

**UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE FONOAUDIOLOGIA**



**EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA
EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD, QUE ASISTEN A SALA DE
ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL CENTRO DE ATENCIÓN
PRIMARIA MIRAFLORES, MEDIDA A TRAVÉS DE UNA
PRUEBA DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES LINGÜÍSTICAS,
EN EL AÑO 2018 EN TEMUCO**

Propuesta de Tesis para optar al
Grado de Licenciado (a) en
Fonoaudiología

AUTORES: María Cayunao Nahuelcheo
Damaris Esse Avendaño
Gabriel Salazar Araya
Alexis Verdugo Palma

PROFESORA PATROCINANTE: Flga. María Pía Silva
Schwartau

ASESOR METODOLÓGICO: Flga. Mónica Velásquez Zabala

**TEMUCO
2016**

RESUMEN

En la atención primaria de salud, la evaluación e intervención de las alteraciones del lenguaje se realizan a través del Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor TEPSI y un plan de estimulación propuesto por el programa Chile Crece Contigo.

Actualmente no existen datos que corroboren la efectividad de este plan de intervención, así como tampoco la seguridad de que es el procedimiento más oportuno y adecuado frente a las alteraciones del lenguaje en niños y niñas en edad preescolar.

Esta investigación tiene como objetivo determinar la efectividad de una intervención fonoaudiológica basada en un programa de estimulación del lenguaje en niños y niñas de entre 3 y 5 años 11 meses de edad, evaluados a través de una pauta de habilidades lingüísticas en el Centro de Atención Primaria Miraflores de Temuco en el año 2018; utilizando como metodología un diseño cuantitativo cuasi experimental longitudinal.

Los resultados esperados pretenden demostrar la importancia de considerar al fonoaudiólogo y fonoaudióloga como un profesional con las competencias y habilidades necesarias para participar dentro del proceso de evaluación, intervención y seguimiento del desarrollo del lenguaje y las habilidades comunicativas de los niños y niñas que asisten al control del niño sano propuesto por el programa Chile Crece Contigo, permitiendo ampliar el campo ocupacional del quehacer fonoaudiológico hacia los centros de atención primaria de salud.

ABSTRACT

In primary health care, the evaluation and intervention of the language alterations are performed through the Psychomotor Development Evaluation Test TEPSI and a stimulation plan proposed by the Chile Crece Contigo program.

At present, there is no evidence to support the effectiveness of this intervention plan, nor is there any assurance that it is the most timely and appropriate procedure for dealing with language impairments in pre-school children.

This research aims to determine the effectiveness of speech therapy intervention based on a program of speech stimulation in children between 3 and 5 years 11 months of age, evaluated through a pattern of language skills in the Primary Care Center Miraflores of Temuco in the year 2018; Using as methodology a quantitative quasi-experimental longitudinal design.

The expected results aim to demonstrate the importance of considering the speech therapist and speech therapist as a professional with the skills and abilities necessary to participate in the process of evaluation, intervention and follow-up of language development and communicative skills of the children attending the control Of the healthy child proposed by the program Chile Crece Contigo. Allowing to expand the occupational field from which to make speech-language pathology to primary health care centers.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
1. CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	6
2. CAPITULO II	6
2.1 Búsqueda Sistemática de la Literatura	6
2.2 Marco Teórico	15
3. CAPÍTULO III: DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	30
3.1 Tema de investigación	30
3.2 Pregunta de Investigación	31
3.3 FINER	31
3.4 Justificación del Estudio	32
3.5 Objetivo General	33
3.6 Objetivos Específicos	33
3.7 Hipótesis	33
3.8 Diseño de Investigación	34
3.9 Sesgos	34
4. CAPÍTULO IV: MUESTRA	35
4.1 Definición de Variables	35
4.2 Definición de los Criterios de Inclusión y Exclusión	35
4.3 Población Diana	36
4.4 Descripción de la Muestra	36
4.5 Método de Muestreo	36
4.6 Pruebas Estadísticas	37
4.7 Tamaño Muestral	37
5. CAPÍTULO V: CONDUCCIÓN DEL ESTUDIO	37
5.1 Procedimiento para la Recolección de los Datos	37
6. CAPÍTULO VI: DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS	39
6.1 Instrumentos para la recolección de datos	39
6.1.1 Hoja de registro	39
6.1.2 Carta de solicitud de autorización	39
6.1.3 Consentimiento informado	39

	Página
6.1.4 Pauta de observación de órganos fonarticulatorios	40
6.1.5 Pauta de evaluación de habilidades lingüísticas	40
6.1.6 Programa de intervención fonoaudiológica basada en la estimulación del lenguaje	40
6.1.7 Base de datos	41
6.1.8 Programas de análisis estadísticos	41
7. CAPÍTULO VII: CONSIDERACIONES ÉTICAS	41
8. CAPÍTULO VIII: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	42
8.1 Equipo de Trabajo	42
8.2 Cronograma de Actividades	43
8.3 Carta Gantt	45
8.4 Presupuesto del estudio	46
ANEXOS	
Anexo 1	47
Anexo 2	48
Anexo 3	49
Anexo 4	50
Anexo 5	51
Anexo 6	53
Anexo 7	57
Anexo 8	60
REFERENCIAS	61

1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Los orígenes de la fonoaudiología en Chile se remontan al año 1972 con la fundación de la Escuela de Fonoaudiología en la Universidad de Chile. Luego de más de 44 años y con el surgimiento de nuevas escuelas a lo largo del país, el campo ocupacional de los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas parece ser cada vez más reducido, sobretodo en el área de la salud, espacio donde existe una ausencia significativa de dichos profesionales en la atención primaria. Los criterios de selección de profesionales de la salud por parte de los representantes y encargados de salud municipales, además del desconocimiento de la importancia de la disciplina, parecen ser parte de los responsables.

Sin embargo, dentro de las capacidades que debe tener el profesional de la salud especialista en la alteraciones lingüístico-comunicativas, se encuentra la de generar nuevos conocimientos en el campo de sus competencias. Es por lo anterior, que la investigación nos abre las puertas para demostrar a la comunidad y a las autoridades sanitarias la necesidad urgente de considerar y asegurar espacios laborales para los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas, con énfasis en la prevención y promoción de la salud.

En Temuco, la investigación centrada en la eficacia de una intervención fonoaudiológica en lenguaje de niños y niñas con dificultades comunicativas es inexistente. Se hace factible entonces, que se realicen estudios cuantitativos que doten de nuevas herramientas a la fonoaudiología de la región y del país, con la finalidad de abrir espacios en la atención primaria de salud y, por tanto, beneficiar la vida de todos los usuarios necesitados de la atención fonoaudiológica.

2. CAPÍTULO II:

2.1 Búsqueda Sistemática de la Literatura

Base de datos.

Para la realización de la búsqueda sistemática, el grupo de investigadores hace uso de Pubmed, motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos de Medline.

Definición de PICoR.

El uso de la nemotecnia PICoR tiene como finalidad en la investigación establecer los componentes de la pregunta de búsqueda, los cuales son determinantes en la obtención de información con base científica y atinente al estudio.

Para la búsqueda sistemática, los investigadores definen la estrategia PICoR como:

- **P:** “Children”
- **I:** “speech therapy”
- **Co:** -
- **R:** “Language stimulation” y “language skills”

Termino de la búsqueda.

El término libre corresponde al concepto inicial que reúne una característica específica de la estrategia PICoR. El termino Mesh, en cambio, proporciona múltiples definiciones de dicho concepto con el fin de seleccionar el más atinente para la pregunta de búsqueda y así enfocar y acotar los resultados de la búsqueda. (1)

Los investigadores determinan los siguientes términos para el estudio:

Términos libres	Términos MESH
- “Children” - “Speech therapy” - “Language stimulation” - “Language skills”	- “Child, Preschool” [Mesh] - “Language therapy” [Mesh]
Estrategia de búsqueda La estrategia de búsqueda, es decir, el conjunto de P, I y R, obtenida por el grupo de investigadores corresponde a: (Children OR "Child, Preschool"[Mesh]) AND ("speech therapy" OR "Language Therapy"[Mesh]) AND ("Language Stimulation" OR "language skills")	

Límites asignados.

El grupo de investigadores determina tres límites o filtros para la estrategia de búsqueda, los cuales corresponden a: diseño, idiomas y tiempo de publicación. Con respecto al primero, se determina como estudios de interés los artículos de tipo “clinical trial”, en segundo lugar, los idiomas que se consideran son inglés, español y portugués y, por último, se decide que los estudios no pueden tener una antigüedad mayor a 10 años de publicación.

Tipos de estudios considerados como de mayor evidencia científica de acuerdo al tema de investigación.

Se consideran como artículos de mayor evidencia científica para los investigadores, aquellos que corresponden a estudios experimentales y de corte longitudinal

Resultados de la búsqueda.

La búsqueda sistemática realizada en Pubmed, arroja como primer resultado un total de 105 artículos. Posteriormente, se hace uso del filtro del diseño de investigación del tipo “clinical trial”, obteniendo un total de 57 artículos. Por ende, los investigadores deciden sumar los límites de idiomas inglés, español y portugués y de antigüedad de no más de 10 años para los estudios, reduciendo la búsqueda a un total de 20 artículos de los cuales, 4 se consideran como evidencia científica y atinente para la investigación. El resto de los artículos fueron excluidos ya que consideraban otros aspectos y criterios de investigación, tales como: la metodología utilizada, población abordada y patologías fonoaudiológicas que no son foco de estudio de la investigación.

Descripción de cada artículo relevante para la investigación.

Los cuatro estudios que se consideran como evidencia científica y atinente para la investigación son:

- “Improving early language and literacy skills: differential effects of an oral language versus a phonology with reading intervention”

- “Using Direct Instruction: Teaching Preposition Use to Students With Intellectual Disability”
- “Early intervention for toddlers with language delays: a randomized controlled trial”
- “Efficacy of language intervention in the early years”

1.- “Improving early language and literacy skills: differential effects of an oral language versus a phonology with reading intervention”

Descripción: “Mejora de lenguaje y alfabetización temprana habilidades: efectos diferenciales de una lengua oral frente a una fonología con la intervención de lectura”.

El objetivo del estudio fue desarrollar y evaluar la eficacia de dos programas de intervención temprana para promover las habilidades que interfieren en el desarrollo de la lectura, uno de ellos fundamentado en el trabajo de Hatcher et al. (1994). El programa de fonología más lectura P+R, que tiene por objetivo fomentar las competencias básicas de decodificación, a través de tres elementos claves que se conocen como importantes precursores del desarrollo de la lectura, tales como, el conocimiento de las letras, la conciencia fonológica, la práctica de la lectura y la enseñanza directa en el reconocimiento de palabras a la vista. Y el programa de lenguaje oral OL, con el objetivo de fortalecer las bases de la comprensión de lectura, como el vocabulario y las habilidades gramaticales, mediante la incorporación de cuatro elementos claves, a los ya mencionados en el programa P+R, como lo son la formación del vocabulario, de habla independiente, capacidad de escucha y narrativas, diseñado debido a que el programa de fonología más lectura no contaba con una evidencia significativa con respecto a la intervención temprana para fomentar las habilidades lingüísticas en que se basa la comprensión de lectura, en cambio este programa tuvo en cuenta los objetivos para el trabajo oral utilizado en la estrategia nacional de alfabetización del Reino Unido (DfES, 2001), que según referencias del estudio contó con la buena práctica aceptada (1).

Para la realización de los programas se seleccionaron a 152 niños con una media de edad de 4 años de 19 escuelas, que presentaban un vocabulario disminuido y una pobre capacidad de razonamiento verbal. Los niños fueron asignados al azar a uno de los programas de intervención. Ambos grupos de niños recibieron 20 semanas de intervención con alternancia diaria entre pequeños grupos y sesiones individuales, a cargo de auxiliares docentes capacitados. El progreso de los niños se controló a cuatro puntos de tiempo: antes, durante y después de la intervención, y luego de 5 meses acabada la intervención se controló el uso de medidas de alfabetización, el lenguaje y la conciencia fonológica (1).

Al finalizar los programa de intervención después de 20 semanas, los niños del programa P + R mostraron una ventaja sobre el grupo OL en la alfabetización y medidas fonológicos, mientras que los niños del programa OL mostraron ventajas sobre el grupo P+R en el aumento del vocabulario y mejoras en las habilidades gramaticales. Estas ganancias se mantienen durante un período de 5 meses. En conclusión, el estudio determina que los programas son eficaces en la promoción de diferentes aspectos de alfabetización y el lenguaje oral en niños con habilidades de lenguaje oral disminuidas al ingresar a la escuela (1).

Importancia

La importancia de este estudio para la investigación radica en que la población estudiada coincide con la población seleccionada por el grupo de investigadores: niños preescolares con trastornos del lenguaje sometidos a una intervención para fortalecer y/o fomentar sus habilidades lingüísticas.

