



REPÚBLICA DE CUBA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR

UNIVERSIDAD DE MATANZAS

FACULTAD DE EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL

**LA ATENCIÓN LOGOPÉDICA A LA DISARTRIA EN LA DOCENCIA DE LA
DISCIPLINA LOGOPEDIA**

Tesis en opción al título académico de Máster en Educación Infantil.

Mención. Educación Especial

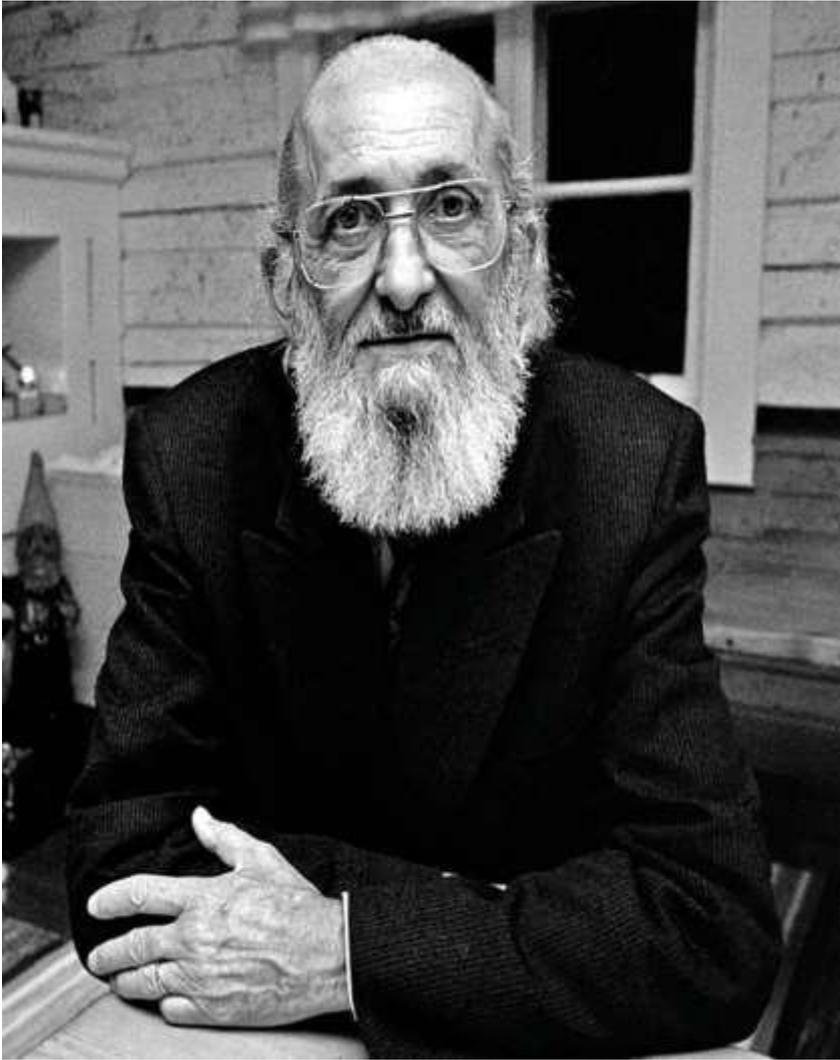
Autora: Lic. Yordanka Fagundo Borrego

Tutores: Prof. Tit., Haydee Acosta Morales, Dr. C.

Prof. Aux., Lic. Idania Delgado Jiménez, M.Sc.

Matanzas

2023



“Enseñar no es transferir conocimiento, sino crear las posibilidades para su propia producción o construcción”

Paulo Freire

Agradecimientos

A todas las personas que hicieron posible la realización de esta investigación, en particular:

- ❖ A mis amados hijos, por estar siempre apoyando mi superación profesional
- ❖ A mi nieta, luz en mi camino, esperanza renovada
- ❖ A mis tutoras Idania y Haydee por la ayuda desinteresada y el empeño de ayudar siempre a la superación de sus compañeros; por sus horas de desvelo y los conocimientos aportados
- ❖ A Rosita, por mis años de estudio, por la confianza depositada y las sugerencias realizadas, siempre tan oportunas
- ❖ A mis compañeros del Departamento de Educación Especial, por el apoyo brindado y el ánimo cuando me faltaron las fuerzas
- ❖ A mis profesores de la maestría, a esos buenos profesores, que me alentaron y transmitieron sus conocimientos
- ❖ A todos los que de una forma u otra hicieron posible la realización de esta investigación

Dedicatoria

- ❖ A esos niños que tienen privado o seriamente dañado el habla.
- ❖ A mis estudiantes de la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia.

RESUMEN

La investigación aborda una problemática actual relacionada con la atención logopédica a la disartria en la disciplina Logopedia. Los referentes teóricos que se asumen permiten definir este proceso y elaborar sus dimensiones e indicadores. La búsqueda de soluciones por la vía científica posibilita la delimitación de necesidades y potencialidades que caracterizan la docencia de la atención logopédica a la disartria en la disciplina Logopedia. El objetivo de la investigación consiste en diseñar un sistema de protocolos de casos para el estudio de la atención logopédica a la disartria en la docencia de la disciplina Logopedia. La validación teórica se realiza a partir del criterio de usuarios, con juicios valorativos positivos sobre la propuesta presentada.

ÍNDICE		PÁG
INTRODUCCIÓN		1
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL SOBRE EL ESTUDIO DE LA ATENCIÓN LOGOPÉDICA INTEGRAL DE LA DISARTRIA EN LA DISCIPLINA LOGOPEDIA		8
1.1	La docencia de la disciplina Logopedia en la formación del maestro logopeda	8
1.1.1	Generalidades acerca de la atención logopédica integral	15
1.2	Consideraciones acerca de la disartria. Su atención logopédica integral	19
	Conclusiones parciales	30
CAPITULO II: CAPITULO II: DIAGNOSTICO DEL ESTADO ACTUAL DE LA DOCENCIA DE LA ATENCIÓN LOGOPÉDICA A LA DISARTRIA EN LA DISCIPLINA LOGOPEDIA		31
2.1	Descripción de la metodología de investigación utilizada	31
2.2	Caracterización del estudio de la atención logopédica integral a la disartria en la docencia de la disciplina Logopedia en la Universidad de Matanzas	32
2.3	Sistema de protocolos para la docencia de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia	40
2.4	Validación teórica del sistema de protocolos para la docencia de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia mediante el criterio de usuarios.	56
	Conclusiones parciales	59
CONCLUSIONES		60
RECOMENDACIONES		61
BIBLIOGRAFÍA		
ANEXOS		

INTRODUCCIÓN

La formación de los profesionales de la educación a lo largo de la humanidad se ha desarrollado de diversas maneras, según las demandas sociales y el progreso que alcanzan las ciencias pedagógicas. En Cuba, desde los inicios de este proceso “los representantes de la Pedagogía del siglo XIX cubano defendieron la cientificidad de la enseñanza, como condición indispensable para la correcta formación del hombre” (Escribano, 1999, p.5). La sociedad cubana aspira a que estos profesionales adquieran una preparación integral con una sólida formación ética, moral, político-ideológica, con conocimientos para insertarse en un mundo que se caracteriza por el desarrollo vertiginoso de la ciencia y la técnica.

El perfeccionamiento continuo de la Educación requiere hoy de un profesional preparado en lo político, psicológico, pedagógico y didáctico, con dominio del contenido del proceso educativo, capaz de una labor educativa flexible e innovadora que vincule los objetivos generales en la formación de niños, adolescentes y jóvenes, con las singularidades de cada uno, incluyendo las particularidades de la institución educativa y de su entorno.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, establece una visión transformadora hacia la sostenibilidad económica, social y ambiental de los estados miembros. El objetivo cuatro de la Agenda, va dirigido a garantizar una educación inclusiva, equitativa, de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos. Entre sus metas se incluye el aseguramiento de que “todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria” (CEPAL, 2016, p. 2).

Borges et al. (2015) refiere que el contexto educacional cubano, para el logro de tal aspiración, acomete, consolida transformaciones y se proyecta por elevar la calidad de la educación con equidad, para que todos los niños y sus familias encuentren en ella lo que necesitan para desarrollarse. Los profesionales de la educación laboran sin descanso en el propósito de formar ciudadanos que puedan integrarse activa y creadoramente al progreso social para el logro del máximo desarrollo integral posible de las personas con necesidades educativas

especiales, en cualquier contexto, de modo que les permita enfrentar con diversos niveles de independencia su inclusión social.

Garantizar una educación de calidad a los educandos, sobre todo en aquellos que presentan necesidades educativas especiales asociadas al lenguaje, constituye un reto para la escuela cubana actual, pues cada uno debe ser atendido según sus características individuales, necesidades e intereses, lo cual demanda de un proceso de formación donde se desarrollen las habilidades necesarias para enfrentar este proceso.

Estas consideraciones son tenidas en cuenta en el desarrollo de la Logopedia actual, donde el carácter preventivo de toda intervención prevalece en la atención logopédica integral, considerada como:

proceso especializado dirigido por el logopeda, de carácter integral, multi e interdisciplinario que se desarrolla preferentemente, en los diferentes contextos educativos, preescolares y escolares, la familia y la comunidad. Se inicia con el diagnóstico y utiliza como vía el método integral de atención logopédica, las ayudas, recursos y apoyos que propician la prevención, la estimulación y el desarrollo del lenguaje, la corrección y la compensación de los trastornos del lenguaje y de la comunicación, el desarrollo multilateral del niño y la evaluación y seguimiento de los resultados. (Fernández & Rodríguez, 2012, p.45)

El artículo 9 de la Resolución 47 refiere:

El plan de estudio de la carrera es la expresión formal y escrita que recoge el proyecto elaborado para la formación del profesional de perfil amplio que se desea formar, y constituye la guía obligatoria a seguir por parte de profesores y estudiantes para garantizar egresados con un desempeño eficaz y responsable en el ejercicio de la profesión (MES, 2022, p.4).

El eslabón base del profesional de la Educación. Logopedia se considera como el proceso de atención logopédica integral a niños, adolescentes y jóvenes en las instituciones educativas preescolares y escolares, regulares y especiales. Desde esta perspectiva se determinan problemas profesionales comunes y específicos que el profesional de esta educación debe resolver.

Para el logro de este propósito el MES (2016) se propone entre estos problemas profesionales: “El diagnóstico y caracterización de niños, adolescentes, jóvenes con trastornos del lenguaje y la comunicación, del grupo,

el entorno familiar y comunitario donde se desenvuelve, y la necesidad de diseñar o rediseñar las estrategias de atención logopédica integral” (p.7).

Se plantea, además: “La dirección del proceso de atención logopédica integral, con un enfoque humanista, preventivo, diferenciado, correctivo compensatorio y desarrollador para dar solución a las necesidades del desarrollo de capacidades y potencialidades individuales de los educandos con trastornos del lenguaje y la comunicación que potencien prácticas cada vez más inclusivas, a fin de lograr la integración social más plena posible, con el mayor grado de equidad y justicia social” (p.7).

Por tanto, corresponde a los profesores de la Universidad y de las instituciones educativas, formar a un educador que ame su profesión y tenga una jerarquía de valores en correspondencia con los priorizados por la educación cubana y capacidades a partir de un enfoque profesional pedagógico que le permita interiorizar en su modo de actuación.

La forma organizativa del trabajo docente es la estructuración de la actividad del profesor y de los estudiantes, con el fin de lograr el cumplimiento de los objetivos previstos en los planes de estudio, de la manera más eficiente y eficaz (MES, 2022).

En el desarrollo de las diferentes formas organizativas es esencial que el profesor garantice la actividad y la comunicación de los estudiantes en un clima afectivo y logre despertar el interés por el contenido objeto de aprendizaje, de modo que se sientan comprometidos con el logro de los objetivos a alcanzar (MES, 2022). En la formación del maestro logopeda, se hace necesaria la búsqueda de vías y recursos para el estudio de trastornos que resultan complejos, como es el caso específico de la disartria, por considerarse la alteración más compleja del componente sonoro del lenguaje.

En esta Tesis, se considera la docencia como un proceso que implica la relación entre el profesor y el estudiante; en ese proceso, el profesor transmite sus conocimientos y experiencias sobre la disartria, busca los recursos necesarios con el objetivo de mediar en el aprendizaje del estudiante, de ayudarlo a penetrar, tanto en el conocimiento del trastorno, como en su atención integral.

La búsqueda teórica en la bibliografía especializada relacionada con la intervención logopédica en niños con disartria revela que, a nivel internacional,

se han realizado muchos estudios desde el área de las ciencias médicas, investigadores como Carrión, J. L (2001), Castellanos, J. (2003), Vélez, M.I, González, M (2013), Peña, J. (2014), Moran, et al.; M.R, Vera, L.Y, Moran Franco, M. R (2017) realizan aportes relacionados con la rehabilitación de la fonación, técnicas para el tratamiento del habla y del lenguaje, la fonética articuladora y el aparato fonoarticulatorio. Igualmente existe consenso en las formas de su abordaje.

En Cuba, la escasa bibliografía especializada ofrece aspectos relacionados con la atención logopédica a los educandos con disartria. Las investigaciones realizadas han estado asociadas a casos con parálisis cerebral: Betancourt, E. (2014); Martínez, Y. (2015); López, M. (2016); Galindo, O. (2017); Sánchez, A. (2018), las que constituyen punto de partida en este estudio. Entre los aspectos que abordan se encuentran: la orientación familiar, la superación del maestro ambulante en cuanto al desarrollo de la motricidad, protocolo de actuación en su tratamiento, así como la atención logopédica mediante clases logopédicas. Sin embargo, resultan insuficientes los estudios relacionados específicamente con la docencia en este tema.

Las acciones de detección, diagnóstico e intervención en casos diagnosticados con disartria se ejecutan de manera conjunta con el Ministerio de Salud Pública, ya que se trata de síntomas neurológicos complejos, cuya evolución y expresión clínica están relacionadas con el daño neurológico causal; de ahí la importancia de la preparación del maestro logopeda en formación en la prevención, corrección y/o compensación de dicho trastorno, para lo cual es imprescindible el desarrollo de actividades prácticas sobre la base de casos ya diagnosticados, que contribuyan al desarrollo de habilidades para la dirección del proceso de atención logopédica integral.

El estudio de fuentes de la literatura general y especializada, de documentos rectores como el Modelo del Profesional y el Programa de la disciplina Logopedia, los intercambios científicos con profesores y estudiantes de la carrera Logopedia, unido a la experiencia profesional de la autora de esta Tesis, posibilitan resumir la **situación problemática siguiente:**

- Persisten dificultades relacionadas con la docencia en el tema de la atención logopédica integral a la disartria, específicamente en cuanto a: la evaluación de síntomas, su clasificación, la localización de casos en la práctica pedagógica, la

elaboración y modelación de la estrategia de intervención logopédica, la inexistencia de explicaciones necesarias que favorezcan la comprensión de este trastorno para su diagnóstico, la vinculación con los especialistas en Neurología.

Dicha situación revela una contradicción entre la complejidad de la atención logopédica integral a la disartria y las insuficientes vías para la docencia en la disciplina Logopedia.

De dicha contradicción emana como **problema científico**: ¿Cómo potenciar la docencia de la atención logopédica integral a la disartria desde la disciplina Logopedia? El **objeto de investigación** es la atención logopédica integral a la disartria, en un **campo de acción** que comprende la docencia en la disciplina Logopedia.

Se precisa como **objetivo**: Diseñar un sistema de protocolos de atención logopédica integral a la disartria para la docencia en la disciplina Logopedia.

Las **preguntas científicas** que guían la investigación son:

1. ¿Cuáles son los referentes teóricos que sustentan la docencia de la atención logopédica integral a la disartria desde la disciplina Logopedia?
2. ¿Cuál es el estado actual que presenta la docencia de la atención logopédica integral a la disartria desde la disciplina Logopedia en la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia, en la Universidad de Matanzas?
3. ¿Cómo estructurar un sistema de protocolos para la docencia de la atención logopédica integral a la disartria desde la disciplina Logopedia en la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia, en la Universidad de Matanzas?
4. ¿Qué juicios de valor confirman la pertinencia y validez del sistema de protocolos propuesto?

Durante el proceso investigativo se cumplen las **tareas investigativas** siguientes:

1. Determinación de los referentes teóricos que sustentan la docencia de la atención logopédica integral a la disartria desde la disciplina Logopedia.
2. Caracterización del estado actual que presenta la docencia de la atención logopédica integral a la disartria desde la disciplina Logopedia en la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia, en la Universidad de Matanzas.

3. Estructuración de un sistema de protocolos para la docencia de la atención logopédica integral a la disartria desde la disciplina Logopedia en la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia, en la Universidad de Matanzas.
4. Constatación de los juicios de valor que confirman la pertinencia y validez del sistema de protocolos propuesto.

En esta investigación se emplea un sistema de métodos teóricos, empíricos y matemático-estadísticos, sustentados en el enfoque general de la dialéctica materialista del marxismo leninismo, como método general del conocimiento.

Entre los métodos teóricos se emplean el analítico-sintético y el inductivo deductivo, los que posibilitan el estudio de los referentes teóricos acerca de la docencia en relación con la atención integral a la disartria desde la disciplina Logopedia, además de estar presentes durante la fundamentación del sistema de protocolos propuesto. La modelación posibilita la elaboración del sistema de protocolos.

Los métodos empíricos utilizados son: el estudio de documentos, con el objetivo de valorar las precisiones vinculadas al estudio de la atención logopédica integral de la disartria en la disciplina Logopedia de la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia.

La observación a clases prácticas con el objetivo de valorar las condiciones creadas para el desarrollo de habilidades teórico-prácticas relacionadas con la dirección de la atención logopédica integral de la disartria en los estudiantes de la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia.

Se emplea la entrevista a profesores de la disciplina Logopedia para constatar las dificultades que presentan durante la docencia en el tema de la atención integral a la disartria.

La escala valorativa se aplica a estudiantes de segundo año para analizar las opiniones que poseen los estudiantes sobre su preparación para el estudio de la atención logopédica integral de la disartria en la disciplina Logopedia.

El criterio de usuarios a estudiantes y profesores para comprobar la pertinencia y posibilidades de aplicación en la docencia del sistema de protocolos para el estudio de la atención logopédica a la disartria, se emplea el criterio de los estudiantes y profesores como usuarios directos de la propuesta.

Para la cuantificación y procesamiento de los datos obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos diseñados, se utiliza el cálculo porcentual.

La investigación se desarrolla en la carrera Licenciatura en Educación.

Logopedia del Departamento de Educación Especial de la Universidad de Matanzas. A partir de un criterio intencional se seleccionan dos unidades de estudio fundamentales, las que se organizan como se describe a continuación:

Unidad de estudio I: Constituida por 12 estudiantes del segundo año de la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia, del curso diurno.

Unidad de estudio II: Integrada por los cinco profesores que imparten la asignatura Logopedia.

La **significación práctica** de la investigación se concreta en la creación de un sistema de protocolos de casos reales con disartria de diferentes periodos etarios, localizados desde diferentes fuentes, los que podrán ser utilizados como recursos por los profesores durante la docencia y en clases prácticas para el desarrollo de habilidades en los estudiantes para la dirección del proceso de atención logopédica integral a este trastorno.

El informe investigativo está estructurado en introducción, dos capítulos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos. En el primer capítulo se presentan los referentes teóricos acerca del estudio de la atención logopédica integral de la disartria en la docencia de la disciplina Logopedia, además de la definición y operacionalización de la variable fundamental. En el segundo, se describen los resultados del diagnóstico del estado actual del problema que se investiga y se presenta el sistema de protocolos, la explicación necesaria y el proceder metodológico para su utilización.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL SOBRE EL ESTUDIO DE LA ATENCIÓN LOGOPÉDICA INTEGRAL DE LA DISARTRIA EN LA DISCIPLINA LOGOPEDIA

En este capítulo se abordan aspectos relacionados con el estudio de la atención logopédica integral de la disartria en la disciplina Logopedia. Se abordan referentes acerca de la disciplina Logopedia y el papel que desempeña la docencia en la formación del maestro logopeda para la dirección del proceso de atención logopédica y sus particularidades en casos de disartria.

