



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO DE MANABI”

Método PROMPT aplicado a niñas y niños con disartria posterior a una
parálisis cerebral.

Autoras:

Cedeño Párraga Laura Nathali

Pico Intriago María Génessis

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera Terapia de Lenguaje

Manta - Manabí - Ecuador

2019

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico: Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total de **100** horas, bajo la modalidad de **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, cuyo tema del proyecto es “Método PROMPT aplicado a niñas y niños con disartria posterior a una parálisis cerebral”, el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo CERTIFICO, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde a las señoritas **CEDEÑO PÁRRAGA LAURA NATHALI Y PICO INTRIAGO MARÌA GÈNESSIS** y estudiantes de la carrera de Terapia de Lenguaje, período académico 2019-2020, quienes se encuentran aptas para la sustentación de su trabajo de titulación.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 15 de Julio de 2019

Lo certifico.

Ps. Cli. Eva Ganchozo Mg.

Docente Tutor(a)

APROBACIÓN DEL TRABAJO

Miembros del Tribunal

Firma

Lcdo. Pablo Barreiro Macías. Mg

Lcda. Natacha Mendoza Mendoza Mg, Ss

Calificación Trabajo de Graduación

Calificación Trabajo Escrito:

Calificación Sustentación de Proyecto
de Investigación:

Nota Final de trabajo de sustentación:

Lo certifico,

Lcda. Alexandra Bailón

Secretaria Facultad de Ciencias Médicas.

DEDICATORIA

A Dios, por haberme otorgado a lo largo de mi vida paciencia, voluntad y fuerzas para llegar hasta donde estoy ahora y cumplir cada una de mis metas. A mi madre Carmen y padre Juan por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, ya que, me formaron con valores y algunas libertades, pero al final de cuentas me motivaron constantemente para alcanzar mis deseos. A mis hermanos, sobrinas y resto de familiares que han estado presente en cada paso que doy, a mis compañeros y amigas de mi colegio Brenda y Gema que han sido de apoyo, gracias al gran equipo que somos, hemos llegado al final de este arduo camino. Por cada momento lleno de risas, tristeza, locuras que nos han permitido crecer como ser humano y futura profesional.

Pico Intriago María Génesis

A mi Dios por ser mi punto de partida y siempre sostenerme con su fuerza cuando el camino se hacía difícil y por ser mi final al haberme dado la oportunidad de culminar este propósito académico con éxito. A mi complemento de vida, Luis Miguel porque gracias a su amor, guía y apoyo incondicional me alentó a lograr esta hermosa realidad. A ti madre por tu sacrificio y esfuerzo, quiero que sientas que el objetivo logrado también es tuyo y que la fuerza que me ayudó a conseguirlo fue tu apoyo, a mi padre por los valores impartidos y por sus sabios consejos, a mi hermana por encomendarme siempre con Dios para que saliera adelante yo sé que tus oraciones fueron siempre escuchadas y a mis preciosas sobrinas por inspirarme para que se sientan orgullosas de mí.

RECONOCIMIENTO

Al acompañante de todos mis días, Dios, le agradezco todas sus bendiciones y amor hacia mí. A mis queridos padres por recibir su apoyo incondicional y por siempre estar motivándome a cumplir las metas que me propongo. Con un reconocimiento especial a mi querida ULEAM y cada uno de los docentes que forjaron mi camino con conocimiento y sabiduría para poder ser aplicados en un futuro profesional. A mi compañera de titulación por brindarme su tiempo, paciencia, y ser guía en este presente proyecto.

Pico Intriago María Génessis

Quiero agradecer a Dios por ser siempre mi fortaleza y mi roca, sin él no estuviera hoy aquí terminando una etapa más en mi vida. A la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, por haberme acogido en sus aulas y darme la oportunidad de estudiar en sus instalaciones y con ello aportaron para el día de hoy convertirme en un profesional formado con ética y valores, lista para servir a la sociedad.

A los docentes de la Facultad de terapia de Lenguaje, por haber compartido sus conocimientos y hacer de mí una profesional competente. Quiero agradecer de manera especial a nuestra tutora de Tesis, Ps. Cli. Eva Ganchozo Mg, quien nos supo guiar en todo el proceso del desarrollo de este proyecto de investigación, por sus sabios consejos y por su direccionamiento dado durante todo este proceso que hoy llega a su fin.

A mi esposo, por haber caminado conmigo gran parte de esta etapa en mi vida, por sus palabras de aliento que hoy dan sus frutos. A mis padres y hermana por estar conmigo en todo momento, dándome las palabras que necesité en esta etapa que hoy se cierra, y de esta forma ser un pilar fundamental para nunca claudicar.

A mi compañera de titulación por su confianza, apoyo, por hacer más fáciles las horas de trabajo y por haber formado un gran equipo para lograr esta meta. A mis amigos POPULARES Briones, Menéndez, Marita, Saskia, Marcelo y Oscar que esta amistad sobrepasó todo tipo de adversidad y dejaron huellas profundas en este recorrido, mi eterna admiración y éxitos. A Don Klevin por abrirme la puerta del salón y a mis amigas del bar cantinero por tan deliciosa comida que me brindaron durante estos años los llevo en mi corazón.

¡Por esto y más Gracias a Todos!

Cedeño Párraga Laura Nathali

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	5
Parálisis cerebral	5
Definición.....	5
Características.....	6
Etiología y factores de riesgo.	7
Clasificación.	8
Disartria	9
Definición.....	9
Características.....	10
Procesos motores básicos implicados en el habla.	11
La afectación del órgano lingual en la Disartria.	12
Clasificación según el lugar de la lesión.	13
Métodos de intervención en la disartria.	15
Objetivo general de las intervenciones para la disartria.	16
Método PROMPT	17
Objetivo del método PROMPT.	17
Historia y evolución del método PROMPT.	18
Desórdenes motores del habla y PROMPT.....	19
Aplicación del método prompt.	19
Principios básicos del tratamiento.	20
<i>Conocimiento de las Jerarquías de Tratamiento</i>	21
<i>Diferencias individuales</i>	23
DIAGNÓSTICO O ESTUDIO DE CAMPO	25
Métodos para la selección de población.....	25
Técnicas de recolección de datos.....	26
Anamnesis.....	26
Análisis de resultados	27
Análisis de resultados del (S.A.O).....	28
Análisis de resultados del protocolo TEPROSIF-R.....	35
DISEÑO DE LA PROPUESTA	40
Denominación de la propuesta	40

Objetivo general.	40
Objetivos específicos.	40
Fundamentación de la propuesta	40
Requerimientos para la aplicación de la propuesta	42
Actividades y tareas previas a la aplicación del método PROMT.	43
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	46
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS.....	49

RESUMEN

El presente proyecto de investigación tuvo como finalidad comprobar el método PROMPT aplicado a niñas y niños con disartria posterior a una parálisis cerebral. Como campo de investigación se tuvo a la Unidad Especializada “Angélica Flores Zambrano “de la Ciudad de Manta, la cual fue partícipe de este proyecto de investigación, obteniéndose luego de la aplicación de los métodos y técnicas en referencia, resultados significativos en las niñas y niños con disartria posterior a una parálisis cerebral, tales como el evitar el deterioro progresivo de la comunicación oral. Para cumplir con este propósito, fueron utilizados varios métodos de investigación tales como el método cuasi-experimental, el método deductivo-inductivo, el método descriptivo y el método estadístico, con lo cual se pudo analizar, describir y explicar a profundidad las diferentes variables de estudio, tal es el caso de la disartria posterior a una parálisis cerebral y el método PROMPT. Del mismo modo, fueron utilizadas las técnicas del sistema de observación y análisis (S.A.O), que se compone de elementos fundamentales como la estructura, la función y la integración para determinar si el paciente es idóneo para iniciar con el tratamiento. Por último, se utilizó el protocolo de simplificación fonológica (TEPROSIF-R), que fue aplicado a un grupo de 21 estudiantes con el fin de verificar la eficacia del método PROMPT.

INTRODUCCIÓN

El autor Simón Gómez-López (2013) señala que la parálisis cerebral es “un trastorno del desarrollo del tono postural y del movimiento de carácter persistente (aunque no invariable), que condiciona una limitación en la actividad, secundario a una agresión no progresiva, a un cerebro inmaduro” (p.31).

(Pennington L, 2016, pág. 2).“Dysarthria is the term used to describe speech disorders that are caused by neuromuscular impairments. People with dysarthria have difficulties controlling and coordinating the speed, range, strength and duration of movements needed for speech and as a result their speech may be difficult to understand”. [Disartria es el término utilizado para describir los trastornos del habla que son causadas por trastornos neuromusculares. Las personas con disartria tienen dificultades para controlar y coordinar la velocidad, el alcance, la fuerza y la duración de los movimientos necesarios para el habla y como una consecuencia su forma de hablar puede ser difícil de entender].

“PROMPT, an acronym for PROMPTS for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets, is a multidimensional approach to speech production disorders that has come to embrace not only the well-known physical-sensory aspects of motor performance, but also its cognitive-linguistic and social-emotional aspects”. [PROMPT, un acrónimo de PROMPTS para reestructurar los objetivos fonéticos musculares orales, es un enfoque multidimensional para los trastornos de la producción del habla que ha llegado a abarcar no solo los conocidos aspectos físico-sensoriales del rendimiento motor, sino también sus aspectos cognitivo-lingüísticos y socioemocionales]. (THE PROMPT INSTITUTE , 2008).

En esta investigación se realizó un estudio acerca de los problemas de disartria posterior a una parálisis cerebral que presentan los niños, por ende, enfocamos este trabajo investigativo dentro de la unidad educativa “Angélica Flores Zambrano” de la ciudad de Manta donde se pretende identificar los problemas de expresión oral que presentan, con la finalidad de comprobar la eficacia del método PROMPT.

La disartria en nuestro medio es un tema de bastante interés, pues todas las dificultades que esta presenta, limitan las etapas del desarrollo del lenguaje con los años dado que no se brinda una adecuada atención y un óptimo tratamiento a quienes padecen de disartria, debido fundamentalmente a la falta de conocimientos de los profesionales encargados de aquello corriendo el riesgo de perderse las habilidades innatas.

Dentro de la bibliografía consultada se identificaron tres estudios que evaluaron terapias centradas en procesos motores básicos y metodología PROMPT en niños con parálisis cerebral y disartria, que describen mejoras significativas en las funciones corporales de habla y voz”. Revista (rehabilitacion integral, 2017, pág. 71), dentro de las cuales la más relevante y con mucha eficacia según estudios realizados es el método PROMPT. A nivel nacional no se han encontrado estudios sobre la aplicación de este método, encontrándose información de otro tipo de terapias similares, con resultados distintos a los del método PROMPT.

El objetivo general del presente trabajo busca comprobar el método PROMPT aplicado a niñas y niños con disartria posterior a una parálisis cerebral en la Unidad de Educación Especializada “Angélica Flores Zambrano” de Manta.