2.- “Using Direct Instruction: Teaching Preposition Use to Students With Intellectual Disability”

Descripción: “Usando la instrucción directa: enseñanza del uso de la preposición a los estudiantes con discapacidad intelectual.”

Una de las alteraciones secundarias en los estudiantes que presentan discapacidad intelectual son los retrasos o trastornos del lenguaje debido a que su adquisición ocurre a un ritmo más lento que en niños(as) con un desarrollo típico, lo que provoca que la comunicación con el resto de los estudiantes se dificulte, y a pesar de que muchos de estos estudiantes logran desarrollar un lenguaje expresivo y receptivo dentro de una conversación a través de inferencias, hay quienes necesitan de una intervención directa en estas habilidades (2).

Posteriormente se citan autores que indican que describir dónde están los objetos y ser capaz de localizarlos basándose en la descripción de otro, son algunas de las habilidades de supervivencia más fundamentales de los individuos. Por lo que se determina que la comprensión y el uso de las preposiciones es una de suma relevancia en la comprensión del lenguaje hablado (2).

Por lo que en el estudio se señala y fundamenta que la utilización de la instrucción directa es un método útil en la enseñanza de las preposiciones en estudiantes con DI. Para ello la investigación replica de forma sistemática el trabajo de Hicks et al. (2011) con el propósito de extender sus hallazgos, en cuya investigación se enseñan las preposiciones a estudiantes con DI mediante la instrucción explícita (2).

Importancia

Este estudio es relevante para el estudio debido a que los resultados de la investigación coinciden con lo que el grupo de investigadores espera obtener. Los resultados del estudio indican que una instrucción directa con un método de enseñanza simple y eficiente en pacientes con DI es eficaz en el aprendizaje de las preposiciones, por lo tanto es posible homologar la instrucción directa a una terapia fonoaudiológica en niños con trastorno primario del lenguaje.

3.- “Early intervention for toddlers with language delays: a randomized controlled trial”

Descripción: “La intervención temprana para los niños con retraso del lenguaje: un ensayo controlado aleatorio”

El propósito de este estudio es probar si aplicar una intervención dirigida a niños con riesgo de trastorno de lenguaje durante 3 meses produciría mejoras en su desempeño lingüístico. Se plantea la hipótesis de que los niños en el grupo de intervención, en relación con los niños en el grupo de control, tendría puntuaciones más altas en: medidas estandarizadas de lenguaje expresivo y receptivo, informe estandarizado de cuidador y medidas observacionales del vocabulario expresivo, y medidas estandarizadas del vocabulario receptivo inmediatamente después del final de la intervención de 3 meses (3).

Los niños fueron seleccionados para el estudio si eran de entre 24 y 42 meses de edad y sus puntajes de lenguaje expresivo y / o receptivos eran al menos 1,33 SD por debajo de la media normativa de 10 en las Escalas de Bayley. Luego de seleccionados se procede a la aleatorización de la muestra para determinar el grupo de exposición y el grupo control (3).

La intervención fue diseñada para promover la adquisición temprana del lenguaje en las interacciones cotidianas. Ésta incluyó 2 componentes: la instrucción al cuidador y la terapia del niño. En primer lugar, el cuidador recibe instrucción individual utilizando el método de aprendizaje-modelo-entrenador-crítica para aprender a utilizar estrategias de facilitación del lenguaje en casa con sus hijos. En segundo lugar, el cuidador usa estrategias de facilitación de lenguaje durante las sesiones de intervención y durante todo el día con sus hijos (3).

Con respecto a las sesiones de la intervención, los objetivos específicos del lenguaje fueron elegidos para cada niño basado en el rendimiento durante las evaluaciones de referencia. Todos los niños pequeños tenían objetivos de una sola palabra si usaban 50 palabras totales y 10 verbos durante la línea base o metas tempranas de combinación de palabras si utilizaban 50 palabras totales pero no las combinaban regularmente (3).

Como resultados se observan mejoras en todas las medidas del lenguaje receptivo, aunque las diferencias en el lenguaje receptivo entre el grupo de intervención y de control fueron pequeñas. Por otra parte, las diferencias en las habilidades de lenguaje expresivo no fueron coherentes entre las medidas. Sólo hubo efectos positivos para la medida observacional del vocabulario expresivo (3).

Los análisis indicaron que los niños del grupo de exposición tenían menos probabilidades de presentar retraso de lenguaje después de la intervención que los niños del grupo control. Los niños que no recibieron intervención tuvieron 1,4 veces mayor riesgo de tener un retraso en el lenguaje que los niños que recibieron la intervención (3).

Importancia

La importancia de este estudio radica en que corresponde a un modelo que utiliza un plan de intervención estandarizado para probar si existen mejoras o no en las habilidades lingüísticas después de aplicar tal intervención. Si bien no se utiliza el mismo tipo de muestra, coinciden el método usado y la intervención con nuestro estudio, además de lo que se quiere probar.

4. “Efficacy of language intervention in the early years”

Descripción: “La eficacia de la intervención del lenguaje en los primeros años”

Está establecido que el lenguaje oral es necesario para el desarrollo de habilidades como la lectura. Diversos estudios demuestran que la conciencia de fonemas en combinación con la lectoescritura resulta eficaz en la mejora para las dificultades de decodificación de la palabra (Hatcher, Hulme, y Snowling, 2004). Una consecuencia de las dificultades en el desarrollo de la alfabetización es el riesgo de bajo rendimiento escolar en los niños.

Hay diversas investigaciones que proporcionan un fundamento para las intervenciones que promueven el lenguaje oral para construir una base segura para la alfabetización. Munro, Lee y Baker (2008) demostraron mejoras en la conciencia fonológica, vocabulario y narrativa oral luego de una intervención del lenguaje orientado al conocimiento de vocabulario y conciencia fonológica en niños de 5 años, sin embargo, la falta de un grupo control limitó las conclusiones del estudio (4).

En este estudio se realizó un ensayo controlado aleatorizado en el cual los niños podían recibir intervención del lenguaje oral (que consistía en 30 semanas de intervención) o pertenecer al grupo control. El programa de intervención se centró principalmente en el vocabulario, habilidades narrativas y de escucha, con trabajo adicional sobre la conciencia y el conocimiento de letras y sonidos de fonemas introducido en las últimas 10 semanas. El programa de intervención fue eficaz en la mejora del lenguaje oral y habilidades narrativas habladas inmediatamente después de la intervención, y estos efectos fueron mantenidos 6 meses más tarde (4).

Importancia

La importancia de este estudio radica en la similitud con la investigación que se está llevando a cabo, en la que se espera que los resultados coincidan con los ya publicados. Este estudio, y todos los mencionados en él, evidencian la importancia de la intervención temprana en el lenguaje oral, ya que afecta directamente los resultados del rendimiento escolar de los niños.

Historial de búsqueda.

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#20	Add	Search (children OR "Child, Preschool"[Mesh]) AND ("speech therapy" OR "Language Therapy" [Mesh]) AND ("Language Stimulation" OR "language skills") Filters: Clinical Trial; published in the last 10 years; English; Portuguese; Spanish	20	20:49:00
#19	Add	Search (children OR "Child, Preschool"[Mesh]) AND ("speech therapy" OR "Language Therapy" [Mesh]) AND ("Language Stimulation" OR "language skills") Filters: Clinical Trial; published in the last 10 years; English; Portuguese	20	20:48:52
#18	Add	Search (children OR "Child, Preschool"[Mesh]) AND ("speech therapy" OR "Language Therapy" [Mesh]) AND ("Language Stimulation" OR "language skills") Filters: Clinical Trial; published in the last 10 years; English	20	20:48:44
#17	Add	Search (children OR "Child, Preschool"[Mesh]) AND ("speech therapy" OR "Language Therapy" [Mesh]) AND ("Language Stimulation" OR "language skills") Filters: Clinical Trial; published in the last 10 years	20	20:47:24
#16	Add	Search (children OR "Child, Preschool"[Mesh]) AND ("speech therapy" OR "Language Therapy" [Mesh]) AND ("Language Stimulation" OR "language skills") Filters: published in the last 10 years	57	20:47:07
#15	Add	Search (children OR "Child, Preschool"[Mesh]) AND ("speech therapy" OR "Language Therapy" [Mesh]) AND ("Language Stimulation" OR "language skills")	105	20:47:00
#14	Add	Search ("Language Stimulation") OR "language skills"	2451	20:27:44
#13	Add	Search ("speech therapy") OR "Language Therapy"[Mesh]	8027	20:26:42
#12	Add	Search (children) OR "Child, Preschool"[Mesh]	2111631	20:26:15
#10	Add	Search "language skills"	2392	20:18:01
#7	Add	Search "Language Stimulation"	66	20:11:03
#6	Add	Search "Language Therapy"[Mesh]	1467	20:02:37
#4	Add	Search "speech therapy"	7149	20:02:11
#3	Add	Search "Child, Preschool"[Mesh]	799172	20:01:17
#1	Add	Search children	2111631	20:00:40

2.2 Marco Teórico

El desarrollo del infante implica un complejo proceso de cambios biopsicosociales ordenado en etapas, mediante los cuales, el niño y la niña adquieren conocimientos, habilidades y comportamientos cada vez más complejos (5)

Éste va ligado principalmente a tres aspectos: En primer lugar, a factores explicativos que ayudan a comprender el cambio en los individuos. En segundo lugar, al contexto en el que se desenvuelven las personas y en tercer lugar, a sus características propias. Con respecto a los factores explicativos, es posible identificar tres grupos; herencia y ambiente, continuidad y discontinuidad y normatividad e idiografía. (5)

La herencia y el ambiente, hace referencia, a la discusión existente entre dos grupos de expertos a lo largo de la historia: Los innatistas y ambientalistas. Los primeros señalan que la biología es el factor fundamental del cambio del sujeto, que la información existente en el código genético se transmite de padres a hijos y por tanto, es la herencia la base del cambio humano. En contraparte, los segundos señalan que el desarrollo es debido a la influencia del ambiente en el sujeto. (5). El debate de ambas teorías hasta el día de hoy sigue latente, sin embargo, los autores han llegado a concluir que la interacción entre ambos factores es influyente en el proceso del desarrollo de los infantes.

Por su parte, los defensores del desarrollo continuo, lo entienden como una evolución estable y sutil. Los cambios en el ser humano se van sumando de forma sucesiva, aunque lenta, de esta manera las capacidades más complejas son la suma de otras más lentas. En posición contraria, se encuentran los defensores de la perspectiva discontinua, quienes entienden el cambio como algo brusco y a veces imprevisible. Sus defensores suelen ser innatistas y creen que todas las modificaciones son debido a profundas transformaciones biológicas que tienen lugar en el sistema nervioso del niño. (5).

Los autores que defienden el cambio como normativo, señalan que estos son universales, presentándose en todos los niños y niñas del mundo independiente de su cultura o su ambiente. En contra oposición, los defensores de la idiografía creen que cada individuo presenta experiencias propias determinadas por su ambiente. (5).

De acuerdo a lo señalado anteriormente, el desarrollo se produce bajo la influencia del ambiente en el que el infante se encuentra. Es así como los diferentes contextos influyen en la manera en que el ser humano evoluciona. De esta manera es posible identificar

cuatro contextos que son significativos y determinantes en dicho proceso; el histórico, el cultural, el socio económico y el étnico. (5). Cada uno considera elementos propios, pero también mantienen una estrecha relación entre ellos.

Dentro de las características propias del desarrollo del ser humano se puede señalar, que es un proceso continuo que se manifiesta durante toda la vida y que no tiene fin. Al mismo tiempo es un proceso global, es decir, un cambio en alguna de las habilidades del individuo producirá un cambio en otra de las áreas del desarrollo del sujeto. (5).

Considerando lo expuesto, es posible establecer las siguientes generalizaciones con respecto al desarrollo del niño (6):

1. Es predecible.
2. La mayoría de los niños y niñas suelen alcanzar los hitos del desarrollo más o menos a la misma edad.
3. Es necesario que existan oportunidades.
4. Los niños y niñas atraviesan periodos o fases evolutivas.
5. Los individuos pueden llegar a ser muy diferentes.

Los niños no son seres estáticos e inmutables, sino que están creciendo y aprendiendo constantemente. Por lo tanto, para poder apreciar los cambios conductuales asociados al lenguaje, debemos ser capaces de comprender el desarrollo completo de los niños (6)

En la primera y segunda infancia se desarrollan muchas de las habilidades físicas y psicomotoras que se tiene a lo largo de la vida. (7).

