



Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia,
sociedad y multiculturalidad

ISSN: 2603-9443

ISSN: 2387-0907

antonio.hernandez@ujaen.es

Universidad de Jaén

España

Peinado Molina, Fátima
Disglosia labial y palatal en Educación Primaria
Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad
y multiculturalidad, vol. 3, núm. 1, 2017, -Marzo, pp. 215-228
Universidad de Jaén
España

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=574660901015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UJAEN
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Disglosia labial y palatal en Educación Primaria.
(*Labial and palatal Disglosia in elementary education*)

Fátima Peinado Molina

Grado en Educación Primaria, Universidad de Jaén, España

Páginas 215-228

Fecha recepción: 03-12-2016

Fecha aceptación: 31-12-2016

Resumen.

El labio leporino y la hendidura palatina son anomalías congénitas relativamente frecuentes en la población, su etiología es variada y tiene una importante incidencia en el habla alterándola y afectando a su calidad. El siguiente artículo abordará la disglosia en la etapa de Educación Primaria. Se centrará en la disglosia labial a causa de labio leporino y la disglosia palatal a causa de hendidura palatina. Se realiza una propuesta de actuación coordinada entre tutor, maestro de audición y lenguaje, logopeda y familia, para el trabajo de rehabilitación del habla a edades tempranas. La disglosia es una patología del habla caracterizada por un trastorno de la articulación de los órganos encargados de la producción oral, causado por lesiones físicas o malformaciones en la que no existe un problema del Sistema Nervioso Central.

Palabras clave: disglosia; labio leporino; hendidura palatina; habla; lenguaje, oral; maestro; logopeda

Abstract.

The cleft lip and cleft palate are relatively frequent congenital anomalies in the population, its etiology is varied and has an important incidence in speech altering it and affecting its quality. The following article will address the disglosia in the Primary Education stage. It will focus on lip dislocation due to cleft lip and palatal disglosia due to cleft palate. A coordinated action proposal is made between tutor, teacher of hearing and language, speech and family, for the work of rehabilitation of speech at early ages. Disglosia is a speech pathology characterized by a disorder of the articulation of organs responsible for oral production, caused by physical injuries or malformations in which there is no Central Nervous System problem.

Keywords: disglosia; cleft lip; cleft palate; speak; oral; language; teacher; speech therapist

1.-Introducción.

Citando a Katheleen (1982), cada tres minutos nace un niño con una deformidad facial y tendrá que vivir con la incertidumbre de no saber si será aceptado por la sociedad. Son tan pequeños, tan inocentes, tan llenos de alegría que la sonrisa de un niño¹ puede cambiar todo. La sonrisa es el lenguaje universal del ser humano. Todas las personas tienen la oportunidad de sonreír, no hace falta decir nada, un simple movimiento con la boca y se interpreta el gesto, sin necesidad de comunicación verbal, en este sentido se habla el mismo idioma en todos los lugares del mundo. Es inimaginable el poder de una sonrisa, puede cambiar todo y no cuesta nada. Los niños y niñas son los que más sonríen, se ríen, dan carcajadas y así se interpreta su felicidad, ellos la dan sin esperar nada a cambio.

Entonces se plantea la cuestión... ¿Qué pasa cuando nace un niño con una sonrisa diferente? ¿Cuál es el problema que surge en la vida de este niño por su sonrisa? (Pease, 2006). La vida de los niños que han nacido con labio leporino y/o fisura palatina va a ser diferente a la del resto de los niños en muchos aspectos. Sonreír, relacionarse, besar, alimentarse, cantar, hablar, comunicarse, todo esto y más supondrá un esfuerzo. Esta es la realidad a la que se enfrenta el niño y la familia, con la que tiene que convivir día tras día, una realidad que puede rechazarlo por su problema con el habla así como por la estética heredada de una malformación, pero todo esto, con trabajo y esfuerzo puede superarse.

Conseguir ser incluido, es el reto de toda persona que sufre una malformación congénita. En este proceso de inclusión interviene toda la sociedad, pero juegan un papel vital los médicos, logopedas y maestros para que la inclusión sea una realidad (Habbaby, 2000). Para los niños afectados por labio leporino y/o fisura palatina no va a ser igual el proceso de comunicación con los demás ya que sufren como consecuencia de su problema un trastorno del habla, denominado disglosia. En estos casos es esencial el trabajo coordinado de maestros y logopedas para realizar una evaluación lo más completa y exhaustiva posible de los órganos bucofonatorios afectados, lo que permitirá realizar un tratamiento adecuado a los problemas del habla que presente el alumno. En la producción oral participan muchos elementos y para lograrla es necesario el trabajo constante y una adecuada coordinación entre todos los agentes implicados en la oralidad (Juárez y Monfort, 1989).

