

Entrenar

a los entrenadores:

un manual

**CONTENIDO**

I: Introducción (día 1) 5

* Estructura del manual 5
* El objetivo de este curso 5

* Instituto del Habla y la Alimentación en personas con Paladar Hendido 6

II: Anatomía y fisiología del paladar hendido (día 1) 7

* Clasificaciones del labio y paladar hendido 7

* Anatomía de las estructuras orofaciales

y el mecanismo velofaríngeo 10

» Estructuras orofaciales

y del mecanismo velofaríngeo: 10

» Terminología: 10

* Fisiología de las estructuras orofaciales

y el mecanismo velofaríngeo: 13

* Desarrollo embriológico 16

III: La producción de sonidos (día 1) 16

* ¿Cómo afectaría el paladar hendido al habla? 16
* La producción de sonidos 18
* Clasificación de las consonantes: lugar, manera y voz 20

» Alfabeto fonético internacional: 20

* El orden del desarrollo normal de las consonantes 21
* Las vocales 21

1. Errores posibles del habla (día 2) 23

* + Errores cometidos por personas con fisuras

abiertas y reparadas: 23

* + Efectos de la disfunción velofaríngea en el habla 23
  + Tipos de errores: 24

1. Ejercicios motores orales no-verbales (día 2) 26

» Caso práctico 1 (p, b) 26

1. Paladar hendido submucoso (día 3) 28
   * ¿Qué es un paladar hendido submucoso? 28
   * Las características del paladar hendido submucoso 28
   * El efecto del paladar hendido submucoso 30

» Caso práctico 2 (t, d) 30

1. Aspectos alimenticios (día 3) 31

» Caso práctico 3 (k, g) 31

1. La producción del habla (día 3) 32

* Los primeros sonidos de los bebés 32

* Problemas con el desarrollo de los sonidos

cuando un bebé tiene paladar hendido 33

» Caso práctico 4 - /s/ 33

1. Evaluación (día 4) 35

* Ejemplo de una evaluación diagnóstica y entrevista 35

* Maneras de evaluar las habilidades del

habla del paciente 35

* Frases de muestra 36
* Examen de la boca 36
* Evaluación de resonancia 36
* Evaluación de emisiones nasales 37
* Resultados 37

» Caso práctico 5 - oclusiva glótica

en todos los sonidos 37

1. Tratamiento (día 5) 38

* Objetivos a largo plazo durante la terapia 38
* Tratamiento antes de la cirugía 38
* Cómo enseñar la producción de sonidos 40
* Determinar cuáles sonidos son estimulables 40
* Cómo elegir con qué sonidos empezar la terapia 41
* La jerarquía de la terapia del paladar hendido 42
* Estrategias para estimular los sonidos 43
* Libros de terapia del habla para paladar hendido 47

1. Más Escenarios de Actuación (día 5) 48

DÍA 1·3

**DÍA 1**

# I: Introducción

## Estructura del manual

Entrenar a los entrenadores. Un manual.

**Objetivo del manual.**

El propósito de este manual es proveer un esqueleto para profesionales que entrenarán sobre cómo proveer terapia a personas con paladar hendido que han recibido una operación. Este manual contiene toda la información necesaria para organizar un curso de este tipo, incluyendo una lista de materiales, una orden apropiada para su presentación y un plan de estudios detallado para el tratamiento de personas con paladar hendido.

### Información general

* + Contiene toda la información necesaria para los estudiantes
  + Los contenidos están organizados en el orden en que se deberen impartir

### Caso prácticos

* + Son situaciones hipotéticas que estarán señaladas a todo lo largo del manual en texto color azul
  + Cuando encuentren un caso, harán un ejercicio de actuación en el que una persona será el paciente y la otra será la terapeuta del habla y lenguaje
  + En vez de dar todas las estrategias para paladar hendido de una vez, tendrán un caso para la /p, b/, uno para la /t, d/, uno para la /k, g/, uno para la /s/, y uno específicamente para las oclusivas glóticas (el error más común)
  + Después de leer el caso, sepárense en grupos de dos personas, respondan las preguntas del caso, y actúen sus papeles mientras practican las estrategias que podrían utilizar para cada grupo de sonidos

### Videos por [www.leadersproject.org](http://www.leadersproject.org/)

* + Encontrarán los enlaces en texto color verde, para mostrar los videos de “Leaders Project” en el momento adecuado

Evaluaciones/ ejercicios

* + Estas actividades se enfocan en mejorar la comprensión de los conceptos esenciales. Estarán señalado en texto color rojo a todo lo largo del manual

**Objetivo del curso.**

“*El Curso del Habla y Alimentación para Personas con Paladar Hendido*” es un programa de cinco días que pretende proveer a fonoaudiólogos/logopedas y padres de familia con técnicas esenciales e información para aumentar su capacidad de mejorar el habla de niños con paladar hendido. El curso forma parte de la iniciativa de Smile Train para proveer tratamiento exhaustivo después de la operación para optimizar los resultados en la vida del paciente.

El objetivo del curso es proveer estrategias y técnicas para mejorar el habla de personas con paladar hendido operado. La meta del curso es que, ante ser completado, las fonoaudiólogas sean más competentes en dar terapia efectiva a esta población.

Este curso cubre un amplio rango de objetivos de aprendizaje relacionados con el habla de personas con paladar hendido. Profundizaremos en las estructuras anatómicas velofaríngeas, los tipos de errores del habla más comunes y estrategias de tratamiento y alimentación. Sin embargo, no le certificará para ser fonoaudióloga/logopeda y no le concederá un título en fonoaudiología/logopedia. Además, tenga en cuenta que sólo estamos tratando un área específica de la fonoaudiología, no la disciplina entera.

**Con este curso aprenderá a...**

a) Percibir sonidos asociados con el paladar hendido  
b) Adquirir estrategias para estimular la producción de los diferentes sonidos  
c) Conocer las estrategias de tratamientos y cómo usarlas para sonidos específicos  
d) Crear un plan de tratamiento apropiado para el paciente  
e) Ejemplificar tratamientos para los padres/familias/pacientes y asegurarse  
de que los padres/la familia/el paciente pueden hacerlo  
f) Determinar la frecuencia de terapia y cuándo volver a etapas previas en la terapia  
g) Implementar criterios de cuándo volver a acudir al equipo de cirugía y qué información proveer al equipo de cirugía

**Los estudiantes tienen la responsabilidad de:**

a) Asistir a cada sesión de manera puntual y quedarse hasta el final  
b) Leer y repasar los materiales cada día  
c) Prepararse para una prueba diaria  
d) Crear un manual personal de recursos basado en los materiales distribuidos y creados durante el curso  
e) Enseñar lo que aprendieron a los familiares

**Plan de estudios**

El programa de cinco días está organizado en capítulos específicos para facilitar el aprendizaje y permite a los estudiantes construir y acumular conceptos y desarrollar sus habilidades a través de un aprendizaje interactivo.

Desarrollado en el 2013 por la Dra. Crowley y la Dra. Baigorri, el Curso de Paladar Hendido es un programa de cinco días. Las mañanas están enfocadas en clases o sesiones académicas, muestra de vídeos, y desarrollo de habilidades perceptivas. En las tardes se ofrecen oportunidades para aplicar el contenido aprendido durante la mañana con pacientes que no han sido operados y pacientes que ya han sido operados para reparar el paladar hendido. Los participantes son supervisados de cerca por las fonoaudiólogas o logopedas, con conocimiento y experiencia tratando a personas con paladar hendido. El currículo incluye anatomía y fisiología, embriología, y la adquisición de estrategias para tratar el habla de personas con paladar hendido. Los participantes aprenderán cómo tratar las dificultades en la alimentación, identificar hendiduras submucosas, y participar en la determinación de la necesidad de una segunda cirugía para reparar el paladar hendido. Después de cada día realizarán pequeñas evaluaciones para asegurar que comprendan todo el material del curso.

**Enfoque del entrenamiento**

Este curso persigue mejorar las habilidades y comprensión a través de la aplicación práctica del aprendizaje en el aula para que así las logopedas/audiólogos pueda proveer terapia de mayor calidad.

Hay una fuerte aproximación del aprendizaje práctico e interactivo. La aproximación participativa se basa en la interacción entre el entrenador y los estudiantes, permitiendo a los participantes utilizar las habilidades de una manera activa en la clase. Al contrario de clases tradicionales, el curso empleará varios métodos de aprendizaje incluyendo casos de estudio, ejercicios prácticos, situaciones de actuación (interpretando los roles) y frecuentes evaluaciones de los conocimientos adquiridos.

Un objetivo vital del curso es apoderar a las logopedas/fonoaudiólogas y aumentar su confianza al proveer terapia de mayor calidad a sus pacientes. Como entrenador, usted es una de las partes más importantes de este curso. Tendrá la oportunidad de educar, inspirar y apoderar a las logopedas/fonoaudiólogos que entrenará. El respeto a los estudiantes es vital en el curso, así como lo es hablar de experiencias propias, algo que es muy incentivado a través del curso.

Otro elemento importante es entrenar a las logopedas/fonoaudiólogas para compartir de forma efectiva su aprendizaje en hospitales y otros entornos de trabajo. La terapia del habla en esta población es a menudo pasada por alto, dejando a muchos niños sin los servicios que necesitan tras la cirugía para reparar el paladar hendido. Tras completar este curso, las logopedas/fonoaudiólogos estarán preparados para volver a sus comunidades y abogar por los pacientes que realmente necesiten estos servicios y no lo están recibiendo.

Preguntas directamente relacionadas con los conceptos clave en el curso están listados en el manual junto a un símbolo de un rayo. Los estudiantes deberán ser capaces de contestar estas preguntas sin problema antes de avanzar a la próxima sección del curso. Durante los casos de estudio estos conceptos clave deberán ser frecuentemente revisados e integrados para promover el uso de los aprendizajes adquiridos. Algunas otras formas útiles de revisar los conceptos clave son:

* Pedir a los participantes que digan algo nuevo que recién aprendieron
* Dar a los estudiantes pruebas orales breves sobre conceptos recién estudiados
* Proveer a los participantes con oportunidades para utilizar los nuevos conceptos  que aprendieron en sesiones prácticas, por ejemplo, puede preguntar “¿Cómo harías esto con tu paciente?”

**Características clave del entrenador**

Para ser un entrenador eficaz en este curso, debe:

* Tener una base fuerte del material presentado y **conocer todos los temas**. Por favor, revise todos los materiales antes de empezar el curso para que tenga conocimiento de las secciones individuales y la estructura del curso completo.
* Ser **comprometido**. Estos materiales han sido preparados y probados para asegurar que son lo más efectivo posible. Por favor, asegúrate de que el contenido de los materiales esa respetado en su enteridad como sea posible.
* Ser **paciente y escuchar**. Esta es la mejor manera de asegurarse de que los estudiantes están reteniendo la información.
* **Aceptar**. Los estudiantes del curso vendrán de diferentes lugares y disciplinas y tendrán distintos niveles de experiencia, pero debe recordar que todos están comprometidos a ayudar a niños con paladar hendido.
* Ser un entrenador de **entrenadores**. Otro elemento clave del curso es equipar a los participantes para enseñarles para que puedan compartir lo que han aprendido en sus comunidades. Haga todo lo que pueda para ayudar a los estudiantes a entender lo que conlleva ser un buen entrenador y para que aprendan de su ejemplo.

**Cómo preparar los materiales ante el comienzo del curso**

Requisitos para la organización del curso

Para conseguir todos los materiales necesarios, el entrenador necesita acceso a internet, una impresora y una memoria extraíble USB. No necesitará internet para la realización del curso ya que tendrás todo los vídeos y PowerPoint guardados en tu memoria. Sin embargo, para la realización del curso sí será necesario tener acceso a un computadora y proyector durante todos los días del curso para enseñar dichos vídeos y PowerPoints.

Cómo debe el entrenador obtener los vídeos, evaluaciones, y exámenes

Escribir un correo electrónico a la Dra. Crowley a [cjc49@tc.columbia.edu](mailto:cjc49@tc.columbia.edu) para solicitar los videos del curso y los materiales de evaluación. Asegúrese de incluir su información personal y profesional, así como la información sobre dónde dará el curso. Una vez que ella reciba su correo electrónico, le contestará con el pre-examen, las pruebas diarias y el examen final que administrará a sus estudiantes. Ella también le proveerá acceso a los vídeos del curso que serán usados durante el curso señalados en el manual. Es su responsabilidad descargar los vídeos mucho antes de comenzar del programa y copiar los vídeos a una memoria extraíble USB que pueda ser usada para acceder a los vídeos durante el curso. Tenga en cuenta que necesitarás conexión a internet para descargar los vídeos. Una vez que sean copiados a la memoria extraíble, el entrenamiento puede tener lugar en una lugar que no tenga conexión a internet.

Para recibir una copia de las evaluaciones que serán administradas a los estudiantes, deberá también enviar un correo electrónico a la Dra. Crowley a [cjc49@tc.columbia.edu](mailto:cjc49@tc.columbia.edu) con su información personal y profesional, así como información sobre dónde dará el curso. Ella le proveerá con tres tipos de evaluaciones distintos, que usara para evaluar si su estudiantes están aprendiendo y entendiendo el material presentado. El pre-test, es para que los estudiantes demuestren el conocimiento que tienen antes de recibir el curso. Las evaluaciones diarias, contienen información que fue enseñado el día previo del entrenamiento y es usado para repasar y practicar el contenido del curso. El examen final es usado para evaluar todo lo que aprendieron los pacientes durante el curso. La evaluación frecuente del conocimiento de los estudiantes es una manera para el entrenador de revisar si los estudiantes están reteniendo la información, y para motivarlos a aprender y estudiar el material, aclarar puntos que no estén bien comprendidos, y hacer modificaciones necesarias a la enseñanza del curso.

