

01

EL DESARROLLO

DEL LENGUAJE ORAL EN NIÑOS CON ESTRABISMO Y AMBLIOPÍA. PAPEL DE LA FAMILIA

THE DEVELOPMENT OF ORAL LANGUAGE IN CHILDREN WITH STRABISMUS AND AMBLYOPIA. ROLE OF THE FAMILY

Andrea Steffanie Cueva-Rey¹

E-mail: acueva@utmachala.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9301-1648>

Navier Enrique Rebolledo-Yange¹

E-mail: nrebolledo@utmachala.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9070-8554>

¹ Universidad Técnica de Machala. Ecuador.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Cueva-Rey, A. S., & Rebolledo-Yange, N. E. (2023). El desarrollo del lenguaje oral en niños con estrabismo y ambliopía. Papel de la familia. *Revista Transdisciplinaria de Estudios Sociales y Tecnológicos*, 3(3), 5-11.

Fecha de presentación: mayo, 2023

Fecha de aceptación: julio, 2023

Fecha de publicación: septiembre, 2023

RESUMEN

En la literatura especializada se describe una etapa del desarrollo del lenguaje oral en la que el niño puede presentar dificultades en la articulación de los fonemas de su lengua, sin llegar a considerarse como un trastorno de la comunicación. Estos errores reciben el nombre de dislalias evolutivas o fisiológicas. Su prevención y corrección desde edades tempranas es responsabilidad, en primera instancia, de la familia. Esta problemática presenta matices en el caso de aquellos niños y niñas portadores de estrabismo y ambliopía. Por tales razones, el objetivo de este artículo es exponer las ideas fundamentales que conforman una propuesta de orientaciones para favorecer el papel de la familia de niños con estas deficiencias en el desarrollo del lenguaje oral, a la vez que se estimula el proceso de corrección y/o compensación de su visión. Los métodos que posibilitaron el desarrollo de este trabajo fueron del nivel teórico (análisis-síntesis, inducción-deducción, y el enfoque sistémico) y del nivel empírico (el análisis de documentos y las entrevistas en profundidad). Estas orientaciones se obtienen como resultado del intercambio con logopedas de las comunidades y especialistas de oftalmología y de otras propuestas que se sistematizaron de trabajos precedentes. Las orientaciones propuestas tienen un enfoque eminentemente preventivo y su puesta en práctica tiene el respaldo favorable de la familia de los niños, pues pueden contribuir a la mejoría en la comunicación de sus hijos.

Palabras clave:

Lenguaje oral, estrabismo, ambliopía, orientaciones, trabajo con la familia.

ABSTRACT

The specialized literature describes a stage of oral language development in which the child may present difficulties in articulating the phonemes of his or her language, without being considered a communication disorder. These errors are called evolutionary or physiological dyslalias. Its prevention and correction from an early age is the responsibility, in the first instance, of the family. This problem presents nuances in the case of those boys and girls with strabismus and amblyopia. For these reasons, the objective of this article is to present the fundamental ideas that make up a proposal for guidelines to promote the role of the family of children with these deficiencies in the development of oral language, while stimulating the process of correction and /or compensation of your vision. The methods that enabled the development of this work were at the theoretical level (analysis-synthesis, induction-deduction, and the systemic approach) and at the empirical level (document analysis and in-depth interviews). These guidelines are obtained as a result of the exchange with community speech therapists and ophthalmology specialists and other proposals that were systematized from previous works. The proposed guidelines have an eminently preventive focus and their implementation has the favorable support of the children's families, as they can contribute to the improvement in their children's communication.

Keywords:

Oral language, strabismus, amblyopia, orientations, work with the family.

INTRODUCCIÓN

Un logro importante del desarrollo de los niños lo constituye la comunicación mediante el lenguaje oral. A partir de la primera palabra que el niño emite, que se asocia de manera inequívoca con un objeto o fenómeno de la realidad, el lenguaje crece significativamente. No obstante, el proceso de aprendizaje del lenguaje comienza mucho antes de que el niño sea capaz de emitir su primera palabra. La comprensión de la significación (el reconocimiento del niño de que hay sonidos, actos, gestos que tienen un cierto sentido), es el primer paso en la adquisición del lenguaje.