2.-El lenguaje oral y los trastornos del habla.

Desde el punto de vista de la neurobiología, el habla es una de las actividades más complejas que realiza el ser humano, ya que esta supone la integración en la misma función de mecanismos nerviosos y actividades musculares (Piñero y Rodríguez, 2000).

Vázquez (2004) afirma que este es un acto fisiológico, en el cual los músculos faciales y los de la garganta se coordinan para producir fonemas combinados, en colaboración con la lengua y laringe. El Sistema Nervioso Central impulsa los

movimientos musculares en los que intervienen diferentes estructuras del cuerpo para producir el habla, como el sistema respiratorio, sistema fonador y sistema digestivo. Podemos clasificar los órganos que intervienen en el proceso de producción oral en órganos activos y órganos pasivos (Mallen, 2005):

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

Estos órganos son los encargados de llevar a cabo la articulación de los diversos fonemas. Así, los órganos activos al realizar movimientos se acercan dejando espacio por donde circula el aire que permitirá la producción del fonema. Para ello se necesita de una buena estructura de los órganos bucofonatorios y de la cavidad oral así como de sus funciones: respiración, fonación, succión, masticación y deglución.

En las personas que sufren alguna modificación orgánica, la función necesitará ser adaptada a la estructura que tenga la anomalía y así intentar compensarla. Mallen (2005) defiende que si la función es compensada, se observará una buena eficacia. Existirá patología, si la función no es compensada y el resultado no será eficaz, por lo que habrá una alteración en la producción de fonemas hecho conocido como dislalia o patología del habla. Es necesario diferenciar los diversos tipos de dislalia:

- Dislalia sin alteraciones orgánicas: dislalia funcional.
- Dislalia motivada por una malformación congénita de los órganos del habla: dislalia orgánica o disglosia.

3.-Disglosia.

Cuando nos encontramos con una afectación del instrumento bucofonatorio es muy probable que exista una alteración en el habla, lo que se denomina disglosia. Esta se explica como una malformación congénita del habla (Casanova, 1995).

Disglosia se define como aquel trastorno en la articulación de los fonemas cuya causa se debe a alteraciones anatómicas y/o fisiológicas de los órganos articulatorios periféricos, afecta al funcionamiento lingüístico de aquellas personas que no padecen de afectaciones neurológicas o sensoriales detectables y cuya inteligencia no verbal se encuentra dentro de los límites de la normalidad (Mallen, 2005). La definición dada en la Guía sobre fisuras labio-palatinas (AFICAVAL, 2011) elaborada por la Generalitat Valenciana la aborda como un trastorno de la articulación de los fonemas, consecuente con las alteraciones anatómicas y/o fisiológicas de los órganos articulatorios periféricos, que dificultan el funcionamiento lingüístico. Generalmente cursan sin déficit intelectual y sin alteraciones neurológicas ni sensoriales a excepción de la audición.

Esta revisión se centra en dos tipos de disglosias (Gallego, 2000):

-Disglosias labiales que son aquellas en las que la dificultad se produce por una alteración en la forma, fuerza o consistencia de los labios derivada de la malformación congénita de labio leporino. Como consecuencia el habla del alumno estará afectada tanto en la articulación de algunas vocales (/u/, /o/) como aquellas consonantes en las que intervengan los labios (/b/, /p/, /m/).

-Disglosias palatales entendidas como aquellas en las que se encuentra afectada la articulación de los sonidos por malformaciones orgánicas del paladar y del velo del paladar. Entre los trastornos articulatorios más frecuentes están el golpe de glotis, un pequeño ruido al hacer algunos sonidos como /p/, /t/ o /k/; ronquido faríngeo, escape de aire por la nariz y el habla nasal.

Existen múltiples y diferentes trastornos del habla y no afectan igual a todas las personas, por lo que es necesario estudiarlos y saber diferenciarlos para ofrecer a cada uno su tratamiento.

4.-Labio leporino, hendidura palatina y labio leporino con hendidura palatina.