Para alcanzar el objetivo general se proponen los siguientes objetivos específicos 1) Evaluar a niñas y niños con disartria posterior a una parálisis cerebral. 2) Aplicar el método PROMPT a las niñas y niños con disartria posterior a una parálisis cerebral. 3) Probar el mejoramiento de la disartria en las niñas y niños posterior a una parálisis cerebral. 4) Diseñar una guía de actividades motoras orales para el desarrollo del lenguaje previo a la aplicación del método PROMPT.

En base a los objetivos propuestos se plantea la siguiente hipótesis: La aplicación del método PROMPT, mejora la disartria en las niñas y niños posterior a una parálisis cerebral.

Variable dependiente: disartria posterior a una parálisis cerebral.

Variable independiente: Método PROMPT.

La población de estudio la constituyen 7 estudiantes, en los cuales se realizara una intervención mediante la aplicación del método PROMPT para comprobar su eficacia. Los métodos de investigación que se utilizaron fueron: el método cuasi-experimental, el método deductivo-inductivo, el método descriptivo, el método bibliográfico y el método estadístico.

Las técnicas que se utilizaron para el proyecto de investigación fue la Anamnesis, ANEXO A; S.A.O sistema de observación y análisis de la estructura, función e integración, ANEXO B; Protocolo TEPROSIF-R, ANEXO C; Autorización de padres de familia, ANEXO D.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del método PROMPT y sus técnicas, dan constancia de que la aplicación de este método, resultó eficaz en razón de que se pudo evidenciar el mejoramiento en las niñas y niños con disartria posterior a parálisis cerebral.

MARCO TEÓRICO

La unidad Educativa Especializada “Angélica Flores Zambrano” de la ciudad de Manta, es una institución para niñas y niños con diferentes capacidades especiales, los cuáles se preparan para enfrentar la vida con conocimientos y enseñanzas para que puedan desempeñarse de manera funcional. Al respecto, se pueden observar a varios estudiantes con limitaciones motoras y déficit en su comunicación que asisten a esta institución los cuales van a formar parte dentro del proyecto investigativo.

En la siguiente investigación se revisaron los siguientes acápite, los mismos que se conceptualizan a continuación:

Parálisis cerebral

Definición.

La Parálisis Cerebral (PC) describe un grupo de trastornos permanentes en el desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitaciones en la actividad, y que son atribuidos a alteraciones no progresivas ocurridas en el desarrollo cerebral del feto o del lactante. Los trastornos motores de la parálisis cerebral están a menudo acompañados por alteraciones de la sensación, percepción, cognición, comunicación y conducta, por epilepsia y por problemas músculo-esqueléticos secundarios. (Peter Rosenbaum, 2007, págs. 571-6).

El concepto de parálisis cerebral aceptado en la actualidad es motivo de controversia, puesto que para algunos constituye una afección completamente caracterizada, mientras que para otros es un grupo de alteraciones motrices.

Ante lo expuesto, se supone que la definición de la parálisis cerebral según la revisión bibliográfica consiste en “un trastorno que compromete al sistema nervioso y las funciones del cerebro por lo que conlleva a la afectación del tono muscular, movimientos y habilidades motoras”.

Es de suma importancia conocer que en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) el término parálisis cerebral infantil G80.8 se actualizó por parálisis cerebral G80.0, por lo tanto a partir de la última modificación del año 2016 queda planteada este criterio.

Los niños con parálisis cerebral a menudo presentan dificultades en la comunicación, debido a que los músculos que se usan para producir el habla se encuentran afectados, esto se conoce como disartria.

Características.

(Peter Rosenbaum, 2007), señala que “La parálisis cerebral (CP) describe un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y la postura, causando limitación de la actividad, que se atribuyen a perturbaciones no progresivas, que ocurrieron en el desarrollo fetal o en el cerebro del bebé. Los trastornos motores de la parálisis cerebral suelen ir acompañados de alteraciones de la sensibilidad, la percepción, la cognición, la comunicación y la conducta, por la epilepsia, y por problemas músculo-esqueléticos secundarios”.

Las características de la parálisis cerebral a menudo no siempre se van a presentar de igual manera en todos los niños que la padezcan, pues éstas pueden variar de acuerdo a su

grado de severidad. Se puede obtener mejoría si se estimulan estos aspectos a temprana edad, ya que si no hay una adecuada intervención estas pueden empeorar.

Etiología y factores de riesgo.

(Argüelles, 2008, pág. 272), define la parálisis cerebral como un síndrome que puede ser debido a diferentes etiologías. El conocimiento de los distintos factores que están relacionados con la parálisis cerebral es importante, porque algunos de ellos se pueden prevenir, facilitando la detección precoz y el seguimiento de los niños con riesgo de presentar parálisis cerebral.

Con relación a lo mencionado, la parálisis cerebral no es solo una enfermedad con un solo origen, pues engloba a un conjunto de trastornos que presentan una relación entre sí. Ésta se produce por una lesión en las regiones cerebrales que dirigen las habilidades motoras.

Del mismo modo, se puede presentar durante la etapa prenatal, perinatal o postnatal, descartando los casos que se producen a causa de un accidente.

Factores de Riesgo de Parálisis Cerebral.

1. Factores prenatales

Factores maternos
Alteraciones la coagulación, enfermedades autoinmunes, HTA,
Infecciones intrauterinas, Traumatismo, sustancias tóxicas, disfunción
tiroides.
Alteraciones de la placenta
Trombosis en el lado materno, trombosis en el lado fetal,
Cambios vasculares crónicos, Infección.
Factores fetales
Gestación múltiple, Retraso crecimiento intrauterino
Polihidramnios, hidrops fetalis, malformaciones.

2. Factores perinatales

Prematuridad, bajo peso
Fiebre materna durante el parto, Infección SNC o sistémica
Hipoglucemia mantenida, hiperbilirrubinemia
Hemorragia intracraneal
Encefalopatía hipóxico-isquémica
Traumatismo, cirugía cardíaca, ECMO

3. Factores postnatales

Infecciones (meningitis, encefalitis)
Traumatismo Craneal
Estatus convulsivo
Parada cardio-respiratoria
Intoxicación
Deshidratación grave

Fuente: Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica

Clasificación.

La clasificación en función del trastorno motor predominante y de la extensión de la afectación, es de utilidad para la orientación del tipo de tratamiento, así como para el pronóstico evolutivo (Ver Tabla 2). Otra forma de clasificación, según la gravedad de la afectación es la referente a: leve, moderada, grave o profunda; o, según el nivel funcional de la movilidad: nivel I-V según la GMFCS (Gross Motor Function Classification System) 5. (Argüelles, 2008, pág. 273)

Debido a la gravedad de la alteración, las características de esta enfermedad pueden afectar las actividades de la vida cotidiana de estas niñas y niños.

Formas Clínicas de Parálisis Cerebral

-
- **Parálisis cerebral espástica**
Tetraplejía(tetraparesia)
Diplejía(diparesia)
Hemiplejía (hemiparesia)
Triplejía (triparesia)
Monoparesia
 - **Parálisis cerebral discinética**
Forma coreoatetósica
Forma distónica
Forma mixta
 - **Parálisis cerebral atáxica**
Diplejía atáxica
Ataxia simple
Síndrome de desequilibrio
 - **Parálisis cerebral hipotónica**
 - **Parálisis cerebral mixta**
-

Fuente: Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica

Disartria

Definición.

La disartria es un trastorno neurológico del habla que resulta de anomalías en la fuerza, velocidad, rango, regularidad (estabilidad), tono o exactitud de los movimientos, requeridos para el control de la respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia en la producción del habla. (Rafael A.Gonzales V, 2012)

Se asume esta definición de la disartria, porque debido a las anormalidades que este trastorno conlleva, compromete de manera significativa la capacidad de comunicación oral, de acuerdo al criterio de las autoras de este proyecto de investigación, refieren que para poder llevar a cabo un lenguaje oral en aquellos usuarios que presenten este trastorno, lo debido es empezar por crear conciencia respiratoria, punto-modo de articulación correcto para producir los fonemas y fortalecer los órganos que intervienen en el proceso del habla ya que de acuerdo a nuestra experiencia académica hemos notado falencias en la intervención de la disartria.

Características.

De acuerdo a la definición anterior, las disartrias implican las siguientes características:

Es un trastorno de origen neurológico (incluyendo las de origen psicógeno), es una alteración motora o del control motor del movimiento, que puede clasificarse según los siguientes criterios.

- Según la edad de iniciación las disartrias pueden ser hereditarias o adquiridas a cualquier edad.
- Según la causa del origen de la alteración motora puede darse por un desorden vascular, traumático, infeccioso, neoplásico, metabólico, degenerativo, psicógeno, etc.
- De acuerdo a su severidad, las disartrias pueden mostrar diferentes categorías, desde una variación ligera a muy severa. La anartria que significa sin articulación- es la máxima manifestación de una disartria. El paciente produce sólo sonidos inarticulados (sonidos guturales).

- De acuerdo al grado de la lesión en el sistema nervioso central o periférico o ambos, incluyendo el cerebro, cerebelo, ganglios basales, tronco cerebral y nervios craneales, placa neuromuscular o músculo.

Estas investigadoras observaron que varias de estas características están presentes en los participantes que sobrellevan esta alteración y para afirmar esta suposición en base a lo contemplado, se utilizó un instrumento que arrojó resultados en relación a lo planteado de las revisiones bibliográficas.

Procesos motores básicos implicados en el habla.

Las fases motoras básicas implicadas en el habla son la articulación (labios, mandíbula, lengua), la prosodia, la fonación, la respiración y la resonancia.

Respiración. Comprende la materia prevalente para el habla. Los músculos espiratorios provocan la exhalación del flujo del aire, que resulta de la vibración de las cuerdas vocales de la laringe en aducción y produce la fonación.

Fonación. Es el proceso por el cual se originan los sonidos mediante la vibración de las cuerdas vocales en la laringe, exceptuado para las consonantes sin sonido. Se genera un tono elemental. Producto de esta sucesión es conocido como voz.

Resonancia. Es el medio por el cual se amplía en forma elegida el tono vocal. Los resonadores son cavidad nasal, la cavidad oral y la faringe. Un sujeto con parálisis del velo del paladar realizará un habla hipernasal.

Articulación. Tiene por propósito cambiar el sonido generado por la laringe mediante impedancias originadas por los distintos articuladores. Existen articuladores permanentes, como el paladar duro y otros móviles, como la lengua.

Prosodia: Compete a los aspectos melódicos del habla que indican propiedades lingüísticas y emocionales. Incluyen pautas de ritmo, entonación y acentuación.

Dentro de la disartria todos o solo algunos de los procesos motores del habla pueden estar afectados en grado variable, según la severidad de la parálisis cerebral que presentan las niñas y niños. Para esto procedemos a buscar el método más adecuado que ayude a mejorar los aspectos del habla que se están afectados.

La afectación del órgano lingual en la Disartria.