En torno al crecimiento físico y el control motor operan tres tendencias marcadas en relación a la maduración física: La tendencia cefalocaudal, la tendencia próximo – distal y la tendencia desde la motricidad gruesa a la fina. La primera se refiere a una secuencia ordenada, debido a que el desarrollo motor avanza desde la cabeza a los pies. Es así como un niño es capaz de mantener erguida su cabeza antes de poder sentarse sin ayuda. La segunda tendencia, próximo-distal, se desenvuelve desde el eje corporal de simetría hacia las extremidades y en la tercera tendencia el crecimiento avanza desde un control motor grueso a un control motor fino, esto último avanza progresivamente con la edad del sujeto.

Los movimientos motores gruesos, son los de la cabeza, torso y extremidades. Dichos movimientos se utilizan para caminar, correr, lanzar objetos, rotar la cabeza, entre otros.

La mayoría de los niños alcanzan el control motor grueso hacia los 4 o 5 años. Por su parte, el control motor fino, se refiere al movimiento de los ojos, las manos, los dedos, entre otros. El control motor de los movimientos finos se alcanza durante los años escolares (7).

El desarrollo cognitivo se refiere al crecimiento intelectual y se relaciona con las estrategias que utilizan los niños para almacenar, organizar y recuperar información, orientadas a la resolución de problemas. (6). Según Piaget, el desarrollo cognitivo depende de factores internos individuales, cambio de las habilidades psicomotoras y del contexto situacional. “Las crecientes capacidades perceptivas y sensoriales permiten, en el niño más pequeño de dos años, procesar información ordenadamente, y eso posibilita la aparición de las primeras representaciones mentales sencillas en forma de conceptos, categorías, números, etc., que forman los primeros esquemas. Estos hitos posibilitan la aparición de un pensamiento simple, en este sentido podemos empezar a hablar de cognición. A causa de estas mejoras en estos dos primeros años también se empieza a desarrollar la memoria.” (8). Luego de los dos años el niño ya ha recopilado mucha información de su entorno, por lo que el motivo de estudio a esa edad es la forma que el niño organiza y da sentido a la información, además de las crecientes capacidades que adquiere para resolver problemas que se le presentan, por lo que esta etapa es muy importante en el niño para el desarrollo de la inteligencia. (8)

Por otro lado, la evolución social y emocional del niño depende de varios factores, en los que se incluyen los genes, la salud física, salud mental y las habilidades cognitivas. Estos pueden tener influencia tanto positiva como negativa en los cambios socioemocionales del niño. Con el paso de los años los infantes se vuelven más sociables y menos egocéntricos. A pesar de ser seres sociales, hay muchas conductas, costumbres y reglas de la sociedad en la que están insertos que deben aprender. (6).

Los elementos ya expuestos, son recursos imprescindibles para comprender la adquisición y evolución de las conductas comunicativas y del lenguaje del niño. Esto al entender la comunicación y el lenguaje como aspectos importantes, complejos y partes de un todo mayor que es el desarrollo general del ser humano.

Una de las habilidades que caracteriza de forma muy específica a los miembros de la especie humana, es la capacidad de comunicarse. Es así como surgen dos conceptos

claves para entender el desarrollo de las habilidades comunicativas; la comunicación y el lenguaje. Ambos conceptos no son sinónimos, son términos conceptualmente diferentes, siendo esencial comprender su distinción para poder entender el proceso en el aspecto de desarrollo típico y sus posibles alteraciones. (9).

La comunicación se define como todo proceso de transmisión de información de un emisor a un receptor a través de sistemas de señales -olfativas, visuales, entre otras- y signos muy distintos desarrollados específicamente para comunicarse –vocalizaciones, palabras y gestos. (9).

El término lenguaje se refiere a la capacidad de comunicación o transmisión de información mediante signos arbitrarios, sonidos verbales o gestos manuales, que tienen una forma convencional y un significado, y se combinan siguiendo unas reglas determinadas. El lenguaje es una capacidad específicamente humana, que se materializa en el conocimiento y uso de las diversas lenguas construidas a lo largo de la historia. (5). Por su parte, el habla sólo hace referencia a la lengua oral, frente a la escrita o signada. (9).

El lenguaje constituye un sistema muy complejo, integrado por distintos componentes o subsistemas. Para su funcionamiento, es necesario disponer de un sistema auditivo y nervioso, pero además contar con un conjunto de conocimientos o representaciones en referencia a:

1. Los sonidos lingüísticos (Componente Fonológico).
2. Vocabulario de una lengua (Componente Léxico – Semántico).
3. Las reglas de combinación de las palabras para formar frases (Componente Morfosintáctico).
4. El uso de las palabras y expresiones en función del contexto e interlocutor (Componente Pragmático).

Todos estos componentes son indispensables para comprender el significado de cualquier expresión. Para la producción de una expresión lingüística, a lo anterior se le debe sumar la capacidad de articulación, la cual implica una compleja coordinación neuromuscular y respiratoria. (9).

Desde una perspectiva general, se puede señalar que la comunicación comienza con el nacimiento del infante. Es desde entonces, donde se pueden contemplar e identificar los

precursores del lenguaje, que se definen como las funciones previas a la adquisición del lenguaje, las cuales fomentan su aparición, desarrollo y maduración. Estos precursores se dividen de acuerdo a las dimensiones del lenguaje que son forma, contenido y uso.

Los precursores de forma se manifiestan por sonidos vegetativos y vocalizaciones prolongadas de los 0 a 3 meses, posteriormente de los 3 a 6 meses se presenta la producción del gorjeo, balbuceo reduplicativo –serie de sílabas repetidas del tipo consonante vocal (CV), sin prosodia- y el surgimiento de los fonemas /a/, /o/, /u/, /m/, /p/ y /t/. Entre los 6 a 9 meses se expresan por medio del balbuceo canónico –serie de sílabas repetidas del tipo CV, con prosodia- y además de la utilización de gestos de afirmación o negación. Por último, desde los 9 meses al año de vida se produce el balbuceo con combinación de C+V y C+V+C con entonación, la primera palabra, jerga y ecolalia -tipo de habla en donde se repite inmediatamente lo que dice otro hablante (10).

Con respecto a los precursores del contenido, se puede evidenciar desde los 0 a 3 meses como actitudes que se observan en el bebé. Es el caso de sobresaltos por ruidos, seguimientos de objetos en el plano horizontal, disminución o detención de una actividad frente a un estímulo auditivo y la observación de la boca del emisor. De 3 a 6 meses el infante ya reconoce y responde a su nombre y es capaz de buscar la fuente sonora. De 6 a 9 meses aparece la permanencia del objeto, gestos de saludo y el juego relacional no funcional. De los 9 meses al año de vida el niño es capaz de comprender y seguir órdenes simples y realizar el juego funcional (10).

En relación a los precursores de uso, es posible observar de los 0 a 3 meses, el contacto ocular y la sonrisa social. De 3 a 6 meses de edad, se evidencian por reacciones de agrado o desagrado a expresiones de cariño o de enojo. De 6 a 9 meses aparecen las protoconversaciones y la intersubjetividad primaria. La primera corresponde a las emisiones de sonidos con la finalidad de comunicarse, y la segunda consiste en una relación diádica entre la madre y el infante, en la que se entabla una comunicación interpersonal. Finalmente, durante los últimos 3 meses del primer año de vida, aparece la intersubjetividad secundaria, en la que se establece una relación tríadica entre madre, hijo y la presencia de un objeto. Además, existen rutinas sociales y mayor intención comunicativa (10).

A lo anteriormente señalado se le conoce como etapa pre-lingüística, y finaliza al momento de producirse la primera palabra.

Luego de esa etapa, el desarrollo del lenguaje consiste principalmente en el enriquecimiento del vocabulario. Hacia los primeros meses después de la primera palabra, el niño adquiere un promedio de 10 palabras por mes, hasta obtener 50 palabras en su vocabulario. Después de ese ritmo elevado de adquisición de palabras, el niño alcanza un promedio de 30 palabras por mes (11). A los 2 años de edad cuentan con un vocabulario promedio de 150 a 300 palabras (6).

Durante la etapa preescolar y producto del avance en las habilidades psicomotoras, los niños han conseguido gran movilidad y por consiguiente más autonomía, por lo que el interés por descubrir el mundo que los rodea es alto. Los niños de 3 años tienen un vocabulario productivo de unas 1.000 palabras y utilizan alrededor de 12.000 palabras cada día (6). Su lenguaje consiste principalmente en oraciones simples con formato sujeto-verbo-objeto, utilizando artículos, modificadores nominales, algunos pronombres y preposiciones (6).

Hacia los 4 años, los niños demuestran un gran interés por contar historias, por lo que la estructura de sus oraciones se presenta más compleja gracias a las habilidades lingüísticas que han adquirido durante estos años. Su vocabulario ha aumentado a 1600 palabras y su Promedio de Longitud del Enunciado (PLE) consta en promedio de unas 4 a 5 palabras. Asimismo, utilizan conjunciones para unir oraciones como “y”, “pero” y “si”, logrando producir enunciados más largos compuestos por oraciones subordinadas y coordinadas. Además, los niños de esta edad le dan gran importancia al orden de las palabras dentro de una frase para interpretar la información temporal. El lenguaje cumple un rol fundamental para explorar el mundo, por lo que las interrogaciones basadas en el ¿por qué? son muy frecuentes (6).

A la edad de 5 años, los niños han adquirido los conceptos de temporalidad y su vocabulario ha aumentado a 2200 palabras, aunque aún les falta adquirir ciertas habilidades pragmáticas para establecer una comunicación eficaz (6). “Las formas en pasado de los verbos irregulares se utilizan correctamente, aunque muestran limitaciones para utilizar términos de comparación, frases de carácter temporal y causal u oraciones compuestas de diversos tipos (6).

La capacidad lingüística del niño avanza de forma importante con la llegada a la escuela primaria y lo hace desde todos sus componentes. Esto se relaciona con las propias exigencias escolares, las que obligan al niño a un esfuerzo importante para poder adquirir los conocimientos que se aprenden en ese momento en la escuela, entre los que destaca el aprendizaje de la lectoescritura.

Hasta aquí, se ha descrito el desarrollo del lenguaje en niños y niñas. Sin embargo, se hace necesario reconocer los aspectos generales de alteraciones y/o consecuencias de un déficit en el lenguaje.

Como se dijo anteriormente, el desarrollo del lenguaje es complejo, implica una serie de habilidades que lo convierten en un fenómeno multidimensional, estrechamente ligado al desarrollo de los otros aspectos: psicomotores, las funciones psicológicas y sociales (11). Por ende, se hace necesario pesquisar e intervenir de manera precoz las dificultades lingüísticas en edades tempranas, ya que permite la posibilidad de mejorar el pronóstico de los afectados (12).

Dentro de las patologías más frecuentes está el Retraso del Lenguaje. Esta alteración se caracteriza por ser un cuadro que cursa con un retardo en la adquisición de las diferentes etapas del desarrollo cronológico del lenguaje infantil, el cual se manifiesta por debajo de la media del desempeño típico. Es importante señalar que el retardo en la adquisición del lenguaje se hace evidente por dificultades en el aspecto expresivo, sin dificultades en la comprensión. Se puede observar que el infante depende del uso de gestos para lograr comunicarse y su habla es ininteligible (13).

Otra alteración del lenguaje es el Trastorno Fonológico, que se caracteriza por la incapacidad para utilizar los sonidos del habla evolutivamente apropiados para la edad y el idioma del sujeto. Puede implicar errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos. Se producen sustituciones de un fonema por otro, omisiones de fonemas, entre otras dificultades. Los errores son inconsistentes y no sistemáticos (6).

Por último, se encuentra Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) que según la ASHA (American Speech-Language Hearing Association) se define como: Una anormal adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito, que corresponde netamente a un problema lingüístico, es decir, no se presentan alteraciones auditivas,

neurológicas y/o cognitivas. El problema puede implicar a todos, uno o algunos de los componentes fonológico, morfológico, semántico, sintáctico, o pragmático del sistema lingüístico. El TEL se clasifica en expresivo y mixto -receptivo-expresivo-. El primero corresponde a un trastorno en el cual se presenta un déficit en la expresión del lenguaje, no así la comprensión; el niño presenta habla ininteligible, vocabulario activo reducido, errores en tiempos verbales y en producción de frases de larga longitud, entre otros síntomas (14). El segundo se caracteriza por presentar síntomas propios del trastorno del lenguaje expresivo, además de dificultades en la comprensión de palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales. Las dificultades interfieren con el rendimiento académico o comunicación social (15).