Podemos definir el labio leporino como una malformación estructural por causas genéticas y ambientales. También podemos nombrarlo como labio hendido. Aparece entre la cuarta y sexta semana de vida del embrión. La formación del feto en el vientre de la madre se hace desde los laterales del embrión, hacia el centro o hacia la línea media del cuerpo (Nazer, Hubner, Eugenia, Catalán, Cifuentes, Lucía, 2001). Ocurre cuando el tejido que forma el paladar y el labio superior no se unen antes del nacimiento y causa una abertura en el labio superior (Corbo y Marimón, 2001).

Por otro lado Mallen (2005) afirma que a pesar de que existe la evidencia de la implicación de causas de origen genético, en la mayoría de los casos, son dados por una herencia multifactorial. El labio leporino puede aparecer en el lado derecho o izquierdo (hendidura unilateral) o bien en ambos lados (hendidura bilateral). La clasificación de los distintos tipos se hace bien en relación a la extensión de la depresión del labio hacia la hendidura o bien al número de lados del labio que se encuentren.

A continuación se desarrolla la etiología y posibles causas de esta patología (Perelló, 1990):

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

A nivel mundial afecta a 1 de cada 500 ó 1.000 bebés nacidos, de los cuales, aproximadamente el 25% están afectados de hendidura palatina, el 25% padece

labio leporino y un 50% sufre una combinación de hendidura palatina más labio leporino. El porcentaje de nacidos con tal malformación en España hace que la probabilidad de aparecer este trastorno en un entorno pequeño sea baja. Esto genera la posibilidad de que el niño sufra un trato diferente y discriminatorio a causa de la apariencia estética: el aspecto facial será muy diferente al de un niño sin aparentes problemas anatómicos. Esta teoría hace prever que las relaciones sociales y vínculos emocionales que establecerá con sus iguales se verán afectados, suponiéndole un hándicap que tendrá que superar.

La hendidura palatina es una la malformación congénita en la cual las dos mitades del paladar no se unen en la línea media. También se la conoce como fisura palatina. Esta puede abarcar el velo del paladar, el paladar óseo y la apófisis alveolar del maxilar superior. En la mitad de los casos se asocia la hendidura palatina con labio leporino. La hendidura del paladar comunica la cavidad oral con la nariz (Mallen, 2005).

Esto sucede dentro de los tres primeros meses de embarazo y es uno de los defectos más frecuentes constituyendo el 15% de las malformaciones congénitas a nivel mundial (González, Dezerega y Vásquez, 2005). La asociación de Anomalías y Malformaciones Dentofaciales (AAMADE, 2012) explica que la hendidura del paladar puede afectar en parte o bien toda la zona del paladar blando pudiendo alcanzar hasta el paladar duro y llegar cerca de la zona posterior del alveolo.

El estudio realizado por Sacsquispe y Ortíz, (2004) aborda la prevalencia de los casos de labio y/o hendidura palatina, mostrando que la aparición de labio leporino con hendidura palatina y hendidura palatina aislada son más frecuentes en el sexo masculino, en cambio el labio leporino aislado es más frecuente en el sexo femenino.

El lenguaje oral de estos niños se ve afectado como consecuencia de todas las alteraciones sufridas. Una respiración correcta, conseguir una buena mordida y apoyo deglutorio será un logro esencial para conseguir un hábito fisiológico correcto automatizado y como consecuencia, se podrán evitar futuros problemas en el desarrollo del habla. Las perturbaciones del habla se deben al mal cierre del esfínter velo-faríngeo, que impide la entrada al compartimento nasal, necesario para la producción de fonemas no nasales. Los patrones compensatorios que desarrolla el cerebro pueden producir un habla completamente inteligible.

La principal necesidad de estos niños durante el proceso de desarrollo del lenguaje oral es la corrección de estas alteraciones, puesto que la no adquisición de los fonemas afectará a la comunicación entre el niño y las demás personas. Por estos motivos es necesario prevenir y optimizar las medidas ante estas dificultades con un adecuado tratamiento logopeda desde el momento de aparición del habla (Mallen, 2005).

5.-Habilidades sociales de los niños afectados con labio leporino y/o hendidura palatina.

Tanto el contexto familiar como el escolar se convierten en los principales espacios donde adquirir las habilidades sociales y estas tienen como objetivo el interactuar con los demás, buscando comunicación y satisfacción personal. Es muy importante el desarrollo de estas en Educación Infantil y Primaria porque serán el punto de partida para constituir las relaciones sociales del niño (Casanova, 1988).

