

**ALTERACIONES DEL LENGUAJE ORAL EN LOS NIVELES FONÉTICO-
FONOLÓGICO Y MORFOSINTÁCTICO, EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON EPILEPSIA ENTRE 8 A 18 AÑOS DE EDAD,
DEL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA Y HOSPITAL SAN JOSÉ
DE LA CIUDAD DE POPAYÁN**

2004 - 2006

**JULIETH VIVIANA BECERRA CORDOBA
JANNETH DEL SOCORRO CELIS TIMANÁ
OLGA DEL CARMEN LEYTON PANTOJA.**

DIRECTORES:

Esp. MIRIAN IVONNE CAMPO

Dra. MARIA EUGENIA MIÑO

Dr. FERNANDO PINZÓN

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA FONOAUDILOGIA**

POPAYÁN

2007

**ALTERACIONES DEL LENGUAJE ORAL EN LOS NIVELES FONÉTICO-
FONOLÓGICO Y MORFOSINTÁCTICO, EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS
CON EPILEPSIA ENTRE 8 A 18 AÑOS DE EDAD, DEL HOSPITAL SUSANA
LÓPEZ DE VALENCIA Y HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE POPAYÁN
2004 - 2006**

**JULIETH VIVIANA BECERRA CORDOBA
JANNETH DEL SOCORRO CELIS TIMANÁ
OLGA DEL CARMEN LEYTON PANTOJA.**



**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA FONOAUDIOLOGIA**

**POPAYÁN
2007**

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus más sinceros agradecimientos a la Universidad del Cauca, al Departamento de Fonoaudiología y a sus Docentes quienes aportaron sus conocimientos y experiencias en pro de la formación académica de los profesionales en esta área de la salud, para así alcanzar los objetivos anhelados.

A la directora del proyecto Flga Mirian Ivonne Campo, Asesor metodológico Dr. Fernando Pinzón, Neuropediatra Dra. Maria Eugenia Miño, y al Neurólogo Dr. Juan Carlos Cazas. Por sus aportes, críticas, dedicación y constante apoyo a nuestro proyecto desde el inicio.

A los pacientes y demás personas que colaboraron permitiendo el desarrollo de este trabajo investigativo.

Nota de aceptación

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Popayán 5 de junio de 2007.

RESUMEN

Palabras claves: Epilepsia, alteraciones del lenguaje oral, Niveles Fonético-Fonológico y Morfosintáctico.

Las descargas epilépticas en áreas del cerebro correspondientes al lenguaje, pueden interrumpir su funcionamiento normal; así mismo llegar a perturbar aspectos globales o muy selectivos de este. Las lesiones de la región anterior y media de ambos lóbulos temporales dañan el sistema conceptual del cerebro, mientras que las que afectan el hemisferio izquierdo en las proximidades de la cisura de Silvio impiden la adecuada formación de las palabras y frases. La lesión en esta región también deteriora el procesamiento de los sonidos del habla. El objetivo de la investigación fue determinar las alteraciones del lenguaje oral en los niveles fonético – fonológico y morfosintáctico en pacientes con epilepsia del Hospital Susana López de Valencia y Hospital San José en la ciudad de Popayán entre enero 2004 y diciembre de 2006. Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en una población de 29 pacientes con epilepsia. Se aplicó una entrevista, se revisaron historias clínicas, se utilizaron dos test estandarizados para las evaluaciones de los niveles fonético – fonológico y morfosintácticos. Resultados: en el nivel fonético- fonológico se encontró que el 10.3% omitió el fonema /a/ y el 10.3% omitió el fonema /r/, el 6,9% adicionó el fonema /r/, el 10,3% distorsionó el sinfon /fr/, el 27,6% presentaron dificultad en modo y tipo para los fonemas /d/ y /t/. El 100% de los pacientes presentaron algún grado de dificultad (leve, moderada, severa, profunda) en el nivel morfosintáctico. Conclusiones Los pacientes en el rango de edad de 8 a 10 años presentaron mayores alteraciones en el nivel fonético-fonológico en relación con los mayores de 11 a 18 años. Las dificultades se evidenciaron con mayor frecuencia en el género masculino y en los estratos socioeconómicos bajos 1 y 2 (55.2%). Toda la población evaluada se encontraba cursando estudios.

INTRODUCCIÓN

El concepto ancestral que se tiene sobre la epilepsia ha estado íntimamente relacionado con las diferentes expresiones del cuadro clínico. Las creencias han evolucionado, moviéndose de un extremo del espectro cuando las personas con epilepsia eran consideradas poseedoras de algún don, hacia el otro extremo, cuando se los consideraba hechiceras y las condenaban a morir en la hoguera. La epilepsia ocasiona alteraciones cognitivas, psicológicas y del lenguaje oral.

Las alteraciones del lenguaje en las personas con epilepsia afecta el desarrollo del habla a nivel fonético - fonológico presentando estructuras silábicas inmaduras, con pocas consonantes en el repertorio, producciones cortas poco complejas, anartria paroxística o habla defectuosa con incapacidad para la lectoescritura, pero con comprensión del lenguaje hablado, afectando solo la pronunciación; dependiendo de la zona donde se localice el foco epiléptico. A nivel morfosintáctico hay dificultad en el aprendizaje de reglas gramaticales, confusión de artículos, dificultad en construcciones pasivas y negativas, vocalización repetida de una vocal o sílaba, reproducción incontrolada de una palabra.³ Los procesos de socialización también se encuentran alterados debido a las dificultades para manejar habilidades comunicativas tanto verbales como no verbales. Algunos de ellos evolucionan al mutismo o limitan su expresión a una jerga, mientras que otros presentan dificultades articulatorias. La presencia en las alteraciones del lenguaje por causa de la epilepsia justifica realizar un estudio detallado de estos pacientes, aunque las posibilidades actuales de tratamiento

³ MEDINA. Op cit p. 343 - 459.

fonoaudiológico para estas manifestaciones son muy limitadas. Los resultados terapéuticos se hacen aceptables como medios para elevar el nivel de calidad de vida del paciente, de su familia y sus cuidadoresⁱ.

Por lo anterior el objetivo del presente estudio fue identificar las alteraciones del lenguaje oral en el nivel fonético-fonológico y morfosintactico del lenguaje oral, su rendimiento, dificultades y competitividad, en el mismo, la evaluación fue realizada a través de la aplicación de test estandarizados ELCE Y BLOC-S SCREENING DE PUYUELO, a una población de pacientes previamente diagnosticados con epilepsia, cuyo rango de edad se halla entre los 8 y 18 años. Dicha investigación se realizó en el Hospital Susana López de Valencia y Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán. Con una población total de 29 pacientes, de los cuales 15 fueron incluidos en la investigación del año 2004 realizado por estudiantes de pregrado del programa de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con análisis uni y bivariado, para un posterior planteamiento de la discusión de dichos resultados, donde se llegó a una correlación entre la literatura previamente encontrada y los resultados del presente estudio.ⁱⁱ

Esta investigación se realizó enfatizando el estudio en las alteraciones en el lenguaje oral, causado por la epilepsia a partir de la estructuración del marco teórico, que será de apoyo para posteriores estudios y tratamientos fonoaudiológicos, además para ampliar el campo profesional de esta disciplina.

Finalmente, se plantearon conclusiones y recomendaciones acerca de lo encontrado, su relación con aspectos que involucren a la población y al rol del fonoaudiólogo.

1. PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA.

La epilepsia hace parte de los más importantes problemas de salud pública en el mundo entero. La OMS calcula en 120 millones las personas afectadas por esta patología a nivel mundial, siendo de mayor impacto en el tercer mundo, donde se estima que el 80% de las personas con epilepsia no reciben un adecuado manejo médico, educativo y social.

La epilepsia en los países en vía de desarrollo muestra un alta prevalencia en comparación con los países desarrollados, cuando la prevalencia en estos últimos es de 5 a 7 por mil habitantes.

La incidencia de la epilepsia en Europa y Estados Unidos es de 50 casos nuevos por 100.000 habitantes cada año. La mayor incidencia es para el género masculino.

España presenta un alto nivel de casos de epilepsia junto con otros países occidentales de la comunidad Europea, entre ellos Alemania, quien tiene incidencia de esta enfermedad de 650.000 habitantes en el año de 1996.

A nivel nacional la liga Colombiana contra la epilepsia aporta datos estadísticos que informan que la población que padece esta enfermedad corresponde a 3.988 hombres 4.167 mujeres, de ellos, 130 son niños. A nivel municipal en el Hospital Susana López de Valencia del municipio de Popayán se encontró que en los años comprendidos entre el 2000 y el 2002 el número de consultas de personas diagnosticadas con epilepsia equivale aún total de 2.458, clasificadas por la institución en 2 tipos generaliza y focal.

En el servicio de neuropediatría de la institución se ha registrado un total de 1200 consultas de las cuales, aproximadamente el 50% suelen ser de pacientes con epilepsia.

En el Hospital Universitario San José anualmente existe un promedio de 720 niños con epilepsia. No existe un estudio preciso que permita saber si hay un determinado tipo de trastorno en el desarrollo del lenguaje que se asocia significativamente a ciertas formas específicas de epilepsia, pero se han encontrado aportes bibliográficos como el síndrome de Landau- kleffer en la que una de las teorías es la existencia de anomalías en la sinaptogénesis que pueden alterar el desarrollo de la corteza temporo-parietal cuando las alteraciones son bilaterales, con disfunción permanente del lenguaje y personales que demuestran que este tipo de perturbación del lenguaje en los niveles pragmático, semántico, fonético- fonológico y sintáctico pueden coexistir con la epilepsia en

varias circunstancias manifestándose mediante aislamiento, timidez, deserción escolar, discurso con estructura simples, poco vocabulario, disminución de la intención comunicativa, dificultad para expresar sentimientos así como opiniones, dificultades para iniciar y mantener los tópicos de una conversación al igual que a interpretar situaciones y expresar el contenido de los significados. A nivel sintáctico hay errores en el uso de conectores, tienen una gramática defectuosa, tienden a eliminar las conjunciones y los pronombres, les resulta más fácil evocar los sustantivos que los verbos, tienen dificultad en el aprendizaje de reglas, confusiones con los artículos, dificultad en las construcciones pasivas y negativas, lento desarrollo en el crecimiento del vocabulario y tienen dificultades en la organización del discurso.

A nivel fonético-fonológico presentan estructuras silábicas inmaduras, pocas consonantes en el repertorio, producciones cortas y poco complejas, presentan problemas con las funciones oral-motora como dislalias afectando la pronunciación. Dependiendo de la zona donde se localice el foco epiléptico, tienen bajo tono muscular, dificultad para la realización de praxias orofaciales tanto por orden verbal como por imitación, en algunos casos hay sialorrea. Todo lo anterior interfiere negativamente en la comunicación, integración social y aprendizaje a lo largo de la vida. En el estudio realizado en Hospital Universitario San José y Susana López de Valencia el año de 2004 los resultados demostraron que el nivel semántico presentó mayor desfase con respecto al pragmático.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las alteraciones del lenguaje oral en los niveles fonético-fonológico y morfosintáctico, en pacientes diagnosticados con epilepsia entre 8 y 18 años de edad, del Hospital Susana López de Valencia y Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán en el período comprendido de 2004 a 2006?

1.3 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.

En el año 2000, se realizó en la ciudad de Lima (Perú) en el Instituto de Ciencias Neurológicas un estudio cuyo título es: "Trastornos neuropsicológicos en niños con epilepsia", realizado por Rosa Velasco y Conrado Castro, con la finalidad de determinar la función o procesos parciales que se comprometen en niños epilépticos, referidos generalmente con desórdenes de aprendizaje desde el punto de vista neuropsicológico. Se realizó un estudio descriptivo prospectivo, para el cual, se tuvo en cuenta 73.220 consultas. El 5% fueron niños de 2 a 6 años y el 10% niños de 7 a 15 años de edad. Del total de las consultas, el 16% y el 3% tuvieron el diagnóstico de epilepsia y de problemas de aprendizaje respectivamente. Se excluyeron aquellos con crisis convulsivas de causa sintomática, los que tenían retardo mental asociado y los que recibían tratamiento farmacológico que pudieran influir en las pruebas. Los resultados obtenidos

fueron: De 20 niños con epilepsia y problemas de Aprendizaje en el examen neuropsicológico, todos los niños tenían un Coeficiente Intelectual (CI) dentro de lo normal o promedio. Catorce niños presentaron una alteración moderada de la atención, medida por la prueba de repetición de dígitos del WISC-R y pruebas de atención. De ellos, el 25% sufrían de hiperactividad, todos de sexo masculino y cinco niñas epilépticas no sufrían de desorden de la atención, lo que sugiere el predominio del síndrome deficitario de la atención en el varón. Sólo cuatro niños presentaron alteraciones significativas en la curva de aprendizaje de Rey: tres de sexo masculino y uno femenino. Este estudio permitió evidenciar que el inicio de las crisis convulsivas a muy temprana edad, puede ser de mal pronóstico para el desarrollo de las funciones cognitivas. Dodrill encontró que pacientes con crisis convulsivas que se iniciaron en el primer año de vida mostraron un CI total (Escala Weschler) de 83, mientras que aquellos que se iniciaron después de los 20 años mostraron un CI total de 102. Un hecho aceptado es que los pacientes que padecen crisis generalizadas presentan mayor deterioro que los individuos con crisis parciales. Este estudio brinda datos acerca de la relación epilepsia y aprendizaje, lo que a su vez influye directamente en el lenguaje oral y lectoescrito, ya que el lenguaje es una herramienta importante para el desarrollo de diferentes aprendizajes y viceversa. Los procesos mencionados anteriormente, pueden verse afectados por crisis convulsivas focales o generalizadas que ocasionan daños en el sistema nervioso central. La muestra de este estudio no es significativa, sin embargo brinda datos importantes sobre la correlación entre la epilepsia y el desarrollo de los procesos de aprendizaje, aportando bases para el desarrollo del proyecto de investigación en curso. A partir de estos resultados se corrobora la necesidad de realizar una evaluación formal de los procesos del lenguaje oral y escrito.

En Agosto del año 2002, se realizó en Londres un estudio relacionado con las alteraciones del lenguaje en niños con epilepsia, cuyo título es 'Altos índices del desorden del lenguaje en niños con epilepsia' por "Gillanm Parkinson", cuyo objetivo fue "determinar los datos estadísticos sobre las alteraciones del lenguaje en relación con la epilepsia focal en la niñez". En el desarrollo de este estudio se utilizó un diseño de tipo descriptivo, para el cual se investigaron estas alteraciones en 109 niños entre 2 y 17 años de edad. Los resultados mostraron que el 89% de niños inician una crisis epiléptica antes de los 6 años de edad y el 50% presentan una crisis epiléptica en los primeros 12 meses de vida; solo un 28,40% tenía un tipo de crisis, los demás presentaban de 2 crisis en adelante. El 20.2% presentaban antecedentes familiares de epilepsia.

En este estudio se encontró que un número significativo de niños con crisis parciales simples y complejas presentaban desordenes del lenguaje comprensivo y expresivo, así mismo un 37.6% presentaron una alteración desconocida del lenguaje no específica.

La investigación mencionada aporta datos importantes respecto a la población con epilepsia y la influencia de ésta en el lenguaje, de igual modo se evidencia que por

el difícil acceso a otras investigaciones, aun falta información sobre las alteraciones específicas del lenguaje en estos pacientes. La muestra escogida para este estudio es significativa y brinda mayor confiabilidad respecto a los resultados obtenidos.

En el año de 2004, se realizó en la ciudad de Popayán un estudio relacionado con las alteraciones del lenguaje en pacientes con epilepsia en edades de 8 – 18 años, por estudiantes de pregrado del Programa de Fonoaudiología Astrid Lorana Erazo Pino, Cristina Luna Ordóñez, Carina Montenegro Rosero y Julieth Catherine Suarez Buchelly.

El trabajo investigativo pretendía identificar las características del lenguaje oral a nivel semántico y pragmático de los pacientes diagnosticados con epilepsia permitiendo corroborar o destacar las alteraciones comunicativas secundarias a esta y de esta forma orientar el tratamiento fonoaudiológico a seguir con este tipo de pacientes. Para el estudio se escogieron los pacientes que consultaron al servicio de neuropediatría y neurología del Hospital Susana López de Valencia y el Hospital San José entre enero a junio del 2004 y que cumpliero con los siguientes criterios de inclusión: Diagnóstico neurológico y de epilepsia focal o generalizada, pacientes con edades entre 8 a 18 años, historia clínica completa y prematuros con apgar normal. Excluyéndose a los pacientes con otro tipo de enfermedad que se confundían con la epilepsia, síndrome epiléptico y antecedentes de hipoxia. Se revisaron un total de 230 historias clínicas de pacientes con epilepsia, de los cuales el 78.6 % fueron excluidos y el 20.8% restante cumplieron con los criterios de inclusión, por lo cual a este grupo se le aplicó el instructivo de evaluación de los niveles semántico y pragmático. Este porcentaje equivale a 48 personas, a quienes se les examinaron las habilidades semánticas: significado referencial y significado semántico y las habilidades pragmáticas: intenciones comunicativas, organización del discurso conversacional y presuposición en contextos conversacionales y narrativos.

Los resultados del estudio demostraron que el nivel semántico presentó mayor desfase respecto al nivel pragmático. En este nivel el 50 por ciento de las personas presentaron dificultades simultáneas en las 2 habilidades: significado referencial y habilidad en el significado semántico. De igual manera los rangos de edad que presentaron mayor grado de desfase fueron de: 8 – 10 años. Y 13 – 15 años. Siendo el rango de edad 8 – 10 años el más frecuente. En el nivel pragmático predominó la dificultad simultánea en las 3 habilidades: intenciones comunicativas, organización del discurso y presuposición en contextos conversacionales y narrativos, donde el rango de edad que presentó mayor grado de desfase fue de 8 – 10 años.

El género evaluado con mayor frecuencia a nivel pragmático y semántico fue el género femenino, presentando con mayor proporción algún grado de desfase tanto en el nivel semántico como en el pragmático.

En el nivel semántico y pragmático las personas que obtuvieron algún tipo de desfase pertenecen en mayor proporción al estrato socioeconómico 1 y 3. El 95.8 por ciento de la población total recibió educación en las escuelas o colegios, de ellos el desfase va desde leve a profundo en los dos niveles, predominando el desfase a nivel semántico y desfase leve – moderado en el nivel pragmático.

La mayoría de los pacientes pertenece a la zona urbana, debido a la accesibilidad de esta población, predominando a nivel semántico el desfase moderado y desfase leve – moderado en el nivel pragmático. Así mismo la mayoría de la población recibió atención hospitalaria durante el parto.

En la población evaluada se encontró que el tipo de epilepsia más frecuente es la epilepsia focal respecto a la generalizada. De igual modo en la epilepsia focal y generalizada se encuentran más afectado el nivel semántico que el pragmático.

La edad de mayor prevalencia fue de 13 a 15 años y la de menor frecuencia de 16 a 18 años.

Las habilidades pragmáticas más comprometidas fueron intenciones comunicativas, organización del discurso y presuposiciones en contextos conversacionales y narrativos y la habilidad semántica más afectada es el significado referencial y semántico.

En conclusión el nivel semántico fue el más afectado, el grado de mayor desfase se presentó en las edades entre 13 a 15 años. Los desfases lingüísticos se observaron en mayor proporción en los pacientes que pertenecieron a los estratos socioeconómicos bajos, posiblemente por la deprivación ambiental y falta de estimulación.⁴ La investigación mencionada aporta datos importantes respecto a la población con epilepsia y a la influencia de esta en el lenguaje oral, es así donde nace la inquietud de continuar evaluando el lenguaje en los niveles fonético-fonológico y morfosintáctico.

⁴ Montenegro, Op cit. p. 70, 71, 72,73.

2 JUSTIFICACIÓN

La epilepsia es la alteración neurológica que presenta las más altas tasas de incidencia y prevalencia en el mundo. En 1996 se realizó un estudio neuroepidemiológico nacional en Colombia, con la participación de cinco ciudades: Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga, Cali y Medellín, se hizo un muestreo rural y urbano y se estudiaron las enfermedades neurológicas más prevalentes entre las que se encuentra la epilepsia en segundo lugar.

Las descargas epilépticas en las regiones del cerebro correspondientes al lenguaje pueden interrumpir su funcionamiento normal así mismo ⁵llegar a perturbarse aspectos globales o muy selectivos de este. Las lesiones de las regiones anterior y medial de ambos lóbulos temporales dañan el sistema conceptual del cerebro mientras que las que descargas eléctricas que afectan el hemisferio izquierdo en las proximidades de la cisura de Silvio impiden la adecuada formación de las palabras y frases. La lesión en esta región también deteriora el procesamiento de los sonidos del habla. ¹

Actualmente el programa académico de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca, adelanta múltiples estudios referentes a las diversas áreas de desempeño profesional (lenguaje oral- lectoescrito habla y audición), es así como en el año 2004 se realizó un estudio relacionado con las alteraciones en los niveles del lenguaje semántico y pragmático en pacientes con epilepsia. De allí nace el interés de complementar la investigación para evaluar y caracterizar las alteraciones en los niveles fonético-fonológico y morfosintáctico como también de corroborar las alteraciones en el lenguaje oral que plantean diferentes autores en relación con la epilepsia ; de la población conformada por 29 pacientes.

Uno de los principales propósitos es evaluar y caracterizar a esta población, proporcionando información lingüística clara y precisa para que futuras investigaciones, implementen la intervención Fonoaudiológica en los desórdenes encontrados, y así ayudar a suplir las dificultades en pacientes con epilepsia de esta manera incursionar en los campos laborales e investigativos que le aporte conceptos teóricos al programa de fonoaudiología.

⁵ Medina Op cit p.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las alteraciones del lenguaje oral en los niveles Fonético – Fonológico y Morfosintáctico en pacientes diagnosticados con epilepsia entre 8-18 años de edad del Hospital Susana López de Valencia y el Hospital San José en la ciudad de Popayán entre enero 2004 y diciembre de 2006.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los pacientes diagnosticados con epilepsia por neurología y neuropediatría en el año 2004 - 2006.
- Determinar las características sociodemográficas de la población evaluada diagnosticada con epilepsia entre 8 y 18 años de edad, del Hospital Susana López de Valencia y Hospital Universitario San José en Popayán.
- Determinar las alteraciones del lenguaje oral y sus características específicas en los niveles fonético- fonológico y morfosintáctico en pacientes con epilepsia del Hospital Susana López de Valencia y Hospital Universitario San José en la ciudad de Popayán.
- Establecer la relación entre el nivel fonético – fonológico y morfosintáctico con la edad, género, tipo de epilepsia, nivel educativo, estrato social y tratamiento farmacológico.

