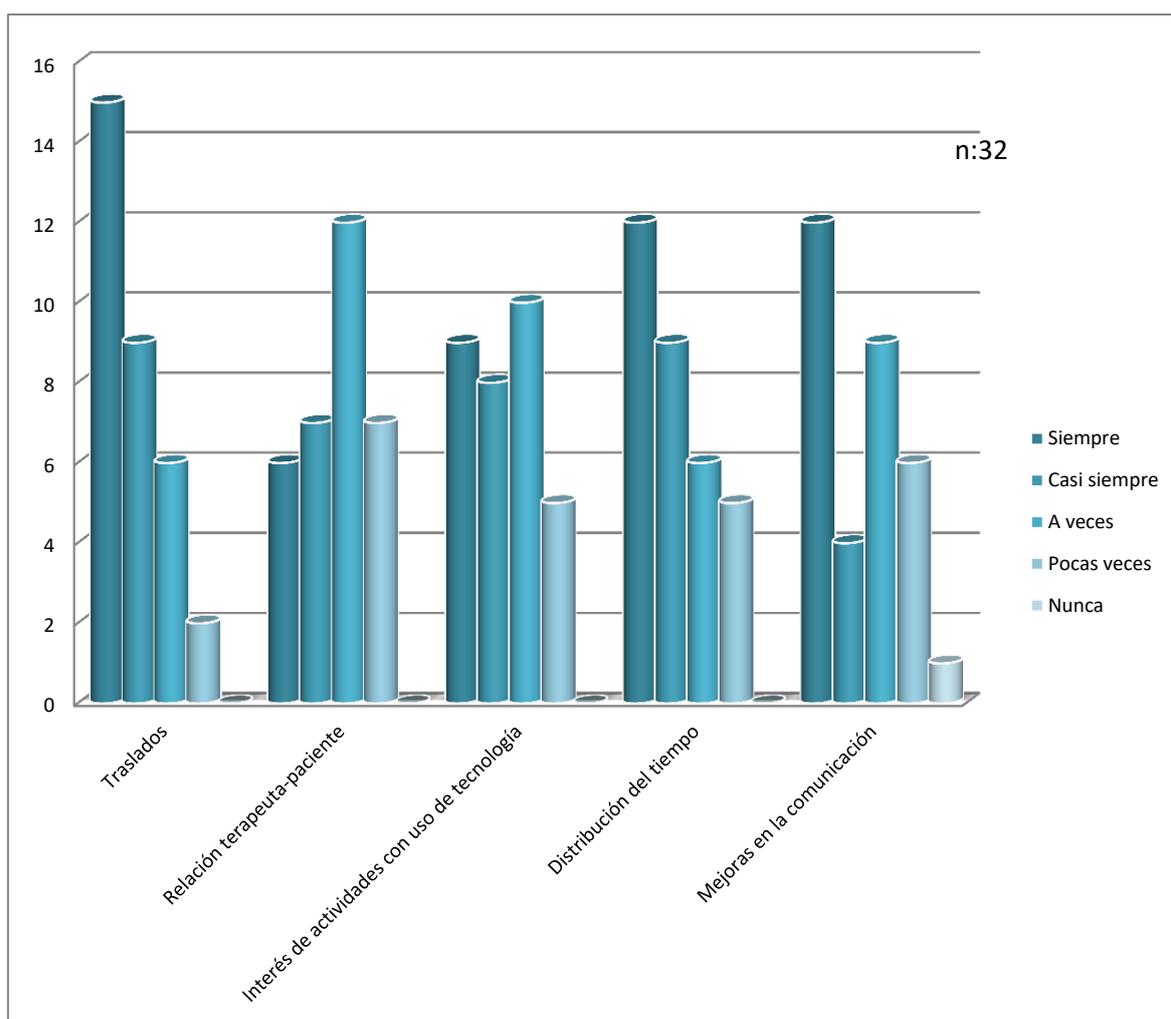
Gráfico 6. Grado de conformidad con aspectos de la terapia por parte del fonoaudiólogo



Fuente: elaboración propia.

Se muestra alto nivel de conformidad con respecto a los aspectos de traslados y la distribución del tiempo. La menor valoración, aunque también positiva es con respecto a la relación médico-paciente, tan importante para alcanzar los logros de tratamiento en la dislalia infantil. Castex et al. (2020) expresaron que la telerehabilitación tiene implicancia en factores como los económicos, ya que las atenciones en telerehabilitación tienden a generar menos gastos por un ahorro en los costos y/o tiempos de desplazamientos.

