



Universidad Fasta  
Facultad de Cs. Médicas  
Licenciatura en fonoaudiología

# Percepción de los padres sobre el rol del fonoaudiólogo en el abordaje del habla y la respiración en niños con FLAP.

*Morano  
Mayra Celina*

**Tutora:**

Lic. Alliney Priscila

**Asesoramiento:**

Dra. Mg. Minnaard Vivian

Lic. González Mariana

2023

*“Después de escalar una montaña muy alta, descubrimos que hay muchas otras  
montañas por escalar.”*  
Nelson Mandela.

DEDICATORIA

A mis abuelos Nelda y Daniel.

A mis padres, Walter y Susana por su esfuerzo, acompañamiento y apoyo en cada etapa de mi vida; por creer en mí, y permitirme estudiar la profesión que elegí, además de formarme con valores y enseñarme a esforzarme por alcanzar cada meta que me proponga.

A Milena, mi hermana por ser mi cómplice, estar incondicionalmente y brindarme su ayuda siempre.

A mi pareja, quien me apoyo en cada momento y me brindo su amor incondicional.

A mis tíos/as y primos/as por acompañarme y apoyarme en cada logro.

A mis amigas de siempre por acompañarme y alentarme en cada momento.

A las amigas que conocí en la Universidad, por siempre estar dispuestas a ayudarme.

A mi tutora, Lic. Priscila Alliney por su apoyo, buena predisposición y asesoramiento para el desarrollo de este trabajo.

A Vivian Minnaard y Mariana González, por su profesionalismo, paciencia y guía durante el proceso de este trabajo.

La fisura labio alveolo palatina es una malformación congénita de la región facial, que es causada por una alteración en la unión entre los tejidos que originan el labio superior y el paladar, entre la cuarta y séptima semana de vida intrauterina. Esta malformación afecta la respiración, alimentación, audición, habla y lenguaje.

**Objetivo:** Analizar la percepción de los padres sobre el rol del Fonoaudiólogo en el abordaje del habla y la respiración en niños con FLAP en la provincia de Buenos Aires durante el año 2023.

**Materiales y métodos:** La investigación es de tipo descriptiva, no experimental y transaccional. Se trabajó sobre una muestra conformada por 14 padres de niños con FLAP en la provincia de Buenos Aires, que fueron encuestados a través de un cuestionario online.

**Resultados:** La mayoría de los participantes tienen una edad cronológica de 3 años, siendo predominante el tipo de fisura labio alveolo palatina. Muchos de los encuestados indicaron presentar dificultades en la respiración y el habla, siendo esta última la más evidente, y la mitad de los participantes asisten a tratamiento fonoaudiológico para abordar dicha dificultad; creyendo que es muy importante e indispensable.

En cuanto a los sonidos del habla, la mayor parte de los niños presentan dificultad con el sonido /R/.

**Conclusión:** Es importante que la familia reciba de parte del equipo interdisciplinario, donde participa un fonoaudiólogo, asesoramiento sobre los pasos a seguir según el tratamiento de FLAP de su hijo.

**Palabras claves:** Fisura Labio Alveolo Palatina, Respiración, Habla, Fonoaudiología.

Introducción.....	7
Estado de la cuestión.....	10
Material y métodos.....	22
Resultados.....	29
Conclusión.....	41
Bibliografía.....	44

The background features a white central area surrounded by abstract geometric shapes in shades of pink and orange. A large pink shape is at the top, an orange shape is on the left, and a vertical orange and pink bar is on the right.

# **Introducción**

La fisura labio alveolo palatina<sup>1</sup> es una malformación congénita de la región facial, causada por una alteración en la unión entre los tejidos que originan el labio superior y el paladar, entre la cuarta y séptima semana de vida intrauterina. Esta malformación afecta la alimentación, respiración, audición, habla y en algunas ocasiones, el lenguaje (Cando Caza, 2021)<sup>2</sup>.

La etiología de las FLAP es multifactorial, con factores genéticos y ambientales. El factor de riesgo más conocido es el tabaquismo materno durante la gestación. También el consumo materno de alcohol durante el embarazo, la edad avanzada de los padres, la consanguinidad y el nivel socioeconómico bajo, entre otros factores (Cipolla et al., 2021)<sup>3</sup>.

Según la OMS (2022)<sup>4</sup> en entornos de ingresos bajos existe una elevada tasa de mortalidad en el periodo neonatal. Si las fisuras se tratan debidamente mediante cirugía, es posible la rehabilitación total.

Monasterio (2016)<sup>5</sup> explica que esta enfermedad no solo trae consecuencias estéticas. Afecta también diferentes funciones; en las fisuras completas está afectada la alimentación, la audición, la respiración nasal y la fonación. Todos estos aspectos son abordados como parte del tratamiento integral.

El fonoaudiólogo es el especialista que debe estar capacitado para identificar, a través de su evaluación, cuándo los trastornos del habla son propios del desarrollo, cuándo deben tratarse con cirugía, ortodoncia o prótesis, y cuándo deben ser abordados con tratamiento fonoaudiológico (Tamashiro, 2015, citando a Ferketic, 1995)<sup>6</sup>.

Los pacientes con FLAP tienen mayor predisposición a presentar infecciones de oído medio, perforación timpánica, otitis media crónica, hipoacusia debidos a la disfunción de la trompa de Eustaquio (Allayca et al., 2020)<sup>7</sup>.

Los factores estructurales que comprometen la función velofaríngea, las frecuentes enfermedades del oído medio, pérdidas auditivas y alteraciones dentales u oclusales dan lugar a sustituciones y/o errores articulatorios de las consonantes,

---

<sup>1</sup> La fisura labio alveolo palatina será abreviada como FLAP en adelante.

<sup>2</sup> Las FLAP pueden presentarse unilateral o bilateralmente.

<sup>3</sup> Ingerir la cantidad necesaria de ácido fólico antes y durante el primer trimestre de embarazo puede prevenir las FLAP.

<sup>4</sup> Las FLAP afectan a más de uno de cada 1000 recién nacidos en todo el mundo.

<sup>5</sup> La clasificación de las fisuras se hace de acuerdo a las estructuras comprometidas: labio, encía, paladar óseo, velo.

<sup>6</sup> En este artículo la autora refiere que hay escasez de bibliografía y de investigaciones sobre FLAP. La limitada información hace dificultoso el tratamiento adecuado, lo prolonga, y es menos efectivo.

<sup>7</sup> Las infecciones que pueden presentarse causan dolor al aumentar la presión del tímpano.

retardo en el proceso evolutivo del habla, alteración de la resonancia y emisión área nasal con distorsión del sonido (Tamashiro, 2015)<sup>8</sup>

Las características del habla que presenta el paciente con FLAP pueden ser la hipernasalidad, emisión nasal, baja presión intraoral, articulación compensatoria. Estas alteraciones afectan la comunicación por lo cual se compromete la inteligibilidad. Alvarez et al. (2014)<sup>9</sup>

Los fonemas que se ven afectados en los pacientes con FLAP son varios, llevando muchas veces a que el paciente realice un esfuerzo muscular considerable durante la fonación. Además estos pacientes no pueden realizar la suficiente fuerza muscular para soportar la presión del aire e interrumpir el paso del mismo, también tienen insuficiencia en el sellado velofaríngeo por lo que no pueden desarrollar la suficiente presión oral como para emitir los sonidos de las consonantes que requieren de alta presión.<sup>10</sup>

Es por esto que se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la percepción de los padres sobre el rol del Fonoaudiólogo en el abordaje del habla y la respiración en niños con FLAP en la provincia de Buenos Aires durante el año 2023?

El objetivo general es:

Analizar la percepción de los padres sobre el rol del Fonoaudiólogo en el abordaje del habla y la respiración en niños con FLAP en la provincia de Buenos Aires durante el año 2023.

Los objetivos específicos son:

- Indagar la percepción de los padres sobre el rol del fonoaudiólogo en el abordaje del habla.
- Examinar la percepción de los padres sobre el rol del fonoaudiólogo en el abordaje de la respiración en niños.

---

<sup>8</sup> La alteración de la resonancia puede llevar a una hipernasalización o a una hiponasalización.

<sup>9</sup> Los pacientes con FLAP pueden presentar un trastorno fonético.

<sup>10</sup> Algunos de los fonemas que se pueden ver afectados son: /R/, /S/, /P/, /B/, /M/, /T/, /D/, /G/, /K/, /S/, /L/, y /F/.



# **Estado de la cuestión**

El desarrollo craneofacial ocurre entre la 4ta y 8va semana del desarrollo embrionario, debido a una falla en la fusión entre el proceso frontonasal y los procesos maxilares se producen las fisuras labio alveolo palatinas. Huamán Moreno (2021)<sup>11</sup>

Según Arcaya (1999) citado por Mogollón Tello et al. (2013)<sup>12</sup> las malformaciones producidas se dan por una alteración en la fusión de los tejidos, que darán origen al labio y el paladar en las primeras siete semanas de vida intrauterina.

Corbo et al. (2001) citado por Lombardo-Aburto (2017)<sup>13</sup> expusieron que esta fisura tiene una alta incidencia, ya que se presenta en uno de cada setecientos cincuenta recién nacidos vivos, lo que hace que se encuentre entre las malformaciones más frecuentes y conocidas.

Según Shapira et al. (1999) citado por Gómez Clemente et al. (2017)<sup>14</sup> Las FLAP representan el 15% de todas las malformaciones congénitas y constituyen la anomalía congénita craneofacial más frecuente.

Las FLAP según indicó Mogollón Tello et al. (2013)<sup>15</sup> originan malformaciones en las estructuras óseas del maxilar superior, lo que lleva a que haya una alteración facial, que además puede afectar la parte oronasal produciendo problemas en la deglución, respiración y fonética del paciente.

Como consecuencia de las FLAP durante los primeros meses de vida debido a la imposibilidad adecuada de la alimentación, presentan alteraciones en el desarrollo físico. Siendo más propensos a tener problemas alimenticios. Serrano et al. (2009) citado por Quise Acuña (2017)<sup>16</sup>

La mayoría de las FLAP tienden a repararse dentro del primer año de vida en países desarrollados, en las cuales los pacientes desarrollan patrones de habla típicos, sin embargo, muchos de los niños con FLAP requieren de terapias intensivas del lenguaje en algún momento. Clefl Collective (2019) citado por Gutierrez Trevejo (2021)<sup>17</sup>

---

<sup>11</sup> La falla en la fusión entre el proceso frontonasal y los procesos maxilares se da a causa de una deficiencia en la migración del tejido de la cresta neural.