El proceso de socialización forma parte del proceso madurativo de cada persona, creándose a partir de la afectividad, siendo esta una necesidad que requiere de la interacción con los otros. Mediante estas actuaciones se desarrollan las habilidades sociales, que formarán la personalidad, futuras conductas y comportamientos de cada persona. Por eso es trascendental crear relaciones sociales adecuadas que influirán en el proceso evolutivo del niño. La adquisición de vínculos socio-afectivos está ligada a la del lenguaje oral, puesto que este es la principal vía de comunicación. En los casos labio leporino y hendidura palatina, la competencia fónica se verá afectada por las dificultades que este trastorno provoca, lo que resulta preocupante para el ámbito educativo.

La etapa más preocupante es la de Educación Infantil, ya que es en esta dónde se desarrollarán los mecanismos de adquisición del lenguaje y este proceso resulta aún más complicado y ambiguo para el niño afectado de esta patología. Vázquez (2004) considera muy importante destacar que los problemas generados en casos de labio leporino y hendidura palatina afectan al área de comunicación solamente en la expresión oral. En cambio, el niño no presenta problemas en la comprensión y reconocimiento de información y será capaz de asimilar y comprender cualquier información adecuada a su edad. Así, tal y como se explica, el problema surgirá en la producción oral a la hora de articular determinados fonemas.

Todo esto sí puede resultar un problema en las relaciones sociales, cuando el niño al interactuar de forma oral puede no ser entendido en una parte del discurso o en su totalidad. Las relaciones sociales en la actualidad otorgan excesiva importancia al aspecto físico por lo que es esencial evitar que la fisura o estigma llegue a definir al niño como persona. Estas barreras deben ser superadas por el niño y por la sociedad en general para poder desarrollar unas relaciones sociales adecuadas. La poca presencia de este tipo de trastornos en la población europea hace que exista muy poca probabilidad de coincidencia de más de un niño en el aula con esta malformación, lo que supone que sea la única interacción del resto de los compañeros con personas afectadas de labio leporino y/o hendidura palatina y esto conlleva problemas de falta de concienciación. Situaciones de este tipo, pueden llegar a ocasionar en el niño un estado emocional de baja autoestima y un auto-concepto negativo.

Es necesario controlar la sobreprotección por parte de los adultos, evitando que el niño pueda sentirse inferior o incapaz de realizar algo a causa de su trastorno, así como evitar por encima de todo que se sienta víctima por padecerlo. La hendidura

palatina y/o labio leporino en el niño, no debe verse como una limitación, sino como una situación que debe asumirse y tratarse con normalidad.

Estos niños han sido sometidos a frecuentes operaciones quirúrgicas y han estado en algunas ocasiones largos periodos de tiempo hospitalizados. Como consecuencia pueden aparecer secuelas de tipo psicológico, ya que este trastorno aparece cuando el alumno es pequeño, en una etapa muy importante del desarrollo psicológico que puede verse afectado por aislamiento social, exclusión por parte de compañeros en el colegio, complejos, no tener relación con personas a causa de no sentirse bien consigo mismo o sentirse culpable por hablar de forma distinta debido a dificultades en su fluidez verbal (Mallen, 2005).

En caso de existir problemas en relación a las habilidades sociales y la comunicación en el aula, es necesario que el resto de sus compañeros conozcan las dificultades del alumno en cuestión para ayudarlo en su integración. Se fomentará el trabajo en equipo, la cooperación y la integración entre todos para evitar el aislamiento. Se considera necesario intentar que de forma progresiva el alumno se relacione con diferentes situaciones del aula y con situaciones menos estructuradas con el resto de los alumnos, por ello consideramos oportuno recomendar la programación de actividades con un amplio abanico de grados de dificultad. Ejemplo de ello puede ser trabajar de forma cooperativa en la preparación de una obra de teatro, un guion, decorados, etc.

6.-Intervención en el lenguaje oral en el aula.

Schieffebusch (1973) identificó los componentes del proceso de intervención aplicado en diferentes programas de intervención del lenguaje oral. El autor distingue entre la evaluación inicial; el desarrollo del programa o contenido y secuencia de entrenamiento del lenguaje; mantenimiento del programa y la evaluación del programa de intervención. Los objetivos de etapa y las áreas curriculares que establece cada Comunidad Autónoma para el sistema educativo tienen implicaciones directas sobre cómo trabajar el lenguaje oral. Se trata de un aspecto a tener muy en cuenta, ya que la escuela es el lugar donde con mayor intensidad se promueve el proceso de adquisición, desarrollo y uso continuado del lenguaje oral.