Gráfico 7. Grado de conformidad con aspectos de la terapia por parte del paciente según las fonoaudiólogas



Fuente de elaboración propia.

El grado de conformidad con aspectos de la terapia por parte del paciente según las fonoaudiólogas, se vincula a los traslados, lo cual también implica beneficios en la distribución de factores como el tiempo o la distancia, que como dijeron Barrios et al. (2019) se ven suprimidos en esta metodología.

Tabla 4. Recursos seleccionados por los fonoaudiólogos para adaptar la terapia a modalidad virtual.

Fonoaudiólogo/a	Respuesta
F1	Aplicaciones gratuitas y juegos on line pagos
F2	No contestó.
F3	Apoyos visuales
F4	De power, láminas, juegos interactivos, uso de lápices en pantalla
F5	Digitalización del material, búsqueda de paginas de internet con material

	interactivo
F6	Juegos interactivos (X2)
F7	No contestó.
F8	Juegos interactivos de conciencia fonológica
F9	Juegos, wordwall
F10	Material concreto, libro, juguetes
F11	No contestó.
F12	Medios electrónicos, powerpoint, cámaras
F13	Múltiples programas, páginas
F14	Plataforma zoom, videos, powerpoint, fotografías, imágenes
F15	No contestó.
F16	Power point interactivo
F17	Power point, apps, videos
F18	Power point, videos, zoom
F19	Presentaciones visuales
F20	No contestó.
F21	Una computadora, servicio de internet óptimo
F22	Utilizo mucho power
F23	Wordwall con quienes puedo compartir pantalla, o dibujos y materiales físicos con quienes no
F24	Zoom
F25	No contestó.
F26	Zoom compartir pantalla
F27	Zoom, actividades interactivas, Power point
F28	Zoom, canales virtuales
F29	Zoom, power point, actividades interactivas cargadas en páginas de internet
F30	Zoom, power point, orientacion a las familias
F31	No contestó.
F32	Recursos digitales, pistas fonológicas, PROMPT, pictogramas, dibujos, videos

Se puede contar con personas comprometidas e implicadas dispuestas a lograr que funcione, y aun así tener un riesgo elevado de no conseguir la sostenibilidad en la telerehabilitación por diferentes razones (Castillejo, 2012). Por ello para la

rehabilitación se deben utilizar diferentes recursos, lo cual fue consultado a las fonoaudiólogas en la encuesta, donde expresaron las herramientas usuales para ellas en la telerehabilitación.

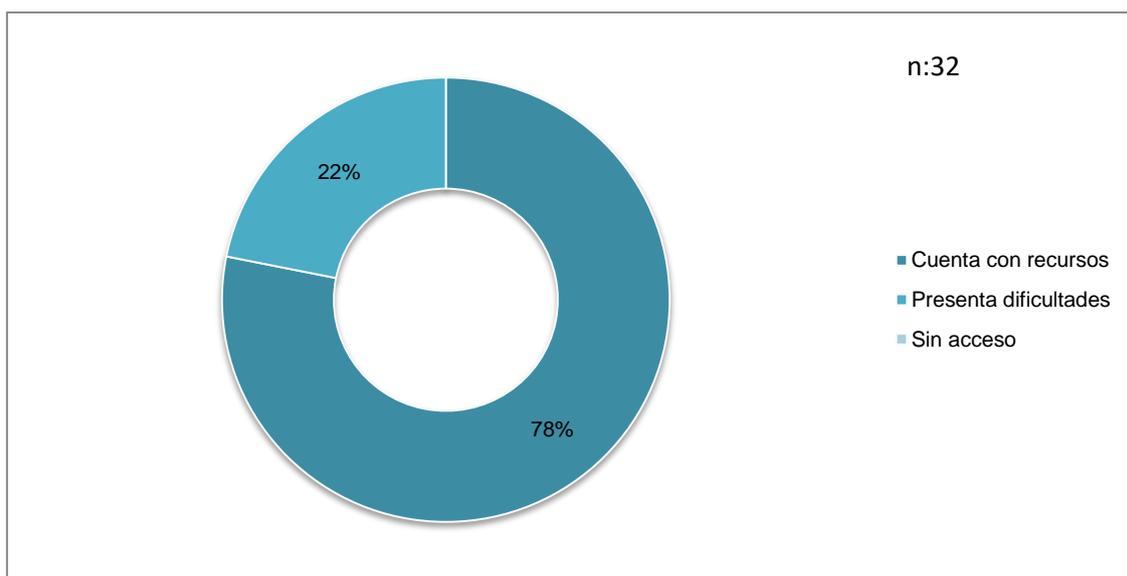
Nube de palabras 4. Recursos seleccionados por los fonoaudiólogos para adaptar la terapia a modalidad virtual



Fuente: elaboración propia.