<sup>12</sup> Dentro de las siete semanas de vida intrauterina se forman el labio y la premaxila.

<sup>13</sup> En Argentina la prevalencia es de aproximadamente 15 afectados cada 10.000 nacimientos.

<sup>14</sup> La incidencia de las FLAP muestra diferencias étnicas y raciales muy marcadas.

<sup>15</sup> Además pueden presentarse anomalías dentarias, las cuales ocasionan problemas funcionales y estéticos.

<sup>16</sup> Los problemas alimenticios más observados en pacientes con FLAP son la regurgitación y los vómitos.

<sup>17</sup> El 50% de los niños con FLAP requieren de una intervención quirúrgica.

El habla es un acto individual de voluntad e inteligencia; que a su vez es el instrumento y el producto de la lengua (Saussure, 2012, citado por Desuque et al., 2018)<sup>18</sup>.

Los pacientes con FLAP frecuentemente desarrollan mecanismos que alteran la inteligibilidad del habla, esto lleva a que también se vea afectada su comunicación. Presentan problemas de articulación, trastorno de tipo fonológico, y problemas en el lenguaje entre otras cosas (Pamplona ,2012, citado por Pillajo Acosta, 2020)<sup>19</sup>.

Según Rodríguez et al. (2007) citado por Valdés et al. (2013)<sup>20</sup> la respiración es un proceso vital para mantener y estimular el sistema estomatognático; el aire ingresa por la nariz y a la vez se cierra la cavidad bucal, creándose una presión negativa entre la lengua y el paladar duro.

Según señalaron Fernández. et al. (2010) citados por Alvarez (2015)<sup>21</sup> estos pacientes sufren de alteraciones graves de los mecanismos respiratorios, debido a que queda afectada la vía área superior, lo cual lleva a que sean respiradores bucales. Esto hace que aumente la probabilidad de infecciones del tracto respiratorio y de oído medio.

TABLA 1: Clasificación de las FLAP

<b>Clasificación de Veau</b>	<b>Clasificación anatómica de la UMcF</b>
Una de las clasificaciones más utilizadas, por su simplicidad y relevancia clínica.	Esta clasificación categoriza las fisuras morfológicamente según su ubicación anatómica.
Dividida por cuatro grupos:	<p><b>Fisura de labio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Muesca: afecta solo la porción muscular del labio.</li> <li>-Labio fisurado incompleto: afecta todo el grosor del labio.</li> <li>-Labio fisurado completo: afecta todo el grosor del labio, junto con la base de la nariz, y piso de cavidad nasal.</li> <li>-Fisura de labio y reborde alveolar unilateral: afecta el paladar primario hasta el agujero</li> </ul>

<sup>18</sup> El habla es lo accesorio ya que se trata de una ejecución individual. Su estudio debe realizarse por separado, debido a que el lenguaje y el habla son dos objetos diferentes.

<sup>19</sup> Los pacientes con FLAP se ven forzados al uso de la articulación compensatoria, lo que ocasiona que los sonidos del lenguaje se produzcan en otros puntos y no en los habituales.

<sup>20</sup> Para una adecuada respiración, ésta debe ser de tipo diafragmática.

<sup>21</sup> Estos pacientes se convierten en respiradores bucales, debido a las altas dificultades que se presentan en su respiración nasal.

	<p>incisivo.</p> <p>-Fisura de labio y reborde alveolar bilateral: compromete las mismas zonas que la nombrada anteriormente.</p>
<b>Grupo I:</b> fisuras de paladar blando.	<p><b>Fisuras de paladar:</b></p> <p>-Paladar duro: afecta desde el agujero incisivo has el borde posterior de la lámina horizontal del hueso palatino.</p> <p>-Paladar blando: afecta la zona muscular del paladar.</p> <p>-Fisura de paladar duro y blando.</p> <p>-Fisura submucosa: no hay unión ósea ni muscular del paladar.</p> <p>-Úvula bífida: división localizada en la úvula.</p> <p>-Fisura submucosa y úvula bífida.</p>
<b>Grupo II:</b> fisuras de paladar duro y blando, que pueden extenderse entre el agujero incisivo y borde posterior del paladar.	<p><b>Fisuras de labio y paladar:</b></p> <p>-Fisura de labio y reborde alveolar unilateral comprometido con fisura velopalatina.</p> <p>-Fisura de labio y reborde alveolar bilateral comprometido con fisura velopalatina.</p>
<b>Grupo III:</b> fisuras de paladar blando y duro que se extienden unilateralmente a través del proceso alveolar.	<p><b>Fisuras atípicas:</b></p> <p>Fisuras poco prevalentes, que no siguen el recorrido anatómico habitual.</p>
<b>Grupo IV:</b> fisuras de paladar blando y duro que se extienden bilateralmente a través del proceso alveolar.	<p><b>Fisuras sindrómicas:</b></p> <p>Fisuras congénitas, asociadas a algún síndrome craneofacial.</p>

Fuente: Adaptado de Muñoz et al. (2004) citado por Leiva (2019)<sup>22</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (2022)<sup>23</sup> las FLAP tienen un origen multifactorial debido a causas genéticas y ambientales. Torres. et al. (2010), citados por Cuadrado Rodríguez (2015)<sup>24</sup> afirman que hay tres factores según la etiología de las FLAP; los factores genéticos, los agentes teratogénicos y factores ambientales.

<sup>22</sup> Existen diferentes clasificaciones como las de Davis y Ritchie (1922), clasificación de Harkins (1962), clasificación de Kernahan (1971), clasificación LAHSAL (2005).

<sup>23</sup> También las FLAP pueden tener un origen sindrómico.

<sup>24</sup> También puede existir una combinación o multifactoriedad.

Suárez. et al. (2007) citados por Cuadrado Rodríguez (2015)<sup>25</sup> indican que hay ciertas sustancias que llevan a la producción de las FLAP, como lo son la fenitoína, la cual es antagonista del ácido fólico; lo que hace que si esta sustancia está presente durante la sexta semana de desarrollo embrionario, se produzca un déficit de ácido fólico el cual es un factor causante de las FLAP. El uso de ácido fólico antes de las primeras cuatro semanas y ocho semanas después de la concepción disminuye el riesgo de que aparezca una fisura (Rugama, 2013)<sup>26</sup>.

La mayoría de los casos de FLAP se deben a la herencia multifactorial, ya que sobre determinados genes actúan uno o varios factores ambientales, los cuales producen la fisura. El riesgo de fisura aumenta cuando el parentesco es más cercano; según el sexo, siendo más frecuente en varones la fisura labial asociada a paladar hendido, y en mujeres el paladar fisurado. Además, una mujer que tenga fisura tiene mayor probabilidad de transmitirla que un varón (AFILAPA, 2006, citado por Cuadrado Rodríguez, 2015)<sup>27</sup>.

En cuanto a los agentes teratógenos AFILAPA (2006) citado por Cuadrado Rodríguez (2015)<sup>28</sup> expuso que dentro de estos pueden aparecer, el hidramnios y oligohidramnios, traumatismos abdominales los cuales pueden producir que se rompa o desgare la bolsa amniótica, que al cicatrizar se forma tejido conectivo que puede quedar atrapado en la región oral, causando presión y una necrosis. También puede producirse una fisura debido a la etiología ambiental, la cual se da mediante radiaciones, hipertermia, tóxicos, fármacos, rubeola, toxoplasmosis y deficiencias metabólicas.

Los factores de riesgo en pacientes con FLAP pueden ser debido al estilo de vida, la edad materna, la fratria, antecedentes de infecciones durante el primer trimestre de embarazo, antecedentes familiares entre otros. Barbosa. et al. (2005) citados por Angel Villanueva (2016)<sup>29</sup>

La inadecuada nutrición de la madre en el momento de la concepción y en el primer trimestre de embarazo es un factor que favorece la aparición de estas malformaciones. Además el consumo excesivo de tabaco y alcohol durante el

---

<sup>25</sup> La malformación se presenta en la sexta semana de desarrollo intrauterino, debido a que en esta semana es cuando se termina de formar el labio y paladar. Y es en las semanas en que la mayoría de las madres aún no saben de su embarazo.

<sup>26</sup> Las madres que no utilizan ácido fólico tienen mayor predisposición a que su hijo presente FLAP

<sup>27</sup> Cuanto mayor sea el número de familiares afectados con FLAP, hay más probabilidades de que esta malformación se repita en la familia.

<sup>28</sup> Los agentes teratógenos pueden ser: agentes físicos, químicos y biológicos.

<sup>29</sup> La fratria es el conjunto que forman los hijos de una pareja de progenitores.

embarazo también son un factor que las favorecen (Wallenstein et al., 2013, citado por Pérez González et al., 2021)<sup>30</sup>.

Según indicaron Rao et al. (2016) citados por Soto Bascuñán (2021)<sup>31</sup> otro de los factores que producen las FLAP son los acontecimientos estresantes, la exposición a químicos, el consumo de medicamentos. La contaminación ambiental influye en el desarrollo de múltiples malformaciones, entre ellas incluidas las FLAP.

Villanueva et al. (2016)<sup>32</sup> afirmaron que la edad materna es otro factor de riesgo muy importante entre los 15-20 años debido a que es el primer embarazo de la mayoría, provocando un riesgo mayor.

Dixon et al. (2011) citado por López et al. (2015)<sup>33</sup> Explican que algunos fenotipos craneofaciales presentes en los padres pueden ser considerados como rasgos subfenotípicos de las FLAP. Existen diferentes subfenotipos, algunos de ellos son: anomalías dentales, alteraciones en el musculo orbicular de los labios, aumento unilateral o asimétrico de la anchura nasomaxilar, asimetrías craneofaciales y mayor distancia intercantal.