1.1. La docencia de la disciplina Logopedia en la formación del maestro logopeda

El advenimiento de las especializaciones tuvo su inicio en la dualidad sujeto-objeto, plasmada bajo el concepto de “disciplina”, a finales del siglo XIX en Francia.

La raíz “disciplina” surgió con la aparición de las Universidades en el siglo XII. Pese a que la interdisciplinariedad constituyó una expresión en avance durante el siglo XX, se pueden individualizar tres etapas. La primera, su surgimiento con el pensamiento occidental, desde los clásicos de la antigua Grecia hasta los pensadores contemporáneos (Grisolia, 2016). Una disciplina académica o campo de estudio es el desarrollo del conocimiento sobre un tema en específico, el cual es pensado o investigado en una escuela superior o un centro de estudios.

Los programas de las disciplinas de formación general se elaboran a partir de las indicaciones que emiten las direcciones especializadas del Ministerio de Educación Superior. Las comisiones nacionales de carreras trabajan de conjunto con estas direcciones para garantizar el cumplimiento de los objetivos trazados por cada disciplina y contribuir a la formación integral de los estudiantes (MES, 2022), lo cual tiene salida en el trabajo docente que se desarrolla, que es la ejecución del plan del proceso docente educativo para el cumplimiento de los objetivos generales previstos en los planes de estudio de las carreras.

MES (2022), en el artículo 268 se plantea que:

La primera prioridad en el trabajo docente es la correcta aplicación del enfoque integral para la labor educativa en las instituciones de educación superior, que

se concreta en todas las actividades docentes que se realicen. De esta forma, se propicia la formación integral de los estudiantes desde las disciplinas previstas en el plan de estudio. (p.72)

En el desarrollo de las diferentes formas organizativas es esencial que el profesor garantice la actividad y la comunicación de los estudiantes en un clima afectivo y logre despertar el interés por el contenido objeto de aprendizaje, de modo que se sientan comprometidos con el logro de los objetivos previstos.

La disciplina Logopedia forma parte del currículo base del Plan de Proceso Docente (PPD) y es considerada como una disciplina del ejercicio de la profesión en la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia. De ahí que asegure el dominio de los modos de actuación para la dirección del proceso de atención logopédica integral en el futuro profesional, en tanto contribuye a la adquisición de habilidades profesionales, según las exigencias del Modelo del Profesional.

La Logopedia como disciplina científica es básica en la formación del futuro maestro logopeda, quien se desempeñará como especialista en el contexto preescolar y escolar, tiene un mayor espacio teórico y práctico en el plan curricular de la carrera por su aporte específico de conocimientos y habilidades profesionales que lo preparan para la labor preventiva- educativa - correctiva y orientadora en el proceso de atención integral a los trastornos del lenguaje y la comunicación, así como la estimulación y desarrollo de la lengua materna desde las primeras edades.

Esta disciplina se sustenta en un enfoque ontogenético del desarrollo humano, en las concepciones más actuales del diagnóstico psicopedagógico, las que propician la comprensión de los trastornos del lenguaje y la comunicación. Por eso, constituye un tema medular la caracterización integral de los educandos, y en particular, la exploración de las especificidades lingüísticas, cognitivas y comunicativas, a partir del modelo dinámico e interactivo, que reconoce la variabilidad del desarrollo para la elaboración de estrategias pedagógicas diferenciadas y personalizadas, con el apoyo de métodos de investigación científica (MES, 2016).

El sistema de conocimientos, habilidades y valores de esta disciplina está basado en los conceptos más generales del lenguaje y la comunicación, a la luz de diferentes ciencias afines, las que contribuyen al perfeccionamiento del

proceso pedagógico al considerar la inseparable relación entre lenguaje, pensamiento, comunicación, aprendizaje y desarrollo humano, cuya integración constituye el fundamento principal del objeto de estudio de la Logopedia como disciplina científica y su campo de acción en las instituciones educativas, la familia y la comunidad.

La disciplina responde a una de las exigencias del currículo general, el de propiciar el aspecto comunicativo de la lengua para potenciar la competencia comunicativa, el acceso al aprendizaje y a la cultura. Se prepara al futuro profesional para que, mediante la comunicación educativa en las diferentes actividades, identifique en los educandos cuáles son sus preferencias, motivaciones, estrategias de aprendizaje, cómo se comunica, utiliza el lenguaje no verbal, la manera en que expresa sus emociones, qué uso da al lenguaje y la calidad de este: durante la clase, en el tratamiento logopédico individual y grupal.

Además de lo anterior, para que aproveche dicho conocimiento en su actividad cotidiana, con el propósito de lograr los niveles de profundización para argumentar sobre sólidas bases científicas su actividad profesional y dirigir el proceso de atención logopédica de los trastornos del lenguaje y la comunicación.

La disciplina Logopedia está compuesta por seis asignaturas: Logopedia I, II, III, IV, V y VI, en Curso Diurno. En ella se aborda un sistema de conocimientos y habilidades que preparan al futuro maestro para la atención logopédica integral a los trastornos del lenguaje y la comunicación, desde un enfoque preventivo y estimulador del desarrollo, que incluye la atención directa (individual, grupal), la orientación a educadores, a la familia y otros especialistas para facilitar la comunicación y el aprendizaje, en función del desarrollo de la personalidad.

Su campo de acción de la disciplina es amplio, abarca la estimulación y desarrollo del lenguaje desde las primeras edades, la educación regular primaria y especial, la orientación familiar y comunitaria, así como el trabajo en el CDO (MES, 2016).

Constituyen fundamentos de la disciplina Logopedia los postulados de la teoría histórico-cultural de Vigotski, L.S. y seguidores, los cuales permiten la comprensión de las potencialidades del contexto pedagógico para el desarrollo

del proceso de atención logopédica integral. Se asume desde esta teoría lo relacionado con el concepto de enseñanza, como conductora del desarrollo, que ofrece las herramientas y dirige su interrelación (papel mediador-directivo) para la apropiación cultural (herencia cultural).

De vital importancia es la comprensión de los dos principios fundamentales establecidos en dicha teoría, el del desarrollo histórico-cultural de la psiquis humana y la estructura sistémica de los procesos psicológicos. El primero argumenta que el niño no nace con los procesos psicológicos estructurados, pues toda su psiquis se desarrolla durante la actividad y la comunicación, basada en la educación y en la enseñanza socialmente organizada. En el segundo principio se destaca que la psiquis humana no se puede dividir en funciones aisladas (lenguaje, memoria, percepción, etc.), debido a que constituye un sistema en el cual confluyen, de manera dialéctica y dinámica, todos sus elementos.

Entre los objetivos generales de la disciplina se encuentran:

- Desarrollar hábitos y habilidades profesionales pedagógicas que preparen al estudiante para la solución de problemas en el proceso de atención logopédica integral:
- Diagnosticar los trastornos del lenguaje y la comunicación de los niños, adolescentes, jóvenes, de su entorno educativo; a través de la caracterización y la aplicación de diferentes métodos, procedimientos, técnicas e instrumentos, emitir impresión diagnóstica y pronóstico de corrección para el diseño de estrategias de atención logopédica integral que satisfagan necesidades y desarrollen potencialidades.
- Dirigir el proceso de atención logopédica integral en niños, adolescentes y jóvenes con un enfoque humanista, ideopolítico, diferenciado, correctivo-compensatorio y preventivo en diferentes contextos educativos, para lograr prácticas cada vez más inclusivas.
- Orientar a la familia y otros agentes educativos sobre la conducta a seguir con los niños, adolescentes y jóvenes que presentan trastornos del lenguaje y la comunicación.
- Fundamentar el empleo de recursos didácticos como software educativo, aditamentos, equipos, programas especiales, otros medios audiovisuales, los

Sistemas Aumentativos de Comunicación entre otros, en la atención a los niños, adolescentes y jóvenes que presentan trastornos severos del lenguaje oral y escrito.

- Aplicar el método científico en la solución de los problemas generales y específicos de la Logopedia para el perfeccionamiento de la atención a los trastornos del lenguaje y la comunicación haciendo uso de la lengua inglesa y las tecnologías de la información y las comunicaciones.
- Autoevaluar el proceso de atención logopédica y los resultados de la preparación ideopolítica, económica, jurídica, científica, cultural y como modelo lingüístico de acuerdo con sus necesidades personales, profesionales y sociales.

Se considera que no es necesaria la separación del segundo y tercer objetivo declarado en el Programa de la disciplina, ya que en la dirección del proceso de atención logopédica integral en niños, adolescentes y jóvenes, está implícito el diagnóstico de los trastornos del lenguaje y la comunicación; a través de la caracterización y la aplicación de diferentes métodos, procedimientos, técnicas e instrumentos, por considerarse el punto de partida de esta dirección como eslabón base de la formación de este profesional.

Lo que se desarrolla a través de la docencia, la cual se considera una práctica social que se caracteriza por la transmisión de conocimientos, habilidades y valores a través de la enseñanza. Esta práctica se realiza en diversos contextos, como la familia, la escuela, la universidad y el trabajo.

La docencia implica la relación entre un docente y un estudiante, en la que el primero transmite su conocimiento y experiencia al segundo. El objetivo de la docencia es facilitar el aprendizaje del estudiante y ayudarlo a alcanzar sus metas académicas y profesionales.

La docencia se ha definido de diversas maneras por diferentes autores. Según Freire (1996), refiere que la docencia es una práctica liberadora que permite a los estudiantes construir su propio conocimiento a partir de su experiencia personal. Para Freire, la enseñanza debe ser dialogada y crítica, y el docente debe ser un mediador en el proceso de aprendizaje.

El proceso pedagógico tomando en cuenta al estudiante no como sujeto pasivo sino como activo y agente de su propio aprendizaje es el gran reto, partiendo

del estudiante, de sus intereses y de su conocimiento en un proceso dialógico (Freire, 1996).

La docencia es el proceso de enseñanza y aprendizaje en el que un profesor transmite conocimientos y habilidades a un estudiante. Según Freire (1996), el objetivo de la docencia es transformar la realidad social y política de los estudiantes, y no solo transmitir información. Refiere que un buen profesor debe ser capaz de despertar el deseo de aprender en sus estudiantes, y de motivarlos a tomar acción para cambiar el mundo.

Para este experto en educación brasileño, el hecho educativo es un acto político y ético, y que a través suyo es posible lograr cambios en las personas que les permitan ser educadas y mejores. Recalca que es más importante dar valor al hecho de aprender, de dar las herramientas para adquirir un aprendizaje, que enseñar, porque para él, quien forma se forma y re-forma al formar y quien es formado se forma y forma al ser formado (Freire, 1996).

En el sitio Mundobytes, se refieren varias definiciones de autores que han tratado de dar una definición más amplia y profunda de este concepto. A continuación se presentan algunas de las más relevantes.

Martínez (1999) insiste en evaluar la comprensión e interpretación. No se trata de que estudiantes coincidan con los puntos de vista del profesor sino que presente rigor lógico y argumentos de alta calidad para sustentar sus propias ideas. El docente cuando se compromete con estas máximas, desarrolla un ambiente de clases idóneo, que no es uno formulado o esperado, sino el adecuado para cada grupo de estudiantes.

Noam Chomsky, por su parte, define la docencia como una práctica social que tiene como objetivo transmitir los conocimientos, habilidades y valores necesarios para que las personas puedan vivir de manera independiente y participar plenamente en la vida social.

La docencia es una práctica social que tiene como objetivo facilitar el aprendizaje de los estudiantes. La enseñanza debe ser dialogada y crítica, y el docente debe ser un mediador en el proceso de aprendizaje.

La docencia, según Piaget, es el proceso de enseñanza y aprendizaje que se produce entre un adulto y un niño. En este proceso, el adulto transmite conocimientos y habilidades al niño, mientras este último las internaliza y las utiliza para comprender el mundo que le rodea.

Según Vigotsky, el docente es una persona que tiene el conocimiento y la capacidad de enseñar a otros. El docente es una figura clave en el proceso de aprendizaje, ya que es quien transmite el conocimiento y guía al estudiante en el proceso de aprendizaje.

La docencia es la actividad de enseñanza y el trabajo que los educadores realizan con sus estudiantes en un aula de clase o en otro entorno educativo. Los educadores utilizan una variedad de enfoques para guiar a sus estudiantes en el aprendizaje, y pueden enseñar a individuos o grupos. La docencia también se puede definir como el proceso de ayudar a otros a aprender, ya sea en un entorno formal o informal.

La docencia está relacionada con el acto de enseñar, especialmente en una escuela o en una universidad.

Para Aristóteles, la docencia es una "actividad natural", ya que es "instintivo" para el ser humano buscar el conocimiento. En su opinión, el docente debe guiar al estudiante en su "búsqueda del conocimiento, de forma que pueda llegar a él por sí mismo".

Immanuel Kant, por su parte, define la docencia como "un arte que requiere tanto talento como ciencia". Para él, el docente debe transmitir el conocimiento de forma clara y precisa, de modo que el estudiante pueda comprenderlo y asimilarlo.

Johann Wolfgang von Goethe, en cambio, considera la docencia como una "vocación": el docente debe estar motivado por el deseo de ayudar a los estudiantes a adquirir el conocimiento, y no solo por el interés económico o el prestigio social.

El análisis de las definiciones anteriores permite afirmar que la docencia es una actividad que requiere ciertas habilidades y conocimientos, y que tiene como objetivo principal ayudar a los estudiantes a aprender. Las principales características de la docencia son el conocimiento de los contenidos de la materia, la capacidad de explicar los contenidos de manera comprensible para los estudiantes, la capacidad de motivarlos y de evaluar su aprendizaje.

El objetivo de la docencia es impartir conocimientos a los estudiantes de manera que puedan comprender y aplicar lo aprendido. La docencia también involucra el desarrollo de las habilidades y destrezas necesarias para que los estudiantes puedan obtener el máximo provecho de su educación.

Tales presupuestos son tenidos en cuenta en la docencia de la atención logopédica integral a la disartria en la formación del maestro logopeda.

1.1.1 Generalidades acerca de la atención logopédica integral

El Sistema Nacional de Educación de Cuba se empeña por elevar la calidad de los servicios con equidad, igualdad de oportunidades y justicia social plena, especialmente dirigida a la corrección y/o compensación, el desarrollo y enriquecimiento del lenguaje y de las habilidades comunicativas que se efectúan en diferentes modalidades en las instituciones educativas, que contempla un tratamiento individual diferenciado que propicie el desarrollo de las potencialidades del escolar, fundamento decisivo para el proceso de aprendizaje y desarrollo integral.

En la actualidad, todas las acciones educativas deben ir encaminadas a prevenir las posibles desviaciones del desarrollo de los niños, es decir: ser atendidos tempranamente de manera que se pueda estimular su desarrollo y sus potencialidades mediante la orientación oportuna y especializada a la familia, incluyendo el desarrollo integral del niño y su socialización e integración plena a la sociedad.

Se corresponde con este modelo actuante el método de atención logopédica integral que incluye la acción multidisciplinaria e integrada de médicos, educadores, logopedas, trabajador social, padres y todo el entorno que rodea al niño. Se estructura a partir de la atención médica, psicoterapéutica, pedagógica, logopédica y de la familia. Entre los especialistas fundamentales, se encuentran: los médicos, psicoterapeutas y pedagogos.

El proceso de atención logopédica se concibe en forma de alternativas pedagógicas que se insertan en la dirección de la docencia, al estructurar los niveles de prevención para las personas con necesidades educativas especiales en la comunicación verbal, distinguiéndose su carácter procesal, sistémico, al ofrecer opciones pedagógicas, ser flexibles, variable y diferenciado porque depende de cada persona y contexto y es susceptible de generalización (Pérez, 2002).

La atención logopédica es el proceso especializado dirigido por el logopeda; de carácter integral, multi e interdisciplinario que se desarrolla preferentemente, en los diferentes contextos educativos, preescolares y escolares, la familia y la comunidad. Tiene como objetivo prevenir, corregir y compensar los trastornos

del lenguaje y desarrollar al máximo de las posibilidades las habilidades comunicativas de las personas, independientemente del tipo de lenguaje, lengua o sistema que utilicen para lograr una comunicación de calidad que propicie el proceso de inclusión sociocultural.(Fernández & Rodríguez, 2012, p.19)

Este proceso se inicia con el diagnóstico y utiliza como vía el método integral de atención logopédica, las ayudas, recursos y apoyos que propician la prevención, la estimulación y el desarrollo del lenguaje, la corrección y la compensación de los trastornos del lenguaje y de la comunicación, el desarrollo multilateral del educando y la evaluación y seguimiento de los resultados.

La atención logopédica tiene dos componentes básicos (teórico y práctico) y establece relaciones estructurales y jerárquicas; incluye la atención primaria de salud y la estimulación temprana, escolar y de jóvenes. Este componente práctico tiene un carácter abierto, flexible y dinámico, con la acción conjunta de los agentes educativos por excelencia: la familia y la comunidad, mediante la orientación de especialistas de las áreas de salud y educación, promotores y ejecutores.

La atención logopédica integral en las instituciones educacionales, desde la organización escolar y del docente, se estructura en cuatro etapas en el curso escolar: la etapa organizativa, de exploración logopédica, tratamiento logopédico y evaluación logopédica y seguimiento.

En estas etapas y su consecución, está implícita la habilidad de dirección de la clase o tratamiento logopédico. Esta habilidad requiere de las acciones siguientes: organizar, planificar, ejecutar y controlar; por tanto para dirigir la atención logopédica en las instituciones educacionales debe existir un dominio por parte del logopeda del contenido de cada una de ellas para la organización del trabajo en el aula logopédica.

El método integral para la atención logopédica incluye la acción interdisciplinaria e integrada de médicos (neurólogos, pediatras, psiquiatras), psicólogos, maestros, educadoras, logopedas, trabajador social, padres y todo el entorno que rodea al educando. Se estructura a partir de la atención médica, psicoterapéutica, pedagógica, logopédica y de la familia.

Entre los objetivos de la atención logopédica se encuentran:

- Prevenir los trastornos del lenguaje y la comunicación.

- Desarrollar al máximo las habilidades para comunicar e interactuar en su variante oral, escrita u otras formas de comunicación.
- Corregir y/o compensar los trastornos del lenguaje y la comunicación.

La función del logopeda consiste en establecer, favorecer, facilitar y potenciar la comunicación, en su sentido más amplio.

Por el perfil pedagógico del maestro logopeda, el tema del aprendizaje, la calidad y posibles trastornos son de su responsabilidad y competencia; es quien debe elaborar la estrategia de intervención logopédica y como parte importante de ella, orientar al resto de las agencias socializadoras, con énfasis en el maestro y realizar las correspondientes visitas para comprobar el nivel de cumplimiento de dichas orientaciones.

En el desarrollo de la atención logopédica integral se debe tener precisión de las categorías de su ciencia y el sistema de relaciones que establece con otras afines, con énfasis en las ciencias de la educación de modo que fundamente sobre sólidas bases científicas su quehacer profesional.

Existen contradicciones entre los especialistas acerca de la denominación de **“tratamiento logopédico”** a la actividad que desarrolla el maestro logopeda con los educandos, en función de la prevención, corrección y/o compensación de los trastornos del lenguaje y la comunicación, en el que a pesar de tener presente lo educativo se pondera lo correctivo-compensatorio desde una posición de intervención y no se revela en toda su magnitud el trabajo logopédico que desarrolla este profesional también, desde el punto de vista educativo.

Calzadilla (2015) refiere la adopción de las siguientes formas de organización en el trabajo logopédico: la *actividad logopédica* (vía directa e indirecta) y la *clase logopédica* (vía directa).