Cómo crear la carpeta del entrenador

Es su responsabilidad obtener una carpeta de tres anillos y utilizarla para guardar los documentos requeridos para el curso. Lo primero que debes hacer es imprimir este manual completo y guardarlo en la carpeta. La carpeta también debe contener los documentos accesibles en la pagina web [www.leadersproject.org](http://www.leadersproject.org) bajo la sección *“Cleft Palate”* ysubsección *“Train the Trainer/Entrenar a los Entrenadores”*. Estos documentos han sido reunidos en un solo archivo PDF para que sea descargable en una forma  más convenientemente (tenga en cuenta que necesitará internet para descargarlo). Los documentos en el PDF incluyen los siguientes documentos:

* “*Payaso (Para Evaluar y Enseñar la Discriminación de Sonidos)*”
* “*Anatomía Cavidad Oral de Perfil*”
* “*Gráfico de las sílabas de Acevedo*”
* Todos los “*Juegos Para Practicar Palabras*”
* “*Términos para estructuras orales y características del paladar hendido en distintos países hispanohablantes del mundo*”
* “*Anatomía y Fisiología del Mecanismo Velofaríngea*”
* “*Jerarquía de Articulación del Habla en Terapia*”
* “*Estrategias ANTES de Reparar el Paladar Hendido*”
* “*Evaluación de los Sonidos*”
* “*Evaluación Diagnóstica y Entrevista*”
* “*Cinco Razones Porque los Ejercicios Motores Orales No Funcionan*”
* “*Información Amena Para Padres Sobre Ejercicios Motores Orales*”
* “*Cómo alimentar a los bebés con paladar hendido*”
* *Actividades de actuación de diferentes casos hipotéticos sobre paladar hendido*
  + *Esta última página tiene ejemplos de casos para utilizar durante cada día del entrenamiento. Usted asignará un caso a cada 2 participantes. Explicará a las parejas de participantes que una de las personas realizará el rol del fonoaudiólogo/logopeda, y la otra será el paciente. Usted le dará al paciente un papel pequeño con información sobre un caso hipotético para actuar. El papel describirá las características del habla de paladar hendido que debe actuar.  La fonoaudióloga/logopeda tendrá que hacer una evaluación e intentar estrategias de tratamiento para ayudar a su compañero que hipotéticamente tiene paladar hendido.*

Cuando haya recibido el pre-test, las evaluaciones diarias y el examen final de la Dra. Crowley, debe poner este material en la carpeta.

Qué materiales debe dar al estudiante

Los estudiantes deberán tener acceso y recibir los documentos de aprendizaje y materiales de recurso. Los estudiantes obtendrán los mismos documentos que el entrenador, con la excepción de este manual,  **las evaluaciones, y las actividades de actuación de casos hipotéticos (Usted les dará los casos e evaluaciones durante las clases)**. Cada día, los estudiantes recibirán una versión imprimida de las diapositivas del *PowerPoint* que será presentado en el curso ese día (disponible en [www.leadersproject.com](http://www.leadersproject.com) bajo la sección *“Cleft Palate”* ysubsección *“Train the Trainer/Entrenar a los Entrenadores”*). Esto les permitirá tomar apuntes y tener una copia de la información presentada. Antes del comienzo del curso, es su responsabilidad descargar los documentos para los estudiantes disponibles en [www.leadersproject.org](http://www.leadersproject.org) (PDF en la sección *“Cleft Palate”* ysubsección *“Train the Trainer/Entrenar a los Entrenadores”*) y organizar carpetas que deberán dar a los estudiantes como parte del curso.

Es importante que los estudiantes recibirán el contenido del PDF con todos los documentos mencionados antes de comenzar el curso, pero recibirán *por separado* una versión imprimida de los PowerPoint que serán presentados el día correspondiente al *comienzo de la clase.*

Otros materiales necesarios para el curso

*Suministros*

* Lápices o bolígrafos/esferos/plumas para los participantes
* Etiquetas para escribir los nombres de los participantes
* Pajitas/sorbetes/popotes/pitillos de plástico para todos los participantes
* Papel para los participantes
* Espejos pequeños (por ejemplo, un espejo dental), el espejo debe tener marco fino para que los participantes puedan observar el empeño del aire de la nariz y la boca
* Linternas/lámparas de mano pequeñas para analizar el interior de la cavidad oral. Se puede usar la luz del flash incluido en algunos teléfonos. Asegures de aconsejarles a los participantes a que tengan cuidado especialmente a no alumbra la luz directamente a los ojos de sus compañeros de clase o los pacientes.

## El objetivo de este curso

1. Enseñar estrategias y técnicas para mejorar el habla de personas con paladar hendido operado
2. Tenga en cuenta que este curso no te certificará para ser fonoaudiólogo/logopeda y no te concederá un título en fonoaudiología/logopedia
3. Esto sólo es un área específica de la fonoaudiología - no la disciplina entera
4. Aprenderá a:
   1. *Percibir sonidos asociados con el paladar hendido*
   2. *Adquirir estrategias para estimular la producción de los diferentes sonidos*
   3. *Conocer las estrategias de tratamientos y cómo usarlas para sonidos específicos*
   4. *Crear un plan de tratamiento apropiado para el paciente*
   5. *Ejemplificar tratamientos para los padres/familias/pacientes y asegurarse que los padres/la familia/el paciente pueden hacerlo*
   6. *Determinar la frecuencia de la terapia*
   7. *Implementar criterios de cuándo volver a acudir al equipo de cirugía y qué información proveer al equipo de cirugía*
5. Responsabilidades de los estudiantes
   1. *Asistir a cada sesión de manera puntual y quedarse hasta el final*
   2. *Leer y repasar los materiales cada día*
   3. *Prepararse para un examen diario*
   4. *Crear un manual personal de recursos basado en los materiales distribuidos y creados durante el curso*
   5. *Enseñar lo aprendido a los familiares*

## C. Instituto del Habla y la Alimentación en personas con Paladar Hendido

El Curso del Habla y Alimentación en personas con Paladar Hendido está di- señado para que fonoaudiólogas(os) o logopedas, mejoren el conocimien- to y las habilidades para proporcionar servicios de calidad a niños nacidos con paladar hendido. El programa ofrece información básica a los profe- sionales en el tema de paladar hendido y a los padres de familia sobre có- mo tratar problemas del habla y de la alimentación causados por el paladar hendido.

Currículo: Desarrollado en el 2013 por la Dra. Crowley y la Dra. Baigorri, el Cur- so de Paladar Hendido es un programa de cinco días. Las mañanas están enfocadas en clases o sesiones académicas, proyección de videos, y de- sarrollo de habilidades perceptivas. En las tardes se ofrecen oportunidades para aplicar el contenido aprendido durante la mañana con pacientes que no han sido operados y pacientes que ya han sido operados para reparar el paladar hendido. Los participantes son supervisados de cerca por los fonoaudiólogos o logopedas, con conocimiento y experiencia tratando per- sonas con paladar hendido. El currículo incluye anatomía y fisiología, em- briología, y la adquisición de estrategias para tratar el habla de personas con paladar hendido. Los participantes aprenden cómo tratar las dificulta- des en la alimentación, identificar hendiduras submucosas, y participar en la determinación de la necesidad de una segunda cirugía para reparar el paladar hendido. Después de cada día realizarán pequeñas evaluaciones para asegurar que comprendan todo el material del curso.

Preparación Antes del curso: Antes de llegar al curso del Paladar Hendido to- dos los participantes deben bajar los videos, y guardarlos en una memoria USB, y ver los videos de paladar hendido disponibles en leadersproject.org y bajar y leer todos los documentos disponibles en el drive. Asimismo, los participantes realizarán una evaluación para certificar que hayan visto y estudiado la información presentada en los vídeos.

# II: Anatomía y fisiología del paladar hendido

## Clasificaciones del labio y paladar hendido

* 1. Hendiduras del paladar primario y/o paladar secundario
  2. Unilateral o bilateral
  3. Completo o incompleto

Muestre el video de leadersproject.org – ***a- Module 1.3 - Introducción -***

***Desarrollo Embriológico del Paladar Hendido -*** antes de empezar esta parte del curso

http://www.leadersproject.org/2014/05/19/terapia-del-habla-para-paladar-hendido-1-3-introduccion-cleft-palate-speech-therapy-introduction/

— Empiece al minuto 0:29 y continúe hasta a el minuto 1:07

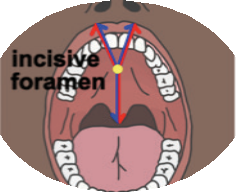
Es importante que un terapeuta de habla y lenguaje entienda cómo clasificar un paladar hendido. Sin este conocimiento, es imposible saber qué está mirando cuando ve una boca. Hay diferentes clasificaciones que los profesionales usan para describir un labio y/o pa- ladar hendido. Primero, identifique la ubicación de la hendidura. *El foramen incisivo es la división entre el paladar primario y el paladar secundario (imagen 2.1)*. Si la hendidura es anterior del foramen incisivo, se considera un paladar hendido primario. Si el hendido es posterior del foramen incisivo, se considera un paladar hendido secundario. Una persona puede tener una hendidura de ambos, primario y secundario *(imagen 2).*

Responsabilidades de los participantes: Un seminario de cinco días no es su- ficiente para preparar a un profesional para trabajar con problemas del ha- bla y de la alimentación causados por el paladar hendido. Para aquellos que no tienen experiencia terapéutica tratando el paladar hendido o pro- veyendo terapia del habla, el seminario del Paladar Hendido proporciona una introducción básica, por lo que entrenamiento y supervisión adicional serán necesarios antes de aceptar responsabilidades en el programa de paladar hendido.

## Material que deberán traer al entrenamiento:

* 1. Una lámpara de mano/linterna
  2. Un espejo
  3. Juegos y juguetes para la terapia de la tarde

*Imagen 2.1*



*Foramen incisivo*

*Imagen 2.1 Hendido primario y secundario*



Otra manera de clasificar un paladar hendido es decir si son bilaterales

*(imagen 2.3)* o unilaterales *(imagen 4).*

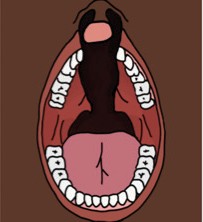
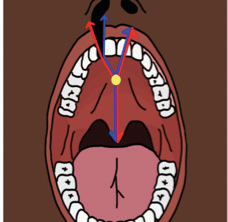


El foramen incisivo es la división entre el paladar primario y el paladar se- cundario. Actúa como un “zíper” o “cierre” y se abre desde un solo punto. Cuando un bebé se está desarrollando, el paladar se cierra anteriormente desde el foramen incisivo hasta las fosas nasales y posteriormente desde el foramen incisivo hasta la úvula. Como se puede ver en las imagines de abajo, el paladar hendido se forma desde el punto del zipper (el punto amarillo).

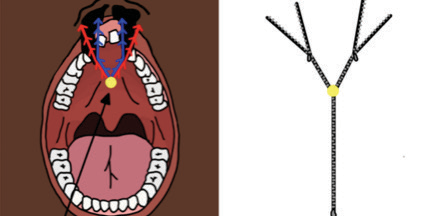
*Imagen 2.3*

*Bilateral*

*Imagen 2.4*

*Unilateral*

Finalmente, hay paladares hendidos completos e incompletos. Los labios hendidos son completos si la hendidura entra en la fosa nasal *(imagen 2.5)* e incompletos cuando no entra a la fosa nasal *(imagen 2.6).* Los pa- ladares hendidos primarios son completos si incluye el paladar óseo hasta los labios, e incompletos si solo incluyen los labios. Los paladares hendi- dos secundarios son completos si incluye el paladar óseo y el velo *(imagen 2.7)* e incompletos si solo incluyen una porción del velo *(imagen 8).*



Ejercicio: El grupo tiene que miren en las bocas del uno al otro para ver que es normal en la estructura orofacial y la amplia variedad de lo que se considera “normal” en las estructuras orofaciales

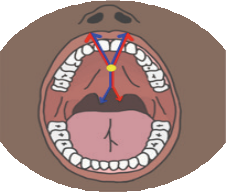
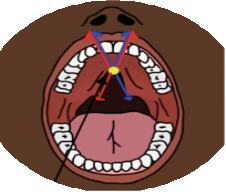
*Imagen 2.5*

*LPH completo*

*Imagen 2.6*

*LPH incompleto*

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:



* + - *¿Cuál es la diferencia entre un paladar hendido primario y un paladar hendido secundario?*

*Imagen 2.7*

*Paladar hendido secundario completo*

*Imagen 2.8*

*Paladar hendido secundario incompleto*

* *¿Cuál es la diferencia entre un paladar hendido bilateral y un paladar hendido unilateral?*
* *¿Cuál es la diferencia entre un paladar hendido completo y un paladar hendido incompleto?*

Evaluación: Utilice las imágenes de la carpeta de “Anatomía y Fisiología” para asegurarse que los estudiantes pueden identificar cada diagnóstico.

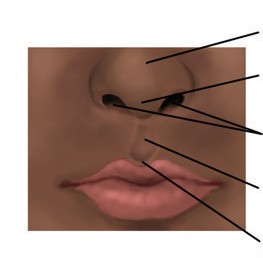
## Anatomía de las estructuras orofaciales y el mecanismo velofaríngeo

**Muestra el video de leadersproject.org – *b- Module 1.1 - Introducción - Anatomía y Fisiología del Paladar Hendido -* antes de empezar esta parte del curso**

http://www.leadersproject.org/2014/05/19/terapia-del-habla-para-paladar-hendido-1-1-introduccion-anatomia-y-fisiologia-del-paladar-hendido/

—Empieza a 1:16 y continúa hasta 1:33

*Nasal aperture*

Apertura nasal

*Columnella*

La columnela

*Nares*

Fosas nasales

Estructuras orofaciales y del mecanismo velofaríngeo:

La anatomía incluye la nariz, los labios, la boca, el paladar óseo, el velo del paladar/paladar blando, la úvula/campanilla, la garganta, y los músculos del paladar.