En cuanto al habla, los movimientos de los músculos producen sonidos que permiten experimentar una retroalimentación sensorial a la persona; El habla se aprende a través de la experiencia, principalmente por imitación y poco a poco se va formando un patrón fonético; si este patrón fonético no se encuentra en los registros normales, los patrones articulatorios incorrectos van a fijarse en el habla. Gallego Ortega. Et al. (2017)<sup>34</sup>

*Durante la articulación del habla intervienen diferentes estructuras anatómicas tales como los dientes, los labios, la lengua, el paladar duro y blando y musculatura orofacial.* Rubio Álvarez (2017)<sup>35</sup>

Los pacientes con FLAP tienen diversas dificultades en el habla; presentan una resonancia nasal, y dificultades en producir consonantes orales, ya que las producen como sonidos fricativos y explosivos. Se produce un escape de aire debido al mal acomodo de los labios y la lengua, lo que hace que se contraigan los músculos de las

---

<sup>30</sup> Otro factor muy importante, es que hay madres que no tienen acceso a servicios de salud, por lo tanto no llevan un buen control obstétrico.

<sup>31</sup> La contaminación ambiental que influye en las malformaciones, es específicamente la contaminación del aire con ozono.

<sup>32</sup> Un embarazo primerizo está acompañado de muchos factores de riesgo.

<sup>33</sup> Las asimetrías craneofaciales se clasifican en fluctuantes y direccionales.

<sup>34</sup> El patrón articulatorio incorrecto lleva a que el habla tenga dificultades o pueda ser ininteligible.

<sup>35</sup> Las alteraciones estructurales en pacientes con FLAP son causales de las dificultades en el habla.

mejillas y las alas de la nariz para impedir que el aire se escape, por lo cual se produce un golpe glótico. Aguado et al (2014) citados por Cando Caza (2021)<sup>36</sup>

Además estos pacientes presentan insuficiencia velofaríngea debido a que se presenta una articulación compensatoria dada por la incapacidad para separar la cavidad oral de la nasal durante el habla. Guerra Ronquillo (2017)<sup>37</sup>. Las funciones del paladar óseo y del velo del paladar son necesarias para que se produzca el cierre de la cavidad nasal, permitiendo que el aire circule a través de la boca para crear la suficiente presión intraoral para la producción de los sonidos vocálicos y consonánticos. El habla es producida correctamente cuando el paladar blando se dirige hacia la pared posterior de la faringe y separa la cavidad nasal de la bucal para que el aire salga a través de la boca. Martínez (2008) citado por Blas Alvarado et al. (2017)<sup>38</sup>

Gonzales et al. (2011) citados por Pillajo Acosta (2020)<sup>39</sup> Sugiere que la intervención fonoaudiológica en FLAP se centra en mejorar las diferentes funciones afectadas, esta comienza desde el nacimiento, interviniendo en su lenguaje, habla, respiración, entre otras.

La intervención fonoaudiológica en el habla se basa en reeducar el punto y modo de articulación para poder corregir la emisión de los sonidos. Se evalúa previamente el habla antes de la intervención para poder realizar el plan de tratamiento; y en la reeducación de FLAP se requieren las mismas estrategias que se usan para la terapia de los trastornos de los sonidos del habla. Pillajo Acosta (2020)<sup>40</sup>

El tratamiento del habla en un niño con FLAP comienza antes de las cirugías, con el fin de estimular el labio y evitar que se atrofie, posteriormente a las cirugías se continúa con la rehabilitación fonoaudiológica con el objetivo de poder corregir los patrones mal adaptativos del habla. Tello Rodriguez (2021)<sup>41</sup>

---

<sup>36</sup> Debido a las dificultades en el habla, aparece la frustración la cual hace que el paciente disminuya notablemente su comunicación.

<sup>37</sup> En la insuficiencia velofaríngea existe una comunicación buconasal en donde se produce un escape de aire, hipernasalidad, etc.

<sup>38</sup> Este mecanismo es esencial para un correcto desarrollo fonológico tanto como articulatorio de los sonidos del habla, ya que este controla la presión y el flujo aéreo, la articulación, la percepción y la resonancia.

<sup>39</sup> La intervención fonoaudiológica también puede darse en la deglución y audición.

<sup>40</sup> En cuanto al plan de tratamiento, se realizan actividades, recursos y materiales acordes al nivel del paciente.

<sup>41</sup> Es fundamental que los niños con FLAP sigan en rehabilitación luego de la cirugía ya que puede ocurrir que la musculatura no funcione como debe y el niño tenga dificultades para decir sonidos orales y su voz se escuche nasalizada.

Los fonoaudiólogos se encargan de orientar e intervenir, además de brindar estrategias sobre el método más adecuado de tratamiento adaptándose a las capacidades del paciente. Manchimba Villarreal (2020)<sup>42</sup>

El trabajo interdisciplinario es de suma importancia en la atención de los pacientes con FLAP, ya que el manejo del comportamiento haciendo uso de múltiples técnicas permiten la adaptación, confianza y una adherencia donde se reduce la tensión y ansiedad facilitando el objetivo establecido en la terapéutica. Valladares et al. (2009) citados por Cisneros Hidalgo et al. (2019)<sup>43</sup>

Trabajar interdisciplinariamente implica que todos los integrantes tengan un mismo objetivo, donde la tarea de cada uno se complemente e integre para lograr un proceso de trabajo coordinado y articulado. Leyva et al. (2018) citados por Loza et al. (2022)<sup>44</sup>

El equipo interdisciplinario enlaza habilidades y conocimientos de diferentes especialidades, trabajando en un área común de forma interdependiente e interactuando de manera formal e informal. Amato et al. (2019) citados por Loza et al. (2022)<sup>45</sup>

El abordaje de los pacientes con FLAP requiere de disciplinas quirúrgicas para la corrección anatómica y de disciplinas no quirúrgicas para la rehabilitación, entre las disciplinas no quirúrgicas se pueden encontrar: pediatría, fonoaudiología, odontopediatría, otorrinolaringólogo, entre otros. El objetivo de ambas disciplinas es reintegrar la funcionalidad y la anatomía de las estructuras orofaciales y las complicaciones que puedan presentarse. Secretaria de Salud de México (2006) citado por Cipolla (2019)<sup>46</sup>

Los especialistas necesarios para conformar el equipo interdisciplinario son: Coordinador de servicio, cirujanos entrenados en cirugía de fisura, otorrinolaringólogo, ortodoncista, fonoaudiólogo, enfermería especializada en el cuidado de estos pacientes, psicólogo, dentista pediátrico. Gamarra Esteban (2021)<sup>47</sup>

---

<sup>42</sup> Posteriormente a la cirugía se llevan a cabo ejercicios para tonificar los labios y mejorar la cicatrización.

<sup>43</sup> En el trabajo interdisciplinario es muy beneficioso e importante el apoyo familiar además del trabajo de cada profesional.

<sup>44</sup> Es de suma importancia que la educación y el entrenamiento de profesionales de la salud se lleve a cabo con un enfoque interdisciplinario.

<sup>45</sup> El equipo interdisciplinario valora al paciente por separado; los integrantes de este grupo intercambian la información sistemáticamente compartiendo un mismo objetivo terapéutico.

<sup>46</sup> Muchas veces ambas disciplinas forman parte de los servicios de un hospital.

<sup>47</sup> El equipo fonoaudiológico debe contar con las áreas de lenguaje, habla y audición.

Cando Caza (2021)<sup>48</sup> Refiere que el fonoaudiólogo cumple un rol muy importante en los equipos interdisciplinarios ya que actúa desde el nacimiento e interviene en las diferentes áreas rehabilitando las dificultades, además de que brinda información sobre la patología y el tratamiento. Aguado et al. (2014) citados por Cando Caza (2021)<sup>49</sup> Sugiere que la rehabilitación se centra en algunos aspectos como el fortalecimiento de los músculos que intervienen en la respiración, el funcionamiento del paladar blando y la cavidad bucal.

El FLAP agrupa diferentes abordajes que se asocian con las acciones que se presentan durante el proceso de gestación, en relación con su crecimiento y desarrollo, las cuales ejecutadas a tiempo brindan garantías y resultados satisfactorios. De este modo se reduce el nivel de riesgo que altera su fisiología, mejorando la calidad de vida del individuo y promoviendo una buena inclusión en la sociedad. Taib BG (2015) citado por Angarita Villareal et al. (2020)<sup>50</sup>

Gamarra Esteban (2021)<sup>51</sup> Explico que existen diferentes guías internacionales sobre el tratamiento del paciente con FLAP.

TABLA 2: Guía ACPA (American Cleft Palate – Craneofacial Association)

Estándar 1: Composición del equipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Coordinador que facilite la función y eficacia del equipo, y provea de cuidados a los pacientes y la familia.</li> <li>-Fonoaudiólogo, cirujano y ortodoncista.</li> <li>-Miembros calificados.</li> <li>-Acceso a profesionales de otras especialidades.</li> <li>-El equipo debe tener un cirujano entrenado en cirugía cráneo-maxilofacial.</li> <li>-Acceso a un psicólogo para evaluar el desarrollo cognitivo y psicológico del paciente.</li> </ul>
Estándar 2: Actuación en equipo y responsabilidades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Deben disponer de un equipo de reuniones periódicas entre los especialistas fundamentales.</li> </ul>

<sup>48</sup> El fonoaudiólogo puede intervenir tempranamente en FLAP para prevenir otras alteraciones asociadas con esta patología, como por ejemplo algunos trastornos del habla, alteraciones del lenguaje y desnutrición.

<sup>49</sup> El fortalecimiento de los músculos orofaciales también benefician la alimentación en estos pacientes.

<sup>50</sup> En los abordajes terapéuticos no se utilizan esquemas rígidos de tratamiento.