La lengua u órgano lingual, es un órgano primordialmente muscular, el más condicional para la producción de los sonidos del habla. Existen variaciones de la salud que pueden perturbar a uno o los dos nervios hipoglosos, proveedores de la motricidad lingual, a sus núcleos de origen en el tallo cerebral o a cualquiera de sus ramas una vez que han surgido del tronco encefálico. Las patologías neurológicas que producen trastornos de la pronunciación son más frecuentes en los adultos que en los niños. Sus causas son muy diversas y pueden asociarse a accidentes vasculares, hipo-oxigenación cerebral, traumas

craneoencefálicos, trastornos metabólicos, neoplasias, padecimientos degenerativos o, incluso, ser de inicio desconocido. (Hernández Villoria, 2008)

La lengua consta, siguiendo la descripción de (Takemoto, 2001), de ocho músculos pares y bilaterales y uno impar y central. Los músculos pares son cinco extrínsecos, es decir, que tienen su origen fuera de la lengua y su final en el espesor lingual. Estos cinco músculos se llaman: geniogloso, estilogloso, hiogloso, geniohioideo, y palatogloso. Hay cuatro músculos intrínsecos, esto es, que comienzan y terminan en el espesor lingual: longitudinal superior, longitudinal inferior, vertical y transversal.

Clasificación según el lugar de la lesión.

Según el lugar donde se origina la lesión, las disartrias se pueden clasificar de la siguiente forma:

Disartria flácida. Se da por una lesión de la neurona motriz inferior. El origen puede darse por un ACV, TEC, ELA, tumores del Sistema Nervioso Central, y diferentes procesos musculares distróficos, así como neuritis y síndromes distróficos. Se presenta especialmente por una parálisis flácida con debilidad, hipotonía y atrofia muscular.

Disartria espástica. Se produce por un daño bilateral por medio del cortico nuclear y/o cortico espinal. Los orígenes pueden ser diversos como un ACV, TEC, lesiones desmielinizantes, neoplasias, infecciones del SNC, enfermedades degenerativas, etc. Este tipo de disartria se determina por una debilidad, rango de movimiento limitado, lentitud en los movimientos y parálisis espástica.

Disartria atáxica. Se presente por un daño de los estadios del control cerebeloso de la motricidad. Sus primordiales orígenes son los ACV, TEC, tumores del cerebelo, cerebelitis, etc. Se muestran principalmente por lentitud motora e inexactitud en el rango dirección, hipotonía y tiempo del movimiento (ataxia).

Disartria hipercinética. Se da por un descenso en la cantidad y velocidad de los movimientos por compromiso del sistema extra piramidal. El origen más habitual es por la enfermedad de Parkinson. Este tipo de disartria se determina por hipocinesia, bradicinesia, rigidez y temblor de reposo.

Disartria hipercinética. Se produce por síndromes con aumento en la cantidad y velocidad de los movimientos expresados por el sistema extra piramidal. Se puede catalogar a su vez en disartria hipercinética predominantemente y disartria hipercinética predominantemente lenta.

Disartria mixta. Presenta la combinación de varias disartrias, indicadas anteriormente, primordialmente se da entre disartria mixta espástica- flácida y disartria mixta espástica-atáxica- flácida.

No todos los tipos de disartria son dados por la misma causa, debido a que hay diferentes acontecimientos que los provoca. Estas autoras asumen esta clasificación de disartria porque debido a sus experiencias con estos pacientes han podido evidenciar que dependiendo del tipo de disartria resulta distinto la intervención en el paciente.

Métodos de intervención en la disartria.

(Puyuelo M, 2005, págs. 113-6), señala que uno de los trastornos del habla más frecuentemente asociado a la parálisis cerebral es la disartria. Esta Dentro de los métodos de intervención utilizados para el tratamiento de la disartria infantil existe:

Métodos médicos.

Describen a técnicas quirúrgicas y procedimientos farmacológicos orientados a la mejoría del lenguaje. Eventualmente se supone que pueden ir asistidos de intervenciones delimitadas a cargo del terapeuta de lenguaje.

Métodos instrumentales.

Se refieren a la utilización de ayudas técnicas que facilitan la comunicación continua o indirecta, como, amplificadores, prótesis, aumentativos de comunicación o métodos alternativos.

Métodos conductuales fono-audiológicos.

Son aquellos orientados en los aspectos estructurales y funcionales del habla. La finalidad de estos métodos es centrarse en las enseñanzas motrices del habla.

Entre estos métodos se describen diferentes técnicas específicas:

- Técnicas de relajación
- Técnicas de control postural
- Técnicas miofuncionales
- Técnicas respiratorias

- Técnicas específicas de articulación (como derivación fonética, método de puntos para la reestructuración de objetivos musculares orales y fonéticos (PROMPT), estrategias compensatorias, etc.

Métodos pragmáticos.

Los métodos pragmáticos contienen, tanto las destrezas de intervención dirigidas a la reforma del modo en que tiene lugar la comunicación, como las acciones sobre aspectos más globales, como son las barreras sociales que puede encontrar la persona con disartria. Las estrategias que varían la comunicación pueden ser estudiadas tanto por el hablante con disartria como por el interlocutor. Por tanto existen destrezas diferentes específicas para el hablante, el interlocutor y el manejo del contenido comunicativo en el que tiene lugar la interacción verbal.

Ante los métodos ya mencionados anteriormente, debido a las características de las niñas y niños con disartria posterior a una parálisis cerebral los cuales participan en esta investigación, nos pareció más útil el método conductual fono-audiológico ya que se centra en el aprendizaje motor del habla, en donde se utiliza las técnicas específicas de articulación, que está avalada por estudios científicos que muestran su eficacia y veracidad.

Objetivo general de las intervenciones para la disartria.

(rehabilitacion integral, 2017), establece que el objetivo general de las intervenciones para la disartria es maximizar en los niños la capacidad de comunicarse a través del habla, los gestos o las herramientas complementarias para la comunicación, para permitir que se

conviertan en comunicadores independientes, lo que se relaciona directamente con el funcionamiento del niño con parálisis cerebral.

Las autoras comparten este criterio, ya que el objetivo de este proyecto de investigación es mejorar el lenguaje expresivo de las niñas y niños con disartria posterior a una parálisis cerebral, en donde se busca aumentar los procesos motores del habla.

Método PROMPT

“PROMPT, an acronym for PROMPTS for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets, is a multidimensional approach to speech production disorders has come to embrace not only the well-known physical-sensory aspects of motor performance, but also its cognitive-linguistic and social-emotional aspects”.[PROMPT, un acrónimo de PROMPTS para reestructurar los objetivos fonéticos musculares orales, es un enfoque multidimensional para los trastornos de la producción del habla que ha llegado a abarcar no solo los conocidos aspectos físico-sensoriales del rendimiento motor, sino también sus aspectos cognitivo-lingüísticos y socioemocionales]. (THE PROMPT INSTITUTE , 2008)

Objetivo del método PROMPT.

(Sanches M, 2006), señala que el objetivo del método PROMPT es lograr una completa organización en el proceso del habla, en el cual los grados excesivos de libertad se controlen usando métodos flexibles, oportunos y económicos de superación de todas las variables que influyen, tales como condiciones biomecánicas, reflejas, etc. Ejemplo de lo

señalado es el adecuado ajuste por parte del sistema nervioso a los múltiples grados de libertad.

Historia y evolución del método PROMPT.

PROMPT fue propuesto por Deborah Hayden, con el apoyo de muchos colegas, por un período de treinta años. En la época de los 70, Hayden empezó con la aplicación sistemática de las estructuras oro- motoras para asistir a niños y adultos, con distintas alteraciones del habla de naturaleza congénita o del desarrollo, a emitir sonidos que podían ser diseñados para interacciones verbales funcionales con cuidadores.

El conocimiento de esta manipulación ha sido recolectado mediante el trabajo académico y clínico sobre el proceso neurológico y motor desde una perspectiva normal y anormal. Las principales influencias en las bases de PROMPT fueron halladas en los trabajos de diferentes teóricos neuromotores, por ejemplo, en Head, H. 1920, Jackson, 1958, Mountcastle, V.B y Powell, T.P.S, 1959, Mysak, E.D, 1963, Ayres, J 1974, Bobath, B. 1971 y Bobath, K, 1980.

El principal proyecto formal que evaluó esos efectos fue realizado en 1983, con su colega Dr. Jeff Sherman, donde Deborah era Jefa del Servicio de Audición y Lenguaje del Centro Regional Thistletown en Toronto Canadá. Se trataba de un caso único de un niño de 8 años, con diagnóstico de autismo no- verbal, quien alcanzó más de 30 palabras funcionales en un período de cuatro meses, palabras que fueron utilizadas en su ambiente con sus cuidadores.

Fue en este instante que se desarrolló el primer manual que representa la técnica de PROMPT (Puntos para la Reestructuración de los Objetivos Fonéticos Motores Orales).

Durante el período de los 90, y hasta la actual fecha, PROMPT ha continuado progresando en esta visión global, en el precepto y en las conceptualizaciones. El instituto PROMPT, es una entidad sin fines de lucro, que fue creada en Santa Fe, New México, Estados Unidos con la intención de educar, investigar y tratar los desórdenes en la emisión del habla.

Desórdenes motores del habla y PROMPT.

(Maria L, 2013) Expuso, para los niños con problemas de control motor del habla, lengua, labios y mandíbula son útiles los métodos kinestésicos-táctiles que clarifican los patrones de movimiento, amplitudes, trayectorias y duraciones. Tanto Ozane (1994) como Square y Hayden (PROMPT) han reportado que el control del movimiento oral es el problema más frecuente identificado en niños con desordenes motores del desarrollo del habla. Muchos niños con estos problemas de control motor han recibido el diagnóstico de Apraxia del desarrollo del Habla.

Debido a los instrumentos de evaluación aplicados por las autoras del proyecto de investigación, se han obtenido resultados de niñas y niños con disartria posterior a una parálisis cerebral, que presentan déficit en la estructura esquelética-facial, función neuro-motora (tono, control de fonación, control mandibular, control labial y control lingual), sistemas de duración y prosodia, por lo cual es factible utilizar el método kinestésico-táctil para conseguir el objetivo propuesto en la investigación.

Aplicación del método prompt.

Según (Maria L, 2013) señala que el método PROMPT es utilizado:

- Para desarrollar una conciencia/ focalización para la comunicación oral.
- Para desarrollar un mapeo asociativo (táctil-kinestésico), multi-sensorial, integrado para los conceptos cognitivos o lingüísticos.
- Para desarrollar, equilibrar o reestructurar los sub-sistemas del habla a nivel de sonidos, palabras y frases.

Actualmente el sistema ha sido aplicado en alteraciones fonológicas, retardos en el desarrollo del lenguaje, disartria, dispraxia, cambios auditivos y en diversos niveles de autismo y tartamudez. Tanto niños como adultos han sido tratados individualmente y en grupos.

Compartimos el criterio de esta autora, en razón a que la terapia kinestésico- táctil, presenta resultados significativos más que las intervenciones médicas. Es por ello que PROMPT es sin lugar a dudas, la terapéutica sugerida para tratar los desórdenes motores del habla. Del mismo modo, consideramos que la revisión bibliográfica nos actualiza, y de forma sencilla refiere todas las variables expuestas a los movimientos del habla ayudándonos a conocer más sobre este apasionante tema de investigación.

Principios básicos del tratamiento.