Terminología:



*Nasal cavity* = la cavidad nasal *Oral cavity* = la cavidad oral *Pharynx* = la faringe *Velopharyngeal =* velofaríngea *Lip* = los labios

*Mouth* = la boca

*Nose* = la nariz

*Alveolar ridge* = el arco alveolar *Incisive foramen* = el foramen incisivo *Hard palate* = el paladar óseo

*Soft palate* = el paladar blando/el velo del paladar

*Uvula* = la úvula/campanilla

*Throat* = la garganta

Las estructuras orofaciales:

* 1. La cavidad nasal
  2. El labio superior
  3. Cavidad oral
     + El paladar óseo
     + El velo del paladar/paladar blando
     + La úvula/campanilla
  4. La faringe
  5. Los músculos del mecanismo velofaríngea

1. La cavidad nasal
   * El puente nasal *(nasal bridge)*
   * La columela *(columella)*
   * Las fosas nasales *(nostrils)*
   * El orificio nasal *(nasal aperture)*
   * El septo nasal *(nasal septum)*
   * El hueso vómer *(vomer bone)*
   * lámina perpendicular del etmoides

*(perpendicular plate of the ethmoid)*

* + Cartílago cuadrangular *(quadrangular cartila)*
  + Cornete nasal superior, medio, inferior

*(superior, middle, inferior turbinates),*

forman las paredes laterales de la cavi- dad nasal y crean la corriente de aire a la nariz para aumentar humidificación

* + Choana

*philtrum*

surco nasolabial

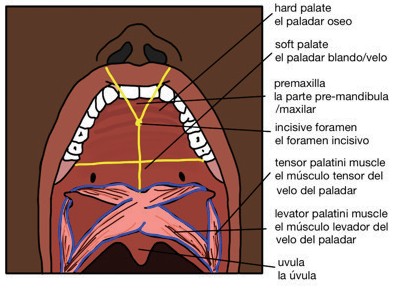
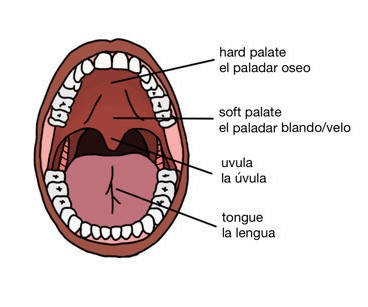
*Cupid's bow*

arco de cupido

1. Los labios
   * El philtrum: extiende desde la columela hasta el labio *(Philtrum)*
   * El arco de Cupido: la forma del corazón del labio superior *(Cupid’s Bow)*
   * Bermellón: el color rojo de los labios

*(vermillion)*

## Fisiología de las estructuras orofaciales y el mecanismo velofaríngeo:



El mecanismo velofaríngeo/La oclusión velofaríngea:

* La fisiología incluye la oclusión velofaríngea
* Ese proceso ocurre con tres movimientos:

» El paladar blando se mueve hacia la pared posterior de la garganta/faringe

» La pared posterior de la garganta/faringe se mueve hacia el paladar blando

» Las paredes laterales de la garganta/faringe se mueven hacia el paladar blando

* En reposo, el paladar blando está en la posición más baja
* Durante la producción de sonidos orales, el paladar blando se mueve posteriormente y superiormente
* El contexto fonético influye la elevación y desplazamiento del velo

» ma**p**a vs ma**l**a

» to**c**a vs. to**m**a

* Los pacientes con paladar hendido no pueden cerrar la puerta entre la nariz y la boca con el paladar blando, la pared posterior y las paredes laterales

1. La cavidad oral
   * La parte posterior de la cavidad oral:

» *faucial pillars:* estructuras que ayudan en los movimientos velofaríngeo y de la lengua

» El arco alveolar

* + El paladar óseo
  + El foramen incisivo - ubicado en la parte de arriba de la pre-mandíbula/ maxilar
  + La parte pre-mandíbula/maxilar
  + El velo
  + La faringe

» La faringe oral

» La faringe nasal

» La hipofaringe

» La pared posterior de la faringe/ garganta

» Las paredes laterales de la farin- ge/garganta

* + La trompa de Eustaquio

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

* + - *¿Qué conforma la cavidad nasal?*
    - *¿Qué conforman los labios?*
    - *¿Qué conforma la cavidad oral?*

**Muestra el video de leadersproject.org – *b- Module 1.1 - Introducción - Anatomía y Fisiología del Paladar Hendido -* antes de empezar esta parte del curso**

http://www.leadersproject.org/2014/05/19/terapia-del-habla-para-paladar-hendido-1-1-introduccion-anatomia-y-fisiologia-del-paladar-hendido/

—Empiece en **1:33** y continúe hasta **2:45**

**Aquí se deberá utilizar una demostración de los movimientos del mecanismo velofaríngeo** - una persona representará el paladar blando, la otra persona representará la pared posterior, y otras dos personas serán las paredes laterales.

* + - * + Las paredes laterales deben pararse una frente a la otra
        + La persona representando la pared posterior debe pararse en medio de las paredes laterales
        + El paladar blando será la persona que se mueve. Se parará mirando a la persona representando la pared posterior e inclinará el torso hacia adelante para crear un ángulo de 90 grados
        + Esta es una buena manera de visualizar el movimiento

Se debe enfatizar que antes de recibir la terapia del habla, los pacientes ya deben haber recibido la cirugía para cerrar el paladar hendido. Después de esta cirugía algunos pacientes pueden cerrar la abertura y hablan con claridad. Otros necesitan otra cirugía y otros hablan muy bien después de recibir terapia del habla.

Antes de la cirugía el niño aprende a producir sonidos de la manera inco- rrecta porque tiene un hueco en el paladar. Después de la cirugía pueda que el niño retenga esas malas costumbres. Para deshacerse de esas ma- las costumbres, hay que enseñarle al niño cómo se producen los sonidos de manera correcta. Si el habla del niño no mejora aunque practique de manera frecuente, seguramente necesitará una cirugía secundaria.

Los músculos del paladar:

Los músculos que conforman al paladar blando

1. El músculo elevador del velo del paladar *(levator veli palatini)*

» “El cabestrillo” -- los dos lados se mueven juntos

» El músculo principal de elevación velar

1. El músculo constrictor superior de la faringe *(superior pharyngeus constrictor)*

» Desplazamiento medial de las paredes laterales de la faringe

1. El músculo de la úvula *(musculus uvulae)*

» Causa rigidez y un crecimiento de la úvula

1. El músculo palatogloso *(palatoglossus)*

» Baja al velo

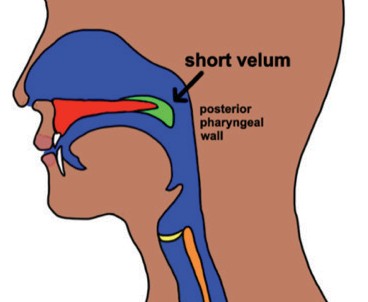
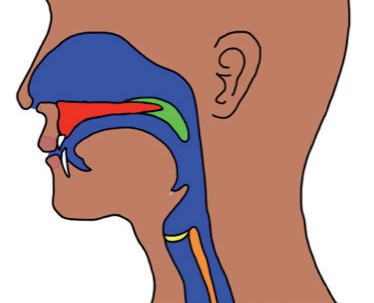
Otros músculos del paladar:

» El músculo palatofaríngea *(palatopharyngeus muscle)*

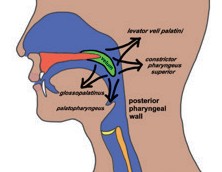
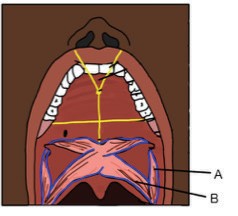
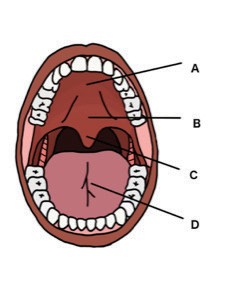
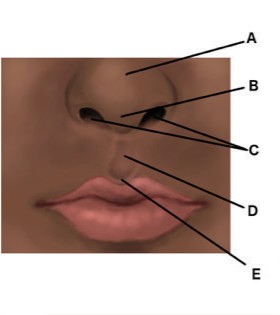
» El músculo tensor del velo del paladar *(tensor veli palatini)*

Abre la trompa de Eustaquio *(Eustachian Tube)* pero no contribu- ye a al oclusión velofaríngea

**Evaluación:** Ahora los alumnos deben poder identificar dónde están todas las partes del cuerpo mencionan arriba. Pueden utilizar estas imágenes de la carpeta de “Anatomía y Fisiología” que demuestran la anatomía para que los estudiantes señalen e identifiquen cada estructura.



**Ejercicio 2:** Haga que los alumnos platiquen el paso del aire normal para los sonidos orales comparado a los sonidos nasales. Enfóquense en la diferencia de cómo pasa el aire cuando alguien tiene un paladar hendido. Dividan la clase en grupos pequeños para hacer un ejercicio de actuación. Una persona será la terapeuta y tiene que practicar describirle al “paciente” y sus “padres” cómo es que los niños con paladar hendido producen los sonidos de diferente manera que los niños típicos. Usen la imagen del mecanismo velofaríngeo de la carpeta llamado “Anatomía y Fisiología.”



No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

* *¿Cuáles movimientos crean la oclusión velofaríngea?*
* *¿Cuáles son los músculos que conforman al paladar blando?*
* *¿Cómo se puede utilizar el dibujo de la cara para describirle a los padres que pasa cuando un niño con paladar hendido habla?*

## Desarrollo embriológico

* Labios y ‘alveolus’

» Empieza alrededor de las 6-7 semanas de gestación en el foramen incisivo

* El paladar óseo

» Empieza a las 8-9 semanas de gestación

* El velo y la úvula

» Completos a las 12 semanas de gestación

El labio y/o paladar hendido se puede observar en imágenes de ultrasoni- do durante estos períodos.

No avancen hasta que la clase entienda:

* + *¿Cuando se desarrollan todas las partes del mecanismo velofaríngeo?*

# III: La producción de sonidos

## ¿Cómo afectaría el paladar hendido al habla?

## (Nos enfocaremos en los sonidos más relevantes al habla de paladar hendido, no la disciplina entera)

Ejercicio: Haga que la clase se divida en grupos pequeños para pensar en cómo afectaría el paladar hendido a la respiración, a la fonación, a la resonancia, a la articulación, y a la entonación. Cada grupo debe pensar una respuesta para cada uno de los aspectos mencionados anteriormente. Después de un rato, pídale a los estudiantes que compartan sus respuestas. Si los estudiantes no responden correctamente o les falta información esencial, comparta las descripciones que se encuentran a continuación donde se explica cada efecto.

**La respiración:** Un paladar hendido no afectaría mucho a la respiración. Sin embargo, es posible que las desviaciones anatómicas de síndromes o anomalías craneofaciales (como Pierre-Robin o Treacher-Collins), resulten en problemas de las vías respiratorias. Usualmente, estos problemas se pueden manejar con un posicionamiento decúbito prono y tiempo para crecer. En casos graves se puede requerir una prótesis dental o interven- ción quirúrgica.

**La fonación:** Es el proceso mediante el cual las cuerdas vocales vibran pa- ra producir ciertos sonidos. Un paladar hendido no afectaría mucho a la fonación. Pero si un niño usa oclusivas glóticas, es posible que se for- men nódulos en sus cuerdas vocales. Los nódulos son pequeñas agrupa- ciones de células. Estos nódulos producen un cambio en la fonación.

**La resonancia:** La resonancia es la calidad de la voz que resulta de la vi- bración del sonido en la faringe, la cavidad oral y cavidades nasales. Cuan- do un niño no puede cerrar la nasofaringe ni la separación de las cavidades orales y nasales, va a tener problemas de resonancia.

* Hipernasalidad: puede sonar como un niño pequeño

» Generalmente afecta todos los sonidos producidos en la boca

* Hiponasalidad: puede sonar como si se estuviera resfriado

» Generalmente afecta a la /m, n, ŋ, ɲ/

» Puede acabar sonando como la /b, d, g/

» Puede ser una complicación de la operación [ŋ = ng]

[ ɲ = ñ ni**ñ**o] [j=y **Y**olanda] [x=j **J**ose] [tʃ=ch **ch**ica]

**La articulación:** La articulación tiene que ver con la colocación, es decir, si el niño puede poner sus labios y lengua en el lugar correcto para producir el sonido (labios juntos para la /b/ y la /p/ o la lengua detrás de los dien- tes para la /t/ o la /d/). Antes de que se repare el paladar, no hay separa- ción entre la cavidad nasal y la boca. Esto significa que el niño no puede acumular presión del aire en la boca, porque el aire se escapa por la nariz. Entonces, los niños con paladares hendidos aprenden costumbres malas (oclusivas glóticas, fricativas faríngeas, etc.) y hacen sonidos de manera incorrecta. Es el trabajo de la terapeuta del habla y lenguaje enseñarle la colocación correcta para que se pueda producir los sonidos perfectamen- te después de la cirugía.