<sup>51</sup> En este trabajo de fin de grado se lleva a cabo la explicación de dos guías internacionales sobre el tratamiento del paciente con FLAP.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Debe existir un mecanismo de interconsulta para una buena comunicación con otros profesionales.</li> <li>-El trabajo del equipo debe realizarse de forma coordinada.</li> <li>-El seguimiento y reevaluación deberá hacerse con una periodicidad establecida por el equipo.</li> <li>-El equipo debe contar con una historia clínica única, centralizada y compartida.</li> </ul>
Estándar 3: Comunicación con el paciente – familia/cuidadores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dar la información apropiada al paciente y familia sobre las evaluaciones y tratamientos.</li> <li>-Brindar ayuda a las familias para cubrir las necesidades financieras de cada paciente.</li> </ul>
Estándar 4: Competencia cultural.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El equipo mostrara sensibilidad con las diferencias individuales que puedan afectar la relación dinámica entre el equipo y la familia.</li> </ul>
Estándar 5: Servicios psicológicos y sociales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se debe contar con mecanismos para la evaluación inicial y el tratamiento periódico de las necesidades psicológicas y/o sociales de los pacientes, y familiares.</li> <li>-Se debe tener mecanismos de evaluación de la capacidad cognitiva.</li> </ul>
Estándar 6: Evaluación de resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El equipo debe contar con mecanismo para monitorizar los resultados de los tratamientos a corto y largo plazo.</li> <li>-El equipo deberá implantar un sistema de mejora continua de calidad.</li> </ul>

Fuente: Adaptado de Gonzales Landa et al. (2011) citado por Gamarra Esteban (2021)<sup>52</sup>

Muchos de los pacientes que presentan FLAP, no reciben el tratamiento adecuado debido a diferentes factores, uno de estos es la deficiencia en muchos de

<sup>52</sup> En el trabajo de fin de grado fue explicada también la guía: Guía ECO (European Cleft Organisation).

los hospitales, ya que estos con frecuencia no registran la malformación y no la derivan al área especializada en el manejo de esta. Ortiz et al. (2004) citado por Sánchez Lecca (2018)<sup>53</sup>

Los pacientes con FLAP tienen alteraciones en su calidad de vida desde su nacimiento, por las diferentes condiciones que estos tienen debido a la malformación, y por las emociones controversiales a las que se enfrentan los padres. Prahel et al. (2008) citado por Sánchez Montes et al. (2014)<sup>54</sup>

Cuando en una familia existe la presencia de un miembro con alguna enfermedad, se presenta un impacto al cual esta debe adaptarse. Producto de la enfermedad aparecen cambios que fuerzan a la familia a realizar adaptaciones en el ambiente familiar. En base a la enfermedad la familia se movilizara, lo que atribuye un rol muy importante a esta, ya que esta movilización afectara tanto de manera positiva como negativa, en lo económico, a nivel personal y también emocional. La enfermedad puede llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio afectando el bienestar y manejo del paciente. Gutierrez Trevejo (2021)<sup>55</sup>. Según Cordero et al. (2015) citado por Leiva Villagra et al. (2017)<sup>56</sup> El paciente con FLAP y su familia presentan un compromiso psicológico y social en distinto grado, por lo cual el abordaje psicológico debe centrarse en ambos.

El diagnóstico de una malformación que compromete la salud pediátrica y que además presenta un componente genético, genera en los padres del paciente un impacto psicológico, produciéndoles estrés, ansiedad, dolor, tristeza y depresión. Además sentimientos de preocupación, incertidumbre, vergüenza y culpa. El cuidado de un hijo con una condición crónica genera un desgaste físico y emocional en los padres, y más aún cuando se trata de una malformación congénita la cual requiere al menos de una intervención quirúrgica. Para prevenir el impacto psicológico que se da en los diagnósticos de malformaciones a nivel familiar, cada vez se le presta mayor importancia a la instancia de asesoramiento genético. Se considera el asesoramiento genético como un proceso en el que se busca ayudar a la familia y al paciente a

---

<sup>53</sup> Otro de los factores que influyen en que el paciente con FLAP reciba su tratamiento es el desconocimiento por parte de la población.

<sup>54</sup> Las emociones controversiales que se presentan debido a esta malformación influyen principalmente a la madre en la mayoría de los casos.

<sup>55</sup> La familia es involucrada en los abordajes durante todo el proceso con el fin de que el paciente se sienta cómodo y contenido.

<sup>56</sup> La familia es uno de los eslabones más importantes en el tratamiento de los pacientes con FLAP.

adaptarse a las implicancias médicas, pero sobre todo en el acompañamiento y psicoeducación. Biesecker et al. (2010) citado por Javiera Ortega et al. (2018)<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> El asesoramiento genético cuenta con una amplia trayectoria en países como Estados Unidos e Inglaterra, y está empezando a realizarse con mayor frecuencia en Latinoamérica.

The background features a white central area surrounded by pink and orange geometric shapes. A large pink triangle is in the top-left corner, and a large orange triangle is in the bottom-left corner. On the right side, there are two vertical bars: an orange one on the left and a pink one on the right, both partially overlapping the white area.

# **Material y métodos**

El tipo de investigación es descriptiva, porque se indagan los valores que se manifiestan en las variables de forma individual. Se describe la percepción de los padres de niños con diagnóstico de FLAP sobre el rol de Fonoaudiólogo. El tipo de diseño es no experimental porque se observan situaciones ya existentes, donde no se modifican de forma intencional las variables propuestas, y transaccional, ya que se observan las variables en un momento dado y por única vez. La población sujeta a estudio son todos los padres de niños con FLAP. La unidad de análisis es cada uno de los padres de niños con FLAP. La muestra está constituida por 14 padres de niños con FLAP seleccionados en forma no probabilística por conveniencia.

Las variables sujetas a análisis son:

- Edad.
- Percepción sobre el rol del fonoaudiólogo en la intervención del habla.
- Percepción sobre el rol de fonoaudiólogo en la intervención de la respiración.
- Percepción sobre dificultades en los sonidos del habla.

Se presenta el consentimiento informado:

Mi nombre es Mayra Morano, soy estudiante de la carrera de Fonoaudiología en la Universidad FASTA. La presente investigación tiene como propósito analizar la percepción de los padres sobre el rol del fonoaudiólogo en el abordaje del habla y la respiración en niños con FLAP. Usted fue seleccionado porque cumple con las condiciones de la población sujeta a estudio. Fue elegido de forma no probabilística por conveniencia. A partir del desarrollo de la misma se busca dar conocer a la comunidad cómo los padres perciben el rol del fonoaudiólogo en el abordaje del habla y la respiración en niños con FLAP. La presente investigación no implica riesgo para ninguno de los participantes. La información que se obtenga de la investigación, posee confidencialidad absoluta.

Al responder esta encuesta usted da su consentimiento para contribuir con la investigación, dejando constancia a si mismo que ha sido debidamente informado/a de las condiciones de la misma, siendo ésta totalmente voluntaria. Al dar su consentimiento autoriza a publicar los resultados de esta investigación en congresos y/o revistas científicas.

Instrumento de recolección de datos cuestionario de Google

Acepto participar en la investigación

Si

No

Edad del niño

Texto de respuesta breve

¿Qué tipo de fisura presenta? (Marcar más de una opción si así lo considera)

Fisura de labio

Fisura de paladar

Fisura alveolar

Fisura labio alveolo palatina

Otro

¿Tiene otros hijos con fisura?

SI

NO

En caso de respuesta afirmativa. ¿Cuántos? ¿Cuál fue la experiencia?

Texto de respuesta largo

En la familia: ¿Hay algún otro familiar con fisura?

- SI
- NO

En caso de respuesta afirmativa. ¿Cuál es el parentesco? ¿Hubo acompañamiento fonoaudiológico?

Texto de respuesta largo

---

Frente al diagnóstico ¿Cuáles son los pasos que se dieron para el abordaje?

Texto de respuesta largo

---

¿Se abordó quirúrgicamente la fisura?

- SI
- NO

En caso de respuesta afirmativa. ¿Cuántas cirugías fueron necesarias?

Texto de respuesta breve

---

En caso de respuesta negativa. ¿Se encuentra pendiente la cirugía?

- Si
- No

¿Cuál es su opinión sobre el abordaje interdisciplinario del FLAP y cuál ha sido la experiencia con su niño?

Texto de respuesta largo

¿Cuál de los siguientes profesionales participo en el abordaje de su niño? ¿Y en que momento?

	Diagnóstico	Primera deriva...	Segunda deriv...	Tercera derivac...	Cuarta derivaci...
Odontólogo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicólogo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otorrinolaringó...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fonoaudiólogo...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pediatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuáles de los profesionales mencionados anteriormente trabajaron de forma interdisciplinariamente?

Texto de respuesta largo

¿El niño presenta dificultades en el habla o la respiración?

- Habla
- Respiración
- Ambas

¿Asiste a tratamiento fonoaudiológico para abordar dichas dificultades?

- SI
- NO

¿Cómo percibe usted el rol del fonoaudiólogo en la intervención del habla?

Texto de respuesta largo

¿Cómo percibe usted el rol del fonoaudiólogo en la intervención de la respiración?

Texto de respuesta largo

¿Percibe que su hijo tiene dificultades en algunos de los siguientes sonidos del habla?

	Siempre	Casi siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
M	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ñ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
R	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En cuanto al rol del fonoaudiólogo, ¿Cuán importante considera la intervención del profesional en esta dificultad?

	1	2	3	4	5	
Nada importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy importante

Existen diferentes opiniones acerca de la rehabilitación fonoaudiológica ¿Cuál de las siguientes afirmaciones representa mejor lo que percibe usted sobre este tema?

- Encuentro que la rehabilitación es satisfactoria
- No encuentro ningún tipo de beneficio en la rehabilitación
- No estoy seguro/a de mi opinión respecto a la rehabilitación fonoaudiológica

The background features a white central area surrounded by pink and orange geometric shapes. A large pink triangle is in the top-left corner, and a large orange triangle is in the bottom-left corner. On the right side, there are two vertical bars: an orange one on the left and a pink one on the right, both partially overlapping the white area.

# **Resultados**

A continuación, se detalla el análisis de las respuestas obtenidas a través de un cuestionario online, con preguntas de formato abierto y cerrado, aplicado a padres de niños con FLAP.

Tabla 1: Caracterización de los niños según tipo de fisura

UA	Edad del niño	Tipo de fisura
N1	9 meses	Fisura labio alveolo palatina
N2	3 años	Fisura labio alveolo palatina
N3	11 años	Fisura de labio, Fisura de paladar
N4	9 años	Fisura labio alveolo palatina
N5	3 años	Fisura de labio, Fisura de paladar
N6	2 años	Otro
N7	3 meses	Fisura de labio, Fisura alveolar
N8	3 años 11 meses	Fisura labio alveolo palatina
N9	11 años	Fisura labio alveolo palatina
N10	5 años	Fisura labio alveolo palatina
N11	3 años	Fisura de labio, Fisura alveolar
N12	8 años	Fisura labio alveolo palatina
N13	3 años	Fisura labio alveolo palatina
N14	4 años	Fisura labio alveolo palatina

Fuente: Elaboración propia.