Se presentaron en la nube los recursos seleccionados para la telerehabilitación de dislalia infantil referidas por las profesionales que respondieron. Las fonoaudiólogas mencionaron utilizar con mayor frecuencia juegos y videoconferencias para la telerehabilitación de dislalia infantil.

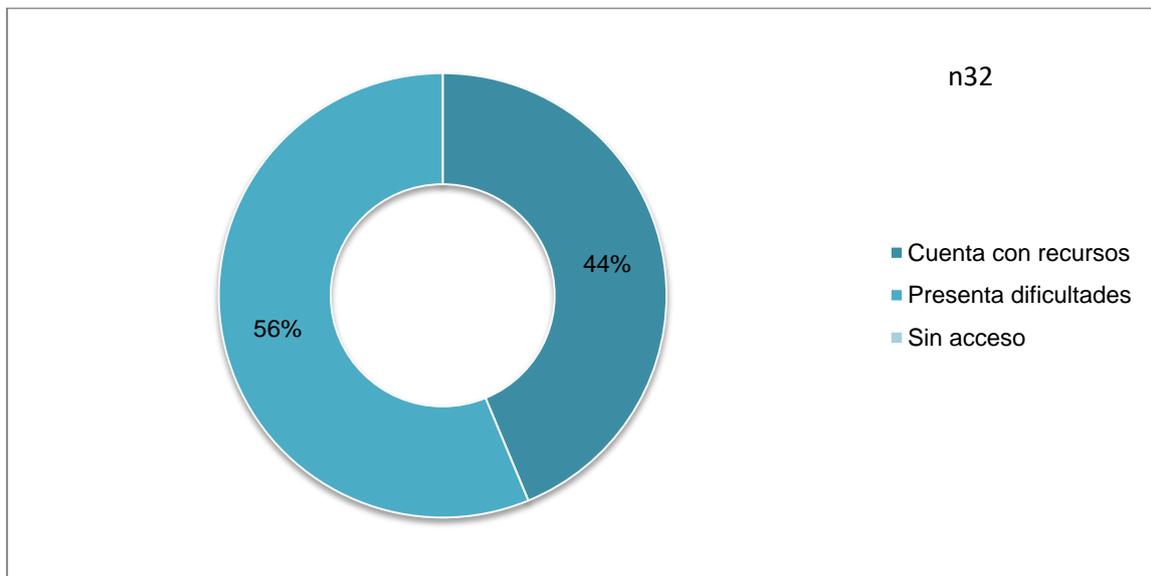
Gráfico 8. Acceso a los recursos para telerehabilitación por parte del fonoaudiólogo



Fuente: elaboración propia.

Lo que se ve reflejado en la encuesta respecto del acceso de los profesionales a la tecnología requerida, es que los fonoaudiólogos en mayor porcentaje cuentan con el acceso a los recursos necesarios para llevar a cabo la telerehabilitación. La implementación de recursos permite adaptarse con nuevas herramientas y conseguir la realización de la terapia de forma medida por las tecnologías (Palacios, 2018).

Grafico 11 Acceso a los recursos para telerehabilitación por parte del paciente



Fuente: elaboración propia.

La modalidad de atención sanitaria virtual supone el acceso a la tecnología por parte de la población (Cuervo Echeverri, 1998). Sin embargo, puede que esto no ocurra. Si bien no se registraron respuestas de nulo acceso, si se declaró en más de la mitad de los casos la presencia de dificultades por parte del paciente en posibilidades de recursos.

Conclusión



Se presentan las conclusiones de la investigación. De los recursos de telerehabilitación de dislalia infantil utilizados, donde la telemedicina permite y brinda una alternativa a la terapia tradicional-presencial, se ha evidenciado que los utilizados con mayor frecuencia por las fonoaudiólogas encuestadas son en primer lugar los juegos, seguido de medios electrónicos y videoconferencia.