Cabe mencionar que existen factores de riesgo constantemente presentes en las dificultades del habla y del lenguaje como antecedentes familiares de retraso del habla y lenguaje, pertenecer al sexo masculino, parto prematuro o bajo peso al nacer, entre otros (16). Por último, hay que señalar que el diagnóstico definitivo del déficit de lenguaje debe ser realizado por un Fonoaudiólogo con instrumentos apropiados para este fin. Lo anterior implica el uso de pruebas estructuradas de acuerdo a la edad del niño(a); estas pruebas deben medir aspectos específicos del lenguaje y contar con las propiedades estadísticas básicas de validez y confiabilidad. Además, se debe recurrir a la observación clínica, pautas de cotejo, cuestionarios a los padres y otras formas de evaluación no tan estructuradas, que permitan detectar los signos de alerta más importantes y así crear un perfil lingüístico más amplio del niño o niña que presenta dificultades en el área del lenguaje. En definitiva, no basta sólo con la aplicación de instrumentos estandarizados para efectuar un diagnóstico de las dificultades de lenguaje (12). Si no se realiza una evaluación certera a un infante que presenta factores de riesgo y/o indicadores de dificultades en el lenguaje, puede conllevar en una alteración del lenguaje que repercutirá en todos los aspectos de la vida del individuo.

Una alteración o dificultad en el lenguaje significa un problema de salud, en Chile el 6.8% de los niños presentan algún problema del lenguaje. Es por esto, que el Sistema de Salud chileno debe abordar las problemáticas lingüísticas en niños y niñas como un problema de salud y del desarrollo típico de los infantes (17).

El Sistema de Salud en Chile está formado por un conjunto de entidades públicas y privadas, que se relacionan con la promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud, ya sea de forma directa o indirecta (18).

La provisión de Servicios de Salud, está a cargo del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), en el que se encuentra los Hospitales de Fuerzas Armadas y los Hospitales y Centros de Atención Ambulatoria de distinta complejidad (18).

En el sector privado, son los Hospitales y Clínicas, Centros Ambulatorios, Laboratorios y Centros de Imagenología, los que forman parte de los Centros de Provisión de Servicios.

En el sector público existen 3 niveles de atención: El nivel primario, secundario y terciario. El nivel primario tiene mínima complejidad y amplia cobertura y se encarga de cubrir atenciones de carácter ambulatorio, además de programas de prevención y promoción en salud en las Postas Rurales de Salud y en los Consultorios Generales, Urbanos y Rurales. (18). El nivel secundario, principalmente basado en especialidades básicas, cuenta con una complejidad intermedia y de cobertura media. Este nivel actúa por referencia desde el nivel primario, y sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como hospitalización (18). Por último, el nivel terciario, se caracteriza por una cobertura reducida de población, esencialmente basada en derivaciones de pacientes desde otros niveles, y su alta complejidad tecnológica y especialización. Este último nivel puede realizar actividades de alta complejidad como también atención del tipo secundario.

El grupo de investigadores se centra y enfatiza el análisis en la atención primaria, debido a que su objetivo es la prevención y promoción en salud. Teniendo un rol clave en el pesquisaje de alguna dificultad o alteración en desarrollo del lenguaje del infante.

El nuevo modelo de atención de salud chileno comienza a aplicarse desde el año 1997 luego de la creación de los Centros de Salud Familiares (CESFAM).

El Sistema de Salud Pública de Chile puede atribuir muchos de sus logros al aporte de la atención primaria, la cual se centra en la aplicación de un enfoque biopsicosocial dejando de lado el tradicional enfoque biomédico.

Hay tres principios que son irrenunciables desde la perspectiva del sistema de atención primaria, estos son: Atención centrada en la persona, atención integral y continuidad del cuidado (19).

El éxito de este sistema se basa en el enfrentamiento de problemas que se logran con intervenciones específicas y simples como son el lavado de manos, las vacunas, desinfección de agua y alimentos, administración de medicamentos, entre otras. Además de otros servicios que se han ido implementando gradualmente como son la consejería familiar y la visita domiciliaria integral. Es por esto que se denomina como el sistema de mínima complejidad y máxima cobertura. Un factor importante en el éxito del proyecto ha sido la alta valoración y adherencia a los programas preventivos por parte de la comunidad, logrando desarrollar una elevada cultura sanitaria (20).

“Los principales desafíos de la atención primaria pueden resumirse en torno a los siguientes objetivos:

1. Mejorar en el grado de satisfacción de los usuarios con la atención.
2. Aumentar la capacidad resolutoria frente a la demanda de atención médica; en otras palabras, disminuir la frecuencia de derivaciones y lograr mejores resultados en los indicadores de salud relacionados.
3. Detectar precozmente y evitar el progreso de enfermedades crónicas, lo que significa influir efectivamente en los cambios de conductas de los afectados y en la adherencia a los tratamientos.
4. Promover estilos de vida saludables en la población que permitan evitar la aparición de factores de riesgo.
5. Detectar y atender los problemas psicosociales emergentes: violencia intrafamiliar, adicciones, disfunciones familiares, entre otras.
6. Prevenir y tratar los problemas de salud mental más frecuentes.
7. Mantener y ampliar los programas tradicionales.
8. Realizar una gestión eficiente.” (20)

Dentro del marco de la Atención Primaria se encuentra el programa Chile Crece Contigo (ChCC), el cual es un sistema de protección integral a la infancia que ofrece a los niños un acceso expedito a los servicios que atienden sus necesidades, y apoyan cada etapa de su crecimiento, resaltando la importancia de las experiencias tempranas de vida. El

objetivo es apoyar a las personas desde el inicio de sus vidas con el fin de desarrollar al máximo las capacidades y potenciales con las que nace (21).

La ley 20.379 establece que los niños deben integrarse al programa desde su primer control de gestación realizado en el Sistema Público de Salud y deben ser apoyados en toda su trayectoria de desarrollo hasta su ingreso al sistema escolar -alrededor de los 4 o 5 años de edad-. Además, a las familias de mayor vulnerabilidad se les aseguran garantías de acceso a ayudas técnicas, salas cuna y jardines infantiles (21).

De acuerdo a lo expuesto y comprendiendo en que en el desarrollo infantil influyen simultáneamente aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales, es que el programa Chile Crece Contigo pretende brindar apoyo en diferentes aspectos de la vida del niño, como son: las condiciones familiares, la educación preescolar, las condiciones de su barrio y comunidad, entre otros. De esta manera, es imprescindible generar condiciones de apoyo desde la primera infancia, que es el período clave para sentar las bases del desarrollo posterior (21).

Dentro de las prestaciones y servicios que ofrece este programa se encuentra el control de salud con evaluación y seguimiento del desarrollo integral del niño o niña en el cual se evalúa: presencia de sintomatología ansioso depresiva a los 2 y 6 meses, relación vincular a los 4 y 12 meses y desarrollo psicomotor mediante el Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI) y la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) (21).

Dicho control, reconocido como el Control de Niño Sano, es la instancia en que se evalúa tempranamente el lenguaje mediante la aplicación del Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI), el cual es realizado por enfermeras/os y puede aplicarse desde los 2 hasta los 5 años. Al aplicar el test se debe registrar: normal, riesgo o retraso, según corresponda. (22).

Sin embargo, “se ha evidenciado que la aplicación del TEPSI es limitada para obtener la real prevalencia respecto a esta condición del lenguaje. En un estudio publicado por Schonhaut et al, se realizó una evaluación del desarrollo del lenguaje en niños(as) de entre 3 y 5 años utilizando el TEPSI, y otra batería de evaluación de lenguaje estandarizadas para la realidad nacional. Mientras que el TEPSI detectó un 13,9% de

déficit del lenguaje, la evaluación realizada por un Fonoaudiólogo detectó una cifra mucho mayor alcanzando un 48,8% de los casos con déficit” (22).

En caso de detectar riesgo, el profesional a cargo del control debe derivar oportunamente al niño a la sala de estimulación u otra modalidad de apoyo. En caso de detectar retraso se debe derivar al infante a un especialista y, al mismo tiempo, a sala de estimulación u otra modalidad de trabajo. (22)

Las salas de estimulación temprana, son parte del programa de estimulación Chile Crece Contigo y se centran en profundizar la valoración de las fortalezas y necesidades que presentan el niño o niña y su familia. De este modo, se planifican programas familiares a implementar en la Sala de Estimulación del Centro de Salud y actividades a ser realizadas en el hogar. Además, se incentiva la participación de los padres o tutores en las sesiones de trabajo, las cuales se enmarcan dentro de las bases curriculares correspondientes a la educación parvulario. De esta manera, la intervención se compone por la triada: Niño o niña, cuidadores y la educadora a cargo de la intervención. Por tanto, se presenta como un programa no estandarizado ni protocolizado, que se materializa en un máximo de 12 sesiones o periodos de trabajo de 45 minutos cada una. (23)

De acuerdo a lo anterior, el programa Chile Crece Contigo señala la participación profesional de enfermeras y educadoras, con respecto al proceso de evaluación e intervención del lenguaje y las habilidades comunicativas de niños y niñas en la atención primaria en salud. Sin embargo, es el fonoaudiólogo o fonoaudióloga el profesional de la salud encargado de la evaluación, diagnóstico, intervención, promoción y prevención de los trastornos que afectan el lenguaje, la comunicación y otras áreas como el habla, la audición y la deglución. (24).

El Fonoaudiólogo se desenvuelve tanto en educación en escuelas especiales, escuelas de lenguaje o formando parte de los profesionales que están insertos en programas de integración, como en salud -pública o privada-, pudiendo participar en todos los niveles: primario, secundario y terciario. En el primer nivel de atención, el Fonoaudiólogo se encarga de realizar actividades de promoción en salud y prevención de patologías vocales, lingüísticas y auditivas principalmente. (25)

Con respecto a este nivel de atención en salud, existen diversos centros que incorporan al Fonoaudiólogo en el equipo multidisciplinario. Por ejemplo, en el Centro de Salud Familiar Mena en Valparaíso, en la realización del Control del Niño Sano se encuentra el fonoaudiólogo como parte del equipo de profesionales que se encargan de efectuar acciones de prevención, detección y tratamiento de enfermedades que se puedan presentar, o bien acompañar y educar al niño y su familia para promover un desarrollo normal. Un ejemplo de la labor del Fonoaudiólogo es realizar estimulación del desarrollo psicomotor, ya sea a nivel de lenguaje, social, motriz y coordinación de los infantes (26)

En general, los retrasos en el desarrollo de la comunicación y del lenguaje son los primeros signos de problemas del desarrollo en los niños pequeños (27). El diagnóstico y el tratamiento de los retrasos del desarrollo en forma temprana aumentan las posibilidades de mejoras significativas en el desempeño comunicativo del niño o la niña (27).

La evaluación es uno de los temas más complejos en el campo del lenguaje y sus trastornos, debido, entre otros factores, a la propia delimitación del trastorno, el modelo teórico al que el terapeuta se atiene, la calidad científica y técnica de los instrumentos de evaluación y la escasez de técnicas para evaluar algunas dimensiones del lenguaje (28).

Existen variadas modalidades de evaluación del lenguaje y la comunicación, tanto en adultos como en niños, quedando a criterio del terapeuta la elección del instrumento más apropiado para este proceso, estos instrumentos de evaluación se pueden clasificar en estandarizados y alternativos o no estandarizados. En donde los primeros se caracterizan por proporcionar una o más puntuaciones cuantitativas obtenidas de manera objetiva, de modo que a cada sujeto se le evalúa del mismo modo, la finalidad consiste en proporcionar una comparación justa y equitativa entre las personas evaluadas (29). A diferencia de las evaluaciones alternativas que analizan el rendimiento de un individuo, pero no arrojan resultados que nos permitan comparar este rendimiento con otro.

Otra dificultad a la que se ve enfrentado un terapeuta del lenguaje durante la evaluación son las diferencias socioculturales y lingüísticas de los niños, característica que se acentúan aún más en el contexto cultural en que se encuentra inmersa la comunidad de la IX región, ya que existe una alta proporción de población de origen mapuche, por lo que

se hace probable el en contacto lingüístico con esta lengua (30). Incluso es posible encontrar el fenómeno del bilingüismo entre el mapudungun y el castellano de Chile. En este sentido hay autores que definen a la variedad lingüística del español hablado por los hablantes bilingües de estas dos lenguas como un etnolecto, caracterizándola como una variedad no estándar asociada a un estrato social bajo que tiene rasgos adquiridos por el contacto o por la adquisición de la segunda lengua (31).

Los autores Laing y Kamhi (2003) consideran que una parte importante de la evaluación es el conocimiento de la cultura y el lenguaje que la familia usa, incluyendo la variación dialectal. Es por esto que el proceso de evaluación debe considerar además los factores socio-culturales del usuario al momento de la evaluación, ya que sin tener en cuenta esto, se corre el riesgo de llevar a cabo un procedimiento de evaluación sesgado cultural y lingüísticamente, y es poco probable obtener un perfil verdadero de la competencia comunicativa del niño (32).