**La entonación:** Un paladar hendido no afectaría mucho a la entonación.

**Para ver ejemplos de cambios de la respiración (hipernasalidad, la hiponasalidad) y la fonación (características de voz), muéstreles el video de leadersproject.org *– c- Module 2.1 - Recolección de Datos Preliminares y Observaciones Clínicas***

<http://www.leadersproject.org/2014/05/18/terapia-del-habla-para-pala-> dar-hendido-2-1-evaluacion-preliminar/

—Empiece en 0:42 y continúe hasta a 1:38

No avancen hasta que la clase entienda:

* + *¿Cómo afectaría el paladar hendido a la respiración?*
  + *¿Cómo afectaría el paladar hendido a la fonación?*
  + *¿Cómo afectaría el paladar hendido a la resonancia?*
  + *¿Cómo afectaría el paladar hendido a la articulación?*
  + *¿Cómo afectaría el paladar hendido a la entonación?*

## La producción de sonidos

Es importante saber cómo se producen los sonidos para poder tratarlos. También, es importante escuchar cómo se producen los sonidos normales para saber identificar cuando las personas con paladar hendido los produ- cen de manera incorrecta. Si una terapeuta de habla y lenguaje no sabe cómo producir un sonido, es imposible que pueda enseñarle la producción correcta un niño con paladar hendido que produce los sonidos de manera incorrecta.

**Ejercicio:** Organice una discusión sobre cómo se produce cada sonido. Hable de dos sonidos como la “m” y la “n” para proveer un ejemplo a la clase. Después, haga que la clase se divida en grupos pequeños para hacer un ejercicio de actuación. Una persona es el terapeuta y tiene que practicar**“f” como en *fuego:***

* + los dientes de arriba tocan el labio de abajo
  + no hay vibración

**“l” como en *lápiz:***

* + los labios separados
  + la punta de la lengua toca la parte de arriba de la boca, apenas detrás de los dientes
  + hay vibración

**“s” como en *serpiente:***

* los labios separados
* la punta de la lengua toca la parte de arriba de la boca, apenas detrás de los dientes

» relaja la lengua

* sin vibración

describiendo al “paciente” como deben colocar sus labios y lengua para producir un sonido (asigne un sonido a cada grupo). Dígale a cada grupo que tendrá que explicar al resto de la clase cuáles estrategias implemen- tadas fueron las más útiles para el “paciente”.

**Ejercicio**: Organiza una discusión sobre cómo afectaría el paladar hendido a cada sonido mencionado anteriormente, y en cómo afecta el paladar hendido a la producción de las frases que usamos para examinar nuestros pacientes. ¿Es un sonido de alta presión o baja presión?

**“m” como en *manzana:***

* + los labios juntos
  + los labios, la nariz, y el cuello vibran
  + siente la vibración

**“n” como en *nariz:***

* + los labios se separan
  + alza la punta de la lengua y toca la parte de arriba de la boca
  + la nariz y el cuello vibran

» toca y siente la vibración

**“w” como en *huevos:***

* + empieza con los labios redondeados

» como si bebiera algo

* + termina con los labios extendidos
  + la lengua no toca nada
  + el cuello vibra

**“p” como en *perro:***

* + los labios juntos
  + explosión al separar los labios
  + no hay vibración

**“b” como en *barco:***

* + los labios juntos
  + explosión al separar los labios
  + hay vibración

**“t” como en *todo:***

* los labios separados
* la punta de la lengua toca la parte de arriba de la boca, apenas detrás de los dientes
* el aire está bloqueado tras la lengua
* luego, baja la lengua
* sin vibración

**“d” como en *dar:***

* los labios separados
* la punta de la lengua toca la parte de arriba de la boca, apenas detrás de los dientes
* el aire está bloqueado tras la lengua

» luego, baja la lengua

* con vibración

**“k” como en *kilo:***

* alza la parte de atrás de la lengua hacia el paladar
* no hay vibración de las cuerdas vocales

**“g” como en *gato:***

* alza la parte de atrás de la lengua hacia el paladar
* siente la vibración en el cuello

**Para revisar lo que han discutido (o si el grupo tiene dificultad con el contenido), muéstreles el video de leadersproject.org** – ***d Module 1.2 - Introducción - Efecto del paladar hendido en el habla***

<http://www.leadersproject.org/2014/05/19/terapia-del-habla-para-pala-> dar-hendido-1-2-introduccion-cleft-palate-speech-therapy-introduction/

—Empiece en 1:08 y continúe hasta el fin

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

* + *¿Cómo se producen todos los sonidos?*
  + *¿Cuales sonidos son de alta presión? ¿Y de baja presión?*
  + *¿Cuales sonidos serán difíciles de producir para niños con paladares hendidos?*

## Clasificación de las consonantes: lugar, manera y voz

Alfabeto fonético internacional:

**Ejercicio:** Dígale a los alumnos que repasen esta gráfica que tiene todos los fonemas en español antes de discutir el lugar, manera, y voz de los sonidos. Los fonemas sonoros (o tonales) están a la derecha y los sordos (no tonales) están a la izquierda en cada cuadro.

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

* *¿Cuáles consonantes son oclusivos?*
* *¿Cuáles consonantes son fricativos?*
* *¿Cuáles consonantes son nasales?*
* *¿Dónde se producen cada consonante?*
* *¿Cuáles consonantes son sordas?*

*¿Y sonoras?*

## El orden del desarrollo normal de las consonantes

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Bilabial** | **Labio-dental** | **Alveolar** | **Alveo- palatal** | **Palatal** | **Velar** | **Glotal** |
| Oclusivas | p·b |  | t·d |  |  | k·g | ʔ |
| Nasales | m |  | n |  | ɲ |  |  |
| Trill |  |  | r |  |  |  |  |
| Tap/Flap |  | ɾ |  |  |  |  |  |
| Fricativas |  | f | s |  |  | x |  |
| Africadas |  |  |  | t·ʃ |  |  |  |
| Glides | w |  |  |  | j |  |  |
| Laterales |  |  | l |  |  |  |  |

Si un niño no puede producir un sonido, asegúrese que el sonido sea apro- piado para su edad. Si un sonido no es apropiado para la edad del niño, elija un sonido que sí lo sea.

3 años: m, p,b

4 años: k, l, w, f, t,

5 años: d, g, ñ, r, y, ch

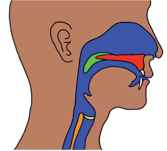
6 años: s

7 años: rr

Los niños deberían usar los fonemas en palabras, frases, y conversación sin errores a estas edades.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3;3 | 3;7 | 3;11 | 4;3 | 4;7 | 4;11 | 5;7 | >5;7 |
| p.b·t | k·w·m·n | j·l | f | tʃ·d·g·ɾ | x·ɲ | s | r |

*Por Goldstein, B. (2000). Cultural and linguistic diversity resource guide for speech-language pathologists. San Diego, CA: Singular.*



**Evaluación:** Utilicen esta imagen del mecanismo velofaríngeo, que está en el cuaderno de “Anatomía y Fisiología,” para identificar dónde se produce cada conso- nante. La clase debe marcar dónde se pro- ducen las consonantes bilabiales, alveolares, y velares.

A los cuatro años, los niños monolingües con desarrollo normal han adqui- rido la mayoría de los sonidos del lenguaje con la excepción de /g, f, s, ɲ, r, ɾ/. Es importante recordar que existen variaciones dialectales que afectan la fonología. Tenga eso en cuenta cuando evalúe a pacientes con dialectos distintos al suyo.

## Las vocales

En español hay cinco vocales. Las vocales no deberían estar afectadas por paladar hendido. Todas las vocales son sonoras y se producen con voz.

Ejemplos de las vocales:

/**a**/: casa

/**e**/: me

/**i**/: sin

/**o**/: yo

/**u**/: azul

**DÍA 2**

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

* + *¿Cuáles consonantes puede producir un niño típico de tres años?*
  + *¿Cuáles consonantes puede producir un niño típico de cuatro años?*
  + *¿Cuáles consonantes puede producir un niño típico de cinco años?*
  + *¿Cuáles consonantes puede producir un niño típico de seis años?*
  + *¿Cuáles consonantes puede producir un niño típico de siete años?*
  + *¿Cuáles vocales hay en español?*

Evaluación sobre la información del Día 1

# Errores posibles del habla

## Errores cometidos por personas con fisuras abiertas y reparadas:

Hay dos tipos:

* 1. Errores que continúan porque son costumbres adquiridas a raíz de tener una fisura abierta
  2. Errores anatómicos y fisiológicos
     1. Evaluación: ¿En qué consiste este tipo de error?

» Pregúntele a la clase lo que piensa y deles unos minutos para discutir la respuesta

* + 1. Respuesta: No se pueden corregir a través de terapia del habla y necesitan otra cirugía. Es esencial que entiendan este concepto porque es nuestra responsabi- lidad mandarlos a consulta con el cirujano si otra operación es recomendada.

Es importante explicar a la clase que la terapeuta debe poder distinguir entre estos dos tipos de errores a través de un análisis del habla del niño. Si un niño es estimulable para solamente un sonido de alta presión, es probable que no es un error anatómico y fisiológico y no necesite otra cirugía.

Idealmente usted quiere que el niño/a practique los sonidos tres veces a día, 100 veces cada vez. Una forma fácil de practicar los sonidos es con libros o juegos disponible en Leadersproject.org.

**Ejercicio:** Repase todos los sonidos. Hágale las siguientes preguntas al grupo.

1. ¿Cómo se producen los siguientes grupos de sonidos?
   1. /m/ /p/ /b/ /w/ - Estos sonidos van juntos porque todos se producen en los labios. Son sonidos bilabiales.
   2. /p/ /b/ /t/ /d/ /k/ /g/ - Estos sonidos van juntos porque todos son oclusivos y sonidos de alta presión.
   3. /s/ /z/ /θ/ /ð/ /ʃ/ - Estos sonidos van juntos porque son fricativos.
   4. Vocales – Todas las vocales se producen con voz.
   5. /s/ /p/ /t/ /k/ - Todos estos sonidos se producen sin voz.
2. ¿Por qué estos sonidos son agrupados juntos/qué tienen en común?

¿Lugar, manera o voz?

* 1. Importante: si aún no conocen las clasificaciones de lugar, manera y voz, deben PARAR y revisar cada término y qué fonemas pertene- cen a cada categoría antes de continuar.

1. ¿Cómo afecta el paladar hendido a la producción de estos sonidos?

Otras demostraciones, si la clase tiene dificultad con la categorización de los sonidos: Haga que el grupo se divida en equipos y use la mano para sentir cómo se siente al producir cada sonido. ¿Se siente la vibra- ción de las cuerdas vocales en el cuello, si o no? ¿Hay una explosión del aire, si o no? ¿Dónde se produce cada sonido?

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

* *¿Cuáles consonantes puede producir un niño típico de tres años?*
* *¿Cuál es la diferencia entre los errores adquiridos y los errores anatómicos?*
* *¿Para qué tipo de errores se necesita empezar terapia y para cuáles no?*

## Efectos de disfunción velofaríngea en el habla

* 1. Emisiones nasales
  2. Consonantes débiles
  3. Errores por costumbres adquiridas a raíz de tener un paladar hendido

**Muestre el video de leadersproject.org para ver ejemplos de cada error – e Module 2.2 *Evaluación - Identificación de errores comunes del habla en el paladar hendido***

http://www.leadersproject.org/2014/05/18/terapia-del-habla-para-paladar-hendido-2-2-evaluacion-cleft-palate-speech-therapy-evaluation-2/

—Muestre el video completo

No avance hasta que la clase entienda estos conceptos:

* *Cuando una persona tiene disfunción velofaríngea*

*¿qué es lo que causa las emisiones nasales, consonan- tes débiles, oclusiones glóticas, y fricativas faríngeas? Es importante incorporar el conocimiento sobre la anatomía y la fisiología en la respuesta.*

## Tipos de errores:

* Aprendidos por no tener una oclusión velofaríngea adecuada
* Se cambia el lugar de articulación normal y se producen los sonidos hacia la parte de atrás de la boca/garganta
* Ejemplos de errores:

» Oclusivas glóticas\*

» Oclusivas faríngeas\*

» Fricativas faríngeas\*

» Africadas faríngeas

» Fricativas nasales posteriores

» Fricativas nasales

» Oclusivas palatales medio-dorsales

*\* Errores más comunes, en los que nos centraremos*

* 1. Emisiones nasales
     1. Resultado del aire saliendo por la nariz al no haber una oclusión adecuada
     2. Puede que sea una costumbre adquirida o un problema anatómico y fisiológico
     3. Provienen de fístulas
     4. Afectan a consonantes, principalmente aquéllas que requieren más presión
     5. Puede que sea emisión de aire tanto oral como nasal o puede que sólo sea nasal
     6. Puede que se observen muecas
     7. Las emisiones nasales obligatorias pueden tener causas anatómi- cas/estructurales (un paladar hendido sin reparar o mal operado, por ejemplo, fístulas)

» Estos requieren cirugía o una prótesis

* + 1. Las emisiones nasales aprendidas puede que sean específicas para un sonido

» afectan a ciertos sonidos, mientras que los demás no se ven

afectados

» afecta sobre todo a los sonidos /s, z, tʃ, j/

» si son sonidos mal aprendidos, se pueden corregir sin cirugía

* + 1. (0:29 - 1:22) en el video de arriba

[tʃ = ch]

* 1. Oclusiva glótica
     1. Producción en la parte inferior de la garganta (laringe)
     2. Generalmente sustituye a la /p, b, t, d, k, g/ y también puede sustituir a la

/s, tʃ/

* + 1. Puede parecer que falta un sonido

d.(1:23 - 2:15) en el video de arriba

* 1. Oclusiva faríngea
     1. La parte de atrás de la lengua toca la parte de atrás de la garganta y detiene el aire
     2. Se usa como sustitución de la /k/ y la /g/
     3. (2:15 - 2:50) en el video de arriba
  2. Fricativa faríngea
     1. La parte de atrás de la lengua se aproxima a la parte de atrás de la garganta
     2. Suena como al hacer gárgaras
     3. Sustituye principalmente la /s/ y /tʃ/

d.(2:50 - 3:14) en el video de arriba

Ejercicio 1: Hágale al grupo que practiquen como producir cada error posible (ej., oclusivas glóticas, oclusivas faríngeas, fricativas faríngeas, africadas faríngeas, fricativas nasales posteriores, fricativas nasales, oclusivas palatales medio-dorsales) para que entiendan cómo las personas

con errores hacen la producción incorrecta de los sonidos.