En cuanto a la percepción sobre la eficacia de la telerehabilitación de dislalia infantil, las fonoaudiólogas expresaron un alto grado de conformidad con respecto a ello. En cuanto a las ventajas de la modalidad, se destaca un mayor apoyo familiar, con actividades interesantes, contando con una mayor atención por parte del paciente y por sobre todo destacaron, la posibilidad de continuidad del tratamiento.

A pesar de ello, se registró en la percepción sobre la dificultad para adaptar la rehabilitación de dislalia infantil a la modalidad virtual, que la mayoría de las fonoaudiólogas presentaron, cierto nivel de dificultad para utilizar las tecnologías adaptando la terapia a la telerehabilitación. También refirieron dificultad por parte del paciente para adaptarse a la rehabilitación de dislalia infantil en modalidad virtual, revelando como principales motivos las interferencias, falta de atención y cansancio por parte del paciente.

Con respecto a la percepción del fonoaudiólogo sobre el acceso a los recursos de telerehabilitación, la mayoría indicó que cuenta con el acceso a los recursos necesarios para llevar a cabo la telerehabilitación. Además manifestaron alto grado de conformidad en cuanto a aspectos como los traslados y la distribución del tiempo.

Respecto de la percepción del fonoaudiólogo sobre el acceso a los recursos de telerehabilitación por parte del paciente baja considerablemente la apreciación de los profesionales. En lo que respecta a los traslados, se ve un grado más alto de conformidad que el de los fonoaudiólogos.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que los profesionales no cuentan con formación en tecnología, ya gran porcentaje expresó tener que aprender sobre los mismos.

En referencia a la adaptación de la evaluación de la dislalia infantil a la telerehabilitación, en gran parte refirieron que les resulta difícil la evaluación, pero aun así la mayoría manifestó apoyarse en recursos tecnológicos y acompañamiento familiar.

La tecnología y sus recursos son favorecedores de la telerehabilitación de dislalia infantil. Se extienden así, las posibilidades de ampliar el ejercicio de la profesión y mejorar las oportunidades de acceso a servicios de salud, provocando el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

Quedan abiertos nuevos interrogantes para seguir indagando sobre la telerehabilitación en dislalia infantil:

- ¿Cuál es el grado de capacitación que tienen las fonoaudiólogas en tecnologías y tele comunicaciones requerida para ejercer frente a esta modalidad?
- ¿Cuál es la percepción por parte de los pacientes y sus familiares acerca de la terapia recibida por medio de la virtualidad?
- ¿Cuál es el grado de eficacia en los tiempos de telerehabilitación de dislalia infantil en comparación a los tiempos de recuperación en la terapia presencial?

Bibliografía



- Albesa, S. A., & Ayala, C. O. (2017). Trastornos del lenguaje. *Pediatría Integral*, 21(1), 15.
- Artigas, J., Rigau, E. & García-Nonell, K. (2008). Trastornos del lenguaje. *AEP: Protocolos de actualización*, 24, 178-84.
- Ballesteros-Pérez, D. V., & Alfonso-Rodríguez, L. A. (2019). El fonoaudiólogo en el ámbito de la comunidad y el bienestar social. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 18(1).
- Barreto, J. F. (1999). Sistema estomatognático y esquema corporal. *Colombia Médica*, 30(4), 173-180.
- Barreto, J. F. (1999). Sistema estomatognático y esquema corporal. *Colombia Médica*, 30(4), 173-180.
- Barrios, M., Rodríguez, L., Pachón, C., Medina, B., & Sierra, J. E. (2019). Functional telerehabilitation based on interactive virtual environments as a rehabilitation proposal for patients with disabilities. *Espacios*, 40(25), 1-14.
- Barros De Flores, A., & Flores Rochow, F. (1974). Dislalia: ¿Problemas de lenguaje o problemas de habla?. *Revista chilena de pediatría*, 45(6), 501-504.
- Bigenzahn, W., & Fischman, L. (2004). *Disfunciones orofaciales en la infancia: diagnóstico, terapia miofuncional y logopedia*. Ars Medica.
- Borrero, M. Á., & Ruiz, K. Z. (2017). Programa de intervención para mejorar la dislalia funcional en escolares. *Revista colombiana de rehabilitación*, 16(1), 6-14.
- Cab, N.E.I., Campechano, L.E., Flores, M.Y.G., López, A.C.A., Zamora, C.R.O., Reyes, Z.A. y Vaillard, J.E. (2012). Dislalia asociada a hábitos orales. *Oral*, 13(41), 865-86.
- Cabrera, N. R. (1999). Dislalias. *Revista Cubana Ortod*, 14(2), 89-93.
- Carrillo, V., & Brito Leal, L. (2020). Rehabilitation of the Stomatognathic System: Need for an Integrated Work Between Dentists and Speech Therapist. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 7(3), 1-3.
- Castex, P., Besomi, M., & Michell, A. (2020). Tele-rehabilitación: nuevos (viejos) desafíos. *Kinesiología*, 32-34.
- Castro, A., Sáenz, R., Avellaneda, X., Cáceres, C., Galvão, L., Mas, P. & Fuentes, M. U. (2020). La Red de las Américas para la Equidad en Salud: inclusión, compromiso y acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44.
- Cervera-Mérida, J. F., & Ygual-Fernández, A. (2003). Intervención logopédica en los trastornos fonológicos desde el paradigma psicolingüístico del procesamiento del habla. *Rev Neurol*, 36(1), 39-53.