Resulta de vital importancia contar con pruebas lo suficientemente sensibles y específicas en la detección precoz de las dificultades lingüísticas y, con la presencia de un profesional competente en atención primaria que pueda realizar una evaluación y un proceso de intervención integral de esta área del desarrollo. En relación a esto cabe mencionar que las dificultades en el desarrollo del lenguaje oral en los preescolares constituyen un problema de salud pública nacional, así lo indica la gran cantidad de niños y niñas que son derivados del sistema primario de salud a las escuelas de lenguaje (30). Sin embargo, a estos establecimientos sólo se incorporan niños y niñas con Trastorno Específico de Lenguaje (33), quedando sin cobertura las demás alteraciones lingüísticas. Esto, sumado a la cantidad importante de niños y niñas que quedarían sin ser pesquisados oportunamente en atención primaria y por ende, sin recibir la atención que necesitan.

Dentro de este marco y para el presente estudio, los investigadores hacen uso de una pauta de cotejo diseñada para niños de edades entre 3 años hasta 5 años 11 meses, cuya finalidad es evaluar la presencia o ausencia de las habilidades lingüísticas de acuerdo al proceso de adquisición típico del desarrollo lingüístico del ser humano. Ésta contempla, tanto los aspectos comprensivos y expresivos de los cuatro niveles del lenguaje: Fonético – fonológico, morfosintáctico, léxico – semántico y pragmático. Este

instrumento permite detectar e identificar desvíos en el desarrollo típico lingüístico en forma precoz con fines remediales permitiendo una oportuna prevención y/o intervención específica, adecuada eficiente y efectiva a través de un programa de atención temprana que permita beneficiar los aspectos comunicativo-lingüísticos del niño.

La intervención fonoaudiológica en las dificultades de la comunicación y del lenguaje, aplicadas de manera temprana, puede prevenir posibles problemas de comportamiento, de acceso al aprendizaje, en especial al aprendizaje del proceso de lecto-escritura y de interacción social de los niños y niñas.

La atención temprana se define como un conjunto de actividades y estrategias de estimulación que favorecen el desarrollo de las potencialidades de los niños en riesgo o con déficits, proporcionándoles las experiencias que éste necesita desde su nacimiento. El cual debe ser aplicado precozmente, con estímulos acordes al nivel de desarrollo del niño y su interés y dentro de un contexto significativo, que permita desarrollar respuestas adecuadas que puedan ser generalizadas en la vida del individuo. (34)

La importancia de una intervención temprana se argumenta con el proceso de la neuroplasticidad, que corresponde a la capacidad que tiene el tejido neuronal de reorganizar, asimilar y modificar los mecanismos biológicos, bioquímicos y fisiológicos, implicados en la comunicación intercelular, para adaptarse a los estímulos recibidos.

La plasticidad neural permite cambios de adaptación y/o reorganización, en condiciones normales o patológicas. El primer caso incluye, por ejemplo, procesos de aprendizaje y de desarrollo, como es el caso de la adquisición del lenguaje (35).

De acuerdo a las investigaciones sobre lenguaje infantil, los resultados positivos aumentan si la intervención se realiza a temprana edad, siendo los primeros tres años de vida una etapa crítica para el desarrollo de las habilidades comunicativas futuras.

Un programa de estimulación del lenguaje busca beneficiar la adquisición y el progreso de las habilidades lingüísticas que puedan encontrarse disminuidas (34). Por consiguiente, es evidente que realizar acciones de seguimiento, evaluación prevención e intervención en el desarrollo comunicativo lingüístico de los niños y niñas pequeños genera múltiples beneficios que se evidencian no solo en su desarrollo lingüístico sino también en su desarrollo cognitivo, emocional, social y académico lo que influye

positiva y críticamente en su calidad de vida futura, en especial si se trata de grupos de niños y niñas vulnerables o de alto riesgo ya sea ambiental o biológico (34).

Para el presente estudio, los investigadores proponen una intervención fonoaudiológica basada en la estimulación del lenguaje para niños y niñas con dificultades lingüísticas previamente evaluados por medio de la pauta de habilidades comunicativas, diseñada específicamente para esos fines. El programa, contempla los aspectos expresivos y comprensivos además de todos los niveles del lenguaje y su objetivo es orientar el proceso terapéutico, permitiendo ser una herramienta protocolizada y de orientación en torno a las competencias comunicativas que se deben abordar.

De acuerdo a la literatura y la evidencia científica presentada, en la que destaca la neuroplasticidad, los periodos críticos de aprendizaje, los procesos de evaluación, intervención y seguimiento del lenguaje y las actuales políticas sanitarias es que se concluye la importancia y necesidad de la participación del fonoaudiólogo o fonoaudióloga en la atención primaria del sistema de salud chileno. Las competencias y características propias de éste, lo convierten en el profesional idóneo en la evaluación e intervención de las dificultades lingüísticas y las habilidades comunicativas en los niños y niñas.

Es por lo anterior, que determinar la efectividad de un programa de intervención fonoaudiológica basado en la estimulación del lenguaje y medido por medio de una pauta de habilidades lingüísticas resulta relevante y atingente, puesto que la obtención de resultados favorables valida la hipótesis presentada.

Se necesita un diagnóstico y pesquisaje certero para poder sortear las dificultades en el desarrollo que puedan experimentar los niños y niñas en su infancia, además de contar con un programa protocolizado de estimulación del lenguaje, que potencie la adquisición de las habilidades comunicativas.

3. CAPÍTULO III: DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tema de investigación:

Efectividad de la intervención fonoaudiológica en niños de 3 a 5 años de edad, que asisten a sala de estimulación temprana del centro de atención primaria miraflores,

medido a través de una prueba de evaluación de habilidades lingüísticas, en el año 2018 en Temuco

3.2 Pregunta de investigación:

¿Cuál es la efectividad de la intervención fonoaudiológica en niños de 3 a 5 años de edad, que asisten a Sala de Estimulación Temprana del Centro de Atención Primaria Miraflores, medido a través de una prueba de evaluación de habilidades lingüísticas, en el año 2018 en Temuco?

3.3 FINER:

Factible: El estudio es factible ya que el programa del Control de Niño Sano abarca territorialmente a la población de interés.

El grupo de investigadores cuenta con la capacidad técnica necesaria para la evaluación e intervención fonoaudiológica en niños durante el año 2018 ya que está conformado por un grupo de fonoaudiólogos.

Con respecto a los gastos económicos para la evaluación y aplicación de un programa de estimulación fonoaudiológica del lenguaje, se espera que el financiamiento para la ejecución de este estudio sea a través de la postulación a Fondos de proyectos de investigación concursables.

Interesante: El estudio es interesante ya que se desconoce la efectividad de un programa de estimulación fonoaudiológica del lenguaje en niños que acceden a la Sala de Estimulación Temprana en atención primaria en la Región de la Araucanía. Además, no se conocen estudios que realicen una comparación entre la aplicación de un programa de estimulación del lenguaje sin la participación de un Fonoaudiólogo, con otro que sí cuente con la participación del profesional, el cual es el competente para realizar una intervención focalizada en el lenguaje.

Novedoso: El estudio es novedoso porque permite evaluar la efectividad del programa de Chile Crece Contigo con respecto a las intervenciones que se realizan en la Sala de Estimulación Temprana en el marco de la Atención Primaria de Salud.

Ético: El estudio es ético ya que respeta los principios fundamentales de la investigación (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia); respeta la integridad de los individuos y no supone riesgos físicos ni invasivos a su intimidad.

Además, busca beneficiar a la población demandante de atención fonoaudiológica que asiste a los Centros de Atención Primaria de Salud.

Relevante: La investigación es relevante ya que los resultados pueden contribuir a la modificación de las políticas sanitarias y por consiguiente, al posicionamiento de la profesión en la Atención Primaria del Sistema de Salud de Chile, demostrando los efectos que tiene la participación del fonoaudiólogo en la prevención y promoción de la salud, en el marco de buscar mejoras y estimulación de las habilidades comunicativas de niños y niñas.

3.4 Justificación del estudio

La investigación se puede respaldar en diversos estudios realizados en otros países. Uno de ellos ejecutado en Nashville, Estados Unidos, refiere sobre la eficacia de una intervención fonoaudiológica temprana en niños de 24 a 42 meses de edad con retraso del lenguaje, en contraste con otro grupo de niños no expuestos a la intervención. De acuerdo a los resultados obtenidos, se manifiesta una variación importante en torno a mejoras en el aspecto comprensivo del primer grupo (36).

Otro estudio denominado “La eficacia de la intervención del lenguaje en los primeros años”, refiere sobre un programa de intervención del lenguaje en niños, en un periodo de 30 semanas en Yorkshire, Inglaterra. De los resultados se desprende que existe una mejora sustancial en cuanto a varios aspectos como; vocabulario, conciencia fonológica y comprensión oral (37).

Con respecto a estudios realizados en Chile; en el Norte de la Región Metropolitana un estudio de nombre “Dificultades de lenguaje en preescolares: Concordancia entre el test TEPSI y la evaluación fonoaudiológica” refiere la poca relación entre la aplicación de una evaluación fonoaudiológica con uso de pruebas estandarizadas y una evaluación basada en el Test Para la Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI). De acuerdo al estudio un 48,8% de los niños evaluados presentó dificultades del lenguaje según la evaluación fonoaudiológica y sólo un 13,9% según TEPSI, demostrando una pobre concordancia entre ambas evaluaciones (38).

3.5 Objetivo general

- Determinar la efectividad de la intervención fonoaudiológica en niños, medidos a través de una pauta de evaluación de habilidades lingüísticas, que asisten a Sala de Estimulación Temprana en el Centro de Atención Primaria en el año 2018 en Temuco.

3.6 Objetivos específicos

- Evaluar el desempeño lingüístico, mediante la pauta de evaluación de habilidades lingüísticas, de los niños que según TEPSI fueron catalogados en riesgo o retraso.
- Protocolizar el programa de intervención fonoaudiológica enfocado a la estimulación del lenguaje de niños.
- Aplicar un programa de intervención fonoaudiológica enfocado a la estimulación del lenguaje en el grupo de exposición.
- Reevaluar por medio del TEPSI y la pauta de habilidades lingüística a ambos grupos de estudio.
- Analizar la variación de los resultados obtenidos con respecto al desempeño lingüístico de los menores evaluados, considerando las variables de sexo, edad y etnia.

3.7 Hipótesis:

Hipótesis conceptual:

Los niños que obtienen un valor disminuido en el sub ítem del lenguaje en el test TEPSI y, además presentan resultados disminuidos en la pauta de evaluación de habilidades lingüísticas, aumentan su desempeño lingüístico luego de aplicarse una intervención fonoaudiológica basada en la estimulación del lenguaje.

Hipótesis nula:

La intervención fonoaudiológica basada en la estimulación del lenguaje, no es efectiva para aumentar las competencias lingüísticas de los niños que obtuvieron valores disminuidos en el sub ítem del lenguaje en el TEPSI y en la pauta de evaluación de habilidades lingüísticas.

Hipótesis alternativa:

La intervención fonoaudiológica basada en la estimulación del lenguaje aplicada durante 12 sesiones, es efectiva para aumentar las competencias lingüísticas de los niños que obtuvieron valores disminuidos en el sub ítem del lenguaje en el TEPSI y en la pauta de evaluación de habilidades lingüísticas.

3.8 Diseño de investigación:

Diseño cuantitativo, cuasi experimental, longitudinal.

3.9 Sesgos**Sesgo de inclusión**

Con la finalidad de controlar al máximo los sesgos de la investigación se considera importante, con respecto a la variable etnia y su alta presencia de población mapuche en la región de la Araucanía, incluirla dentro del estudio como una variable de medición aplicando el criterio en los individuos candidatos a participar del estudio, que cuenten con dos apellidos mapuches.

Sesgo de medición

La Pauta de Evaluación de las Habilidades Lingüísticas utilizada por el grupo de investigadores no se encuentra estandarizada en Chile, por lo que los resultados no podrían ser extrapolables a la población en general. La solución que se plantea es que

luego de que un investigador aplique la pauta evaluación a un paciente, el grupo de investigadores en su conjunto analizará y unificará criterios para determinar el resultado de cada uno de ellos.

4. CAPÍTULO IV: MUESTRA

4.1 Definición de Variables

Variable	Tipo de variable	Dependiente/Independiente
Sexo	Nominal	Dependiente
Edad	Continua	Dependiente
Programa de Estimulación del Lenguaje	Dicotómica	Independiente
Etnia	Nominal	Dependiente
Habilidades Lingüísticas	Nominal	Dependiente

Edad: Edad cronológica del individuo.

Sexo: Mujer u hombre.

Etnia: Niños que posean dos apellidos mapuches serán considerados miembros de la etnia mapuche.

Programa de Estimulación del Lenguaje: Intervención fonoaudiológica basada en la estimulación del lenguaje, orientadas al niño y a su familia, cuya finalidad es potenciar las habilidades lingüísticas del individuo.

Habilidades Lingüísticas: Habilidades que permiten el desarrollo de la comunicación en el niño: Expresión oral y comprensión auditiva.