Entre los objetivos generales de la Educación Primaria que se encuentran directamente relacionados con el lenguaje oral podemos resaltar:

- O.LCL.1. Utilizar el lenguaje como una herramienta eficaz de expresión, comunicación e interacción facilitando la representación, interpretación y comprensión de la realidad, la construcción y comunicación del conocimiento y la organización y autorregulación del pensamiento, las emociones y la conducta.
- O.LCL.2. Comprender y expresarse oralmente de forma adecuada en diversas situaciones socio-comunicativas, participando activamente, respetando las normas de intercambio comunicativo.

- O.LCL.3. Escuchar, hablar y dialogar en situaciones de comunicación propuestas en el aula, argumentando sus producciones, manifestando una actitud receptiva y respetando los planteamientos ajenos.

Estos objetivos están basados en la realización de actividades a desarrollar en las aulas, y tienen implicaciones directas sobre las actividades que deben poner en práctica los profesores para promover y favorecer el uso adecuado del lenguaje oral.

7.-El maestro de Audición y Lenguaje y la Disglosia.

Consideramos necesario establecer un plan de actuación para trabajar la disglosia de niños con labio leporino y/o hendidura palatina en el aula. Para trabajar con niños con labio leporino o labio leporino con hendidura palatina se debe actuar con un enfoque multidisciplinar, donde participen logopedas, médicos, maestros y la familia del alumno. Debe existir una continua e ininterrumpida relación entre tutor, maestro de Audición y Lenguaje y logopeda para lograr una adecuada pronunciación y adquisición de los fonemas. Es muy importante que tengamos presente el desarrollo emocional, afectivo y de integración social del alumno. Teniendo esto en cuenta, los objetivos del equipo multidisciplinar serían: conseguir un buen resultado estético, mejorar las funciones implicadas y sobre todo adquirir un habla correcta (Vázquez, 2004).

La incorporación al sistema educativo ordinario de los maestros especialistas en Audición y Lenguaje comienza a raíz del Real Decreto de 6 de marzo de 1985 de Ordenación de la Educación Especial. La administración dota a los centros escolares que inician la integración de sujetos con minusvalía, de maestros de Pedagogía Terapéutica y maestros de Audición y Lenguaje para dar respuesta educativa acorde a las necesidades que presenten los alumnos.

A partir de la LOGSE, comienza a ser frecuente la presencia de estos especialistas en los centros aunque no en la cantidad deseable. El maestro de audición y lenguaje interviene en la elaboración del Proyecto Educativo aportando sus conocimientos en el área del lenguaje (Hernández y De Barros, 2015). En los casos de trastornos bucofonatorios se lleva a cabo un tratamiento en colaboración con el tutor del alumno, realizando un asesoramiento sobre las actividades, recursos materiales y programas propuestos y también apoyando la ejecución de estos. Para realizar una evaluación de los posibles trastornos bucofonatorios del alumno, el tutor lo hará a través de Jefe de Estudios y el Orientador del Centro.

Una vez establecida la necesidad de intervención, se plantea una exploración desde la información del alumno facilitada por el tutor y la familia (Vázquez, 2004). Orantes (2009) define las funciones del maestro de Audición y Lenguaje:

- Elaborar programas para estimular el lenguaje oral, para prevenir y estimular, sobre todo en la educación infantil, el lenguaje oral y escrito.

- Detectar problemas de comunicación y/o lenguaje en el niño a través de una evaluación logopédica con el fin de elaborar un programa de intervención.
- Planificar y aplicar la intervención más adecuada para el alumno, programando los objetivos, las actividades y la metodología a seguir. Y evaluar los resultados para modificar la programación si fuera necesario.
- Asesorar y orientar a tutores y padres.
- Desarrollar programas relacionados con el lenguaje oral y la comunicación y participar en la elaboración de los mismos.
- Elaborar estrategias y orientaciones para implicar a los padres en el proceso de mejora del lenguaje.
- Conseguir una coordinación adecuada entre tutores y otros profesionales que intervengan en la formación de alumnos con NEE.
- Hacer un seguimiento y una valoración de los casos.

La intervención que realiza este maestro especialista debe partir de lo establecido en el currículum escolar y centrar la actuación en potenciar una correcta comunicación y lenguaje oral para la interacción social del niño con labio leporino y/o hendidura palatina. El medio natural para el desarrollo del lenguaje es la interacción social con un grupo de iguales siendo este el contexto más idóneo para conseguir su rehabilitación. El tratamiento individualizado y apartado del aula por parte del logopeda debe quedar para situaciones excepcionales. El objetivo es la coordinación entre profesionales para conseguir la rehabilitación del alumno entre sus iguales (Busto, 1995).