Los principios básicos del Sistema PROMPT pueden ser subdivididos en dos categorías: 1) principios de conducta del terapeuta; 2) principios que guían la conducta del paciente. Se desarrolla cada uno a continuación.

Principios para los terapeutas.

Evaluación.

El terapeuta debe valorar el sistema entero del niño; tono corporal, soporte respiratorio, habilidades de fonación y capacidad oro-motora, así como también los dominios cognitivos y lingüísticos antes de establecer los niveles apropiados y estrategias de intervención. Esta evaluación puede demandar la contribución de otros profesionales, ya que ésta es crítica para una completa comprensión del pronóstico motor del habla y lenguaje.

Conocimiento del Control Motor.

El fonoaudiólogo debe percibir cómo interactúan todas las variables motoras, tales como los planos de movimiento y las transiciones entre los movimientos. El aumento de variables o un incremento en la dificultad de la interacción puede quebrar la secuencia entera del habla.

Se acentúa la meta de un movimiento normal, (simétrico y en la línea media de la cara), tanto en su función como en su apariencia.

Conocimiento de las Jerarquías de Tratamiento.

Todos los programas de intervención deben ser construidos con progresiones de pequeños pasos, y al mismo tiempo que se hace hincapié en la teoría del control motor y sus principios, se debe, lo antes posible, añadir el uso funcional e interactivo del lenguaje. En los niveles bajos de intervención, planear la incorporación de solo una variable/cambio a la vez es altamente recomendable.

Estabilización.

Las nuevas variables (fonemas o cambios que requieren la añadidura de nuevas secuencias de movimiento o transiciones) deben ser utilizadas únicamente cuando las variables previas ya están estabilizadas. El terapeuta PROMPT, sin embargo, podría introducir nuevos o diferentes patrones al niño utilizando el “mapeo” en la secuencia sin esperar ninguna producción del niño.

Movimiento muscular normalizado.

Los fonoaudiólogos deben continuamente estudiar las interacciones entre los subsistemas y los movimientos musculares existentes (normalizados) con los cuales se puede tener la realización de habla más productiva.

Habilidades motoras como un Componente de la Comunicación.

El terapeuta debe recordar que cuando esté trabajando con un niño, los medios de la intervención y la conducta, dominios cognitivos, social y neuromotor deben ser considerados al planear las actividades relativas a la Jerarquía de Intervención Terapéutica de PROMPT. Siempre debe darle valor al proceso de comunicación y a la interacción entre el niño y el terapeuta.

En niños con producción mínima o incorrecta, se deberán enseñar (programar) tanto los fonemas, como así también las palabras y frases funcionales “claves”. Se debe hacer hincapié en establecer el control en los niveles más bajos, (control del fonema y transición), conservando eficazmente la precisión. Cuando establecemos el PROMPT en palabras

funcionales o frases que no requieran una respuesta del niño, el PROMPT debe ser utilizado para guiar la organización de dónde y cómo el fonema objetivo “cabe” dentro de la totalidad dinámica. Este proceso hace énfasis, tanto en el abordaje de abajo-arriba, como en el de arriba-abajo, y en última instancia da al niño “mapas” de unidades que también incluyen información acerca de la duración y la transición.

Principios para el paciente.

Intervención basada en los Principios Motores.

No se conecta necesariamente a la adquisición de la articulación a lo largo de las pautas de jerarquías normales de desarrollo o fonológicas. En la mayoría de los casos, el desarrollo del control motor tomará precedencia aún en los casos de apraxia del desarrollo en donde las funciones básicas aparecen intactas.

Intervención Neuromuscular y desarrollo de los Sistemas.

A medida que el sistema neuromotor de un niño es estimulado durante el tratamiento PROMPT, y el control de los niveles inferiores es establecido, se observan más interacciones musculares en los niveles superiores. El sistema del niño hará más trabajo, y el terapeuta menos trabajo.

Diferencias individuales.

Dependiendo de la estructura facial, el tamaño y la fuerza muscular, la interacción neurológica y los patrones previamente aprendidos, cada niño utilizará pequeñas diferencias en los movimientos musculares para alcanzar las posturas objetivo.

Control, Flexibilidad, y Precisión.

El uso independiente, flexible y coordinado de todos los articuladores, (mandíbula de la lengua, labios de mandíbula, control independiente de labios, etc.), es primordial para una producción del habla eficiente y debe ser el objetivo último para todos los pacientes, de acuerdo al nivel de su habilidad neuromuscular.

DIAGNÓSTICO O ESTUDIO DE CAMPO

La población está constituida por 21 madres de familia a las cuales se las interrogo por medio de una anamnesis acerca del origen del trastorno motor, 13 niñas y 8 niños a los cuales se les aplicó el sistema de observación y análisis que asisten a la Unidad de Educación Especializada “Angélica Flores Zambrano” de la ciudad de Manta, que hacen un total de 42 encuestados.

De esta población se aprobaron siete niñas y niños, los cuales se pre y post evaluaron a través de la aplicación del protocolo de procesos de simplificación fonológica. Este proyecto de investigación, está orientado a comprobar el método PROMPT aplicado a niñas y niños con disartria posterior a una parálisis cerebral en la Unidad de Educación Especializada “Angélica Flores Zambrano” de la ciudad de Manta.

Métodos para la selección de población

La presente investigación utilizó el método cuasi-experimental, en razón de que no hubo selección aleatoria, debido a que la población objeto de estudio la conforman las niñas y niños con disartria posterior a parálisis cerebral sin ningún tipo de proceso de preselección. También se utilizó el método deductivo-inductivo, método descriptivo, método bibliográfico y método estadístico, el cual se aplicó en el análisis de resultados.

Las herramientas estadísticas que se utilizaron para el procesamiento de la información previo a la elaboración de los cuadros y gráficos de registro fueron principalmente: El porcentaje, promedio, regla de tres directa e inversa, rango y frecuencia, las cuales pertenecen a la estadística descriptiva que muestra los datos tal cuales han sido recogidos.

Técnicas de recolección de datos

Las técnicas que se utilizaron para el proyecto de investigación fueron:

Anamnesis, documento que contuvo los datos como valoraciones e información de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica del paciente. **S.A.O.**, sistema de observación y análisis es una prueba que permitió la observación y análisis de la estructura, función e integración del paciente. Del cual los parámetros mayores estipulados para la aprobación del método PROMPT en las niñas y niños es el punto **B. FUNCIÓN**, que incluye: Tono, función respiratoria y válvulas, control mandibular, control labio-facial, control lingual. El cual nos dio paso para la elección de los estudiantes aptos para la intervención. **Protocolo TEPROSIF-R**, es una pauta que evaluó los procesos de simplificación fonológica (PSF), para la comprobación de la efectividad del método PROMPT. Este protocolo sirvió para mediar el pre y post nivel de desempeño general de PSF, en las niñas y niños luego de la aplicación del método PROMPT.

Se pudo realizar la respectiva clasificación de los niveles de desempeño de acuerdo al rango de edad en la siguiente tabla.

Niveles de Desempeño Según el Total de Procesos en Cada Rango de Edad Considerando un Barrido Inicial con los Primeros 15 Ítemes de la Prueba

<u>NIVELES DE DESEMPEÑO</u> <u>EDAD</u>	<u>NORMAL</u>	<u>RIESGO</u>	<u>DÉFICIT</u>
3.0 – 3.11 años	Nº DE PSF 0 a 28 (prom. 16)	Nº DE PSF 29 a 38	Nº DE PSF 39 o mas (3ª D.E. 49)
4.0 – 4.11 años	0 a 15 (prom. 8)	16 a 21	22 o mas (3ª D.E 28)
5.0 – 5.11 años	0 a 10 (prom. 5)	11 a 14	15 o mas (3ª D.E 18)
6.0 – 6.11 años	0 a 7 (prom. 3)	8 a 11	12 o mas (3ª D.E 14)

Fuente: Test para Evaluar Procesos de Simplificación Fonológica.

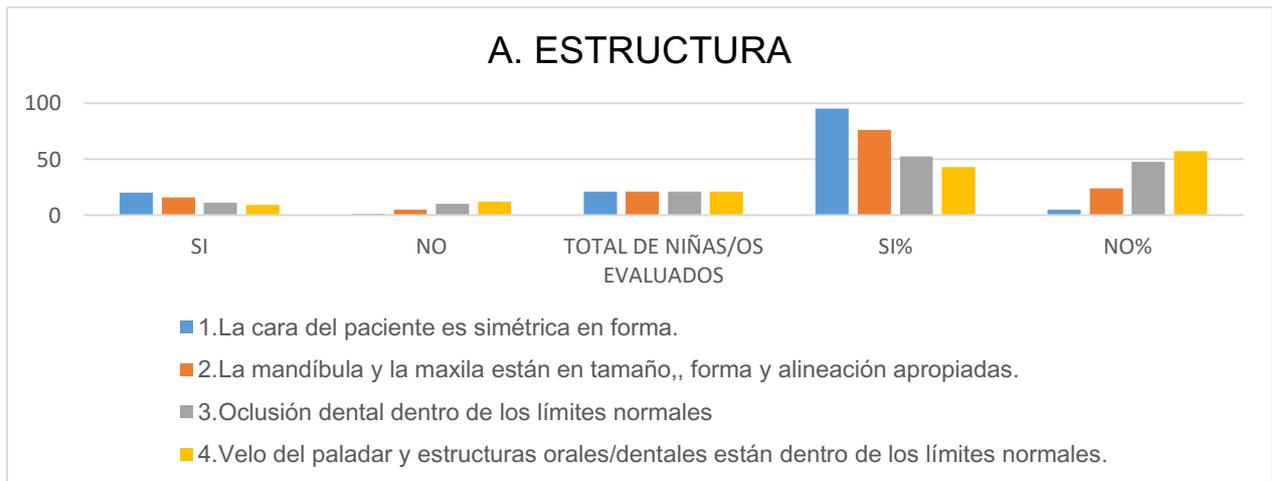
Análisis de resultados

En este capítulo del trabajo de investigación se procederá a hacer un análisis de los resultados de las evaluaciones tomadas. Las respuestas obtenidas se procesaron con precisión realizando una tabulación de datos por medio de un sistema informático (Excel).

Análisis de resultados del (S.A.O).

Tabla y gráfico N° 1. Análisis de la Estructura Esqueletal del S.A.O.

A. ESTRUCTURA	SI	NO	TOTAL DE NINAS/OS EVALUADOS	SI%	NO%
1. La cara del paciente es simétrica en forma.	20	1	21	95,2%	4,8%
2. La mandíbula y la maxila están en tamaño, forma y alineación apropiados.	16	5	21	76,2%	23,8%
3. Oclusión dental dentro de los límites normales	11	10	21	52,4%	47,6%
4. Velo del paladar y estructuras orales/dentales están dentro de los límites normales.	9	12	21	42,9%	57,1%
Total %				66,7%	33,3%



Fuente: Unidad Especializada “Angélica Flores Zambrano” de la Ciudad de Manta.

Elaborado por: María Pico y Laura Cedeño.

Análisis.