Las *actividades logopédicas* (vía directa) se conciben como la atención directa que brinda el logopeda a un educando de forma individual o colectiva y se planifican para, aproximadamente, un tiempo de 15 a 20 minutos; en su otra variante, en la atención indirecta las actividades logopédicas son ejecutadas por los demás agentes que intervienen en el proceso (maestros, especialistas y familia), y se llevan a cabo dentro del currículo en el caso de los docentes, en un tiempo que oscila entre 5 a 10 minutos, según el contexto, y con objetivos

específicos correctivos y/o compensatorios; y en el hogar, por parte de la familia, con estas mismas características (Calzadilla, 2015).

Las actividades logopédicas que desarrolla este profesional de forma directa, se estructuran de manera que en el tiempo previsto se cumpla con el objetivo correctivo, por lo que en estas se enfatiza en corregir y/o compensar los trastornos del lenguaje y la comunicación que presentan los educandos, con métodos específicos según el diagnóstico. Se concibe en la parte inicial la motivación y el mayor tiempo recae en el desarrollo, mediante la actividad correctiva, e incluye la despedida y valoración en la parte final junto a una tarea de ejercitación. Las actividades logopédicas que se conciben por el logopeda y son ejecutadas por el maestro, otros docentes y la familia, tienen como peculiaridad su brevedad, lo que no les resta importancia en tanto sean sistemáticas.

Las *clases logopédicas* son dirigidas a colectivos con un mismo trastorno del lenguaje y la comunicación, aunque pueden desarrollarse con educandos con trastornos diferentes, pero que el objetivo a trabajar es común. Estas también pueden desarrollarse con grupos de un grado determinado, para cumplir con un objetivo dirigido a la prevención, corrección y/o compensación de trastornos; tienen una duración de 30 a 45 minutos. En la clase logopédica los objetivos, contenidos y la evaluación varían en dependencia de la alteración en cuestión y del momento de corrección en que se encuentre el educando. Tiene la misma estructura de una clase común y coincide con los momentos de toda actividad: introducción, desarrollo y conclusiones.

Se considera que la naturaleza de la atención logopédica es puramente educativa y desde esta proyección se estructura la actividad correctivo-compensatoria. Si se analiza la esencia de lo desarrollador, se aprecia cómo es posible desde esta arista fundamentar la actividad logopédica, pero en ella está estrechamente relacionado lo educativo y lo instructivo, pues aunque este proceso es puramente especializado, implica la formación de estereotipos dinámicos para la producción del lenguaje, el habla o la voz, o para actos puramente fisiológicos como la deglución de la saliva o de alimentos y la respiración.

Independientemente de las apreciaciones de otros autores, en esta investigación no se considera erróneo emplear el término “tratamiento”, si se

tiene en cuenta como conjunto de medios, métodos que se utilizan no solo para curar alguna enfermedad, sino para llegar a lo desconocido del fenómeno y transformarlo. Y aunque esta acepción es habitual en el ámbito de la medicina, no contradice su comprensión y empleo en el ámbito educativo, donde despliega su labor el maestro logopeda, cada día más necesitado de esa interacción entre la medicina y la educación.

1.2 Consideraciones acerca de la disartria. Su atención logopédica integral

La disartria es un trastorno motor del habla de origen neurológico que está caracterizado por lentitud, debilidad, imprecisión, incoordinación, movimientos involuntarios y/o alteración del tono y de la musculatura comprometida con el habla. En consecuencia, la disartria implica una alteración de la articulación de la palabra. Etimológicamente, la palabra proviene de dos términos griegos: “dis” -prefijo que significa “alteración”- y “arthros” -“articulación”.

Las disartrias forman un grupo de trastornos marcados por una alteración en la ejecución del movimiento que afecta la producción del habla. Según Duffy, es un trastorno neurológico del habla que resulta de anomalías en la fuerza, velocidad, rango, regularidad (estabilidad), tono o exactitud de los movimientos requeridos para el control de la respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia en la producción del habla.

En su definición existe consenso al considerarla como trastorno del habla y en sus características y etiopatogenia, a continuación se presenta un análisis que confirma lo planteado.

Según Darley, Aronson y Brown (1992) las disartrias son aquellas perturbaciones del habla causadas por parálisis, debilidad o incoordinación de la musculatura del habla de origen neurológico que ocasiona trastorno motor sobre la respiración, fonación, resonancia, articulación de la palabra y prosodia. Por su parte, Prater (1999) la define como alteraciones de la innervación motora de los músculos del mecanismo vocal que se caracterizan por trastornos de la articulación, de la fonación, la resonancia y la respiración que traen como consecuencia anomalías neuromusculares como trastornos de la fuerza muscular, o del tono, o de excesivos movimientos involuntarios

Según el criterio de Álvarez (2016), la disartria es una alteración del habla que tiene como base un trastorno neurológico, y que generalmente se acompaña

de alteraciones de los movimientos biológicos de los órganos buco-faríngeos y en ocasiones de incoordinación fono-respiratoria. Es fundamentalmente un problema del habla, se acompaña en la mayoría de los casos de problemas concomitantes de voz, dada la íntima relación anatómica y funcional que tienen estos dos niveles de comunicación y de la participación frecuente de la misma en la inervación de ambas funciones.

La disartria es definida por Fernández (2012) como:

un trastorno orgánico del lenguaje de carácter neurológico, debido a lesiones en regiones centrales y en las vías conductoras del sistema motor verbal. Se presenta una insuficiencia en la inervación de los órganos que intervienen en la emisión del habla; como consecuencia se producen trastornos en la pronunciación, acompañados de alteraciones respiratorias, el ritmo, la velocidad, la entonación, la voz y el aspecto léxico-gramatical de la lengua; por sus particularidades. (p.147)

En su etiología se destaca que el origen motor del problema puede estar ocasionado por un trastorno vascular, traumático, infeccioso, neoplásico, metabólico y degenerativo, entre otros.

De acuerdo con la estabilidad del cuadro de la disartria, se valora como de curso natural en el que se pueden seguir varios patrones evolutivos, incluyendo del desarrollo (como en la parálisis cerebral de un niño), regresivo (primeras etapas post traumatismo encefalocraneano (TEC) o accidente cerebro vascular (ACV), estable (como la parálisis cerebral en un adulto), progresivo (como en las enfermedades degenerativas, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), Parkinson) o fluctuante como en algunos casos de esclerosis múltiple (EM).

Según su severidad, las disartrias pueden presentar diferentes grados, desde una alteración leve hasta la incapacidad de hablar o anartria, que significa sin habla; en ella el sujeto emite solo sonidos inarticulados (sonidos guturales). En muchas ocasiones cursa con problemas de deglución a causa de la disfunción de la musculatura oro-facial.

Según Rodríguez & Fleitas, (2013), existen cinco formas para clasificar la disartria, según la localización de la lesión: disartria bulbar, pseudobulbar, cerebelar o cerebelosa, subcortical y cortical.

En la disartria bulbar, se presentan lesiones unilaterales y bilaterales en los núcleos de los nervios craneales bulbares y salientes; su frecuencia es relativa,

se producen severas afectaciones cardíacas y de la respiración que por lo general ocasionan la muerte.

En la disartria pseudobulbar, las lesiones se producen en las vías piramidales que transmiten los impulsos nerviosos desde la corteza a los núcleos bulbares. Se reconoce como la más frecuente de todas las formas de disartria. Como resultado de la lesión del nervio facial, se alteran los movimientos coordinados de los labios, el cierre de la mandíbula se hace insuficiente, se presenta una acumulación de saliva. Todo ello dificulta de forma severa la pronunciación de los sonidos verbales. También, por la lesión del nervio vago, se afecta además la respiración y la voz, por la insuficiente inervación de los músculos de la laringe y las cuerdas vocales. En este caso, la voz es débil, ronca, poco modulada, con marcada resonancia nasal; el ritmo es lento y el lenguaje carece de expresividad. Generalmente, aparece por secuelas de encefalitis o traumas en las edades tempranas cuando se inicia el desarrollo del lenguaje.

En la referida forma y la más frecuente en que se manifiesta la disartria, se hace imposible la realización de movimientos voluntarios, no se alteran los actos de masticación y deglución. En los casos menos severos, se afectan solo sonidos aislados, pero el lenguaje contextual no es coordinado, se manifiesta de manera ininteligible. A este tipo de disartria, algunos autores, le denominan disartria discreta. En el diagnóstico diferencial se puede confundir con la dislalia, pero su corrección es mucho más compleja.

En la disartria cerebelar o cerebelosa, las lesiones se producen en el cerebelo y en las vías conductoras cerebelares, las que ocasionan una alteración en la fluidez del lenguaje (habla con silabeo), la intensidad de la voz y la marcha.

En la disartria subcortical, la lesión se ubica en los núcleos subcorticales, el ejemplo típico se da en la enfermedad de Parkinson. Se caracteriza por un tono de voz bajo, lenguaje monótono y la articulación poco clara. También el ritmo se acelera o se retarda demasiado.

La disartria cortical se considera como secuela de una lesión en la corteza que no tiene lugar en la Zona de Broca (no es tan amplia en cuanto a su dimensión); esta forma es poco estudiada y puede aparecer acompañada de trastornos afásicos. La pronunciación se afecta como en la dislalia.

La neurología clínica, al estudiar las alteraciones motrices generales precisa como síntomas clínicos que aparecen en la disartria los siguientes:

- Espástico-parético; su síntoma central es la paresis espástica y la forma más difundida del trastorno en las parálisis cerebrales. Se produce un debilitamiento o pérdida de la inervación muscular de los diferentes nervios craneales. Los niños presentan grandes dificultades para encontrar la posición articular correcta, se producen trastornos en la intensidad y sonoridad de la voz, el lenguaje es impreciso, la entonación también está afectada y la respiración es poco profunda. La amplitud de los movimientos articulatorios siempre es insuficiente. Todo ello tiene una implicación en las alteraciones del lenguaje escrito.

- Espástico-rígida; prevalece la paresis espástica y las alteraciones tónicas en la dirección de los movimientos del tipo rígido. La parálisis espástica en los músculos interviene en el acto del lenguaje; la presencia de la rigidez con un estado activo de las secciones del tallo cerebral, se expresan en el aumento del tono muscular.

Con frecuencia se combinan los síntomas de paresis-espástica con la rigidez, las que provocan alteraciones en los músculos que intervienen en la respiración, la masticación y la fonación. Aquí la sonrisa forzada que aparece en la rigidez, se puede cambiar por espasmos en los músculos de los labios (paresis espástica). Con frecuencia, la punta de la lengua se mantiene tensa y elevada, se detecta una amplia tensión del labio inferior; se afectan los músculos del cuello y como consecuencia el proceso de fonación. Los trastornos de la motricidad son tan severos que los niños solo pueden sentarse en muebles especiales. El autovalidismo está profundamente afectado.

- Hipercinésica; prevalece la hipercinesia (movimientos coreicos, atetósicos, mioclonia), depende de la localización de la lesión en el sistema extrapiramidal. La aparición de la hipercinesia en los músculos del aparato articular provoca graves trastornos en la pronunciación de los sonidos del idioma, incluso a veces es imposible la producción del lenguaje. También se afectan las sensaciones cinestésicas en la esfera de la articulación, las que dan lugar a las dispraxias. Puede aparecer en estado de reposo o en el proceso de realización de los movimientos involuntarios, se afecta la masticación y la deglución, la voz es tensa, vibrante, cambia el tono y la intensidad. En casos aislados se acompaña de convulsiones epilépticas.

- Atáxica; prevalece la ataxia con afectaciones asimétricas y asinérgicas de los movimientos articulatorios; se pierde la coordinación, la amplitud y la velocidad de los movimientos.
- Espástico-atáxico; espástico-hipercinésico; atáxico-hipercinésico; se combinan en las distintas formas en que se manifiesta este trastorno.

Se considera que esta clasificación tiene en cuenta dos criterios, referidos al lugar de la lesión y al síntoma clínico que prevalece, lo que se explica de manera aislada, sin tener en cuenta que en la disartria pueden manifestarse varios síntomas clínicos, como es el caso de la disartria pseudobulbar, en la que pueden aparecer la espasticidad y la hipercinesis; sin embargo, en la actualidad se utiliza con frecuencia la clasificación clinicoetiopatológica que ofrece una mayor información para la emisión de un diagnóstico certero.

Aunque los trastornos del lenguaje y la comunicación, deben ser estudiados en términos de forma, uso y contenido, no puede obviarse el criterio etiológico, debido a que algunos problemas se presentan aislados, pero muchos otros, asociados a problemas físicos, sensoriales, neurológicos y ambientales (Puyuelo & Rondal, 2003). En el caso de las disartrias, pueden estar producidas por distintas causas.

La causa principal es un daño o lesión cerebral, lo que afecta los músculos que intervienen en el habla. La disartria puede aparecer a cualquier edad siempre que se den las condiciones para que esta se produzca. A continuación, se analizan algunos ejemplos de estos daños y enfermedades que pueden causar la disartria (Perelló, 1990):

1. Lesión cerebral: alteración en el tejido cerebral, producto de accidente vascular, traumatismo, enfermedad o proceso degenerativo. En este caso la lesión produciría una alteración en el movimiento de los músculos de la región oro-lingual, causando en el paciente una rigidez que le imposibilitaría la articulación.
2. Tumor cerebral: Grupo de células anormales que crece en el cerebro o alrededor de él. Los tumores pueden destruir directamente las células sanas del cerebro. También pueden dañarlas indirectamente por invadir otras partes del cerebro y causar inflamación, edema cerebral y presión
3. Intracraneal. En este caso, ocurriría lo mismo que en la lesión cerebral.

4. Demencia: Desorden del cerebro que es caracterizado por la pérdida y la dificultad de memoria. Es causada por problemas con los vasos sanguíneos que alimentan el cerebro.
5. Enfermedad degenerativa: se origina por la alteración anatómica y funcional de los tejidos de cualquier órgano, aparato o sistema del organismo. Dos ejemplos muy conocidos de enfermedades degenerativas son el Parkinson y el Alzheimer, que afectan al sistema nervioso central. La enfermedad de Parkinson es una enfermedad crónica del sistema nervioso que se caracteriza por falta de coordinación, rigidez muscular y temblores.
6. Esclerosis múltiple: enfermedad progresiva del sistema nervioso central que provoca lesiones múltiples en la mielina que recubre los axones de las neuronas y constituye la sustancia blanca, en forma de placas diseminadas; se manifiesta con diversos síntomas como la parálisis de las extremidades inferiores, hormigueo, pérdida de la sensibilidad. La parálisis del rostro sería una de las causas para la aparición de la disartria.
7. Accidente cerebrovascular: Se produce cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene. Si el flujo sanguíneo se detiene por más de pocos segundos, el cerebro no puede recibir nutrientes y oxígeno. Las células cerebrales pueden morir, lo que causa daño permanente.
8. Traumatismo facial o cervical: Lesión grave en el cuello o en el rostro, bien sea por golpes contusos o por heridas penetrantes, que en este caso producirían la parálisis o la imposibilidad del movimiento de los músculos faciales.
9. Parálisis cerebral: Grupo de trastornos que pueden comprometer las funciones del cerebro y del sistema nervioso, lo que provoca problemas en el habla.
10. También pueden darse otras causas como los efectos secundarios de medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central.

Es conveniente señalar que, aunque la clasificación de las disartrias se realiza teniendo en cuenta diferentes criterios: el lugar en el que se produzca la lesión, los síntomas que la caracterizan y la toma articular, existe un cierto acuerdo en diferenciar cuatro tipos diferentes: la flácida, la espástica, la atáxica y la hiper/hipocinética (Theodoros, Murdoch & Chenery, 1994; Gallardo & Gallego, 1995; Duffy, 2005).

A continuación, se analiza cada una de ellas y se explica en qué consisten y cómo afectan a la persona que las padece.

Por el lugar de la lesión (Enderby, 2013), las disartrias se clasifican en:

1. Disartria por trastornos de la motoneurona superior (disartria espástica).
2. Disartria por trastornos de la motoneurona inferior (disartria flácida).
3. Disartria por trastornos cerebelosos (disartria atáxica).
4. Disartria por trastornos extrapiramidales (disartria discinética).
5. Disartria por trastornos de múltiples sistemas motores (disartria mixta).

Según su sintomatología (Theodoros, Murdoch y Chenery, 1994; Puyuelo, 1998; González & Bevilacqua, 2012), pueden ser:

1. Disartria espástica: producida por trastornos de la motoneurona superior. La espasticidad se reconoce como una peculiar resistencia al movimiento pasivo de un grupo muscular, lo que produce sonidos con mucha tensión muscular. El habla es lenta y parece surgir con esfuerzo, como si se produjera en contra de una gran resistencia.

2. Disartria flácida: producida, en este caso, por la lesión de algún componente de la motoneurona inferior, lo que supone la alteración del movimiento voluntario, automático y reflejo, produciendo flacidez y parálisis con disminución de los reflejos de estiramiento muscular. También puede producirse atrofia de las fibras musculares. En la articulación se produce un sonido con escasa tensión muscular.

3. Disartria atáxica: producida ahora por una afectación cerebelosa. El cerebelo es el que regula la fuerza, duración, dirección y velocidad de los movimientos originados en otros sistemas motores. La afectación del habla suele presentarse coincidiendo con lesiones cerebelosas bilaterales o generalizadas. Los músculos suelen estar hipotónicos y los movimientos son lentos e inapropiados en la fuerza, extensión, duración y dirección. Viene asociada a una disfunción laríngea que se manifiesta en una aspereza de la voz y una monotonía en el tono con pocas variaciones en la intensidad.

4. Disartria discinética: el sistema extrapiramidal es el encargado de regular el tono muscular necesario para mantener una postura o cambiarla. Organiza los movimientos asociados a la marcha y facilita el automatismo en los actos voluntarios que requieren destreza. Las manifestaciones extrapiramidales se manifiestan a menudo en forma de hipocinesia, apareciendo lentitud y limitación en la ejecución de los movimientos, disminución de los actos espontáneos y asociados, rigidez, temblor en reposo, así como pérdida de los

aspectos automáticos del movimiento, atetosis, temblor y distonía, en las que se producen movimientos anormales involuntarios. Aparece una articulación distorsionada, exceso prosódico, insuficiencia prosódica, estenosis fonatoria e incompetencia resonadora.

5. Disartria mixta: poseen patrones de disfunción del habla que combinan las características de los sistemas motores implicados.

Perelló (1990) Refiere que **según la sintomatología**, la disartria puede ser:

1. Disartria espástica: la afectación se produce en el nivel de la neurona motriz superior y sus características son: resistencia al movimiento pasivo de un grupo muscular; emisión de frases cortas; debilidad y espasticidad en un lado del cuerpo, en los músculos distales de las extremidades, la lengua y los labios; articulación consonántica poco precisa y, a veces, con distorsiones vocálicas; reflejos de estiramiento muscular exagerados; disfunción articulatoria; lentitud en el habla; voz ronca; tono bajo y monótono; interrupciones tonales o de la respiración ocasionales (Apepalen.cyl.com, 2017).

2. Disartria flácida: en este caso la lesión está localizada en la neurona motriz inferior. Sus características y síntomas son: alteración del movimiento voluntario, automático y reflejo; flacidez y parálisis con disminución de reflejos musculares; articulación consonántica distorsionada; posible afectación de la musculatura respiratoria, lengua y movimientos del paladar; debilidad o fatiga; debilidad de las cuerdas vocales, paladar y laringe; alteraciones respiratorias (rápida y superficial); deglución dificultosa; producción excesiva de sonidos nasales; voz ronca y poco intensa (Apepalen.cyl.com, 2017).

3. A partir de lesiones cerebelosas cuando se deduce que este órgano regula la fuerza, velocidad, duración y dirección de los movimientos ocasionados en otros sistemas motores, ya que estos se pierden. Sus síntomas son (Apepalen.cyl.com, 2017): disfunciones articulatorias mediante distorsiones; hipotonía de los músculos afectados; dirección, duración e intensidad de movimientos lentos e inapropiados en la fuerza; alteraciones prosódicas por énfasis en determinadas sílabas; posible irregularidad de los movimientos oculares; disfunción faríngea caracterizada por una voz áspera y una monotonía en el tono con escasas variaciones en la intensidad.