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

* *¿Qué es una emisión nasal?*

» *¿Cómo se produce?*

» *¿A cuáles sonidos sustituye típicamente?*

» *¿Por qué es importante cuando alguien produce una emisión nasal obligatoria?*

* *¿Qué es una oclusión glótica?*

» *¿Cómo se produce?*

» *¿A cuáles sonidos sustituye típicamente?*

* *¿Qué es una oclusión faríngea?*

» *¿Cómo se produce?*

» *¿A cuáles sonidos sustituye típicamente?*

* *¿Qué es una fricativa faríngea?*

» *¿Cómo se produce?*

» *¿A cuáles sonidos sustituye típicamente?*

# Ejercicios motores orales no-verbales

Los ejercicios motores orales no-verbales son técnicas que no invo- lucran la producción del habla sino que se usan para estimular las habili- dades del habla. Estos ejercicios normalmente consisten en soplar burbujas o silbatos, en mover la lengua (empujar, enroscar), sonreír, y otros tipos de movimientos orales. Aunque los ejercicios motores orales (EMO) han sido utilizados mucho por los fonoaudiólogos en las últimas décadas, la evidencia claramente no apoya su uso en la terapia del habla cuando hay que cambiar la producción de los sonidos.

Ejercicio: En grupo, repasen todos los documentos de ejercicios motores orales no del habla. Es esencial que todos sepan que estos ejercicios NO FUNCIONAN. Pero se recomienda no pasar demasiado tiempo en este tema.

Los siguientes artículos tienen más información

* 1. Información amena para padres sobre ejercicios motores orales

(no-verbales) Poster presentado en la Convención de ASHA en 2011, San Diego, CA.

» Los doctores Watson y Lof dan explicaciones que las fonoau- diólogos pueden usar para responder a los comentarios y las preguntas de padres con respecto a los EMO.

* 1. Cinco Razones por las que los Ejercicios Motores Orales no funcio- nan. Lof, G. L., & Watson, M. (2010).

» \*\*Los doctores Watson y Lof presentan cinco razones porque los ejercicios motores orales no funcionan.

Para todos los casos prácticos/escenarios de actuación:

una persona es el “paciente” quien tiene el habla de paladar hendido según las instrucciones y parámetros proveídos para cada ejercicio específico. La otra persona es la “terapeuta del habla” quien tiene que aplicar una serie de estrategias para corregir el habla del paciente con paladar hendido.

Caso práctico 1 (p, b)

Un niño de 5 años entra su oficina para su cita. Ya ha revisado su historia médica y nota que tuvo la primera cirugía a los 3 años. Los padres todavía no saben si necesita otra cirugía y por eso le contactaron. Después de la entrevista, examina los sonidos del niño y nota que tiene solamente los sonidos nasales, sonidos de baja presión y las vocales. El niño produce las consonantes de alta presión con una oclusiva glótica.

Preguntas sobre este caso:

1. ¿Qué va a preguntarle a los padres durante la entrevista?
   1. ¿Cuál es su preocupación actual?
   2. ¿Cuáles sonidos usa el niño y lo/la entienden?
   3. Pregunte más sobre su historia médica (embarazo, operaciones, audición, infecciones de oído, etc.)
2. ¿Con cuáles sonidos va a empezar la terapia?
   1. Si la clase no responde la /p, b/, explique que empezamos con estos sonidos porque son los sonidos más visibles (se hacen en los labios – en la parte más anterior de la boca.) También estos sonidos son los primeros que desarrollar en un niño típico.
3. ¿Por qué va a empezar con los sonidos /p, b/?
4. ¿Qué estrategias va a usar para eliminar las oclusivas glóticas para la /p/ y /b/?
   1. Elimine las oclusivas glóticas
   2. Use una “j” suave y junten los labios para hacer la /p/, al principio de una sílaba y luego inserte la palabra
   3. Use el sonido nasal /m/ para ayudar a hacer la /b/
   4. Use la /p/ para ayudar a hacer la /b/
5. ¿Cómo va a incluir a los padres en el proceso?

¿Qué sugerencias les va a dar?

* 1. Utilice las estrategias y después haga que los padres lo intenten.
  2. Preséntale un juego al paciente e invite a los padres que participen.

6.¿Cómo sabrá cuándo puede incorporar un sonido nuevo en la terapia?

1. Debe incorporar otro sonido en la terapia cuando el niño ya emite bien estos sonidos independientemente el cien por ciento del tiempo.
2. ¿Cuáles sonidos puede añadir después de la /p, b/?
   1. Después de la /p, b/, practiqué la /t, d/ porque también son sonidos que se producen en la parte anterior de la boca.

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

* *¿Qué son los ejercicios motores orales no-verbales?*
* *¿Por qué no funcionan?*
* *¿Qué le diría a un padre o a una terapeuta que insista en utilizar ejercicios motores orales no-verbales?*
* *¿Cuáles estrategias utilizaría para adquirir la /p, b/?*

Evaluación sobre la información del Día 2

**DÍA 3**

# Paladar hendido submucoso

## ¿Qué es un paladar hendido submucoso?

* + Un defecto innato
  + Afecta los músculos del velo y la superficie huesuda del paladar duro
  + A menudo ocurre como parte de varias malformaciones

**Muestre el video de leadersproject.org ahí *– f Module 1.4 - Introducción - Características del paladar hendido submucoso***

http://www.leadersproject.org/2014/05/19/terapia-del-habla-para-paladar-hendido-1-4-intro-caracteristicas-del-paladar-hendido-submucoso/

—Empiece en 0:25 y continúe hasta 0:55

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

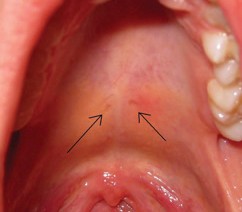
* + - *¿Qué es el efecto de un paladar hendido submucoso?*

## Las características del paladar hendido submucoso

Se diagnostica paladar hendido submucoso al detectar la presencia de una o más de las características clásicas:

1. La úvula bífida
   1. Puede estar dividida por la mitad con dos estructuras penduladas
   2. Puede aparecer como una estructura con una línea por el centro
   3. Puede tener una marca simple en el borde posterior
   4. La úvula puede aparecer pequeña y no desarrollada - hipoplásica
   5. Muestre el video de arriba - 0:55 hasta 1:28
2. La zona pelúcida
   1. Un área azul en medio del velo
   2. El velo aparece como si tuviera una “V” invertida, especialmente durante la fonación
   3. Se debe a la inserción anormal de los músculos del velo palatino en la sección posterior del paladar duro, en vez de la mitad del velo
   4. Muestre el video mencionado arriba - 1:28 hasta 2:15
3. La depresión en el borde posterior del paladar duro
   1. Muestre el video de arriba - 2:16 hasta 2:51

Ejercicio: Haga que todo el grupo observen todas las fotografías en la carpeta de “Paladares Hendidos Submucosos.” Practiquen como identificar las tres características en cada foto.

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

* + - *¿Qué son las tres características clásicas de un paladar hendido submucoso?*
    - *¿Cómo se ve cada una?*

## El efecto del paladar hendido submucoso

* + Es posible tener disfunción velofaríngea
  + Es posible tener problemas de habla
  + Es posible tener problemas para tragar (con la regurgitación nasal), especialmente en el primer año
  + Mayor riesgo de contraer infecciones del oído medio debido a la inserción anormal del músculo tensor veli palatini, que puede causar la disfunción de la trompa de Eustaquio

### La terapia para hendiduras submucosos es indicada cuando hay evidencia de la disfunción velofaríngea que afecta el habla.

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

* + - *¿Es necesario dar terapia a personas que tiene un paladar hendido submucoso en todos casos?*
    - ***Termina esta frase:*** *Haría terapia con un niño con paladar hendido submucoso si...*

» *Respuesta: tiene disfunción velofaríngea y presenta el habla típica de paladar hendido*

Caso práctico 2 (t, d)

Está con una niña de 8 años y su madre. Usted sabe que la primera cirugía fue hace 4 años. La madre le dice que han probado varios sitios para recibir terapia, pero ninguno ha sido exitoso. Cuando le pregunta sobre lo que hicieron las otras terapeutas, ella le dice que usaron los ejercicios motores orales no-verbales. La niña ya tiene todas sus nasales, vocales, consonantes de baja presión, y la /p, b/. La niña produce la /t, d/ como oclusivas palatales medio-dorsales.

# Aspectos alimenticios

Debido al paladar hendido y la abertura entre la boca y la cavidad nasal, el bebé no puede crear la succión que necesita para sacar la leche del bibe- rón o del pecho. Sería similar a beber con un popote que tuviera un hueco grande en el medio. A los bebés con paladar hendido les puede tomar más tiempo para alimentarse o la leche puede salirle por la nariz. Esto se llama "regurgitación nasal." El bebé también puede tragar más aire mientras se alimenta. Debido a estos problemas, es necesario hacer algunos cambios en la forma de alimentar al bebé.

### Cómo alimentar a un bebé con paladar hendido antes de la cirugía:

* 1. Mantenga al bebé en una postura vertical
  2. El bebé necesita 2 onzas de leche/fórmula por cada libra que pese, o 150 mililitros de leche/fórmula por cada kilo que pese, cada 24 horas
  3. Coloque la tetina en la lengua por el lado del paladar donde no hay fisura o, en caso de ser fisura bilateral, en un área intacta del paladar o a un lado de la mejilla y hueso alveolar si es una fisura ancha
  4. Limite el tiempo de alimentación a 20-30 minutos
  5. Haga que el bebé eructe de manera frecuente (cada 5-8 minutos)
  6. Controle que el bebé aumente de peso
  7. Mantenga constante el método de alimentación
  8. Limpie el área oral/nasal después de cada comida

**Muestre el video de leadersproject.org *- g Module 2 - Alimentación para bebés con paladar hendido***

<http://www.leadersproject.org/2013/03/13/alimentacion-para-> bebes-con-paladar-hendido/

—Muestre todo el video

Preguntas sobre este caso:

1. ¿Qué le va a preguntar a los padres durante la entrevista?
2. ¿Con cuáles sonidos va a empezar la terapia?
   1. Trabaje con los sonidos /t, d/
3. ¿Porque va a trabajar los sonidos /t, d/?
4. ¿Qué estrategias va a usar para la /t/ y /d/?
   1. Usar dibujos, enseñar lo que tiene que hacer con la lengua para producir el sonido. La lengua tiene que tocar la parte de atrás de los dientes frontales.
   2. Usar una “j” suave
   3. Como el sonido /n/ se produce de la misma manera (y la /n/ será fácil para ellos porque es nasal), pude hacer que finja producir una /n/ cuando en realidad estén diciendo /t/ o /d/
   4. Usar más fuerza para /d/ que para /t/
5. ¿Cómo va a incluir a los padres en el proceso? ¿Qué sugerencias les va a dar?

6.¿Cómo sabrá cuándo puede incorporar un sonido nuevo en la terapia?

7. ¿Por qué nunca debería usar los ejercicios motores orales no-ver- bales para dar terapia a un niño que tiene paladar hendido?

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

* *¿Cuáles estrategias usaría para adquirir la /t, d/?*
* *¿Por qué fue mala práctica que la terapeuta a n t e r i o r usara ejercicios orales*

*no-verbales?*

Caso práctico 3 (k, g)

Usted tiene la primera sesión con una adolescente de 13 años. Durante la entrevista, aprende que tuvo dos cirugías, una cuando tenía 3 años y la segunda cuando tenía 10 años porque todavía presentaba errores anatómicos y fisiológicos. Cuando examina sus sonidos, nota que su error principal es la oclusiva faríngea en la /k/ y la /g/. También tiene emisiones nasales en todos los sonidos de alta presión: /p, b, t, d, k, g/. Con apoyo visual y verbal, produce la /p/ bien, sin la emisión nasal.

Preguntas sobre este caso:

1. ¿Los errores que tiene ahora se deben a errores anatómicos o costumbres adquiridas? ¿Cómo sabe?
   1. Son errores adquiridas por costumbres incorrectas porque el niño sí puede pronunciar la /p/.
2. ¿Con cuáles sonidos va a trabajar cuando empiece la terapia?
   1. Trabajar con la /p, b/ para las emisiones nasales, porque son los sonidos más anteriores.
   2. Pueden también trabajar con la /k, g/.
3. ¿Qué estrategias va a usar para mejorar las emisiones nasales?
   1. Producción de una /t/ larga.
   2. Puede utilizar una pajita enfrente de la boca para incrementa la conciencia sobre la producción del sonido
4. ¿Qué estrategia va a usar para la oclusiva faríngea?
   1. Para eliminar la oclusiva faríngea – puede mover el sonido hacia arriba y adelante
   2. Usar dibujos
   3. Enseñarle al paciente que la parte de atrás de la lengua tiene que “saltar”
   4. Explíquele al paciente que está haciendo el sonido en la “garganta” y queremos un “sonido en la boca”
   5. Permita que el paciente escuche cómo está produciendo el sonido de manera incorrecta y cómo debería producirlo
   6. Puede que /g/ sea más fácil que /k/
   7. Haga que tosa para que sienta el sonido
   8. Haga que mueva la cabeza hacia atrás mientras producen el sonido (moviendo la cabeza hacia atrás, la lengua saltará automáticamente)
   9. Hágale hacer gárgaras con agua mientras produce el sonido /g/ y gradualmente disminuye la cantidad de agua en su boca hasta eliminarla por completo.
5. ¿Es necesario darle tarea para hacer en casa?