- Coll-Florit, M., Vila-Rovira, J. M., Aguado, G., Fernández-Zúñiga, A., Gamba, S., & Perelló, E. (2014). *Trastornos del habla y de la voz*. Editorial UOC.
- Crespo-Eguilaz, N., & Narbona, J. (2006). Subtipos de trastorno específico del desarrollo del lenguaje: perfiles clínicos en una muestra hispanohablante. *Rev Neurol*, 43 (1), 193-200.
- Cuervo Echeverri, C. (1998). La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 18 (1), 75-86.
- Cuervo Echeverri, C. (1998). La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional. *Universidad Nacional de Colombia*.
- Cuetos Vega, F. (2018). *Neurociencia del Lenguaje: Bases neurológicas e implicaciones clínicas*. Editorial Médica Panamericana.
- Elisei, N. G. (2012). Agencia y práctica: Berta Derman en la institucionalización de la carrera de fonoaudiología en la Universidad de Buenos Aires. *Educere, La Revista Venezolana de Educación*, 34.
- Gavilánez, M. L. M., Mite, K. D. H., & Goyburu, C. E. F. (2017). Ejercicios fonológicos: incidencia en el trastorno de dislalia funcional de estudiantes de educación básica. *Dominio de las Ciencias*, 3(2), 66-92.
- Herreras, E. B. (2007). Reseña de "Neuropsicología del lenguaje. Funcionamiento normal y patológico. Rehabilitación" de Junqué C., Bruna O., Mataró M. *Indivisa. Boletín de Estudios e Investigación*, (8), 241-244.
- Herreras, E. B. (2008). Neuropsicología del lenguaje Funcionamiento normal y patológico. Rehabilitación. *Indivisa Boletín de Estudios e Investigación*, 8, 4.
- Marchesan, I. Q. (2015). Práctica basada en evidencias: Futuro de la Motricidad Orofacial. *Revista Científica Signos Fónicos*, 1(2), 18.
- Martínez Matos, H. (2006) La articulación del habla en individuos con hendiduras labiopalatinas corregidas: estudio de dos casos. *Revista CEFAC*, 8(2), 186-197.
- Morales, M.C. (2008). Mioterapia Funcional, Una Alternativa en el Tratamiento de Desbalances musculares y hábitos nocivos. *Acta Odontológica Venezolana*, 47(4).
- Morrison, J. (2015). *DSM-5® Made Easy: Percorsi alla diagnosi*. Edra Masson.
- Mura, S. (1987). *La dinámica articulatória: instrumentación práctica y sistemática para mejorar y corregir la articulación de la palabra hablada*. Publicaciones Médicas Argentinas.
- Ortiz, Á. D. (2011). Dificultades en la adquisición del lenguaje. *Innovación y experiencias educativas*, 4.