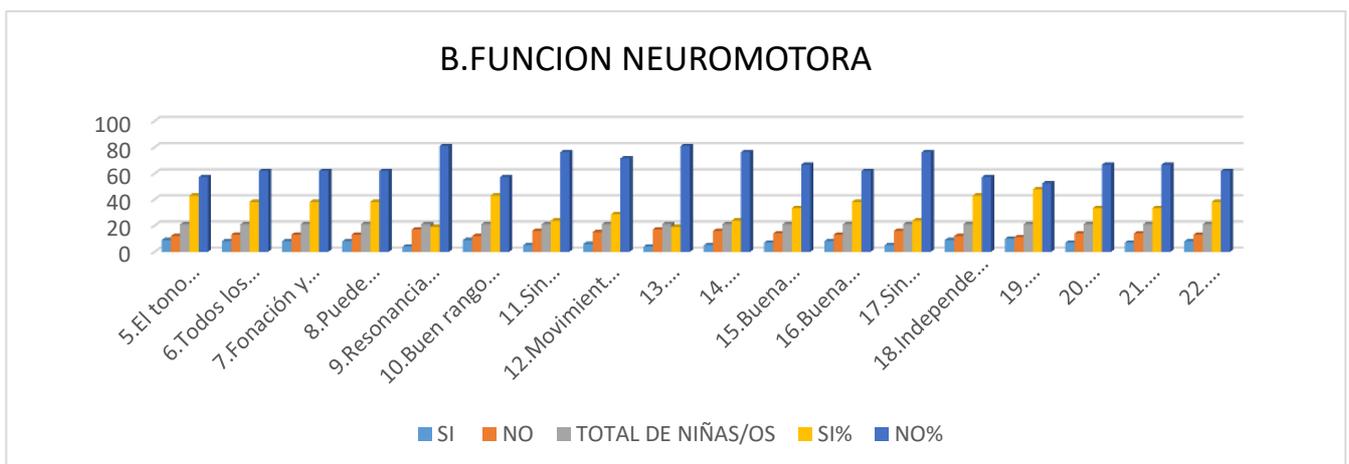
En la tabla y gráfico N°1, se valoraron los criterios relacionados a la A. Estructura: 1. La cara del paciente es simétrica en forma, corresponde al SI en un 95,2% y a un NO en un 4,8%; 2. La mandíbula y la maxila están en tamaño, forma y alineación apropiados, corresponde al SI en un 76,2% y a un No en un 23,8%; 3. Oclusión dental dentro de los

límites normales corresponde al SI con un 52,4% y un No en un 47,6%; 4. Velo del paladar y estructuras orales/dentales están dentro de los límites normales, corresponde al NO con un 57,1% y a un SI con un 42,9%.

Se puede evidenciar que una vez analizados y observados todos los criterios con los caracteres de las 21 niñas y niños, estos correspondieron al total% SI en un 66,7% y a un NO en un 33,3 %. Se puede observar que la estructura esquelética en la mayoría de niñas y niños evaluados con Parálisis Cerebral está en condiciones óptimas, criterio por el cual se determina la participación del sujeto en el método PROMPT.

Tabla y gráfico N° 2. Análisis de la Función Neuromotora del S.A.O.

A. FUNCIÓN	SI	NO	TOTAL DE NINAS/OS EVALUADOS	SI%	NO%
5.El tono corporal, de tronco y facial es normal	9	12	21	42,9%	57,1%
6.Todos los reflejos están inhibidos	8	13	21	38,1%	61,9%
7. Fonación y soporte respiratorio adecuado.	8	13	21	38,1%	61,9%
8. Puede producir fonemas de voz simple, nasales y sin voz, /a/, /m/, /j/.	8	13	21	38,1%	61,9%
9.Resonancia normal	4	17	21	19,0%	81,0%
10.Buen rango y control de movimientos mandibulares	9	12	21	42,9%	57,1%
11.Sin desplazamientos mandibulares laterales o anteriores	5	16	21	23,8%	76,2%
12. Movimiento labial muestra contacto sólido.	6	15	21	28,6%	71,4%
13. Movimientos independiente del control labial.	4	17	21	19,0%	81,0%
14. Movimientos individual labial.	5	16	21	23,8%	76,2%
15. Buena retracción de labio.	7	14	21	33,3%	66,7%
16. Buena protrusion.	8	13	21	38,1%	61,9%
17.Sin movimientos en reposo	5	16	21	23,8%	76,2%
18.Independencia de la mandíbula	9	12	21	42,9%	57,1%
19. movimiento lingual anterior	10	11	21	47,6%	52,4%
20. movimiento lingual medio	7	14	21	33,3%	66,7%
21. movimiento lingual medio atrás	7	14	21	33,3%	66,7%
22. movimiento lingual atrás.	8	13	21	38,1%	61,9%
Total %				33,6%	66,4%



Fuente: Unidad Especializada “Angélica Flores Zambrano” de la Ciudad de Manta.

Elaborado por: María Pico y Laura Cedeño.

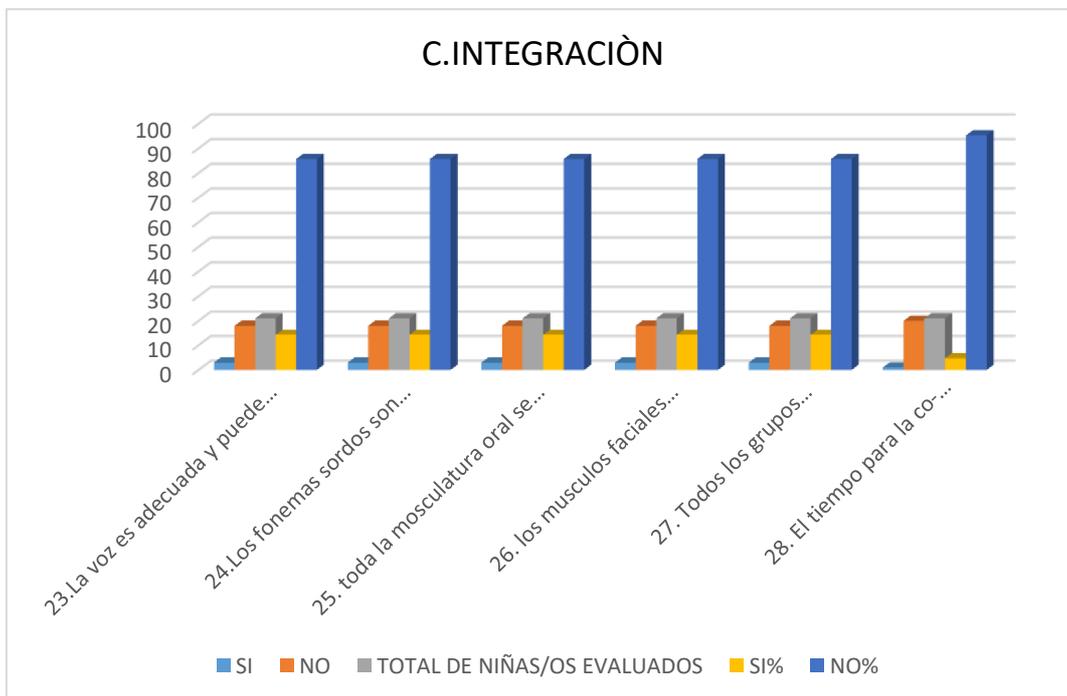
Análisis.

En la tabla y gráfico N°2, se valoraron los criterios relacionados a la B. Función:

9. Resonancia normal, corresponde al NO en un 81,0% y a un SI en un 19,0%; 13. Movimientos independiente del control labial., corresponde al NO con 81,0% y un SI en un 19,0%; 11. Sin desplazamientos mandibulares laterales o anteriores, corresponde al NO con 76,2% y un SI en un 23,8%; 14. Movimientos individual labial, corresponde al NO con un 76,2% y un SI en un 23,8%; 17. Sin movimientos en reposo, corresponde al NO con un 76,6% y un SI en un 23,8%; 12. Movimiento labial muestra contacto sólido, corresponde al NO con un 71,4% y un SI en un 28,6%; 15. Buena retracción de labio, corresponde al NO con un 66,7% y un SI en un 33,3%; 20. Movimiento lingual medio, corresponde al NO con un 66,7% y un SI en un 33,3%; 21. Movimiento lingual medio atrás, corresponde al NO con un 66,7% y un SI en un 33,3%; 6. Todos los reflejos están inhibidos, corresponde al NO con un 61,9% y un SI en un 38,1%; 7. Fonación y soporte respiratorio adecuado, corresponde al NO con un 61,9% y un SI en un 38,1%; 8. Puede producir fonemas de voz simple, nasales y sin voz, /a/, /m/, /j/, corresponde al NO con un 61,9% y un SI en un 38,1%; 16. Buena protrusión, corresponde al NO con un 61,9% y un SI en un 38,1%; 22. Movimiento lingual atrás, corresponde al NO con un 61,9% y un SI en un 38,1%; 5. El tono corporal, de tronco y facial es normal, corresponde al NO con un 57,1% y un SI en un 42,9%; 10. Buen rango y control de movimientos mandibulares, corresponde al NO con un 57,1% y un SI en un 42,9%; 18. Independencia de la mandíbula, corresponde al NO con un 57,1% y un SI en un 42,9%; 19. Movimiento lingual anterior, corresponde al NO con un 52,4% y un SI en un 47,6%. El total de evaluados son 21 niñas/os, siendo el total mayor de porcentaje NO, con un 66,4% y un SI con el 33,6%. Se puede comprobar que la función neuromotora vista en movimiento, presenta alteraciones en los parámetros mayores de las niñas y niños, la cual es pieza fundamental para la elección de los participantes apropiados para la aplicación del método.

Tabla y gráfico N° 3. Análisis de la Integración del S.A.O.

B. INTEGRACIÓN	SI	NO	TOTAL DE NIÑAS/OS EVALUADOS	SI%	NO%
23. La voz es adecuada y puede ser mantenida/ soportada en una unidad de 3 fonemas sonoros.	3	18	21	14,29%	85,71%
24. Los fonemas sordos son apropiados y puede ser mantenidos en una posición inicial sin que afecte el segmento.	3	18	21	14,29%	85,71%
25. toda la musculatura oral se mueve apropiadamente durante el habla conectada.	3	18	21	14,29%	85,71%
26. los músculos faciales muestran buenos movimientos alternados combinados.	3	18	21	14,29%	85,71%
27. Todos los grupos musculares evidencian un tono adecuado, movimiento simétrico y funcionamiento coordinado e independiente.	3	18	21	14,29%	85,71%
28. El tiempo para la co-articulación es normal para la edad.	1	20	21	4,762%	95,24%
Total %				12,7%	87,3%



Fuente: Unidad Especializada "Angélica Flores Zambrano" de la Ciudad de Manta.

Elaborado por: María Pico y Laura Cedeño.