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

* *Diga tres cosas importantes que los padres deben hacer cuando alimenten a su bebé con paladar hendido.*
* *¿Qué estrategias usarías para adquirir la /k, g/?*
* *¿Qué estrategias usarías para omitir emisiones nasales?*

Tema para discusión - ¿Cómo afectaría el desarrollo de sonidos de los bebés con labio y/o paladar hendido después de los 6 meses? Haga que piensen sobre este tema antes de repartirles la siguiente información:

1. Problemas con el desarrollo de sonidos cuando un bebé tiene paladar hendido
   * Problemas con sonidos que salen de la boca (“pa,” “ba,” “ta,” “da”)
   * Problemas posibles del oído, por lo que no pueden escuchar cómo se hacen o producen los sonidos
   * Continúan los sonidos en la garganta (pregúnteles, ¿por qué?)
   * Los sonidos palatales no aparecerán hasta que se repare el paladar (“ka,” “ga,” “la”)

Ejercicio: ¿Qué pueden hacer antes de la cirugía para aumentar el habla de los bebés con paladar hendido?

Respuestas posibles:

* + Trabajar en la ubicación de los articuladores antes y después de la cirugía

» en los bebés antes de la cirugía para prepararlos

» y en las personas sin reparación del paladar hendido

» Por ejemplo, aunque no pueda producir la /p/, enséñale que se produce la /p/ como la /m/, con los labios juntos. En vez de decir “papá,” enséñale decir “mamá”, porque después de la cirugía, podrá decir los sonidos en la manera correcta. Para p r e v e n i r que adquiera malas costumbres antes de recibir la cirugía (como oclusiva glótica)

* + La ubicación de los articuladores es importante para la inteligibili- dad y para que los niños estén listos para después de la cirugía
  + Use un vocabulario que consista de sonidos que el niño pueda decir (como mamá, mío, mano)

*(Hay más información sobre este tema en la parte VIII. Tratamiento)*

# La producción del habla

## Los primeros sonidos de los bebés

* + Antes de los 6 meses:

» Primeras vocalizaciones son producidas en la garganta

* + A los 6 meses se observan diferencias

» En desarrollo normal:

› empiezan a hacer sonidos en la parte de delante de la boca (sonidos alveolares, cómo “pa,” “ba,” “ta,” “da”)

› hacen menos sonidos con la garganta

Caso práctico 4 - /s/

Usted tiene la primera sesión con un adolescente de 16 años. Ella tuvo una cirugía exitosa cuando tenía 2 años. Recibió terapia desde los 2 años hasta los 4 años. Después de estos dos años los errores que tenía con oclusivas glóticas, emisiones nasales, etc. mejoraron. Pero ahora, produce la /s/ como una fricativa faríngea. Puede producir la /s/ correctamente aislada, pero cuando dice el sonido en sílabas, palabras, y frases, lo produce como una fricativa faríngea.

Preguntas sobre este caso:

1. ¿Por qué cree que su terapeuta anterior no trabajaba con la /s/?
   1. Piensa en el desarrollo normal de los sonidos y las edades en que los niños adquieren la /s/
2. ¿En qué posición vas a empezar trabajar con la /s/?
   1. Trabaje en sílabas porque es lo que sigue en la jerarquía de tratamiento.
3. ¿Qué estrategias puede usar para una fricativa faríngea?
   1. Mueva el sonido hacia arriba y adelante
   2. Use dibujos
   3. Explicar que la lengua tiene que tocar la parte de atrás de sus dientes superiores o inferiores
   4. Explicar que el paciente está haciendo el sonido en la “garganta” y que queremos un “sonido de la boca”
   5. Permita que escuchen cómo está produciendo el sonido de manera incorrecta y cómo deberían producirlo
   6. Produzcan un sonido “j” largo y suave y muerde hacia abajo para producir una /s/
   7. Producir una /t/ larga
   8. Haga que sientan el aire salir de la boca
4. ¿Qué tarea va a dar?
   1. Se pueden usar las Sílabas de Acevedo para la tarea.

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

* + - *¿Qué sonidos desarrollan los bebés antes de los 6 meses?*
    - *¿Cuáles después de los 6 meses?*
    - *¿Qué problemas con el desarrollo de los sonidos anticiparía en un bebé que tiene paladar hendido?*
    - *¿Qué estrategias usaría antes de una cirugía para aumentar el habla?*
    - *¿Cuáles estrategias usaría para adquirir la /s/?*

**DÍA 4**

Evaluación sobre la información del Día 3

# Evaluación

He aquí una lista que incluye todo que necesita para hacer una evalua- ción a un niño con paladar hendido.

## Ejemplo de una evaluación diagnóstica y entrevista

* 1. *La cuestión Preocupante* (es decir, ¿cuál es la preocupación de los padres?, ¿quién lo refirió?, ¿por qué?, ¿estuvo evaluado antes?). El tratamiento anterior (cuánto tiempo, cuántas veces/sesiones individuales, ¿cuáles fueron las metas de la terapia?)
  2. *Articulación* (qué sonidos usa el niño, ¿le entiende los demás?, ¿cuáles sonidos no utiliza/ tiene dificultad con la producción?
  3. *Resonancia* (el niño/a suena hiper- o hipo-nasal)
  4. *Lenguaje* (¿Entiende el lenguaje?, ¿Cómo se comunica, palabras / gestos / entonación?, ¿combina palabras?) ¿Cuáles son sus comunicaciones más avanzadas?, ¿Cómo se compara a sus compañeros de la misma edad o a sus hermanos cuando tenían la misma edad?
  5. *Historia Clínica* (embarazo, cirugías anteriores, infecciones del oído, problemas médicos)
  6. *Historia del Desarrollo* (hitos del habla y motores)
  7. *Habilidades de Alimentación* (dificultad chupando, masticando, aumentando de peso)
  8. *Voz* (rasposa, ronco)
  9. *Muestra del habla*
     1. *Prueba de Articulación* – permite ver patrones
     2. *Repetición de sílabas* – fonema aislado, determine si existen emisiones nasales en un fonema específico
     3. *Repetición de oraciones* – ayuda a determinar si el niño puede producir diferente tipos de fonemas, incluyendo sonidos de alta presión, sonidos sonoros/sordos, diferencia las oraciones que contienen sonidos orales y los que contienen sonidos nasales.
     4. *Discurso Conectivo* (alfabeto, números) hipernasalidad e hipona- salidad y emisiones nasales se ven más evidentes porque agotan el sistema velofaríngeo, y permiten evaluar su habla global. La inteligibilidad, es influida por el contexto, y la consistencia de errores de los sonidos
     5. *Investigaciones de estimulabilidad* – identifique estrategias que facilitan la producción correcta, identifique los sonidos que se pueden modificar fácilmente.

## Maneras de evaluar las habilidades del habla del paciente

Repetición de sílabas

* Le dejará escuchar cada sonido de manera aislada
* ¿Afecta a todos los sonidos? ¿O sólo a algunos?

Repetición de frases

* Permite evaluar a cada sonido, incluyendo los de alta presión
* Hay que diferenciar las frases con palabras que tengan sonidos orales vs. nasales

Habla continua (alfabeto, números)

* + Preste atención a la hipernasalidad y las emisiones nasales
  + Los errores del habla pueden ser más evidentes porque es más difícil hablar durante una conversación
  + El sistema velofaríngeo trabaja mucho más durante una conversa- ción que en palabras aisladas

Examen de estimulación

* + Identifique las estrategias que faciliten la producción correcta de sonidos
  + Identifique aquellos sonidos que sean más fáciles de modificar

## Frases de muestra

* + Sonidos nasales - no deberían estar afectados

» /m/ - Mi mamá me ama

» /n/ - La niña mueve la moña

» /ɲ/ - La niña mueve la moña

* + Sonidos de baja presión - no deberían estar demasiado afectados

» /l/ - Lulú lee el libro

» /ʎ/ - Oye la lluvia allá

» /w/ - A Wilma le gustan los huevos

» /x/ - Julia dejó el ajo

» /rr/ - Raúl va al arroyo

## Evaluación de emisiones nasales

* + ¿Se mueven los orificios nasales o las partes externas de la nariz?
  + Las emisiones nasales están presentes durante todos los sonidos de presión

» Variable

› Quizás se deben a una fístula y es necesaria una segunda operación

› Dependiendo de su localización, pueden afectar a sonidos específicos

› Quizás simplemente lo aprendieron para ciertos sonidos y se pueden corregir con terapia

## Resultados

* + ¿Qué sonidos han producido de manera incorrecta?
  + ¿Y de manera correcta?
  + Cuando estén evaluando, comprueben cuáles sonidos se corrigen con facilidad al darles un poco de explicación.
  + Empiecen con los sonidos más fáciles, los sonidos que se pueden corregir más rápido

» /r/ - Raúl va al arroyo

* + Sonidos de alta presión - se verán muy afectados

» /p/ - Pepe pela la pepa

» /b/ - Bibi ve al bebé

» /t/ - Tati ata la tela

» /d/ - A Darío le duele el dedo

» /k/ - Kuki quiere el coco

» /g/ - Hago jugo de guayaba

» /s/ - El sol sale a las seis, Susi sale sola

» /tʃ/ - Chucho echa la leche

» /f/ - La jirafa fue feliz

[ʎ = ll]

## Examen de la boca

* + Labios
  + Nariz
  + Dentadura
  + Lengua
  + Paladar óseo y alveolos dentarios
  + Velo del paladar/paladar blando

## Evaluación de la resonancia

* + Preste atención si el niño es hipernasales o hiponasales
  + Presente o ausente

» Si está presente, ¿es intermitente o continuo?

» Si es intermitente, puede indicar que la oclusión velofaríngea es variable

» Si es continua, puede indicar problemas físicos y puede implicar la necesidad de una segunda operación

* + Utiliza frases que contengan sólo sonidos orales o frases con sólo sonidos nasales

Caso práctico 5 - oclusiva glótica en todos los sonidos

Su paciente es un adulto que tuvo cirugía exitosa pero nunca ha tenido terapia para mejorar el habla. A causa de no tener terapia, produce todos los sonidos de alta presión como una oclusiva glótica. El paciente le pregunta por qué está produciendo estos sonidos de manera incorrecta.

Preguntas sobre este caso:

1. ¿Cómo va a determinar con qué sonido y en qué posición debería empezar?
2. ¿Cuándo debe continuar al siguiente paso en terapia (por ejemplo, de la posición aislado a sílabas, sílabas a palabras, etc.)?
3. ¿Como le va a explicar qué está pasando cuando produce una oclusiva glótica?
   1. Use la foto del mecanismo orofacial para explicarlo
   2. Hágalo usando palabras simples para que el paciente le entienda
4. ¿Qué estrategias va a utilizar para una oclusiva glótica?
   1. Use dibujos y explique le al paciente que está produciendo el sonido en la “caja de voz,” y que queremos un “sonido de boca”
   2. Imite el sonido incorrecto para que el paciente oiga lo que está haciendo
   3. Mantenga una suave “j”
   4. Diga el sonido en sílabas (por ejemplo, ja, je, ji, jo, ju)
5. ¿Qué tarea va a dejar?

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

* + *Pueden nombrar todas las partes importantes de una evaluación de un niño con paladar hendido.*
  + *¿Cuáles son algunas maneras de evaluar las habilidades del habla de un paciente?*
  + *¿Por qué es importante hacer una evaluación de la boca de un paciente?*
  + *¿Cuál es la diferencia entre problemas de resonancia que son continuos y intermi- tentes?*

**DÍA 5**

Evaluación sobre la información del Día 4

# Tratamiento

## Objetivos a largo plazo durante la terapia

Ejercicio: Pregúntele a la clase cuáles son los objetivos a largo plazo durante la terapia. Comenten todos los objetivos a continuación:

* + Eliminar errores de compensación
  + Enseñar lugar de articulación correcto
  + Eliminar/modificar la producción posterior de sonidos
  + Eliminar las emisiones nasales aprendidas; producir los sonidos de forma oral

## Tratamiento antes de la cirugía

Ejercicios: Cuando enseñe esta sección del manual, use los puntos 1-5 que se encuentran a continuación como temas de discusión. Haga que cada punto sea una pregunta y permita que la clase tome unos minutos para tener una discusión sobre lo que piensan al respecto. Cuando hayan formado las ideas, hablen grupalmente sobre cada aspecto y presénteles la información que les falta.