4. Disartria por lesiones en el sistema extrapiramidal: las hay de dos tipos (Apepalen.cyl.com, 2017):

Hipocinéticas, característica en la enfermedad de Parkinson, con los siguientes rasgos: movimientos lentos, limitados y rígidos; movimientos repetitivos en los músculos del habla; voz débil, articulación defectuosa, falta de inflexión; frases cortas; falta de flexibilidad y control de los centros faríngeos; monotonía tonal; variabilidad en el ritmo articulatorio.

Hipercinéticas, con movimientos involuntarios irrelevantes y excesivos, lo que puede afectar la respiración, la deglución y la articulación.

5. Disartria mixta: es la forma más compleja de disartria ya que los problemas que produce se dan por la combinación de dos o más tipos de disartria. (Apepalen.cyl.com, 2017).

6. Disartria atáxica: la afectación del cerebelo ocasiona la disartria atáxica

El análisis de todas las clasificaciones son esenciales para el proceso de atención logopédica integral en casos de disartria, el cual parte de los conocimientos teóricos del tema, inicia con la exploración logopédica, transita por la emisión del criterio diagnóstico y su pronóstico, el que permite elaborar la estrategia de atención logopédica para su posterior ejecución.

Antes de comenzar con la intervención logopédica con un educando que posee este trastorno se debe realizar una evaluación exhaustiva para determinar qué tipo de dificultades presenta y posteriormente iniciar la intervención ajustada a las necesidades detectadas.

Se consideran valiosos los criterios de Álvarez (2010), Melle (2007) y Santos (2009) cuando plantean que la evaluación es necesaria para elaborar una descripción detallada de las dificultades, además de determinar el grado de severidad y así poder establecer un diagnóstico acertado del tipo de disartria. Este aspecto resulta complejo ya que se trata de un trastorno neurológico.

Cuando un educando llega a manos de un maestro logopeda para su evaluación es imprescindible concretar una entrevista con los padres para obtener toda la información posible, a través de sus comentarios, informes médicos que puedan aportar información, con el fin de determinar los aspectos que están alterados. Posteriormente, se deben seleccionar las pruebas diagnósticas que se consideren más apropiadas para la evaluación.

A la hora de evaluar la disartria, se debe realizar una exploración neurofisiológica, perceptiva, acústica y la estimación del grado de inteligibilidad y severidad que ofrecen información de la existencia o no de deficiencias estructurales y funcionales (Primo, 2014). Este aspecto no depende de la actuación del maestro logopeda, pero resulta fundamental para establecer una adecuada atención logopédica integral.

En la exploración como proceso se busca identificar aquellos órganos que afectan la programación o ejecución motora, debiendo intervenir en: respiración, fonación, resonancia, articulación, el habla, acento y entonación. Una vez identificada la naturaleza de la alteración, se realiza una valoración más exhaustiva del educando en aquellos aspectos que se consideren puedan precisar una respuesta educativa más específica y diferenciada. En la disartria se investiga: Bases anatómicas y funcionales del habla, mecanismos motores del habla, discriminación auditiva y fonológica, fonología, respiración y fluidez del habla.

Según Fernández & Fleitas, (2012), la estrategia general de atención logopédica de la disartria tiene como objetivo: Corregir y/o compensar la alteración del componente sonoro del lenguaje y la motricidad general y articulatoria, así como la formación de la personalidad. (p.155)

Entre las tareas se encuentran:

- Desarrollo de la motricidad general y articulatoria.
- Trabajo con la pronunciación, la voz y la respiración (componente sonoro del lenguaje).
- Desarrollo del vocabulario activo y pasivo.
- Desarrollo de los componentes léxico-gramatical y pragmáticos de la lengua.
- Desarrollo del oído fonemático y dominio de la técnica de la lectura y la escritura.
- Corrección y/o compensación de los trastornos en la personalidad, secundarios al trastorno verbal.

Se consideran pertinentes las tareas descritas, sin embargo hubiera podido incluirse la eliminación de la sialorrea, terapia de deglución y masticación, además la orientación familiar y la coordinación del trabajo conjunto con otros profesionales de educación y de salud pública.

En la fase de tratamiento se debe iniciar con ejercicios pre-articulatorios y de respiración dirigidos al: fortalecimiento de mejillas, labios, lengua y velo; ejercicios de mímica facial; movimientos linguales en las 4 direcciones; gimnasia respiratoria; creación del esqueleto fonemático de los diferentes sonidos verbales del idioma (sigmoterapia, funcionalismo J, vibración bilabial, arco lingual funcional, funcionalismo P, K, G, en dependencia de los fonemas afectados y extensión de los funcionalismos; habla sobre articulada; cuchicheo intenso.

En el trabajo con las cualidades de la voz: se deben realizar para mejorar el timbre parético y aumentar la intensidad técnicas de empuje; funcionalismo P; conteo de números, palabras, frases y oraciones con apoyo abdominal.

Para la resonancia nasal aumentada se realizarán los funcionalismos, P, K, S y los ejercicios de desnasalización a partir de la J y la S

Para mejorar el timbre espástico: ejercicios de relajación de tracto buco-faríngeo-laríngeo; sinquinesia máxilo-vocal, masticación sonora en todas sus manifestaciones.

Estas dos últimas unidas a la técnica de bostezo-suspiro se utilizan para el control del aumento de la intensidad.

La sintomatología de casos con disartria es muy amplia. Dos diagnósticos disártricos pueden no parecerse porque sus manifestaciones clínicas logofoniatricas están en dependencia de la enfermedad de base, del nivel del sistema nervioso o muscular afectado y del compromiso mayor o menor de las estructuras involucradas. Las disartrias pueden ser leves, moderadas o severas. El grado extremo se conoce por anartria. La evolución y el pronóstico dependen del grado de afectación fonoarticulatorio, de la característica personal y el entorno social (López, 2016).

A partir del análisis de los fundamentos teóricos que permiten realizar una aproximación conceptual, necesaria en el proceso investigativo, se precisa como **variable fundamental** de investigación: la docencia de la atención logopédica integral a la disartria, la que se define como:

“un proceso conducido por los profesores, para que los estudiantes apliquen conocimientos, habilidades, se motiven y se impliquen afectivamente en la elaboración de estrategias logopédicas para el tratamiento a la disartria”.
(Fagundo, 2022)

Se identifican como dimensiones de la variable: la cognitiva, la afectivo-motivacional y la procedimental, cuyos indicadores son evaluados en los estudiantes y en los profesores, por ser quienes participan en el proceso de formación inicial.

La **dimensión cognitiva** se expresa en la apropiación de los saberes relacionados con el proceso de atención logopédica integral a la disartria en la docencia de la disciplina Logopedia.

La **dimensión afectivo-motivacional** comprende la presencia de componentes psicológicos que incentivan y sostienen la implicación afectiva de estudiantes y profesores para la docencia del proceso de atención logopédica integral a la disartria.

La **dimensión procedimental** se refiere a los procedimientos y recursos que se emplean para la docencia de la atención logopédica integral a la disartria.

Para cada dimensión se determinan indicadores y sus descriptores de medida y se organizan en: Adecuado, Poco adecuado e Inadecuado. (Anexo 1)

Conclusiones parciales

Uno de los objetivos de la disciplina Logopedia consiste en dirigir el proceso de atención logopédica integral en niños, adolescentes y jóvenes con un enfoque humanista, ideopolítico, diferenciado, correctivo-compensatorio y preventivo en diferentes contextos educativos. Para su cumplimiento es esencial que el profesor facilite los conocimientos en un clima afectivo y ofrezca recursos para despertar el interés por el contenido objeto de aprendizaje, de modo que los estudiantes se sientan comprometidos con el estudio de diferentes trastornos del lenguaje y la comunicación, como es el caso de la disartria, considerada la alteración más compleja del componente sonoro del lenguaje, por su naturaleza orgánica de origen neurológico, debido a la variedad de síntomas y de clasificaciones existentes.

CAPÍTULO II: DIAGNÓSTICO DEL ESTADO ACTUAL DE LA DOCENCIA DE LA ATENCIÓN LOGOPÉDICA A LA DISARTRIA EN LA DISCIPLINA LOGOPEDIA

Este capítulo tiene como objetivo caracterizar el estado actual del problema de investigación. Se valoran los resultados a partir de la indagación empírica que se realiza en la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia y se presenta el sistema de protocolos como recurso para el estudio de la atención logopédica integral de la disartria en la docencia de la disciplina Logopedia.

2.1 Descripción de la metodología de investigación utilizada

Para el desarrollo del presente estudio se siguen tres pasos metodológicos fundamentales:

Primer paso: Estudio previo del problema, que incluye:

- Determinación de los fundamentos teóricos que sustentan la docencia de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia
- Definición y operacionalización de la variable fundamental de la investigación

Segundo paso: Caracterización del estado actual de la docencia de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia, el cual incluye:

- Selección de los grupos de estudio para la investigación
- Elaboración y aplicación de los instrumentos para el diagnóstico
- Análisis de los resultados de la aplicación de los instrumentos
- Sistematización teórica acerca del sistema de protocolos como tipo de resultado científico.

Tercer paso: Diseño de un sistema de protocolos, contentivos de actividades para la docencia de la atención logopédica integral de casos con disartria en la disciplina Logopedia, que incluye:

- Determinación de los fundamentos y estructura del sistema de protocolos de casos con disartria
- Precisión de las actividades que conforman el sistema de protocolos.

La investigación se realiza en el departamento de Educación Especial de la Universidad de Matanzas, la cual se desarrolla en el periodo comprendido de septiembre a diciembre del curso escolar 2022. La conformación de los grupos

o unidades de estudio se realiza de forma intencional, sobre la base de los criterios siguientes:

- Para los estudiantes: Los 12 estudiantes de segundo año de la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia que reciben la asignatura Logopedia II.
- Para los profesores: Los cinco profesores de la disciplina Logopedia que han impartido el tema correspondiente a la Disartria.

Para la caracterización del estado actual del estudio de la atención logopédica de la disartria en la disciplina Logopedia se emplean los métodos empíricos siguientes: análisis de documentos, análisis del producto del proceso pedagógico, la entrevista, la encuesta y la observación de clases prácticas de la asignatura Logopedia II; además del cálculo porcentual para el procesamiento de datos.

2.2 Caracterización del estudio de la atención logopédica integral a la disartria en la docencia de la disciplina Logopedia en la Universidad de Matanzas

Análisis del estudio de documentos (Anexo 2)

Para realizar el análisis de documentos se emplea una guía (Anexo 2), que se aplica a los siguientes documentos: Modelo del profesional y Programa de la disciplina Logopedia del plan de estudio “E” de la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia (vigente desde el 2016), con el objetivo de valorar las precisiones vinculadas al estudio de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia de la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia.

Se evidencia que los problemas profesionales declarados en el modelo del profesional de la carrera, los cuales determinan los objetivos generales de este, tienen correspondencia con los objetivos generales y con el sistema de habilidades declarados en el Programa de la disciplina Logopedia, los que ofrecen respuesta al eslabón base de la profesión.

Existe correspondencia entre los problemas profesionales, objeto de trabajo, campo de acción, así como las esferas de actuación. Los modos de actuación declarados y las esferas de actuación se consideran adecuados, pues se corresponden con la manera en que el egresado ha de resolver esos problemas y con los lugares donde puede ser ubicado, una vez graduado.

Se considera adecuada la propuesta de los objetivos generales de la carrera y las habilidades profesionales pedagógicas referidas en el modelo del profesional de este plan de estudio, así como las habilidades profesionales pedagógicas declaradas en el Modelo del Profesional y el sistema de habilidades de la disciplina Logopedia.

Se tiene en cuenta el diagnóstico, la caracterización y el diseño de estrategias de intervención logopédica de los trastornos del lenguaje y la comunicación. Sin embargo, en las indicaciones metodológicas generales y de organización se ofrecen orientaciones que no detallan el accionar con la disartria, a pesar de ser considerado como el trastorno más complejo, que mayormente afecta el componente sonoro del lenguaje.

No se brindan suficientes recomendaciones para el estudio de la atención logopédica integral a la disartria en relación con: el diagnóstico diferencial; la relación con los especialistas de las Ciencias Médicas; la sintomatología específica en dependencia de los criterios clasificatorios; el empleo de recursos logofoniatrícos, ni se hace énfasis en la necesidad del trabajo con los agentes educativos, como aspecto esencial de la atención logopédica integral.

El estudio realizado devela que la relación entre los problemas profesionales y su concreción en los objetivos generales y particulares de los documentos normativos es adecuada; sin embargo, resultan poco adecuadas las indicaciones metodológicas en relación con la docencia, específicamente en el tema de la atención logopédica integral a la disartria.

Análisis de la observación de clases prácticas (Anexo 3)

Se realiza la observación de tres clases prácticas de la asignatura Logopedia, (por ser la forma de organización en la que los estudiantes demuestran el desarrollo alcanzado en su preparación), referidas a la disartria, con el objetivo de: Valorar las condiciones creadas para el desarrollo de habilidades teórico-prácticas relacionadas con la modelación de la atención logopédica integral en casos de disartria (Anexo 3).

En la totalidad participan los 12 estudiantes, lo que representa el 100% de la muestra.

En cuanto a la relación entre los aspectos de la atención logopédica integral a la disartria y los objetivos propuestos, se aprecia que existe una adecuada relación entre los aspectos que incluye la atención logopédica integral a la

disartria y los objetivos generales y particulares, reflejados en los documentos normativos; sin embargo, las acciones de la estrategia de intervención logopédica no se explicitan en el desarrollo de la clase práctica, ya que los recursos empleados, en este caso los protocolos, carecen de datos relacionados con la valoración de especialistas de las ciencias médicas, por lo que resulta difícil emitir una impresión diagnóstica, según la ubicación de la lesión neurológica, la cual es el punto de partida para la modelación de la atención logopédica integral.

En el 100% de las clases observadas se aprovechan las oportunidades para implicar afectivamente a los estudiantes en su preparación.

En cuanto a los conocimientos y habilidades para la modelación de la atención logopédica integral a la disartria en los estudiantes, se demuestra la aplicación de conocimientos y habilidades que le permiten modelar dicha atención, aunque se precisa de la aplicación de niveles de ayuda para emitir la impresión diagnóstica sobre los casos estudiados; las orientaciones para la implicación de las agencias educativas no se llevan a cabo, según se establece en las acciones de la atención logopédica integral a la disartria.

Relacionado con la motivación hacia la preparación para la modelación de la atención logopédica integral a la disartria, puede afirmarse que los estudiantes se muestran motivados y se implican afectivamente en el desarrollo de la clase práctica.

En el 100 % de las clases observadas se logra ofrecer solución a las actividades para la modelación de la atención logopédica integral a la disartria, con niveles de ayuda en cuanto al diagnóstico y en la introducción de las soluciones propuestas en clases o tratamientos logopédicos, según el protocolo estudiado.

En la autovaloración de su preparación para la modelación de la atención logopédica integral a la disartria, los estudiantes valoran sus logros y carencias para mejorar su preparación; entre las carencias manifiestan la complejidad del estudio de la disartria y el insuficiente contacto con casos de personas con disartria, que puedan vivenciar en la práctica.

En el 100 % de las clases observadas se aprecia falta de protagonismo de los estudiantes en la solución de actividades relacionadas con la dirección de la atención logopédica integral de la disartria.

En el 100% de las clases, en varios momentos de su desarrollo, se establecen relaciones entre los contenidos fundamentales de otras disciplinas y asignaturas y se organiza el trabajo en grupos para lograr la colaboración y el intercambio entre los participantes.

La totalidad de los estudiantes logra realizar con éxito las actividades del nivel reproductivo; sin embargo, necesitan de varios tipos y niveles de ayuda para realizar las del nivel aplicativo, sobre todo en el momento de ofrecer una impresión diagnóstica de los protocolos presentados. El diálogo que se establece entre profesores y estudiantes y entre estos es positivo, constructivo; pero a cuatro (30%) de ellos hay que dirigirles intencionalmente preguntas para que expresen sus opiniones, de lo contrario no participan.

Solamente 25% (tres) de los estudiantes muestran conocimientos y habilidades para el diagnóstico logopédico, según el protocolo descrito, como punto de partida para la modelación de la atención logopédica integral.

El 33,3% (cuatro) de los estudiantes no logra desarrollar adecuadamente la estrategia de atención logopédica, ni determinar las técnicas y ejercicios para el protocolo estudiado, por tanto no se integran saberes de las asignaturas Anatomía y Fisiología Humanas y Técnicas logofoniátricas, como posibles soluciones a las situaciones de la profesión que se presentan durante la docencia.

El conocimiento y las habilidades de los estudiantes para la utilización de formas alternativas de la comunicación y para la dirección del proceso docente no pueden ser evaluados porque constituyen conocimientos de asignaturas que se reciben a partir del próximo año.

En el 100% de las clases se realizan explicaciones a los estudiantes sobre la importancia de su labor profesional, la necesidad de ser responsables en la atención logopédica integral de estos casos por constituir el eslabón base de su profesión y el respeto a la diversidad humana.

En la totalidad de las clases observadas se realizan preguntas a los estudiantes sobre los logros y carencias; cinco estudiantes, lo que representa el 41,6% logra explicar cuáles fueron sus insuficiencias; pero, solo un 16,6% de ellos (2) plantea algunas acciones a realizar para mejorar su preparación. El 50% refiere que los protocolos requieren de una explicación necesaria que complementa el

diagnóstico logopédico y de la localización de casos de la práctica para su estudio.

El análisis de los resultados de la observación de clases permite afirmar que las condiciones creadas para el desarrollo de habilidades teórico-prácticas relacionadas con la modelación de la atención logopédica integral a la disartria en los estudiantes de la carrera Logopedia son poco adecuadas, porque aunque se potencia el trabajo cooperado, la participación de los estudiantes, la motivación, el desarrollo de valores y se emplean protocolos que relacionan la teoría con la práctica, estos carecen de datos importantes sobre la ubicación de la lesión neurológica.

Lo anterior, dificulta la docencia de la atención logopédica integral y la aplicación e integración de saberes en la búsqueda de posibles soluciones a situaciones problemáticas de la profesión, relacionadas con el diagnóstico, la elaboración de estrategias de intervención logopédica y la propuesta de ejercicios y técnicas para su integración en las formas de organización del trabajo logopédico, ya sea por vía directa o indirecta.

En las clases se emplean recursos, pero en su mayoría son determinados solo por los profesores; los estudiantes se limitan a realizar las acciones que se les indican sin expresar sus ideas sobre cómo les gustaría proceder.

Aun cuando se establece la creatividad como indicador a evaluar, esta se reduce a las formas en que se presentan los resultados y no al modo en que los estudiantes puedan proponer otras alternativas y vías para la preparación en la solución de problemas profesionales relacionados con la modelación de la atención logopédica integral a la disartria. Por ejemplo, que los estudiantes se conecten y localicen casos de internet para su análisis en el marco de la clase práctica o que localicen casos (previa visita al CDO) en las escuelas y elaboren propuestas para su debate en plenaria.

Análisis de la entrevista a profesores (Anexo 4)

Fueron entrevistados los cinco profesores de la disciplina Logopedia, con el objetivo de constatar cómo dirigen la docencia en el tema de la atención logopédica integral a la disartria.

El 100 % de los profesores domina los problemas profesionales que guían la preparación de los estudiantes de la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia. Los cinco profesores, que representan el 100 % de la muestra

mencionan los protocolos entre los recursos que emplean para el diagnóstico, la caracterización y el diseño de estrategias de intervención logopédica para la dirección de la atención logopédica integral de casos con disartria.

El 100 % refiere que los protocolos que se emplean como recurso en las clases prácticas carecen de una explicación necesaria que contribuya a esclarecer aspectos de la clasificación, que incluya datos etiopatológicos sobre la lesión, lo que sería factible para hacer coincidir con otras clasificaciones que son empleadas en la actualidad, las cuales son esenciales para la emisión de un diagnóstico certero.