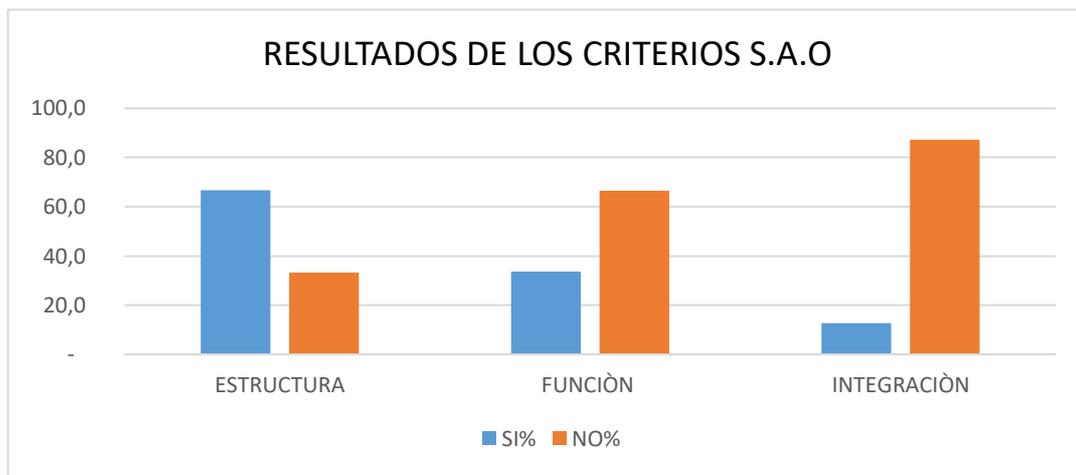
Análisis.

En la tabla y gráfico N° 3, se valoraron los criterios relacionados con la Integración: 28. El tiempo para la co-articulación es normal para la edad, corresponde al NO en un 95,24% y a un SI en un 4, 76%; 23. La voz es adecuada y puede ser mantenida/ soportada en una unidad de 3 fonemas sonoros, corresponde al NO en un 85,71% y a un SI en un 14, 29%; 24. Los fonemas sordos son apropiados y puede ser mantenidos en una posición inicial sin que afecte el segmento, corresponde al NO en un 85,71% y a un SI en un 14, 29%; 25. Toda la musculatura oral se mueve apropiadamente durante el habla conectada, corresponde al NO en un 85,71% y a un SI en un 14, 29%; 26. Los músculos faciales muestran buenos movimientos alternados combinados, corresponde al NO en un 85,71% y a un SI en un 14, 29%; 27. Todos los grupos musculares evidencian un tono adecuado, movimiento simétrico y funcionamiento coordinado e independiente, corresponde al NO en un 85,71% y a un SI en un 14, 29%.

Podemos apreciar que el total de evaluados son 21 niñas/os, siendo el total mayor de porcentaje NO, con un 87,3% y un SI con el 12,7 %. Se puede constatar que la integración de todos los sistemas de los movimientos secuenciados en las niñas y niños presenta alteraciones, debido a esta variación los desórdenes prosódicos se ven expuestos en estos sujetos.

Tabla 4. Resultados del número de la niñas y niños aptas para la aplicación del método aplicación del método PROMPT.

CRITERIOS DEL S.A.O	SI%	NO%	N° DE NIÑAS Y NIÑOS EVALUADOS	
A. ESTRUCTURA	66,7%	33,3%	14	7
B. FUNCIÓN	33,6%	66,4%	7	14
C. INTEGRACIÓN	12,7%	87,3%	3	18



Fuente: Unidad Especializada “Angélica Flores Zambrano” de la Ciudad de Manta.

Elaborado por: María Pico y Laura Cedeño.

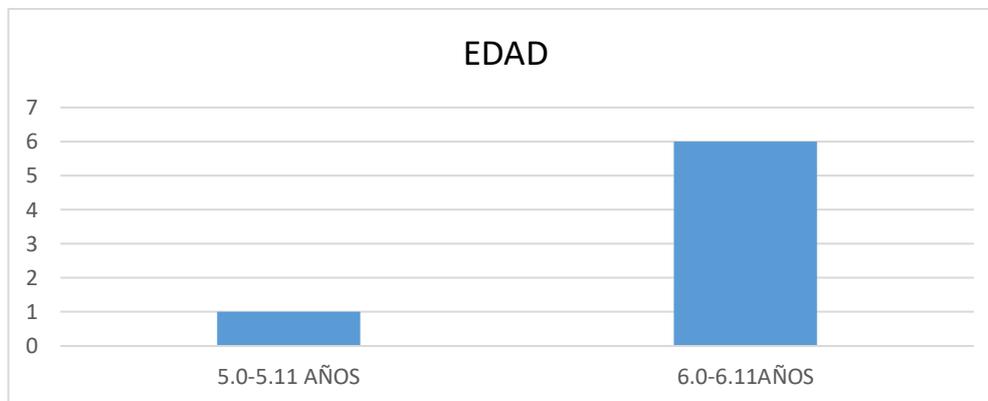
Análisis.

En la tabla y gráfico N° 4 se valoraron los criterios relacionados a la Integración, que corresponde al NO en un 87,3% y a un SI en un 12,7%; A. Estructura, corresponde al SI en un 66,7% y a un NO en un 33,3% y B. Función, corresponde al NO en un 66,4% y a un SI en un 33,6%; tomando este último criterio en cuestión se puede establecer que de acuerdo a los parámetros estipulados para la aprobación del método PROMPT, nos da como resultado 7 niños aptos para la aplicación del método.

Análisis de resultados del protocolo TEPROSIF-R.

Tabla y gráfico N° 5. Análisis del Rango de Edad del Protocolo TEPROSIF-R.

<u>EDAD</u>	
5.0 - 5.11 AÑOS	6.0 - 6.11 AÑOS
1	6



Fuente: Unidad Especializada “Angélica Flores Zambrano” de la Ciudad de Manta.

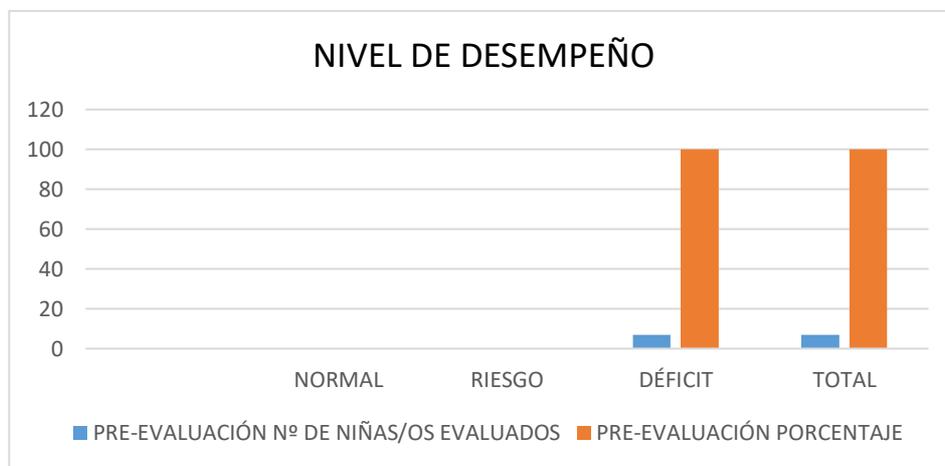
Elaborado por: María Pico y Laura Cedeño.

Análisis.

En la tabla y gráfico N° 1 podemos apreciar las edades de las niñas y niños con los que se trabajaron, ya que el puntaje del protocolo varía según el rango de edad, Estos datos nos llevan a la correcta clasificación del nivel de desempeño.

Tabla y gráfico N° 2. Análisis de los Resultados de la Pre-Evaluación del Protocolo TEPROSIF.

PRE-EVALUACIÓN		
<u>NIVEL DE DESEMPEÑO</u>	<u>N° DE NIÑAS/OS EVALUADOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
NORMAL	0	0%
RIESGO	0	0%
DÉFICIT	7	100%
TOTAL	7	100%



Fuente: Unidad Especializada “Angélica Flores Zambrano” de la Ciudad de Manta.

Elaborado por: María Pico y Laura Cedeño.

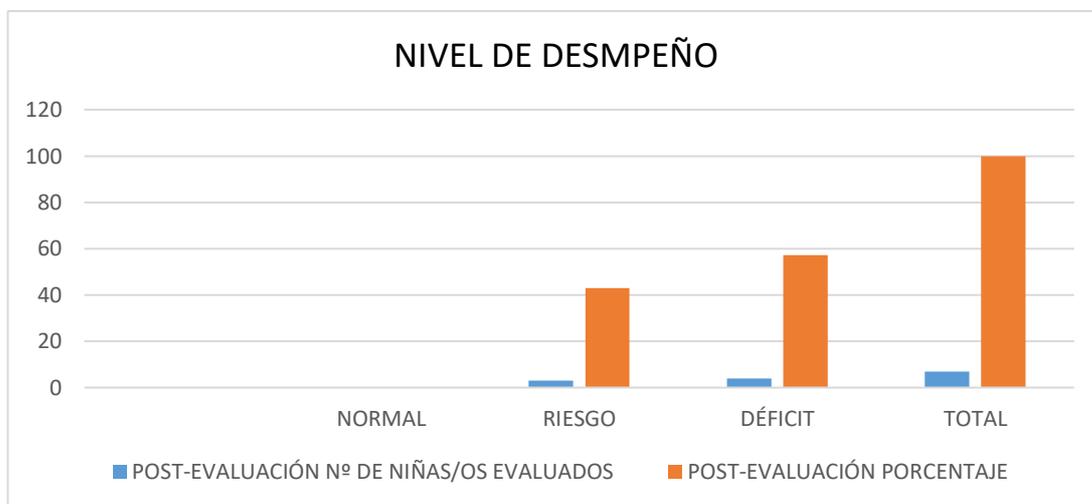
Análisis.

En la tabla y gráfico N°2 se valoraron los niveles de desempeño de la Pre-evaluación del TEPROSIF-R con un total de 7 niñas/os que representan el 100% que se ubican en déficit; 0 niñas/os con un 0% se encuentran en desempeño normal, de la misma manera, 0% de niña/os están dentro del desempeño de riesgo.

Estos resultados son de gran importancia debido a que se podrá constatar si la utilización del método PROMPT dio resultados significativos luego de su aplicación.

Tabla y gráfico N° 3. Análisis de los Resultados de la Post-Evaluación del Protocolo TEPROSIF.

<u>NIVEL DE DESEMPEÑO</u>	<u>POST-EVALUACIÓN</u>	
	<u>Nº DE NIÑAS/OS EVALUADOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
NORMAL	0	0%
RIESGO	3	42,9%
DÉFICIT	4	57,1%
TOTAL	7	100%



Fuente: Unidad Especializada “Angélica Flores Zambrano” de la Ciudad de Manta.