En los casos de labio leporino y/o hendidura palatina es fundamental que el marco en el que tiene lugar su desarrollo, y en especial el del lenguaje, tenga una influencia positiva y enriquecedora. (Casanova, 1988). Las características del habla de estos alumnos siguen un patrón común en cuanto a capacidades:

- Capacidades de carácter motriz:
 - Problemas para dominar la praxia de la articulación.
 - Dificultades para la articulación del habla.
- Capacidades de carácter comunicativo-lingüístico:
 - Conflicto de contrastes en el sistema fonológico y dominar sus procesos.
 - Cierta compromiso en expresarse mediante emisiones sintácticas adecuadas.
- Capacidades de carácter afectivo-social:
 - Titubeo para iniciar e intervenir en un determinado contexto comunicativo.
 - Poca confianza en sí mismo al realizar intercambios comunicativos.

El momento ideal para la intervención en el habla tal y como afirma Rondal y Bredart (1991) será cuando el Sistema Nervioso Central haya madurado, alrededor de los cuatro años y medio o cinco. Se considera el mejor momento aquel en el que el niño ya no presente ninguna dificultad para ejecutar los movimientos necesarios para articular fonemas. No solo debe centrarse la intervención del habla en intentar

corregir aquellos fonemas que el alumno articula de forma incorrecta, sino que es necesario estimular y desarrollar todos los procesos implicados en su mecanismo. Por tanto y de acuerdo con Rondal y Bredart (1991), la intervención estará encauzada a alcanzar los procesos normales de desarrollo.

En el proceso del habla se encuentran involucradas de forma simultánea la función motora, de transmisión, integración y sensorial, por lo que la discriminación auditiva que se encuentra asociada con otros procesos sensoriales y con diversos patrones motores, mejorará la articulación defectuosa que hasta ese momento sufre el niño con trastorno bucoartulatorio. En el caso de alumnos con trastorno del lenguaje AFICAVAL (2002) defiende la importancia de exponer algunas necesidades a tener en cuenta cuando el tutor quiere trabajar con el alumno con trastorno del lenguaje oral.

Dicha guía sugiere prestar atención a lo siguiente:

- Necesidad de modelos lingüísticos adecuados: Es necesario que las personas que interactúen con el alumno le ofrezcan situaciones de comunicación adecuadas en las cuales pueda escuchar con claridad los elementos lingüísticos.
- Necesidad de estimulación: Se han de propiciar experiencias comunicativas ricas dentro de un clima que estimule al alumno, un clima de confianza y de comprensión, utilizando las estrategias de partir de aquellos gustos del niño y que le sirvan de utilidad para la corrección de sus dificultades lingüísticas. Deben evitarse los sentimientos de angustia y ansiedad.
- Necesidad de clima inclusivo: Es necesario enmarcar la intervención educativa dentro de un modelo inclusivo, creando un clima en el aula donde se respeten las diferencias individuales, ofreciendo una respuesta lo más normalizada y respetuosa posible.
- Necesidad de reeducación: Habrá casos en los que se necesite el apoyo logopédico y en estos será necesario reconstruir las bases de la adquisición del lenguaje y sus etapas.

La educación del alumnado con trastornos articulatorios del habla necesita de una atención educativa personalizada basada en la aplicación de una serie de medidas curriculares y organizativas, además del apoyo del maestro especializado en Audición y Lenguaje. Será necesario incorporar medidas tanto a nivel de centro, como de aula e individual cuya finalidad sea el desarrollo del habla de forma funcional. El Sistema Educativo Español busca dar respuesta a la diversidad pero esta idea va a depender de la concepción que se tenga de la misma y del proceso educativo, además también dependerá de la concepción que se adopte acerca del modelo curricular en los diferentes modelos del proceso educativo (Hernández y De Barros, 2015).

Los objetivos principales que se plantea conseguir un maestro con un caso en el aula de alumno afectado por labio leporino y/o hendidura palatina será lograr la inclusión de este alumno, generalizar la pronunciación de fonemas ya adquiridos de forma correcta y trabajar aquellos que se necesiten mejorar para lograr una correcta articulación del lenguaje oral tanto en el contexto ordinario del aula como en el centro escolar y, si es necesario, trabajar la autoestima. Por ello consideramos necesario realizar actuaciones en los diferentes círculos en los que alumno se puede desarrollar y mejorar su habla.