El 100% de los entrevistados expresa que la disartria es uno de los trastornos más complejos para discernir entre un tipo u otro, por la variedad de criterios clasificatorios, la carencia de informes médicos y de exámenes que ubiquen la afectación en un lugar determinado del SNC. Refieren además, que en el texto básico de la asignatura se hace alusión solamente a dos de las clasificaciones, la ubicación de la lesión y el síntoma que predomina.

Todos coinciden en que para el estudio de la disartria emplean el proceder que se establece en la atención logopédica integral del resto de los trastornos del lenguaje y la comunicación, entre ellos: Impresión diagnóstica, determinación de necesidades y potencialidades, elaboración de la estrategia de atención logopédica integral, sistema de tratamientos y clases, con el aseguramiento de la vía indirecta que consiste en las orientaciones a familias y educadores.

El análisis de los resultados de la entrevista a profesores permite afirmar que poseen conocimientos acerca del estudio de la atención logopédica integral de la disartria, se encuentran motivados por emplear nuevos procedimientos para el desarrollo de clases prácticas, pues reconocen que los empleados hasta el momento no ofrecen los mejores resultados para la docencia sobre este trastorno que resulta complejo para su clasificación, ya que se necesita conocer la ubicación de la lesión y el síntoma que prevalece para la determinación del tipo de disartria. Refieren que hasta el momento se utilizan protocolos que carecen del criterio médico especializado.

Análisis de la escala valorativa a estudiantes (Anexo 5)

Se aplica la escala valorativa a los doce estudiantes de segundo año de la carrera Logopedia con el objetivo de analizar sus valoraciones sobre la preparación que poseen para la dirección de la atención logopédica integral de

la disartria. Se emplea una escala con valores del 1 al 3 correspondientes a Bien, Regular y Mal.

El 33,3% (cuatro) considera que sus conocimientos y habilidades para el diagnóstico y la elaboración de la estrategia de intervención logopédica integral personalizada para casos de disartria son adecuados, por lo que se evalúan de bien; el 66,6% (ocho) asume que tienen dificultades porque no logra determinar un criterio diagnóstico, según los datos que se ofrecen en los protocolos y por tanto, tampoco la estrategia de intervención logopédica, para la posterior modelación de actividades logopédicas directas e indirectas.

En sus justificaciones exponen que los protocolos ofrecen datos generales, que no especifican el lugar donde se encuentra la lesión, que tienen dificultades para la comprensión de la clasificación estudiada por la diversidad de criterios, que necesitan ayuda de sus profesores para emitir una impresión diagnóstica y a partir de ella diseñar actividades logopédicas, ya sea por la vía directa o indirecta. El 100 % refiere que sus conocimientos y habilidades para el diagnóstico de la disartria son poco adecuados.

El 83,3 %, (diez) autovalora de bien sus intereses, motivaciones, identificación y sentido de pertenencia hacia la carrera; dos de ellos, lo que representa el 16,6 % se autovalora de regular. El 83,3 % (10) refiere que les resulta más fácil realizar los trabajos independientes de forma grupal; mientras. El 100% refiere que debe dedicar mayor tiempo al estudio de esta entidad diagnóstica.

El 41,6 % (cinco) evalúa de bien su implicación afectiva en la preparación para la solución de los problemas profesionales relacionados con la dirección del proceso de atención logopédica integral a la disartria, porque así se involucran en actividades que forman parte de su desempeño profesional futuro. El 58,3% (siete) restante lo considera regular a partir de valorar el insuficiente empeño, sistematicidad y compromiso en la preparación para el estudio de un trastorno tan complejo.

El 50 % estima que es regular la manera en que se integran saberes para proponer soluciones a situaciones problemáticas relacionadas con la atención logopédica integral a la disartria, el resto se valora de mal. Refieren que la asignatura Anatomía y Fisiología Humanas I y II es esencial para la comprensión de este trastorno orgánico de carácter neurológico.

En resumen, los resultados de las valoraciones que realizan los estudiantes permiten constatar que su preparación es poco adecuada, porque la mayoría asume que tiene dificultades en los conocimientos y habilidades para la solución de los problemas profesionales relacionados con la dirección del proceso de atención logopédica integral a la disartria, lo que hace que en ocasiones pierdan la motivación e implicación afectiva en su preparación.

Consideran que no son suficientes los datos que ofrecen los casos estudiados en las clases prácticas, lo que limita el empleo de procedimientos para el diagnóstico, la caracterización y determinación de la estrategia de intervención logopédica integral personalizada.

Derivado del análisis de los instrumentos que se aplican durante el diagnóstico se declaran regularidades que se expresan en **potencialidades y dificultades:**

Como potencialidades:

Dimensión cognitiva

- Conocimiento acerca de la relación entre los problemas profesionales, su concreción en los objetivos generales y particulares de los documentos normativos y en el proceso docente educativo.
- Estudiantes y profesores conocen los aspectos del algoritmo de trabajo de la atención logopédica integral.

La dimensión afectivo-motivacional

- Estudiantes y profesores motivados por emplear nuevos recursos para el desarrollo de clases prácticas sobre la disartria.
- Se potencia el trabajo cooperado, la participación de los estudiantes y la motivación para la modelación de la atención logopédica integral.

La dimensión procedimental

- Se emplean protocolos logopédicos como recurso en el desarrollo de clases prácticas.
- Adecuada dirección de las clases prácticas y cumplimiento de los momentos establecidos para su desarrollo.

Como dificultades

Dimensión cognitiva

- El conocimiento de profesores y estudiantes de otras clasificaciones para la emisión de una impresión diagnóstica.

- Los estudiantes desconocen cómo integrar los criterios de la clasificación que aparece en el texto básico de la asignatura, por lo que necesitan niveles de ayuda para realizar las actividades del nivel aplicativo.

Dimensión afectivo-motivacional

- Insuficiente empeño, sistematicidad y compromiso de los estudiantes en la preparación para el estudio de un trastorno tan complejo.

Dimensión procedimental

- Las indicaciones metodológicas de los documentos rectores en relación con la dirección del proceso de atención logopédica integral de la disartria resultan poco adecuadas.
- Se emplean recursos, pero en su mayoría son determinados solo por los profesores, los estudiantes se limitan a utilizarlos y a realizar las acciones que se les indican.
- Los protocolos empleados carecen de datos sobre la ubicación de la lesión neurológica y no se ofrece una explicación necesaria que facilite la solución de tareas.
- Las actividades planificadas para el desarrollo de las habilidades de los estudiantes no varían en las clases prácticas.

Los resultados del diagnóstico justifican la necesidad de elaborar un sistema de protocolos logopédicos para la docencia de la atención logopédica integral a la disartria.

2.3 Sistema de protocolos para la docencia de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia

A partir de los resultados alcanzados en el diagnóstico, se procede a la elaboración de un sistema de protocolos, acompañados de una explicación necesaria y actividades estructuradas de manera gradual que está encaminado a resolver un problema actual. Tiene como objetivo general: Favorecer la docencia de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia.

Varios autores ofrecen definiciones acerca de lo que es un sistema. B. Gnedenco lo define como “el conjunto de elementos interrelacionados entre sí, de forma tal que logran un desarrollo cualitativamente superior que la suma de sus propiedades individuales” (Citado por Vázquez, 2005, p.69). Esta definición cumple con la doble función de indicar que el sistema es una unidad de

aspectos contradictorios que son la separación-pluralidad de elementos y la conexión-unidad de esos elementos, que constituyen un todo mayor del sistema.

Uno de los autores que más énfasis hace en la necesidad del uso del enfoque sistémico es Álvarez (1999), que lo define como: “conjunto de componentes de objetos que se encuentran separados del medio e interrelacionados fuertemente entre ellos, cuyo funcionamiento está dirigido al logro de determinados objetivos, que posibilita resolver una situación problémica” (p. 27).

Ambas definiciones exponen los rasgos fundamentales de un sistema y específicamente, la principal propiedad: el logro de una cualidad nueva cuando los elementos están vinculados en un sistema. La segunda definición tiene una marcada relación con la metodología de la investigación, por lo que se asume la primera, la cual denota con mayor claridad las intenciones de estructuración del sistema de actividades.

El sistema se caracteriza por tener una finalidad u objetivo general que cumplir, presentar estructura y organización, tener subsistemas de orden menor dentro de él, que a la vez formen parte de otros de mayor orden. Esta integridad se evidencia cuando al variar algunos de sus elementos se afecta el sistema y sus límites, así como su relación con el medio que lo rodea en tiempo y espacio. Todo sistema tiene un fundamento, un concepto o sistemas de conceptos que son su centro y sobre el cual se rige el sistema.

Al considerar el término protocolo es necesario analizar el vocablo latino *protocollum*, un. Este, a su vez, deriva de un concepto de la lengua griega. En concreto, emana de la palabra griega “protokollon”, que es fruto de la suma de dos elementos diferenciados: “protos”, que puede traducirse como “primero”, y “kollea”, que es sinónimo de “pegamento” o “cola”. Lo concreto es que un protocolo es un reglamento o una serie de instrucciones que se fijan por tradición o por convenio. Partiendo de este significado, es posible emplear la noción en diferentes contextos. Un protocolo puede ser un documento o una normativa que establece cómo se debe actuar en ciertos procedimientos. De este modo, recopila conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas ante ciertas situaciones (Pérez & Merino, 2013).

El objetivo principal de un protocolo de investigación es orientar al investigador y al resto de personas que están vinculadas a un proyecto sobre los elementos que se han de tener en consideración durante el estudio. Los protocolos son documentos que contribuyen a normalizar la práctica, son una fuente poderosa de información al tiempo que facilita la atención al personal de nueva incorporación.

Fundamentos teóricos

Se asumen como *fundamentos filosóficos* aquellos que brinda la Filosofía Marxista Leninista, la cual concibe todo sistema como un conjunto íntegro de elementos unidos entre sí, que aparecen como un todo único con respecto a las condiciones circundantes y favorecen un enfoque integrador en el proceso, en el que se revela la interdependencia de los factores que intervienen en él.

Los *fundamentos sociológicos* se basan en el carácter de la educación como un fenómeno social desde una posición humanista; en las relaciones comunicativas de los estudiantes con los “otros”; en las relaciones sujeto-sujeto, en este caso profesor-estudiante, estudiante-estudiante; y las relaciones recíprocas con los docentes; así como la interdependencia entre todos estos agentes.

La concepción histórico-cultural constituye el *fundamento psicológico* del sistema de protocolos. Se tiene en cuenta la Ley de la mediación del desarrollo psíquico, que destaca el papel de los otros en la formación de la conciencia individual. Los profesores, docentes de la disciplina Logopedia, los miembros del grupo ejercen una función de mediadores y refuerzan su condición de modelos importantes, se convierten en facilitadores de la comunicación y la adquisición de la cultura general y profesional en el desarrollo de la docencia relacionada con la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia.

El rol de las vivencias en el desarrollo psíquico constituye un fundamento importante, al considerarse como valiosas las vivencias que experimentan los estudiantes al estudiar protocolos de casos reales de la práctica educativa, recreados desde la práctica, las que permiten que la actividad profesional adquiera para ellos, una determinada significación.

La unidad entre lo afectivo y lo cognitivo, la zona de desarrollo próximo y la relación entre la enseñanza y el desarrollo, se establecen como fundamentos,

al proporcionar la creación de un clima emocional afectivo favorable durante la docencia al tratar de solucionar respuestas acerca de la atención logopédica integral a la disartria, mediante el estudio de protocolos, lo que favorece la fijación de los contenidos.

Los estudiantes aprenden a solucionar las tareas propias de la atención logopédica integral a la disartria, a través del estudio de los protocolos. Estos aprendizajes le permiten transferir sus conocimientos a nuevas situaciones, simuladas o de la práctica laboral. La determinación adecuada de los protocolos según los contenidos recibidos, contribuye a que la enseñanza conduzca al desarrollo.

Los *fundamentos pedagógicos* tienen su sustento en la relación de la teoría con la práctica; la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador; la vinculación de la educación con la vida, el medio social y el trabajo. La preparación de los estudiantes, tiene un carácter científico, al considerar los contenidos de la carrera y los avances científico-técnicos, las necesidades e intereses que la sociedad cubana demanda a los docentes de la educación especial.

Se concibe al estudiante como sujeto activo de su preparación al enfrentarlo a situaciones problemáticas de la profesión en las cuales tenga que movilizar sus recursos cognitivos y afectivos para solucionarlas, en dependencia de sus características individuales, potencialidades y nivel de desarrollo alcanzado.

Los *fundamentos didácticos* se encuentran en la posibilidad de enseñar a los estudiantes a enfrentarse a situaciones problemáticas de la profesión que requieran de la aplicación conocimientos y habilidades, de análisis, síntesis, comparaciones, generalizaciones, abstracciones con el fin de proponer soluciones creativas. Los contenidos de la disciplina son accesibles porque se presentan de manera gradual.

Durante la docencia se promueve la socialización, el planteamiento de juicios de valor, la explicación, argumentación. Los estudiantes establecen una mayor y mejor comunicación con "los otros", se hacen más intensos, frecuentes y determinantes los procesos cognitivos y sus resultados.

Los estudiantes tienen la posibilidad de conocer y comprender el qué, el cómo y el para qué de la preparación para la atención logopédica integral a la disartria, lo que potencia la implicación afectiva en su formación inicial.

Los fundamentos metodológicos se justifican en el desarrollo de actividades relacionadas con la atención logopédica integral a la disartria.

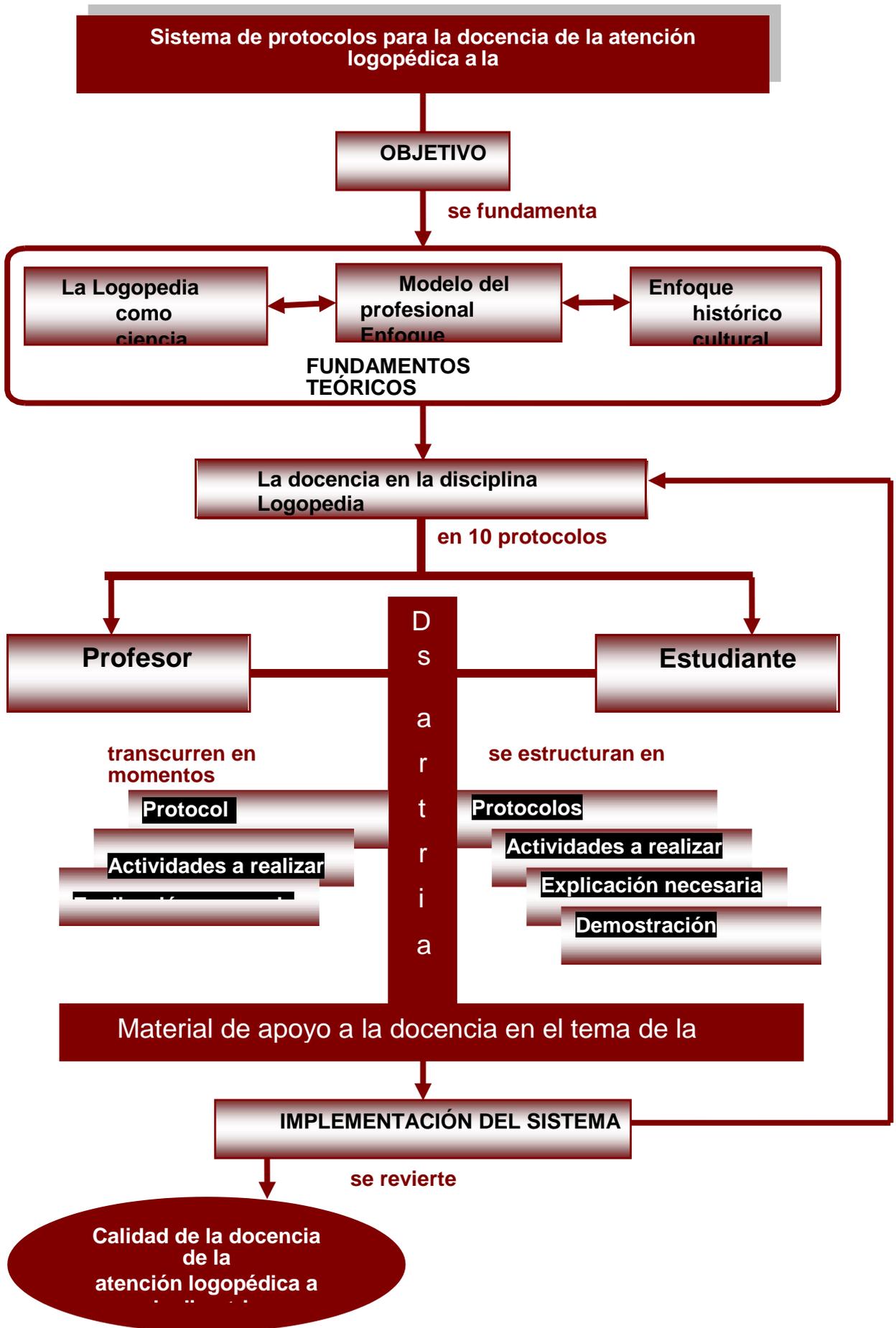
Los fundamentos legales se basan en las normativas para la formación inicial de los profesionales de la educación superior. Entre los documentos normativos para la formación inicial se encuentran: Resolución Ministerial 47 del 2022 de la Educación Superior; el Modelo del profesional del plan de estudio E de la Licenciatura en Educación. Logopedia y el Plan del Proceso Docente.

Los fundamentos logopédicos se concretan en los documentos rectores de la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia, con énfasis en el modelo del profesional y las líneas básicas de desarrollo de la especialidad, de las que se asumen las siguientes:

- La caracterización de las personas con trastornos del lenguaje y la comunicación, a partir del diagnóstico explicativo de sus necesidades y potencialidades, por constituir el punto de partida de todo trabajo logopédico.
- La aplicación del enfoque cognitivo-comunicativo de la lengua en el diagnóstico y la atención a los trastornos del lenguaje y la comunicación.

Como *características esenciales*, el sistema de protocolos, se determinan las siguientes:

- Contextualizado: por considerar la docencia como el contexto más apropiado para la preparación de los estudiantes.
- Intencional: tiene como objetivo definido potenciar la docencia de la atención logopédica integral a la disartria.
- Flexible: porque puede ser utilizado en varias de las formas de organización de la docencia.
- Sistémico: Resulta necesaria su aplicación de forma sistemática y completa para observar resultados positivos.



Se proponen un total de 10 protocolos que podrán ser utilizados por los profesores en el desarrollo de la docencia, en conferencias para la introducción de nuevas temáticas, motivación y preguntas de control inicial; en clases prácticas para el desarrollo de habilidades relacionadas con la delimitación de características para el diagnóstico, la elaboración de la estrategia de atención logopédica integral a la disartria, la determinación y modelación de técnicas a realizar según el protocolo descrito.

Cuando se utiliza al inicio de la clase se puede situar al estudiante frente a una situación pedagógica que debe resolver en el ejercicio de la profesión y a partir de la descripción del protocolo se realizan preguntas que serán evaluadas.

Los contenidos organizados en la disartria, como en el resto de los trastornos del lenguaje y la comunicación, se van complejizando, por tanto la utilización de los protocolos se realizará en dependencia de las temáticas abordadas. Por ejemplo al estudiar las definiciones de disartria ofrecidas por varios autores pueden utilizarse los protocolos para la determinación de características, para ejemplificar las afectaciones en el componente sonoro del lenguaje y para el diagnóstico diferencial con la dislalia; al abordar las clasificaciones son de gran utilidad para la determinación del diagnóstico y la posterior elaboración de la estrategia de atención logopédica integral.