4. REFERENTE TEORICO.

4.1 DEFINICIÓN DEL LENGUAJE:

El lenguaje puede definirse como el conjunto de procesos complejos que permiten utilizar un sistema de convenciones para presentar conceptos necesarios para la comunicación.⁶

Es el vehículo por excelencia de la simbolización por medio del cual el pensamiento se socializa gracias a las interacciones interpersonales, obligando al individuo a tomar conciencia del papel de otro.

El lenguaje es una facultad de la mente humana con la cual se codifica o decodifica un mensaje. Tal facultad se opera o implementa, mediante una estructura neuropsicológica conformada por una red de alta complejidad de mecanismos y centros nerviosos especializados genéticamente en:

- La organización de la producción y el reconocimiento de las cadenas sonoras del habla.
- Las reglas que gobiernan el ordenamiento secuencial de las palabras en frases y oraciones.
- El sistema de significado que se adhiere a estas, como consecuencia de experiencias cotidianas y la interacción social del individuo en una variedad de situaciones comunicativas.

Luria (1978) indica que el lenguaje se pudo originar en la actividad productiva y surgió bajo la fórmula de movimientos manuales abreviados que representaban ciertas actividades laborales y gestos señalizadores mediante los cuales los humanos se comunicaban entre sí. Solo en el curso de un período histórico muy largo en el cual, generación tras generación, fueron apareciendo dispositivos neurológicos cada vez más especializados se llegó a realizar la disociación entre gesto y sonido.

Los sonidos que el hombre primitivo emitía reiterativamente en una situación determinada provocaban una actividad analítico - sintético diferenciada de los analizadores auditivo y fónico motor. La satisfacción de sus necesidades, posterior a tal conducta reforzaba la correspondencia de acción vocal, así como la adecuada imagen acústica, afianzando en la corteza las asociaciones útiles (Spirkin 1992).

⁶ ACOSTA. Op cit p. 34 – 35 – 36.

Durante este proceso, se desarrollo un complejo código oral mediante el cual era posible no solo presentar objetos separados, sino abstraer la acción y la cualidad, categorizar a los objetos, representar sus relaciones más complejas y transmitir sistemas globales de conocimiento. El lenguaje, entonces, surge por la necesidad que tiene el hombre de relacionarse con sus semejantes y explicar su acción en el mundo.⁷

El lenguaje para su estudio se divide en cuatro niveles: Nivel Pragmático, Semántico, Fonético- Fonológico y Morfosintáctico.

4.2 DEFINICIÓN DE LA FONOLOGÍA Y FONÉTICA

La *fonología* se ocupa del estudio de los sonidos de la expresión lingüística desde un punto de vista funcional y abstracto, agrupados en un lenguaje determinado (Canellada y Madsen, 1987; Crystal, 1983; Gallardo y Gallego, 1993). Este estudio se lleva a cabo mediante la aplicación de criterios estrictamente lingüísticos (Martínez Celdrán, 1989), es decir, de la organización de los sonidos en un sistema valiéndose de sus caracteres articulatorios y de la distribución o suma de contextos en que pueden aparecer (Onieva, 1993).

Por su parte, la fonética atiende al estudio del material sonoro, tratando de recoger la información más exhaustiva posible sobre la materia sonora bruta y sus propiedades fisiológicas y físicas (Martínez Celdrán, 1989) atendiendo a tres puntos de vista (Quilis y Hernández, 1990): de la producción (fonética articulatoria), de su transmisión (fonética acústica) y de la percepción (fonética auditiva).⁸

4.2.1 CONTENIDO DE LA FONOLOGIA

El análisis de las unidades que componen el sistema fonológico nos permite profundizar en el estudio de su contenido. Por ello es preciso explicar sucintamente los conceptos de fonema, rasgos distintivos y sílaba.

4.2.1.1 Fonema. Se conoce por fonema el grupo de sonidos empleados para expresar significados mediante la organización en un sistema de contrastes (Crystal, 1983). Cada lenguaje o dialecto tiene un número determinado de

⁷ ACOSTA, Rodríguez Víctor M. Moreno Santana Ana Maria, Dificultad del Lenguaje en ambientes educativos, retraso al trastorno específico del lenguaje, editorial Masson. España 2001. p 79.

⁸ ACOSTA. Op cit p. 34 – 35 – 36.

unidades de contraste, también denominadas unidades fonémicas o segmentos. Alarcos (1994: 27) define los fonemas como «modelos mentales del sonido que caracterizan a cada lengua, aunque en el habla concreta aparezcan realizados como sonidos diversos.

El fonema está sujeto a realizaciones diferentes -denominadas variantes-, dependiendo del estilo del habla y/o del contexto fonético. Normalmente se habla de dos tipos principales de variantes:

- ❖ **Variantes combinatorias.** Se producen cuando dos o más unidades fónicas que tienen entre sí una semejanza articulatoria o acústica no se presentan nunca en el mismo contexto.
- ❖ **Variantes libres.** Se producen cuando dos o más variantes fónicas aparecen en el mismo contexto.

4.2.1.2 Rasgos distintivos. Para realizar un análisis fonológico hay que reconocer que los fonemas están compuestos por haces de rasgos simultáneos, de modo que el fonema es una unidad compleja segmentable y, por tanto, sucesiva, mientras que el rasgo es la diferencia material última y simultánea que da unidad al fonema (Martínez Celadrán, 1989). Además, si esos rasgos cumplen la función de oposición, se llamarán rasgos distintivos o pertinentes. Éstos pueden ser descritos de doble manera; articulatoriamente (tomando como referencia los movimientos y posiciones de los órganos fonadores) y acústicamente (tomando como referencia los índices acústicos que se desprenden de la onda sonora del lenguaje).

4.2.1.3 Sílaba. La sílaba pasa por ser «el esquema elemental en torno al que se constituye todo agrupamiento de fonemas» (Jakobson y Halle, 1956: 41; cf. Martínez Celadrán *et alii*, 1998). La sílaba, al contrario que el fonema, «tiene su ser en la cadena, en el discurso» (Martínez Celadrán *et alii*, 1998: 86). La mayor parte de las lenguas poseen una estructura silábica formada por un núcleo, que es obligatorio y generalmente se trata de una vocal, y por una serie de sonidos consonánticos opcionales que aparecen tanto en el margen anterior al núcleo (llamado *ataque*) como en el margen posterior (la *coda*).

En la lengua española la sílaba tiene dos características principales.

4.2.1.4 Monofonemática y Polifonemática. Es la existencia de sílabas constituidas por un solo fonema (monofonemática); Y polifonemática, constituida por varios fonemas. Los fonemas que pueden constituir sílabas se denominan *silábicos* (vocales), y los fonemas que de forma aislada no pueden constituir sílaba se llaman *no silábicos* (consonantes).

4.2.1.5 Sílaba abierta. Es el predominio de la terminación de una sílaba en vocal y su comienzo en consonante.

- ❖ **Con respecto a los fonemas consonánticos.** Una primera serie de agrupaciones surgen al combinar los fonemas oclusivos (/p/, /t/, /k/), los sonoros (/b/, /d/, /g/) y el fricativo /f/ con las líquidas /l/, /r/. De está, manera tenemos: /pl/, /tl/, /kl/; /pr/, /tr/, /kr/; /b/ /ll/, /dl/, /gl/; /br/, /dr/, /gr/; /fl/; /fr/. Una segunda serie de agrupaciones consonánticas formadas con el fonema /s/ en segunda posición, constituidas por agrupaciones en palabras cultas, aunque generalmente se ven sometidas a reducciones en el habla coloquial.
- ❖ **Con respecto a los fonemas vocálicos:** Las vocales forman agrupaciones denominados diptongos y triptongos:
 - *Diptongos crecientes.* El fonema más abierto que constituye el núcleo silábico se encuentra situado en posición secundaria: /ia/, /ie/, /io/, /ua/, /ue/ y /uo/, tanto en posición átona como tónica.
 - *Diptongos decrecientes.* El fonema más abierto que constituye el núcleo silábico se encuentra situado en posición primaria: /ai/, /ei/, /oi/, /au/ y /eu/, tanto átonos como tónicos.
 - *Triptongos.* La segunda vocal del grupo, la de mayor abertura, constituye el núcleo silábico: /iai/ , /iei/ , /iau/ , /ioi/ , /uai/ , /uei/ y /uau/.

4.2.1.6 Por el punto de articulación. Al describir las consonantes desde el punto de vista articulatorio se clasifican teniendo en cuenta el punto de articulación, es decir, atendiendo al lugar en el que se produce el contacto entre los órganos de la articulación para producir el sonido.

Así:

- ❖ Bilabiales: /p/, /b/, /m/.
- ❖ Labiodentales: /f/.
- ❖ Interdentales: /θ/.
- ❖ Dentales: /t/, /d/.
- ❖ Alveolares: /s/, /n/, /l/, /r/, /ř/.
- ❖ Palatales: /ç/, /y/, /ʎ/, /ɲ/.
- ❖ Velares: /k/, /g/, /x/.

4.2.1.7 Por el modo de producción. Las consonantes se diferencian por el *modo de producción*, ya que el articulador activo puede llegar a contactar totalmente con el pasivo y producir un cierre completo, o bien puede producir un mayor o menor estrechamiento. De esta manera, se puede hacer la siguiente clasificación de las consonantes:

- ❖ *Oclusivas:* cuando se produce un cierre completo; /p/, /t/, /k/.
- ❖ *Fricativas:* cuando hay un acercamiento entre los órganos, pero sin llegar al cierre total: /s/, /e/, /f/, /x/.

- ❖ *Africadas*: cuando tiene lugar un cierre completo seguido de una fase fricativa: /c/, /y/.
- ❖ *Vibrantes*: cuando el cierre es momentáneo: /r/, /ʎ/.
- ❖ *Laterales*: cuando hay un cierre completo en la zona central de la lengua, pero con apertura en uno o ambos lados: /l/, /ʎ/.
- ❖ *Nasales*: cuando se produce un cierre completo en la boca y el paso del aire se hace por las fosas nasales; /m/, /ɲ/, /n/.

Es importante la distinción entre aquellos fonemas consonánticos que se producen con un cierre total del tracto que no deja pasar el aire y los que se articulan sin llegar a un cierre absoluto.

Los fonemas también se describen por los rasgos de *sonoridad* (si hay vibración o no de las cuerdas vocales durante la emisión) y *tensión* (estado de rigidez de los músculos que intervienen en la articulación del sonido, distinguen también entre los fonemas consonánticos *obstruyentes* e *inobstruyentes*. Los primeros se articulan sin sonoridad (o vibración) espontánea de las cuerdas vocales mientras que los segundos se articulan con sonoridad espontánea.

En cuanto a las vocales hay que señalar, en primer lugar, que todas se articulan con las cuerdas vocales en vibración; es decir, que son sonoras. Otro rasgo fundamental en la producción de estos sonidos es el modo de articulación, que se concreta en su *altura* o *grado de apertura*; esto es, el espacio que la lengua -al elevarse o bajarse- deja para pasar el aire a través del canal bucal. Así, en español existen vocales altas (/i/ y /u/), vocales medias (/e/ y /o/) y una vocal baja (/a/). Respecto al punto de articulación de las vocales, se distingue entre aquellas que se pronuncian en la zona anterior o palatal (/i/ y /e/), en la intermedia (/a/) y en la posterior o velar (/u/ y /o/).

4.2.1.8 CUESTIONES SUPRASEGMENTALES

Junto a los rasgos fónicos que se combinan en los fonemas sucesivos de una secuencia de habla aparecen otros, denominados *rasgos prosódicos*, que se superponen a ellos, por lo que se han denominado también *rasgos suprasegmentales*, y afectan a sílabas completas. Los rasgos suprasegmentales en español son el *acento* (que afecta a la sílaba y a la palabra) y la *entonación* (que afecta al grupo fónico -secuencia sonora delimitada por pausas- y a la oración). Tanto el acento como la entonación desempeñan una *función fonológica* o *distintiva* (Onieva, 1993).⁹

4.3 DESARROLLO FONOLÓGICO

El proceso de adquisición fonológica comienza desde el nacimiento con la emisión de los primeros sonidos y se continúa de forma progresiva y gradual hasta los 4

⁹ ACOSTA. Op cit p. 79 – 80 – 81 – 82 – 83 – 84.

años, aproximadamente, momento en que la mayoría de los sonidos aparecen discriminados en palabras simples. El proceso se termina de completar, en el caso del español, a la edad de 6 o 7 años, cuando se dominan determinadas estructuras silábicas de consonantes (C) y vocal (V), como los agrupamientos CVC y CCV, además de las consonantes vibrantes.

En cuanto al proceso de adquisición de las clases de sonidos en español, podemos hacer la siguiente secuencia de adquisición de menor a mayor dificultad:

4.3.1. Los fonemas simples. Se adquieren progresivamente en este orden; nasales, oclusivos, fricativos, líquidos y vibrantes múltiples (Serra, 1979).

4.3.2. Los grupos consonánticos. Formados con líquidas tienen una aparición más tardía, mientras que la adquisición de diptongos decrecientes es posterior a la de los crecientes.

4.3.3. Etapas de adquisición fonológica gradual en el estadio lingüístico:

- ❖ A los 3 años: /m/, /n/, /ɲ/, /p/, /t/, /k/, /b/, /x/, /l/, /g/, /f/, /s/, /ç/, /r-;/ diptongos decrecientes; grupos consonánticos / nasal+cons. /.
- ❖ A los 4 años (además de los anteriores): /d/, /ɲ/, /r/ y grupo /cons.+l/.
- ❖ A los 5 años (además de los anteriores): /θ/ y grupos /s+cons./ y /cons.+r /.
- ❖ A los 6 años (además de los anteriores): /f/ y grupos /s+cons. cons./, /líquida+cons./, diptongos crecientes.

4.3.4 PROCESOS DE SIMPLIFICACIÓN DEL HABLA.

Debido a que el sistema fonológico del niño se adquiere de forma progresiva, éste va haciendo uso de determinadas estrategias que le ayudan a aproximarse a los sonidos usados por los adultos. Para superar sus limitaciones articulatorias, los niños y niñas utilizan procesos de simplificación mediante la eliminación o sustitución de los sonidos más difíciles por otros más fáciles.

En cuanto a la *estructura de la sílaba* los procesos más usuales son la reducción de grupos consonánticos, la reducción de diptongos y la ausencia de vibrante múltiple.

La mayoría de los sonidos del habla infantil se adquieren a la edad de 4 años, pero que habrá que aguardar, en muchos casos, hasta los 5 años para empezar a superar los procesos de simplificación del habla y, por tanto, acceder a un mayor dominio del sistema fonológico.¹⁰

¹⁰ ACOSTA. Op cit p 84 – 85.

5 CARACTERÍSTICAS FONOLÓGICAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON DIFICULTADES DEL LENGUAJE.

Dentro del grupo de niños y niñas con dificultades del lenguaje resulta habitual encontrarse ante la presencia de problemas en su habla que suelen afectar tanto al *procesamiento* (el uso de la información fonológica para procesar el lenguaje oral y escrito) como a la *representación fonológica* (conocimiento almacenado acerca de los sonidos que componen una palabra, necesario para su reconocimiento al ser oída, y que nos permite también discriminarla en palabras con sonidos similares). Cuando ello ocurre se encuentra con escolares que muestran dificultades fonológicas que se concretan en problemas con el procesamiento auditivo, con la representación léxica y no con la producción fonológica, o con la presencia de procesos de simplificación del habla que afectan a su inteligibilidad. Se trata de dificultades en la organización de los sonidos que no les permite establecer contrastes en el lenguaje, lo que conlleva problemas de carácter funcional o fonemático. Éstas se van a diferenciar de aquellas otras dificultades relacionadas con la articulación de los sonidos donde el problema es más de naturaleza fonética. Por tanto, las dificultades fonológicas van más allá de aquellos problemas exclusivamente articulatorios, ya que, aunque los niños tengan la habilidad para producir ciertos sonidos, luego no van a ser capaces de utilizarlos correctamente en el contexto lingüístico adecuado.

Las características más significativas de los niños con dificultades fonológicas son las siguientes:

- ❖ En las personas que usan el español se observa una menor precisión para segmentar especialmente en posición inicial de palabra, produciéndose sobre todo el proceso de omisión.
- ❖ Una fonología comunicativamente inadecuada para señalar diferencias de significado como consecuencia de restricciones importantes en el número de contrastes que los niños y niñas son capaces de codificar.
- ❖ Determinadas restricciones en el uso de ciertos sonidos del habla (inventario fonético restringido). En muchos casos, se trata de niños y niñas que pueden producir únicamente oclusivas, nasales y semiconsonantes, y una serie limitada de vocales.
- ❖ Limitaciones en la estructura silábica, como la ausencia de grupos consonánticos y de ciertas consonantes en posición de coda silábica, prevaleciendo V y CV como los tipos de sílabas predominantes.

- ❖ Persistencia de patrones de error. En el niño con desarrollo normal la frecuencia de aparición de muchos de los procesos fonológicos decrece rápidamente, de modo que a los 3 años los procesos de omisión de consonantes iniciales, reduplicación, frontalización velar, supresión de sílaba átona, etc., son bien escasos. Sin embargo, en los niños y las niñas con dificultad fonológica estos tipos de error pueden ser persistentes.
- ❖ Desproporción cronológica, ya que para los niños y niñas con desarrollo normal existe una secuencia bastante regular en cuanto a la desaparición de los distintos tipos de error, mientras que algunos niños y niñas con dificultad fonológica fracasan en su intento de seguir el orden cronológico normal. El sistema fonológico de estos niños se caracteriza por estar avanzado en algunos aspectos pero severamente retrasado en otros.
- ❖ Tipos de error inusuales. Se detecta un número de tipos de error en el habla de los niños y niñas con dificultades fonológicas que ocurre raramente o sólo en períodos de tiempo breves en los sujetos con desarrollo fonológico normal.
- ❖ Presencia de ciertas estrategias de evitación al tratar de eludir el uso de palabra que contienen formas adultas de ciertos sonidos o configuraciones de sílabas.
- ❖ Variabilidad extensiva, pero ausencia de progreso. En los niños y niñas con dificultades fonológicas, la variabilidad a menudo ocurre sin ningún avance aparente en los niveles fonético y fonológico. En los sujetos con desarrollo normal la variabilidad es el fruto de la reorganización de su sistema fonológico en la medida en que las formas incorrectas se sustituyen por otras más correctas.
- ❖ Los niños y niñas *no explotan su potencial de contrastes*, por lo que los fonemas se utilizan, a veces, contrastivamente sólo en determinadas posiciones de palabra. Por tanto, su sistema de contrastes es asimétrico y antieconómico fonológicamente.

Por último, se debe añadir que los escolares que manifiestan dificultades fonológicas suelen presentar también retraso en otros componentes del lenguaje, tanto en relación con la morfosintaxis como con la pragmática, pero de manera más acentuada quizás, en el caso del desarrollo léxico, puesto que la memoria fonológica puede resultar fundamental en la adquisición y recuerdo del vocabulario.¹¹

¹¹ ACOSTA. Op cit p 85 – 86.

5.1 Del enfoque tradicional al enfoque fonológico en los estudios del habla infantil.

Hasta hace poco tiempo, las dificultades del habla infantil se analizaban desde parámetros estrictamente articulatorios, considerándose el concepto de fonema como la unidad básica de la producción y percepción del habla. En consecuencia, el interés por el estudio de las anomalías en la estructura oral (*disglosias*) y de las alteraciones neurológicas (*disartrias*), así como el análisis de los problemas funcionales del habla, se ha plasmado desde planteamientos más fonéticos que lingüísticos, entendiéndose que la dificultad para articular uno o varios sonidos surge como consecuencia de un retraso en la maduración motriz, comenzándose a hablar de *dislalias* (Pascual, 1990).

5.2 Enfoque fonológico.

Existe una clara distinción entre errores fonéticos y fonológicos, los primeros vinculados a distorsiones o incapacidad en la producción articulatoria de los fonemas, mientras que en los segundos el problema se sitúa en la pérdida de la capacidad para establecer oposiciones entre fonemas en contextos determinados.

Por lo tanto, el enfoque fonológico enfatiza una doble idea. Por un lado, lo que el niño debe aprender es la fonología, más que el control sobre los gestos articulatorios y por otro lado, los errores no son específicos de un fonema o palabra específica, sino que se extienden a otros sonidos que son similares en sus características fonológicas (Fey, 1985).

5.3 Enfoque basado en los procesos fonológicos.

Los procesos fonológicos son denominados *naturales* porque representan «respuestas naturales a las fuerzas fonéticas». Los niños y niñas no adquieren realmente un sistema fonológico, más bien empiezan con una serie de procesos innatos y universales y después aprenden a suprimir, limitar y ordenar los procesos fonológicos. Se constata una notable tendencia a simplificar la forma adulta mediante la eliminación o sustitución de sonidos más difíciles por otros más fáciles. Se ha detectado cuatro tipos fundamentales de procesos:

- ❖ *Procesos de estructura de la sílaba*, en los que el grupo silábico de una palabra adulta se altera (p. ej., /bo/ por /bote/).
- ❖ *Procesos de asimilación*, en los que un sonido es asimilado a otro dentro de una misma palabra (p. ej., /tata/ por /tapa/).
- ❖ *Procesos de sustitución*, en los que una clase de sonidos es sustituida por otra (p. ej., /dogar/ por /rrogar/).
- ❖ *Procesos de sonoridad*, en los que cambia la característica de sonoridad (p. ej., /besa/ por /pesa/).¹²

¹² ACOSTA. Op cit p 86 – 87 – 88.

6 DEFINICIÓN Y CONTENIDO DEL NIVEL MORFOSINTÁCTICO

La morfosintaxis es el componente lingüístico que se ocupa del estudio de las reglas que intervienen en la formación de palabras y de las posibles combinaciones de estas en el interior, de las diferentes secuencias oracionales en las que se estructura una lengua. Su campo de estudio es amplio ya que se ocupa de describir las reglas de ordenamiento y funcionamiento tanto de las unidades morfológicas como de las sintácticas.

El contenido específico de la morfosintaxis incluye el estudio de las unidades morfológicas (morfemas y palabras) y de las sintácticas (sintagmas y oraciones). Sin embargo, de la lingüística no existe intimidad en el concepto y definición en estas unidades, sino que al contrario están sujetas a diferentes teorías importantes en el seno de las diversas corrientes y perspectivas que conviven dentro de la lingüística.

6.1 La palabra.

Es toda unidad lingüística que contenido léxico y/o gramatical puede ser segmentada en el discurso; esto se puede descomponer en constituyentes más pequeños llamados lexemas (unidades específicamente semánticas).