4.2 Definición de los Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión:

- Niños de 3 a 5 años inscritos en el Control del Niño Sano en el Centro de Atención Primaria Miraflores de la comuna de Temuco.
- Niños que presentan un rendimiento deficitario en el TEPSI en el sub test del lenguaje, pudiéndose encontrar en la categoría de riesgo o retraso.
- Niños que presentan un rendimiento deficitario en la Pauta de Evaluación de las Habilidades Lingüísticas.
- Niños derivados a Sala de Estimulación Temprana por el programa del Control del Niño Sano.
- Padres o tutores de los niños que acceden a participar del estudio a través de la firma del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Niños que presentan dificultades auditivas.
- Niños que presentan malformaciones craneofaciales.
- Niños que presenten indicadores de retraso global del desarrollo

4.3 Población Diana

Conjunto de niños inscritos en el Control del Niño Sano en el Centro de Atención Primaria Miraflores de la comuna de Temuco que presentan resultados deficitarios en el sub test del lenguaje del TEPSI, encontrándose en la categoría de riesgo o retraso y que son derivados a Sala de Estimulación Temprana.

4.4 Descripción de la Muestra

La definición de la muestra va estar definida por los criterios de inclusión y exclusión determinados anteriormente. La variable de intervención “programa de estimulación del lenguaje” va a delimitar la existencia de dos grupos de estudio; el grupo experimental y el grupo control.

4.5 Método de Muestreo

El estudio considera el tipo de muestra probabilístico para el cálculo del tamaño muestral y para la selección de los individuos pertenecientes a la muestra se aplica el método muestreo aleatorio estratificado. De esta manera, la muestra se divide en dos grupos de acuerdo a las características de los individuos: sexo (hombre y mujer) y edad (3 años – 3 años 11 meses, 4 años – 4 años 11 meses y 5 años – 5 años 11 meses) con la finalidad de que la muestra considere lo más equiparado posibles ambas variables.

4.6 Pruebas Estadísticas

De acuerdo a las variables y diseño de estudio, el grupo de investigadores considera las siguientes pruebas de significación estadística: Chi-cuadrado y T Student para determinar la relación entre las variables “programa de estimulación lingüística” y “habilidades lingüísticas”.

4.7 Tamaño Muestral

Dado que los investigadores determinan que la confianza aplicada será de un 95%, que el error aceptado será de 5% y la precisión de 2%, que la prevalencia esperada para el trastorno de lenguaje en niños en edad preescolar sea de un 8% y que el universo muestral sea de 1023 individuos, se calcula que para que la muestra sea representativa debe considerar de 58 a 70 casos.

5. CAPÍTULO V: CONDUCCIÓN DEL ESTUDIO

5.1 Procedimiento para la Recolección de los Datos

El proceso de recolección de datos considera los siguientes pasos para la investigación: Solicitar por medio de una petición formal al Servicio de Salud Araucanía Sur (SSAS), la autorización del Comité de Ética para dar inicio a la realización del estudio. Posteriormente, se solicita autorización al director del Centro de Atención Primaria

Miraflores de Temuco para hacer uso de los datos e información perteneciente a los niños inscritos en el Control del Niño Sano.

Después de contar con los permisos correspondientes, se determina una hora y fecha para asistir al Consultorio y registrar la información de los niños que cumplen con los criterios de inclusión determinados para el estudio. Para este punto, los investigadores cuentan con una Hoja de Registro, instrumento que permite ingresar las características del niño como el sexo, la edad, la pertenencia a una etnia y la categoría obtenida en el Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI). Luego de contar con la información, uno de los investigadores traspasa los datos a una planilla de Excel.

Para el siguiente paso, se cita a los padres o tutores de los niños seleccionados en una determinada fecha y hora para explicar la investigación, los objetivos de ésta, la intervención fonoaudiológica que se quiere aplicar a los niños y los posibles beneficios que tiene la participación en el estudio. Se aceptan y responden todas las interrogantes, para luego presentar y solicitar la aceptación del consentimiento informado.

Posteriormente se cita a cada uno de los niños en una fecha y hora determinada, para realizar un proceso de evaluación fonoaudiológica por medio de la observación clínica y del uso de una Pauta de Evaluación de las Habilidades Lingüísticas. Los cuatro investigadores participan de este proceso, evaluando de manera individual cada uno de los niños en sesiones de 30 a 45 minutos. En el caso de que uno de los niños evaluados arroje un resultado que indique que no se presentan dificultades lingüísticas, éste es descartado del estudio.

El siguiente paso corresponde a la intervención en Sala de Estimulación Temprana del Centro de Atención Primaria Miraflores, en donde el total de niños se divide en dos grupos. Uno de grupo control, que cuenta con la estimulación propia del Consultorio y que se rige bajo las normas del programa Chile Crece Contigo y otro; el grupo expuesto que cuenta con una intervención fonoaudiológica basada en la estimulación del lenguaje. De esta manera, se cita a los niños del grupo expuesto en determinada fecha y hora para

dar inicio a la aplicación del programa de intervención, que contempla 12 sesiones de trabajo.

Finalmente, se realiza una reevaluación por medio de la Pauta de Evaluación de Habilidades Lingüísticas tanto al grupo control, como al grupo expuesto y se analizan los resultados.

CAPÍTULO VI: DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS

6.1 Instrumentos para la recolección de datos

6.1.1 Hoja de registro

La hoja de registro permite consignar la información de los niños pertenecientes a la muestra de estudio. Los datos que se contemplan son: Nombre, edad, sexo, pertenencia a etnia mapuche y resultados en el ítem de lenguaje del TEPSI. Posteriormente, la información es traspasada a una planilla digital. Ver anexo 1.

6.1.2 Carta de solicitud de autorización

La carta de solicitud de autorización está dirigida a la directora del Centro de Atención Primaria Miraflores con el objetivo solicitar y hacer uso de información de los niños inscritos en el Control de Niño Sano que se les ha aplicado el Test de la Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI). Ver anexo 2 y 3.

6.1.3 Consentimiento informado

El consentimiento informado indica en forma clara y breve los objetivos de la investigación, la modalidad de participación de los niños en el estudio y los criterios de reclutamiento, los cuales permitirán clarificar la razón por la cual ha sido escogido el niño en la investigación. Y por consiguiente, busca la aceptación del tutor o cuidador para ser parte de la investigación. Ver anexo 4

6.1.4 Pauta de observación de órganos fonoarticulatorios

La pauta de observación de órganos fonoarticulatorios es utilizada con el objetivo de detectar y constatar cualquier alteración en los órganos fonoarticulatorios de los niños que participen en el estudio. La pauta consta de tres ítemes, en donde el primero recoge los datos de identificación básicos, como el nombre, la fecha de nacimiento, la edad y la fecha de evaluación. El segundo ítem permite registrar la actitud del niño frente a la evaluación y el último ítem permite registrar la inspección de los órganos fonoarticulatorios, praxias orofaciales y funciones preorales. Ver anexo 5

6.1.5 Pauta de evaluación de habilidades lingüísticas

La pauta de evaluación de habilidades lingüísticas corresponde a un instrumento de cotejo, que permite conocer al grupo de investigadores la presencia o ausencia de una competencia lingüística y por tanto, si existe o no dificultad del lenguaje de acuerdo a la edad cronológica del niño. Presenta tres sub grupos correspondiente a los rangos etarios 3 años a 3 años 11 meses, 4 años a 4 años 11 meses y 5 años a 5 años 11 meses en los cuales se evalúan los niveles fonético – fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático, contemplando los aspectos expresivos y comprensivos del lenguaje. Ver anexo 6

6.1.6 Programa de intervención fonoaudiológica basada en la estimulación del lenguaje

Este instrumento sirve de guía al momento de planificar y determinar los contenidos a trabajar con el niño durante la terapia de estimulación del lenguaje. Se propone tres módulos de acuerdo a la edad; 3 años a 3 años 11 meses, 4 años a 4 años 11 meses y 5 años a 5 años 11 meses. Se considera tanto el aspecto comprensivo y expresivo del lenguaje y todos sus niveles. El programa buscar ser una protocolización de terapia de estimulación fonoaudiológica del lenguaje. Ver anexo 7

6.1.7 Base de datos

La base de datos utilizada al inicio del estudio es una tabla en formato Excel en donde se transcribe la información de la Hoja de Registro y que contempla las variables sexo, etnia, edad y los resultados del ítem del TEPSI.

Luego de la intervención fonoaudiológica basada en la estimulación del lenguaje y tras la reevaluación por parte de los investigadores se hace uso de otra tabla de formato Excel en donde se recopila la información de los resultados obtenidos tras la aplicación del programa en el grupo expuesto para su análisis. Además, se relacionan las variables de estudio con los resultados de la intervención.

Por otra parte, se establece una comparación de los resultados en el grupo expuesto y el grupo control. Ver anexo 8

6.1.8 Programas de análisis estadísticos

Para el procesamiento de datos y análisis estadístico se utiliza el programa STATA 11.0 (Data Analysis and Statistical Software).

7. CAPÍTULO VII: CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la ejecución del estudio se requiere la autorización del Director del Servicio de Salud Araucanía Sur y de la directora del Centro de Atención Primaria Miraflores de Temuco.

El estudio considera además un consentimiento informado dirigido a los padres y/o responsables de los niños.

Con respecto a los resultados y datos obtenidos de las fichas, estos son utilizados desde una perspectiva estadística, por lo que no se altera la privacidad ni la integridad de los niños partícipes de la investigación.

Este estudio respeta los principios éticos fundamentales. El principio de beneficencia busca mejorar, por un lado, la evaluación integral del lenguaje en el niño en edades tempranas en el marco del Control del Niño Sano en la Atención Primaria de Salud y por otro lado, la intervención oportuna y eficaz en niños que presentan dificultades en las habilidades lingüísticas. Con respecto al principio de no maleficencia, los investigadores poseen la formación teórica y práctica necesaria para la realización de una evaluación lingüística y la aplicación de un programa de intervención de estimulación del lenguaje, que no signifique algún perjuicio en los participantes. En cuanto al principio de justicia, el estudio contempla por una parte la retroalimentación de los resultados y/o avances hacia los participantes, además de busca evidenciar los beneficios de la implementación de una evaluación e intervención fonoaudiológica en edades tempranas, en la Atención Primaria del Sistema de Salud de Chile. Por último, se contempla el principio de respeto de la dignidad humana ya que los resultados y datos que se utilizan no consideran la identidad de los niños, protegiendo de esta manera su integridad.

Con respecto al rol de la fonoaudiología y los principios de ética, cabe destacar la importancia de la investigación en torno a las implicancias que esta conlleva en el desarrollo del niño, entendiendo que el estudio corresponde al tipo experimental e involucra por tanto, la aplicación de una evaluación fonoaudiológica, que se traduce en el descubrimiento de características lingüísticas del infante, y además la ejecución de una intervención basada en la estimulación del lenguaje en post de obtener beneficios en la comunicación. Lo anterior busca contribuir y repercutir positivamente en la vida de niños y niñas de la región de la Araucanía, en la ciudad de Temuco.

8. CAPÍTULO VIII: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

8.1 Equipo de Trabajo

El grupo de investigadores se constituye por 4 integrantes, los cuales cumplen las siguientes funciones:

Dos integrantes se encargan de entregar la carta de autorización al Servicio de Salud de Araucanía Sur, mientras que otros dos integrantes son responsables de la carta de autorización de actividades al Centro de Atención Primaria Miraflores. Posteriormente, todos los miembros se dirigen al establecimiento para registrar los datos, por medio de una Hoja de Registro, de los posibles individuos que se consideran en la muestra. Luego dos de los investigadores traspasan los datos a una planilla digital.

Para el siguiente paso, se cita a una reunión a los padres y/o responsables de los niños de interés para la muestra, para entregar información de los procedimientos de la investigación y buscar la aceptación del consentimiento informado. En este punto participa todo el equipo investigativo.

De esta manera, contando con los niños seleccionados y con el consentimiento informado firmado por los responsables de cada niño, se da inicio al proceso de evaluación fonoaudiológica por medio de la Pauta de Habilidades Lingüísticas con la participación de los cuatro investigadores. Seguido de eso, dos de los integrantes proceden a tabular los resultados de las evaluaciones en una base de datos.

Con respecto al proceso de intervención, todos los investigadores son partícipes de éste. Por un lado, seleccionando ambos grupos de estudio, los expuestos y los de caso control y por otro, en la aplicación del programa de estimulación basado en el lenguaje en los niños con dificultades lingüísticas.

Los cuatro integrantes realizan nuevamente el proceso de evaluación con uso de la Pauta de Habilidades Lingüísticas. Mientras, que dos de éstos realizan la tabulación de los resultados en la base de datos. Finalmente, todos los investigadores proceden a analizar los datos obtenidos del estudio por medio del análisis estadístico STATA.