En relación a la edad cronológica de los niños, el 35,71% tiene tres años siendo el más predominante, luego le sigue el 14,28% de los niños con once años, y el

resto de los niños se encuentran entre los cuatro y nueve años. En cuanto al tipo de fisura el 64,28% de los niños posee una fisura labio alveolo palatina, luego el 14,28% presenta una fisura de labio y fisura de paladar, y el otro 14,28% una fisura de labio y fisura alveolar. Y solo una persona de los encuestados marco la opción “otro”.

Luego se consultó a los padres si tienen algún otro hijo con fisura y de los 14 encuestados solo uno respondió que SI, y tiene dos hijos con FLAP, además se preguntó si los hijos de los encuestados tienen algún familiar con FLAP y dos de los catorce encuestados, dijeron que sí. El parentesco de uno de estos es primo y el otro tío y en ninguno de los dos hubo acompañamiento fonoaudiológico.

Tabla 2: Percepción de los padres de los niños con FLAP sobre el rol del fonoaudiólogo.

UA	Dificultades en el habla o la respiración	Asistencia a tratamiento fonoaudiológico para abordar dichas dificultades	Percepción de usted del rol del fonoaudiólogo en la intervención del habla	Percepción sobre el rol del fonoaudiólogo en la intervención de la respiración
N1		Si	Súper bien él ya dice Mamá y balbucea	
N2	Habla	No		
N3		No	Fue un indispensable en el desarrollo de mi hijo junto con la escuela de lenguaje y nuestra exigencia en casa, mi hijo habla correctamente voz completamente normal	Aprendió a respirar y con ello a vocalizar

## RESULTADOS

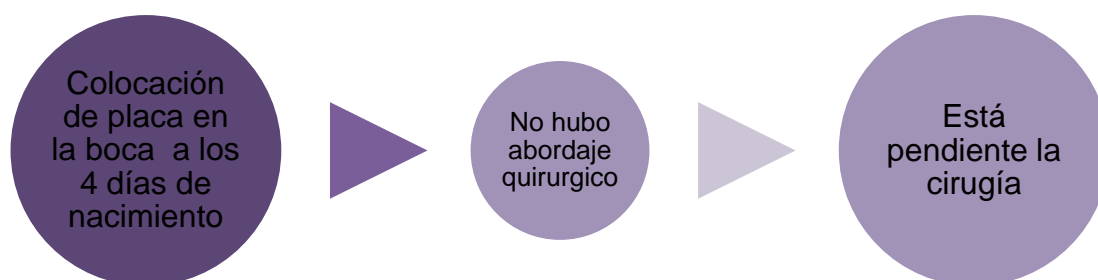
N4	Habla	Si	Según mi percepción tendrían que ser de una duración mínimo de una hora y dos a tres veces por semana	Buena
N5	Habla	No	Importante, aun no lo canalizan hasta cumplir 3 años	
N6	Ambas	No	No ha asistido a terapia	Importante
N7	Respiración	No	Es vital para esta malformación recae sobre partes esenciales del aparato y sin un buen abordaje difícilmente logrará hablar correctamente	Al igual que la respuesta anterior su abordaje ayuda en gran medida el desarrollo del niño
N8		No	Importante	Importante
N9	Habla	No	Indispensable.	Indispensable.
N10	Habla	Si		
N11	Habla	Si		
N12	Habla	Si	Fundamental han sacado adelante a mi pequeño	Fundamental han hecho ejercicios de respiración
N13	Ambas	Si	Buena	Buena

N14	Habla	Si	Es esencial mí hija tuvo la segunda operación días antes de que cerrará todo por pandemia. Esto fue al año de vida. Luego las consultas eran por zoom y al no ver resultados positivos busque fuera de la fundación ayuda por el tema del habla. Hoy mí nena se encuentra en tratamiento fonoaudiológico ya que por su edad tiene un retraso en el habla	Esencial
-----	-------	----	--	----------

Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

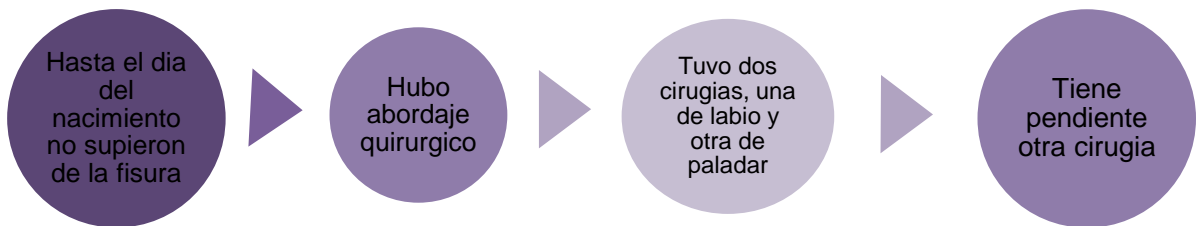
En relación a la dificultad en el habla o la respiración, el 57,14% de los niños presenta una dificultad en el habla, el 13,28% presenta dificultad en ambas, y el 7,15% en la respiración. Mientras que el 22,43 % no refirió ninguna dificultad. Con respecto a la asistencia a tratamiento fonoaudiológico para abordar dichas dificultades, el 50% de los niños asisten, y el 50% restante no asiste a tratamiento fonoaudiológico. Luego se consultó a los padres sobre su percepción del rol del fonoaudiólogo en la intervención del habla y la respiración, el 71,43% de los padres piensa que es muy importante e indispensable, mientras que el 28,57% no refirió respuesta o no asiste a tratamiento fonoaudiológico.

Diagrama 1: Situación del Niño 1



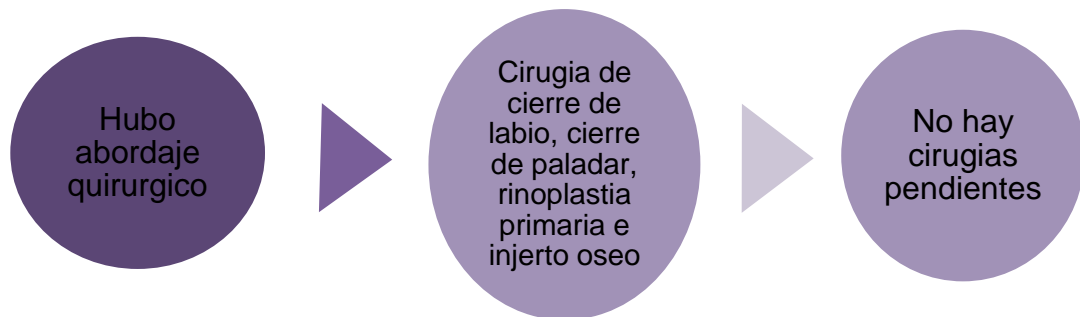
Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Diagrama 2: Situación del Niño 2



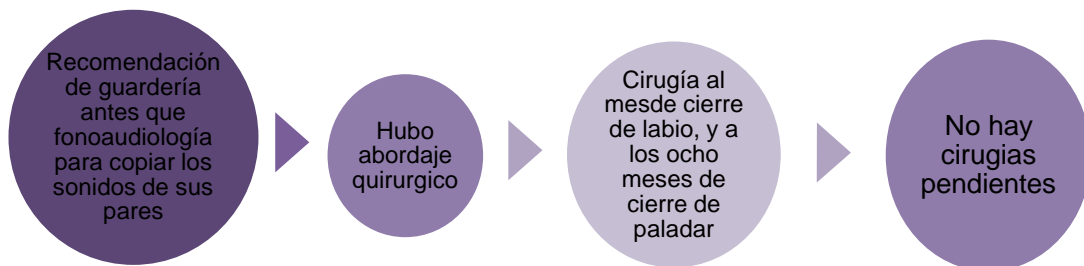
Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Diagrama 3: Situación del Niño 3



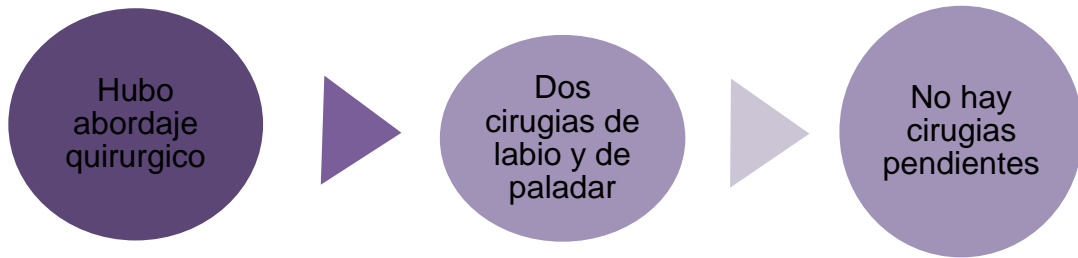
Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Diagrama 4: Situación del Niño 4



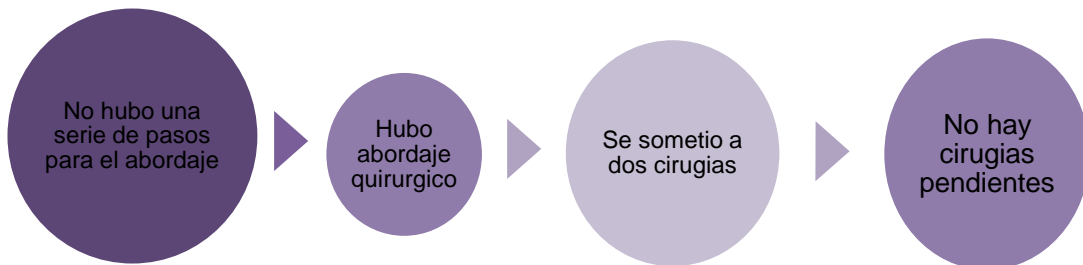
Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Diagrama 5: Situación del Niño 5