6.2 Morfema.

Es la unidad que le da contenido gramatical a la palabra. Los morfemas se dividen en trabados o dependientes y libres o independientes los trabados son aquellos que no pueden aparecer aisladamente en la oración es decir, que carecen de independencia sintáctica, estos a su vez se dividen en derivados (sufijos y prefijos) y flexivos (género, números, desinencias verbales). Los morfemas libres o independientes son a aquellos que poseen independencia sintáctica por lo que pueden aparecer solos en la oración; algunos morfemas de este tipo son, por ejemplo la, para, con, y, así, etc.

6.3 Oración.

Es la unidad funcional de la sintaxis se define como la unidad más pequeña con la estructura autónoma y de sentido completo en sí misma en que se divide el habla real. Tener "sentido completo en sí mismo" quiere decir que contiene un enunciado (que puede ser afirmativa o negativa), una pregunta, un deseo y un mandato. Las oraciones pueden estar constituidas por una o varias palabras. Atendiendo a su

clasificación normalmente se distinguen entre oraciones simples y oraciones complejas, o compuestas. Las primeras son las que contienen un verbo, mientras que las segundas incluyen dos o más verbos trabados entre sí. Dentro de las oraciones compuestas, las proporciones o cláusulas son las denominaciones que reciben cada uno de las oraciones simples que las integran.

6.4 Sintagma.

Es un grupo de palabras que presentan coherencia desde el punto de vista semántico (porque tienen significado), sintáctico (porque cumplen con una función en la oración) y fonológico (porque constituye una unidad pronóstica). Se reconoce porque se organiza alrededor de un elemento nuclear (que puede ser un sustantivo, un verbo, una preposición o un adverbio), alrededor de lo cual se puede agrupar otros elementos que lo modifican.¹³

¹³ ACOSTA. *Opcit* p. 131 – 132 – 133 – 134 - 135.

7 DESARROLLO DEL NIVEL MORFOSINTÁCTICO

- ❖ 18 - 24 meses: enunciados de dos o tres elementos que incluyen artículo en forma singular el pronombre interrogativo que, forma verbales o interactivas e impersonales y algunos adverbios de lugar y partículas negativas. Las combinaciones de tres elementos incluyen las preposiciones en y a como palabras de enlace. Uso incipiente de morfemas.
- ❖ 24 – 30 meses: Uso de serie completas de artículos, adjetivos calificativos y los pronombres personales demostrativos y algunos posesivos e interrogativos ampliación del repertorio de la categoría adverbial y preposicional. Las flexiones de género y número se marcan en adjetivos y artículos. La categoría verbal se compone de formas de presente perífrasis de futuro y, al final, se añade los marcadores de pasado y las formas subjetivas del presente, elaboración correcta de oraciones simples con complementos adverbiales.
- ❖ 30 – 36 meses: Ampliación de número de elementos en la oración simple, incremento de pronombres en las construcciones interrogativas, uso de pronombres de tercera persona, primeras elaboraciones de oraciones compuestas, coordinadas, subordinadas relativas u sustantivas. Formación de la forma indefinida y pretérito imperfecto. Uso de formas auxiliares de los verbos.
- ❖ 36 – 42 meses: Uso correcto de los plurales de los pronombres personales.
- ❖ 42 – 54 meses: Crecimiento y variedades de las estructuras oracionales compuestas. Empleo a sí mismo de los tiempos compuestos de los verbos.
- ❖ 54 – 60 meses: Formulación de oraciones pasivas condicionales y sustanciales. Conciencia metalingüística y juego con el lenguaje.
- ❖ Más de 60 meses: plurifuncionalidad de las categorías gramaticales. Utilización correcta de los adverbios y proposiciones de espacio y de tiempo, sustitución de estructuras coordinadas y yuxtapuestas por las subordinadas estableciendo la concordancia entre todos los elementos. Cambio de orden en los elementos para dar énfasis.¹⁴

¹⁴ Acosta. Op cit p 137 – 138 – 139 – 140 – 141.

7.1 CARACTERÍSTICAS MORFOSINTÁCTICAS EN LAS PERSONAS CON DIFICULTADES DEL LENGUAJE.

La consideración de un problema en el plano morfosintáctico, se establece cuando los niños tienen dificultades o no logran incorporar a su repertorio lingüísticos los elementos y unidades que regulan la organización interna de las palabras y de las oraciones la manifestación de esos problemas suele evidenciarse en el desarrollo de los morfemas flexivos, del mismo modo que afecta la organización gramatical de los sintagmas en las oraciones así como la utilización adecuada de la concordancia gramatical entre las distintas palabras y proporciones que conforman sus estructuras oracionales. Los argumentos más utilizados para explicar dichos problemas, hacen referencia a que los niños han adquirido parcial e independientemente las reglas formales de la gramática, pero no han sido capaces de integrarlas mentalmente, mediante aspectos que repercuten en su capacidad para organizar estructuralmente las diferentes unidades gramaticales, antes de expresarlas por medio del lenguaje. Otra explicación viene dada por la mayor o menor frecuencia con que aparecen determinadas palabras y oraciones en la lengua que el niño está aprendiendo. Esta situación, en el terreno gramatical, puede dar lugar a que el niño tenga menos ocasiones para hipotetizar y experimentar con las reglas que le permitan, por ejemplo, construir oraciones pasivas, y los tiempos verbales subjetivos o compuestos, ya que, en la lengua que se está aprendiendo estos aparecen menos veces que los tiempos de presentes, o las oraciones casuales o finales.

Las dificultades morfosintácticas mencionadas son claramente frecuentes en la categoría verbal. En esta es común encontrar que los niños tengan problemas o no realicen adecuadamente las inflexiones de tiempo, modo y aspecto, lo que les lleva a que usen pocas formas verbales o a que los procesos de hipergeneralización o sustitución de unas formas por otras se prolonguen durante más tiempo del que suelen ser normal. Los morfemas de género y número suelen estar bien establecidos cuando se refieren a las palabras e incluso cuando se utilizan en las oraciones simples, pero las dificultades aparecen en las oraciones más largas a la hora de respetar las reglas de concordancia.

Con respecto a la sintaxis, Smilley Y Goldstein (1998) señala que los principales problemas afectan a las construcciones que llevan consigo adiciones, supresiones y disposiciones de los elementos, como es el caso de las oraciones negativas, imperativas pasivas, interrogativas y más aun en las coordinadas y subordinadas. Los tipos de errores morfológicos y sintácticos suelen ser omisión de algún morfema y constituyente necesario en la oración (“en la mesa estaban platos”), sustitución de una forma gramatical por otra de la misma categoría (sobre en las conjunciones, preposiciones y verbos) adición de elementos o partículas innecesarias (le cogí a Sandra de la mano, etc). Los problemas y errores descritos conducen a que en una situación de conversación, los niños con dificultades de este tipo empleen oraciones poco explícitas, estructuras rígidas y funcionalmente pobres, al mismo tiempo ambiguas y desestructuradas.¹⁵

¹⁵ ACOSTA.Op cit p. 141 – 142 – 143.

7.2 DEFINICIÓN DE LA EPILEPSIA

La epilepsia es una afección cerebral crónica caracterizada por crisis recurrentes, autolimitadas, de etiología diversa, con manifestaciones clínicas variables, y paraclínicos ocasionalmente positivos. Es un trastorno paroxístico de la función cerebral caracterizado por crisis breves y repentinas de alteraciones de la conciencia, aunque se excluye un número considerable de crisis que no presentan dichas alteraciones. Esta patología está acompañada de una actividad motora causada por una descarga neuronal excesiva y anormal.¹⁶

ETIOLÓGIA.

- Idiopática.
- Traumas Cráneo-Encefálicos.
- Infecciones Cerebrales.
- Problemas Circulatorios o del Corazón.
- Tumores o Cisticercosis.

7.3 FISIOPATOLOGÍA DE LA EPILEPSIA Y PROCESOS NEUROLÓGICOS DEL

LENGUAJE

El encéfalo está formado por miles de millones de células nerviosas, las neuronas. La función de las neuronas consiste en enviar impulsos eléctricos, que pasan de una neurona a otra con la ayuda de mensajeros químicos, los neurotransmisores. Cuando el impulso eléctrico alcanza el extremo de una neurona se libera una sustancia química que desencadena una reacción en el área receptora. Esto permite que el impulso eléctrico viaje por esta célula hasta la siguiente. De esta forma, los impulsos eléctricos son transmitidos a lo largo de las innumerables cadenas neuronales halladas en encéfalo. El resultado final de los mensajes de estos impulsos depende de las conexiones neuronales que participan. Por ejemplo, si son impulsos provenientes del área del encéfalo responsable del lenguaje, el resultado será la capacidad para hablar. La transmisión continua de impulsos permite que el encéfalo controle las incontables funciones de las que es responsable. Con frecuencia las neuronas envían impulsos en forma activa. Por lo tanto, el encéfalo tiene una amplia red ramificada de funciones de freno. De hecho, se ha probado que cada red neuronal individual puede tener un efecto estimulador o inhibidor. Algunos neurotransmisores tienen un efecto excitatorio como el Glutamato, que aumenta la transmisión del impulso, mientras que los neurotransmisores inhibitorios como el GABA. Realizan lo contrario.

¹⁶ BEERS H, Marck y BERKOW, Robert, Manual Merck. Décima edición. Editorial Harcourt. Barcelona 1999. P: 1407-1415.

Las crisis epilépticas son el resultado de la descarga anormal y excesiva de una población neuronal y el grupo que puede abarcar es variable. La localización de dichas descargas determinan los síntomas que produce la crisis epiléptica. Si la red neuronal no funciona en forma adecuada, otras neuronas tienen vía libre y comienzan a transmitir impulsos epilépticos descontrolados. Esta situación ocurre si la concentración del neurotransmisor inhibitorio GABA no es normal. De hecho hay muy poco GABA. presente en los encéfalos de algunas personas epilépticas. Otra posibilidad es que la red neuronal inhibitoria funciona normalmente pero los sistemas excitatorios son demasiado potentes. Esto podría suceder cuando la concentración del neurotransmisor excitando Glutamato en el encéfalo es muy alta.

Esta actividad anormal de las células del cerebro no es permanente. Su funcionamiento suele ser adecuado entre un ataque y otro. Los síntomas que se presentan en cada paciente son diferentes y dependen del sitio del cerebro en donde se desordene la actividad de las neuronas. En un paciente los síntomas pueden ser breves pérdidas del conocimiento, en otros se puede presentar movimientos incontrolables de una mano o las crisis epilépticas pueden comprometer todos los músculos del cuerpo. La cantidad de neuronas afectadas en un ataque de epilepsia y lo dramático que esta sea, no necesariamente indican la gravedad.

Es importante la relación entre los procesos neurológicos y la epilepsia, ya que dependiendo del foco epiléptico se van a ver comprometidos los centros encargados del funcionamiento adecuado del lenguaje; por esto es indispensable el estudio de la actividad cerebral normal así como de los procesos patológicos que se pueden encontrar en una determinada área cerebral.

Por esta razón el sistema nervioso es la fuente de toda la comunicación en la raza humana, la capacidad especial que tiene el hombre para el habla y el lenguaje oral, resulta de la suma de intrincados mecanismos nerviosos que se han desarrollado en el encéfalo humano, mediante una serie de cambios evolutivos. Un 30 % aproximadamente de la superficie cortical, está dedicada a las actividades del habla y del lenguaje, las responsabilidades de la corteza son: el intelecto, el juicio, la personalidad y la conducta simbólica; en particular el habla, la lectura y la escritura.

El sistema nervioso humano está dividido en seis lóbulos: temporal, parietal, frontal, occipital, límbico y el de la ínsula. En el lóbulo frontal se encuentra delimitado por la cisura de Rolando en la parte posterior y la cisura de Silvio en la parte inferior; encargado principalmente del control voluntario de los movimientos del otro lado del cuerpo e interviene en la integración de la actividad mental (abstracción, raciocinio, planificación de actividades y toma de decisiones). En este lóbulo se encuentra el área de Broca, constituido por las zonas triangular y

opercular de la tercera circunvolución frontal: aquí tiene su origen las órdenes cinéticas para los movimientos que intervienen en la producción del lenguaje y la elaboración de muestras verbales interiores previas a la elocución real.

El área de Broca, es vital para la producción de un habla fluida y bien articulada asociada con la preparación motora del habla para la expresión oral. La citoarquitectura del área en el hemisferio derecho es similar al del hemisferio izquierdo, pero la teoría tradicional sostiene que únicamente el hemisferio izquierdo está involucrado en la formulación del habla, (siendo la intervención de este en un 98 %).

El lóbulo parietal se encuentra detrás de la cisura de Rolando hasta el límite con el lóbulo occipital y por encima de la cisura de Silvio. Su función es la percepción y la elaboración de las sensaciones somatoestésicas procedentes del otro lado de su cuerpo (presión, tacto, temperatura y dolor), también se encarga de la relación con otras áreas secundarias y terciarias occipito - temporo - parietales necesarias para cualquier tipo de función simbólica visual o táctil, relacionada con el lenguaje.¹⁷

Encontramos dentro del lóbulo parietal la circunvolución angular; la lesión en esta región en el hemisferio dominante causa anomias, alexia con agrafia, desorientación izquierda - derecha, agnosia de los dedos y acalculia. Las lesiones a nivel del área supramarginal y sus vías de asociación subyacentes en el hemisferio izquierdo causan dificultades para expresarse por escrito.

El lóbulo temporal se encuentra por debajo de la cisura de Silvio. Su principal función es la audición y por lo tanto la integración sensorial y memoria de estímulos auditivos. También se relaciona con la conducta emocional y el procesamiento auditivo y visual.

En el hemisferio izquierdo por debajo de la cisura de Silvio se encuentra el área de Wernicke que abarca la corteza cerebral de los dos tercios posteriores de las circunvoluciones temporales 1 y 2. Constituye el mecanismo para transformar la información auditiva en unidades lingüísticas significativas.

La circunvolución de Heschl constituye el centro de audición sensorial primario. La parte posterior de la circunvolución temporal superior, constituye el área de asociación auditiva, mejor conocida como área de Wernicke y reviste de suma importancia en cuanto al desarrollo y uso del lenguaje y la comprensión del mismo.

¹⁷ LOVE, Russell y WEBB, Wanda. Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje. Editorial Panamericana. Buenos Aires .1988.

Las lesiones en las áreas de asociación auditiva que afectan la apreciación del estímulo sonoro producirán trastornos en el lenguaje. Las áreas que rodean la circunvolución de Heschl participan en la función de dar sentido a los sonidos y facilitar la comprensión del lenguaje.

Las lesiones a nivel del área 42 de Brodman destruyen la capacidad de apreciar el significado de los sonidos en tanto que las lesiones en área 22 de Brodman afectan la capacidad de entender el lenguaje hablado; la incapacidad para comprender el lenguaje hablado puede identificarse como agnosia verbal y la incapacidad de reconocer un sonido no verbal, se conoce como agnosia auditiva simple. Las lesiones del área de asociación temporal izquierda, se las identifica como síndromes clásicos de trastorno del lenguaje. Las vías de asociación conectan los centros y lóbulos temporales con un lóbulo determinado las interconexiones cerebrales son de fundamental importancia en la teoría de disfunción y función del lenguaje.

El lóbulo occipital se encuentra ubicado en el polo posterior del cerebro limitado con los lóbulos parietal y temporal, su función básica se centra en la recepción e interpretación de los estímulos visuales y la comunicación con otras áreas para la elaboración de funciones complejas como es el caso de la lecto-escritura.

El lóbulo límbico tiene que ver con la sensación y los impulsos, participa en la regulación del comportamiento de comunicación social, mediante la emoción y la motivación en las que actúa de moderador, brinda el componente intencional dentro de la conducta consciente de la comunicación y rige los mecanismos subcorticales del habla y del lenguaje. La ínsula es considerada como vínculo conjuntivo entre ambas áreas del habla y del lenguaje (la posterior y la anterior) cualquier alteración a este nivel puede ocasionar dificultades lingüísticas.¹⁸

7.4 ALTERACIONES DEL LENGUAJE EN NIÑOS Y ADULTOS CON EPILEPSIA

Las alteraciones del lenguaje en niños con alto riesgo neurológico y epilepsia afectan el desarrollo del habla a nivel fonético-fonológico y sintáctico. A nivel semántico se afecta el desarrollo de la comprensión verbal y no verbal. A nivel pragmático se afecta el proceso de socialización debido a las dificultades para manejar habilidades comunicativas tanto verbales como no verbales.

A nivel fonético-fonológico los pacientes con epilepsia presentan estructura silábica inmadura, con pocas consonantes en el repertorio, producciones cortas, poco complejas, sin que se halle afectada la comprensión verbal o el pensamiento, anartria paroxística o habla defectuosa con incapacidad para la lectoescritura,

¹⁸ ROSELLI, Diego. Epilepsia, mito y realidad 1992.

pero con comprensión del lenguaje hablado, afectando solo la pronunciación; dependiendo de la zona donde se localice el foco epiléptico. A nivel sintáctico hay dificultad en el aprendizaje de reglas gramaticales, confusión de artículos, dificultad en construcciones pasivas y negativas, vocalización repetida de una vocal o sílaba, reproducción incontrolada de una palabra o frase intercalada en la conversación o espontáneamente.¹⁹

7.5 TIPO DE EPILEPSIA²⁰

7.5.1 Crisis Generalizadas. Las cuales suceden cuando un disturbio eléctrico masivo afecta todo el cerebro a la vez, causando pérdida de la conciencia, caída y convulsiones (caracterizadas por una actividad desordenada de los brazos y/o las piernas, acompañada por lo general de emisión de orina y mordedura de lengua) o violentos espasmos musculares.

Entre las cuales encontramos:

- ❖ Ausencias.
- ❖ Crisis mioclónicas.
- ❖ Tónicas.
- ❖ Clónicas.
- ❖ Tonicoclónicas.
- ❖ Atónicas.

7.5.2. Crisis parciales. Ocurren cuando el disturbio sucede en solo una parte del cerebro, afectando la actividad mental o física que está normalmente controlada por el área cerebral afectada. Estas se manifiestan en mirada fija, ausente y en ocasiones se asocia con movimientos automáticos (como tragar repetidamente o frotarse las manos).

De acuerdo a algunas manifestaciones que se presentan en muchos pacientes se han definido otros tipos de crisis epilépticas:

7.5.3 Crisis parciales con generalización secundaria. es una forma mixta de ataques, los cuales comienzan en un área del cerebro ocasionando una crisis parcial que posteriormente se expande hasta abarcar todo el cerebro desencadenando una crisis generalizada.

7.5.4 Crisis parciales con aura. Algunas veces se producen en el paciente sensaciones o movimientos previos que son advertencia de un ataque mayor por venir. Estos sentimientos premonitorios del paciente es lo se denomina "Aura". Las crisis parciales son las más comunes formas de ataque en los adultos y afectan a

¹⁹ MEDINA. Op cit p. 343 - 459.

²⁰ DONOHOE, Niall. Epilepsia en la infancia. Barcelona. Doyma. 1998.

seis de cada diez pacientes con epilepsia. Entre los cuales, cuatro de cada diez pacientes con epilepsia. Entre los niños, cuatro de cada diez de este tipo de ataques.

7.5.5 Crisis parciales simples. se caracterizan porque la persona no pierde la conciencia durante el ataque. Usualmente recuerdan exactamente lo que les pasó durante la crisis y permanecen despiertos. Sin embargo los movimientos, las sensaciones y las emociones pueden ser afectados de manera inusual. Se encuentra los siguientes signos y síntomas:

- ❖ Signos motores
- ❖ Síntomas sensitivos.
- ❖ Signos o síntomas autonomicos.
- ❖ Síntomas psíquicos.

7.5.6 Crisis parciales complejas. Llamadas por algunos especialistas como “Epilepsia psicomotora”. Este tipo de crisis se caracteriza por afectar un área grande del cerebro y la conciencia del paciente. Durante una crisis parcial compleja el individuo no es capaz de interactuar normalmente con otras personas, no tiene el control de sus movimientos y acciones; no sabe lo que hace y no puede recordar lo que hizo durante las crisis, aunque aparenta estar consciente y normal ante otros. La persona puede lucir como en estado de trance, respondiendo a otros en términos sin sentido al hablar. Debido a que el área cerebral afectada en este tipo de epilepsia casi siempre es uno de los lóbulos temporales, es también conocida como “Epilepsia de lóbulo - temporal”. Se presenta con automatismos y sin ellos.

7.5.7 Crisis no clasificables. (Crisis que no se incluyen en los apartados anteriores, sea por falta de datos o por que no se ajustan a las descripciones previas).

Existen entidades o síndromes paroxísticos no epilépticos, que con frecuencia se confunden con un tipo de epilepsia; entre los más comunes están: sincopes, migraña, trastorno del sueño, pseudoconvulsiones, hipoglicemia, vértigo benigno, movimientos periódicos no convulsivos.

7.6 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA EPILEPSIA Y LOS SINDROMES EPILÉPTICOS (2001)²¹

7.6.1 Crisis generalizadas

- ❖ Crisis tónico-clónicas.
- ❖ Crisis clónicas: con y sin manifestaciones tónicas.

²¹ GRARON, Lennart. Epilepsia. Buenos Aires. Editorial médica panamericana 1995.

- ❖ Crisis de ausencias típicas.
- ❖ Crisis de ausencias atípicas.
- ❖ Crisis de ausencias mioctónicas.
- ❖ Crisis tónicas.
- ❖ Crisis miotónicas.
- ❖ Mioclonia palpebral sin ausencia o con ausencia.
- ❖ Crisis mioclónicas atónicas.
- ❖ Mioclonus negativo.
- ❖ Crisis atónicas.
- ❖ Crisis reflejas en los síndromes epilépticos generalizados

7.6.2 Crisis focales

❖ Crisis focales sensitivas:

- Con síntomas sensitivos elementales (crisis del lóbulo occipital y parietal)
- Con síntomas sensitivos especiales (crisis de la unión tempoparieto - occipital)

❖ Crisis focales motoras

- Con signos motores clónicos elementales
- Con crisis motoras clónicas asimétricas (*crisis* motoras suplementarias)
- Con automatismos típicos (lóbulo temporal)
- Con automatismo hiperquinéticos
- Con mioclonus negativos focales
- Con crisis motoras inhibitorias

- ❖ Crisis gelásticas.
- ❖ Crisis hemioclónicas.
- ❖ Crisis secundariamente generalizadas.
- ❖ Epilepsias reflejas en síndromes epilépticos focales.