Los protocolos elaborados se distribuyen de la manera siguiente: tres protocolos iniciales, correspondientes a niños de 6 años de edad, tres protocolos intermedios, pertenecientes a niños de 7 años de edad y cuatro protocolos de niños de 8 años de edad, en los cuales se presentan casos de disartria con lesiones de diferente localización, cada uno con una explicación necesaria para su interpretación.

Entre las actividades que se pueden realizar se encuentran:

- a) Estudie el protocolo y emita el diagnóstico logopédico correspondiente.
- b) Delimite las características que le permitieron arribar al diagnóstico.
- c) Elabore la estrategia de intervención logopédica.
- d) Relacione las técnicas que debe realizar.
- b) Demuestre la realización de las técnicas seleccionadas.

Protocolo 1

J.A.V.M. tiene 6 años y es hijo único de una familia funcional, cuyos padres tienen 30 y 38 años respectivamente. El parto se produjo por cesárea y el niño presentó un cuadro postanóxico por sufrimiento fetal adquirido, a consecuencia del cual padece una parálisis cerebral de tipo atetósico, por afectación de los ganglios basales del sistema extrapiramidal. Tiene adquiridos los reflejos de succión y deglución, sus movimientos son descontrolados e involuntarios. El informe psicológico subraya la excesiva protección de la familia. Presenta lateralidad diestra, controla los esfínteres; tiene adquirida la marcha, aunque es torpe, por lo que solicita ayuda para trasladarse. Necesita ejercitación en la coordinación visomotora y en la dinámica general de las áreas motoras gruesa y fina. La atención es dispersa y breve. En la imitación, los movimientos son lentos, involuntarios, excesivos y de tipo hiper e hipocinéticos, respiración clavicular superior, superficial, inconstante y a veces invertida (por espasmos del diafragma), inspiración habitualmente bucal, voz nasalizada, soplo pobre, intermitente e irregular. Presenta dificultades en la discriminación auditiva, los movimientos linguales están alterados e incontrolados, presenta problemas en la masticación y deglución; la movilidad del paladar blando es escasa lo que genera hipernasalidad. Los movimientos de los labios y lengua son involuntarios, presenta sialorrea, voz monótona, ronca, áspera y espasmódica con cambios en la intensidad. Se aprecian dificultades en la pronunciación de los fonemas /p/, /k/, /s/, /g/, /r/, /j/. En ocasiones presenta convulsiones epilépticas.

Diagnóstico: Disartria hipercinésica

Explicación necesaria

La hipercinesia puede aparecer en estado de reposo o en el proceso de realización de movimientos involuntarios, inconscientes, lo que puede afectar la respiración, la deglución y la articulación. El sistema extrapiramidal es el encargado de regular el tono muscular necesario para mantener una postura o cambiarla, organiza los movimientos asociados a la marcha. Las manifestaciones extrapiramidales se manifiestan a menudo, como la pérdida de los aspectos automáticos del movimiento, temblor, distonía y atetosis. Aparece una articulación distorsionada, exceso y/o insuficiencia prosódica, estenosis fonatoria e incompetencia resonadora como en este caso. La explicación más simple deduce que las hipercinesias son el resultado de un fallo de inhibición

de la corteza motora por las estructuras anteriormente comentadas. Todas las funciones motoras básicas - respiración, fonación, resonancia y articulación - pueden verse afectadas de forma sucesiva o simultánea. No es posible predecir su ocurrencia en el tiempo.

Protocolo 2

K.A.J. es una niña de 6 años, nace del tercer embarazo, que transcurrió sin dificultad, parto a término y sin asistencia, llanto espontáneo, diagnosticada con parálisis cerebral infantil provocada por una encefalitis. Desde los 2 años ha sido atendida en un centro de neurodesarrollo, el síntoma presente es el espástico. Su vocabulario está limitado, se expresa en oraciones muy simples y con presencia de agramatismos, tiene dificultades en la respiración, masticación y deglución, presenta sialorrea. Como resultado de la lesión del nervio facial se afectan los movimientos coordinados de los labios y el cierre mandibular es incompleto. Comprende órdenes sencillas y tiene un buen desempeño en situaciones comunicativas que le resultan familiares, su pronunciación se encuentra afectada en todos los niveles. Analizadores auditivo y visual conservados. Es aceptada y recibe todas las atenciones familiares.

Diagnóstico: Disartria espástica.

Explicación necesaria

Producida por trastornos de la motoneurona superior. La espasticidad se reconoce como una peculiar resistencia al movimiento pasivo de un grupo muscular, produciendo sonidos con mucha tensión muscular. El habla es lenta y parece surgir con esfuerzo, como si se produjera en contra de una gran resistencia, emisión de frases cortas; debilidad y espasticidad en un lado del cuerpo, en los músculos distales de las extremidades, la lengua y los labios; articulación consonántica poco precisa y a veces, con distorsiones vocálicas; reflejos de estiramiento muscular exagerados; disfunción articulatoria; lentitud en el habla; voz ronca; tono bajo y monótono; interrupciones tonales o de la respiración ocasionales.

Protocolo 3

J.D.J. es un niño de 6 años con un diagnóstico de Parálisis Cerebral de tipo Tetraplejia distónica con antecedentes de anoxia neonatal y dificultades de succión y deglución. Además, presenta una epilepsia controlada con

medicación. Hijo de padres divorciados que mantienen buenas relaciones y se preocupan por el bienestar del menor. Su audición y visión se encuentran conservadas, se hace visible la acumulación de saliva en la cavidad bucal y el cierre de la mandíbula resulta insuficiente. Actualmente comprende órdenes y situaciones comunicativas que le resultan familiares, aunque por sus dificultades expresivas, son difíciles de precisar. Utiliza los monosílabos sí y no, de manera gestual y verbal; su vocabulario es muy limitado, no cumple con los requisitos de la norma etaria, así como el dominio del aspecto semántico. Su pronunciación está severamente afectada. Se expresa en oraciones muy simples, pudiéndose considerar fraseológica, independiente, y poco relacionadas entre sí, con presencia de agramatismos. El desarrollo cognitivo está ligeramente comprometido y no muestra interés por el aprendizaje; tiene una atención muy dispersa y se agota con facilidad.

Diagnóstico: Disartria discinética

Explicación necesaria

El sistema extrapiramidal es el encargado de regular el tono muscular necesario para mantener una postura o cambiarla. Organiza los movimientos asociados a la marcha y facilita el automatismo en los actos voluntarios que requieren destreza. Las manifestaciones extrapiramidales se manifiestan a menudo en forma de hipocinesia, apareciendo lentitud y limitación en la ejecución de los movimientos, disminución de los actos espontáneos y asociados, rigidez, temblor en reposo, así como pérdida de los aspectos automáticos del movimiento, atetosis, temblor y distonía, en las que se producen movimientos anormales e involuntarios. Aparece una articulación distorsionada, insuficiencia prosódica, estenosis fonatoria e incompetencia resonadora.

Protocolo 4

A.D.R es un niño de 7 años, mayor de tres hermanos, los especialistas de la medicina refieren que posee una lesión localizada en las vías piramidales, como secuela de una encefalitis. Presenta sialorrea por la imposibilidad del cierre mandibular, como resultado de la lesión del nervio facial, por lo que se alteran los movimientos coordinados de los labios, lo que dificulta de forma severa la pronunciación. La lesión en el nervio vago afecta la respiración y la voz, por lo que las funciones motoras básicas (respiración, fonación,

resonancia y articulación) se encuentran afectadas; presenta movimientos involuntarios lentos y rígidos, la voz es débil, ronca y poco modulada, con un ritmo lento, y carente de expresividad. Contesta a preguntas con frases cortas y comprende el lenguaje de su interlocutor. La respiración es poco profunda, clavicular y tiende a emitir sonidos durante la inspiración, con presencia de resonancia nasal. Muestra interés por comunicarse. Refiere que le gusta estar al aire libre y le entusiasman los animales. La familia es preocupada y satisface las necesidades del menor.

Diagnóstico: Disartria pseudobulbar o discreta.

Explicación necesaria

Es una de las manifestaciones de las parálisis pseudobulbares, esta forma es la más frecuente, se desarrolla sobre la base de enfermedades sufridas en edades tempranas antes del desarrollo del lenguaje o en pleno desarrollo inicial. Clínicamente puede aparecer en forma de disartria parética (disminución parcial de movimientos, con pérdida o no de la fuerza de estos, la lengua se lleva hasta los dientes, pero no puede permanecer un tiempo más prolongado), espástica (interrupción de los movimientos a consecuencia de una exagerada tensión de los músculos del aparato articulatorio), hipercinésica o combinada, en ella se hace imposible la realización de movimientos voluntarios, pero no se afectan los actos de deglución y masticación.

El lenguaje es ininteligible. En los casos menos severos se afectan solo los sonidos aislados, por lo que muchos autores la denominan disartria discreta, la cual en el diagnóstico diferencial se puede confundir con la dislalia, pero su corrección es mucho más compleja. Otra causa posible son los traumas. La posición de la lengua en estado de reposo no es la correcta, se muestra intranquila, tensa, constantemente introducida en lo profundo de la cavidad bucal, y en ocasiones inclinada hacia un extremo.

Síndrome piramidal (disartria espástica). Las lesiones de las motoneuronas superiores ocasionan debilidad y espasticidad en el lado del cuerpo contralateral a la corteza lesionada, que predomina en los músculos distales de las extremidades, la lengua y los labios. La debilidad es más evidente en los labios y en la parte inferior de la cara del lado contralateral, y está preservada la musculatura de la frente, el paladar, la faringe, la laringe y los músculos masticatorios.

Protocolo 5

E.D.B es un niño de 7 años, que estudia en la escuela Paquito González Cueto y vive con sus padres en una zona rural. El parto se produjo pretérmino y con sufrimiento fetal, lo que produjo una parálisis cerebral postnatal con afectación de la neuronamotriz superior. Sus movimientos articulatorios son escasos, tiene afectaciones severas en la pronunciación de los sonidos verbales y grandes dificultades para encontrar la posición articular correcta. La respiración es poco profunda, clavicular y tiende a emitir sonidos durante la inspiración. El soplo es insuficiente. Afectación en la intensidad y sonoridad de la voz (ronca), la entonación también está afectada. Intelecto conservado. En cuanto a la movilidad, tiene movimientos atetósicos y lentos en pies y músculos de la cara. Muestra interés por comunicarse, sobre todo con los adultos. La familia es preocupada por las necesidades del menor.

Diagnóstico: Disartria espástica.

Explicación necesaria

Producida por trastornos de la motoneurona superior. La espasticidad se reconoce como una peculiar resistencia al movimiento pasivo de un grupo muscular, produciendo sonidos con mucha tensión muscular. El habla es lenta y parece surgir con esfuerzo, como si se produjera en contra de una gran resistencia, emisión de frases cortas; debilidad y espasticidad en un lado del cuerpo, en los músculos distales de las extremidades, la lengua y los labios; articulación consonántica poco precisa y, a veces, con distorsiones vocálicas; reflejos de estiramiento muscular exagerados; disfunción articular; lentitud en el habla; voz ronca; tono bajo y monótono; ocasionalmente, se suceden interrupciones tonales o de la respiración. La atetosis hace referencia a movimientos involuntarios, serpenteantes y lentos de una o más articulaciones, a menudo incluyendo al cuerpo completo.

Protocolo 6

P.D.E. es un niño de 7 años, con un diagnóstico de Parálisis cerebral de tipo Tetraplejía espástica. Se observa que la posición que asume la lengua en estado de reposo no es correcta, con tendencia a mostrarse intranquila, tensa, y a inclinarse en ocasiones a un extremo de la boca, con dificultad para encontrar la posición articular correcta; presenta trastornos en la intensidad y sonoridad, la voz es débil, entonación monótona e inexpressiva, la respiración

es poco profunda, lo que le imposibilita pronunciar varias palabras en una sola espiración; los movimientos articulatorios son insuficientes. Comprende órdenes y responde a situaciones comunicativas familiares. Su vocabulario está por debajo de la edad, se expresa a través de frases cortas. Su pronunciación es imprecisa, deficiente, en ocasiones ininteligible, se caracteriza por sustituciones e inconstancias de los fonemas /p/, /l/, /r/, /k/, /j/ con repercusión en el desarrollo insuficiente del oído fonemático. Como consecuencia de la tetraplejía se ve afectada la motricidad general (gruesa y fina) que imposibilita la realización de actividades propias de su grupo etario. Su familia le ofrece todo el apoyo que necesita.

Diagnóstico: Disartria espástico-parética

Explicación necesaria.

Esta sintomatología está relacionada con el debilitamiento o pérdida de la inervación muscular de los diferentes nervios craneales; se aprecia debilitamiento en la musculatura que interviene en el acto del lenguaje, tiene grandes dificultades para encontrar la posición articulatoria correcta. Se detecta una insuficiente amplitud en las oscilaciones de las cuerdas vocales, lo que trae como consecuencia trastornos de la intensidad y sonoridad de la voz. Como la claridad e inteligibilidad del lenguaje depende en gran medida de la intensidad de la voz, con frecuencia se torna incomprensible, impreciso y poco claro. La respiración se caracteriza por una inspiración poco profunda y la espiración corta. La amplitud de los movimientos articulatorios siempre es insuficiente.

Protocolo 7

APS es una niña de 8 años, con un diagnóstico de Parálisis cerebral. Hija única de una familia mononuclear, su madre es médico y la ha sido difícil aceptar el diagnóstico, se muestra sobreprotectora con la niña lo que en ocasiones limita su autovalidismo, la audición y visión se encuentran conservadas; comprende órdenes y responde a situaciones comunicativas familiares. En el desarrollo de su vocabulario se aprecian limitaciones con insuficiencias en el dominio semántico. Se expresa de manera oracional con algunos errores gramaticales vinculados a relaciones de tiempo; se observa que la posición que asume la lengua en estado de reposo no es correcta, su pronunciación está afectada y se caracteriza por sustituciones inconstantes de los fonemas /k/, /l/, /r/ con repercusión en el desarrollo insuficiente del oído fonemático. En la lectura y

escritura se le dificulta relacionar los grafemas con los correspondientes fonemas y se producen sustituciones y omisiones de sonidos. En la escritura, además de las sustituciones, son evidentes las dificultades en los trazos de los elementos gráficos de las letras y en el control muscular en general; se evidencia un ligero retraso en el área de la Lengua Española, aunque realiza un considerable esfuerzo por aprender.

Diagnóstico: Disartria espástica

Explicación necesaria

Producida por trastornos de la motoneurona superior. La espasticidad se reconoce como una peculiar resistencia al movimiento pasivo de un grupo muscular, produciendo sonidos con mucha tensión muscular. El habla es lenta y parece surgir con esfuerzo, como si se produjera en contra de una gran resistencia, emisión de frases cortas; debilidad y espasticidad en un lado del cuerpo, en los músculos distales de las extremidades, la lengua y los labios; articulación consonántica poco precisa y, a veces, con distorsiones vocálicas; reflejos de estiramiento muscular exagerados; disfunción articulatoria; lentitud en el habla; voz ronca; tono bajo y monótono; interrupciones tonales o de la respiración, ocasionalmente.

Protocolo 8

M.D.L. educando de 10 años, diagnosticado con una parálisis cerebral infantil por daño en las vías de activación directa o indirecta de la corteza al tronco cerebral y médula espinal, causado por un traumatismo craneal (mal manejo de uso de fórceps). Las lesiones de estas neuronas motoras superiores ocasionan debilidad y espasticidad en el lado derecho del cuerpo en los músculos distales de la extremidad (con rigidez en manos y pies). Presenta respiración de tipo torácico y la inspiración es habitualmente bucal. El soplo es insuficiente en cuanto a su intensidad. En su lenguaje se observan pausas, prolongaciones inadecuadas y enlentecimiento en el habla, su voz es ronca, el ápice lingual se mantiene tenso y elevado, hay tensión del labio inferior. El niño se muestra interesado en la realización de los ejercicios, aunque el autovalidismo está profundamente afectado. La familia es funcional y se muestra preocupada.

Diagnóstico: Disartria espástico-rígida

Explicación necesaria

Prevalece la paresis espástica y las alteraciones tónicas en la dirección de los movimientos del tipo rígido. La parálisis espástica en los músculos interviene en el acto del lenguaje; la presencia de la rigidez se expresa en el aumento del tono. La combinación de los síntomas de paresis espástica y rigidez provocan alteraciones en la respiración, la masticación y la deglución. La sonrisa forzada que aparece en la rigidez se puede cambiar por espasmos en los músculos de los labios (paresis espástica); se afectan los músculos del cuello y por consiguiente el proceso de fonación

Protocolo 9

F.P.B. es un niño de 11 años, es el menor de cuatro hermanos, sus padres tienen 46 años y el nivel de escolaridad de la familia es alto, ambos son muy preocupados por el niño. En el informe médico se pudo constatar que el parto fue pretérmino, con sufrimiento fetal, anoxia y prematuridad, lo que produjo una parálisis cerebral con afectación de la motoneurona superior. Se observa una respiración de tipo torácico (superior), insuficiente, y a veces descoordinada, la inspiración es habitualmente bucal, el soplo se muestra insuficiente en cuanto a la intensidad, modulación y direccionalidad. Dada la escasa movilidad del velo del paladar. La voz se manifiesta ronca, nasal, con problemas en la intensidad y timbre, tono bajo, monótono y lento con interrupciones. El habla parece surgir con esfuerzo, como si se produjera en contra de una gran resistencia.

El informe psicológico señala que no se encuentra comprometida su inteligencia, ha superado la dificultad de relación que tenía con las personas y objetos de su entorno y aunque el lenguaje presenta las características propias de la parálisis, tiene un adecuado desarrollo en cuanto a los componentes morfosintáctico, semántico y pragmático.

Diagnóstico: Disartria espástica

Explicación necesaria

La espasticidad se reconoce como una peculiar resistencia al movimiento pasivo de un grupo muscular, produciendo sonidos con mucha tensión muscular. En la disartria espástica, la afectación se produce en el nivel de la neurona motriz superior (la motoneurona superior) y sus características son: resistencia al movimiento pasivo de un grupo muscular; emisión de frases cortas; debilidad y espasticidad en un lado del cuerpo, en los músculos distales de las extremidades, la lengua y los labios; articulación consonántica poco

precisa y a veces, con distorsiones vocálicas; reflejos de estiramiento muscular exagerados; disfunción articulatoria; lentitud en el habla; voz ronca; tono bajo y monótono; interrupciones tonales o de la respiración, ocasionalmente.

Protocolo 10

B.C.M. es un menor que cursa el 3er grado, con 8 años de edad en la Escuela Primaria: José Martí Pérez. Es el menor de dos hermanos, su medio social es poco favorecedor, carece de espacio para su desplazamiento, padres divorciados. En estos momentos la madre no tiene vínculo laboral, es ama de casa y posee nivel cultural bajo. Vive en una zona urbana, en una casa modesta, con condiciones constructivas favorables. Posee una limitación física de etiología perinatal por sufrimiento fetal agudo, provocando una parálisis cerebral infantil (PCI) que dejó como secuela una lesión en el SNC en el área motora que compromete los miembros inferiores, principalmente el pie izquierdo. Padece de un déficit motor por hipotonía de los miembros inferiores, y dificultades en la pronunciación. Su voz es monótona y débil. Presenta disgrafía y escritura en espejo. Se muestra cooperador en la investigación. Su coeficiente intelectual está acorde a su edad, realiza juegos pasivos por las limitaciones en su desarrollo psicomotor, le gusta la televisión, es cariñoso, activo y alegre.

Diagnóstico: Disartria pseudobulbar.