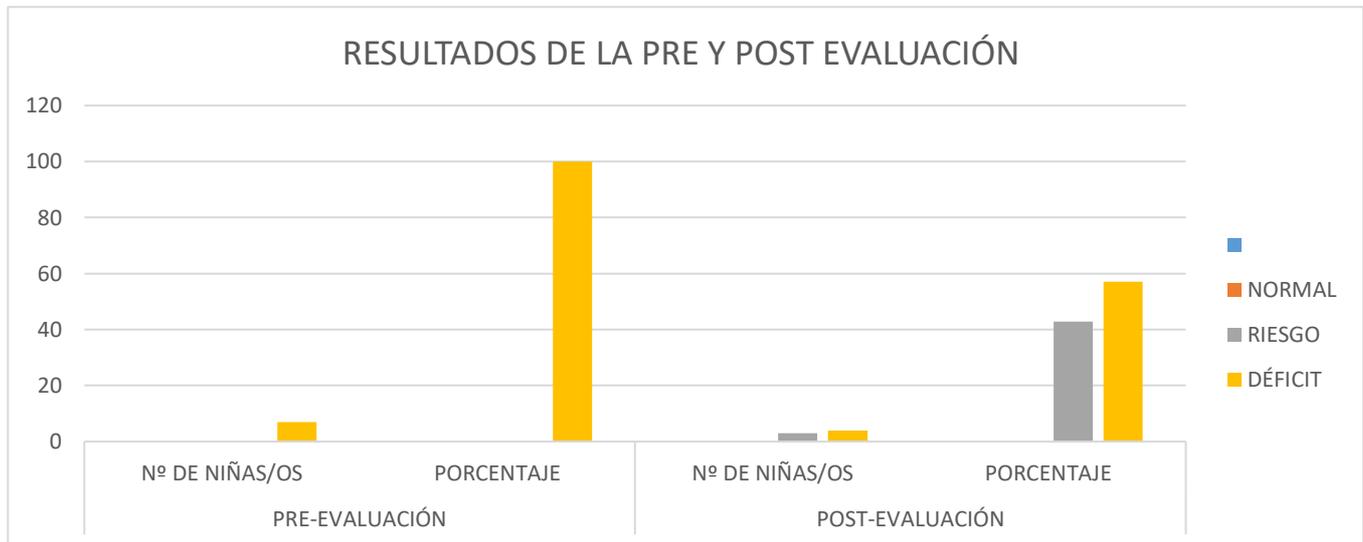
Elaborado por: María Pico y Laura Cedeño.

Análisis.

En la tabla N° 3 se valoraron los niveles de desempeño de la Post- evaluación del TEPROSIF-R, con un porcentaje del 57,1%, que corresponde a 4 niñas/os con déficit; un porcentaje del 42,9%, que corresponde a 3 niñas/os en nivel de riesgo; mientras que el 0% se encuentran en un nivel de desempeño normal. Estos resultados dan constancia de que la aplicación del método PROMPT resultó eficaz comprobando los estudios hallados sobre el mismo.

Tabla y gráfico N° 4. Análisis Comparativo de los Resultados del Protocolo del TEPROSI.

<u>NIVEL DE DESEMPEÑO</u>	<u>PRE-EVALUACIÓN</u>		<u>POST- EVALUACIÓN</u>	
	<u>N° DE NIÑAS/OS EVALUADOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>	<u>N° DE NIÑAS/OS EVALUADOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
NORMAL	0	0%	0	0%
RIESGO	0	0%	3	42,9%
DÉFICIT	7	100%	4	57,1%
TOTAL	7	100 %	7	100%



Fuente: Unidad Especializada “Angélica Flores Zambrano” de la Ciudad de Manta.

Elaborado por: María Pico y Laura Cedeño.

Análisis.

En la tabla N° 4 podemos apreciar que hay una variación en ambos momentos, en la pre-evaluación de los 7 niños que presentan el 100%, 0 niños presentan desempeño normal, lo cual representan el 0%, de la misma manera, 0 niños están dentro del desempeño de riesgo y 7 niñas/os presentan déficit en el nivel de desempeño, en la post-evaluación de las 7 niñas/os

que presentan el 100%, 0 se encuentran en un nivel de desempeño normal, mientras que 3 niñas/os se hallan en el nivel de riesgo con un porcentaje del 42,9% y los 4 restantes con un porcentaje del 57,1% de déficit en el nivel de desempeño.

Estos resultados permiten afirmar que en la pre-evaluación el 100% de las niñas y niños de la Unidad Especializada “Angélica Flores Zambrano” de la ciudad de Manta presentaban déficit en el nivel de desempeño de acuerdo a las normas establecidas en el protocolo TEPROSIF-R. Posteriormente, se procedió a la aplicación del método PROMPT en el cuál se puede apreciar en la tabla N° 10 que el 42,92% de las niñas/os llegaron al nivel de desempeño de riesgo afirmando la hipótesis, mientras que en el 57,1% de niñas y niños no hubo resultados favorables.

DISEÑO DE LA PROPUESTA

Denominación de la propuesta

TEMA: Guía de actividades motoras orales para el desarrollo del lenguaje previo a la aplicación del método PROMPT.

Objetivo general.

Mejorar la precisión de movimientos articulatorios orales.

Objetivos específicos.

- Rehabilitar los órganos que intervienen en la producción del habla.
- Ejecutar acciones de articulación a las niñas y niños.
- Realizar actividades lúdicas en la etapa del pre lenguaje con la colaboración del cuidador.

Fundamentación de la propuesta

La implementación de técnicas motoras orales para mejorar la comunicación de las niñas y niños con disartria durante los últimos años se ha incrementado de manera ágil. La lógica que sustenta la utilización de estas técnicas, es que los usuarios con Parálisis Cerebral tienen dificultades para comunicarse de manera oral debido a que presentan alteraciones en las habilidades motoras, el foco de interés de estas técnicas motoras gira en torno a la corrección de posturas y habilidades motoras que son utilizadas para alcanzar estos resultados a través de

ejercicios motores de movimientos, silbatos y técnicas articulatorias. Se puede afirmar que se trata de técnicas empleadas de manera previa o concurrente al tratamiento de trastornos del lenguaje.

Como toda intervención, la terapia motora oral se basa en ciertas afirmaciones terapéuticas que cumplen la función de fundamentos básicos. Estas se podrían resumir en tres (Ruscello, 2008)

1. Déficit musculares/articulatorios son la causa de trastornos fonéticos
2. La neurofisiología de los miembros y la musculatura oral son similares.
3. Existe una transferencia entre el entrenamiento de prácticas motoras y la producción de sonidos.

Las terapias motoras son una recopilación de técnicas de estimulación de posiciones de descanso y movimientos de los labios, mandíbulas y lengua. Se busca desarrollar el tono muscular y rango de movimiento; como también corregir el control muscular mediante la estimulación.

Las técnicas disponibles consisten en: soplar, soplar cornetas u objetos, ejercicios repetitivos de movimientos de grupos musculares orales, movimientos articulatorios asistidos por el terapeuta y estimulación sensorial (ej., aplicar vibración a los labios).

Requerimientos para la aplicación de la propuesta

Para la participación de este proyecto los sujetos deben presentar relativamente intactas las intenciones lingüísticas, presentar dominios mentales, físicos y emocionales, no presentar alteración auditiva o visual.

Además de lo ya expuesto se requiere del compromiso del cuidador y del profesional, de materiales que ayuden al desarrollo de los objetivos planteados, un área cómoda y adecuada para llevar a cabo las tareas y actividades

Actividades y tareas previas a la aplicación del método PROMT.

Objetivos específicos	Actividades vinculadas	Tareas a desarrollar
Realizar ejercicios de pre lenguaje con la colaboración del cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de respiración y relajación 	<ul style="list-style-type: none"> • Inspiración nasal lenta y profunda. • Inspiración rápida con exhalación bucal.
	<ul style="list-style-type: none"> • Control de postura 	
Rehabilitar los órganos que intervienen en la producción del habla.	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios activos (ejercicios de estiramiento y de resistencia muscular). 	<ul style="list-style-type: none"> • Incitar al niño a que cierre los labios e intente abrirlos con fuerza. • Sostener un depresor lingual entre los labios. • Realizar movimientos articulatorios y mantenerlos por un periodo de tiempo determinado para aumentar la resistencia (vibración de los labios). • Abrir y cerrar la mandíbula. • Sacar la lengua. • Retraer los labios.
	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios pasivos (ejercicios de estimulación sensorial a los músculos). 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Administración de frío-calor en los músculos comprometidos. • Masajes oro faciales • Estimulación eléctrica y vibratoria
Ejecutar acciones de articulación a las niñas y niñas.	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios que permitan mejorar la articulación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Punto y modo de articulación de los fonemas. • Control de la respiración nasal y cierre bucal. • Imitar sonidos onomatopéyicos. • Modelación de exhalación.
	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación durante las actividades y cuando pasee al niño, usar expresiones sencillas y gramaticalmente correctas que los niños puedan imitar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablarle suave y cariñosamente en los momentos de vigilia y de cuidado. • Llamarlo por su nombre.

CONCLUSIONES

- Al evaluar a las niñas y niños con disartria se llegó a la conclusión de que la estructura del sistema oro-facial y de comunicación están alteradas de manera significativa.
- Al aplicar el método PROMPT, se determina, para que la terapia sea efectiva debe ser aplicada de manera individual ya que se requiere de maniobras y del concomitamiento necesario.
- Se comprueba que la aplicación del método PROMPT incidió positivamente en los estudiantes que asistieron con normalidad a la institución, ya que tuvieron un progreso significativo a diferencia de los que estuvieron ausentes.
- Se concluye además, que el diseño de la guía de actividades motoras orales para el desarrollo del lenguaje les brindara nuevas opciones de actividades previo a la aplicación del método PROMPT.

RECOMENDACIONES

- Es necesario que el personal de la institución este comprometido a cumplir con el proyecto de actividades propuesto y lleven a cabo las tareas.
- Dar a conocer el diagnóstico situacional al profesional indicado de las niñas y niños que tengan dificultad de lenguaje para evitar el deterioro de este mismo.
- Se sugiere aumentar la contratación de terapeutas de lenguaje para atención oportuna de niños y niñas con alteraciones de la comunicación de la Unidad Especializada “Angélica Florea Zambrano “de la ciudad de Manta ya que ellos podrán evaluar e identificar tempranamente los posibles problemas a futuro.
- Continuar con la propuesta, para ayudar a los estudiantes que aún están en proceso de mejoramiento de la comunicación; así mismo es importante adecuar un lugar donde puedan recibir las terapias dadas por los pasantes que asisten a la institución.