En primer lugar será necesario establecer un trabajo coordinado entre maestro del alumno y médico. Esta relación se considerará esencial para conocer si el alumno se encuentra recibiendo tratamiento, o bien alguna terapia específica de audición y lenguaje. Por otra parte, es muy importante que el maestro conozca y analice el contexto familiar del que el alumno se encuentra rodeado. Y de acuerdo con el marco teórico una situación ideal será aquella en la que el maestro y la familia colaboren para establecer hábitos de una correcta habla.

El objetivo global que se desea conseguir con la intervención en el lenguaje del niño con labio leporino y/o hendidura palatina debe ser generalizar la pronunciación de fonemas ya adquiridos de forma correcta y trabajar aquellos que se necesiten mejorar para lograr una correcta articulación del lenguaje oral tanto en el contexto ordinario del aula como en el centro escolar y, si es necesario, trabajar la autoestima.

Siguiendo el orden en el proceso de intervención de Schieffebusch (1973) es necesario establecer mecanismos de coordinación con la familia del alumno para seguir las mismas pautas tanto en casa como en el aula. Así se lograría que los ejercicios para establecer hábitos de un habla correcta se extiendan al hogar del alumno. Es muy importante que en el espacio de tiempo en el que la familia trabaja con el alumno se establezca una periodicidad en la corrección de su expresión oral para que el niño no se sienta saturado ni obsesionado, sino que encuentre la actividad como un juego. También es conveniente que la familia tome conciencia de que este es un largo proceso. Con la ayuda de los especialistas de Audición y Lenguaje, el alumno tiene que afrontar la realización de los ejercicios con una predisposición positiva. La presión por el hecho de intentar que el alumno con una afectación de labio leporino y/o hendidura palatina mejore rápidamente puede conllevar efectos totalmente contrarios a los planteados y afectar negativamente en su desarrollo. Así, establecer un horario (no excesivamente cerrado) para leer, jugar o cantar ayudaría a establecer unos excelentes lazos de unión y trabajo entre maestro, alumno y familia.

8.-Conclusión.

Como conclusión hemos de exponer una serie de reflexiones. Es muy importante que interioricemos aún más si cabe la idea de que la enseñanza aprendizaje y en general, la educación, no es solo una labor del maestro del aula. Se trata de un trabajo organizado con un equipo multidisciplinar dónde intervienen, padres, tutor,

logopeda, maestro especialista en Audición y Lenguaje en este caso, equipo médico, familia, amigos, asociaciones y demás agentes que pueden servir de apoyo para lograr un desarrollo íntegro y adecuado de un alumno con disgllosia derivada de labio leporino y/o hendidura palatina.

Diremos que la disgllosia es un trastorno bucoartulatorio en niños que padecen labio leporino y/o hendidura palatina pero no se trata de un trastorno permanente. Se trata de un trastorno a causa del cual se produce una inadecuada articulación y como consecuencia, una pronunciación errónea de los fonemas. Los problemas de pronunciación pueden subsanarse mediante un trabajo centrado en concienciar del trastorno al alumno que lo padece, ayudado de una serie de recursos propuestos por el maestro de audición y lenguaje y de esta forma lograremos que el alumno traslade esos fonemas que le causan problemas en el habla a un lenguaje espontáneo, donde ya no tenga miedo a interactuar libremente ni a pronunciar de forma incorrecta.

Como conclusión global consideramos muy importante hacer una reflexión sobre la inclusión, no solo de este tipo de problemas, sino de todas las situaciones en las que el alumno padezca alguna limitación, minusvalía, enfermedad o trastorno para acceder a la enseñanza. Y es que la vida de los niños con discapacidad no cambiará mientras no se produzca un cambio de actitudes, y ese cambio tiene que llevarse a cabo tanto en el contexto familiar, como el escolar y social.

9.-Bibliografía.

- Abarca, M. (Coord.) (1989). *La evaluación de programas educativos*. Madrid: Escuela Española.
- Busto, C. (1995). *Manual de Logopedia Escolar: Niños con alteraciones del lenguaje oral en Educación Infantil y Primaria*. Madrid: CEPE.
- Calvo, A. y Martínez, A. (1997). *Técnicas y procedimientos para realizar las adaptaciones curriculares*. Madrid: Escuela Española.
- Casanova, J. (1988). *Manual de logopedia*. Barcelona: Masson.
- Casanova, M. (1995). Tendencias actuales. *En Cuadernos de Pedagogía*, 235, 8-11.
- Castillejo, M. (2012). Familias de niños con fisura en paladar unen fuerzas. *En Diario de Navarra*, pp. 20.
- Corbo, M. y Marimón, M. (2001). Labio y paladar fisurado. Aspectos generales que se deben conocer en atención primaria de salud. *En Revista cubana de medicina general integral*, 17 (4), 20-24.
- Damasio, R. y Damasio, H. (1993). *El cerebro y el lenguaje. Mente y cerebro. Libros de investigación y ciencia*. Barcelona: Prensa científica, S. A.