8.2 Cronograma de Actividades

La ejecución del proyecto de tesis se ejecuta durante el año 2018. De esta manera, la primera semana de febrero se hace entrega de la carta de autorización de aplicación del estudio a los establecimientos correspondientes, para lo cual se contempla un plazo de un mes y una semana para la obtención de la respuesta. Luego, durante las dos primeras semanas de marzo se procede a recolectar los datos necesarios en el Centro de Atención Primaria de Salud Miraflores, para lo cual se determina en conjunto con el personal del establecimiento, los días de la semana disponibles para la asistencia de los investigadores en búsqueda de la información; durante esas mismas dos semanas se realiza la tabulación de los datos de los individuos de interés.

Las primeras tres semanas de abril se realiza la evaluación fonoaudiológica por medio de la Pauta de Evaluación de las Habilidades Lingüísticas. Posteriormente, durante la última semana de mismo mes se selecciona cada uno de los individuos que son parte de la muestra, para la formación del grupo expuesto y del grupo control.

Durante los meses correspondientes a mayo, junio, julio, agosto y septiembre se procede a realizar la intervención fonoaudiológica basada en la estimulación del lenguaje.

Luego de la intervención, se aplica nuevamente una evaluación por medio de la Pauta de Evaluación de Habilidades Lingüísticas durante las tres primeras semanas de octubre.

Con respecto al análisis de los resultados se consideran las dos primeras semanas de noviembre. Para finalmente, destinar las últimas dos semanas de noviembre y las primeras de diciembre para la redacción y publicación del artículo.

8.3 Carta Gantt

Actividades	Meses del año 2018																	
	Año 2016	Año 2017	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre					
Definición de metodología	x																	
Postulación a proyecto		x																
Peticion de autorizacion de realizacion de estudio			x	x	x	x												
Recoleccion y tabulacion de datos					x	x												
Reunion con padres y firma de consentimiento informado					x	x												
Aplicacion de pauta de evaluacion lingüística					x	x	x											
Selección de la muestra							x											
Aplicación de terapia de estimulación de lenguaje							x	x	x	x	x	x	x					
Reevaluación con pauta de evaluación lingüística											x	x	x					
Tabulación de resultados												x						
Análisis de los resultados													x	x				
Publicación de documento														x	x	x	x	x

8.4 Presupuesto del estudio.

Descripción	Valor Aprox.	Unidad	Total Aprox.
Gastos Operacionales			
Transporte	\$ 450	600	\$270.000
Hoja de registro	\$20	70	\$1.400
Materiales			
Lápices	\$200	5	\$1.000
Impresión carta de autorización	\$20	2	\$40
Sobre tamaño carta	\$100	2	\$200
Impresión consentimiento informado	\$20	70	\$1.400
Impresiones pautas de evaluación	\$20	70	\$1.400
Material didáctico - Material concreto - Láminas - Juegos didácticos	-	-	\$50.000
Total			\$325.320

Anexo 2



Director
Servicio de Salud Araucanía Sur
Sr. Milton Moya

Presente.

Por medio de la presente, los alumnos de 4to año de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de La Frontera; María Isabel Cayunao Nahuelcheo, Dámaris Esse Avendaño, Alexis Verdugo Palma y Gabriel Salazar Araya, quienes guiados por las docentes Fonoaudiólogas Mónica Velásquez Zabala y María Pía Silva Schwartau, desarrollan su proyecto de Investigación, en el marco de la Asignatura Profesional “Seminario de Investigación I y II”, titulado: “Efectividad de la intervención fonoaudiológica en niños de 3 a 5 años de edad, medido a través de una pauta de evaluación de las habilidades lingüísticas, que asisten a Sala de Estimulación Temprana en los Centros de Atención Primaria Miraflores de Temuco en el año 2018 ”. Siendo el objetivo de esta investigación determinar la efectividad de una intervención fonoaudiológica basada en la estimulación del lenguaje en el contexto de la Atención Primaria de Salud.

Es por lo anterior que se solicita autorización al Comité de Ética para dar inicio a la realización del estudio, esperando contribuir al desarrollo de la investigación local y las políticas públicas sanitarias del Sistema de Atención Primaria de Chile.

Anexo 3



Directora

Centro de Atención Primaria Miraflores

Srta. Carolina Vergara

Presente.

Por medio de la presente, los alumnos de 4to año de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de La Frontera; María Isabel Cayunao Nahuelcheo, Dámaris Esse Avendaño, Alexis Verdugo Palma y Gabriel Salazar Araya, quienes guiados por las docentes Fonoaudiólogas Mónica Velásquez Zabala y María Pía Silva Schwartau, desarrollan su proyecto de Investigación, en el marco de la Asignatura Profesional “Seminario de Investigación I y II”, titulado: “Efectividad de la intervención fonoaudiológica en niños de 3 a 5 años de edad, medido a través de una pauta de evaluación de las habilidades lingüísticas, que asisten a Sala de Estimulación Temprana en los Centros de Atención Primaria Miraflores de Temuco en el año 2018 ”. El objetivo de esta investigación es determinar la efectividad de una intervención fonoaudiológica basada en la estimulación del lenguaje en el contexto de la Atención Primaria de Salud.

Para llevar a cabo este estudio, se solicita autorización para acceder a datos numéricos propios del Consultorio Miraflores como son: Número de niños inscritos en el control del niño sano, número de niños evaluados en el presente año por medio del TEPSI y número de niños con resultados en la categoría de retraso y riesgo del lenguaje.

Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido informado de los objetivos de la investigación. Entiendo dicho proceso y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo,, Cédula de Identidad....., de nacionalidad....., mayor de edad o autorizado por mi representante legal, con domicilio en
.....,consiento en que mi hijo(a) participe en la investigación denominada: “Efectividad de la intervención fonoaudiológica en niños de 3 a 5 años 11 meses de edad, medido a través de una pauta de evaluación de las habilidades lingüísticas, que asisten a Sala de Estimulación Temprana al Centro de Atención Primaria Miraflores de Temuco en el año 2018.”

La participación de mi hijo(a) en la investigación consta del proceso de evaluación, intervención fonoaudiológica y evaluación final por integrantes del equipo de fonoaudiólogos de la universidad de La Frontera a cargo de la investigación. Autorizo al Equipo de investigadores a realizar la recolección de datos, material audiovisual, publicación y estudios de casos de los antecedentes para fines educativos y/o epidemiológicos.

Conozco los riesgos y beneficios que la intervención fonoaudiológica puede generar a mi hijo(a), tengo derecho a conocer los resultados, a solicitar la confidencialidad de estos y a retirar a mi hijo(a) del estudio si no estoy de acuerdo con los procedimientos que el equipo de terapeutas este realizando.

He leído, escuchado, entendido y aceptado, por lo cual decido participar de la investigación.

Firma del Cuidador(a)

Temuco, ___ de _____, de 2018

Anexo 5

PAUTA DE OBSERVACIÓN FONOAUDIOLÓGICA

I. IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

FECHA DE EVALUACIÓN:

II. ACTITUD FRENTE AL EXAMEN

Se adapta al inicio Coopera Atiende Se concentra Tranquilo Fatigable Impulsivo

III. CARACTERIZACIÓN SINTOMÁTICA

1. ÓRGANOS FONOARTICULATORIOS

a) Aletas nasales: - Aspecto Normales Grandes Pequeñas Asimétricas

b) Labios: - Tonicidad Normal Hipotonía Hipertonía

- Superior Normal Corto Fisurado Operado

- Inferior Normal Evertido Asimétrico

c) Lengua: - Tamaño Normal Macroglosia Microglosia

- Frenillo Funcional Corto funcional Corto no funcional Operado

- Posición Normal Descendida Interdental

- Otras Bífida Geográfica

d) Paladar Óseo: Normal Alto Ojival Fisurado

e) Velo del Paladar: - Movimiento Normal Insuficiente

- Úvula: Normal Bífida Desviada Ausente

f) Amígdalas: Normales Hipertróficas Ausentes

g) Dentadura: - Implantación Normal Alterada

- Caries No Tratadas Sin tratar

- Mordida Normal Abierta anterior Bis a Bis

Invertida Cruzada

h) Clasificación ANGLE: Clase I

Clase II

Clase III

2. PRAXIAS OROFACIALES:

Maxilares : Protrusión Retrusión Lateralización Apertura Cierre

Labiales : Protrusión Retrusión Lateralización Chasquido Vibración

Linguales : Elevación Alvéolo Chasquido Lateralización Vibración

Coordinación Precisión Fuerza Alcance

Mejillas : ___ Inflar ___ Desinflar

a) Respiración

Modo ___ Nasal ___ Mixto ___ Bucal

Tipo ___ Adecuado ___ Costal Alto ___ Costodiafragmática ___ Abdominal

Soplo ___ Dirección ___ Fuerza ___ Alcance

Secreción nasal ___ No ___ Si

b) Masticación ___ Normal ___ Preferencia Bilateral ___ Preferencia unilateral izq ___ Preferencia unilateral der

c) Deglución ___ Normal ___ Atípica

___ Movimientos Compensatorios

___ Interposición Lingual

___ Succión de Labio

___ Residuos en Vestíbulo

d) Habla

___ Repertorio Fonético Completo

___ Dislalias: _____

___ Farfulleo ___ con Telescopismo

___ Bradilalia ___ Taquilalia

___ Disfluencia ___ Tónico ___ Clónica ___ Tónico-Clónica

Anexo 6

Pauta de Evaluación de las Habilidades Lingüísticas				
3 años a 3 años 11 meses				
		Presente	Ausente	Observaciones
Nivel fonético-fonológico	Presencia de dífonos consonánticos CCV.			
	Metría de la palabra entre 2 y 4 sílabas.			
	Adquisición de los fonemas /l/, /ñ/, /f/ y /s/.			
	Inteligibilidad de enunciados			
	Presencia de algunas trabantes.			
Nivel Morfosintáctico	Enunciados de 3 a 4 palabras.			
	Uso de pronombres personales de 1ª y 3ª persona y con artículos definidos			
	Uso de preposiciones “a”, “con”, “de”, “en”, “para”.			
	Uso de nexos “pero” y “porque”.			
	Uso de verbos auxiliares (“ser” y “haber”) y tiempos verbales			
Nivel lexicosemántico	Uso de preposiciones “a”, “sobre” y “bajo” para expresar lugar y “con” para manifestar acompañamiento.			
	Maneja referente temporal noche – día.			
	Manejo de palabras abstractas (arriba, abajo, dentro, fuera).			
	Maneja conceptos de colores, temperatura y opuestos.			

	Usa atributos de tamaño, cantidad, belleza, suciedad, bondad.			
	Género y número de uso frecuente (plurales).			
	Comprende órdenes complejas.			
Nivel Pragmático	Aparece función referencial representativa del lenguaje.			
	Repara quiebres en la conversación.			
	Contacto ocular			
	Respeto de turnos			
	Participa en diálogos			
	Intención comunicativa			
4 años a 4 años 11 meses				
		Presente	Ausente	Observaciones
Nivel fonético-fonológico	Producción de polisílabos			
	Adquisición de los fonemas /d/ y /r/.			
	Adquisición de dífonos vocálicos y dífonos con /l/.			
	Desaparecen gran parte de los procesos fonológicos de simplificación.			
Nivel Morfosintáctico	Oraciones de longitud indefinida.			
	Uso correcto de tiempos verbales.			
	Comprende frases pasivas con verbos de acción.			
	Utiliza pronombres posesivos más claros: “para ti”, “para mí”.			
	Uso correcto de verbos irregulares.			

Nivel Lexicosemántico	Uso de preposiciones.			
	Aparecen los adverbios de tiempo “hoy”, “ayer” y “mañana”.			
	Comprende pronombres posesivos.			
	Comprende conceptos de: distancia, referente temporal (pronto, tarde), forma, longitud, cualidad (mismo, diferente), ancho, grosor.			
	Comprende conceptos témporo – espaciales: delante/detrás, antes/después, después/primero/último.			
Nivel Pragmático	Presencia de aspectos básicos de la toma de turno.			
	Usa partículas interrogativas ¿Qué? ¿Por qué?			
	Usa los verbos: pensar, olvidar y recordar.			
	Utiliza peticiones indirectas.			
5 años a 5 años 11 meses				
		Presente	Ausente	Observaciones
Nivel fonético-fonológico	Adquisición del fonema /r/, dífonos con /r/ y trabantes.			
	Conciencia fonológica desarrollada			
Nivel Morfosintáctico	Comprende y utiliza estructuras sintácticas más complejas: pasivas, condicionales, circunstanciales de tiempo, entre otras			
	Maneja posesivos grupales (nuestro).			
	Manejo de nexos coordinantes y subordinantes.			