Un segundo estadio del proceso constituye la comprensión de la palabra hablada. En este proceso se va a dar una segunda fase, en que ya no sólo la comprensión de la palabra va a estar dada por la entonación, sino también por la comprensión de esta palabra de forma verbal. Entonces el niño capta no ya simplemente la asociación de entonaciones con ciertos estados de ánimo, sino la relación entre ciertas palabras y determinados objetos. Así se forma en el niño el llamado lenguaje comprensivo: antes de poder expresarse mediante el lenguaje, él es capaz de comprender palabras de los adultos. El siguiente paso en este devenir evolutivo lo va a constituir la expresión mediante la palabra hablada, o sea, el lenguaje activo.

Existe una fase en el desarrollo del lenguaje oral en la que el niño no articula o distorsiona algunos fonemas de su lengua como consecuencia de un inadecuado desarrollo del aparato fonoarticulador: estos errores reciben el nombre de *dislalias evolutivas o fisiológicas*. Según Céspedes (2011), son *“anomalías articulatorias que se manifiestan en edades tempranas, propias del desarrollo evolutivo del niño. Se consideran normales porque el niño aún está inmerso en la adquisición del lenguaje y no es capaz de reproducir con exactitud lo que escucha, de formar los estereotipos acústicos-articulatorios correctos”*. (p.3)

Con relación a la dislalia como concepto primario, Balmaseda, como se citó en Fiuza & Fernández (2014), refiere que son *“alteraciones en la articulación de los fonemas, ocasionadas por una dificultad para pronunciar de forma correcta determinados fonemas o grupos de fonemas de la lengua. Esta dificultad puede estar ligada a problemas de discriminación auditiva y/o dificultades en las praxias bucofonatorias”*. (p. 137)

También Pascual (como se citó en Saltos, 2016), define la dislalia funcional como *“un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje, por una función anómala de los órganos periféricos, sin que existan trastornos o modificaciones orgánicas en el sujeto, sino tan solo la incapacidad funcional”* (p. 17) Estas dificultades situacionales que no persisten después de esta etapa del desarrollo lingüístico, *“no precisan de un tratamiento directo, se trata de*

ofrecer una estimulación adecuada que ayude a su maduración general para evitar posteriores complicaciones y que se fijan como un patrón negativo”. (Fornaris-Méndez & Huepp-Ramos, 2017, p.237)

Sería importante destacar, que aunque esta dislalia no precisa de un tratamiento directo (normalmente desaparecen con el tiempo), es preciso mantener una postura conveniente y firme; es decir, mantener con el niño un comportamiento adecuado que ayude a su maduración general para evitar posibles problemas. Por lo tanto, *“es conveniente hablarle de forma clara y adulta, no imitando sus defectos ni tomarlos como una gracia, ya que puede reforzar la pronunciación defectuosa e impedir su evolución”*. (Céspedes, 2011, p.3)

Esta dificultad de pronunciación puede progresar negativamente, estabilizarse y convertirse en un trastorno, incluso sin presentar lesiones o malformaciones de los órganos periféricos del habla (si éstas se presentan se denomina *Dislalia orgánica o Disglosia*). Cuando las alteraciones fonemáticas se producen por una mala utilización sin que pueda advertirse causa orgánica alguna se conocen como *Dislalias funcionales*, que son definidas por Coll-Florit et al. (2013), como una *“alteración específica y persistente de uno o varios sonidos (distorsión, sustitución, omisión) y ausencia de influencias en y de otros sonidos adyacentes o cercanos”*. (p. 19)

Por otra parte, a la infancia preescolar se le concede una atención especial, en particular a los niños de 5 a 6 años, pues el desarrollo lingüístico está íntimamente relacionado con el desarrollo intelectual, es decir, *“el lenguaje se enriquece con la maduración intelectual y, a su vez, es la base para dicho desarrollo y para el posterior aprendizaje ya que constituye un medio de adquisición de conocimientos”* (Herrera & Fernández, 2017, p.122). Existe una relación entre las dislalias fisiológicas como alteraciones propias del desarrollo del lenguaje oral y la posible aparición de trastornos de la pronunciación. De ahí la importancia de atender las primeras preventivamente para evitar que involucionen hacia esas complejas dificultades.