7.6.3 Tipo de crisis continúa

- ❖ Estado epiléptico generalizado.
- ❖ Estado epiléptico tónico - clónico generalizado.
- ❖ Estado epiléptico clónico.
- ❖ Estado epiléptico de ausencias.
- ❖ Estado epiléptico de tónico.
- ❖ Estado epiléptico mioclónico.
- ❖ Estado epiléptico focal.
 - Epilepsia parcial continúa de Kojevenikkov
 - Aura continúa

- Estado epiléptico límbico
- Estado hemiconvulsivo con hemiparesia

7.7 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

7.7.1 Medicamentos.

Los medicamentos más utilizados por la población estudio fueron clasificados de la siguiente manera: tratamiento 1 (vulsivan, tregretol, cetiril, carbamazepina), tratamiento 2 (acido valproico, depakene, atemperador, valcote), tratamiento 3 (trileptal), tratamiento 4 (otros), de cada tratamiento aplica uno de los medicamentos para el control de la epilepsia.

❖ Medicamentos clásicos:

FENOBARBITAL	Receptores G.A.B.A. Agonista.
PIRIMIDONA	Receptores G.A.B.A. Agonista.
FENITOINA	Canales de sodio.
CARBAMAZEPINA	Canales de sodio.
ÁCIDO VALPRÓICO	Canales de sodio.
ETOSUMIXIDA	Canales de sodio.
DIAZEPAN	Receptores G.A.B.A.
CLONAZEPAN	Receptores G.A.B.A.
LORAZEPAN	Receptores G.A.B.A.

7.7.2 TRATAMIENTO PARA LA EPILPESIA PARCIAL SINTOMÁTICA

PATOLOGIAS	FARMACO
Convulsiones parciales complejas	Carbamazepina Fenitoína. Fenobarbital. Acido valproico
Convulsiones tónico clónicas generalizadas	Carbamazepina Fenitoína Fenobarbital Ácido valpróico.

7.7.3 TRATAMIENTO PARA LA EPILEPSIA GENERALIZADA IDIOPÁTICA

PATOLÓGÍAS	FARMACO
Ausencias Mioclonicas	Etosuximida Ácido valpróico Clorazepato Clonazepan
Convulsiones Tónico clónicas generalizadas	Carbamazepina Fenitoína Primidona Fenobarbital Acido valpróico

7.7.4 FUNCIONES DE LOS MEDICAMENTOS

- ❖ Suprimir las crisis: Es la función más obvia pero no la más importante.
- ❖ Mejorar la actividad eléctrica cerebral. Así la persona no note nada, su cerebro ésta funcionando de una manera irregular. Esto se refleja en un trastorno de la memoria, disminución de la capacidad de concentración, menor rendimiento e irritabilidad o cefalea.
- ❖ Evitar el avance de la enfermedad, si la epilepsia no se trata, progresa y cada vez el control será más difícil, lo que disminuirá las posibilidades de no presentar crisis o de suspender algún día la medicación.²²

7.7.5 Duración del tratamiento. La experiencia muestra que la evolución de la epilepsia se controla con los medicamentos y no desaparece se desactiva el foco.

En los adultos debe transcurrir como mínimo 3 años sin crisis, en los niños el tratamiento a menudo se suspende después de dos o tres años libres de crisis. Se

debe tener en cuenta que existe un riesgo de un 30% de que las crisis se reanuden. Las posibilidades de éxito son mayores en los casos de epilepsia infantil leve.

Cuando el médico y el paciente se han puesto de acuerdo en suspender el tratamiento, debe hacerse lentamente durante meses ya que la recurrencia de las crisis es muy alta.²³

²² GRARON. Op cit 1995.

²³ BEERS H, Op cit

7.7.6 EFECTOS SECUNDARIOS DE ALGUNOS MEDICAMENTOS

- ❖ Ácido valpróico: puede producir somnolencia y potenciar la acción de los depresores del S.N.C. Se pueden presentar náuseas, vómito, intolerancia digestiva, acné, alopecia. En los niños ocurre enuresis en el 7% y parece relacionarse con el patrón de sueño.
- ❖ Carbamazepina: ataxia, náuseas, letárgica, cefalea, visión doble, temblor, prurito, diarrea. Las dosis altas pueden llevar a la letárgica progresiva, incluso al coma.
- ❖ Clobazam: Cefalea, vértigo, náuseas, ansiedad, alucinaciones, síndromes de abstinencia.
- ❖ Dival proato Sódico: náuseas, vómito, indigestión, diarrea, estreñimiento, cólicos, anorexia, sedación, temblor, ataxia, cefalea, depresión, agresividad, e hiperactividad.
- ❖ Fenitoína Sódica: Macrocitosis, anemia, osteomalacia, delirios, psicosis, vértigo, insomnio, síndrome de Stevens – Johson, ataxia, trombocitopenia, alteración de las facies.²⁴
- ❖ Lamotrigina: Cefalea, cansancio, reacciones cutáneas, náuseas, vértigo, diplopía, visión borrosa.

Debido a los efectos secundarios de estos medicamentos, caracterizados por somnolencia, depresión y demás aspectos mencionados anteriormente, las personas que los consumen pueden presentar disminución de la habilidad cognoscitiva, la cual permite la anticipación y programación de actividades. Lo que afecta directamente las funciones del lenguaje (atención, inhibición, monitoreo, regulación).²⁵

²⁴ RESTREPO, Gerardo y POLO, Luz Marina Epilepsia calidad de vida y desarrollo humano. Simposio regional de epilepsia. PASTO. Abril. 2002. p 43 – 47.

²⁵ Medina, Op cit p. 298 – 305 – 314.

8 EVALUACIÓN DEL LENGUAJE

8.1 EVALUACIÓN DEL COMPONENTE FONOLÓGICO

La evaluación fonológica pretende el análisis en profundidad del conocimiento que el sujeto tiene del sistema fonológico y de, cómo se está llevando a cabo su proceso de adquisición y desarrollo, así como de las características de los contextos en los que esta inmerso. Para formular un juicio acerca de sistema fonológico de un niño, se debe partir de la obtención de una cantidad importante de información y de la reflexión y discusión de los datos obtenidos.

8.1.2 OBJETIVOS Y CONTENIDOS DE LA EVALUACIÓN FONOLÓGICA.

8.1.3 Objetivos de la evaluación fonológica. El primer objetivo de la evaluación fonológica consiste en detectar aquellos niños y niñas que presentan dificultades en este ámbito, con la idea de comenzar de forma temprana el proceso de estimulación y/o intervención logopédica. Un segundo objetivo es analizar las dificultades específicas del sistema fonológico, aspecto que estará muy influido por la concepción teórica que se tenga de la naturaleza del habla infantil.

8.1.4 Contenido de la evaluación fonológica. Aspectos fundamentales que debe tener cualquier prueba que intente evaluar la fonología de un sujeto:

- ❖ El repertorio de fonemas que son encontrados en el lenguaje.
- ❖ Las alteraciones que los fonemas experimentan cuando ocurren en contextos fonéticos diferentes, o inventario fonético.
- ❖ Las limitaciones fonotácticas; es decir, las combinaciones de sonidos que pueden ocurrir en el lenguaje y las formas posibles para sílabas y palabras.
- ❖ El sistema de reglas o procesos fonológicos.
- ❖ El nivel (preceptivo, articulatorio u organizativo) en el que están ocurriendo los problemas.
- ❖ La consistencia en la producción: el habla de los niños con una alta variabilidad en su sistema fonológico es generalmente más ininteligible que el habla de los niños que cometen errores consistentes.²⁶

²⁶ Evaluación de la elocución del lenguaje.

9. EVALUACIÓN DEL COMPONENTE MORFOSINTACTICO

9.1 TEST DE EVALUACIÓN DEL LENGUAJE: BLOC SCREENING DE MIGUEL PUYUELO Y OTROS

Para continuar con nuestro trabajo investigativo se aplicará el test de evaluación del lenguaje: Bloc screening de Miguel Puyuelo Sanclemente, Jordi Remon Pinsach, Antoni Solanas Pérez y Elisabeth H. Wiig, el cual consta de los siguientes contenidos específicos:

9.1.1 Modulo de Morfología. Es importante tener en cuenta que la prueba también lleva implícita la comprensión del enunciado que se realiza; en la mayoría de los casos, el enunciado contiene la palabra de referencia a partir de la cual se debe configurar la respuesta. De igual manera, se evalúa sólo con respecto a una estructura determinada; no se evalúa la riqueza de vocabulario ni el grado de fluidez verbal, etc.

❖ **Items y Contenidos Específicos.**

-Formas Verbales Regulares: Futuro. La habilidad que se pretende comprobar es el uso de la forma verbal correcta en futuro.

- El comerá un helado.
- Yo comeré un helado.
- Ella escribirá.
- Por la tarde nosotros jugaremos.
- Yo pasearé a mi perro.

- Formas Verbales Regulares: Imperfecto. El objetivo es el uso de la forma verbal en imperfecto.

- El comía un helado.
- Yo comía un helado.
- Ella escribía.
- Ellos repartían.
- Yo paseaba a mi perro.

- Formas Verbales Irregulares: Presente. El objetivo es el uso de la forma verbal irregular en presente.

- Él viene.
- Yo vengo.
- Tú hueles flores.
- Vosotros ya sois médicos.
- Yo quepo dentro de la rueda.

- **Formas Verbales Irregulares: Pasado.** El objetivo es el uso de la forma verbal irregular en pasado.

- Él vino.
- Yo vine.
- Fue al gimnasio.
- Nosotros estuvimos en el gimnasio.
- Tú fuiste el campeón.

- **Formas Verbales Irregulares: Futuro.** El objetivo es el uso de la forma verbal irregular en futuro.

- Él vendrá.
- Yo vendré.
- La limonada valdrá un euro.
- Yo las pondré en la bolsa.
- En junio vosotros sabréis las notas.

- **Comparativos y Superlativos.** Evalúa las reglas de derivación del adjetivo mediante sufijos derivativos

Modificadores, los cuales no crean palabras de nueva significación, sino que las modifican: unos expresan un valor comparativo y otros un valor superlativo.

- Estas botas están muy sucias.
- Estas botas están sucísimas.
- Este camión es muy grande.
- Este camión es grandísimo.
- Estas zapatillas son las más viejas.
- Estas zapatillas son viejísimas.
- Esta embarcación es la más cara.
- Esta embarcación es carísima.

- **Sustantivos Derivados.** El niño debe formar palabras nuevas derivándolas del verbo, del sustantivo o del adjetivo y, para ello, tiene que utilizar sufijos derivativos transformadores.

- Este sitio se embotella y se vende leche. “Este sitio es una lechería”.

- Éste es un sitio donde se hace pan, panecillos. “Este sitio es una panadería”.
- Ella es feliz. Su cara expresa su felicidad.
- Estos hombres son amigos desde que eran jóvenes. Ellos tienen una larga amistad.

-Pronombres Personales: Sujetos. Se trata de pronombres de primera, segunda y tercera persona.

- Ella lee un libro.
- Yo tengo una bicicleta.
- Nosotros cogimos una rana y la guardamos en una caja.
- Esta niña ha traído los libros para que los niños los lean. Los niños preguntan: ¿Quién ha de leer los libros? La niña responde: vosotros.

- Pronombres Personales en Función de Objeto. Se evalúa los pronombres personales de tercera persona.

- La mamá le da la comida.
- La mamá se la dá.
- La chica lee el periódico.
- La chica lo lee.
- Las chicas plantan flores.
- Las chicas las plantan.
- Las niñas dan leche a los gatos.
- Las niñas les dan leche.
- El chico regala un pájaro a su amiga.
- El chico le regala un pájaro.

- Reflexivos. Se engloban los pronombres reflexivos y recíprocos, y otros pronombres átonos que siempre acompañan a un verbo.

- Gloria se mira.
- Me visto.
- Nos escondemos.
- Te peinas.
- Se duerme.

- Posesivos. Evalúa el concepto de posesión.

- Mi bicicleta.
- Tu pelota.
- tuyo.
- sus gatos.
- vuestros libros.

9.2 MODULO DE SINTÁXIS.

Evalúa la capacidad del individuo para crear una determinada estructura lingüística a partir de un enunciado. Al igual que en morfología, ello implica la necesidad de comprender el enunciado y de realizar una producción en consonancia con la pregunta.

❖ Ítems y Contenidos Específicos.

- **Oraciones Simples: Sujeto-Verbo-Complemento Circunstancial Lugar.** El niño debe ejecutar la estructura transitiva.

- El perro está sentado encima del sillón.
- El gato está durmiendo encima de la mesa.
- El gato está debajo de la mesa.
- El gato está dentro de la bolsa.
- Los niños están sentados en sus pupitres.
- Los chicos se esconden detrás del arbusto.

- **Oraciones Simples: Sujeto-Verbo-Objeto Directo- Objeto Indirecto.** Los complementos que acompañan al verbo son el objeto directo y el indirecto. Dado que el español posee orden libre de constituyentes, se consideran igualmente válidas las respuestas con orden S-V- OI-OD o S- V-OD-OI.

- La chica da un plátano al chico.
- La chica da al chico un plátano.
- La chica da un regalo al niño.
- La chica da al niño un regalo.
- El chico enseña un pájaro a la chica.
- El chico enseña a la chica un pájaro.
- Las niñas dan leche a los gatos.
- Las niñas dan a los gatos leche.
- Las madres enseñan el libro a los niños.
- Las madres enseñan a los niños el libro.
- El gato sigue a la niña.

- **Voz Pasiva.** La respuesta que se quiere provocar es una frase pasiva relacionada con el enunciado emitido. La característica principal de la voz pasiva es que el sujeto no concuerda con el agente de la oración (que es quien realiza la acción descrita por el verbo) porque la acción no recae sobre él.

- La niña es seguida por el gato.
- El niño mira la televisión.
- La televisión es mirada por el niño.
- El niño persigue al perro.
- El perro es perseguido por el niño.

- El profesor felicita a la niña.
- La niña es felicitada por el profesor.

- **Sujetos Coordinados. Objetos Coordinados.** Evalúa la coordinación copulativa (nexo “y”) de constituyentes de igual categoría y función sintáctica. La respuesta provocada implica la utilización de la coordinación.

- El chico y la chica comen.
- El chico come una hamburguesa y patatas fritas
- - El perro y el gato corren.
- La señora compra manzanas y plátanos.
- Las chicas llevan paquetes y cartas.

- **Verbos Coordinados. Adjetivos Coordinados.** Evalúa la coordinación copulativa de oraciones transitivas o intransitivas.

- La chica se cepilla y se seca el pelo.
- La señora dobla y plancha la ropa.
- Los niños lavan y secan los platos.
- El perro es pequeño y blanco.

- **Oraciones Comparativas.** El examinado compara un dibujo de persona o cosa.

- Estas botas están menos sucias que éstas.
- Este camión es menos grande que éste.
- Estas zapatillas son menos viejas que éstas.
- Este chico es más bajo que éste.

- **Oraciones Subordinadas: Causa y Condición.** El examinado debe construir oraciones de estructura compuesta con subordinadas causales y condicionales.

- Si hace sol, los niños irán a merendar al campo.
- La niña se puso las botas porque nevaba.
- Si llueve, los niños mirarán la televisión.
- Si sale el sol, los niños irán a nadar a la piscina.
- Si los niños terminan la cena, podrán tomar helado de postre.

- **Subordinadas Temporales: “Después” / Antes”.** Se utilizan los adverbios de tiempo después y antes, alternando las subordinadas.

- El niño se lava los dientes antes de vestirse.
- Después de lavarse las manos, la chica se come un bocadillo.
- El niño lava la manzana antes de comérsela.
- Después de hacer gimnasia, los chicos tienen clase de matemáticas.

- Subordinadas Temporales: “Cuando” / “Hasta que”

- Los niños podrán salir cuando pare de llover.
- Los niños podrán salir hasta que pare de llover
- Los niños tienen mucha hambre y podrán comer cuando la madre ponga el pastel sobre la mesa.
- Los niños no podrán nadar hasta que hayan limpiado la piscina
- Los niños podrán comprar las entradas cuando les llegue su turno.
- Los niños podrán ver la televisión cuando sus padres se levanten.

- Subordinadas Adversativas.

- El niño quería un yérsy, pero le han comprado una cazadora.
- La niña quería un pez, pero se ha comprado una tortuga.
- Aunque el niño quería un perrito, le han regalado un gatito.
- Aunque el niño quería ir a la piscina, se ha quedado en casa haciendo los deberes.

10. DISEÑO METODOLOGICO

10.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio de la presente investigación es Descriptivo, de corte Transversal.

10.2 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.

La población estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de epilepsia dado por neurología y neuropediatría en el Hospital Susana López de Valencia y Hospital Universitario San José de Popayán en el periodo comprendido entre enero de 2004 a diciembre 2006.

Se revisaron un total de 368 historias clínicas de pacientes con la patología de estudio, finalmente fueron 29 pacientes evaluados que cumplieron con los criterios de inclusión.

10.3 Criterios de Inclusión.

- ❖ Diagnóstico de epilepsia realizado por neurología y neuropediatría
- ❖ Diagnóstico de epilepsia parcial o generalizada.
- ❖ Pacientes recientes del municipio de Popayán.
- ❖ Edad entre los 8 y 18 años.
- ❖ Historia clínica completa.
- ❖

10.4 Criterios de exclusión.

- ❖ Personas que tengan otro tipo de enfermedad que puede confundirse con epilepsia.
- ❖ Síndromes epilépticos.
- ❖ Antecedentes de hipoxia perinatal.
- ❖ Direcciones erradas.
- ❖ Niños que hayan nacido prematuros con apgar normal.

10.5 VARIABLES

- ❖ Edad
- ❖ Alteraciones del lenguaje oral: Niveles fonético-fonológico y morfosintáctico.
- ❖ Tipo de epilepsia.
- ❖ Género
- ❖ Lugar de parto.
- ❖ Tratamiento farmacológico

- ❖ Estrato socioeconómico.
- ❖ Nivel educativo.

10.5.1 Operalización de Variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN.
<p>Nivel morfosintáctico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Formas verbales regulares: futuro, -Formas verbales regulares: imperfecto. -Formas verbales irregulares: presente. -Formas verbales irregulares: pasado. -Formas verbales irregulares: futuro. - Comparativos y superlativos. -Pronombres personales: sujetos. -Pronombres personales en función de objeto. - Reflexivos. -Posesivo. Oraciones simples: sujeto-verbo-ccl. -Oraciones simples: sujeto-verbo- 	<p>Es el componente lingüístico que se ocupa del estudio de las reglas que intervienen en la formación de palabras y de las posibles combinaciones</p>	<p>Cualitativa.</p>	<p>Se midió teniendo en cuenta el test instructivo.</p>	<p>Ordinal</p>

<p>od- oi. - Voz pasiva. -Sujetos coordinados. objetos coordinados.</p> <p>-Verbos coordinados. adjetivos coordinados.</p> <p>-Oraciones comparativa oraciones subordinadas: causa y condición.</p> <p>- Subordinadas temporales: "cuando" "hasta que".</p> <p>-Subordinadas - Adversativas.</p>				
<p>Nivel fonético – fonológico: Órganos fonoarticulatorios y praxias. -Exploración fonológica y fonética.</p>	<p>Se ocupa del estudio de los sonidos de la expresión lingüística desde un punto de vista funcional y abstracto, agrupados en un lenguaje determinado</p>	<p>Cualitativa.</p>	<p>Se midió teniendo en cuenta test instructivo.</p>	<p>Ordinal.</p>
<p>Género</p>	<p>Condición orgánica que distingue un hombre de una mujer.</p>	<p>Cualitativo.</p>	<p>Mediante observación, revisión de documento.</p>	<p>Nominal. 1.</p>
<p>Edad</p>	<p>Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.</p>	<p>Cuantitativo.</p>	<p>Revisando el documento de identidad y mediante entrevista.</p>	<p>Razón. 1.</p>
<p>Estrato socioeconómico -</p>	<p>Condición social y económica a la que pertenece</p>	<p>Cualitativo.</p>	<p>Por medio del interrogatorio y revisión de la historia clínica.</p>	<p>Ordinal.</p>

	una persona.			
Nivel educativo	Nivel de educación básica primaria, media y bachillerato.	Cualitativo.	A través de la entrevista.	Ordinal.
Tratamiento farmacológico	Son los suministros de medicamentos que se proveen para el control de la patología y disminución de los síntomas.	Cualitativo.	Se tiene cuenta la historia clínica y la entrevista	Nominal.
Tipo de epilepsia	Clasificación de la epilepsia teniendo en cuenta grado y manifestaciones clínicas de la patología.	Cualitativo.	A través de la historia clínica.	Nominal.
Lugar de parto	Sitio en la cual nace el paciente	Cualitativa	A través de la historia clínica y la entrevista.	Nominal.

10.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION:

10.6.1 Procedimientos.

La investigación se realizó en el Hospital Susana López de Valencia y Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán en pacientes diagnosticados con epilepsia según diagnóstico de Neuropediatra o Neurólogo.

- ❖ Se solicitó permiso por escrito a los directores de los Hospitales HSLV Y HUSJ para el desarrollo del proyecto. Anexo A Y Anexo B.
- ❖ Se revisaron Historias Clínicas.
- ❖ Se seleccionó la población.
- ❖ Se realizó la organización del material y aplicación inicialmente del test estandarizado CELF para la evaluación del nivel morfosintáctico.
- ❖ Finalmente se seleccionaron dos test estandarizados ELCE y BLOC-S (SCREENING) para la evaluación de los niveles Fonético-fonológico y Morfosintáctico.
- ❖ Realización de entrevista y visita domiciliar para la evaluación, de los niveles fonético – fonológico y morfosintáctico.
- ❖ Se analizaron los resultados de las pruebas específicas de evaluación, teniendo en cuenta los factores que sean identificables como representativos, que se relacionen con las alteraciones del lenguaje oral en los niveles estudiados.

- ❖ Se realizó la tabulación de los resultados y conclusiones.

10.6.2 Instrumentos:

- ❖ Consentimiento Informado. (anexo C)

Para las evaluaciones de los niveles del lenguaje oral se utilizaron test estandarizados ELCE para el nivel fonético-fonológica y bloc screening para el nivel morfosintactico.

- ❖ Instrumento para la evaluación del niveles fonético – fonológico. (anexo D).
- ❖ Instrumento para la revisión de historias clínicas. (anexo E)
- ❖ Instrumento para evaluación del nivel morfosintáctico test evaluación del lenguaje bloc screening. (anexo F)

10.6.3 Plan de Análisis de Información. Las variables de este estudio fueron organizadas y analizadas en una tabla de distribución de frecuencia y a través de las medidas de tendencia central y variabilidad.

Los datos se presentaron en tablas estadísticas y gráficas.

El análisis se hará bivariado, cruzando las siguientes variables.