BIBLIOGRAFÍA

- Argüelles, P. P. (2008). Parálisis cerebral infantil. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica*, 272. Obtenido de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf>
- Hernández Villoria, R. (2008). Una aplicación lingüística en el estudio clínico de la disartria: el análisis acústico de las vocales y los ejes cinéticos de la lengua. *Lengua y Habla*, (12), 51-63. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=511951368005>
- Maria L, J. G. (20 de mayo de 2013). Informe sobre revisión sobre intervenciones fonológicas actuales. *PROGRAMAS ABA EN RETRASO DE DESARROLLO*, 4. Obtenido de <https://docplayer.es/12596659-Autores-lic-maria-laila-dominguez-lic-julian-gianotti-grupo-alter-latinoamerica-sede-buenos-aires.html>
- Pennington L, P. N. (2016). Speech therapy for children with dysarthria acquired before. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006937.pub3>
- Peter Rosenbaum, N. P. (2007). Propuesta de definición y clasificación de la parálisis cerebral, abril de 2005. *Dev Med Child Neurol*, 47((8)), 571-6. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.00001.x>
- Puyuelo M, R. J. (2005). Rehabilitación del habla en 10 niños hispanohablantes con parálisis cerebral severa: un estudio longitudinal de 4 años. *Rehabilitación Pediatr*, (2)(8), 113-6. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16089251>
- Rafael A.Gonzales V, J. A. (2012). Las disartrias, Bevilacqua R. *Rev,Hosp Clinv Uni Chile*, 299. Obtenido de <https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/disartrias.pdf>
- rehabilitacion integral. (2017). Terapias para el tratamiento de la disartria en niños con parálisis cerebral. Revisión sistemática. *rehabilitacion integral*, 71. Obtenido de <file:///C:/Users/Luis%20Y%20Laura/Desktop/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION/ARTICULO%20CIENTIFICO/rehaintegraldic2017v12230.pdf>

- rehabilitacion integral. (2017). Terapias para el tratamiento de la disartria en niños con parálisis cerebral. Revisión sistemática. *rehabilitacion integral*, 71. Obtenido de file:///C:/Users/Luis%20Y%20Laura/Desktop/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION/ARTICULO%20CIENTIFICO/rehaintegraldic2017v12230.pdf
- Rosem baum, P. L. (2007). The Definition and Classification of Cerebral Palsy . *Developmental Medicine & Child Neurology* , 9.
- Ruscello, M. (2008). Nonspeech Oral Motor Treatment Issues Related to Children With Developmental Speech Sound Disorders. *LANGUAGE, SPEECH, AND HEARING SERVICES IN SCHOOLS*, 39, 380–391. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/2549/e7506139dbe64d60080efdae0df833c32112.pdf>
- Sanches M. (2006). *Manual de Introduccion a la Tecnica*. SANTA FE: Instituto PROMPT. Obtenido de <https://docplayer.es/8574223-Prompt-prompts-para-la-reorganizacion-de-puntos-oro-musculares-y-foneticos-manual-de-introduccion-a-la-tecnica.html>
- Simón Gómez-López, V. H. (2003). Parálisis cerebral infantil. *Archivos venezolanos de pericultura y pediatria*, 76 ((1)), 30-39. Obtenido de <http://www.scielo.org.ve/pdf/avpp/v76n1/art08.pdf>
- Takemoto, H. (2001). Análisis morfológicos de la musculatura de la lengua humana para modelado tridimensional. *J Speech Lang Hear Res*, 44 ((1)), 95-107. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11218113>
- THE PROMPT INSTITUTE . (2008). *WHAT IS PROMPT?* Obtenido de THE PROMPT INSTITUTE: <https://www.promptinstitute.com/page/Instructors>

ANEXOS

Anexo A

ANAMNESIS

I.-Antecedentes personales

Nombre del Niño: _____ Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____ Acompañante: _____
Vive con: Mamá _____ Papá _____ Hermanos: _____ Otro _____
Convivencia: Buena relación _____ Mala relación _____
Motivo de consulta: _____

HISTORIA CLINICA

II.- Antecedentes prenatales

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Eruptivas (sarampión viruela, paperas, rubeola) | SI | NO |
| 2. Desnutrición | SI | NO |
| 3. Consanguinidad (problemas de compatibilidad) | SI | NO |
| 4. Amenaza de aborto | SI | NO |
| 5. Fiebres altas | SI | NO |
| 6. Golpes fuertes con pérdida de conocimiento | SI | NO |
| 7. Consumo de medicamentos | SI | NO |
- Cuales: _____

III.- Antecedentes Perinatales

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Embarazo de término | SI | NO |
| 2. Prematuro | SI | NO |
| ¿Cuántas semanas? _____ | | |
| 3. Parto normal | SI | NO |
| 4. Problemas del niño para respirar al nacer | SI | NO |
| 5. Bajo peso al nacer | SI | NO |
| 6. Color amarillo o morado al nacer | SI | NO |
| 7. Incubadora | SI | NO |
- Otros: _____

IV.- Primeros años de desarrollo del niño

- | | | |
|--|--------------|----|
| 1. Eruptivas (sarampión viruela, paperas, rubeola) | SI | NO |
| 2. Fiebres altas | SI | NO |
| 3. Convulsiones | SI | NO |
| 4. Rasca los oídos | SI | NO |
| ¿Cuál? OD OI Ambos | | |
| 5. Salida de liquido por los oídos | SI | NO |
| ¿Cuál? OD OI Ambos | | |
| 6. Desnutrición | SI | NO |
| 7. Golpes fuertes con pérdida de conocimiento | SI | NO |
| 8. El niño debe tomar frecuentemente algún tipo de medicina | SI | NO |
| ¿Cuál o Cuales? _____ | | |
| 9. Enfermedad actual | SI | NO |
| 10. ¿Actualmente el niño asiste algún tratamiento médico? | SI | NO |
| 11. En la familia hay antecedentes de sordera, voz, enfermedades respiratorias, alcoholismo, drogadicción. | SI | NO |
| ¿Cuál (es)? _____ | | |
| 12. A qué edad empezó a decir las primeras palabras _____ | Frases _____ | |

Anexo B

SISTEMA de OBSERVACIÓN y ANÁLISIS (SAO)

Estructura, función, integración.

(Hayden, 1995, revisado 2001)

Registre lo siguiente:

A. ESTRUCTURA	Esqueletal	SI	NO	COMENTARIOS
1.	La cara del paciente es simétrica en forma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	La mandíbula y la maxila están en tamaño,, forma y alineación apropiadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oclusión dental dentro de los límites normales <small>Ej.: no hay mordida abierta, mal oclusión Clase II, III</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Velo del paladar y estructuras orales/dentales están dentro de los límites normales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B. FUNCIÓN				
Neuromotora (vista en movimiento)				
Etapa I: Tono/ Integridad Neuromuscular				
5.	El tono corporal, de tronco y facial es normal <small>Ej: no hay hiper o hipotonicidad notable en el cuerpo, en el torax o en músculos faciales.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Todos los reflejos están inhibidos <small>Ej.: reflejos no observables al comer o al hablar.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etapa II: Control de fonación y Válvulas (visto solo en producciones simples)				
7.	Fonación y soporte respiratorio adecuado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Puede producir fonemas de voz simple, nasales y sin voz, /a/, /m/, /j/.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Resonancia normal <small>Ej.: hay hiper o hiponasalidad predominante</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etapa III: Control mandibular (visto en el habla conectada)				
10.	Movimientos mandibulares muestran: • Buen rango y control • Sin desplazamientos laterales o anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etapa IV: Control Labial-facial				
11.	Movimiento labial muestra: • Contacto sólido <small>Ej: tercio medio de la superficie labial</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Movimientos Independientes <small>Ej. Labios independientes de la mandíbula</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
	Movimiento individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- Ej. un labio independiente del otro.
- | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| 12. | Movimientos musculares labio – faciales muestran: | SI | NO | COMENTARIOS |
| | • Buena retracción. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | • Buena protrusión. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Etapa V: Control Lingual

- | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 13. | Movimientos linguales muestran: | | | |
| | • Sin movimientos en reposo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | • Independencia de la mandíbula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (El cuerpo lingual se mueve independientemente de la mandíbula, desde su porción anterior, media, media-atrás y atrás) | | | |
| | Anterior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Medio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Medio-Atrás | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Atrás | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

C. INTEGRACIÓN (todos los sistemas + duración y prosodia)

Etapa VI: Movimientos secuenciados a través de todos los planos

- | | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 14. | La voz es adecuada y puede ser mantenida/ soportada en una unidad de 3 fonemas sonoros ej.: mal, mil, van | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. | Los fonemas sordos son apropiados y puede ser mantenidos en una posición inicial sin que afecte el segmento ej.: tan, tal, cal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16. | Toda la musculatura oral se mueve apropiadamente durante el habla conectada (sin movimientos extraños, (adición sonidos o movimientos a tientas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17. | Los músculos faciales muestran buenos movimientos alternados combinados. Ej.: retracción / protrusión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18. | Todos los grupos musculares evidencian un tono adecuado movimientos simétricos y funcionamiento coordinado e independiente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Ej: mandíbula, facial, labial, lingual. | | | |

Etapa VII: Prosodia

- | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 19. | El tiempo para la co-articulación es normal para la edad. Ej.: entonación y frases marcadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--|

Anexo C

PROTOCOLO TEPROSIF-R

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 EDAD _____ SEXO _____

ITEMES	REGISTRO	EST. SILABICA	ASIMILACION	SUSTITUCION	TOTAL PROC.	OTRAS RESP. (*)
1	PLANCHA					
2	RUEDA					
3	MARIPOSA					
4	BICICLETA					
5	HELICÓPTERO					
6	BUFANDA					
7	CAPERUCITA					
8	ALFOMBRA					
9	REFRIGERADOR					
10	EDIFICIO					
11	CALCETÍN					
12	DINOSAURIO					
13	TELÉFONO					
14	REMEDIO					
15	PEINETA					
TOTAL PSF BARRIDO CON 15 ITEMES						
16	AUTO					
17	INDIO					
18	PANTALON					
19	CAMION					
20	CUADERNO					
21	MICRO					
22	TREN					
23	PLATANO					
24	JUGO					
25	ENCHUFE					
26	JABON					
27	TAMBOR					
28	VOLANTIN					
29	JIRAFÁ					
30	GORRO					
31	ARBOL					
32	DULCE					
33	GUIARRA					
34	GUANTE					
35	RELOJ					
36	JAULA					
37	PUENTE					
TOTAL P.S.F.						

OTRAS RESPUESTAS: (No se contabilizan en el total de respuestas del test)
 No responde (NR) Respuesta no transcribible (NT) Responde otra palabras (OP)
 Respuesta con procesos no identificables (PNI)
 Respuestas con procesos no clasificables según las categorías propuestas (PNC)

Observaciones:

Firma y Timbre
 Fonoaudiólogo



Manta, XX, 20XX

CONSENTIMIENTO DE PADRES DE FAMILIA

Yo,..... representante de.....estudiante de.....grado. De acuerdo a lo informado sobre la dificultad específica de lenguaje en mi representado/a, me comprometo a brindar el apoyo necesario en las terapias que se realizarán tres veces a la semana y a su vez autorizo que la intervención se la realice en cualquier momento de la jornada académica.

Reconozco el apoyo brindado para que mi representado/a supere sus dificultades y seguir las recomendaciones brindadas.

Firma del Representante

Ilustraciones



Ilustración 2. Realizando anamnesis a madre de familia.



Ilustración 1. Evaluación del sistema de observación y análisis.



Ilustración 3. Valoración a estudiante con el protocolo TEPROSIF-R



Ilustración 4. Control secuencial de los movimientos faciales.



Ilustración 6. Enseñando proceso de co-articulación.



Ilustración 5. Control fono-respiratorio



Ilustración 7. Utilizando punto para marcar la resonancia nasal.



Ilustración 8. Estimulando grupos musculares de la lengua.