	Produce de oraciones complejas			
	Comprende oraciones complejas.			
	Empleo del sistema pronominal, pronombres posesivos y verbos auxiliares.			
	Presencia de voz pasiva y conexiones adverbiales.			
Nivel lexicosemántico	Maneja atributos de edad.			
	Mayor apreciación del ayer y del mañana.			
	Identificación del humor y absurdos verbales.			
	Domina el concepto de orden			
Nivel Pragmático	Utiliza expresiones como ‘me gustaría’ o ‘supongo’.			
	Hace peticiones enmascaradas			
	Uso de explicaciones y justificaciones.			
	Utiliza tópicos de género			

Anexo 7

Programa de intervención fonoaudiológica basada en la estimulación del lenguaje

- Contenidos a tratar en niños y niñas de 3 años a 3 años 11 meses

	Contenidos	
	Aspectos expresivos	Aspectos comprensivos
Nivel fonético fonológico	Producción de dífonos consonánticos	Memoria y discriminación auditiva Conciencia silábica
Nivel morfosintáctico	Producción de oraciones de 3 o 4 elementos Manejo de oraciones compuestas manejo de pronombres personales	Comprensión de oraciones compuestas Comprende marcadores de género, número y tiempo
Nivel léxico-semántico	Léxico activo Producción de frases temporales; conceptos temporales como “ayer y hoy”, días de la semana, hora del día, etc. Uso de preposiciones	Léxico pasivo. Conceptos temporales. Aprendizaje de conectores. Comprensión de instrucciones de dos pasos. Conceptos de temperatura, colores, opuestos, tamaño, cantidad. Categorías semánticas básicas
Nivel pragmático	Intención comunicativa Inicio y mantención del tópico Toma de turnos Reparo de quiebres Adapta mensajes a la situación y los hablantes	

- Contenidos a tratar en niños y niñas de 4 años a 4 años 11 meses

	Contenidos	
	Aspectos expresivos	Aspectos comprensivos
Nivel fonético fonológico	- Adquisición de los fonemas /d/ y /r/ - Adquisición de dífonos vocálicos crecientes (ia, , io, iu, ua, ue ,ui, uo) y decrecientes (ai, ei, oi, au, eu, ou) y dífonos con /l/.	Percepción: - identificar y discriminar sonidos verbales y no verbales. Organización: - organizar la silabas y

	<ul style="list-style-type: none"> - Superar los procesos fonológicos de simplificación. - Mejorar la articulación de polisílabos 	fonemas según la estructura de su lengua
Nivel morfosintáctico	<ul style="list-style-type: none"> - Uso correcto de tiempos verbales. - Uso de pronombres posesivos: “para ti”, “para mí”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensión frases pasivas con verbos de acción. - Comprensión de pronombres posesivos: “para ti”, “para mí”.
Nivel léxico-semántico	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de preposición “con” significando instrumento. - Uso de adverbios de tiempo “hoy”, “ayer” y “mañana”. - Uso de conceptos temporo-espaciales, de distancia, de forma. - Aumentar el vocabulario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensión de pronombres posesivos más claros (“para ti”, “para mí”). - Comprensión de conceptos de: distancia, referente temporal (pronto, tarde), forma, longitud, cualidad (mismo, diferente), ancho, grosor. - Comprensión de conceptos témporo – espaciales: delante/detrás, antes/después, después/primero/último.
Nivel pragmático	Se desarrollan aspectos básicos de la toma de turno.	

- Contenidos a tratar en niños y niñas de 5 años a 5 años 11 meses

Contenidos		
	Aspectos expresivos	Aspectos comprensivos
Nivel fonético fonológico	<ul style="list-style-type: none"> - Adquisición del fonema /rr/, dífonos con /r/ y trabantes. - Adquisición del repertorio 	<p>Percepción:</p> <p>Establecer contrastes en base a los rasgos</p>

	<p>fonético completo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eliminación de los procesos de simplificación de la palabra. - Producción correcta de palabras con estructura silábica compleja. 	<p>distintivos. Organización:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar memoria secuencial y habilidad para producir de forma fluida secuencias de fonemas (procesamiento secuencial). - Desarrollar conciencia fonológica.
Nivel morfosintáctico	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de nexos coordinantes y subordinantes. - Uso de oraciones complejas, subordinadas hipotéticas y condicionales. - Producción de oraciones extensas: sujeto + verbo + objeto + lugar + tiempo. - Empleo del sistema pronominal, pronombres posesivos y verbos auxiliares. - Voz pasiva y conexiones adverbiales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensión de estructuras sintácticas más complejas: pasivas, condicionales, circunstanciales de tiempo, etc. - Comprensión oraciones complejas.
Nivel léxico-semántico	<p>Uso de preposiciones de localización y tiempo Expresiones de parentesco Vocabulario activo</p>	<p>Comprensión de conceptos abstractos Atributos de edad Comprensión de categorías semánticas complejas Vocabulario pasivo</p>
Nivel pragmático	<p>Predominio de la función interaccional. Responder atinentemente al tópico tratado. Presentar aptitudes emocionales estables y adecuadas a la situación (seriedad, paciencia, vergüenza). Desarrollo completo de la teoría de la Mente.</p>	

Anexo 8

	categoria tepsi	
	riesgo	retraso
hombre		
mujer		
mapuche		
no mapuche		
3 a 3 años 11 meses		
4 a 4 años 11 meses		
5 a 5 años 11 meses		
total		

Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column
	grupo experimental			grupo control				
	avance en habilidades		sin avances en habilidades		avance en habilidades		sin avances en habilidades	
mapuche								
no mapuche								
total								

Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column
	grupo experimental			grupo control				
	avance en habilidades		sin avances en habilidades		avance en habilidades		sin avances en habilidades	
3 a 3 años 11 meses								
4 a 4 años 11 meses								
5 a 5 años 11 meses								
total								

Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column
	grupo experimental			grupo control				
	avance en habilidades		sin avances en habilidades		avance en habilidades		sin avances en habilidades	
hombre								
mujer								
total								

REFERENCIAS

1. Bowyer-Crane C, Snowling MJ, Duff FJ, Fieldsend E, Carroll JM, Miles J, Götz K, Hulme C. Improving early language and literacy skills: differential effects of an oral language versus a phonology with reading intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008. Vol.49 No.4. pp 422-432
2. S. Christy Hicks, Christopher J. Rivera, and Charles L. Woodc. Using Direct Instruction: Teaching Preposition Use to Students With Intellectual Disability. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 2015. Vol.46. pp194-206.
3. Megan Y. Roberts, Ann P. Kaiser. Early Intervention for Toddlers With Language Delays: A Randomized Controlled Trial. *PEDIATRICS* Vol.135. No.4.
4. Fricke S, Bowyer-Crane C, Haley AJ, Hulme C, Snowling MJ. Efficacy of language intervention in the early years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* Vol.54. No.3 (2013), pp 28.
5. Pérez J. Introducción a sus principales conceptos y su definición. En Pérez J. *Psicología del desarrollo en la edad infantil*.
6. Owens R. *Desarrollo del Lenguaje*. 5ta ed. Madrid: Pearson Educación; 2003.
7. Pérez J. desarrollo físico y psicomotor. En Pérez J. *Psicología del desarrollo en la edad infantil*.
8. Pérez J. El desarrollo cognitivo. En Pérez J. *Psicología del desarrollo en la edad infantil*.
9. Mariscal S, Gallo M. Los inicios de la comunicación y el lenguaje. En Mariscal S. *Adquisición del lenguaje*. España: Síntesis; 2008. p. 129-157.
10. Universidad de la Frontera. *Pauta de Observación de precursores del lenguaje*.
11. Conti-Ramsden , Durkin K. Language Development and Assessment in the Preschool Period. *Neuropsychol Rev*. 2012 junio; 22.

12. Schonhaut L, Maggiolo M, De Barbieri Z, Rojas P, Salgado AM. Dificultades de lenguaje en preescolares: Concordancia entre el test TEPSI y la evaluación fonoaudiológica. revista chilena de pediatría. 2007 Agosto; 78(4)
13. Betancourt ML. Retraso del lenguaje. (Internet). (Citado el 16 de junio del 2016) Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/retraso_del_lenguaje_1.pdf.
14. M.D. Fresneda, E. Mendoza. Trastorno específico del lenguaje: concepto, clasificaciones y criterios de identificación. Revista de Neurología. 2005 junio; 41
15. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. 1a ed. Barcelona: Masson; 2001.
16. Wankoff L. Warning Signs in the Development of Speech, Language, and Communication: When to Refer to a Speech-Language Pathologist. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. 2011 agosto; 24(3).
17. De Barbieri O., Zulema; Maggiolo L., Mariangela; Alfaro Y., Selma.. Trastornos de la comunicación oral en niños que asisten a control de salud en un consultorio de atención primaria. Revista chilena de pediatría. 1999 febrero; 70(1).
18. Gattini C, Alvarez J. Salud en Chile 2010, Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile. Santiago de Chile, 2011.
19. Verdugo A. Políticas y Avances en la Atención Primaria de Salud. (Internet); 2015 (citado el 14 de junio del 2016). Disponible en: <http://www.achm.cl/Seminarios/CongresoSalud2015/PoliticasyAvancesAtencionPrimariaSalud.pdf>
20. Téllez Álvaro. Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. Departamento de Medicina familiar, Facultad de Medicina UC. 2006
21. Gobierno de Chile. Chile crece Contigo. (Internet). (citado 2016 junio 10). Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/sobre-chile-crece-contigo/que-es/>

22. Contigo Cc. Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: Guía para los equipos locales. (Internet); 2013 (citado el 14 de junio del 2016) Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/Orientaciones-t%C3%A9cnicas-para-las-modalidades-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-Marzo-2013.pdf>.
23. Cita damaris
24. Andrés Figueroa y cols. “Caracterización de las concepciones del ejercicio fonoaudiológico en Chile en los últimos 40 años” (Internet) Chile 2015 (citado el 12 de junio del 2016) Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138217/Figueroa%20Iturra%20Matus%20Mu%C3%B1oz.pdf?sequence=1>
25. De Barbieri, Z. (1999). Perfil profesional del fonoaudiólogo chileno. Revista Chilena de Fonoaudiología. 1 (2), pp. 5-13.
26. CESFAM Mena (s.f). Control Niño Sano. Recuperado de <http://cesfammena.cl/ctrlsano.html>
27. Gràcia M, Ausejo R, Porrás. Intervención temprana en comunicación y lenguaje: colaboración con las educadoras y familias de dos niños. Rev logopedia, foniatría y audiol. 2010;Vol 30(4):186-195.
28. Mendoza E. La evaluación del lenguaje: orientaciones alternativas. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología. 2010 Diciembre; 30(4).
29. Costalago E, Roque D, Garrido R, Bustamante A, Hernández M, Torres J. www.uam.es. (Internet); 2009 (citado el 12 de junio del 2016). Disponible en: http://uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Presentaciones/Pruebas_Estandarizadas.pdf.
30. Escobar A, Wölck W. Contaco lingüístico y la emergencia de variantes y variedades lingüísticas. Primera ed. Pérez J, Lara L, Perl M, Schwegler A, Zimmerman K, editors. Madrid: Vervuert Iberoamericana; 2009.
31. Fernández C. Cervantes.es. (Internet); 2013 (citado el 12 de junio del 2016). Disponible en:

http://congresosdelalengua.es/valparaiso/ponencias/america_lengua_espanola/fernandez_cesar_a.htm.

32. De Lamo C, Jin L. Evaluation of speech and language assessment approaches with bilingual children. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2011 Noviembre-diciembre; 46(6).
33. MINEDUC. www.mineduc.cl. (Internet); 2009 (citado el 14 de junio del 2016) disponible en: http://portales.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201304231500550.D_EC200900170.pdf.
34. Maggiolo M, De Barbieri Z. Programa de estimulación temprana del lenguaje. *Rev. Chilena de Fonoaudiol*, Santiago, N°1, pp. 31-40. 1999.
35. Bayona E, Bayona J, León-Sarmiento F. Neuroplasticidad, Neuromodulación y Neurorehabilitación: Tres conceptos distintos y un solo fin verdadero. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2011; 27 (1): 95-107.
36. Megan Y. Roberts, Ann P. Kaiser. Early Intervention for Toddlers With Language Delays: A Randomized Controlled Trial. *PEDIATRICS* Vol.135. No.4.
37. Fricke S, Bowyer-Crane C, Haley AJ, Hulme C, Snowling MJ. Efficacy of language intervention in the early years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* Vol.54. No.3 (2013), pp 28.
38. Luisa Schonhaut B., Mariangela Maggiolo L., Zulema de Barbieri O.2, Paulina Rojas N.1, Ana María -Salgado V. Dificultades de lenguaje en preescolares: Concordancia entre el test TEPSI y la evaluación fonoaudiológica. *Rev Chil Pediatr*. 2007. Vol.78. No.4. pp369-375.