En exploraciones realizadas al desarrollo del lenguaje de niños de 4to y 5to año de vida (ADV) con Estrabismo y Ambliopía se han detectado estas llamadas “dislalias fisiológicas”. Precisamente, se ha podido comprobar que una de las posibles causas está asociada a la insuficiente estimulación de miembros de la familia de los infantes para contribuir a esta tarea desde el hogar. Además, existen otros problemas que complejizan el buen desarrollo de la pronunciación, que se constituyen en regularidades, tales como el hecho de que no se corrige de forma sistemática y en el momento oportuno las emisiones incorrectas del habla de los niños por parte de los miembros de la familia y se limita la utilización de las posibilidades que ofrecen las tareas cotidianas del hogar para atender a la

pronunciación, teniendo en cuenta las exigencias que se derivan de los problemas visuales de los niños y niñas.

Tales regularidades permiten identificar la problemática que se puede enunciar mediante la interrogante: ¿Cómo contribuir a la prevención de los trastornos de la pronunciación en los niños de 4to y 5to años de vida (ADV) con Estrabismo y Ambliopía? Para darle solución al problema planteado se propuso el siguiente objetivo que se expone en este artículo: Ofrecer orientaciones a las familias dirigidas a la prevención de los trastornos de la pronunciación en los niños de 4to y 5to ADV con Estrabismo y Ambliopía.

Este trabajo se basó en una metodología predominantemente cualitativa, con la utilización de métodos que posibilitaron su realización tales como los del nivel teórico (análisis-síntesis, inducción-deducción y el enfoque sistémico) y del nivel empírico (el análisis de documentos y entrevistas en profundidad a logopedas de la comunidad y familias de niños y niñas con Estrabismo y Ambliopía de 4to y 5to años de vida).

DESARROLLO

La discapacidad visual es una condición que afecta directamente la percepción de imágenes de forma total o parcial. Por tanto los niños que la padecen *“deben aprender a descubrir y construir su mundo con la utilización de otros analizadores”* (Leyva & Barreda, 2018, p.52). En el caso de los niños con Estrabismo y Ambliopía es necesario tener en cuenta un grupo de características que particularizan el tratamiento a la pronunciación, entre las que podemos sintetizar las que se exponen a continuación. En primer lugar es importante establecer los conceptos fundamentales de estas patologías que distinguen a estos niños. La ciencia médica, y también la ciencia pedagógica definen al estrabismo *“como una pérdida del paralelismo del eje visual, y a la ambliopía como una disminución de la agudeza visual”* (López, como se citó en Noguera et al., 2022, p.422). La agudeza visual *“mide qué tan nítida es su visión a distancia”*. (Porter, 2023, p.1)

Por su parte, Santiesteban et al. (2019), plantean que el estrabismo es *“la desviación manifiesta del paralelismo de los ojos en las posiciones primarias y cardinales de la mirada. De manera que mientras un ojo fija, el otro se desvía (ojos estrábicos), si es hacia dentro, el estrabismo es convergente o (Endotropía), y si es hacia fuera, el estrabismo es divergente o (Exotropía), hacia arriba o abajo (Hipertropía o Hipotropía, respectivamente), o formas combinadas. Esta dificultad en la movilidad ocular, afecta la agudeza visual del ojo estrábico, así como la visión binocular”*. (p.375)

Según los autores antes citados *“tanto en el estrabismo como en la ambliopía, el cerebro suprime la imagen que llega con menor nitidez. Por ello se hace ineludible una estimulación permanente de la percepción visual del ojo*

que posee menor agudeza visual, hasta lograr una percepción en ambos ojos que permita al cerebro realizar la unificación de ambas imágenes y, a su vez, la percepción adecuada de los objetos en el mundo circundante” (Santiesteban et al., 2019, p.375)

Buitrón (2023), define el estrabismo como *“una desalineación de los ejes visuales, que se produce por múltiples causas y de acuerdo a estas tienen una clasificación, según la edad otra, la forma de aparición, la posición o distancia de presentación y según el ángulo de desviación, como las más relevantes”*. (p. 1)

Por su parte Merchante (2018), plantea que la ambliopía *“es aquella disminución de la agudeza visual de uno o ambos ojos por falta de uso en el periodo de desarrollo visual, recuperable con tratamiento adecuado en una edad apropiada. El estrabismo (o desviación manifiesta de un eje ocular) es una alteración frecuente en niños que, además de las consecuencias estéticas, entraña importantes alteraciones en la agudeza visual y en la visión binocular; por lo que es muy importante su diagnóstico y tratamiento precoces”*. (p.1)