- ❖ Nivel fonético – fonológico y tipo de epilepsia.
- ❖ Nivel fonético – fonológico y estrato socioeconómico.
- ❖ Nivel fonético fonológico y tratamiento epiléptico.
- ❖ Nivel fonético fonológico y educación.
- ❖ Nivel fonético fonológico y edad.
- ❖ Nivel fonético fonológico y género.
- ❖ Nivel fonético fonológico y lugar de parto.
- ❖ Nivel morfosintáctico y tipo de epilepsia.
- ❖ Nivel morfosintáctico y estrato socioeconómico.
- ❖ Nivel morfosintáctico y tratamiento epiléptico.
- ❖ Nivel morfosintáctico y educación.
- ❖ Nivel morfosintáctico y edad.
- ❖ Nivel morfosintáctico y género.
- ❖ Nivel morfosintáctico y lugar de parto.

Todos los cálculos se harán apoyados en el paquete estadístico Software STATA versión 8.

11 RESULTADOS

11.1 Género

Al realizar el análisis univariado se encontró que, la mayoría de pacientes evaluados correspondiente al 55.2% (16) fueron hombres, (Tabla 1).

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE GÉNERO EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006

GENERO	NÚMERO	%
M	16	55.2
F	13	44.8
TOTAL	29	100.00

11.2 Edad

Del total de pacientes valorados se encontró que el 41.4%(12) estuvieron en edades comprendidas entre los 11 y 14 años. (Tabla 2).

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE EDAD EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006

EDAD	NÚMERO	%
8-10	8	27.6
11-14	12	41.4
15-18	9	31.0
Total	29	100.00

11.3 Estrato Socioeconómico

Se realizó el análisis y se encontró que el 41.1%(12), pertenecía al estrato socioeconómico 3, el 55.2% a los estratos 1 y 2. (Tabla 3)

TABLA 3

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE ESTRATO SOCIO ECONÓMICO EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	NUMERO	%
1	8	27.6
2	8	27.6
3	12	41.4
4	1	3.4
TOTAL	29	100

11.4 Nivel Educativo

Del total de pacientes evaluados el 44,8% cursaban básica primaria, el 34, 5% básica secundaria. (Tabla 4).

TABLA 4

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL NIVEL EDUCATIVO EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006.

NIVEL EDUCATIVO	NUMERO	%
Básica Primaria	13	44.8
Media Vocacional	5	17.2
Básica Secundaria	10	34.5
Pregrado	1	3.5
Total	29	100

11.5 Tratamiento Farmacológico.

Del total de los pacientes valorados el 41.4% (12) recibieron el tratamiento farmacológico del grupo 1 y 2 respectivamente. (Tabla 5)

TABLA 5

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006.**

Tratamiento farmacológico	Número	%
Tratamiento 1 Vusivan Tegretol Cetiril Carbamazepina	12	41.4
Tratamiento 2 Acido valproico Depakene Atemperator Valcote	12	41.4
Tratamiento 3 Trileptal	2	6.9
Tratamiento 4 Otros	3	10.3
Total	29	100

10 .6 Tipo de Epilepsia

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE TIPO DE EPILEPSIA EN PACIENTES
POPAYÁN 2004-2006**

De los 29 pacientes evaluados el 51.7% presentaron epilepsia focal, el 48.3% epilepsia generalizada. (Tabla 6).

TABLA 6

TIPO DE EPILEPSIA	NUMERO	%
GENERALIZADA	14	48.3
FOCAL	15	51.7
TOTAL	29	100

11.7 Lugar de Parto

Del total de pacientes valorados, el 86,2% nacieron en una institución hospitalaria. (Tabla7)

TABLA 7

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LUGAR DE PARTO EN PACIENTES
CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006.**

LUGAR DE PARTO	NUMERO	%
Hospital	25	86.2
Residencia	4	13.8
Total:	29	100

11.8 Omisión de Fonemas

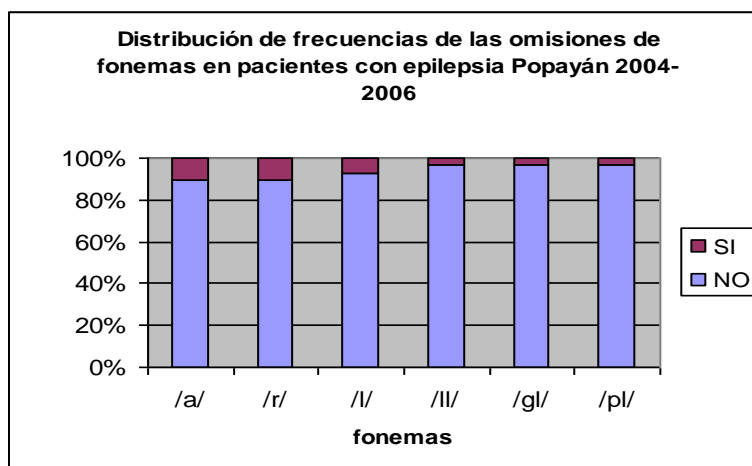
Al hacer el análisis se encontró que las omisiones para los fonemas (a y r) fueron del 10,3% para cada uno, seguidos del 6,9% para el fonema (l) y el 3,5% para el fonema (gl). (Tabla 8- Grafica 1).

TABLA 8

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS OMISIONES DE FONEMAS EN PACIENTES
CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004 – 2006.**

FONEMAS	Alteraciones fonético fonológicas					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
/a/	26	89,7	3	10,3	29	100
/r/	26	89,7	3	10,3	29	100
/l/	27	93,1	2	6,9	29	100
/ll/	28	96,5	1	3,5	29	100
/gl/	28	96,5	1	3,5	29	100
/pl/	28	96,5	1	3,5	29	100

GRAFICA 1



11.9 Sustitución de Fonemas

Al realizar el análisis de las sustituciones se encontraron, que las dificultades presentadas fueron del 3,5% en igual porcentaje para cada uno de los siguientes fonemas: (jxt),(jxr), (jxg), (jxk), (cx), (gxt),(/fxt), (dxi), (exi) (/rxl/, (llxy). (Tabla 9)

TABLA 9

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS SUSTITUCIONES DE FONEMAS EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004 – 2006.						
FONEMAS	Alteraciones fonético fonológicas					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
/jxt/	28	96,5	1	3,5	29	100
/jxr/	28	96,5	1	3,5	29	100
/jxg/	28	96,5	1	3,5	29	100
/jxk/	28	96,5	1	3,5	29	100
/cxg/	28	96,5	1	3,5	29	100
/gxt/	28	96,5	1	3,5	29	100
/Fxt/	28	96,5	1	3,5	29	100
/pxc/	28	96,5	1	3,5	29	100
/dxi/	28	96,5	1	3,5	29	100
/exi/	28	96,5	1	3,5	29	100
/rxl/	28	96,5	1	3,5	29	100
/llxy/	28	96,5	1	3,5	29	100

11.10 Adición de Fonemas

Al hacer el análisis de adición de fonemas se encontró que el 6,9% adicionó el fonema (r), y el 3,5% el fonema (l). (Tabla 10)

TABLA 10

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS ADICIONES DE FONEMAS EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004 – 2006.						
FONEMAS	Alteraciones fonético fonológicas					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
/r/	27	93,1	2	6,9	29	100
/l/	28	96,5	1	3,5	29	100

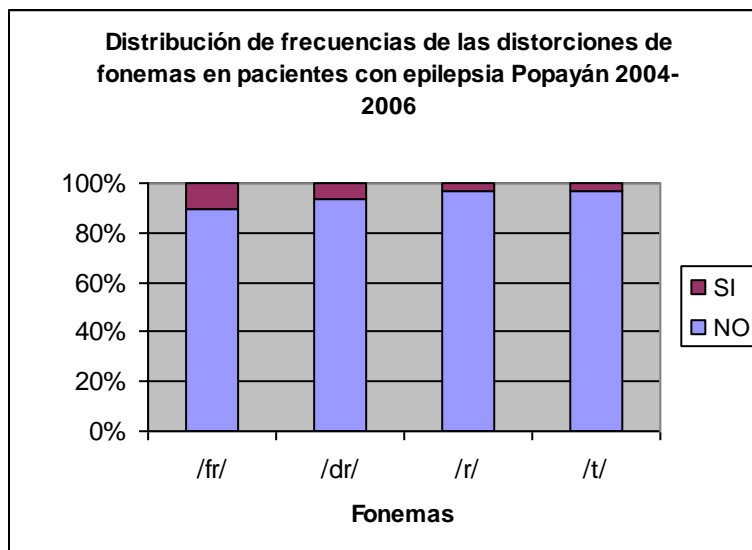
11.11 Distorsión de Fonemas

Se realizó el análisis de la distorsión de fonemas encontrándose, que de los 29 pacientes valorados el 10,3% distorsionó el sinfon /fr/ y el 6,9 /dr/. (Tabla 11– Grafico 2)

TABLA 11

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS DISTORSIONES DE FONEMAS EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004 – 2006.						
FONEMAS	Alteraciones fonético fonológicas					
	NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
/fr/	26	89,7	3	10,3	29	100
/dr/	27	99,1	2	6,9	29	100
/r/	28	96,5	1	3,5	29	100
/t/	28	96,5	1	3,5	29	100

GRAFICA 2



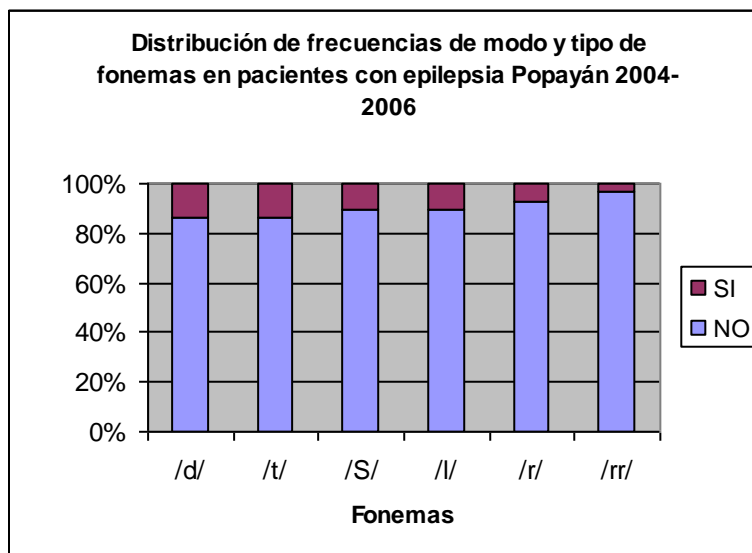
11.12 Modo y Tipo

Al hacer el análisis se encontró que las dificultades para el modo y tipo de los fonemas (d) y (t) fueron del 13,8% para cada uno ,de igual manera se repitió el 10,3% para los fonemas (s) y (l) .(Tabla 12 – Grafico 3)

TABLA 12

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE MODO Y TIPO DE FONEMAS EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004 – 2006.						
FONEMAS	Alteraciones fonético fonológicas				TOTAL	
	NO		SI			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
/d/	25	86,2	4	13,8	29	100
/t/	25	86,2	4	13,8	29	100
/S/	26	89,7	3	10,3	29	100
/l/	26	89,7	3	10,3	29	100
/r/	27	93,1	2	6,9	29	100
/rr/	28	96,5	1	3,5	29	100

GRAFICA 3



11.13 PRAXIAS OFA

El 82,8% de los pacientes valorados reportaron normalidad en la ejecución de movimientos de órganos fonoarticulatorios. (Tabla 13)

TABLA 13

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE PRAXIAS OFA DE FONEMAS EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004 – 2006.						
PRAXIAS OFA	Alteraciones fonético fonológicas				TOTAL	
	NO		SI			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	24	82,8	5	17,2	29	100

11.14.1 Formas Verbales Regulares Futuro.

De los 29 pacientes evaluados el 24,4% tuvieron alteraciones leves y el 13,8% severas. (Tabla 14).

11.14.2 Formas Verbales Regulares: Imperfecto

Entre la población evaluada el 44.8% manifestaron alteraciones leves en formas verbales regulares y el 13,8 %, dificultades severas. (Tabla 14)

TABLA 14

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE FORMAS VERBALES REGULARES EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004 – 2006.												
FORMAS VERBALES REGULARES	Alteraciones morfosintácticas											
	NORMAL		LEVE		MODERADO		SEVERA		PROFUNDA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%	Nº	%
FUTURO	14	48.3	7	24.4	3	10.3	4	13.8	1	3.5	29	100
IMPERFECTO	8	27.6	13	44.8	1	3.5	4	13.8	3	10.3	29	100

11.15.1 Formas Verbales Irregulares: Presente

De la población evaluada, el 37.9% presentaron alteraciones leves, el 20,7% se repitió para cada una, de las dificultades severas y profundas. (Tabla 15).

11.15.2 Formas Verbales Irregulares: Pasado

De los 29 pacientes valorados con estas estructuras el 44.8% presentaron normalidad, el 31.0% alteraciones leves, y el 20.7% severas. (Tabla 15)

11.15.3 Formas Verbales Irregularse: Futuro

Entre los pacientes evaluados con esta estructuras morfológicas, el 34.5% presentaron alteraciones de tipo leve y el 13,8% alteraciones severas. (Tabla 15)

TABLA 15

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE FORMAS VERBALES IRREGULARES
EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004 – 2006.**

FORMAS VERBALES IRREGULARES	Alteraciones morfosintácticas											
	NORMAL		LEVE		MODERADO		SEVERA		PROFUNDA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%	Nº	%
PRESENTE	5	17.2	11	37.9	1	3.5	6	20.7	6	20.7	29	100
PASADO	13	44.8	9	31	1	3.5	6	20.7	0	0	29	100
FUTURO	10	34.5	10	34.5	2	6.9	4	13.8	3	10.3	29	100

11.16 Comparativos y Superlativos.

De los 29 pacientes evaluados el 31.0% presentaron alteraciones leves, y el 10,3% dificultades severas. (Tabla 16)

TABLA 16

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE COMPARATIVOS Y SUPERLATIVOS EN
PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006.**

COMPARATIVOS Y SUPERLATIVOS	NUMERO	%
Normal	15	51.6
Leve	9	31.0
Moderado	2	6.9
Severa	3	10.3
Total	29	100

11.17 Sustantivos Derivados.

Del total de la población evaluada el 62.0% demostró normalidad en esta estructura morfológica, el 10.3% se repitió para cada una de las alteraciones, leves, severas y profundas. (Tabla 17).

TABLA 17

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE SUSTANTIVOS DERIVADOS EN
PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006.**

SUSTANTIVOS DERIVADOS	NUMERO	%
Normal	18	62.0
Leve	3	10.3
Moderado	2	7.1
Severa	3	10.3
Profunda	3	10.3
Total	29	100

11.18.1 Pronombres personales: sujetos. El 41.4% de los pacientes evaluados presentaron normalidad y el 37.9% alteraciones leves. (Tabla 18).

11.18 .2 Pronombres personales en función de objeto. Se realizó el análisis de estas estructuras y se encontró que el 20,7% presentó normalidad, el 34,5% alteraciones leves, y el 17,2% se repitió para cada una de las alteraciones moderadas y severas. (Tabla 18).

TABLA 18

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE PRONOMBRES PERSONALES EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYAYÁN 2004 – 2006.												
PRONOMBRES PERSONALES	Alteraciones morfosintácticas										TOTAL	
	NORMAL		LEVE		MODERADO		SEVERA		PROFUNDA			
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%	Nº	%
SUJETOS	12	41.4	11	37.9	2	6.9	3	10.3	1	3.5	29	100
EN FUNCIÓN DE OBJETO	6	20.7	10	34.5	5	17.2	5	17.2	3	10.4	29	100

11.19 Reflexivos.

El 27.6% de los pacientes valorados presentaron alteraciones leves en esta estructura morfológica, el 24.1% moderadas. (Tabla 19).

TABLA 19

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS REFLEXIVAS EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYAYÁN 2004-2006.

REFLEXIVOS	NUMERO	%
Normal	5	17.2
Leve	8	27.6
Moderado	7	24.1
Severa	4	13.9
Profunda	5	17.2
Total	29	100

11.20 Posesivos.

De los pacientes evaluados el 31% mostraron dificultades leves en la estructura morfológica de posesivos, el 17,2% se repitió para cada una de las alteraciones moderadas y severas. (Tabla 20)

TABLA 20

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE POSESIVOS EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006.

POSESIVOS	NUMERO	%
Normal	8	27.6
Leve	9	31.0
Moderado	5	17.2
Severa	5	17.2
Profunda	2	7.0
Total	29	100

11.21.1 Oraciones Simples – Sujeto – Verbo – complemento circunstancial de lugar.

De los pacientes valorados el 62.1% demostraron normalidad en la estructura sintáctica, el 24.1% fueron leves. (Tabla 21).

11.21.2 Oraciones Simples – Sujeto – Verbo – Objeto Directo – Objeto Indirecto.

El 44.8% de los pacientes evaluados presentaron alteraciones leves en esta estructura sintáctica, mientras que el 27.6% mostraron dificultades moderadas y severas. (Tabla 21)

TABLA 21

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE ORACIONES SIMPLES EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004 – 2006.												
ORACIONES SIMPLES	Alteraciones morfosintácticas											
	NORMAL		LEVE		MODERADO		SEVERA		PROFUNDA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%	Nº	%
Sujeto-Verbo.CCL	18	62.1	7	24.1	1	3.5	2	6.8	1	3.5	29	100
Sujeto-verbo.OD-OI	8	27.6	13	44.8	3	10.4	5	17.2	0	0	29	100

11.22 Oraciones Voz Pasiva.

De los pacientes evaluados el 41.4% presentaron dificultades leves en la estructura sintáctica de voz pasiva: y el 17.2% alteraciones profundas. (Tabla 22).

TABLA 22

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE ORACIONES VOZ PASIVA EN
PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006.**

ORACIONES VOZ PASIVA	NUMERO	%
Normal	9	31.0
Leve	12	41.4
Moderado	1	3.5
Severa	2	6.9
Profunda	5	17.2
Total	29	100

11.23 Sujetos Coordinados - Adjetivos Coordinados.

El 51.7% de la población evaluada no presentaron alteraciones de las estructuras sintácticas Sujetos coordinados - adjetivos coordinados: El 27.6% presentó alteraciones leves. (Tabla 23).

TABLA 23

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE ORACIONES SUJETOS COORDINADOS
- OBJETOS COORDINADOS EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN
2004-2006.**

SUJETOS COORDINADOS - ADJETIVOS COORDINADOS	NUMERO	%
Normal	15	51.7
Leve	8	27.6
Moderado	2	6.9
Severa	1	3.5
Profunda	3	10.3
Total	29	100

11.24 Verbos Coordinados - Adjetivos Coordinados.

De los pacientes evaluados el 44.9% presentaron normalidad en dicha estructura sintáctica y el 37.9% tuvieron alteraciones leves. (Tabla 24).

TABLA 24

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE ORACIONES VERBOS COORDINADOS - ADJETIVOS COORDINADOS EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006.

VERBOS COORDINADOS - ADJETIVOS COORDINADOS	NUMERO	%
Normal	13	44.9
Leve	11	37.9
Moderado	1	3.4
Severa	2	6.9
Profunda	2	6.9
Total	29	100

11.25 Oraciones Comparativas

Se realizó el análisis de estas estructuras sintácticas, encontrándose que el 62.2% de la población evaluada reportaron normalidad y el 17.2% presentaron dificultades leves. (Tabla 25).

TABLA 25

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE ORACIONES COMPARATIVAS EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006.

ORACIONES COMPARATIVAS	NUMERO	%
Normal	18	62.2
Leve	5	17.2
Moderado	3	10.3
Severa	1	3.4
Profunda	2	6.9
Total	29	100

11.26.1 Oraciones Subordinadas: Causa y Condición.

Del total de la población valorada el 31.6% presentaron normalidad, en la estructura sintáctica oraciones subordinadas: Causa y Condición: el 31,6% demostraron dificultades moderadas. (Tabla 26).

11.26.2 Oraciones Subordinadas: Temporales “después”/”antes”

El 34.5% de los pacientes evaluados no presentaron alteraciones en las oraciones subordinadas: temporales “después”/”antes”: pero el 24.1% demostraron alteraciones leves. (Tabla 26).

11.26.3 Oraciones Subordinadas: Temporales “cuando”/”hasta que”

Entre pacientes evaluados 34.5% presentaron alteraciones leves en la estructura sintáctica subordinadas temporales “Cuando”/”Hasta que”: y el 17.3% demostraron dificultades moderadas. (Tabla 26).

11.26.4 Oraciones Subordinadas Adversativas.

De total de la población valorada el 58.6% reportaron normalidad en esta estructura y el 13.8% se repitió para cada una de las dificultades leves y profundas. (Tabla 26).

TABLA 26

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE ORACIONES SUBORDINADAS EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004 – 2006.												
ORACIONES SUBORDINADA	Alteraciones morfosintácticas											
	NORMAL		LEVE		MODERADO		SEVERA		PROFUNDA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%	Nº	%
Causa y condición	9	31.6	6	19.6	9	31.6	3	10.3	2	6.9	29	100
: temporales	10	34.5	7	24.1	4	13.8	2	6.9	6	20.7	29	100
“después”/“antes”												
: temporales	8	27.6	10	34.5	5	17.3	3	10.3	3	10.3	29	100
“cuando”/“hasta que”												
Adversativas.	17	58.6	4	13.8	1	3.5	3	10.3	4	13.8	29	100

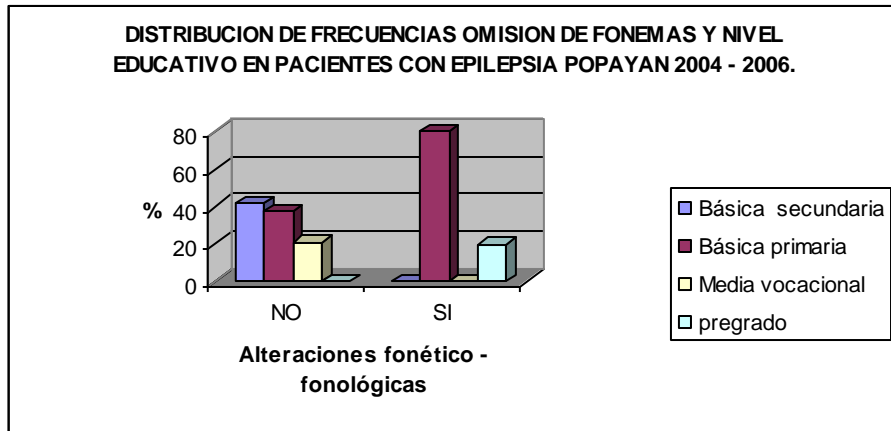
11.27 Omisión de Fonemas y Nivel Educativo

Entre los pacientes en los cuales se encontraron alteraciones tipo omisión de fonemas el 80% cursaba básica primaria. A diferencia de los que no presentaron alteraciones en los cuales el 41,7% estaban en básica primaria. Se aplicó la prueba Chi 2 y no se hallaron diferencias significativas. $P = 0,572$. (Tabla 27 – Grafico 4).