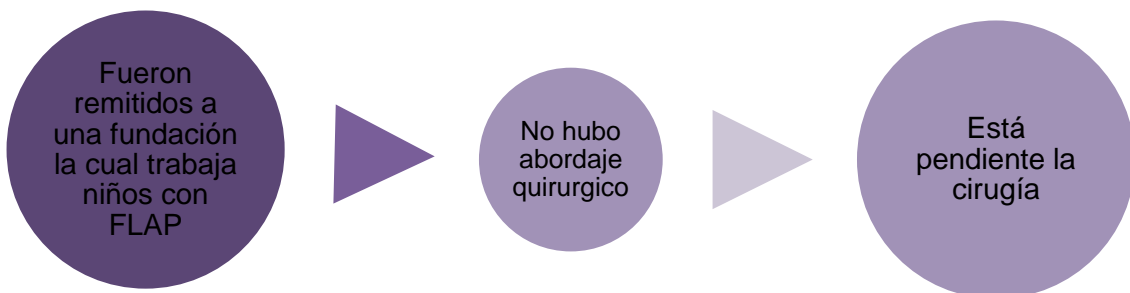
Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Diagrama 6: Situación del Niño 6



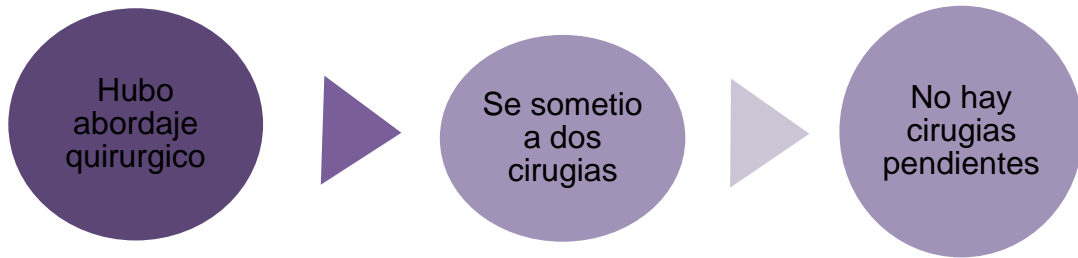
Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Diagrama 7: Situación del Niño 7



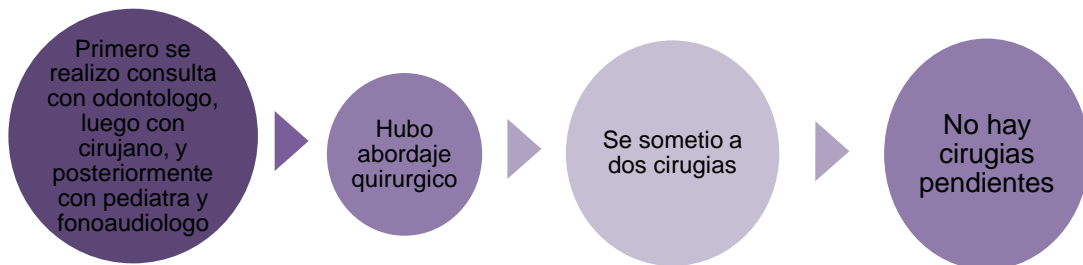
Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Diagrama 8: Situación del Niño 8



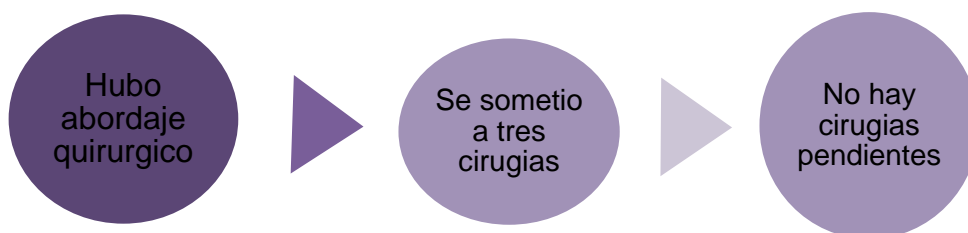
Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Diagrama 9: Situación del Niño 9



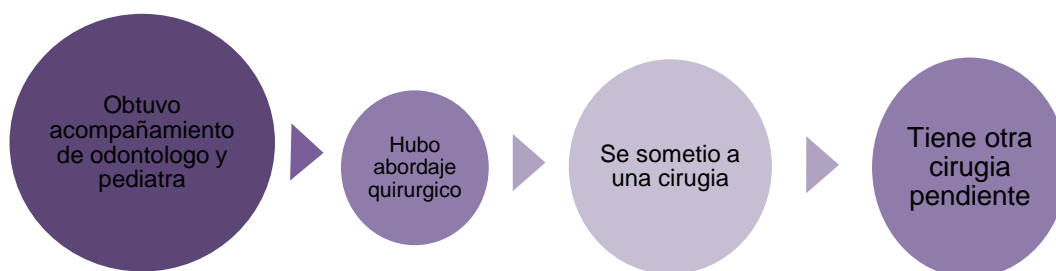
Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Diagrama 10: Situación del Niño 10



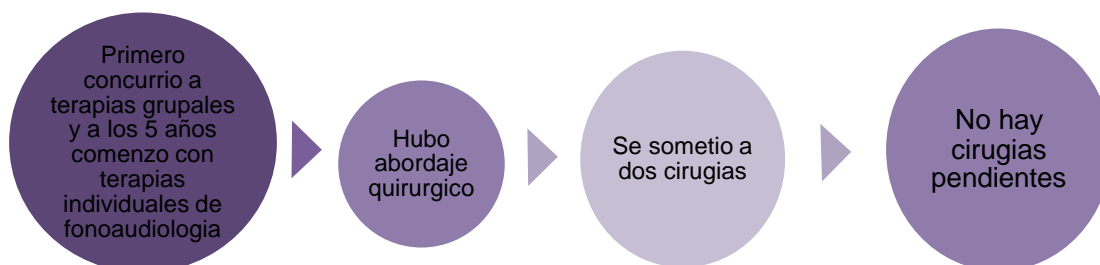
Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Diagrama 11: Situación del Niño 11



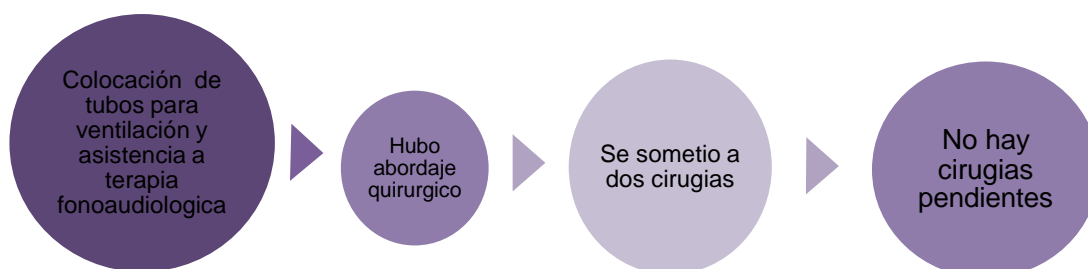
Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Diagrama 12: Situación del Niño 12



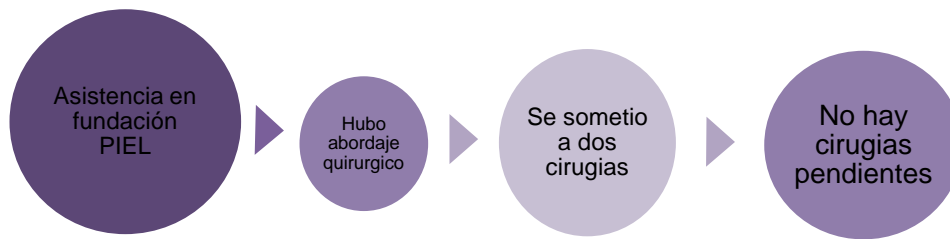
Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Diagrama 13: Situación del Niño 13:



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

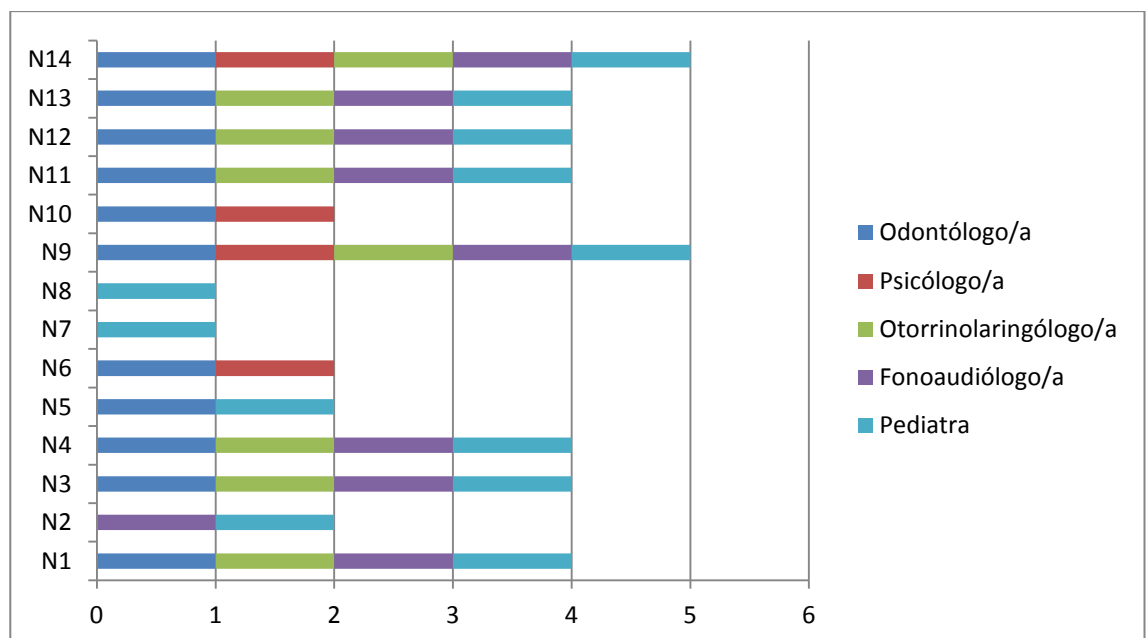
Diagrama 14: Situación del Niño 14:



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

El 57,14% de los pacientes no obtuvo una serie de pasos para el abordaje, mientras que el 42,86% de los pacientes restantes obtuvieron pasos a seguir, y la mayoría fueron introducidos a fundaciones. El 14,28% de los pacientes no fueron abordados quirúrgicamente, mientras que el 85,71% de los pacientes fueron abordados quirúrgicamente. El 64,28% de los pacientes se sometió a dos cirugías, el 21,42% restante se sometió a una o más de dos cirugías. El 71,42% de los pacientes no tiene cirugías pendientes, y el 28,57% tiene cirugías pendientes.