1. ¿Qué puede hacer?
   * Educar a los padres

» Desarrollo normal del habla y el lenguaje

* + Infórmales sobre el impacto del paladar hendido en el desarrollo del habla y del lenguaje
  + Proveer métodos para estimular el temprano desarrollo comunicativo del niño

» Juegos vocales, juegos de balbuceo

* + Enseñar métodos para facilitar la producción correcta de sonidos orales y para eliminar errores

» Enseñe a los padres a discriminar entre articulación oral y

compensatoria

» Enfatice sonidos que ya puedan producir (palabras con sonidos nasales)

* + Es importante trabajar en la ubicación de los articuladores antes y después de la cirugía:

» En los bebés antes de la cirugía para prepararlos

» Y en las personas sin reparación del paladar hendido

* + *La ubicación de los articuladores es importante para la inteligibili- dad y para que los niños estén listos para después de la cirugía*

1. Estrategias para estimular el habla antes de la cirugía:
   * Reforzar sonidos que pueden hacer antes de la operación (nasales, vocales, los de baja presión)
   * Siempre de un modelo correcto
   * No refuerce sonidos equivocados (oclusiva glótica)
   * Refuerce las interacciones y la comunicación en general, contacto visual, intercambio de turnos; imitación, atención
   * Sonidos del ambiente, animales, vehículos, etc
   * Refuerce/explíquele a los padres el punto de articulación correcto
   * No utiliza un tono de habla infantil
   * Vocabulario funcional – palabras con sonidos nasales (mamá, má(s), mío, nene, no, ñaño, allí, mano)
   * En la terapia use diferentes modos que estimulen a varios sentidos conocido como una técnica multi-sensorial. Por ejemplo, agá que digan el sonido, haga que lo escriba, y que lo escuche. Este método estimula varios sentidos a la misma ves que hacen que un niño aprenda un nuevo sonido de una forma más efectiva.
   * Cuando sea posible enfóquese en solo un sonido a la vez, pero si no es posible solamente trabaje con 2-3 sonidos a la ves.
2. Entrevista con los padres antes de la cirugía:
   * Informe a los padres que la variedad y la frecuencia de las vocalizaciones puede disminuir después de la cirugía
   * Puede que el paciente tarde hasta 6 semanas para volver a niveles normales de producción de sonidos
   * Algunas consonantes y vocales pueden aparecer en algunos niños después de la cirugía, y en otros puede que no haiga diferencias
   * Se espera que añadan sonidos orales
   * Puede que el paciente siga utilizando sólo sonidos nasales y que continúe produciendo los sonidos de manera incorrecta por mala costumbre
3. Intervención con un niño que todavía no habla:
   * Sugiera a los padres que usen variedad de sonidos y palabras con cada actividad
   * Anime a los padres a que suban el tono de la voz, ya que los bebés con paladar hendido suelen tener problemas auditivos
   * Ignora malas costumbres (ej., oclusivas glóticas) y ejemplifica la producción de las consonantes orales de manera correcta

» Refuerce la producción de sonidos orales

1. Maneras de desarrollar los sonidos que produce un bebé:
   * Imite las vocalizaciones/balbuceos del bebé
   * Cuando el bebé vocalice de nuevo, repítelo otra vez
   * Añada nuevas consonantes y vocales al balbuceo
   * Fomente las sílabas que el bebé puede producir (ej., wawa, mama, nana, lala, mimi) antes de la cirugía
   * No importa si los padres producen un sonido y el bebé produce un sonido diferente
   * No repita el sonido incorrecto producido por el bebé, produzca el sonido correcto.

Caso práctico 6 - tratamiento antes de la cirugía

Su paciente es un niño que tiene cinco años. Tuvo la cirugía primaria para los labios, pero todavía no le han reparado el paladar hendido. Cuando habla, produce la /p/ y /b/ como un /m/, y usa oclusivas glóticas para la

/t/, /d/, /k/, y /g/. El cirujano ha recomendado que el niño y sus padres le visiten antes de que reciba su cirugía secundaria.

Preguntas sobre este caso:

1. ¿Con cuáles sonidos debe empezar primero? ¿Por qué?
   1. Empieza con la /t/ y la /d/. El niño no va a ser capaz de producir estos sonidos porque su paladar todavía está abierto. Sin embar- go, es importante trabajar en la ubicación de los articuladores antes de la cirugía. Entonces enséñele al niño que debe usar la /n/ para producir la /t/ y la /d/.
2. ¿Qué puede hacer con el niño y sus padres?
   1. Enseñarles la ubicación correcta de cada sonido
   2. Educar a los padres sobre el paladar hendido y cómo pueden reforzar su habla antes de la cirugía.
   3. Infórmales sobre el impacto del paladar hendido en el habla
3. ¿Cómo les vas a explicar lo qué está pasando cuando produce una oclusiva glótica?
   1. Use la foto del mecanismo orofacial para explicarlo
   2. Digalo en palabras simples para que el paciente le entienda
4. ¿Qué estrategias va a usar para oclusivas glóticas?
   1. Use dibujos y explíqueles que el niño está produciendo el sonido en la “caja de voz,” y que queremos un “sonido de boca”
   2. Imite el sonido incorrecto para que el paciente oír lo que está ha- ciendo
   3. Mantenga una suave “j”
   4. Pronuncie el sonido en sílabas (por ejemplo, ja, je, ji, jo, ju)

## Cómo enseñar la producción de sonidos

Ejercicio: Inicie una discusión sobre cómo puede enseñar la producción de sonidos.

* + Enseñe las estructuras orales (labio superior/inferior, dientes superiores/inferiores, lengua moviéndose arriba y abajo, de lado a lado)
  + Use espejos y dibujos para indicar el lugar de articulación correcto vs. lugar de articulación incorrecto
  + Dirija la atención del niño hacia la boca colocando objetos cerca de ella
  + Imite el sonido que están produciendo y hagan que los niños oigan la manera correcta de producir el sonido - hagan que escuchen la diferencia
  + Use etiquetas o rótulos para nombrar cada lugar de articulación (sonido bucal, sonido gutural, sonido laríngeo, sonido nasal)

## Determina cuáles sonidos son estimulables

Ejercicio: Repasen juntos cada parte del análisis, paso a paso para determinar cuáles sonidos son estimulables, use el documento “Speech Sound Assessment and Stimulability.”

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

* *¿Cómo se puede estimular el habla de un niño con paladar hendido antes*

*de la cirugía?*

* *¿Cómo se puede hacer intervención con un niño que todavía no habla?*
* *¿Cómo se pueden desarrollar los sonidos que produce un bebé?*

1. Haga una lista de los sonidos que se produjeron incorrectamente.
2. Busque estos sonidos en el documento titulado “Las maneras de estimular los sonidos”. No se rinda inmediatamente, continúe probando diferentes estrategias para corregir la producción del sonido. No diga solamente “muy bien” o “intenta de nuevo,” en ves, diga “casi,” “mejor,” o más específicamente, “eso fue mejor pero todavía

veo el aire saliendo por tu nariz” o “la próxima vez, recuerda dónde debe estar la lengua, y asegúrate que esté detrás de los dientes” (o donde sea el sonido especifico).

1. En referencia a los sonidos incorrectos de la pregunta número uno, ponga en la lista solamente los sonidos que fueron estimulables.
2. De la lista de los sonidos estimulables, escriba el orden de sonidos según el desarrollo normal de los (usando el documento titulado “Orden de desarrollo”).
3. Seleccione el primer sonido en esta lista para practicar en la terapia (no se debe practicar más de 2-3 sonidos a la vez).
4. Practique la discriminación: ¿Dónde se produce el sonido? Primero, empiece con el adulto produciendo el sonido de la misma manera que lo produce el niño y luego, haga que lo produzca de la manera correcta (por ejemplo, una oclusiva glótica comparada con una oclusiva bilabial) y después, determina si el niño puede identificar cuando el adulto produce el sonido de manera correcta e incorrecta.
5. Una vez que haya elegido el(los) sonido(s) que va a enseñar, enséñele cómo producir el sonido en una sílaba (en combinación con una vocal solamente).
6. Una vez que sea capaz de producir el sonido en sílabas (con todas las vocales), enséñele cómo producir el sonido al principio de una palabra.
7. Una vez que pueda decir esas palabras, haga que lo digan en una frase.
8. Una vez que el niño sea capaz de decir esas palabras en una frase, practique el sonido en una conversación.
9. Una vez que haya completado los pasos 6-9 usando los sonidos en posición inicial de palabras, piensa en palabras que tengan el mismo sonido en posición media en una palabra y repita los pasos 6-9.
10. 12.Si el sonido también existe en posición final de una palabra, después de

completar el paso número 9, repita los pasos 6-9 otra vez con el sonido en posición final.

## Cómo elegir con qué sonidos empezar la terapia

Ejercicio: Empiece una discusión con la clase sobre cuáles sonidos deben elegir para empezar la terapia.

* + Empiece con las consonantes más visibles
  + Sonidos producidos en el frente de la boca
  + Empiece con los sonidos que sean más fáciles de producir y que puedan aprender más rápido
  + Empiece con los sonidos más estimulables

## La jerarquía de la terapia para paladar hendido

Ejercicio: Repasen la *Jerarquía de la Terapia para Paladar Hendido* y miren el video. Después, en grupos de dos personas, uno va a ser el paciente y el otro va a ser la terapeuta del habla y lenguaje. Haga toda la jerarquía con el sonido que sea asignado (por ejemplo, P, B,T, D, K, G, S). Cuando terminen el paso de “conversación,” cambien lugar para ser paciente o la terapeuta. Empiecen la jerarquía con un sonido que vendría después del sonido que practicaron primero. Después de que ambas personas del equipo han trabajado en la jerarquía, empiece una discusión interactiva con toda la clase en la que compartan lo que aprendieron.

## Estrategias para estimular los sonidos

Lean las estrategias que siguen. Después de dar ejemplos para cada es- trategia, y ver los videos (si hay), practiquen cada uno con un compañero.

**Use dibujos:** Enséñale lo que tiene que hacer con los labios/la lengua pa- ra producir este sonido. Usa los dibujos aquí (de la carpeta de “Anatomía y Fisiología”) u otra imagen de la cara. Puedes usar esta estrategia con cual- quier sonido y cualquier error común del paladar hendido.



**Muestre el video de leadersproject.org ahí *– h Module 3.4 - Metodología - Sílabas de Acevedo***

—Muestre todo el video para enseñar estrategias de terapia del habla cuando el niño está en la etapa de sílabas.

No avancen hasta que la clase entienda estos conceptos:

* + *Nombren 4 maneras en que se puede enseñar la producción de los sonidos.*

**Use un espejo:** Puedes usar el espejo para diferentes cosas. Primero, úselo para que el niño pueda ver si sus labios o lengua están en la colocación correcta. Esta estrategia es buena para cualquier sonido.

*• ¿Con qué sonidos se*

*debe empezar la terapia?*

* 1. Discriminación. Comienza con la discriminación entre la produc-

**Muestre el video de leadersproject.org ahí - i *Las estrategias para quitar sonidos en la garganta (oclusión glótica) y para producir la “P”***

ción correcta y la producción compensatoria (ej. la producción de la explosiva bilabial “P” y la producción de una oclusiva glótica)

* 1. Sonidos Aislados. Practica el sonido en forma aislada
  2. Sílabas\*. Practique el sonido en las sílabas (Sílabas de Acevedo:
  + *¿Qué es la jerarquía de la terapia del paladar hendido?*

—Muestre desde 1:27 hasta 2:04

vocal-consonante CV, VCV, VC). Por ejemplo, CV-pa, pa, pa, pa, después pa, pe, pi, po, pu, después VC ap, ap, ap, después ap, ep,

ip, op, up, después, VCV-apa, epe, ipi , opo, upu.

* 1. Palabras\*\*. Practique el sonido en las palabras \*

» Comience en la posición inicial (el primer sonido de una palabra)

» Después en la posición final (el último sonido de una palabra)

» Después en la posición media (el sonido en el medio de una palabra)

* 1. Frases y declaraciones. Practique el sonido en frases cortas y después en las declaraciones.
  2. Conversación. Practique el sonido en la conversación
  3. Comience de nuevo la jerarquía con el sonido siguiente en el plan terapéutico del cliente

También puede usar un espejo para ver si se empaña cuando saca aire por la nariz (solamente se empañaría si es que el espejo esté más frío que el aire del ambiente). Esta estrategia es buena para un niño que presenta emisiones nasales. Tenga cuidado al decir los sonidos en sílabas con esta estrategia porque las vocales van a empañar al espejo. Lo que puedes hacer es mover el espejo después de que el niño diga la consonante.

**Muestre el video de leadersproject.org ahí *– j Module 4: Un Estudio de Caso***

—Muestre desde 6:33 hasta 8:44

**Use la mano:** Puede usar la mano para sentir donde sale el aire: por la bo- ca o la nariz. Esta estrategia es buena para enseñar la corriente de aire con cualquier sonido y cualquier error del paladar hendido especialmente para las emisiones nasales.

**Use una bolita de papel o algodón:** Puede usar una bolita de papel o al- godón para ver que todo el aire salga por la boca en vez de por la nariz. Ponga la bolita en su mano frente a su boca. Si el niño dice los sonidos orales bien, la bolita se va a mover. Si produce el sonido por la nariz, la bolita no se va a mover. Es importante notar que el niño no sople la bolita. Estos no deben ser “ejercicios motores orales no-verbales” y siempre tienen que estar acompañados con un sonido. Use esta estrategia para enseñarle al niño sobre la corriente de aire de la boca a un niño que presenta emisiones nasales.

**Muestre el video de leadersproject.org ahí *– j Module 4: Un Estudio de Caso***

—Muestre desde 2:46 hasta 5:05

**Tape la nariz:** Tápale la nariz al niño para que pueda sentir el aire saliendo por su boca y, gradualmente, destápale los orificios nasales. Use esta es- trategia para eliminar las emisiones nasales con cualquier sonido. Recuer- da que esta estrategia sólo ayuda al niño a darse cuenta qué debe sentir cuando todo el aire sale por la boca. No queremos que sus pacientes apren- dan a depender de esta estrategia. El propósito es que un paciente que produce las emisiones nasales entienda cómo se siente cuando el aire sa- le por la boca y no por la nariz. Poco a poco, es importante que dejes de usar esta estrategia gradualmente, al tiempo que el paciente va adquirien- do los sonidos de alta presión de la manera correcta. No es una estrategia que podrá usar para siempre. No queremos que el niño camine en las calles con sus dedos sobre la nariz.

**Use la “j” suave:** Intente ver si el niño puede decir bien el sonido si hace una suave “j” antes de otro sonido. Esta estrategia va a eliminar oclusivas glóticas. Úselo con cualquier sonido que el niño hace oclusivas glóticas. Es importante que no añada una pausa entre la “j” y el sonido. También como el niño está aprendiendo un sonido nuevo y no es muy importante que diga el sonido muy fuerte con voz alta. Por eso, de un ejemplo muy suave. Si lo hace demasiado fuerte, el niño va a usar una oclusión glótica en vez del sonido correcto. Recuerda no inhalar antes del sonido. Más bien, produzca la “j.”