Explicación necesaria

Es una de las manifestaciones de las parálisis pseudobulbares, esta forma es la más frecuente, se desarrolla sobre la base de enfermedades sufridas en edades tempranas antes del desarrollo del lenguaje o en pleno desarrollo inicial. Clínicamente puede aparecer en forma de disartria parética (disminución parcial del movimiento con pérdida o no de la fuerza de estos, la lengua se lleva hasta los dientes, pero no puede permanecer allí mucho tiempo), espástica (interrupción de los movimientos a consecuencia de una exagerada tensión de los músculos del aparato articulatorio), hipercinésica o combinada en ella se hace imposible la realización de movimientos voluntarios, pero no se afectan los actos de deglución y masticación. El lenguaje se manifiesta de manera ininteligible. En los casos menos severos se afectan solo los sonidos aislados por lo que muchos autores la denominan disartria discreta, en el diagnóstico diferencial se puede confundir con la dislalia, pero su corrección es

mucho más compleja. Otra causa posible son los traumas. La posición de la lengua en estado de reposo no es la correcta se muestra intranquila, tensa, constantemente introducida en lo profundo de la cavidad bucal, y en ocasiones inclinada hacia un extremo.

Síndrome piramidal (disartria espástica). Las lesiones de las motoneuronas superiores ocasionan debilidad y espasticidad en el lado del cuerpo contralateral a la corteza lesionada, que predomina en los músculos distales de las extremidades, la lengua y los labios. La debilidad es más evidente en los labios y en la parte inferior de la cara del lado contralateral, y está preservada la musculatura de la frente, el paladar, la faringe, la laringe y los músculos masticatorios.

2.4 Validación teórica del sistema de protocolos para la docencia de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia mediante el criterio de usuarios.

Para la validación del sistema de protocolos propuesto se utiliza el método de criterio de usuarios por el potencial que contiene para conformar, valorar y enriquecer criterios.

El criterio de usuario, es entendido como método que se estructura a partir de la comprensión subjetiva de la realidad, basándose en el conocimiento y juicio de sujetos sometidos a diferentes grados de implicación con el resultado científico. Es considerado como un método de naturaleza empírica, el cual, a través de los criterios emitidos por sujetos beneficiarios directos de una propuesta o resultado científico permite valorar la factibilidad o viabilidad de su implementación en los contextos sociales.

El criterio de usuario: son las opiniones que emiten los sujetos que se convierten en usuarios o beneficiarios directos de una propuesta o un resultado científico derivado de una investigación, que están o estarán responsabilizados con la aplicación de tales resultados en el futuro inmediato o mediano (Zulema y Ceila, 2007).

Los usuarios no necesariamente son especialistas en una materia, másteres o doctores que presentan un nivel de conocimiento académico importante, no necesariamente tienen un conocimiento profundo del tema objeto de investigación y tampoco sus criterios evaluativos sobre un producto científico se consideran siempre autorizados.

El *criterio de usuarios* es considerado un método a través del cual se obtienen las opiniones que emiten los sujetos que se convierten en *usuarios o beneficiarios directos* de una propuesta, que por demás están o estarán responsabilizados con la aplicación de tales resultados en el futuro inmediato o mediato. (Matos, Z. y C. Matos, 2006)

El método de criterio de usuarios no es el criterio de especialistas, no es el criterio de expertos, se diferencian entre ellos por los fines que se persigue al utilizarlos y por los requerimientos o exigencias de los sujetos que intervienen. Se selecciona un total de 17 usuarios y se tienen en cuenta como criterios de selección los siguientes: Los 12 estudiantes de 2do año de la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia y los 5 profesores que imparten docencia en la disciplina.

Se realiza con el objetivo de comprobar la pertinencia y validez del sistema de protocolos para el estudio de la atención logopédica a la disartria en la disciplina Logopedia.

La valoración de los usuarios facilitó la reelaboración de algunos de los componentes del sistema de protocolos y contribuyó a su reajuste, a partir de sus observaciones y sugerencias.

Como procedimiento general se presentó a los usuarios la propuesta del sistema de protocolos, con la explicación necesaria y las actividades que debían solucionar y se realizó el registro de las observaciones, críticas y sugerencias realizadas a la propuesta.

A cada usuario se le entrega el sistema de protocolos y la guía de la encuesta para que expresen sus ideas y criterios sobre la validez, pertinencia o insuficiencias que presenta el resultado científico de la investigación. Se someten a consideración cuatro aspectos, sobre los cuales deben expresar su valoración mediante una escala de 3 categorías (C), C1: muy adecuado, C2: adecuado, C3: poco adecuado, considerando en cada aspecto el grado de relevancia de cada uno. (Anexo 6)

Los aspectos a valorar fueron:

- Correspondencia del protocolo descrito con el contenido de las actividades para solucionar;
- Pertinencia del sistema de protocolos para la docencia de la atención logopédica a la disartria en las clases prácticas de la disciplina Logopedia;
- Actualidad y creatividad del sistema de actividades;
- Utilidad práctica del sistema de protocolos.

Se someten a consideración los cuatro aspectos, sobre los cuales deben expresar su valoración mediante una escala de 3 categorías, además de dos preguntas para presentar sus reflexiones sobre las bondades, deficiencias e insuficiencias que presenta el sistema de protocolos y actividades diseñadas.

- Se reconoce la correspondencia de los protocolos descritos con el contenido de las actividades para solucionar.

Los usuarios consideran pertinente y factible de ser aplicado en la docencia el sistema de protocolos para el estudio de la atención logopédica de la disartria en las clases prácticas de la disciplina Logopedia. Este aspecto se califica con categoría de muy adecuado en el 76,4% (13) de los usuarios y con categoría de adecuado en cuatro especialistas, lo que representa un 23,5%.

En relación con la pertinencia del sistema de protocolos para ser aplicable en la docencia de la disciplina Logopedia el 58,8%(10 de los usuarios) emite sus valoraciones en la categoría de muy adecuado, mientras que en la categoría de adecuado el 41,2% (siete de los usuarios).

Sobre la actualidad y creatividad del sistema de protocolos fue considerada por el 88,3% (15 de los usuarios) en la categoría de muy adecuado y por el 11,7% en la categoría de adecuado. Expresan que la explicación necesaria que acompaña a cada caso ofrece argumentos que garantizan el diagnóstico logopédico como punto de partida para el resto de las acciones de la atención logopédica integral de la disartria.

Sobre la utilidad práctica del sistema de actividades el 94,1%(16usuarios) considera este aspecto como muy adecuado y el 5,9% (1) lo considera como adecuado.

Fueron de gran utilidad las valoraciones emitidas por los usuarios para el perfeccionamiento del sistema de protocolos y actividades a solucionar, entre ellas:

- Incorporar en la explicación necesaria los síntomas que aparecen, según la ubicación de la lesión;
- Incorporar la modelación de actividades a realizar por vía directa e indirecta, según el protocolo descrito.

La evaluación del sistema de protocolos por los usuarios es adecuada, consideran su pertinencia y validez científica. Las valoraciones y recomendaciones condicionan nuevos cambios para su perfeccionamiento.

Conclusiones parciales

La interpretación de los resultados del diagnóstico hizo posible la determinación de potencialidades y dificultades relacionadas con el estudio de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia, lo que justifica la necesidad de elaborar un sistema de protocolos como vía de solución a las dificultades detectadas que transforme la actual situación que presenta la docencia.

Para la validación del sistema de protocolos propuesto se utiliza el método de criterio de usuarios por el potencial que contiene para conformar, valorar y enriquecer criterios. A través de las opiniones emitidas por los sujetos beneficiarios directos de la propuesta se valora la factibilidad o viabilidad de la misma, considerándose como adecuada.

CONCLUSIONES

La disartria es un trastorno orgánico de carácter neurológico, que por la sintomatología que la acompaña es considerado el más complejo del componente sonoro del lenguaje. El estudiante de la carrera Logopedia debe estar preparado para la dirección del proceso de atención logopédica integral a este trastorno, el cual resulta difícil por la determinación de la causa que lo provoca y los síntomas acompañantes.

El diagnóstico aplicado permite delimitar que existen insuficiencias en todas las dimensiones declaradas, aunque la procedimental es la de mayor incidencia; los resultados indican la necesidad de buscar y fundamentar científicamente vías que den respuesta a las dificultades detectadas.

El sistema de protocolos que se propone constituye una vía de solución a las necesidades del proceso docente en función de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia; se orienta hacia la transformación positiva en cuanto a los conocimientos, las actitudes afectivo-motivacionales y los procedimientos a emplear.

El resultado científico fue sometido a la validación teórica mediante el criterio de usuarios, lo cuales avalan positivamente la validez, pertinencia y aplicabilidad del sistema de protocolos como apoyo la docencia en el tema de la atención logopédica integral a la disartria.

RECOMENDACIONES

En correspondencia con el proceso de investigación realizado, las vivencias en el camino de búsqueda científica y las interrogantes surgidas, se recomienda:

- Presentar los resultados de la investigación en eventos científicos.
- Incorporar el contenido de la Tesis como material de consulta para docentes y estudiantes en formación.
- Divulgar la investigación en el colectivo de carrera.
- Aplicar el resultado de la investigación en la docencia de la disciplina Logopedia.
- Realizar un Inventario provincial de casos de niños con disartria, atendidos por diferentes instituciones educativas o de salud, para ampliar el material con fines docentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Borges, S & Orosco, M. (2014). *Inclusión educativa y Educación Especial. Un horizonte singular y diverso para igualar las oportunidades de desarrollo.* La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Borges, S., Leyva, M., Zurita, C.R., Demósthene, Y. Ortega, L., Cobas, C.L. (2015). *Pedagogía Especial e inclusión educativa.* La Habana: Editorial Ciencia y Técnica.
- Cedillo, J. S. (2019). *Actividades lúdicas para estimular el desarrollo del lenguaje en niñas y niños de 3 a 4 años, del centro educativo ABC, de la ciudad de Cuenca.* [Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciada en Ciencias de la Educación]. Universidad politécnica salesiana. Cuenca, Ecuador.
- CEPAL - Naciones Unidas. (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.* Una oportunidad para América Latina y el Caribe. S.16-00505. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es>
- Cobas, C.L & Gárciga, A. (2013). *El Logopeda en la institución educativa.* Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Díaz-Caneja, P. Atención temprana definición y propiedades. <https://www.down21.org/revista-virtual-2022/1799-revista-virtual-enero-2022-n-248.html>
- Elsevier (2014). España, S.L. Es una publicación MASSON Travessera de Gràcia, 17-21. 08021 Barcelona, España
- Fernández, G. & Rodríguez, X (2012). *Logopedia. Primera parte.* Texto para los estudiantes de las carreras Licenciatura en Logopedia y Educación Especial. Pueblo y Educación.
- Fernández, G. (2010). *Estimulación temprana y preescolar para los niños con necesidades educativas especiales.* Soporte digital. La Habana. Cuba.
- Fernández, I. L & Ortega, F.O (2016). *Diagnóstico psicopedagógico de los niños y adolescentes con necesidades educativas especiales.* Ed: Pueblo y Educación.
- Flanagan, J.L. (1972). *Speech analysis, synthesis, and perception.* Nueva York: Springer.
- Fry, D.B. Prosodic phenomena. In: Malberg E., ed. *Manual of phonetics.* Ámsterdam: North-Holland; 1968:365– 410.
- García, G. (2002). *Compendio de Pedagogía (Compilación).* La Habana: Ed. Pueblo y Educación.
- García, G. (2006). *Fundamentos de la investigación educativa.* Maestría en Ciencias de la Educación: módulo II: materiales de inicio de la maestría. La Habana: (en soporte digital)
- Garriga, F.F. (2014). *Algunas consideraciones sobre la detección y tratamiento de los niños con retraso del lenguaje.* En *Revista IPLAC* 5/9/2014. RNPS No 2140/ISSN 19936850.
- Grandi, D. y Donato, G. (2011). *Terapia miofuncional. Diagnóstico y tratamiento.* Barcelona: Lebón.
- Hernández-Villoria, R. (2008). Una aplicación lingüística en el estudio clínico de la disartria: el análisis acústico de las vocales y los ejes cinéticos de la lengua. *Lengua y Habla*, vol. 12, enero-diciembre. ISSN: 1316-1180. Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. *Instituto Venezolano de la*

- Audición y el Lenguaje.* Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=511951368005>
- Hixon, T.J. (1973). Respiratory function in speech. In: Minifie F.D., Hixon T.J., Williams F., eds. Normal aspects of speech, hearing and language. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Ince, L.P., Rosenberg, D.N. (1973). Modification of articulation in dysarthria. Arch Phys Med Rehabil.
- Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, Barcelona Director, Máster de Neuropsicología y Neurología de la Conducta, Universidad Autònoma de Barcelona, Barcelona
- Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado (2013). *Disartrias*.
<http://descargas.pntic.mec.es/cedec/atenciondiver/contenidos/ane/disartrias>.
- Kent, R.D., Weisner, G., Kent, J.F., Rosenbek, J.C. (1989). Toward phonetic intelligibility testing in dysarthria. J. Speech and Hear Disord.
- Kertesz, A. (1985). Aphasia. In: Frederiks J.A.M., ed. Clinical neuropsychology. Ámsterdam: Elsevier Science.
- León, J., Viñals, F., Vega, O., Domínguez, R. (2001). Disartria espástica: Rehabilitación de la fonación de un paciente con traumatismo craneoencefálico. Revista española de neuropsicología. ISSN: 1139-9872. Sevilla.
- Lesser, R. Investigaciones lingüísticas sobre la afasia. Barcelona: Médica y Técnica; 1983.
- Llau, J.M., González, J. (2004). Medida de la inteligibilidad en el habla disártrica. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología.
- López, M. (2016). Estudio y tratamiento de las Disartrias. Hospital Pediátrico Universitario "Pedro Borrás Astorga". Servicio de Logopedia y Foniatría. Protocolo de actuación. La Habana, Cuba.
- Maasen, B., Kent, R., Peteres, H., Lieshout, P., Hulstijn, W. Speech motor control. Nueva York: Oxford University Press; 2004.
- Marín Venegas, A., Sepúlveda Garrido, C., Bello Mesina, F. (2017). Terapias para el tratamiento de la disartria en niños con parálisis cerebral. Una revisión sistemática. Unidad de Fonoaudiología, Instituto Teletón Santiago de Chile. Chile.
- Marqués, M. D. (2010). *Praxias bucales, respiración y soplo*.
<http://logopediayeducacion.blogspot.com.es/2010/09/la-realizacion-de-actividades-en-las.html>.
- Martínez, L.E. (2011). *El sistema de actividades como resultado científico en la Maestría en Ciencias de la Educación*, en Atenas. *Revista científica de la Universidad Pedagógica de Matanzas*. Edición única. ISBN-1682-2749. (Disponible en:
http://www.ucp.ma.rimed.cu/in/Ratenasanterior/index.php?option=com_content&view=article&id=249&Itemid=97)
- Matos, Z. y Matos, C. (2006). El método de criterio de usuarios. Su utilización en la investigación educativa. *Monografias.com*
- McNeil, M.R. (1997). Clinical management of sensorimotor speech disorders. Nueva York: Thieme.

- McNeil, M.R., Kennedy, J.G. (1984). Measuring the effects of treatment for dysarthria: knowing when to change or terminate. *Seminars in speech and language*.
- Melle, N. (2003). Disartria en el daño cerebral adquirido: hacia un método global de evaluación. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*.
- Melle, N. (2007). *Guía de intervención logopédica en la disartria*. Madrid: Síntesis.
- Melle, N. (2012). Disartria. Práctica basada en la evidencia y guías de práctica clínica. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*. P. 14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rlfa.2012.05.002>
- MES. (2022). Resolución No.47 de fecha 27 de mayo. La Habana, Cuba.
- Mesa, M. A. (2013). *Los problemas de articulación del lenguaje en los niños*. <http://suite101.net/article/los-problemas-de-articulacion-del-lenguaje-en-los-ninos-a20343>
- Mesa, M.; Guardo, M.E. & Vidaurreta, R.R. *Distinciones entre criterio de expertos, especialistas y usuarios*. Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte "Manuel Fajardo", Cuba. <https://www.monografias.com/trabajos82/distinciones-criterio/distinciones-criterio2>
- Miembros de la Clínica Mayo. (1999). Exploración clínica en Neurología. Barcelona: Editorial Médica JIMS.
- Molinero, M. D. (2010). Trastornos de la comunicación oral. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Vol.7*, p. 23. <http://www.uax.es/publicacion/trastornos-de-la-comunicacion-oral.pdf>
- Monfort, M. y Juárez, A. (2004). *Registro fonológico inducido*. Madrid: CEPE.
- Monge, R. (2004). *Terapia miofuncional: praxias linguales*. Barcelona: Instituto superior de estudio.
- Monge, R. (2005). *Ejercicios de terapia miofuncional*. Barcelona: Lebón.
- Morley, D.E. (1955). The rehabilitation of adults with dysarthric speech. *J Speech Hear Disord*. 1955.
- Nápoles- Hechavarría, P. (2015). *El método criterio de usuario y su empleo en la investigación de la Cultura Física*. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, Año 21, N° 215, Abril de 2016. <http://www.efdeportes.com/https://efdeportes.com/efd215/el-metodo-criterio-de-usuario-en-investigacion.htm>.
- Nocedo, I. & Abreu, E. (1984). *Metodología de la Investigación Pedagógica y Psicológica*. La Habana: Ed. Pueblo y Educación. Parte 1-2
- Núñez, E. (1995). *¿Qué sucede entre la escuela y la familia? Para la vida*. La Habana Ed. Pueblo y Educación.
- OCDE. (2007). *La comprensión del cerebro. El nacimiento de una ciencia del aprendizaje*. Ediciones UCSH.
- Orientación Andujar. (2017). *Recursos educativos. Técnicas relajación para niños*. Recuperado el 15 marzo 2018, desde <https://www.orientacionandujar.es/wp-content/uploads/2017/03/TE%CC%81CNICAS-RELAJACIO%81N-PARA-NIN%CC%83OS-pdf>
- Orozco, G. (1997). *La investigación en comunicación desde la perspectiva cualitativa*. Guadalajara: Ed. IMDEC
- Patten, J. *Neurological differential diagnosis*. Londres: Harold Starke; 1977.

- Peña, J. (2014). Manual de Logopedia 4ta edición. Sección de Neurología de la Conducta y Demencias, Servicio de Neurología, Hospital del Mar, Barcelona Coordinador, Grupo de Neurofuncionalidad y Lenguaje, Programa de Neurociencias.
- Pérez Porto, J., Merino, M. (2013). *Definición de protocolo - Qué es, Significado y Concepto*. Definicion.de. Última actualización el 16 de agosto de 2021. <https://definicion.de/protocolo/>
- Primo, E. (2014). Intervención en un caso de disartria: aplicación de la terapia miofuncional. Grado de Educación Primaria-Mención: Audición y Lenguaje
- Puyuelo, M. y cols. (1996). *Logopedia en la parálisis cerebral. Diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson. Intervención en un caso de disartria: aplicación de la Terapia Miofuncional.
- Puyuelo, M. y otros (2001). *Casos clínicos en logopedia 3*. Barcelona: Masson.
- Quintana, Y. (2015). [La comprensión de textos escritos en el tercer ciclo de la educación de escolares con retraso mental]. Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. La Habana, Cuba.
- Revista Ideides, Grosolia, J (2016) ISSN 2618-5466
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-893X2009000500009
- Robertson, S. (1983). Dysarthria profile. Bicester: Winslow Press; 1982.
- Rodríguez, D. O. (2012). *Educación de la respiración*. http://www.espaciologopedico.com/revista/articulo/168/educacion_de_la_respiracion.html.
- Rojas, S. (2017). *Pensamiento de Paulo Freire desde la pedagogía de la autonomía*. Opción pedagógica emergente para educación en valores. Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt, Venezuela.
- Martínez, M. (2011). *La Docencia Universitaria hoy. Metas, técnicas y desafíos*. Revista Argos. Volumen 28, número 55.
- Martínez, M. (1999). La psicología humanista: Un nuevo paradigma psicológico. México. Editorial Trillas.
- A.F.I.C.A.V.A.L. (2013). *Terapia miofuncional*. <http://www.alafina.es/wp-content/uploads/2013/06/TerapiaMiofuncional.pdf>.
- Freire, P (1996). Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios a la práctica educativa. RJ, Paz e Terra. *La formación docente*. Cepalforja.org. <https://cepalforja.org>.
- Conoce lo que es la docencia según los autores Paulo Freire y Cecilia Fierro. <https://www.euroinnova.edu.es/blog/que-es-la-docencia-segun-autores>.
- Conceptos MundobytesDefinicionesConcepto De Docencia Según Varios Autores. <https://conceptos.mundobytes.com/category/definiciones/>
- Academy of Neurologic Communication Disorders and Sciences (2001). ANCDs practice guidelines coordinating committee report. *Journal of medical speech-language pathology*. Vol. 9 (4), p. ix.
- Acebo-Roque, L. (2011). Empleo de la señal de voz en la clasificación de Disartrias. Trabajo de Diploma. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.
- Adams, R.D., Victor, M. Principles of neurology. Nueva York: McGraw-Hill; 1985.
- Álvarez, M. V. (2010). *Terapia miofuncional: protocolos de observación de maloclusiones, respiración y órganos fonoarticulatorios en alumnos con trastornos orofaciales*.