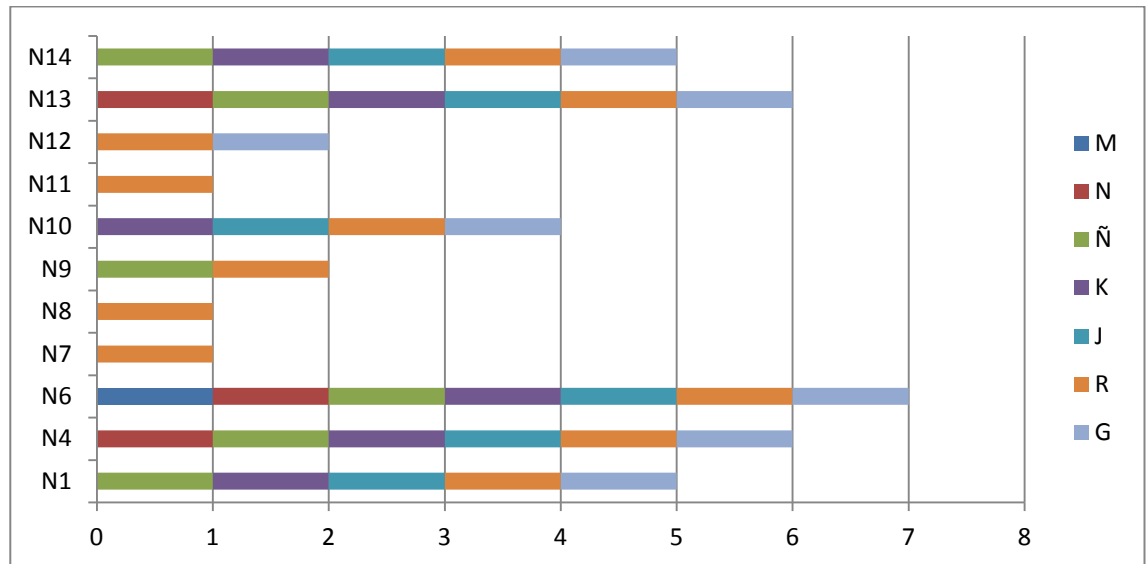
Grafico N°1: Profesionales que han participado en la atención de los niños tanto en diagnóstico como derivaciones



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Con respecto a la participación en el abordaje de niños con esta patología, los padres reconocen a los Odontólogos en 78.57%, a los Psicólogos en 28.57%, los Otorrinolaringólogos 57.14%, los Fonoaudiólogos 64.28% y los Pediatras 85.71%.

Grafico N°2: Niños cuyos padres perciben dificultades en los siguientes sonidos del habla



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

De los catorce padres encuestados once perciben dificultades en los siguientes sonidos del habla, M, N, Ñ, J, R, G. Los que identifican con dificultad son la Ñ, K, J, G y con mayor dificultad la R.

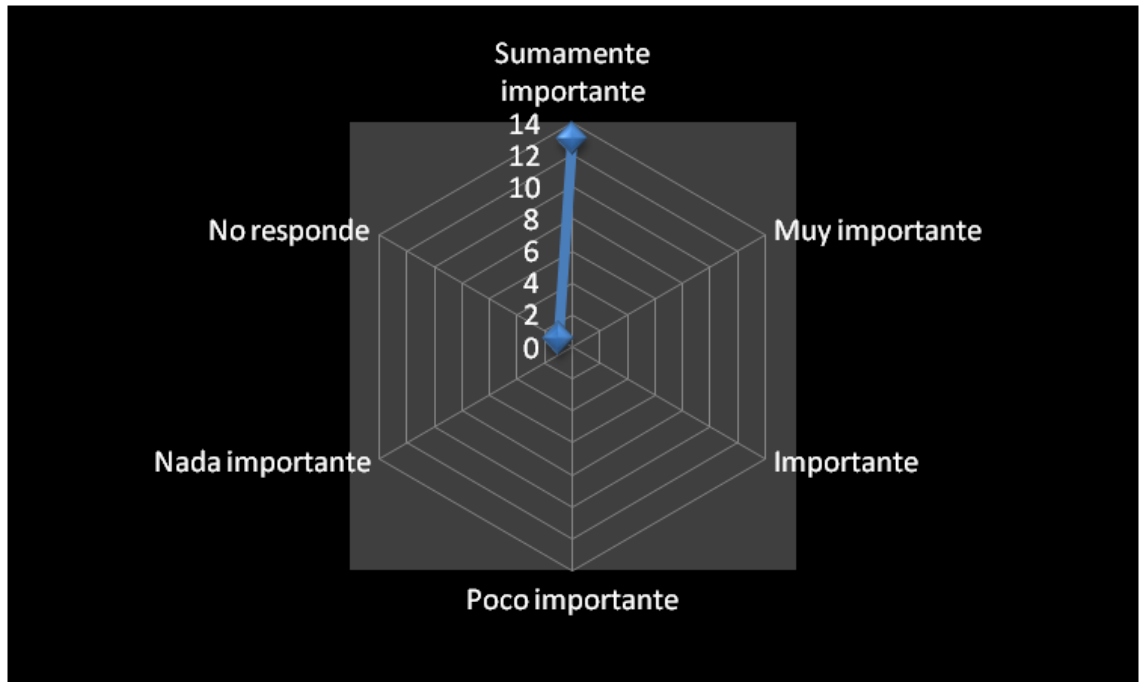
Grafico N°3: En relación a la rehabilitación fonoaudiológica.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

En relación a las opiniones acerca de la rehabilitación fonoaudiológica el 86% encuentra que la rehabilitación es satisfactoria, mientras que el 14% restante no está seguro de su opinión. Al consultar sobre el rol del fonoaudiólogo, trece de los catorce consideran sumamente importante la intervención fonoaudiológica, y uno no responde al interrogante.

Grafico N°4: Grado de importancia que le otorgan los padres de niños con FLAP a la intervención fonoaudiológica.



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

The background features a white central area surrounded by abstract geometric shapes in shades of pink and orange. A large pink shape is at the top, and orange shapes are on the left and bottom. On the right side, there are vertical bars in orange and pink.

# **Conclusión**

Por medio del análisis de los datos recabados mediante el presente trabajo, queda expuesto que la mayoría de los participantes tienen una edad cronológica de 3 años, siendo predominante el tipo de fisura labio alveolo palatina, lo que coincide con lo expresado por Shapira y colaboradores (1999) que menciona que las FLAP constituyen la anomalía congénita craneofacial más frecuente. Según la OMS (2020) tienen un origen multifactorial debido a causas ambientales y genéticas, coincidiendo esto con la referencia que hacen tres de los padres sobre sus hijos, ya que señalaron que presentan familiares con FLAP. En cuanto la dificultad en la respiración y en el habla, la mitad de los participantes asisten a tratamiento fonoaudiológico para abordar la dificultad del habla. Al consultarles su percepción sobre el rol del fonoaudiólogo en el abordaje de las mismas, la mayor parte de los participantes creen que es muy importante e indispensable. Aunque Gamarra Esteban (2021) Señala que existen diferentes guías internacionales sobre el tratamiento del paciente con FLAP, en la presente investigación los padres refieren no haber recibido información sobre los pasos a seguir en el acompañamiento del abordaje de la fisura.

De los catorce padres dos señalan que sus hijos no han tenido cirugías a la fecha de la encuesta, un padre reconoce que su hijo tuvo una sola cirugía, nueve dos cirugías, uno tres cirugías y otro cuatro cirugías. Uno señala que su hijo está en etapa preoperatoria. Los datos anteriores coinciden con lo mencionado por Cipolla (2019) quien comenta que, en el abordaje de los pacientes con FLAP se requiere de disciplinas quirúrgicas para la corrección anatómica.

Teniendo en consideración que Valladares y colaboradores (2009) mencionan que el trabajo interdisciplinario es de suma importancia en la atención de los pacientes con FLAP, en esta investigación se determinó que el profesional que más participó interdisciplinariamente, en el diagnóstico y derivaciones, fue el médico pediatra, aunque el rol del fonoaudiólogo fue también destacado por los padres.

En cuanto a los sonidos del habla, la mayor parte de los niños presentan dificultad con el sonido /R/, sin embargo otro de los fonemas que presentó más impedimento en el habla es la /G/ /J/ /K/ /Ñ/. Manchimba Villarreal (2020) Explica que los fonoaudiólogos se encargan de orientar e intervenir, además de brindar estrategias sobre el método más adecuado de tratamiento adaptándose a las capacidades del paciente. Por lo cual, se indagó qué tan satisfactoria es la rehabilitación fonoaudiológica para los participantes, y el mayor porcentaje cree que es satisfactoria, mientras que el resto no tiene una opinión al respecto.

Se observó que todos los participantes utilizaron declaraciones positivas para describir la importancia sobre el rol del fonoaudiólogo en la intervención del habla y/o la respiración.

En base a los datos obtenidos en este trabajo, surgen los siguientes interrogantes para futuras investigaciones:

- ¿Cuáles son las estrategias implementadas por los fonoaudiólogos ante los fonemas más afectados en las FLAP?.
- ¿Qué tipo de recurso seleccionan los fonoaudiólogos según los fonemas afectados en pacientes con FLAP?

The background features a white central area surrounded by pink and orange geometric shapes. A large pink triangle is in the top-left corner. A large orange triangle is in the bottom-left corner. A pink horizontal bar is at the top. On the right side, there are two vertical bars: an orange one on the left and a pink one on the right, both partially overlapping the white area.