Con relación a la ambliopía, Maldonado et al. (2020), refieren que *“es un desorden visual originado durante el desarrollo cortical considerándose la causa de ceguera prevenible más frecuente. El diagnóstico y tratamiento temprano han demostrado ser efectivos; sin embargo su detección es tardía debido, en parte a falta de conocimiento”* (p.62). Turbert (2023b), por su parte, refiere que la ambliopía es una visión deficiente en un ojo *“que no desarrolló la visión normalmente durante la infancia. También se conoce como “ojo perezoso”. Un niño puede tener ambliopía cuando no recibe tratamiento por problemas como errores refractivos, estrabismo (ojos desalineados), párpados caídos o cataratas”*. (p.1)

En el caso del estrabismo (ojos desalineados o bizcos) este autor delimita su ocurrencia en *“aproximadamente el 4 por ciento (4 de cada 100) de los niños. Un ojo puede mirar al frente mientras que el otro gira hacia adentro, hacia afuera, hacia arriba o hacia abajo. El estrabismo debe tratarse lo antes posible”* (Turbert, 2023b, p.1). De otra parte, Santiesteban (2017), asevera que en la generalidad de los niños con estrabismo y ambliopía se ven afectadas las tres funciones visuales (ópticas, óptico perceptivas y perceptivas), lo que está dado por la baja agudeza visual y por las dificultades que se presentan en la percepción, fundamentalmente *“al enfocar, fijar, sostener la mirada, percibir los colores, el movimiento y los detalles, lo que trae consigo dificultades para el desarrollo de habilidades perceptivo-visuales”*. (p.39)

En el caso del Estrabismo acontece un fenómeno singular, porque este puede ser la causa de una ambliopía, pero una ambliopía también puede causar un estrabismo, ya que el ojo se desvía a una posición de reposo cuando

no existe el estímulo visual adecuado. Las desviaciones descritas pueden tener una influencia en el desarrollo del lenguaje, pues al afectarse la percepción de los objetos se crean patrones o falsas representaciones de los mismos, que le impiden una asociación adecuada con las palabras que los definen. Además, es uno de los variados problemas visuales que afecta al aprendizaje y *“dificulta la manera de aprender, pensar, leer, escribir, el permanecer haciendo una tarea cercana, sentarse, entre otras habilidades”*. (Tapia, 2023, p. 3)

Ante la revisión de pruebas de exploración que aparecen en la historia clínica de infantes, realizadas por las logopedas, se aprecia que contienen datos valiosos que permiten un acercamiento al conocimiento de la problemática de cada niño. Una comparación de los resultados obtenidos con el patrón de adquisición cronológica de los fonemas, de la morfosintaxis y semántica y el estudio de la función biológica de respiración de los niños objeto de estudio (4to y 5to años de vida) permite identificar las alteraciones en la pronunciación, así como las pautas a seguir para el diseño de los juegos didácticos en correspondencia con las necesidades individuales o colectivas de los niños, o sea que el diagnóstico del estado de la pronunciación de estos niños tiene como premisa conocer qué elementos lingüísticos se adquieren en cada una de las etapas del desarrollo infantil como patrón referencial y determinar el nivel evolutivo de cada uno, describiendo su conducta lingüística y comparándola con la secuencia evolutiva. A partir de la caracterización individual de niños que presentan alteraciones en la pronunciación se pueden establecer algunas regularidades, las que se refieren a que:

- Los niños presentan, con una mayor frecuencia de aparición, dificultades en la pronunciación de los fonemas /r/; /d/ y /s/, las que se producen por sustitución. Existe presencia de estas dificultades en sílabas directas, dobles o inversas. Es menos frecuente la distorsión y omisión, inserción, adición o inversión de sonidos. Se puede inferir que producto a la evolución del lenguaje oral, es lógico que sean estos los sonidos más propensos a afectarse, de ahí la necesidad de atender preventivamente su correcta instauración para evitar que transiten de dislalias fisiológicas a dislalias funcionales como entidades propiamente consideradas trastornos en la pronunciación.

- En relación con el diagnóstico visual es importante tomar en cuenta que, como regularidad, estos le ocasionan a los niños dificultades para el enfoque claro de los objetos tanto lejos como cerca, pueden producirle dolores de cabeza o mareos, ya que el ojo intenta compensar el defecto con la acomodación, con el consiguiente esfuerzo muscular, también pueden provocarle imposibilidad de la función de formarse imágenes con ambos ojos, representaciones visuales poco claras e imprecisas, dificultades en la comparación de objetos, reducción de

la agudeza visual acompañada de estrechez del campo visual y problemas en la percepción de la profundidad. Estas dificultades son consideradas como premisas para la propuesta de orientaciones que aparecen más adelante, asimismo, el tratamiento apunta al uso de espejuelos y/o a la oclusión, exigencia vital para cualquier actividad en la que estos infantes participen.

- En la expresión oral generalmente estos niños utilizan un lenguaje oracional bien estructurado con el uso de verbos, adverbios, adjetivos y otros componentes gramaticales. En los que se presentan agramatismos, puede tener como causa una pobre movilidad de los órganos que participan en la pronunciación de los sonidos, negativismo y timidez para expresarse o realizan asociaciones funcionales y semánticas con dificultades. El vocabulario activo y pasivo debe estar en correspondencia con la edad cronológica y son capaces de describir elementos esenciales y aislados en una lámina. Ello implica acompañar el diseño de los juegos con un enfoque más integral, que tenga en cuenta enriquecer el lenguaje activo y el desarrollo de la habilidad para describir.

Se puede afirmar que en el desarrollo del lenguaje oral en los niños que transitan por el 4to y 5to ADV es fundamental la prevención de los trastornos de pronunciación a partir de identificar las alteraciones conocidas como dislalias fisiológicas, asimismo, lo relacionado con la expresión oral, el vocabulario activo y pasivo, la voz, la respiración, el ritmo, la fluidez, el aparato articulatorio y la audición física y fonemática. Para su atención es una premisa considerar los fundamentos teóricos y metodológicos que se derivan de las particularidades de los niños que presentan Estrabismo y Ambliopía

Propuesta de orientaciones para el trabajo de estimulación del lenguaje oral en el hogar

Durante el proceso de ayuda de la familia a la pronunciación de sus infantes se debe tener presente que, paralelamente, se debe realizar el tratamiento oftalmológico por los especialistas, del que se derivan exigencias para el primero. Se realizan acciones tendientes a mejorar la visión (intentar combatir la ambliopía) mediante cristales correctores y oclusiones, y establecer precozmente el equilibrio muscular, es decir el paralelismo de los ojos. Deben aplicarse estrategias y procedimientos conducentes a estimular la visión y tener en cuenta que la visión no se gasta ni se ahorra; dándose la circunstancia de que cuanto más se usa la visión mayor es la probabilidad de un mejor funcionamiento visual. Cuanto más pequeño es el niño o la niña, mayor probabilidad de un rápido progreso en el uso de la visión.

Es importante observar durante el tratamiento a la pronunciación, que si se realizan actividades donde se utilice papel este debe ser blanco y la tinta de color negro ya

que son los que proporcionan una máxima visibilidad y un mayor contraste. Cuando se trabaje en espacios cerrados se debe proveer adecuada iluminación, preferentemente fluorescente o incandescente, en el caso del mobiliario del hogar, este debe favorecer una buena postura de la cabeza y los ojos, hay que exigir que durante las actividades use los espejuelos y la oclusión en los casos prescritos, además hay que evaluar el tipo de tamaño de los objetos y los trazos. No siempre los trazos de mayor tamaño son los más adecuados, además debemos colocar al niño en las actividades que se realizan de espalda a las ventanas para reducir el exceso de estímulos brillantes.

Los lugares donde se trabaje deben tener suficiente espacio, que les permita libertad de acción, estar bien organizado, iluminado y ventilado. Los juguetes y demás medios didácticos deben estar dispuestos de forma tal que no entorpezcan su movilidad y que a la vez le den seguridad. El niño debe conocer e identificar cada área del hogar, saber dónde se encuentra tal o más cual cosa, que riesgo puede tener si va a determinadas direcciones. Turbert (2023a), también recomienda fortalecer las habilidades visuales de los niños con estos juguetes y actividades: Rompecabezas, bloques de construcción, tableros de piezas y juguetes similares para la coordinación ojo-mano; Hacer joyas/unir esferas pequeñas; Pintar y dibujar; jugar a lanzar y atrapar una pelota que sea suave y segura para niños.

Asimismo, hay que ser consecuentes con uno de los postulados de la corrección y compensación de los defectos surgidos de la escuela de Lev Semiónovich Vygotsky y es el relacionado con el uso de los analizadores conservados, o sea, tener presente en este caso que los demás órganos sensoriales (gusto, olfato, tacto y oído) complementan una adecuada representación y aprendizaje de los objetos, como premisa para la correcta pronunciación de los sonidos de la Lengua. Aunque el trastorno visual no se compensa o corrige en poco tiempo, es posible trabajar sobre las consecuencias de esta discapacidad, tales como las dificultades para el enfoque claro de los objetos tanto lejos como cerca, los dolores de cabeza o mareos, el esfuerzo muscular, las incorrectas representaciones visuales, las dificultades en la comparación de objetos y los problemas en la percepción visual del espacio o visión de profundidad.

También se puede incidir en la correcta fijación de la mirada, la valoración de la distancia de movimiento, el poder de alineamiento, la coordinación óculo manual, el poder de observación, la correspondencia sensorial y el reconocimiento de los colores, y contribuir a la adaptación para el uso de espejuelos y/o la oclusión. En relación con la expresión oral se puede disminuir la presencia de agramatismos, un mejoramiento en la motricidad articulatoria con una mayor movilidad de los órganos que participan en la pronunciación de los sonidos. En el propio

desarrollo de los juegos didácticos, mediante un proceso de socialización paulatina se observa un menor negativismo y una mayor espontaneidad para expresarse o realzar asociaciones funcionales y semánticas en los niños que presentan estos problemas.

En aquellos que tienen un vocabulario activo inferior a la edad cronológica se debe trabajar para aumentar el número de palabras que pueden incorporar a su expresión oral, con una adecuada correspondencia con el significado que le atribuyen a cada una de ellas, lo que favorece a su vez el desarrollo del pensamiento lógico y la habilidad para describir. Asimismo, son de gran valor para la implementación de estas orientaciones las pautas pedagógico-oftalmológicas que proponen Santiesteban& Montero (como se citó en De La Herrán, et al., 2020), para que la familia colabore a "enseñar a ver" a su hijo, entre las que se destacan las siguientes:

- Tener conocimiento sobre la estructura anatomofisiológica del órgano visual.
- Conocer que cuando se produce el desarrollo pleno, las funciones visuales llegan a ser de tres tipos: ópticas, óptico-perceptivas y perceptivas.
- Saber que el desarrollo visual del niño se produce desde el nacimiento hasta los ocho años pudiendo extenderse en algunos casos hasta los diez años.
- Dominar las habilidades perceptivas visuales más afectadas en sus hijos (fijación, acomodación, enfoque y movimiento, interpretación perceptiva, memoria visual, relación del objeto en el espacio y diferenciar figuras abstractas) para diseñar actividades que contribuyan al desarrollo de estas habilidades.
- Debe existir coherencia en las actividades elaboradas por las familias entre la etapa de tratamiento oftalmológico, funciones visuales y habilidades perceptivo-visuales.
- Deben registrar el avance visual del niño a partir de las observaciones sistemáticas.
- Planear objetivos individuales en correspondencia con el desarrollo alcanzado, para evitar las alteraciones secundarias.
- Adecuar los medios de enseñanza a las características anatomofisiológicas del niño.
- Explorar los medios tecnológicos a utilizar.
- Determinar los métodos más efectivos que les permitan realizar un trabajo correctivo-compensatorio y estimulador del desarrollo de sus hijos.

CONCLUSIONES

La instrumentación de las orientaciones encaminadas a estimular el trabajo con la familia se puede realizar a través de las actividades y tareas cotidianas que llevan a cabo las mismas en el hogar, en su vínculo con los niños.

La actualización posterior del diagnóstico del estado de la pronunciación facilitará validar la pertinencia de las orientaciones, en la que además se puede comprobar su factibilidad y se pueden enriquecer con actividades que pueden crear los familiares bajo la orientación especializada de educadoras y oftalmólogos.

La satisfacción por la corrección de las dificultades en la pronunciación que experimentan las familias se constituyen en evidencias del impacto y las transformaciones que se logran, a partir de la implementación de estas orientaciones. Aunque el trastorno visual no se compensa o corrige en poco tiempo, es posible trabajar sobre las consecuencias de esta discapacidad, tales como las dificultades para el enfoque claro de los objetos tanto lejos como cerca, los dolores de cabeza o mareos, el esfuerzo muscular, las incorrectas representaciones visuales, las dificultades en la comparación de objetos y los problemas en la percepción visual del espacio o visión de profundidad. Además, se puede lograr la corrección de las alteraciones en la pronunciación en los diferentes sonidos (dislalias fisiológicas).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buitrón, S. P. (2023). *Estudio comparativo de los estrabismos inconcomitantes vs estrabismos concomitantes (periodo 2010 al 2020)*. <https://www.saera.eu/estrabismos-inconcomitantes-vs-estrabismos-concomitantes/>
- Céspedes, C. (2011). Trastornos del lenguaje oral. *Revista digital Innovación y Experiencias Educativas*, (38), 1-9.
- Coll-Florit, M., Aguado, G., Fernández-Zúñiga, A., Gamba, S., Perelló, E., & Vila-Rovira, J.M., De La Herrán, A., Salamanca, M.J., Arboleda, C., Gil, M.J., Urquiza, M. A., Rengifo, C. A., Aragón, A. M., Mina, J. M., & Arboleda, J. C. (2020). *Educación para un Nuevo Mundo. CEMUN 2020*. Editorial REDIPE,
- Fiuza, M. J., & Fernández, M. P. (2014). *Dificultades de aprendizaje y trastornos del desarrollo. Manual didáctico*. Ediciones Pirámide.
- Fornaris-Méndez, M., & Huepp-Ramos, F. L. (2017). Prevención de la dislalia. *Revista Maestro y Sociedad*, 14(2), 236-248.
- Herrera, F., & Fernández, G. (2017). El educador en la atención a la pronunciación del niño en el sexto año de Vida. *Atenas*, 4(40), 121-134,
- Leyva, M., & Barreda, M. (2018). (2018). *Precisiones dirigidas a la atención de educandos con necesidades educativas especiales asociadas o no a una discapacidad. Primera Infancia*. Editorial Pueblo y Educación.
- Maldonado, S.J., Marzal, E. E., Delgado-Serrano, J., Cepeda-Bareño, D. F., & Oviedo, M. P. (2020). Percepciones sobre el conocimiento de la detección temprana de la ambliopía de médicos generales y pediatras de Bucaramanga. *MedUNAB*; 23(1), 62-71.
- Merchante, M. (2018). Ambliopía y estrabismo. *Pediatría Integral*, 22(1), 32-44,
- Noguera, J. L., Echevarría, O., & Tamayo, Y. S. (2022). *La pedagogía y la didáctica desde diferentes contextos investigativos*. Editorial REDIPE,
- Porter, D. (2023). Agudeza visual. <https://www.aa.org/salud-ocular/consejos/agudeza-visual>
- Salto, M. K. (2016). *Estrategias metodológicas para mejorar la dislalia en niños en el Primer año de EGB de Escuela Francisco E. Tamariz de Challuabamba en el año lectivo 2015-2016*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Politécnica Salesiana.
- Santesteban, E. (2017). *El proceso de orientación familiar para la estimulación de la percepción visual de los niños con estrabismo y ambliopía*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada.
- Santesteban, E., Sánchez, A., & García, L. E. (2019). La orientación pedagógico-oftalmológica a las familias para la atención a los niños estrábicos y ambliopes. *Opuntia Brava*, 11 (3), 372-388,
- Tapia, M. A. (2023). *Terapia visual: lectoescritura y aprendizaje*. <https://www.saera.eu/terapia-visual-lectoescritura-y-aprendizaje/>
- Turbert, D. (2023a). *Desarrollo de la visión: infancia*. <https://www.aa.org/salud-ocular/consejos/desarrollo-normal-de-la-vision-en-los-bebes-y-los>
- Turbert, D. (2023b). *Enfermedades y afecciones infantiles*. <https://www.aa.org/salud-ocular/consejos/enfermedades-y-afecciones-oculares-de-la-ninez>