### Muestre el video en la carpeta- k “Estrategias” - “j” a P Correcto

—Muestre todo del video. Esta manera de emitir el sonido es correcta.

### Muestre el video en la carpeta- l “Estrategias” - “j” a T Pausa

* Muestre todo del video. De esta manera no añade la pausa entre la “j” y el sonido.

### Muestre el archivo de audio en la carpeta- m “Estrategias” - “j” a K Fuerte

* Muestre todo del video. De esta manera no da un modelo tan fuerte.

### Muestre el archivo audio en la carpeta- n “Estrategias” - “j” a P Inspiración

* Muestre todo del video. De esta manera no inhala en vez de producir una “j.”

**Use un sonido nasal en la misma colocación para sacar otro sonido:** Utilize la colocación de los sonidos nasales que el niño puede hacer para producir otros sonidos.

* + Use la /m/ para la /p/ y /b/
  + Use la /n/ para la /t/ y /d/
  + Use la /ng/ para la /k/ y g/
  + Puedes usar esta estrategia para eliminar las oclusiones glóticas.

**Muestre el video de leadersproject.org ahí - o *Module 3.3 - Metodología***

***- Estrategias adicionales para eliminar la oclusión glotica*** <http://www.leadersproject.org/2014/05/17/terapia-del-habla-para-pala-> dar-hendido-3-3-metodologia-estrategias-adicionales-para-elimi-

nar-la-oclusion-glotica/

* Muestre desde 0:05 hasta 1:55

**Produzca una /t/ continuamente para sacar la /s/:** Utilice la colocación del sonido /t/ que el niño ya puede hacer para producir la /s/. Tiene que producir una /t/ continuamente y no añadir una pausa entre los dos sonidos.

### Muestre el video en la carpeta- p “Estrategias” - T a S Correcto

* Muestre todo del video

### Muestre el video en la carpeta- q “Estrategias” - T a S Incorrecto

* Muestre todo del video

**Use una pajita para la /s/:** Puedes usar una pajita para enseñar al niño como hacer la /s/. El niño no está soplando en la pajita. Él está emitiendo el sonido de la /s/. Esta estrategia va a enseñar al niño que el sonido tiene que salir de la boca. Si lo dice bien por la boca, el niño va a escucharlo. Si lo dice por la nariz no va a escuchar.

**Muestre el video de leadersproject.org ahí – r *Module 4: Un Estudio de Caso***

http://www.leadersproject.org/2014/05/20/terapia-para-paladar-hendido-4-un-estudio-de-caso-cleft-palate-speech-therapy-4-a-case-study/

* Muestre desde 15:06 hasta 16:34

**Haga que la lengua salte para la /k/ o la /g/:** Enséñele al niño que la parte de atrás de la lengua tiene que “saltar”.

**Muestre el video de leadersproject.org ahí *– r Module 4: Un Estudio de Caso***

http://www.leadersproject.org/2014/05/20/terapia-para-paladar-hendido-4-un-estudio-de-caso-cleft-palate-speech-therapy-4-a-case-study/

* Muestre desde 16:35 hasta 17:38

**Eche la cabeza hacia atrás para la /k/ o la /g/:** Al mover la cabeza para atrás, la lengua también se va a mover para atrás. Eso va a ayudar al niño producir estos dos sonidos.

**Muestre el video de leadersproject.org ahí** – **r** ***Module 4: Un Estudio de Caso***

http://www.leadersproject.org/2014/05/20/terapia-para-paladar-hendido-4-un-estudio-de-caso-cleft-palate-speech-therapy-4-a-case-study/

* Muestre desde 17:38 hasta 18:53

**Haga que el paciente haga gárgaras mientras produce la /k/ o la /g/:** Haga gárgaras, gárgaras independientemente no van a ayudar. Pero si las hacen mientras produce la /k/ o la /g/, le va a ayudar. Cuando el niño se acostumbre a hacer gárgaras, dele menos agua para que haga bien el sonido.

**Muestre el video de leadersproject.org ahí – r *Module 4: Un Estudio de Caso***

http://www.leadersproject.org/2014/05/20/terapia-para-paladar-hendido-4-un-estudio-de-caso-cleft-palate-speech-therapy-4-a-case-study/

* Muestre desde 18:53 hasta 21:25

Ejercicio: Repasen juntos la sección sobre las maneras de estimular los sonidos en el documento *“Speech Sound Assessment and Stimulability.”*

## Los libros de terapia del habla para paladar hendido

Utilize los libros de terapia del habla para paladar hendido en LEADERS- project.org. Cada uno de estos libros se enfoca en los sonidos orales de alta presión y omite otros sonidos que son difíciles para personas con el paladar hendido. Toma un descanso para revisar estos libros.

* 1. B y P - “El Pollo Pepe” y “A Bailar”
     1. <http://www.leadersproject.org/2014/06/18/el-pollo-pepe-practi-> quen-la-p-y-la-b/
     2. <http://www.leadersproject.org/2016/03/17/spanish-cleft-pala-> te-practice-b-p-a-bailar/
  2. T, D, y N
     1. <http://www.leadersproject.org/2014/06/19/practiquen-con-noso-> tros-t-d-n/
  3. K, G, y N - “Contaron Los Gallos”
     1. <http://www.leadersproject.org/2014/06/19/cantaron-los-gallos-> practica-la-k-g-n/
  4. K - “Que Cocos”
     1. <http://www.leadersproject.org/2014/06/19/que-cocos-practi-> ca-la-k/
  5. S - “Mira Sammy Sosa”
     1. <http://www.leadersproject.org/2014/06/18/mira-sammy-so-> sa-pratiquen-la-s/

Importante: Generalmente se comienza la terapia con los sonidos sordos antes de los sonidos sonoros de la misma manera y lugar. Por ejemplo, practica la P (sin voz) antes de empezar con la B (con voz).

Importante: El cliente tiene que producir el sonido correctamente 100% de las veces en una etapa de la jerarquía antes de pasar a la siguiente.

# Más Escenarios de Actuación

Proporcione estos escenarios hipotéticos a los estudiantes después de que han aprendido las estrategias para atender a los sonidos específicos del habla del paladar hendido.

Una persona es el “paciente” quien tiene el habla del paladar hendido según las instrucciones y parámetros para el específico escenario asignado. La otra persona es la “terapeuta del habla” quien tiene que aplicar una serie de estrategias para atender el habla del paladar hendido del paciente. Diga a cada grupo que tendrá que presentar cuáles estrategias implementadas fueron las más útiles como “paciente”.

* 1. Oclusiva glótica en todos los sonidos de alta presión. Coarticula- ción en P y B, el/la paciente hace una oclusión glótica al mismo tiempo que produce una P y B correctamente con los labios.
     1. Discriminación. Después del aprendizaje inicial, puede discrimi- nar entre la P, la B y la oclusión glótica.
     2. Usar la J para la coarticulación y para todas las oclusiones glóticas.
     3. Tiene éxito en sonidos, sílabas y palabras. Con libros, si las oclusiones glóticas reaparecen y la fonoaudióloga tiene que regresar a la J en sonidos singulares.
  2. Fricativa faríngea en la S
     1. Tienen T, entonces hagan la TTTTTTSSSSS
     2. Pon la lengua abajo en vez de arriba para la S.
     3. Beneficios del alargamiento continuo en el brazo
     4. Beneficios de las Sílabas de Acevedo
  3. Oclusiva glótica sólo en la K y G.
     1. Gárgaras
     2. Observar la lengua saltar
     3. Hacer rugido de león
     4. Avanzar desde NG a K
     5. H a K y G
     6. Necesita muchas estrategias diferentes porque el niño responde inconsistentemente.
     7. En las Sílabas de Acevedo necesita continuar a regresar al sonido en aislación. Produce pero después no produce. No puede producir más que combinaciones CV.
  4. Oclusiva glótica sólo en la S.
     1. Estrategias continuas

› J a S

› TTTTTSSSSS

› Uso del dedo índice de la boca adelante para demostrar cómo el sonido de S es producido.

* + 1. Necesita las tres estrategias para producir los sonidos consistentemente. A veces una no funciona. Tiene que continuar repitiendo.
  1. Emisiones nasales tras todos sonidos de alta presión con buena ubicación
     1. Discriminación. Inicialmente tiene un poco de incongruencia discriminando cuando el aire sale de la nariz en sonidos de alta presión. Pero uno por uno puede discriminar.
     2. Responsivo al soplar una bolita de papel, pero frecuentemente sopla por la nariz
     3. Necesita mucha práctica para lograr sonidos singulares
     4. La pajita sostenida frente a la boca le ayuda
     5. Cuando llega a las Sílabas de Acevedo, tiene que regresar a sonidos singulares desde CV continuamente
  2. Emisiones nasales en S y Ch
     1. Discriminación
     2. Espejo debajo la nariz para mostrar el aire pasando
     3. TTTTSSSSSS
     4. Sílabas de Acevedo CV bien. Después continúe a CVC. Luego VCV.
  3. Nasalización de P, B, T, D, K, G. Bien en S y Ch. Ubicación buena. Puede producir en aislamiento, pero inconsistente en sílabas y aún más inconsistente en oraciones.
     1. Discriminación
     2. Oclusión nasal informe al fono que tiene ubicación correcta.
     3. Bolita de papel
     4. Sílabas de Acevedo. Puede producir en aislamiento, pero problemas con combinaciones de CV. Tiene que regresar a los sonidos singula- res cada vez porque lo falta en combinaciones de CV.
  4. Paciente produce “M” para “B” y oclusiva glóticas para “P”.
     1. Discriminación
     2. Oclusión nasal para producción de “B”
     3. “J” hasta P
     4. Bolita de papel para producción “P”
     5. El dedo por el brazo para sentir la corriente lo ayuda
     6. Bien con sílabas, palabras, los libros, pero no en las conversaciones
  5. Oclusivas glóticas sólo con la K y G
     1. Discriminación
     2. Le ayuda con cabeza atrás, gárgaras, y el sonido de “J”
     3. Bien en sonidos, sílabas y palabras, incluyendo las palabras en los libros “Que Cocos” y “Cantaron los gallos”
     4. Cuando intenta producir frases u oraciones, regresa a las oclusio- nes glóticas.
  6. Todo bien sólo con la “S” en el libro “Sammy Sosa” y conversación.
     1. Discriminación
     2. Emisiones nasales con la “S” sólo en el libro y conversación.
     3. La pajita sostenida frente a la boca le ayuda, y el ejercicio de tapar la nariz para sentir la corriente.
  7. Paciente produce oclusión glótica en la P y la B. Todos los otros sonidos tienen buen punto de articulación
     1. Discriminación
     2. J hasta la P
     3. Bolita de papel y papel en frente de la boca para P
     4. Discriminación de glótica contra producción correcta de P y B
     5. Todo bien en aislación, pero en silabas falta CV, CVC, y CVCV.
  8. Nasalización de T, D
     1. Discriminación. Puede oír diferencia entre N y T y D.
     2. Ayúdale a tapar la nariz en N y después crear D con nariz cerrada y después abrir los agujeros de nariz poco a poco.
     3. Una pajita sostenida frente a la boca ayuda y también un espejo, especialmente con T
     4. Mejor en sonidos y CV y VCV y VVC pero tiene más dificultades con palabras
  9. Nasalización de P, B
     1. Discriminación. Requiere tiempo para aprender la diferencia entre M y P y B.
     2. Le ayuda una bolita de papel y papel en frente de la boca.
     3. Mejor en sonidos y CV sílabas, pero en VCV –NO.
     4. Cerrar la nariz le ayuda a aprender. Después, avanzar a el papel en frente de su boca.
     5. Una pajita sostenida frente a la boca ayuda, y también el espejo
  10. Oclusivas glóticas con la P/B, T/D, y K/G.
      1. Discriminación
      2. Pueden estimular todos los sonidos con “J” y bien con las Sílabas de Acevedo CV, pero no CVC y no en palabras.
  11. Fricativas faríngeas con S y CH
      1. Discriminación
      2. Aprende rápido con J pero le falta en las Sílabas de Acevedo.
      3. Necesita poner la lengua para abajo para hacer el S porque le faltan dientes y tiene mal oclusión número III.
  12. Oclusivas glóticas con P/B, T/D, K/G, y S.
      1. Discriminación. Después de un poco de práctica, el paciente puede discriminar correctamente la oclusión glótica y ubicación correcta.
      2. Problemas sólo en CV y CVC y VCVC sílabas, palabras, libros y conversación.
      3. Ayúdale con la J y el dedo en el brazo para la corriente de aire.
  13. Oclusivas glóticas para todos los sonidos de alta presión. Coarti- culación en el P y B y K y G.
      1. Discriminación
      2. J para la coarticulación
      3. Sílabas de Acevedo salen bien, pero no las palabras
  14. Coarticulación con oclusivas glóticas con P B, T D, K G
      1. Discriminación
      2. Sentir con la mano el borde de la garganta con oclusivas glóticas
      3. Sentir con la mano el aire que le sale por la boca.
      4. Ayuda la J y el dedo en el brazo para la corriente de aire.
  15. Nasalización de P,B, T, D. Ubicación correcta. Puede producir en aislación y sílabas de CV, pero inconsistente en sílabas de CVC, VCVC y muy inconsistente en oraciones. Necesita producirlos en sonidos singulares otra vez
      1. Discriminación
      2. Oclusión nasal conforme al fono que tiene ubicación buena
      3. Bolita de papel
      4. Cerrar las fuentes de nariz hasta que el niño pueda sentir la corriente del aire por la boca. Después reducir la clausura para que el paciente pueda hacerlo por sí mismo. Primera, cerrado con los dedos de la terapeuta, después menos y menos cerrado. Después, dedos al lado de la nariz, sin cerrar para servir de recuerdo. Después, sin ningún dedo.