# **Bibliografía**

- Alvarado, K. D. P. B. (2018). *Características del habla en niños de 8 a 12 años con fisura labiopalatina que acuden a un centro especializado de Lima* (Doctoral dissertation, Pontificia Universidad Católica del Perú (Peru)).
- Álvarez, D., Palomares, M., Quezada, V., Villena, C. (2004). Evaluación de la suficiencia velo-faríngea: Presentación de un protocolo para la evaluación para pacientes portadores de fisura labiopalatina. *Rev Chilena de Fonoaudiología*, 5 (2), 41-49.
- Angarita Villarreal, S. T., Castro Hernandez, M. L., Gutierrez Sanguino, A. F., Mantilla Serrano, M. F., & Suarez Luna, D. M. (2020). Nivel de conocimientos del estudiante de odontología en la fase de atención primaria de los pacientes con fisura labio alvéolo palatina.
- Angel Villanueva, A. A. (2016). Factores de riesgo asociados a fisura labio palatina en recién nacidos en el hospital Belén de Trujillo 2006-2015.
- Beltrán, M. J. C., & Abad, P. (2011). La respiración consciente como factor principal de la relajación en la educación física escolar. *EmásF: revista digital de educación física*, (13), 19-31.
- Cando Caza, P. L. (2021). *Acciones fonoaudiológicas preoperatorias en fisura labio palatina, Quito, octubre 2020-marzo 2021* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Cipolla, M. C., Piola, A., Barbero, P., Groisman, B., Bidondo, M. P., Chuit, R., & Liascovich, R. (2021). Características del tratamiento recibido por los niños con fisura labio alvéolo palatina en Argentina. *Andes pediátrica*, 92(1), 67-78.
- Cisneros Hidalgo, C. A., Sotomayor Guaman, G., & Bernal Pardo, M. D. P. (2019). Importancia del manejo interdisciplinario de pacientes con Fisuras Labiopalatinas y Anemia de Blackfan Diamond. Reporte de caso: seguimiento a 2 años. *Rev. odontopediatr. latinoam*, 75-90.
- Clemente, V. G., Torres, J. L. G., Gago, A. M., Sánchez, I. N., & Fernández, L. A. (2017). Protocolo ortopédico-ortodóncico de actuación en pacientes con fisura labio-alveolar y palatina. *Odontol Pediatr*, 25(3), 173-80.
- Cuadrado Rodríguez, M. J. (2015). *Prevalencia de fisura labio palatina y factores de riesgo, Hospital Francisco Icaza Bustamante, 2014* [Tesis de doctorado, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina]. *Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil*.

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10580/1/CD%20129-%20CUADRADO%20RODRIGUEZ%2c%20MARIA%20JOSE.pdf>

- De Salud - Osasunbidea, S. N. (2011). Labio leporino y fisura palatina. *Guía para padres, Gobierno de Navarra*, 15, 16-22.
- Desuque, L., Ferramondo, C., & Ríos, C. (2018). *Reflexiones en torno a las nociones de habla, discurso y facultad del lenguaje en el archivo saussureano*. Universidad Nacional de Rosario
- Ford, A. (2004). Tratamiento actual de las fisuras labio palatinas. *Rev Med Clin Condes*, 15(1), 3-11.
- Gamarra Esteban, P. (2021). *Protocolo del paciente con fisura labio-palatina congénita*. Universidad de Valladolid.
- Gutierrez Trevejo, M. Y. (2021). Impacto familiar y estrategias de afrontamiento en padres de niños con fisura labio palatina en una clínica dental de Lima Metropolitana. *Cayetano Heredia Facultad de Psicología*. Lima, Perú.
- Laquihuanaco Loza, F. S., & Laquihuanaco Coarita, G. M. (2022). Trabajo colaborativo en el manejo de malformaciones faciales congénitas. *Revista Estomatológica Herediana*, 32(2), 161-166.
- Lecca, L. R. S. (2018). Prevalencia de pacientes con fisuras orofaciales y factores familiares asociados en el Hospital Regional Docente Las Mercedes-Chiclayo 2016. *Revista Científica Epistemia*, 2(1), 74-89.
- Leiva, N., Stange, C., Ayala, F., & Fuentes, V. (2019). Clasificación anatómica: una propuesta para categorizar las fisuras labiopalatinas. *Odontología sanmarquina*, 22(3), 245-249.
- Lombardo-Aburto, E. (2017). La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido. *Acta pediátrica de México*, 38(4), 267-273.
- Mogollón Tello, L. A., & Huapaya Paricoto, O. (2013). Prevalencia de anomalías dentarias en pacientes con fisura labio alveolo palatina atendidos en el Instituto Especializado de Salud del Niño. Lima, Perú.
- Monasterio, L., Ford, A., & Tastets, M. E. (2016). Fisuras labio palatinas. Tratamiento multidisciplinario. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(1), 14-21.

- Montes, M. J. D. S., Carvallo, J. R. H., Pérez, M. A. R., & Gutiérrez, A. D. (2014). Atención oportuna con una serie de placas estáticas para la conformación y el tratamiento del reborde alveolar (SPECTRA) en un paciente con fisura labio alveolo palatina. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 2(1), 42-46.
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud bucodental. Organización Mundial de la Salud* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Ortega, J. L. G., Pérez, I. A. G., & Blanco, M. F. A. (2017). Valoración de un programa escolar para el desarrollo de habilidades fonológicas en niños españoles. *Revista Brasileira de Educação*, 22.
- Ortega, J., & Vázquez, N. (2018). Diagnóstico de fisura labio palatina en niños pequeños de Nicaragua: impacto del diagnóstico a nivel familiar.
- Pillajo Acosta, K. J. (2020). *Terapia del habla, enfoque actual en niños con Fisura Labiopalatina, Quito, julio–diciembre 2020* [Tesis de grado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio digital de la Universidad Central del Ecuador <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/22474>
- Rodado, M. L. (2016). *Fisura labio-palatina: estudio clínico-epidemiológico y valoración de calidad de vida* (Doctoral dissertation, Universidad de Sevilla). Depósito de investigación Universidad de Sevilla <https://idus.us.es/handle/11441/33750>
- Ronquillo, S. A. G. (2017). *Características Músculo-Esqueléticas y de la Producción del Habla de los Niños con Fisura Labiopalatina* (Doctoral dissertation, Pontificia Universidad Católica del Perú-CENTRUM Católica (Peru)). Red de repositorios de acceso abierto a la ciencia [http://lareferencia.info/vufind/Record/CO\\_4b96cf6a5deaf42234080ec065707555](http://lareferencia.info/vufind/Record/CO_4b96cf6a5deaf42234080ec065707555)
- Rubio Álvarez, L. J. (2017). Defectos del habla relacionados con maloclusiones dentales, en niños con labio y/o paladar hendido no sindrómico en dentición mixta, de la fundación “niños que ríen”, República Dominicana. *Facultad de Odontología*.
- Rugama, A. S. (2013). *Prevalencia de fisura labio alveolo palatina en neonatos cuyas madres utilizaron fármacos o sustancias teratogénicas durante el primer trimestre de la gestación en el HEODRA, en el periodo comprendido ene 2005-junio 2013* (Doctoral dissertation).

- Soto Bascuñán, H. (2021). Actores de riesgo ambientales en madres de pacientes con fisura labio alvéolo palatina del servicio dental del Hospital las Higueras entre los años 2004 y 2019, Talcahuano.
- Tamashiro, A. B. (2015). Estudio descriptivo de las alteraciones articulatorias consonánticas características en el habla de pacientes hispanoparlantes con fisura labio-alvéolo-palatina reparada. *Revista Mexicana de Comunicación, Audiología, Otoneurología y Foniatría*, 4(1), 6-15.
- Tello Rodriguez, C. A. (2021). Desarrollo de un prototipo de robot social para terapia fonoaudiológica en niños con fisura labio palatina (FLP).
- Villarreal, M., & Alexander, L. (2020). *La terapia miofuncional en el tratamiento de los trastornos del habla en la fisura labiopalatina, Quito, julio–diciembre 2020* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Villagra, N. L., Layera, L. S., & Parada, R. P. (2017). Tratamiento odontológico multidisciplinario de un paciente complejo con fisura labiopalatina bilateral. *Odontología sanmarquina*, 20(2), 95-100.

## Percepción de los padres sobre el rol del fonoaudiólogo en el abordaje del habla y la respiración en niños con FLAP.

La fisura labio alveolo palatina es una malformación congénita, causada por una alteración en la unión entre los tejidos que originan el labio superior y el paladar, entre la cuarta y séptima semana de vida intrauterina.

**OBJETIVO:** Analizar la percepción de los padres sobre el rol del Fonoaudiólogo en el abordaje del habla y la respiración en niño con FLAP en la provincia de Buenos Aires durante el año 2023.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** La investigación es de tipo descriptiva, no experimental y transaccional. Se trabajó sobre una muestra conformada por 14 padres de niños con FLAP en la provincia de Buenos Aires, que fueron encuestados a través de un cuestionario online.

**RESULTADOS:** La mayoría de los participantes tienen una edad cronológica de 3 años, siendo predominante el tipo de fisura labio alveolo palatina. Muchos de los encuestados indicaron presentar dificultades en la respiración y el habla, siendo esta última la más evidente, y la mitad de los participantes asisten a tratamiento fonoaudiológico para abordar dicha dificultad; creyendo que es muy importante e indispensable. En cuanto a los sonidos del habla, la mayor parte de los niños presentan dificultad con el sonido /R/.

**CONCLUSIÓN:** Es importante que la familia reciba de parte del equipo interdisciplinario, donde participa un fonoaudiólogo, asesoramiento sobre los pasos a seguir según el tratamiento de FLAP de su hijo.



Universidad Fasta  
Facultad de Cs. Médicas  
Licenciatura en fonoaudiología

**Tesis de licenciatura**  
**Fga. Morano Mayra Celina**  
**maymorano08@gmail.com**

## REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA

### AUTORIZACION DEL AUTOR

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.

Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

#### 1. Autor:

Apellido \_\_\_\_\_ y  
Nombre \_\_\_\_\_  
Tipo y Nº de Documento \_\_\_\_\_  
Teléfono/s \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Título obtenido \_\_\_\_\_

#### 2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de defensa \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons**  
(recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar  
<http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

#### 4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero [ ]

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa"

---

Firma del Autor Lugar y Fecha



Tesis de Licenciatura  
FGA. Morano Mayra Celina  
2023