Tabla 27

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS OMISION DE FONEMAS Y NIVEL EDUCATIVO EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004 –2006						
Nivel educativo	Alteraciones fonéticas fonológicas					
	NO		SI		total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Básica secundaria	10	41.7	0	0	10	34.5
Básica primaria	9	37.5	4	80	13	44.8
Media vocacional	5	20.8	0	0	5	17.2
pregrado	0	0.0	1	20	1	3.5
total	24	100	5	100	29	100

Grafico 4



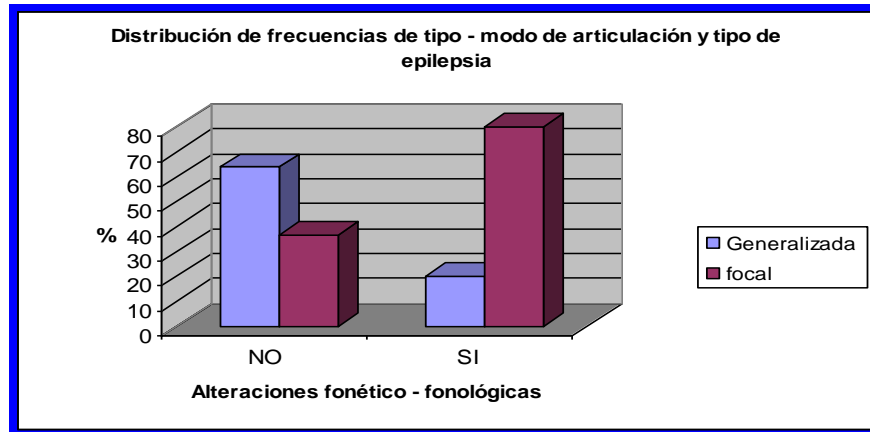
11.28 Alteraciones Tipo - Modo de Articulación y Tipo de Epilepsia.

Al establecer las relaciones tipo – modo de articulación y tipo de epilepsia se encontró que los pacientes que presentaron alteraciones el 80% tenían epilepsia focal. Mientras que de los que no presentaron alteraciones el 63.7% de los pacientes tenían epilepsia generalizada. Al aplicar la prueba chi2 se encontraron diferencias significativas en estas dos variables $P = 0.027$ (tabla 28 -Grafico 5)

Tabla 28

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE TIPO – MODO Y TIPO DE EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006						
Tipo de epilepsia	Alteraciones fonéticas fonológicas					
	NO		SI		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Generalizada	12	63.7	2	20.0	14	48.3
focal	7	36.7	8	80.0	15	51.7
Total	19	100	10	100	29	100

Grafico 5



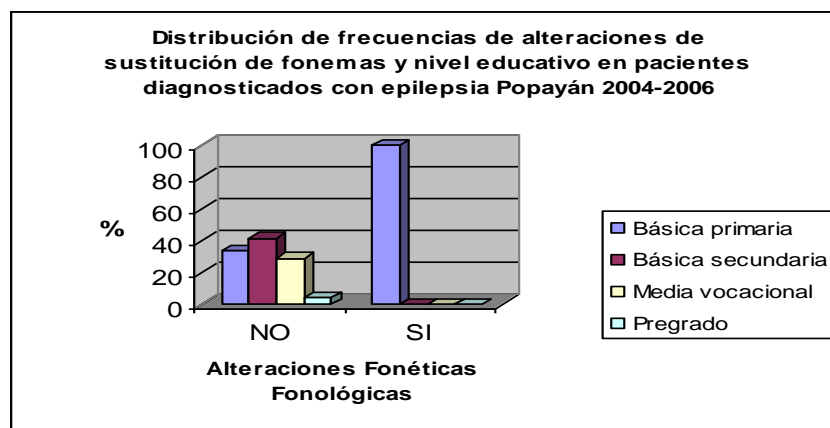
11.29 Sustitución de Fonemas y Nivel educativo

Entre los pacientes que encontraron alteraciones tipo sustitución de fonemas el 100 % cursaba básica primaria. A diferencia de los que no las presentaron el 41,7% estaban en básica secundaria. Se aplicó la prueba Chi 2 y no se hallaron diferencias significativas. $P = 0.059$ (Tabla 29 – Grafico 6)

Tabla 29

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE SUSTITUCIÓN DE FONEMAS Y NIVEL EDUCATIVO EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004 --2006						
Nivel educativo	Alteraciones fonéticas fonológicas					
	NO		SI		total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Básica primaria	8	33.3	5	100	13	44.8
Básica secundaria	10	41.7	0	0	10	34.5
Media vocacional	5	20.8	0	0	5	17.2
Pregrado	1	4.2	0	0	1	3.5
Total	24	100	5	100	29	100

Grafico 6



11.30 Alteraciones en el Nivel Fonético-Fonológico y Tipo de Epilepsia

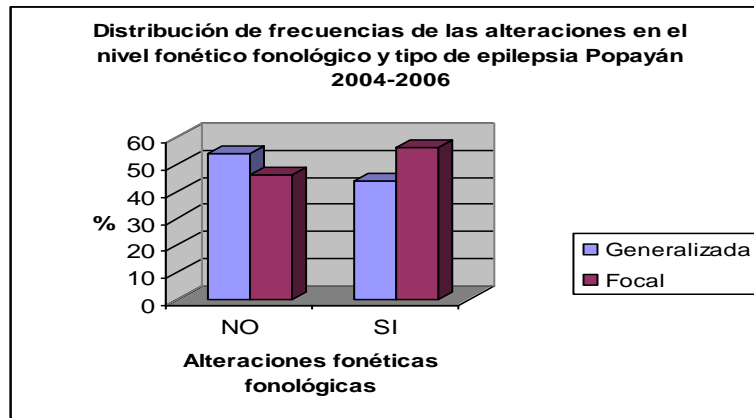
Al establecer las relaciones nivel fonético – fonológico y tipo de epilepsia en los que resultaron alterados el 56,3% tuvieron epilepsia focal, mientras que el 53,8% que no presentaron dificultades, tenían epilepsia generalizada. Se aplicó la prueba Chi 2 y no se encontraron diferencias significativas.

P = 0.588. (Tabla 30- Grafico 7).

TABLA 30

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS ALTERACIONES EN EL NIVEL FONÉTICO-FONOLÓGICO Y TIPO DE EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006						
Alteraciones fonético – fonológicas						
NO						
SI						
TIPO DE EPILEPSIA	Nº	%	Nº	%	TOTAL	%
EPILEPSIA						48.3
GENERALIZADA	7	53.8	7	43.7	14	
EPILEPSIA FOCAL	6	46.2	9	56.3	15	51.7
TOTAL	13	100.0	16	100.0	29	100.0

GRAFICO 7



11.31 Alteraciones en el Nivel Fonético-Fonológico y Estrato socio Económico.

En los pacientes que tuvieron alteraciones el 50% pertenecían al estrato 3, mientras que de las personas sin alteraciones el 46,1% correspondía al estrato socioeconómico 1. Se aplicó la prueba Chi 2 y no se encontraron diferencias significativas. $P = 0.107$. (Tabla 31).

TABLA 31

ESTRATO SOCIO ECONOMICO	Alteraciones fonético – fonológicas					
	NO		SI		total	%
	Nº	%	Nº	%		
1	6	46.1	2	12.5	8	27.6
2	2	15.4	6	37.5	8	27.6
3	4	30.7	8	50.0	12	41.4
4	1	7.8	0	0.0	1	3.4
total	13	100.0	16	100.0	29	100

11.32 Alteraciones en el Nivel Fonético-Fonológico y Tratamiento.

Entre los pacientes que presentaron alteraciones fonéticas - fonológicas el 43.8% fueron medicados con el fármaco correspondiente al T2. Mientras que el 46,1% que no presentaron dificultades en este nivel, recibieron los fármacos del T1. Se aplicó la prueba Chi 2 y no se encontraron diferencias significativas. $P = 0.948$. (Tabla 32).

TABLA 32

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS ALTERACIONES EN EL NIVEL FONÉTICO-FONOLÓGICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006.						
TRATAMIENTO	Alteraciones fonético – fonológicas.				TOTAL	%
	NO		SI			
	Nº	%	Nº	%		
T1						
VULSIVAN	6	46.1	6	37.5	12	41.4
TEGRETOL						
CETIRIL						
CARBAMAZEPINA						
T2	5	38.4	7	43.8	12	41.4
ACIDO VALPROICO						
DEPAKENE						
ATEMPERATOR						
VALCOTE						
T3	1	7.7	1	6.2	2	6.8
TRILEPTAL						
T4						
OTROS	1	7.7	2	12.5	3	10.4
total	13	100	16	100	29	100

11.33 Alteraciones en el Nivel Fonético-Fonológico y Nivel Educativo

Entre los pacientes en los cuales se encontraron alteraciones en el nivel fonético - fonológico el 50% cursaba básica primaria. A diferencia de aquellos de los que no presentaron alteraciones el 46,1% estaban en básica secundaria. Se aplicó la prueba Chi 2 y no se hallaron diferencias significativas. $P = 0,572$. (Tabla 33).

TABLA 33

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN EL NIVEL FONÉTICO-FONOLÓGICO Y NIVEL EDUCATIVO EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006.						
NIVEL EDUCATIVO	Alteraciones fonético – fonológicas.				Total	%
	NO		SI			
	Nº	%	Nº	%		
BASICA PRIMARIA	5	38.5	8	50.0	13	44.8
MEDIA VOCACIONAL	2	15.4	3	18.7	5	17.2
BASICA SECUNDARIA	6	46.1	4	25.0	10	34.5
PREGRADO	0	0.0	1	6.3	1	3.4
TOTAL	13	100.0	16	100.0	29	100

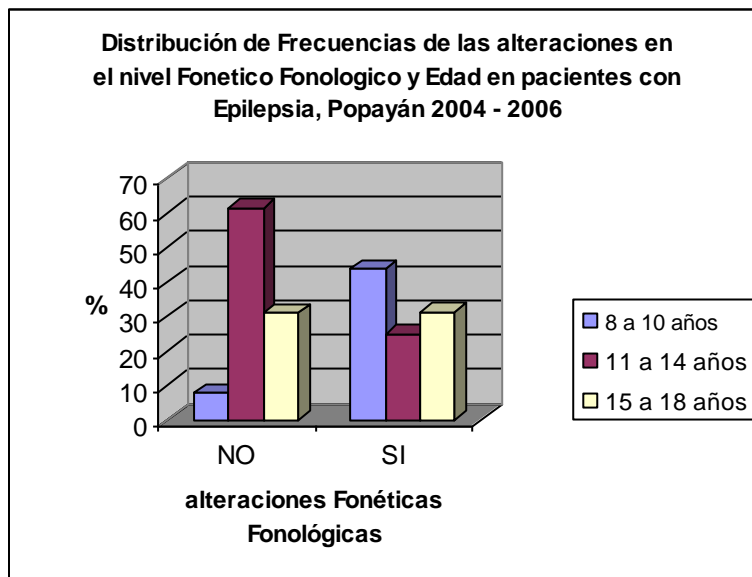
11.34 Alteraciones en el Nivel Fonético-Fonológico y Edad

Entre los pacientes que presentaron alteraciones fonético - fonológicas el 43.7% estaban en edades de 8 a 10 años, mientras que entre los que no presentaron alteraciones el 92,3% estaban en las edades superiores de 10. Se aplicó la prueba Chi 2 y no se encontraron diferencias significativas. P = 0,058. (Tabla 34 grafico 8).

TABLA 34

. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN EL NIVEL FONÉTICO-FONOLÓGICO Y EDAD EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006.						
EDAD	Alteraciones fonético – fonológicas.				TOTAL	%
	NO		SI			
	No	%	No	%		
(8 a 10 años)	1	7.7	7	43.7	8	27.6
(11 a 14 años)	8	61.5	4	25.0	12	41.4
(15 a 18 años)	4	30.8	5	31.3	9	31.0
TOTAL	13	100.0	16	100.0	29	100.0

GRAFICO 8



11.35 Alteraciones en el Nivel Fonético-Fonológico y Género

Entre los pacientes que presentaron alteraciones fonético - fonológicas el 53.8% pertenecieron al género masculino. De modo similar el 56,2% de evaluados que no manifestaron dificultades en este nivel también fueron hombres. Se aplicó la prueba Chi 2 y no se encontraron diferencias significativas entre estas dos categorías. $P = 0,897$ (Tabla 66 – Grafico 35).

TABLA 35

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN EL NIVEL FONÉTICO-FONOLÓGICO Y GÉNERO EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006.						
GENERO	Alteraciones fonético – fonológicas.				TOTAL	%
	NO		SI			
	Nº	%	Nº	%		
HOMBRES	9	56.2	7	53.8	16	55.2
MUJERES	7	34.3	6	46.2	13	44.8
TOTAL	16	100.0	13	100.0	29	100.0

11.36 Alteraciones en el Nivel Fonético-Fonológico y Lugar de Parto.

Entre los pacientes que presentaron alteraciones fonéticas fonológicas el 93.7% nacieron en institución hospitalaria. Mientras que de las personas sin alteraciones el 76,9% también nacieron en institución. Se aplicó la prueba Chi 2 y no se encontraron diferencias significativas entre estas dos categorías. $P = 0.191$. (Tabla 36).

TABLA 36

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN EL NIVEL FONÉTICO FONOLÓGICO Y LUGAR DE PARTO EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006						
LUGAR DE PARTO	Alteraciones fonético – fonológicas.				TOTAL	%
	NO		SI			
	Nº	%	Nº	%		
HOSPITAL	10	76.9	15	93.7	25	86.2
CASA	3	23.1	1	6.3	4	12.8
TOTAL	13	100.0	16	100.0	29	100.0

11.37 Alteraciones en el Nivel Morfosintáctico y Tipo de Epilepsia

Entre los pacientes que presentaron alteraciones morfosintácticas de grados, moderadas, severas, o profundas predominó la epilepsia generalizada con un 66,7%, un 75% y un 100% respectivamente. Mientras que entre quienes presentaron alteraciones leves predominó la epilepsia focal con un 66,7%. Se aplicó la prueba Chi 2 y no se encontraron diferencias significativas entre estas dos categorías.

P = 0.200. (Tabla 37).

TABLA 37

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN EL NIVEL MORFOSINTACTICO Y TIPO DE EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006											
TIPO DE EPILEPSIA	Alteraciones morfosintácticas								TOTAL	%	
	LEVE		MODERADO		SEVERA		PROFUNDA				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
EPILEPSIA GENERALIZADA	6	33,3	4	66,7	3	75	1	100	14	48,3	
EPILEPSIA FOCAL	12	66,7	2	33,3	1	25,0	0	0	15	51,7	
TOTAL	18	100,0	6	100,0	4	100	1	100,0	29	100,0	

11.38 Alteraciones en el Nivel Morfosintáctico y Estrato Socioeconómico.

Entre las personas que presentaron alteraciones morfosintácticas, de grados severas con un 50% y profundas con un 100%, predominó el estrato socioeconómico 3, mientras que en las alteraciones moderadas con el 50% predominó el estrato socioeconómico 2.

Se aplicó la prueba Chi 2 y no se encontraron diferencias significativas. P = 0.914. (Tabla 38).

TABLA 38

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN EL NIVEL MORFOSINTACTICO Y ESTRATO SOCIOECONOMICO EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006											
ESTRATO SOCIO ECONOMICO	Alteraciones morfosintácticas								TOTAL	%	
	LEVE		MODERADO		SEVERA		PROFUNDA				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
1	6	33,3	1	16,7	1	25	0	0	8	27,6	
2	4	22,2	3	50	1	25	0	0	8	27,6	
3	7	38,9	2	33,3	2	50	1	100	12	41,4	
4	1	5,6	0	0	0	0	0	0	1	3,4	
TOTAL	18	100	6	100	4	100	1	100	29	100	

11.39 Alteraciones en el Nivel Morfosintáctico y Tratamiento

Entre los pacientes que presentaron alteraciones morfosintácticas de grados leve y severo con el 38,9%, y el 50% respectivamente recibieron el fármaco correspondientes al T3. En contraste con el 50% que presentaron alteraciones moderadas donde recibieron el fármaco T2.

Se aplicó la prueba Chi 2 y no se encontraron diferencias significativas. $P = 0.425$ (Tabla 39).

TABLA 39

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN EL NIVEL MORFOSINTÁCTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006										
TRATAMIENTO	Alteraciones morfosintácticas								TOTAL	%
	LEVE		MODERADO		SEVERA		PROFUNDA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
T1 VULSIVAN TEGRETOL CETIRIL CARBAMAZEPINA	9	33,3	1	16,7	1	25	0	0	8	27,6
T2 ACIDO VALPROICO DEPAKENE ATEMPERATOR VALCOTE	7	22,2	3	50	1	25	0	0	8	27,6
T3 TRILEPTAL	1	38,9	2	33,3	2	50	1	100	12	41,4
T4 OTROS	1	5,6	0	0	0	0	0	0	1	3,4
TOTAL	18	100	6	100	4	100	1	100	29	100

11.40 Alteraciones en el Nivel Morfosintáctico y Nivel Educativo

Entre los pacientes valorados que presentaron alteraciones morfosintácticas de grados, moderado, severo, o profundo predominó el nivel educativo básico primario con un 50%, 100%, 100% respectivamente. Mientras que entre quienes presentaron dificultades leves predominó el nivel educativo de básica secundaria con un porcentaje de 44,4%. Se aplicó la prueba Chi 2 y no se encontraron diferencias significativas. $P = 0.477$ (Tabla 40).

TABLA 40

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN EL NIVEL MORFOSINTÁCTICO Y NIVEL EDUCATIVO EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006										
NIVEL EDUCATIVO	Alteraciones morfosintácticas								TOTAL	%
	LEVE		MODERADO		SEVERA		PROFUNDA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
BASICA PRIMARIA	5	27,8	3	50	4	100	1	100	13	44,8
MEDIA VOCASIONAL	4	22,2	1	16,6	0	0	0	0	5	17,2
BASICA SECUNDARIA	8	44,4	2	33,3	0	0	0	0	10	34,5
PREGRADO	1	5,5	0	0	0	0	0	0	1	3,5
TOTAL	18	100	6	100	4	100	1	100	29	100

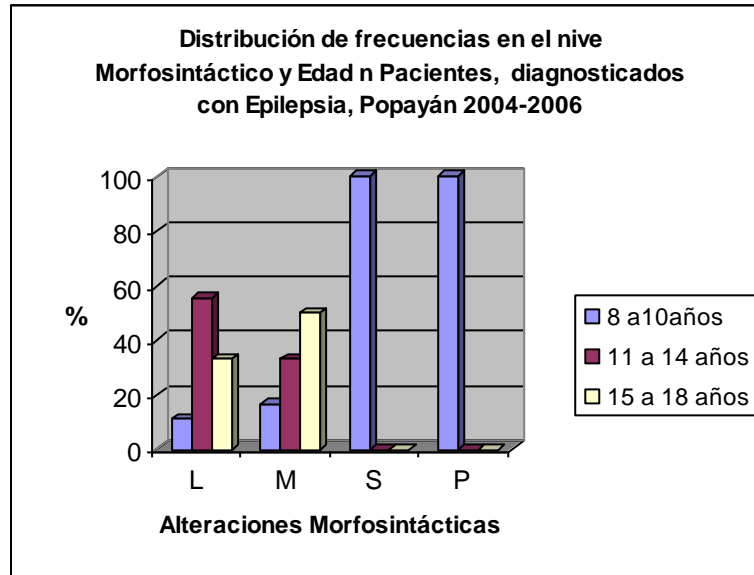
11.41 Alteraciones en el Nivel Morfosintáctico y Edad

Entre los pacientes que presentaron alteraciones morfosintácticas de grados severo o profundo, predominó la edad de 8 a 10 años con el 100% en cada caso, a diferencia de quienes presentaron dificultades de grado leves o moderadas en donde predominó la edad por encima de los 10 años con el 88,8% y 83,3% respectivamente. Se aplicó la prueba Chi 2 y se encontraron diferencias significativas. $P = 0.010$. (Tabla 41).

TABLA 41

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN EL NIVEL MORFOSINTÁCTICO Y EDAD EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006										
EDAD	Alteraciones morfosintácticas								TOTAL	%
	LEVE		MODERADO		SEVERA		PROFUNDA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
8 a 10 años	2	11.1	1	16.7	4	100	1	100	8	27.5
11 a 14 años	10	55.5	2	33.3	0	0	0	0	12	41.3
15 a 18 años	6	33.3	3	50.0	0	0	0	0	9	31
TOTAL	18	100	6	100	4	100	1	1	29	100

GRAFICO 9



11.42 Alteraciones en el Nivel Morfosintáctico y Género

Entre los pacientes que presentaron alteraciones morfosintácticas de grado severo o profundo predominó el género masculino con un 75% y un 100% respectivamente. Mientras que entre quienes presentaron alteraciones leves o moderadas no predominó ninguno de los géneros con un 50% para cada uno. Se aplicó la prueba Chi 2 y no se encontró diferencias significativas. $P = 0.635$ (Tabla 42)

TABLA 42

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN EL NIVEL MORFOSINTÁCTICO Y GÉNERO EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006

GENERO	Alteraciones morfosintácticas								TOTAL	%
	LEVE		MODERADO		SEVERA		PROFUNDA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
HOMBRES	9	50	3	50	3	75	1	100	16	55.2
MUJERES	19	50	3	50	1	25	0	0	13	44.8
TOTAL	18	100	6	100	4	100	1	100	29	100

11. 43 Alteraciones en el Nivel Morfosintáctico y Lugar de Parto

Entre los pacientes que presentaron alteraciones morfosintácticas de grados severo o profundo con el 100% respectivamente, tuvieron partos atendidos en el Hospital. Mientras que entre quienes presentaron alteraciones leves o moderadas con el 83,3% para cada una, atendieron su parto en institución hospitalaria en ambos casos. Se aplicó la prueba Chi 2 y no se encontraron diferencias significativas. $P = 0.809$. (Tabla 43).

TABLA 43

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN EL NIVEL MORFOSINTÁCTICO Y LUGAR DE PARTO EN PACIENTES CON EPILEPSIA POPAYÁN 2004-2006										
LUGAR DE PARTO	Alteraciones morfosintácticas								TOTAL	%
	LEVE		MODERADO		SEVERA		PROFUNDA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
HOSPITAL	15	83.3	5	83.3	4	100	1	100	25	86,2
CASA	13	16.7	1	16.7	0	0	0	0	4	13,8
TOTAL	18	100	6	100	4	100	1	100	29	100

12 .DISCUSIÓN

En esta investigación el 48,3% de la población evaluada presentó epilepsia generalizada y el 51,7% epilepsia focal. También se encontró que entre las personas con alteraciones fonéticas –fonológicas, tipo-modo de articulación el 80% de los pacientes fueron diagnosticados con epilepsia focal, mientras que entre las personas que no tuvieron esta alteración el 63.7% tenía epilepsia generalizada. Lo descrito anteriormente difiere con el postulado por Dodrill en la investigación “trastornos neurológicos en niños con epilepsia” donde encontró que los pacientes con epilepsia generalizada presentaban mayor deterioro del lenguaje que los individuos con epilepsia focal. Sin embargo nuestro estudio se relaciona con la investigación “Características del lenguaje en pacientes con epilepsia, Popayán en el año 2004” se encontró que el 68.7%, tenía diagnóstico de Epilepsia focal, frente al 31.3% de epilepsia generalizada.²⁷

Lo anterior también se relaciona con el estudio realizado en Rochester Minnesota, donde se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes que consultaron al hospital local con diagnóstico de epilepsia entre 1934-1984, en el se encontró que las crisis de tipo focal tenían mayor frecuencia (57%), seguidas de las crisis de tipo generalizada (32%) y un grupo de crisis que no puede ser clasificada (3%). Las otras crisis que no entran en la clasificación antes mencionada, llegaban hasta el 8% del total.²⁸

En el presente estudio el 100% de la población evaluada se encontraba cursando estudios distribuidos de la siguiente manera: en básica primaria con el 13%, media vocacional el 17.2%, básica secundaria el 34.5%, y pregrado el 3.5%.

Esto se relaciona con lo que escrito por Medina Malo, donde refiere que las personas diagnosticadas con epilepsia, no tienen que manifestar alteraciones en el aprendizaje y pueden realizar una escolaridad normal. Siempre y cuando las crisis estén controladas.

Los resultados encontrados en el presente estudio mostraron que el 55.2 % de los pacientes con epilepsia tuvieron algún grado de desfase en el nivel fonético fonológico. Las alteraciones que se presentaron en mayor porcentaje fueron: dificultades de modo-tipo el 38.6%, sustituciones el 17.2%, omisiones el 38.8%, distorsiones el 24.2%, ejercicios praxicos el 17.2% y adiciones con el 10.4%.

Se presentaron con más frecuencia las omisiones del fonema /a/ (10.3 %) y el fonema /r/ (10.3%); en las adiciones el 6.9% fue para el fonema /r/; en las dificultades de modo-tipo el 13.8% se repitió para cada uno de los fonemas /d/ y /t/; en cuanto a los ejercicios praxicos el 17.2% de los pacientes presentaron dificultades. En relación con lo expuesto Medina Malo refiere que a nivel fonético-

²⁷ MONTENEGRO Cristina y colaboradores Op. Cit.

²⁸ MEDINA Malo Op. Cit 320, 321, 322, 323.

fonológico los pacientes con epilepsia presentan estructuras silábicas inmaduras con pocas consonantes en el repertorio, producciones cortas y poco complejas, anartria paroxística o habla defectuosa, afectando la pronunciación dependiendo de la localización del foco epiléptico.

A nivel morfosintáctico el 100% de los pacientes evaluados tuvieron algún tipo de dificultades leves, moderadas, severas y profundas. El ítem con mayor predominio de dificultad fueron formas verbales irregulares (presente (82,8%), pasado (55,2%), futuro (65,5%) seguido por estructuras oracionales con reflexivos 82.8% y posesivos 72.4%. Al compararlos con el estudio realizado por Gillanm Parkinson, en el año 2002 en la ciudad de Londres al igual que la investigación realizada” Características del lenguaje oral a nivel semántico – pragmático en pacientes con epilepsia de 8 a 18 años del Hospital Susana López de Valencia y Hospital San José de la ciudad de Popayán 2004 – 2005” coinciden en que los niños con epilepsia padecen alteraciones de diferentes grados (leve, moderado, severo, profundo) en el lenguaje oral.

En el presente estudio los resultados mostraron que entre las personas evaluadas el 43.7% tuvieron alteraciones fonético-fonológicas y alteraciones morfosintácticas de grado severo (100%), profundo (100%) y estaban en edades de 8 a 10 años. Al parecer la población estudio presenta un desfase en la adquisición normal del repertorio fonológico, puesto que Acosta Rodríguez afirma que algunos niños y niñas con dificultades fonológicas, fracasan en su intento de seguir el orden cronológico normal para la adquisición de fonemas, hasta los 6 años de edad.

A nivel morfosintáctico el mismo autor plantea que la plurifuncionalidad de las categorías gramaticales, la utilización correcta de los adverbios, proposiciones de espacio y tiempo, sustitución de estructuras coordinadas y yuxtapuestas por las subordinadas, estableciendo lo concordancia entre todos los elementos gramaticales, se superan a edades entre los 5 y 8 años.²⁹ Lo anterior también se relaciona con el estudio “Características del Lenguaje en los niveles Semántico y Pragmático en pacientes con epilepsia Popayán 2004” el cual en una de sus conclusiones determina que las personas en edades de 8 a 10 años presentan mayor desfase en el lenguaje oral en los niveles pragmático y semántico.³⁰

Los resultados obtenidos en este estudio, mostraron que entre las personas que presentaron alteraciones fonéticas -fonológicas el 37.5% correspondían al estrato socioeconómico 2 y el 50% al estrato 3. En el nivel morfosintáctico entre quienes presentaron alteraciones severas el 50% y leves el 38.9% pertenecían al estrato socioeconómico 3, mientras que en las alteraciones moderadas con el 50% prevaleció el estrato socioeconómico 2.

²⁹ ACOSTA Rodríguez Op. Cit 64, 65, 66, 90, 92, 93.

³⁰ MONTENEGRO Cristina, y colaboradores.

Lo anterior se relaciona con el estudio “Características del lenguaje en pacientes con epilepsia. Popayán 2004 “donde las personas que obtuvieron algún tipo de desfase en los niveles pragmático y semántico, correspondían en mayor porcentaje a los estratos socioeconómicos 1y 2. ³¹

En el presente estudio se encontró que entre quienes tenían alguna alteración fonética-fonológica, el 43,8% recibían algún medicamento del tratamiento 2 y el 37,5% de ellos recibían algún medicamento del grupo 1. Entre los pacientes con alteraciones morfosintácticas severas, el 50% de ellos recibieron algún medicamento del tratamiento 3. Entre quienes tenían alteraciones moderadas, el 50% recibieron algún medicamento del tratamiento 2 y entre quienes tenían alteraciones leves, el 38,9% recibían algún medicamento del tratamiento 3.

Lo anterior se relaciona con lo expuesto por Medina Malo, quien afirma que debido a los efectos secundarios de los fármacos anticonvulsivos las personas que los consumen, pueden presentar disminución de la habilidad cognoscitiva, la cual permite la anticipación y programación de las actividades cotidianas, afectando directamente las funciones ejecutivas del lenguaje (atención, inhibición, monitoreo y regulación).

³¹ MONTENEGRO Cristina, y colaboradores.

13. CONCLUSIONES

- Las alteraciones fonéticas fonológicas encontradas en las evaluaciones fueron: dificultades en el modo y tipo, al igual que las omisiones, distorsiones, sustituciones, adiciones respectivamente y en el nivel morfosintáctico prevalecieron los errores en las emisiones de estructuras con formas verbales irregulares en (presente, pasado y futuro) donde las dificultades presentadas por los evaluados se ubicaron en el grado leve.
- El 100% de la población evaluada presentaron alteraciones morfosintácticas de algún grado (leve, moderado, severo, profundo).
- En las estructuras oracionales con reflexivos y posesivos la mayoría de los errores estuvieron distribuidos en los grados leve, moderado y severo. En cuanto a la morfosintaxis, las alteraciones fueron de tipo leve, específicamente en oraciones simples de sujeto-verbo- objeto directo –objeto indirecto y oraciones con voz pasiva, mientras que en estructuras oracionales subordinadas causa-condición, las falencias fueron moderadas.
- Dentro de los pacientes que presentaron alteraciones fonético-fonológicas, el 43.7% tenían edades entre los 8 y 10 años, mientras que el 61.5% de las personas que no las presentaron estaban en edades de 11 a 14 años.
- De la población evaluada el 55.2 % fueron hombres, el 41.4 % tenían edades entre los 11y 14 años, el 41.4% correspondía al estrato socioeconómico 3, el 44.8 % cursaba estudios de primaria, el 41.1 % de los pacientes recibía algún medicamento de los tratamientos 1, el 41.1 % del tratamiento 2 y el tipo de epilepsia mas frecuente fue la focal.
- El género masculino, presentó mayores dificultades en los niveles fonético – fonológico y morfosintáctico en comparación al género femenino.
- En la población evaluada se encontró que el tipo de epilepsia mas frecuente fue la epilepsia focal respecto a la generalizada. En ambos tipos se encontraron alteraciones de diferentes grados en los dos niveles del lenguaje oral.
- Al establecer la relación entre alteraciones tipo-modo de articulación y tipo de epilepsia, se encontró que el 80% tenía epilepsia focal, a diferencia de quienes no las presentaron en donde el 63.7% tenía epilepsia generalizada.
- El éxito obtenido en la prueba correspondiente al nivel morfosintáctico es directamente proporcional al grado escolar, puesto que a medida que aumenta el nivel educativo hay un mejor dominio de estructuras gramaticales.

- El 100% de las sustituciones de fonemas, fueron más frecuentes en los pacientes que cursaban estudios de básica primaria.
- Los pacientes que recibieron algún medicamento del tratamiento 2 (ácido valproico, Depaquene, Atempador y Valcote) presentaron mayores dificultades en el nivel fonético -Fonológico.

14. RECOMENDACIONES

- Tenido en cuenta los resultados del estudio en cuanto a la presencia de alteraciones a nivel fonético-fonológico y morfosintáctico en pacientes, diagnosticados con epilepsia, es pertinente promover, prevenir e intervenir de manera oportuna el proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje oral.
- Se recomienda extender la investigación en las alteraciones de lenguaje oral en niños diagnosticados con epilepsia en edades comprendidas entre 0 – 7 años.
- Se recomienda realizar investigaciones en el lenguaje oral y lectoescrito relacionados con los fármacos anticonvulsivos y la edad de prescripción.
- Se recomienda gestionar la implementación de políticas de seguridad social para facilitar el acceso a los medicamentos en la población de bajos recursos que presenten epilepsia, puesto que dichos medicamentos tienen un alto costo en el mercado.
- Basándose en los datos obtenidos en esta investigación, se recomienda realizar un estudio analítico para establecer relaciones de causalidad entre la epilepsia y alteraciones del lenguaje oral.

ANEXOS

ANEXO A

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

PROGRAMA FONOAUDIOLOGIA

**ALTERACIONES DEL LENGUAJE ORAL EN LOS NIVELES FONÉTICO-FONOLÓGICO Y MORFOSINTÁCTICO, EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON EPILEPSIA ENTRE 8 A 18 AÑOS DE EDAD, DEL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ
DE VALENCIA Y HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE POPAYÁN**

2004 – 2006

DFN-782

Popayán, noviembre 28 de 2005

Doctor
OSCAR OSPINA QUINTERO
Director Hospital Susana López de Valencia
Popayán

ASUNTO: SOLICITUD DE PERMISO

Cordial saludo:

El programa de Fonoaudiología de la Facultad Ciencias de la Salud, de la Universidad del Cauca, fomenta la formación investigativa, a través de la planeación y desarrollo de proyectos de investigación, que permita no solo el fortalecimiento del progreso científico, disciplinar sino además la proyección social en beneficio de la salud comunicativa de la comunidad.

Es así, como las estudiantes Julieth Becerra, Janneth Celis Timaná y Olga Leiton se encuentran en la etapa de la continuación del Anteproyecto de investigación “alteraciones del lenguaje oral en los niveles fonético-fonológico y morfosintáctico, en pacientes diagnosticados con epilepsia entre 8 a 18 años de edad, del hospital Susana López de Valencia y Hospital San José de la ciudad de Popayán” razón por la cual hago la presentación de las estudiantes y solicito su colaboración a fin de puedan tener acceso al registro de historias clínicas y participar en las consultas que se hacen con este tipo de pacientes y así cumplir con los objetivos planteados.

Sin otro particular, me despido agradeciendo de antemano la atención brindada.

Atentamente,
ISABEL MUÑOZ ZAMBRANO.
Jefe programa

ANEXO B

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

PROGRAMA FONOAUDIOLOGIA

ALTERACIONES DEL LENGUAJE ORAL EN LOS NIVELES FONÉTICO-FONOLÓGICO Y MORFOSINTÁCTICO, EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON EPILEPSIA ENTRE 8 A 18 AÑOS DE EDAD, DEL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ
DE VALENCIA Y HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE POPAYÁN

2004 – 2006

DFT- 385
Popayán, 18 de agosto de 2006

Doctor
GUSTAVO VELASCO MONTUA
Hospital Universitario San José
Popayán

ASUNTO: SOLICITUD DE PERMISO:

Cordial saludo:

El programa de Fonoaudiología de la Facultad Ciencias de la Salud, de la Universidad del Cauca, fomenta la formación investigativa, a través de la planeación y desarrollo de proyectos de investigación, que permita no solo el fortalecimiento del progreso científico, disciplinar sino además la proyección social en beneficio de la salud comunicativa de la comunidad.

Es así, como las estudiantes Julieth Becerra, Janneth Celis Timaná y Olga Leiton se encuentran en la etapa de la continuación del Anteproyecto de investigación “alteraciones del lenguaje oral en los niveles fonético-fonológico y morfosintáctico, en pacientes diagnosticados con epilepsia entre 8 a 18 años de edad, del hospital Susana López de Valencia y Hospital San José de la ciudad de Popayán” razón por la cual hago la presentación de las estudiantes y solicito su colaboración a fin de puedan tener acceso al registro de historias clínicas y participar en las consultas que se hacen con este tipo de pacientes y así cumplir con los objetivos planteados.

Sin otro particular, me despido agradeciendo de antemano la atención brindada.

Atentamente,
ISABEL MUÑOZ ZAMBRANO.
Jefe programa

ANEXO C

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA FONOAUDIOLOGIA

ALTERACIONES DEL LENGUAJE ORAL EN LOS NIVELES FONÉTICO-FONOLÓGICO Y MORFOSINTÁCTICO, EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON EPILEPSIA ENTRE 8 A 18 AÑOS DE EDAD, DEL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ
DE VALENCIA Y HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE POPAYÁN
2004 - 2006

Consentimiento Informado.

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

Yo ----- madre de ----- con cedula de ciudadanía numero ----- de la ciudad de----- acepto participar voluntariamente en el proyecto de investigación Alteraciones del lenguaje oral en el nivel fonético fonológico y morfosintáctico en pacientes diagnosticados con epilepsia entre 8 y 18 años de edad del Hospital Susana López de Valencia y Hospital San José de la ciudad de Popayán, según clasificación de los diferentes tipos de epilepsia, escolaridad, estrato y sexo que consulten en el HSLV y HUSJ del departamento del Cauca.

Se ha informado que el procedimiento a seguir consiste en la aplicación de formatos de evaluación del lenguaje oral, dicha evaluación se caracteriza por ser un proceso no invasivo en el cual el evaluado no corre riesgo alguno, pudiéndose beneficiar a través de las orientaciones brindadas por el grupo de investigación, sobre las dificultades encontradas en cada uno de los pacientes, el proceso evaluativo consta de preguntas que el examinado deberá responder para poder determinar el nivel comunicativo y/o sus dificultades.

Se me asegura que los datos obtenidos serán de carácter privado y manejados por las personas responsables del proyecto, las cuales serán utilizados únicamente con fines investigativos, y cualquier duda que tengan será resuelta por el grupo investigador.

La investigación se encuentra certificada por asesores que corresponden a la planta docente de la universidad del Cauca.

Soy conciente y tengo conocimiento de los objetivos de la investigación, el proceso evaluativo, el grupo investigador y de que puedo retirarme de la investigación cuando las circunstancias lo requieran.

Firma de la madre

Firma del padre

ANEXO D

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA FONOAUDIOLOGIA

Evaluación del Nivel Fonético-Fonológico Tets Elce. En la elocución del lenguaje se valora tres grandes apartados.

- ❖ Órganos fonoarticulatorios y praxias.
- ❖ Exploración fonológica y fonética.
- ❖ Percepción y discriminación auditiva.

- **Órganos Fonoarticulatorios y Praxias.** Se realiza una valoración a dos niveles: anatómico y funcional.

- A nivel anatómico: se exploran todos los órganos activos y pasivos que intervienen en la emisión de la palabra: labios, lengua, dientes, mandíbula, paladar, frenillo labial, frenillo lingual y vegetaciones adenoides.
- A nivel funcional se exploran algunas de las praxias más representativas de los diferentes órganos activos (labios, lengua, mandíbulas, mejillas), y el soplo. Para su valoración, éstas se presentan graduadas por edades entre 2 y 6 años. Su ejecución esta relacionada con el orden de aparición de los fonemas.

- **Exploración Fonológica y Fonética.** Se realiza a dos niveles: exploración fonológica inducida y/o repetida y exploración fonética.

- **Exploración Fonológica Inducida y/o Repetida.** Se exploran integrados en vocablos

- Fonemas consonánticos.
- Sinfones.
- Diptongos.

Mediante el apoyo de dibujos, se induce la articulación de palabras que poseen los fonemas consonánticos a valorar, en posición inicial, media y final de sílaba y/o palabra. De la misma manera se induce la articulación de los sinfonos y diptongos, valorándose en posición inicial y media de palabra.

- **Exploración Fonética.** Se realiza cuando la exploración fonológica no es posible porque el niño carece de lenguaje, cuando ésta ha resultado muy deficiente y en aquellos casos en que la codificación -producción de la palabra- no es correcta y conviene analizar la articulación del fonema ais-

lado. Esta exploración es complementaria a la anterior, se evalúa fonema por fonema, por repetición, en forma silábica, y no inmerso en una palabra.

Normas de Aplicación. Se debe tener en cuenta para la utilización de esta prueba las siguientes consideraciones.

- ❖ El pase de estas pruebas se realizará de forma individual, no debiendo administrarse en una sola sesión todas ellas. El examinador deberá suspender la exploración cuando el alumno muestre cansancio o distracción.
- ❖ El evaluador no deberá estar en situación de tensión a si mismo se procurara lograr una motivación y atención adecuadas.
- ❖ Las condiciones ambientales deberán ser las mejores posibles: buena iluminación y ausencia de ruidos e interrupciones.
- ❖ Es recomendable, cuando así se considere necesario, el uso de grabadora con el fin de registrar las posibles sustituciones, omisiones o distorsiones de los diferentes fonemas realizadas por el alumno en la exploración fonética-fonológica.

❖ **Normas Específicas de Aplicación.**

❖ **Órganos Fonoarticulatorios y Praxias**

❖ **Nivel Anatómico**

❖ **Tiempo de aplicación.**

- Aproximadamente entre dos y cinco minutos.

❖ **Material.**

- Cuadernillo de respuestas para la evaluación de la elocución, punto 1, apartado A: Nivel anatómico.
- Espejo pequeño.
- Depresor o bajalenguas.

❖ **Objetivo:**

- Conocer el estado de los órganos fonoarticulatorios.

- ❖ **Anotación y valoración.** En el cuadernillo de respuestas punto 1, apartado A: Nivel anatómico, consta la relación de los órganos a explorar seguidos - cada uno de ellos- de una casilla. Después del examen visual se anotara dentro de cada casilla el signo + cuando no existan anomalías el signo - cuando estas se detecten y se especificaran a continuación, dejándose en blanco cuando el órgano no haya sido explorado.

❖ **Nivel Funcional.**

❖ **Tiempo de aplicación.**

- Aproximadamente entre dos y cinco minutos.

❖ **Material.**

- Cuadernillo de respuestas para la evaluación de la elocución, punto 1, apartado B: Nivel funcional.
- Espejo.
- Depresores.
- Vela y cerillas.

❖ **Objetivo:**

- Conocer la movilidad de los órganos fonoarticulatorios, así como la capacidad respiratoria

❖ **Instrucciones.**

- El examinador colocándose delante de un espejo, junto con el niño. le dirá: "Mírame y repite lo que yo hago".

❖ **Anotación y valoración.**

- En el cuadernillo de respuestas punto 1, apartado B: Nivel funcional, consta la relación de estos órganos. Al lado de cada uno de ellos aparecen, por edades. las praxias que se van a solicitar al niño, seguidas –cada una de ellas- de una casilla. Se anotará en dicha casilla el signo + cuando la ejecución haya sido correcto, el signo - cuando la ejecución haya sido incorrecta, y se dejara en blanco cuando no se le solicite realizar la praxias.

Exploración Fonológica y Fonética.

❖ **Exploración fonológica inducida y/o repetida**

❖ **Tiempo de Aplicación.**

- Dependerá de las características del evaluado aproximadamente puede oscilar entre quince y treinta minutos.

❖ **Material.**

- Cuadernillo de respuestas para la evaluación de la elocución.
- Exploración fonológica y fonética, donde se incluye también el listado de

palabras y preguntas correspondientes a los dibujos.

- Láminas del cuaderno de dibujos para la evaluación de la elocución (Págs.1-19).
- Grabadora.

❖ **Objetivo.**

- Conocer la articulación de cada fonema dentro de la palabra mediante el lenguaje inducido y/o repetido.

❖ **Instrucciones.**

- El examinador mostrara los dibujos y dirá: «*En esta lámina hay algunos dibujos que te voy a señalar, ve nombrándolos despacio y claro*». El examinador procederá de la misma forma en las láminas siguientes, tanto las correspondientes a los fonemas consonánticos como sinfonos y diptongos. Si el niño no verbaliza el dibujo o su emisión es muy incorrecta o distorsionada, el examinador le hará repetir los nombres, diciéndole: «*Estate atento, repite lo que yo diga*».

- ❖ **Anotación y valoración.** En el cuadro-registro correspondiente en cada caso a: valoración de fonemas consonánticos y valoración de sinfonos y valoración de diptongos, se anotaran los resultados en la casilla correspondiente al lenguaje inducido o repetido según como hayamos obtenido la emisión.

- **En la valoración se utilizaran los signos siguientes.**

- Se toma como ejemplo la valoración del fonema /r/:
- */r/:* Sustitución. (el fonema /r/ es sustituido por ///: dice “tolo” por “toro”)
- *r Omisión.* : (el fonema /r no es dicho por el evaluado. Dice “too” por “toro”)
- */r:* Distorsión. (Emite un sonido similar al fonema /r/, pero no es correcto)
- Se escribe lo que el alumno dice: Adición. (dice “toloro” por toro)
- Colocar en la casilla correspondiente el signo +, cuando la respuesta sea correcta

Exploración fonética.

❖ **Tiempo de aplicación.**

- Aproximadamente unos diez minutos.

❖ **Material**

- Cuadernillo de respuestas para la evaluación de la elocución. Exploración fonológica y fonética.
- Grabadora

❖ **Objetivo**

- Conocer la articulación de cada fonema aislado, apoyándose en las vocales mediante el lenguaje repetido

❖ **Instrucciones**

- El examinador dirá al evaluado “estate muy atento y repite lo que te voy a decir”. El examinador procederá a la omisión de los fonemas consonánticos y sinfonos con cada vocal respectivamente. Valorando los que considere necesarios, en función de las dificultades presentadas por el evaluado en la exploración fonológica inducida.

❖ **Anotación y valoración.**

- En el cuadro-registro correspondiente, se anotaran los resultados en cada una de las casillas, utilizando los mismos signos descritos en el apartado anterior:
-

ELCE

Cuadernillo de respuestas de la elocución

Apellidos..... Nombre.....
Fecha de nacimiento..... Edad.....
Centro.....Curso..... Profesor.....
Fecha de examen..... Examinador.....
Otros datos de interés:.....

ORGANOS FONOARTICULATORIOS

❖ **NIVEL ANATOMICO:**

- ANOTACION: anote el signo + cuando no exista ninguna anomalía, el signo cuando si exista e indique cual, y déjelo en blanco cuando no se haya explorado.

Órganos	Signo	Cuales
Labios		
Lengua		
Dientes		
Mandíbula		
Paladar		
Frenillo labios		
Frenillo lingual		
vegetaciones		

Observaciones:.....

❖ **NIVEL FUNCIONAL**

CONSIGNA: “Mírame y repite lo que yo hago”

ANOTACION: anote con el signo + cuando la ejecución haya sido correcta, con el signo – si no lo ha sido, y déjelo en blanco si no se ha solicitado la realización.

Órganos	Edades	Praxias	Ejecución
Labios	3-4 años	Fruncir y distender labios contactando	
		Besar	
	4-5 años	Fruncir y distender labios sin contactar	
		Morderse el labio inferior con el superior	
		Morderse el labio superior con el inferior	
	5-6 años	Sostener una moneda con los labios	
Llevar los labios distendidos hacia una y otra comisura			
	2 años	Sacar la lengua	
	3 años	Llevar la lengua hacia la derecha e izquierda	
	4 años	Llevar el ápice de la lengua detrás de los incisivos superiores	
	5 años	Chasquear la lengua	
	6 años	Vibrar la lengua	
Mandíbula	2 años	Abrir la boca	
	4 años	Correcta la masticación	
	5 años	Morderse el labio superior	
Mejillas	4 años	Inflar mejillas	
Soplo	2 años	Soplar	

Observaciones:

.....

Exploración Fonológica y Fonética. Lista de palabras y/o preguntas a utilizar en la exploración fonológica de los fonemas consonánticos.

Lamina	Fonema	Lista de Palabras		
		I	M	F
1	p	pito pelota	lápiz zapato	
	b	botella vaso	globo caballo	
2	m	mesa mano	cama camión	campana trompeta
3	d	dedo ducha	indio espada	
	t	tele toro	pato rata	
4	θ	cigarro cerdo	taza manzana	
	f	fuego foca	gafas elefante	
5	r		caracol paraguas	
	ř	rueda reloj	perro gorro	collar martillo
6	l	luna limón	pala polo	sol palmera
7	n	nene nube	uno mono	botón montaña
8	s	silla sacapuntas	casa payaso	escoba calcetines
9	ç	chupete chocolate	coche cuchara	
	l	llave "que hace el niño?" llora	gallina paella	
	n	uña araña		
10	k	cama queso	boca muñeca	
	g	gato guitarra	bigote tortuga	
11	x	jarro jirafa	ojos conejo	
Lámina	sinfón	Lista de palabras y/o preguntas:		
		I	M	

12	pl	plato plancha	¿qué hace el niño?...sopla ¿qué hace el niño?...aplaude
	bl	blusa “este es negro y este es ...” blanco	habla pueblo
13	fl	flecha plan	rifle ¿qué hace el niño?... infla
	kl	clavo clase	ancla bicicleta
	gi	globo	regla
14	pr	premio princesa	¿qué hace la nena?: compra ¿cómo va el coche?: deprisa
	br	bruja brazo	libro ¿qué hace el señor?: abre
15	dr	dragón dromedario	pedra cuadro
	tr	tren trompeta	¿el niño está detrás o delante?: detrás estrella
	fr	fresa	cofre
16	kr	cruz cristal	¿qué hace el niño?: escribe ¿dónde están los niños?:...en el recreo
	gr	grifo “este niño es pequeño y este es...”: grande	tigre “al niño le caen ...”: lágrimas
Lámina	diptong o	Lista de palabras y/o preguntas:	
17	ia	¿qué cae?: lluvia	guardia
	io	landio	periódico
	ie	Pie caído?: nieve	¿qué ha
18	ua	Guantes	guardia
	ue	Puerta	rueda
	ai	“los árboles se mueven porque hace mucho...” aire ¿qué hace la niña?: baila	
19	au	Jaula	autobús
	ei	Peina	rey
	eu	(estas dos palabras se valoran sólo a la repetición) Europa Eugenia	

Exploración Fonológica y Fonética

CONSIGNA: "di el nombre de los dibujos que te voy a señalar"

ANOTACION: califique como sigue: -/ omisión; /r sustitución; se transcribe la palabra en la edición

Lamina	Sonido	A: Exploración fonológica						B: Exp. fonética				
		Lenguaje inducido			Lenguaje repetido			Sonido aislado				
		I	M	F	I	M	F	a	o		e	i
1	p											
	b											
2	m											
3	d											
	t											
4	θ											
	f											
5	r											
	ř											
6	l											
7	n											
8	s											
9	ç											
	l											
	n											
10	k											
	g											
11	x											

Lamina	Sonido	Exploración fonológica				Exploración fonética				
		Leng. inducido		Leng. repetido						
		I	M	I	M	a	o	u	e	i
12	pl									
	bl									
13	fl									
	kl									
	gl									
14	pr									
	br									
15	dr									
	tr									
	fr									
16	kr									
	gr									
Lámina	Diptongo	Lenguaje inducido				Lenguaje repetido				
17	ia									
	io									

	ie		
18	ua		
	ue		
	ai		
19	au		
	ei		
	eu		

Lista de palabras y/o preguntas a utilizar en la exploración fonológica de los sinfonos y diptongos:

Resultados de la Evaluación

Nivel fonético fonológico: Normal _____ Dificultades leves _____
dificultades moderadas _____ dificultades severas _____
Nivel morfosintactico: Normal _____ Dificultades leves _____ dificultades
moderadas _____ dificultades severas _____

ANEXO E

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA FONOAUDIOLOGIA

ALTERACIONES DEL LENGUAJE ORAL EN LOS NIVELES FONÉTICO-FONOLÓGICO Y MORFOSINTÁCTICO, EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON EPILEPSIA ENTRE 8 A 18 AÑOS DE EDAD, DEL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ
DE VALENCIA Y HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE POPAYÁN

2004 - 2006

Instrumento para la Revisión de Historias Clínicas

Nombre de la
institución: _____ Fecha _____
Nombre del Paciente: _____
Nº de H.C. _____
Edad: _____ Sexo: F M
Grado Escolar: _____ Escolaridad:-----

Neurológico: _____

Tratamiento: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____ Estrato

Lugar de parto: Hospital _____ Otro: _____
Parto pre-termino: _____ termino: _____ post termino _____
Observaciones: _____

ANEXO F

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA FONOAUDIOLOGIA**

**ALTERACIONES DEL LENGUAJE ORAL EN LOS NIVELES FONÉTICO-FONOLÓGICO Y MORFOSINTÁCTICO, EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON EPILEPSIA ENTRE 8 A 18 AÑOS DE EDAD, DEL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ
DE VALENCIA Y HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE POPAYÁN**

2004 - 2006

Evaluacion del Nivel Morfosintáctico Test Evaluación del Lenguaje Bloc Screening.

BLOC-S (SCREENING).

Se trata de la versión reducida de Bloc, elaborada para que sirva como prueba de detección.

OBJETIVOS:

- Determinar si la competencia lingüística, en relación con la aptitud evaluada, corresponde a la edad cronológica.
- Establecer si la competencia lingüística, en relación con la aptitud evaluada, está adquirida, independientemente de la edad.

Bloc – s dispone de una puntuación de referencia de cada uno de los cuatro componentes del lenguaje que indique si hay déficit en alguno de ellos y, por tanto, si se debe proceder a una exploración más amplia.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y CORRECCIÓN BLOC-S.

La administración de Bloc-s puede realizarse de dos formas diferentes: registrando los resultados en papel, utilizando para ello el cuaderno de imágenes y el cuaderno de registro, o bien por pantalla, utilizando el cuaderno de imágenes e introduciendo directamente los resultados en el programa desde el teclado.

En la primera opción al principio no se utiliza el ordenador y las puntuaciones se anotan en el papel en el cuaderno de registro y posteriormente, en el momento en que convenga, se introducen las puntuaciones en el programa informático para obtener los resultados.

En la segunda opción se introducen directamente las puntuaciones en el programa, donde ya quedan almacenadas y posteriormente, en el momento que se desee, se solicitan los resultados o se imprimen los informes del examinado. Estas dos posibilidades se convierten en una sola ya que, a efectos de corrección, puntuación y obtención del informe gráfico, el proceso debe pasar obligatoriamente por la introducción de las respuestas en el ordenador.

EN FORMATO PAPEL.

Sí bloc –s se administra en papel, se desarrollarán los aspectos expuestos a continuación:

- Condiciones del entorno de evaluación.
- Situación examinador / examinado: Uno delante del otro, en una mesa que facilite la aplicación.
- Registro de variables personales, escolares y clínicas: Anamnesis previa a la evaluación.
- Orden de la presentación de los módulos: Los módulos se presentan siempre en el mismo orden: morfología, sintaxis, semántica y pragmática.
- Inicio de la administración: consignas e información al examinado: “Te voy a enseñar unos dibujos y te iré haciendo preguntas de cada uno de ellos.”
- Registro de respuestas.
- Cálculo de puntuaciones

MEDIANTE ORDENADOR (BLOC-INFO)

Si desde un comienzo se realiza la sesión con el ordenador, se tendrá en cuenta lo siguiente:

- Condiciones del entorno de evaluación.
- Situación examinador – examinado.
- Inicio de la sesión en BLOC INFO.
- Apertura del caso en BLOC INFO.
- Orden de la presentación de los módulos.
- Administración y puntuación de los ítems.
- Introducción de respuestas.
- Cálculo de puntuaciones.
- Obtención e impresión del informe.

PUNTUACIÓN:

No hay límites de fallos, dado que esta versión, a diferencia de la versión completa, no está estructurada en bloques. El único motivo para dejar de administrarla sería comprobar que el examinado falla sistemáticamente todos los ítems; en tal caso, debe administrarse otro tipo de prueba. Se aconseja realizar toda la prueba de una sola vez. El tiempo total de administración oscila entre 40 – 60 minutos.

Los ítems de demostración no se puntúan, la puntuación de cada ítem es de 1,0 0 (nula).

CENTIL	NIVEL	INTERPRETACIÓN.
70 – 100	Superior	El alumno domina las habilidades lingüísticas y puede usarlas correctamente.
60 – 70	Transición	El alumno necesita ayuda para dominar completamente las habilidades lingüísticas.
30 - 60	Emergencia	El alumno muestra un dominio muy bajo y necesita ayuda. Es recomendable administrar la versión completa de la prueba o módulo para perfilar mejor el problema.
Inferior a 25 - 30	Alarma	La competencia de lenguaje es muy reducida. Es necesario administrar la versión completa de la prueba o módulo para perfilar mejor el problema.

TIEMPOS DE ADMINISTRACIÓN ACONSEJADOS:

- Las consignas no se pueden repetir.
- El tiempo concedido para la respuesta debe ser ajustado; no se puede esperar un minuto a que el examinado responda a cada uno de los ítems.
- Los enunciados de la preguntas deben ser leídos a velocidad normal, sin entonaciones especiales.
- El tiempo máximo orientativo es de una hora. En casos de necesidades educativas especiales puede ser algo más.

OMISIONES Y ERRORES:

Puede ser que el examinado no responda a una cuestión porque no está motivado, no ha prestado suficiente atención, no entiende o no conoce la respuesta, etc. En tal caso, no se debe insistir y se continuará la aplicación de la prueba.

No se debe manifestar ninguna reacción especial ante los errores, sino simplemente, proseguir la sesión de evaluación teniendo siempre presente que la versión screening no deja de administrarse después de un determinado número de errores. Solamente en el supuesto de que el individuo falle continuamente las preguntas o que no entienda nada, se le debe administrar otra prueba.

CUADERNO DE REGISTRO.

Nombre: -----

Dirección. -----

Ciudad: -----CP-----

Fecha de nacimiento: -----Sexo-----

Escuela: -----Curso escolar-----

Examinador: -----

No de veces que se ha administrado la prueba.-----

Morfología.	Aplicación 1. Fecha:	Aplicación 2. Fecha:	Aplicación 3. Fecha:
Formas verbales regulares: Futuro. 1. Item de demostración: Comerá un helado. 2. Escribirá	1 0	1 0	1 0
3. Jugaremos.	1 0	1 0	1 0
4. Pasearé a mi perro.	1 0	1 0	1 0
Formas verbales regulares: imperfecto. 5. Item de demostración: Comía un helado. 6. Escribía.	1 0	1 0	1 0
7. Las repartían.	1 0	1 0	1 0
8. Paseaba a mi perro.	1 0	1 0	1 0
Formas verbales irregulares: presente. 9. Item de demostración: Viene.	1 0	1 0	1 0
10. Hueles flores.	1 0	1 0	1 0
11. sois médicos.	1 0	1 0	1 0
12. Quepo dentro de la rueda.	1 0	1 0	1 0
Formas verbales irregulares: pasado. 13. Item de demostración: Vino.	1 0	1 0	1 0
14. Fue al gimnasio.	1 0	1 0	1 0
15. Estuvimos en el gimnasio.	1 0	1 0	1 0
16. Fuiste el campeón.	1 0	1 0	1 0
Formas verbales irregulares: futuro. 17. Item de demostración: vendrá.	1 0	1 0	1 0
18. Valdrá un euro.	1 0	1 0	1 0

19. Las pondré en la bolsa.	1 0	1 0	1 0
20. sabréis las notas	1 0	1 0	1 0
Comparativos y superlativos.	1 0	1 0	1 0
21. Item de demostración: sucísimas.			
22. Grandísimo.	1 0	1 0	1 0
23. Viejísimas.	1 0	1 0	1 0
24. Carísima.	1 0	1 0	1 0
Sustantivos derivados:	1 0	1 0	1 0
25. Item de demostración: lechería.			
26. Panadería	1 0	1 0	1 0
27. Felicidad	1 0	1 0	1 0
28. Amistad	1 0	1 0	1 0
29. Pronombres personales: sujetos. Item de demostración: Ella	1 0	1 0	1 0
30. Yo	1 0	1 0	1 0
31. Nosotros	1 0	1 0	1 0
32. Vosotros	1 0	1 0	1 0
33. Pronombres personales en función de objeto. Item de demostración: Le da la comida.	1 0	1 0	1 0
34. Lo lee	1 0	1 0	1 0
35. Las plantan	1 0	1 0	1 0
36. Les dan leche	1 0	1 0	1 0
37. Le regala un pájaro	1 0	1 0	1 0
38. Reflexivos Item de demostración: Se mira.	1 0	1 0	1 0
39. Me visto.	1 0	1 0	1 0
40. Nos escondemos.	1 0	1 0	1 0
41. Te peinas.	1 0	1 0	1 0
42. Se duerme.	1 0	1 0	1 0
Posesivos.	1 0	1 0	1 0
43. Item de demostración: Mía.			
44. Tu pelota.	1 0	1 0	1 0
45. Tuyo	1 0	1 0	1 0
46. sus gatos.	1 0	1 0	1 0
47. vuestros libros.	1 0	1 0	1 0

Sintaxis			
Oraciones simples: sujeto-verbo-ccl.			
1. Item de demostración: El gato está durmiendo encima de la mesa.	1 0	1 0	1 0
2. El gato está sentado debajo de la mesa	1 0	1 0	1 0
3. El gato está dentro de la bolsa	1 0	1 0	1 0
4. Los niños están sentados en sus pupitres.			
5. Los chicos se esconden detrás del arbusto.	1 0	1 0	1 0
Oraciones simples: sujeto-verbo-od- oi.	1 0	1 0	1 0
6. Item de demostración: La chica da un plátano al chico.			
7. La chica da un regalo al niño.			
8. El chico enseña un pájaro a la chica.	1 0	1 0	1 0
9. Las niñas dan leche a los gatos.	1 0	1 0	1 0
10. Las madres enseñan el libro a los niños.	1 0	1 0	1 0
Voz pasiva.			
11. Item de demostración: La niña es seguida por el gato.			
12. La televisión es mirada por el niño.	1 0	1 0	1 0
13. El perro es perseguido por el niño.	1 0	1 0	1 0
14. La niña es felicitada por el profesor.	1 0	1 0	1 0
Sujetos coordinados. Objetos coordinados.	1 0	1 0	1 0
15. El chico y la chica comen.			
16. El perro y el gato corren.	1 0	1 0	1 0
17. La señora compra manzanas y plátanos.	1 0	1 0	1 0
18. Las chicas llevan paquetes y cartas.	1 0	1 0	1 0
Verbos coordinados. Adjetivos coordinados.			
19. Item de demostración: se seca el pelo.			
20. Esta señora dobla y plancha la ropa	1 0	1 0	1 0
21. Los niños lavan y secan los platos.	1 0	1 0	1 0
22. El perro es pequeño y blanco.	1 0	1 0	1 0
Oraciones comparativas.			
23. Item de demostración: Más sucias que éstas.			
24. Más grande que éste / menos grande que éste.	1 0	1 0	1 0
25. Más viejas que éstas / menos viejas que éstas.	1 0	1 0	1 0
26. Menos bajo que éste / más bajo que éste	1 0	1 0	1 0
Oraciones subordinadas: causa y condición.			
27. Item de demostración: Los niños merendaron en el parque porque hacia sol.			
28. La niña se puso las botas porque	1 0	1 0	1 0

nevaba.			
29. Si llueve, los niños mirarán la televisión.	1 0	1 0	1 0
30. Si sale el sol, los niños irán a nadar a la piscina.	1 0	1 0	1 0
31. Si los niños terminan la cena, podrán tomar helado de postre.	1 0	1 0	1 0
Subordinadas temporales: “después” / antes”	1 0	1 0	1 0
32. Item de demostración: Después de lavarse los dientes, el niño se viste.			
33. Después de lavarse las manos, la chica se come un bocadillo.	1 0	1 0	1 0
34. El niño lava la manzana antes de comérsela.	1 0	1 0	1 0
35. Después de hacer gimnasia, los chicos tienen clase de matemáticas.	1 0	1 0	1 0
36. Los chicos tienen gimnasia antes de la clase de matemáticas.	1 0	1 0	1 0
Subordinadas temporales: “cuando” / “hasta que”			
37. Item de demostración: Los niños podrán salir cuando pare de llover.	1 0	1 0	1 0
38. Los niños podrán comprar las entradas cuando les llegue su turno.	1 0	1 0	1 0
39. Los niños no podrán nadar hasta que hayan limpiado la piscina.	1 0	1 0	1 0
40. Los niños podrán comprar las entradas cuando les llegue su turno.	1 0	1 0	1 0
41. Los niños podrán ver la televisión cuando sus padres se levanten	1 0	1 0	1 0
Subordinadas adversativas.			
42. Item de demostración: El niño quería un jersey, pero le han comprado una cazadora / Aunque el niño quería un jersey, le han comprado una cazadora.			
43.. La niña quería un pez, pero se ha comprado una tortuga.	1 0	1 0	1 0
44. Aunque el niño quería un perrito, le han regalado un gatito.	1 0	1 0	1 0
45. Aunque el niño quería ir a la piscina, se ha quedado en casa haciendo los deberes.	1 0	1 0	1 0

BIBLIOGRAFÍA

- ACOSTA, Rodríguez Víctor M. Moreno Santana Ana Maria. Dificultad del Lenguaje en ambientes educativos. Retraso al trastorno específico del lenguaje, editorial Masson.
- AGREDO, Carol, Flores Erika, Muñoz F Jocelyne, Ortega G Héctor, Quitian Yesenia. Ejercicios prácticos para el desarrollo del nivel fonético – fonológico. Popayán 2002.
- AZCOAGA, J. E, Bello J.A, Citrinoritz J, Derman B., Frutos W.M. Los Retardos de Lenguaje en el niño. Barcelona. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- BEERS H, Marck y BERKOW, Robert. Manual Merck. Décima edición. Barcelona. Editorial Harcourt. 1999
- BERNAL, León Gómez, Jaime Bernal. Lenguaje y Cognición, Universos Humanos. Primera edición. Bogotá – Colombia: Editorial Universal Salamanca, 2001.
- FEJERMAN, Natalio, Fernández Álvarez Emilio. Neurología Pediátrica. Segunda edición, Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica Panamericana, 1997.
- GALLARDO, Ruiz José Ramón, Gallego Ortega José Luís. Manual de logopedia escolar, un enfoque practico. Segunda edición, Archidona (Malaga): editorial Aljibe, 1995.
- JUAREZ, Sánchez Adoración. Estimulación del lenguaje oral. Un modelo interactivo para niños con dificultades del lenguaje oral. Madrid: Editorial santillana 1992.
- LOVE, Russell y WEBB, Wanda. Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje. Buenos Aires: Editorial Panamericana.1988.
- MEDINA, Malo Carlos. Epilepsia Aspectos Clínicos y psicosociales. Segunda edición. Vega – Bogotá: Editorial Médico Panamericanas, 2000.
- PINTO, Q Lidia Jisel, Rodríguez A Yenny Milena, León Gustavo Adolfo, Brito T Lola Fernanda, Chaves Ch Diego Andres. Cartilla niveles del lenguaje nivel sintactico. VI semestre de fonoaudiología, Popayán 2002.

-PUYUELO, Miguel, REMON Jordi, SOLANAS Antoni y WIIG Elisabeth.
Evaluación del lenguaje: Bloc screening. Barcelona: Editorial Masson. 2002

-SEMEL, Eleanor y otros. Test celf 3 Clinical Evaluation of lenguaje fundamentals.
Estados Unidos. 1997.