- http://www.imedicinas.com/pfw_files/cma/ArticulosR/Logopedia/2000/04-2000/105040002080211-07.pdf
- American Speech-Language-Hearing Association (1991). *The Role of Speech-Language Pathologist in Assessment and Management of Oral Myofunctional Disorders*. Asha.
- Angulo, S. (2012). *La terapia miofuncional y sus instrumentos. Un avance profesional aplicable en las áreas de acción del fonoaudiólogo*. http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=2405
- American Speech-Language-Hearing Association (1993). *Orofacial myofunctional disorders: Knowledge and skills*. Asha.
- Arguedas O. (2009) *El Angulo del Investigador. Consejos prácticos para escribir un protocolo de investigación./libro/Acta Médica Constarricense/web* 51(4), 213-214. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43419241005>
- Barraquer-Bordas, L. Neurología Fundamental. 3.ª ed. Barcelona: Toray; 1976.
- Cambier, J., Masson, M., Dehen, H. Neurología 7.a ed. Barcelona: Masson; 2000.
- Bartuilli, M. (coord.), Cabrera P. J., Periñan M. C. (2008). *Guía técnica de intervención logopédica. Terapia miofuncional*. Madrid: Síntesis.
- Bigenzahn, W. (2004). *Disfunciones Orofaciales en la Infancia. Diagnóstico, Terapia Miofuncional y Logopedia*. Barcelona: Ars Medica.
- Calne, D.B., Parkinsonism: Physiology Pharmacology and Treatment. Londres: Edward Arnold, 1970.
- Carpenter, M.B. Neuroanatomía. 4.ª ed. Madrid: Panamericana; 1991.
- Castells, I., Batlló, M. (1992). Terapia miofuncional y logopedia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, Vol. 12*, p. 85-92.
- Cooper, M. Modern techniques of vocal rehabilitation; 1. Charles Thomas, Springfield, 1974. [11].
- Crystal, D. Prosodic systems and intonation in English. Cambridge: Cambridge University Press; 1969.
- Darley, F.L., Aronson, A.E., Brown, J.R. Differential diagnostic patterns of dysarthria. *J Speech Hear Res.* 1969.
- Darley, F.L., Aronson, A.E., Brown, J.R. Motor speech disorders. Filadelfia: W. B. Saunders; 1975.
- Delgado-Hernández, J. (2009). *Inteligibilidad en la disartria atáxica. Estudio de un caso de Atrofia olivo-ponto-cerebelosa*. Universidad de La Laguna.
- Delmas, A. Vías y centros nerviosos. Barcelona: Toray-Masson; 1976.
- Duffy, J.R. Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis, and management 2.ª ed. St. Louis, MI: Mosby Elsevier; 2005.
- Duffy, Joseph. 2005. *Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis, and management*. Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Escribano, E. (1999) *La pedagogía cubana: problemas y contradicciones de su desarrollo como ciencia*. Texto básico del curso La pedagogía como ciencia del doctorado curricular colaborativo de la Universidad de Matanzas.
- Enderby, P . Dysarthria. In: Greenwood R., Barnes M.P ., McMillan T.M., Ward C.D., eds. Handbook of neurological rehabilitation. 2.ª ed. Hove: Psychology Press, 2003. [pp. 357-362].
- Enderby, P ., Palmer, R. Frenchay Dysarthria Assessment - FDA-2. 2.ª ed. Austin, TX: Pro-Ed; 2008.

- Hernández, T. (2021). *Tratamiento didáctico de los contenidos para la virtualización del proceso de formación del profesional en los contextos educativos actuales*. Universidad de Matanzas.
- Hernández, T., Soto, M. & Valido, L. A. (2021). *Compendio de materiales didácticos para el trabajo científico metodológico en el proceso de virtualización de la enseñanza en la formación del profesional*. Universidad de Matanzas.
- Federación de Enseñanza de CC.OO. de Andalucía (2009). Las funciones del maestro/a de audición y lenguaje. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*, n^o5, p. 5. http://www.carrero.com/Funciones_del_Maestro-de-Audicion-y-Lenguaje.pdf
- Fernández De Castro-Fabré, A & López-Padrón, A. (2014). *Validación mediante criterio de usuarios del sistema de indicadores para prever, diseñar y medir el impacto en los proyectos de investigación del sector agropecuario*. *Rev Cie Téc Agr* [online]. 2014, vol.23, n.3, pp.77-82. ISSN 2071-0054. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742018000300019#:~:text=El%20criterio%20de%20usuarios%20es,o%20doctores%20con%20un%20nivel
- Rosenbek, J.C., La Pointe, L.L. (1978). The dysarthrias: description, diagnosis and treatment. In: Johns D.F., ed. *Clinical management of neurogenic communicative disorders*. Boston: Little Brown.
- Salgado, K. (2011). *Comunicación y lenguaje. Trastornos del lenguaje*. http://www.espaciologopedico.com/revista/articulo/201/comunicacion_y_lenguajetrastornos_del_lenguaje.html (Consulta: 20 de junio de 2014).
- Sánchez, M. G. (2008). Desórdenes motores del habla y PROMPT. *Espacio logopédico*. http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=1492.
- Santos, M. (2009). *Cómo trabajar las disartrias en el aula*. http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_16/MARIADEL_OSSANTOS_SIERRA_1.pdf.
- Silva, A (2008). *Terapia miofuncional*. http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=1597.
- Timón, M. y Hormigo, F. (coords.) (2010). *La atención a la diversidad en el marco escolar: Propuesta de integración para alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo*. Sevilla: Wanceulen.
- Vigoa, A. (2016). [Los juegos profesionales como mediadores en la preparación de los estudiantes para la solución de los problemas profesionales de la carrera educación especial]. Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. La Habana, Cuba.
- Vigotski, L. S. (1989). *Psicología Infantil*. Tomo IV. Moscú. Edit. Pedagógica.
- Vigotsky, L. S. (1981). *Pensamiento y Lenguaje*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Vigotsky, L.S. (1979). *La estimulación de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Editorial Grijalbo.
- Vigotsky, L.S. (1989). *Obras Completas (t V)*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, p.34.
- Yorkston, K.M., Beukelman, D.R. (1981). *Assessment of intelligibility of dysarthric speech*. Tigard. OR: CC Publications.

ANEXOS

Anexo 1

Dimensiones	Indicadores	Descriptorios de medida
<p>Dimensión cognitiva se expresa en la apropiación de los saberes relacionados con el proceso de atención logopédica integral a la disartria en la docencia de la disciplina Logopedia.</p>	<p>Estudiantes</p>	
	<p>Conocimientos y habilidades para el estudio del proceso de atención logopédica integral a la disartria en la docencia de la disciplina Logopedia.</p>	<p>Adecuado: poseen conocimientos y habilidades acordes al año académico para la dirección del proceso de atención logopédica integral a la disartria Poco adecuado: poseen algunos conocimientos y habilidades acordes al año académico para la dirección de la atención logopédica integral a la disartria Inadecuado: no poseen conocimientos ni habilidades acordes al año académico para la dirección de la atención logopédica integral a la disartria</p>
	<p>Profesores</p>	
	<p>Conocimientos y habilidades para la dirección de la docencia del proceso de atención logopédica integral a la disartria</p>	<p>Adecuado: establecen relación entre la dirección de la atención logopédica integral a la disartria y sus componentes Poco adecuado: existen algunas dificultades para establecer relación entre la dirección de la atención logopédica integral a la disartria y sus componentes Inadecuado: no establecen relación entre la dirección de la atención logopédica integral a la disartria y sus componentes</p>
	<p>Conocimientos y habilidades para el empleo de recursos que faciliten la docencia de la atención logopédica integral a la disartria</p>	<p>Adecuado: poseen conocimientos y habilidades para el empleo de recursos que faciliten la docencia de la atención logopédica integral a la disartria Poco adecuado: tienen algunos conocimientos y habilidades en el empleo de recursos que faciliten la docencia de la atención logopédica integral a la disartria Inadecuado: no se emplean recursos que faciliten la docencia de la atención logopédica integral a la disartria</p>
	<p>Estudiantes</p>	

<p>La dimensión afectivo-motivacional comprende la presencia de componentes psicológicos que incentivan y sostienen la implicación afectiva de estudiantes y profesores para la docencia de la atención logopédica integral a la disartria</p>	<p>Motivación hacia la preparación para la docencia de la atención logopédica integral de la disartria</p>	<p>Adecuado: se muestran motivados por su preparación para la docencia de la atención logopédica integral a la disartria. Poco adecuado: en ocasiones se desmotivan por su preparación para la docencia de la atención logopédica integral a la disartria Inadecuado: no se motivan por su preparación para la docencia de la atención logopédica integral a la disartria</p>
	<p>Implicación afectiva en la preparación para la docencia de la atención logopédica integral a la disartria</p>	<p>Adecuado: se involucran de manera activa y con satisfacción en las actividades Poco adecuado: poseen dificultades para involucrarse de manera activa y con satisfacción en las actividades Inadecuado: no se involucran en las actividades</p>
	Profesores	
	<p>Motivación hacia la preparación de los estudiantes para la docencia de la atención logopédica integral de la disartria</p>	<p>Adecuado: se sienten motivados y con disposición para la preparación de los estudiantes en el estudio de la atención logopédica integral a la disartria Poco adecuado: tienen poca motivación y disposición para la preparación de los estudiantes en el estudio de la atención logopédica integral a la disartria Inadecuado: no tienen motivación ni disposición para la preparación de los estudiantes en el estudio de la atención logopédica integral a la disartria</p>
<p>Motivación para el empleo de recursos en la preparación de los estudiantes</p>	<p>Adecuado: se muestran motivados y dispuestos por el empleo de recursos en la preparación de los estudiantes. Poco adecuado: manifiestan poca motivación y disposición por la preparación de los estudiantes en el estudio de la atención logopédica integral a la disartria Inadecuado: no se muestran motivados y dispuestos por la preparación de los estudiantes en el estudio de la atención logopédica integral de la disartria</p>	

<p>La dimensión procedimental se refiere a los procedimientos y recursos que se emplean para la docencia de la dirección del proceso de atención logopédica integral a la disartria</p>	<p>Estudiantes</p>	
	<p>Solución a los componentes de la dirección del proceso de atención logopédica integral a la disartria.</p>	<p>Adecuado: logran proponer explicaciones, respuestas, vías, recursos que den solución a dirección del proceso de atención logopédica integral a la disartria Poco adecuado: existen dificultades para proponer explicaciones, respuestas, vías, recursos que den solución a la dirección del proceso de atención logopédica integral a la disartria. Inadecuado: no logran proponer explicaciones, respuestas, vías, recursos que den solución la dirección del proceso de atención logopédica integral a la disartria</p>
	<p>Autovaloración de su preparación para la solución de situaciones problemáticas relacionadas con la dirección del proceso de atención logopédica integral de la disartria</p>	<p>Adecuado: valoran sus logros y carencias para mejorar su preparación Poco adecuado: tienen algunas dificultades para valorar sus logros y carencias para mejorar su preparación Inadecuado: no valoran sus logros y carencias para mejorar su preparación.</p>
	<p>Profesores</p>	
	<p>Aprovechamiento de oportunidades para el empleo de recursos en la solución de actividades para la dirección del proceso de atención logopédica integral a la disartria</p>	<p>Adecuado: se ofrecen oportunidades a los estudiantes para implicarse afectivamente en su preparación Poco adecuado: se ofrecen algunas oportunidades a los estudiantes para implicarse afectivamente en su preparación Inadecuado: no se ofrecen oportunidades a los estudiantes para implicarse afectivamente en su preparación</p>
	<p>Cumplimiento de procedimientos en la solución de actividades para la dirección del proceso de atención logopédica integral a la disartria</p>	<p>Adecuado: se emplean los procedimientos en la solución de actividades para la dirección del proceso de atención logopédica integral a la disartria Poco adecuado: se emplean algunos de los procedimientos en la solución de actividades para la dirección del proceso de atención logopédica integral a la disartria</p>

		Inadecuado: no se emplean los procedimientos en la solución de actividades para la dirección del proceso de atención logopédica integral a la disartria
--	--	--

Anexo 2

Guía para la valoración del análisis de documentos

Objetivo: Valorar las precisiones vinculadas a la docencia de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia.

Documentos a analizar:

- Modelo del profesional del plan de estudio “E” de la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia vigente desde el 2016
- El programa de la disciplina Logopedia de la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia.

Aspectos a valorar:

- Tratamiento de los problemas profesionales en el proceso de formación inicial y su relación con los objetivos generales, contenidos en el Modelo del Profesional y los objetivos de la disciplina
- Correspondencia entre los problemas profesionales, objeto de trabajo, campo de acción, así como las esferas de actuación
- Indicaciones metodológicas generales y de organización que se proponen para la atención logopédica integral a la disartria.

Anexo 3

Observación de clases

Objetivo: Valorar las condiciones creadas para el desarrollo de habilidades teórico-prácticas relacionadas con la dirección de la atención logopédica integral a la disartria en los estudiantes de la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia.

Guía de observación

Asignatura:

Año:

Profesor:

Tema:

Forma de organización:

Porcentaje de asistencia de estudiantes:

Aspectos a observar durante la clase	
a. Relación entre los aspectos que incluye la atención logopédica integral a la disartria y los objetivos	Existe relación entre los aspectos que incluye la atención logopédica integral a la disartria y los objetivos generales y particulares reflejados en los documentos normativos. Sí No----- ¿Por qué? -----
b. Recursos que emplean	Se emplean recursos dirigidos a preparar a los estudiantes para la modelación de la atención logopédica integral a la disartria. Sí No----- ¿Por qué? -----
c. Aprovechamiento de oportunidades para implicar afectivamente a los estudiantes en su preparación	Se ofrecen oportunidades a los estudiantes para que se impliquen en su preparación. Sí___ No----- ¿Cómo?

Aspectos a observar durante la clase en los estudiantes	
1. Conocimientos y habilidades para la modelación de la atención logopédica integral a la disartria	Aplican conocimientos y habilidades que le permiten modelar la atención logopédica integral a la disartria Sí- No--- ¿Por qué? -----
2. Motivación hacia la preparación para la modelación de la atención logopédica integral a la disartria	Se muestran motivados hacia la preparación para la modelación de la atención logopédica integral a la disartria Sí- No----- ¿Por qué? -----
3. Implicación afectiva en la preparación para la modelación de la atención logopédica integral a la disartria	Se muestran comprometidos, con satisfacción, responsabilidad en su preparación para la modelación de la atención logopédica integral a la disartria Sí- No----- ¿Por qué? -----
4. Solución de las actividades para la modelación de la atención logopédica integral a la disartria	Logran proponer posibles soluciones para la atención logopédica integral a la disartria Sí- No----- ¿Cómo? -----
5. Autovaloración de su preparación para la modelación de la atención logopédica integral a la disartria	Valoran sus logros y carencias para mejorar su preparación Sí- No----- ¿Por qué? -----

Anexo 4

Guía de entrevista a profesores

Objetivo: Constatar cómo dirigen la docencia de la atención logopédica integral a la disartria.

1. ¿Cuáles son los problemas profesionales que guían la preparación de los estudiantes de la carrera Licenciatura en Educación. Logopedia?
2. ¿Qué recursos usted emplea para preparar a los estudiantes en el diagnóstico, la caracterización y el diseño de estrategias de intervención logopédica para la dirección de la atención logopédica integral a casos con disartria?
3. ¿Qué oportunidades se les brinda a los estudiantes para que se impliquen en su preparación?
4. ¿Qué recursos emplea en el estudio de la atención logopédica integral a la disartria?
5. ¿Qué propone para mejorar su efectividad?
6. ¿Qué limitantes posee el estudio de la atención logopédica integral a la disartria?
¿Por qué?
7. ¿Qué proceder emplea para el estudio de la atención logopédica integral a la disartria?

Anexo 5

Guía para la aplicación de la escala valorativa

Objetivo: Analizar las opiniones que poseen los estudiantes sobre su preparación para la docencia de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia.

Nombre:

Carrera:

Año:

Autovalore el desarrollo que ha alcanzado en su preparación como estudiante de la carrera Logopedia. Responda las preguntas que se presentan a continuación.

Instrucciones para la autovaloración:

Marque con una X la respuesta que considere. Tenga en cuenta su significado:

Bien (B): Considera adecuada su preparación porque no tiene dificultades

Regular (R): Considera que es poco adecuada su preparación porque tiene dificultades

Mal (M): Considera que es inadecuada e insuficiente su preparación

Elementos a valorar	B	R	M	Justifique
1. Conocimientos y habilidades para el diagnóstico y la elaboración de la estrategia de atención logopédica integral personalizada				
2. Conocimientos y habilidades para el estudio de las clasificaciones				
3. Intereses, motivaciones, identificación y sentido de pertenencia hacia la carrera				
4. Implicación afectiva en la preparación para la solución de problemas profesionales relacionados con la dirección del proceso de atención logopédica integral a la disartria				
5. Integración de saberes para proponer soluciones a situaciones problemáticas relacionadas con la atención logopédica integral a la disartria				
6. Valoración de su preparación para el empleo de procedimientos para el diagnóstico, la caracterización y determinación de la estrategia de intervención logopédica integral personalizada				

Anexo 6

Guía para el criterio de usuarios

Objetivo: Comprobar la pertinencia, validez y aplicabilidad del sistema de protocolos de casos para la docencia de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia.

Nombre y apellidos:

Ocupación:

Estamos realizando una investigación donde se ha elaborado un sistema de protocolos para a docencia de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia. Como parte del proceso se necesita conocer su opinión, la que será tenida en cuenta para el perfeccionamiento de la propuesta.

¡Muchas gracias!

Para la valoración de la propuesta, dirigida al estudio de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia, como resultado de la

investigación realizada, es necesario que opine sobre sus aspectos principales. Para ello debe marcar en una escala de 3 categorías (C). Las categorías son:

C1: muy adecuado

C2: adecuado

C3: poco adecuado

1. Los aspectos a valorar se presentan en la tabla. Solo debe marcar en una celda su opinión relativa al grado de relevancia de cada uno de ellos, atendiendo a la valoración que le merecen, a partir del análisis del sistema de protocolos que le ha sido presentado.

No	Aspectos a valorar	C1	C2	C3
1	Correspondencia del objetivo propuesto con el contenido del sistema de protocolos para el estudio de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia			
2	Pertinencia del sistema de protocolos para la docencia de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia para ser aplicable en la carrera Logopedia			
3	Actualidad y creatividad del sistema de protocolos para el estudio de la atención logopédica integral a la disartria en la disciplina Logopedia			
4	Utilidad práctica del sistema de protocolos y posibilidades de aplicabilidad en la docencia de la disciplina Logopedia			

2. Exponga (según su criterio) en qué medida el sistema de protocolos puede favorecer el estudio de la atención logopédica integral de la disartria en la disciplina Logopedia.

3. ¿Qué sugerencias y recomendaciones puede ofrecer para su perfeccionamiento?

Muchas gracias por su disposición y colaboración.