- Dissaux, C., Grollemund, B., Bodin, F., Picard, A., Vázquez, M., Morand, B. (2016). Evaluation of 5 years old children with complete cleft lip and palate: Munticenter Study. Part 2: Functional results. *En European Association for Cranio Maxillo Facial Surgery*, 44 (2), 94-103.
- Gallego J. (2000). *Dificultades de la articulación en el lenguaje infantil*. Málaga: Aljibe.
- Gámiz, M., Fernández-Valadés, R., Calle, J., Amador, M., Mendoza, E. (2006). Estudio del VOT en pacientes con fisura palatina. *En Cirugía pediátrica*, 19 (1), 27- 32.
- García, C. (1993). *Una escuela común para niños diferentes: la integración escolar*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- González, G., Pérez, V., De Celis, R., Sánchez, I., Díez, R., Prado, C. (2009). Valoración de los hábitos orofaciales en niños. *En Revista pediatría*, 61 (1), 9-15.
- González, R., Dezerega, V., Vásquez, M. (2005). Contribución de la ecografía rutinaria en el período 22 a 26 semanas al diagnóstico de anomalías congénitas. Experiencia de 2 años en 1162 ecografías. *En Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70 (5), 289-295.
- Gutiérrez, A. (2012). Fisura labiopalatina. *En Niños de hoy*, 53, 30-33.
- Jares, X. (2002). Aprender a convivir. *En Revista interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 44, 79-92.
- Habbaby, A. (2000). *Enfoque integral del niño con fisura labiopalatina*. Buenos aires: Panamericana.
- Hernández, A. y De Barros, C. (2015). *Fundamentos para una educación inclusiva*. Valencia: Olelibros.com.
- Juárez A. y Monfort, M. (2001). *Estimulación del lenguaje oral. Un enfoque comunicativo para niños con necesidades educativas especiales*. Madrid: Entha.
- Lázaro, A. y Assensi, J. (1987). *Manual de orientación escolar y tutoría*. Madrid: Narcea.
- López, C. (2010). Relaciones sociales en la escuela. *En Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, 37, 21-30.

- Mallen, F. (2005). *Trastornos del habla secundarios a un déficit instrumental*. Jornadas de Orientación e Intervención Psicopedagógica. En Ámbito educativo, personal y profesional. Castellón, España: Universitat Jaume I.
- Orantes, J. (2009). La logopedia en la escuela: los trastornos del lenguaje. En *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, 47(25), 8-16.
- Pease, A. (2006). *El lenguaje del cuerpo: Cómo interpretar a los demás a través de sus gestos*. Barcelona: Amat.
- Perelló, J. (1990). *Trastornos del habla*. Barcelona: Masson.
- Perelló, J. (1990). *Audiofoniatria y Logopedia*. Barcelona: Científico-Médica.
- Piñero, R. y Rodríguez, D. (2000). *Atención a la diversidad en educación: Dificultades de aprendizaje, de las matemáticas y en la socialización*. Dificultades en el lenguaje oral. Sevilla: Kronos.
- Ramos, P. (2004). *Anatomía y fisiología del lenguaje*. En *Trastornos del Lenguaje Oral* (1ª ed. pp. 23-49). Guipúzcoa, España: Servicio de Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Rondal, J., y Bredart, S. (1991). *Lenguaje oral: Aspectos evolutivos*. Rondal, J.A. y Serón, X: *Trastornos del lenguaje*, 1, 25-83.
- Sacsaquispe, S. y Ortiz, L. (2004). Prevalencia de labio y/o paladar fisurado y factores de riesgo. En *Revista estomológica herediana*, 14 (1), 54-58.
- Santillana, Myers, D. (2000). *Psicología social*. (6ª ed.). Colombia: McGrawHill.
- Perelló, J. (1988). *Trastornos del habla*. Madrid: Masson.
- Schieffebusch, R. (1973). *Language training strategies for retarded children*. Documento presentado en el Third International Congress of the International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency. Holland: The Hague.
- Vázquez, M. (2004). *Trastornos del Lenguaje Oral*. Guipúzcoa: Servicio de Editorial de la Universidad del País Vasco.