- Palacios Valderrama, W., Álvarez Avilés, M. E., Valle Villamarín, M. L., & Hernández Navarro, M. I. (2018). Uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones por docentes universitarios ecuatorianos. *Edumecentro*, 10(3), 25-39.
- Pavez, A. (2018). Terapia miofuncional en quemaduras orofaciales de segundo y tercer grado. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 17, 1-16.
- Ríos Hernández, I. (2010). El lenguaje: herramienta de reconstrucción del pensamiento. *Razón y palabra*, 72.
- Rodríguez, L. A. P., Mezcuca, B. R., & Crespo, Á. G. (2013). Influencia de los segmentos del discurso en la discriminación del locutor. Universidad Carlos III de Madrid.
- Ruiz Mezcuca, B. (2005). La voz y su espectro. *SIGMA. Revista de matemáticas*. 179-191.
- Serón, P., Oliveros, M. J., Fuentes-Aspe, R., & Gutiérrez-Arias, R. (2020). Efectividad de la telerehabilitación en terapia física: protocolo de una revisión global en tiempos que exigen respuestas rápidas. *Medwave*, 20(7).
- Sierra, J. E., Medina, B., Rodríguez, L., Pachón, C. & Barrios, M. (2019). Desarrollo e implementación de tecnologías biomédicas para la telerehabilitación funcional. *Revista ESPACIOS*, 798, 1015.
- Vázquez-Reyes, A., Reyes, A., Moyaho-Bernal, Á., Moreno-García, A., Montiel-Jarquín, Á. J., Hernández-Ruíz, A. K, & López-Colombo, A. (2014). Dislalias asociadas a maloclusión dental en escolares. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(5), 538-542.
- Ygual-Fernández, A., Cervera-Mérida, J. F., & Mártir, C. (2016). Eficacia de los programas de ejercicios de motricidad oral para el tratamiento logopédico de las dificultades de habla. *Revista de neurología*, 62(1), 59-64.
- Zapata, A. C. (2016). Clasificación y semiología de los trastornos del lenguaje en el niño. *Revista EDUCA UMCH*, 8, 45-62.
- Zapata, A. C. (2016). Clasificación y semiología de los trastornos del lenguaje en el niño. *Revista DUCA UMCH*, (8), 45-62.

TELEREHABILITACION Y DISLALIA INFANTIL – Palomeque Eugenia.

INTRODUCCIÓN

La telerehabilitación es una modalidad de trabajo que se ha incrementado particularmente en los últimos años. Se pueden abordar patologías de índole fonoaudiológica, entre ellas, realizar el tratamiento de los niños con dislalia.

OBJETIVO

Evaluar los recursos seleccionados por los fonoaudiólogos para el abordaje de pacientes con dislalia y su percepción sobre la eficacia de la telerehabilitación en Argentina, en el periodo mayo 2021 a agosto 2021.

MATERIALES Y MÉTODOS

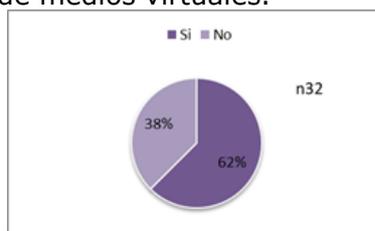
Investigación descriptiva, de diseño no experimental transversal. La muestra fue de 32 fonoaudiólogos/as que trabajan telerehabilitación de dislalia infantil que respondieron un cuestionario online.

RESULTADOS

75% de los fonoaudiólogos encuestados perciben una mayor adherencia al tratamiento mediante telerehabilitación. Según las fonoaudiólogas encuestadas el 52% de los pacientes presenta dificultades en el acceso a los recursos necesarios para realizar la telerehabilitación. Los fonoaudiólogos declararon en un 78 % contar con los recursos necesarios para poder llevar a cabo sus sesiones como profesional. Además, la mayoría de las profesionales debieron hacer capacitaciones para trabajar por medio de telerehabilitación. En cuanto al grado de conformidad con aspectos de la tele terapia, valoran positivamente la distribución del tiempo, aspectos vinculados a los traslados y mejoras en la comunicación. Si bien destacan mayor apoyo familiar, perciben bajo grado de adaptación de los pacientes a la rehabilitación de dislalia infantil en modalidad virtual, justificando con diferentes motivos como las interferencias que se pueden presentar en el ambiente del niño durante la terapia, la falta de atención o comodidad.

CONCLUSIONES

La percepción de las fonoaudiólogas en cuanto a los resultados de tratamiento por telerehabilitación son positivos. Es importante que el profesional en el área de telerehabilitación, continúe capacitándose. Además, se recomienda acompañar a los pacientes con estrategias que eviten dificultades en el uso de medios virtuales.



Capacitación en tecnologías por parte del fonoaudiólogo.

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA