

20/11



Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ZARAGOZA"

ADQUISICION DEL LENGUAJE EN UN NIÑO CON DAÑO
CEREBRAL SEVERO Y RETARDO EN EL DESARROLLO

presenta

MA. GUADALUPE SALINAS JIMENEZ

Asesora: GUADALUPE ACEL TOMASINI



TESIS CON FALLA DE ORIGEN 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

ADQUISICION DE LENGUAJE EN UN NIÑO CON DAÑO CEREBRAL SEVERO Y RETARDO EN EL DESARROLLO

I N T R O D U C C I O N	1
1.- DAÑO CEREBRAL	5
1.1.- Definición	5
1.2.- Características.	7
1.2.1.- Hiperactividad sensorial.	8
1.2.2.- Hiperactividad motora	9
1.2.3.- Disociación	11
1.2.4.- Perseveración	12
1.2.5.- Incoordinación viso-motora.	13
1.2.6.- Inversión figura-fondo.	15
1.2.7.- Atención.	17
1.2.8.- Desordenes emocionales.	18
1.2.9.- Percepción visual	23
1.2.9.1.- Percepción de la constancia de forma	24
1.2.9.2.- Percepción de posiciones en el espacio	25
1.2.9.3.- Percepciones de relaciones espaciales	28
1.2.10.- Percepción auditiva.	29
1.2.11.- Memoria visual.	32
1.2.12.- Memoria auditiva.	33
1.2.12.1.- Memoria verbal	38
1.2.13.- Formación de conceptos.	39

1.3.- Problemas de lenguaje.	47
1.4.- Retardo en el desarrollo	52
1.5.- Etiologías	56
2.- TERAPIA EDUCATIVA	58
2.1.- Técnicas reeducativas.	58
2.1.1.- Técnicas de reeducación respiratoria.	62
2.1.2.- Técnicas de gimnasia lingual.	63
2.1.3.- Técnicas de gimnasia labial	66
2.1.4.- Graduación.	68
2.1.4.1.- Articulación	68
2.1.4.1.1.- Punto de articulación.	69
2.1.4.1.1.1.- Labiales	69
2.1.4.1.1.2.- Labiodentales.	69
2.1.4.1.1.3.- Dentales	70
2.1.4.1.1.4.- Alveolares	70
2.1.4.1.1.5.- Palatales.	70
2.1.4.1.1.6.- Velares.	70
2.1.4.1.2.- Modo de articulación	70
2.1.4.1.2.1.- Oclusivos.	71
2.1.4.1.2.2.- Africativos	71
2.1.4.1.2.4.- Laterales.	72
2.1.4.1.2.5.- Vibrantes.	72
2.1.4.1.3.- Función de la glotis	72
2.1.4.1.3.1.- Sonoros o vibrantes.	72
2.1.4.1.3.2.- Sordas o no vibrantes.	73
2.1.4.2.- Lineamientos básicos para establecer: palabras simples, frases y oraciones	75
2.2.- Sistemas motivaciones.	85

2.3.- Importancia de la participación de los padres - en el proceso Terapéutico.	98
3.- M E T O D O	109
3.1.- Hipótesis de investigación	109
3.2.- Sujeto	109
3.2.1.- Características	109
3.2.2.- Antecedentes de desarrollo.	109
3.2.3.- Evaluación.	114
3.2.3.1.- 1979	114
3.2.3.2.- 1981	114
3.2.3.3.- Evaluación hecha para el diseño -- del programa	115
3.2.4.- Antecedentes de tratamiento	115
3.2.5.- Conclusión.	116
3.3.- Escenario.	119
3.4.- Materiales	119
3.5.- Objetivo general	119
3.6.- Objetivos particulares	119
3.7.- Consideraciones generales.	120
3.8.- Procedimiento.	125
3.8.1.- Programa de lenguaje.	132
3.9.- Entrenamiento de los padres.	132
4.- PRESENTACION DE RESULTADOS.	139
5.- CONCLUSION Y DISCUSION.	194
6.- PROPOSICIONES	198
7.- ANEXOS.	199
7.1.- Lista de los programas	208
7.2.- Tipos de registros	212
8.- BIBLIOGRAFIA.	216

I N T R O D U C C I O N

El presente trabajo tiene como propósito principal, abordar la rehabilitación a nivel de lenguaje, en un niño, que con base a una serie de evaluaciones psicológicas y médicas fué diagnosticado con Daño Cerebral Severo y Retardo Mental Profundo, lo cual propició un retardo en el desarrollo de lenguaje, así como las habilidades necesarias para lograrlo.

Generalmente, el niño con daño cerebral, constituye un problema cuyas consecuencias afectan tanto al niño como a las personas inmediatas a él; debido a que carece de las habilidades necesarias para adaptarse apropiadamente dentro del contexto familiar y social en el cual se desenvuelve.

Es importante señalar que éste sujeto al empezar a ser atendido no manifestó ningún repertorio verbal que le permitiera comunicar sus deseos e intenciones; puesto que la presencia de las alteraciones sensoriales y conductuales que exhibía el niño, tales como la ausencia de repertorios perceptuales, cognitivos y de aprendizaje, afectaron directamente el desarrollo y adquisición del lenguaje principalmente. Lo cual implica que un niño con estas alteraciones tendrá dificultad para integrarse a la sociedad, pues a cada momento, se generaran aprendizajes inadecuados, fracasos y frustraciones; lo cual traerá como consecuencia un desequilibrio en el desarrollo en general.

Por tal motivo se considera importante proveer métodos y programas de enseñanza aplicados de manera sistemática, enfatizándose principalmente al uso apropiado del lenguaje, en sus múltiples manifestaciones; ya que a partir de sus logros, se incidirá en la posibilidad de que este niño exprese su gusto o desagrado hacia una conversación o pueda dar a conocer sus propias necesidades y a la vez pueda usar un razonamiento simple.

A este respecto Soloane (1966); Mac Aulay (1968); Tood Risley (1966); Schiefelbusch (1980) han realizado una serie de investigaciones en las que emplean procedimientos operantes para desarrollar conducta verbal en pasos graduados enfocados a niños con retardo en el desarrollo; sus resultados han sido satisfactorios, además argumentan que sus procedimientos son aplicables a un amplio rango de diferentes problemas de habla.

A pesar de que este trabajo parte de un modelo conductual, no se descarta la opinión de que existen otras aproximaciones como las lingüísticas por ejemplo, las cuales también proveen bases para desarrollar la adquisición de lenguaje, hay que considerar el hecho de establecer aspectos cognitivos y lingüísticos paralelos a la emisión de las palabras, ya que la adquisición no es únicamente la articulación sino el lograr una reflexión, conceptualización y estructuración del lenguaje.

En este sentido Bricker y Bricker (1972) mencionan que la adquisición no sólo va a estar en función de la

selectividad del reforzador en conjunción con los procedimientos de imitación y moldeamiento, sino que también es importante proveer experiencias en el contexto medio ambiental para poder desarrollar aspectos lingüísticos y no lingüísticos, pues es importante que el niño aprenda a reflexionar sobre las palabras sin necesidad de que el estímulo esté presente.

De hecho las dos aproximaciones aportan magníficos aspectos para lograr la adquisición de lenguaje en niños retardados; pues se ha comprobado en los estudios realizados por Bricker y Bricker (1972); Schiefelbusch (1981) entre otros, que estos niños pueden aprender hechos lingüísticos pero en una razón más baja. Además estos autores han trabajado tenazmente en integrar estas dos posiciones teóricas y han argumentado que si se sintetizan los modelos conductuales y lingüísticos se encontrarán resultados más efectivos y eficientes en los programas de enseñanza en la comunicación.

En síntesis, el factor más importante de éste trabajo consiste en brindar una rehabilitación a un niño con daño cerebral severo aunado a un retardo mental profundo con ausencia de lenguaje. El programa a trabajar no solo se abocará a la implementación de lenguaje, sino que además se tomarán en consideración todas las alteraciones: sensoriales, motoras: finas gruesas y conductuales como hiperactividad y perseveración. Es necesario enfatizar la necesidad de diseñar programas psicológicos que atiendan

esta diversidad de alteraciones de manera general, con el objeto de tener una incidencia más efectiva en sujetos con esta sintomatología, si pretendemos integrarlos al contexto familiar y comunitario.

ADQUISICION DEL LENGUAJE EN UN NIÑO CON DAÑO CEREBRAL SEVERO Y RETARDO EN EL DESARROLLO.

1.- DAÑO CEREBRAL

1.1.- DEFINICION

La definición más representativa de los problemas reales en este tipo de niños es la propuesta por Cruickshank, -- (1977) en la cual argumenta que ". . . el término daño cerebral connota completamente un tipo de problema, una constelación de características un aspecto de la incapacidad y del crecimiento del niño . . .".

Así mismo considera que es un niño con daño cerebral, aquel que tiene un diagnóstico definido de lesión neurológica, específica o difusa.

Sus déficits son tan severos dada la complejidad y diversidad de alteraciones psicológicas y conductuales de importancia que presentan, y dependiendo del grado de lesión que pudiera existir en cualquier etapa de desarrollo, será el tipo de manifestaciones. Así se puede encontrar niños con daño cerebral de lento aprendizaje; con retardo mental ligero o profundo; o con problemas físicos en el que esté presente un desarrollo desproporcionado; o con deficiencias en lenguaje; sensoriales; motoras; psicomotrices; o emocionales; e incluso se pueden encontrar en niños superdotados.

Por otro lado se continua hablando de la definición, se en - contrará que el término tiene muchas implicaciones desde el -

punto de vista de cada autor; por lo que son definidos en múltiples formas de acuerdo a la etiqueta que le asignen. Unos lo definen como hiperquinéticos; hiperactivos; con desorden de lenguaje; con problemas perceptivos. Sin embargo, estas definiciones solo destacan una fase de desarrollo del niño, o bien, solo describen un problema convirtiendolo en lo que no lo es.

Otros consideran que el término disfunción cerebral mínima es el más apropiado. No obstante, esta definición no tiene nada de mínima puesto que, con la sola alteración que experimente el organismo en cualquier etapa de desarrollo, podrán resultar serias manifestaciones físicas, intelectuales, de aprendizaje, etc.

En realidad los niños con daño cerebral presentan los problemas de aprendizaje y de adaptación más complicados de todos los niños con otro tipo de incapacidades específicas. De esta forma dada la gran cantidad de alteraciones que exhiben, se considera importante enfocarse más a sus características y a la rehabilitación que a la definición propia.

Dentro de las características más importantes o principales se pueden mencionar las siguientes:

1.2.- CARACTERISTICAS

Las características observadas en los niños con daño cerebral pueden ser divididas arbitrariamente dentro de las siguientes categorías: Hiperactividad sensorial y motora; disociación; inversión figura fondo; perseveración; incoordinación motora; atención; desordenes emocionales; déficits perceptuales visuales y auditivos; memoria visual y auditiva; desordenes de conceptualización concreta y abstracta. Cruickshank (1977).

Las características no son igualmente exclusivas de todos los niños, ya que no se manifiestan cada una al mismo tiempo, ni poseen la misma severidad en caso de presentarse todas. Ello dependerá del grado de lesión que pudiera existir en cualquier etapa de desarrollo.

De hecho algunos exhiben una o varias conductas en diferentes situaciones por varios días, semanas, meses; o bien, sólo las presentan ocasionalmente. Sin embargo, éstas se repetirán una y otra vez.

En general las características contribuyen fuertemente a la severidad de los problemas de aprendizaje, a la adaptación social familiar y a la integración de la personalidad.

1.2.1.- HIPERACTIVIDAD SENSORIAL.

Es una de las características distintivas en los niños con daño cerebral, considerandose muy importante para el aprovechamiento escolar.

La hiperactividad sensorial puede deberse a un daño en la corteza del cerebro, o bien, puede ser un tipo de conducta aprendida. Cruickshank (1977). Los niños sensorialmente hiperactivos no pueden evitar el reaccionar a los estímulos, independientemente de que tengan importancia o no para realizar la actividad que estén llevando a cabo en ese momento.

Cualquier hecho inesperado los puede distraer, así como cualquier movimiento, color, sonido, ruido. Generalmente se ven atraídos por el estímulo mismo; lo cual hace que olviden o dejen de hacer lo que originalmente estaban realizando.

Los estímulos distractores pueden ser internos o externos, que pueden afectar a cualquiera de los sentidos como la vista, el gusto, tacto, olfato, oído. Los niños con esta característica no tienen la capacidad para adaptarse negativamente, es decir, que no pueden dejar de hacer caso omiso a lo que se encuentre en su alrededor; puesto que reaccionan a cada estímulo o evento que llega de su ambiente. Por lo tanto son incapaces de impedir esa reacción.

1.2.2.- HIPERACTIVIDAD MOTORA.

La hiperactividad motora es otra característica que presentan estos niños; además, otros pueden tener al mismo tiempo tanto la hiperactividad sensorial como la motora. Esta última es definida como " . . . la incapacidad del niño para evitar una reacción a los estímulos que provocan respuesta de movimiento . . . " Cruickshank (1977).

Cualquier cosa que quede al alcance del niño, o de su campo visual, que pueda: voltear, empujar, jalar, torcer, tocar, doblar, tirar, sonar, abrir-cerrar, entrar-salir, ir de un lugar a otro sin sentido, sacar-meter, etc; todo ello se convierte en estímulos a los que debe que reaccionar. Nunca se quedan quietos se mueven, retuercen, brincotean, a esta conducta se le denomina también hiperquinética. Por consiguiente esta conducta hiperactiva constituye un grave problema, debido a que crea un estado de tensión, angustia y frustración no sólo para él sino para sus padres e incluso en la escuela; a tal grado que los padres deben de solicitar ayuda profesional, con la esperanza de poder convivir con el niño y con el resto de la familia.

El niño con daño cerebral es incapaz de controlar su actividad de movimiento, por lo tanto, le dedicará poco o nada de atención a las actividades necesarias; en este caso pueden ser: atarse los zapatos, cortar sus alimentos en trozos, comer, beber, vestirse o bien escribir. Cualquier actividad se ve entorpecida por una conducta motora

más tosca, la que impide iniciar o completar una tarea con movimientos más finos.

Esta característica provoca un serio problema por tener varios niveles de respuestas en movimiento totalmente incontroladas; mismas que son las diferencias individuales de cada niño. Por tal motivo se considera el mayor obstáculo para su adaptación.

1.2.3.- DISOCIACION

La disociación es otra categoría muy distintiva de los niños con daño cerebral, la cual es definida como -- " . . . la incapacidad para ver las cosas como un todo, o como una gestalt, en términos psicológicos . . . " Cruickshank (1977). El niño ve sólo parte de las cosas o figuras, pero con frecuencia no comprende la totalidad. Esta característica está íntimamente ligada a la hiperactividad sensorial de tipo visual o auditivo, siendo estas factores causales de la disociación.

Algunos niños ven lo que tienen que hacer, comprenden la tarea, pero son incapaces de traducir lo que perciben en una actividad motriz adecuada; de ahí que presenten serios problemas viso - motoras.

Un niño que exhibe disociación, se muestra incapáz de conceptualizar las cosas en forma separada, en una unidad significativa, es decir, él podrá conceptualizar las palabras separadas pero unir las para hacer un todo reconocible, es algo que se encuentra más allá de las capacidades de este tipo de niños. El número de estímulos los obliga a reaccionar a las cosas, a cada una por separado, y no como partes de una unidad con sentido. Por lo que es importante que el niño perciba el objeto en su conjunto y para que él lo reconozca es necesario que reciba esa impresión de conjunto.

1.2.4.- PERSEVERACION.

La perseveración es otra característica que también afecta al proceso de aprendizaje. A este respecto, se han encontrado diferencias en las manifestaciones de ésta categoría tanto en los niños con retardo mental, como en los niños con daño cerebral.

Por lo que Cruickshank, (1977) los ha definido de la siguiente manera. La definición más aceptada para los niños del primer grupo, es cuando exhiben una - - - - - " . . . incapacidad para cambiar fácilmente de una actividad mental a otra . . . ". Sin embargo, esta no es satisfactoria para los niños que sufren daño cerebral, la perseveración que presentan ellos " . . . parece ser el prolongado efecto de un estímulo, en las actividades subsiguientes a las que se^o entregue . . . ". Cuando la perseveración se manifiesta, es difícil que ésta se interrumpa espontáneamente; algunos niños pueden experimentarla muchas veces al día, en cambio, en otros días no la experimentará; pero cuando se presenta origina un detrimento en el aprovechamiento.

Así por ejemplo: cuando inicia una actividad de aprendizaje, él que queda absorbido por el primer estímulo que se le presenta y entonces, será incapaz de pasar de un concepto a otro o de una idea a otra. Si ésta es una actividad de lenguaje, también se presentará la perseveración de repetición de un sonido, de una palabra, de una frase etc; por esta misma razón se tiene que tomar en cuenta

que la perseveración, puede ser el factor casual de cometer algún error.

El niño dañado cerebral podrá comprender la instrucción no desconocerá las cosas de lo que se le pida que haga o diga, sin embargo la perseveración es lo que ocasiona que él no pueda continuar otra actividad.

1.2.5.- INCOORDINACION VISO - MOTORA

Así mismo estos niños presentan una pobre integración viso - motora: tanto fina como gruesa; a primera vista se nota movimientos incoordinados, sus manos, brazos y piernas no se mueven automáticamente en una relación recíproca, ya que tiene una incapacidad para coordinar la vista con los movimientos del cuerpo y partes de él, es decir sus ojos no siguen el movimientos de sus pies y manos.

Generalmente tienen una ejecución muy inmadura en las actividades que requieren un alto grado de coordinación motora como: correr, cachar, saltar. En casos extremos las dificultades en el caminar pueden ser rígidas y aletargadas. Las tareas que requieren integración motora fina son total o parcialmente deficientes como: la escritura, el dibujo, incertar objetos, abotonarse, cerrar el cierre, atarse los zapatos, abrir un dulce, tomar algo con los dedos y no con toda la mano, etc.

De igual forma, parecen experimentar dificultades en el balance del cuerpo, que se manifiesta por frecuentes fallas y presenta en general una conducta de tropiezos, es incapáz de brincar con un sólo pie; no puede caminar sobre un riel, porque se cae.

Cabe destacar, que la incoordinación viso - motora está vinculada directamente a la lateralidad y al esquema corpóral; dado que sus movimientos no están orientados respecto de sí mismo, en el espacio y en el tiempo. Por tal motivo, desconocen su derecha-izquierda; adelante-atrás; arriba-abajo., son incapaces de mover simultáneamente el pie y el brazo derecho o viceversa. De aquí que no tengan la noción, ni sean concientes de lo que es su cuerpo y como funciona; éste no tiene sentido para él, en sí tiene una imágen distorcionada de su cuerpo.

Los problemas de orientación psicológica, respecto de sí mismos y la incoordinación viso - motora, son debidos fundamentalmente a una lesión neurológica de importancia. Allan Cohen (1969). Esta pobre conceptualización de las partes de su cuerpo y sus funciones, está relacionada de algún modo, al aprendizaje escolar del niño dañado cerebralmente.

La incoordinación viso - motora de estos niños también está relacionada directamente a la hiperactividad debido a que presentan una pobre habilidad para concentrarse y fijar la vista sobre la tarea que realizan, pues el movimiento de sus ojos son ineficientes. La adecuada coordinación viso - motora es un requisito indispensable

para el desarrollo integral y particularmente importante para el funcionamiento normal.

Por tal motivo, se deberá entrenar la coordinación ojo-mano; en las que se darán pequeñas ayudas con ejercicios en los que intervenga todo el cuerpo Kephart (1968). En general se deberá implementar la coordinación fina y gruesa, para el desarrollo y balance del cuerpo; y sobre todo en la percepción adecuada de la imagen, concepto y esquema corporal.

1.2.6.- INVERSION FIGURA FONDO

La percepción figura fondo, es definida como - - - - -
" . . . la habilidad para tender a un aspecto del campo visual mientras se percibe en relación con el resto del campo . . . " Frostig y Maslow (1973).

Los niños que sufren problemas de inversión del campo visual, se muestran confusos por no poder distinguir la figura del fondo o viceversa, puesto que los estímulos de fondo adquieren mayor importancia por ser más intensos, llamativos, que los del primer plano (figura). La figura es tomada como aquella parte de la percepción, la cual es el centro de atención del observador, cuando se cambia la atención en alguna otra cosa, el nuevo foco de atención se vuelve la figura y la figura anterior retrocede al fondo, el cual es considerado como parte del campo de la percepción que le da sentido a un estímulo determinado.

Por esta razón, no se puede persivir un objeto con exactitud a menos que sea persivido en relación correcta con respecto a su fondo, es decir el niño tiene discriminar entre la figura y el fondo.

De igual forma, el niño que tiene una pobre discriminación figura-fondo frecuentemente es desatento y desorganizado, por que su atención tiende a cambiar constantemente de cualquier estímulo que se le presente, a algo que se mueve centellea; o bien que tiene colores sin importar cuan relevante pueda ser respecto a lo que está haciendo ese momento. Esto da lugar a problemas de exploración, por lo que se muestra capaz de localizar cualquier cosa, aún cuando esta se encuentre en frente de él. De este modo sus experiencias de aprendizaje no tendrán sentido para él, ya que el problema de inversión hace que el niño no persiva las cosas con claridad, las vea como borrones o manchones sin forma, por lo que manifiesta una gran dificultad para reproducir las figuras . . . Allan Cohen (1969) y se conviertan en verdaderos obstáculos ocasionando a su vez un problema emocional; pues la gran mayoría de sus intentos o acciones por aprender son frustrantes y de derrota. De aquí que él se muestre incapáz de relacionarse apropiadamente con su ambiente y por consiguiente no logre un desarrollo y adaptación.

1.2.7.- ATENCION.

Los lazos de atención que prestan los niños con daño cerebral son excesivamente cortos, sólo enfocan su atención por breves segundos, ya que se distraen fácilmente por cualquier cosa o estímulo que ven, oyen, sienten, tocan, etc., de este modo su atención a la tarea asignada será interrumpida y por consiguiente no se da un aprendizaje. Un niño no tiene un repertorio de atención cuando no responde en forma discriminativa a un tipo específico de estimulación; generalmente tiende a responder a otros aspectos del ambiente. Su atención cambia constantemente de un evento a otro, por lo que no se concentran en sus actividades. Así el niño atiende a un estímulo por un lapso de tiempo insuficiente e inmediatamente se dirige hacia otro. Cruickshank (1977).

Cabe destacar que él, no presta atención por desobediencia, más bien, no tiene el control suficiente para evitar los estímulos no esenciales que forman parte de su ambiente. De igual forma su atención se ve disminuida notablemente por la hiperactividad ocasionando experiencias de fracaso. De hecho para que se dé un aprendizaje efectivo en el niño será cuando él persista en su conducta de atención y frene o haga caso omiso a la atención excesiva de otras respuestas u otros aspectos no necesarios del ambiente. Así mismo deberá enfocarse sobre eventos específico por periodos largos para poder adquirir cualquier influencia consistente sobre su conducta.

1.2.8.- DESORDENES EMOCIONALES.

El desequilibrio emocional surge apartir de la privación de necesidades psicológicas, conductuales y de desarrollo que manifiesta el niño con daño cerebral. De este modo se presenta una alta insidencia de desordenes emocionales por las siguientes razones: desordenes motores en un niño que tiene una prolongada dependencia de la madre. Problemas perseptuales, intelectuales, los cuales afectan a los esfuerzos del niño para realizar un contacto satisfactorio con el mundo que lo rodea; lo cual le va aprovocar frustraciones, malas interpretaciones de la realidad y patrones de conducta bizarra.

Ahora bien, los niños con daño cerebral frecuentemente se encuentran perturbados emocionalmente, dada la cantidad de experiencias de fracasos continuos que a manifestado desde etapas muy tempranas de su desarrollo. Así cuando se esfuerza por lograr aquellas cosas para que su cuerpo no esta capacitado, surgen frustraciones que se traducen en explosiones emocionales que desaniman a cualquiera que se encuentra al alcance de los gritos del niño de este modo, el no poder establecer buenas relaciones entre la madre y el niño durante la alimentación temprana frecuentemente da lugar atenciones y malos entendidos entre el hijo y sus padres. El hecho de no poder succionar el pezón desde un principio causa frustración en el niño

y la madre aún más por lo que la alimentación se convierte en una experiencia desagradable. El niño esta tenso e intranquilo con estos primeros contactos con sus padres, y ambos van desarrollando sentimientos de impotencia dando lugar a una experiencia de fracaso.

En este sentido se puede decir que el término "tenso" es un estado de desequilibrio producido por el organismo a través de ciertas emociones Kinestésicas estimuladas por un estiramiento muscular extremado. Además sea considerado a la ansiedad como una actitud emotiva sentimental caracterizada por una mezcla desagradable de miedo, temor, fobia, angustia y desesperación. Warren (1984).

De aquí que la seguridad física y emocional no sólo se debiera brindar en el trato cotidiano sino en cualquier situación de aprendizaje en la que se encuentre. Dado que los antecedentes de aprendizaje del niño con daño cerebral estan llenos de muchos comienzos en falsas y numerosas interrupciones. Ellos han recorrido muchos caminos equivocados y vacios, rara vez han sido capaces de descubrir las relaciones entre un hecho y otro, entre una experiencia de aprendizaje y otra. Por tal motivo será preciso construir un ambiente de vida y aprendizaje en el que se eliminen o reduzcan el mayor número de estímulos externos, en el que se ajuste la enseñanza a la incapacidad.

Ahora bien, esto sólo será por el tiempo suficiente como para que el niño tenga algunas experiencias de éxito

y logre sentirse seguro y confiado en sí mismo, pues es de suma importancia que el niño empiece a experimentar sus propios logros. A partir del sentimiento de que ha sabido realizar cosas se va formando paulativamente la seguridad emocional y el concepto de que él es capaz de alcanzar éxito en algo que no a experimentado anteriormente. Por esta razón la reducción de estímulos y el espacio tienen una importancia vital para crear la situación de aprendizaje más propia para estos niños, además en contribuir enormemente a satisfacer las demandas del niño y a permitirle asimilar con éxito las ideas.

Lo ideal que la alimentación se convierta en una experiencia de calor humano, seguridad emocional, comunicación en un intercambio armonioso y placentero para que el niño reconozca ese intento de éxito, pues por medio de la primera experiencia positiva se generarán más en lo sucesivo y lo importante es lograr la seguridad de que pueda tener éxito aunque otras experiencias no tengan alguna relación con las ya logradas.

Si el niño desde un principio empieza a concebirse así mismo como un fracaso se conducirá de acuerdo con esa idea. Cruickshank (1977) menciona que los fracasos se engendran puesto que estos no sirven como motivadores del aprendizaje. Por ello se dice que los éxitos logrados en cualquier etapa de aprendizaje sirven como reforzadores y son estimulantes de nuevos aprendizajes.

En general, el niño se encuentra presionado por las demandas sociales que ejercen sobre él; se le exige que haga determinadas cosas, pero su experiencia previa le indica que no puede hacer algo lo suficientemente bien como para satisfacer a nadie. De aquí que el niño reaccione con actitudes que sirven a su propósito pero son inadecuadas para la situación específica: se torna agresivo, grita, se emociona, golpea, se retrae, rehusa hablar, se vuelve excesivamente meloso, adopta formas de conducta infantiles; no participa en juegos colectivos pero desde afuera se dedica a molestar a sus compañeros; parece ignorar la existencia de las reglas del juego. Se entiende mejor con adultos.

" Tantas experiencias de fracasos que ha llevado desde etapas tempranas hacen una interminable cadena de hechos que llevan al niño a decirse así mismo . . . soy alguien quien no puede . . . no puedo . . . no puedo . . . "

Cruickshank (1977).

En sí estos niños experimentan fracasos aún antes de que hayan tenido oportunidad de fallar y un círculo vicioso se cierra repetidas veces durante el día activo.

Aunque la coordinación sea pobre y su atención breve persiste la necesidad de afecto; estos niños desean la respuesta cálida de sus padres a sus acciones. Por ello tratan una y otra vez de lograr la atención positiva de ellos, pues una experiencia de fracaso es insuficiente

para disuadir al niño en sus intentos por ganar la atención de los padres; pero el fracaso continuo desempeña un papel importante en la interacción padre-hijo.

Por tal motivo, no es raro que el niño tenga violentas explosiones de mal humor (berrinches, pataletas) o reacciones de rabia sin motivo, mismas que pueden constituir un peligro para los demás y aún para el mismo. Estos niños son emocionalmente inestables. Sin embargo hay que tomar en consideración que los niños con daño cerebral reaccionan de manera incontrolada a cualquier estímulo de su ambiente y no los pueden controlar, pues sus incapacidades son demasiadas para él y la mayoría de sus intentos terminan en fracasos.

Independientemente de que esté trastornado emocionalmente lo que más necesita es comprensión y ayuda para que lo acepte la comunidad y sobre todo para que él logre la seguridad ya que sus crisis emocionales son a menudo experiencias muy aterradoras. Por tal motivo el niño busca de manera desesperada el anhelado contacto con sus padres y otros adultos y aunque los contactos con los adultos sean desagradables son mejores que no tenerlos porque él no puede proporcionarles las satisfacciones indispensables para estrechar esas relaciones.

De aquí que sea importante estar cerca del niño sobre todo cuando el empiece a sentirse tenso, trastornado o ansioso y brindarle seguridad a través de una confronta

ción física ya sea tomándolo por su regazo, hombros, manos, etc. antes de que llegue a un climax emocional incontrolado. De hecho hay un gran potencial de fracaso cuando existe tensión.

1.2.9.- PERCEPCION VISUAL

La percepción visual ha sido definida por Frostig y Maslow, (1973) como " . . . la habilidad para reconocer y discriminar estímulos visuales y para interpretar esos estímulos al asociarlos con la experiencia previa . . . "

La percepción visual no solo ocupa un lugar importante en el desarrollo cognitivo y de aprendizaje, sino también en lo que se refiere a los aspectos del lenguaje pues este va a permitir la lectura labial de la expresión verbal; la cual puede ayudar algunas veces al niño a observar a su interlocutor los detalles de los movimientos de los órganos que intervienen en la pronunciación de los fonemas o palabras.

En las investigaciones realizadas por Cruickshank, Wendell y Thurston (1963), encontraron una gran variedad de fallas en percepción visual en niños con daño cerebral y con retardo mental; ellos concluyeron que estos niños podrían sufrir trastornos en cualquiera de las siguientes habilidades: Percepción, de la Forma o tamaño, independientemente de la distancia, fondo o modelo. Percepción de posición en el espacio o la dirección a la que se envuelve

un objeto. Percepción de las relaciones espaciales, entre un punto y otro del espacio. Percepción figura fondo, o la habilidad para dirigir la atención a una parte en particular del campo visual. Percepción de semejanzas entre dos o más objetos. Percepción de diferencias. Percepción de secuencias, o la habilidad para dirigir la atención en forma sistemáticas a las partes de una forma completa. Una falla en cualquiera de estas etapas de aprendizaje perceptual, generará una dificultad para el desarrollo en los estadios posteriores. (Kephart, 1968). A continuación se describirán algunas de ellas.

1.2.9.1.- PERCEPCION DE LA CONSTANCIA DE FORMA

La forma y tamaño son importantes para una adecuada orientación en el ambiente, ésta se logra a través de una experiencia visual, o bien, por medio de la quinestecia y tacto; especialmente si el ambiente permanece predecible y estable para él.

Los niños con daño cerebral presentan problemas para percibir las cosas, siendo uno de los principales factores la hiperactividad, la cual afecta directamente a la percepción visual.

Perry (1974) mencionó que tanto la actividad táctil como la quinestecia, ayudan al niño retardado a percibir visualmente la forma de un objeto. Los estímulos y las experiencias

que se introduzcan deberán estar relacionados a las actividades de la vida diaria. Además se les deberá familiarizar con diferentes tamaños y formas, con el fin de que él los pueda percibir en cualquier contexto.

De esta forma el niño con daño cerebral puede obtener una impresión de un objeto por su forma, textura, tamaño, color; cuando él manipula que cuando simplemente los mira. A medida que los manipule, al mismo tiempo aprenderá a discriminar visualmente la forma de los objetos. Por tal razón, deberá enseñarseles por medio de la manipulación del objeto real.

1.2.9.2.- PERCEPCION DE POSICION EN EL ESPACIO

Esta es considerada como la habilidad para percibir la posición de un objeto en relación al observador y la dirección en la cual se cambia un objeto. Frostig y Maslow (1973).

Generalmente los niños dañados cerebralmente no tienen el conocimiento de su propio cuerpo, por lo que no aprenden a usarlo como punto de referencia, no pueden sentir donde están sus brazos, piernas, cabeza; así como tampoco perciben la posición de los objetos en relación así mismo, es decir, si estos se encuentran: arriba, abajo, dentro, fuera, delante, detrás, etc.

Además presentan problemas de lateralidad y direccionalidad, siendo ocasionado por la imagen distorsionada de su cuerpo. La inhabilidad espacial para percibir claramente la posición de las cosas, puede estar relacionada a la distractibilidad o hiperactividad.

Ahora bien, la percepción de la relación entre su cuerpo y un objeto, es aprendido no sólo a través de la visión, sino también, por medio del tacto y de la sensibilidad muscular. Una buena imagen del cuerpo consta de tres elementos: imagen, concepto y esquema corporal. Si alguno de éstos se encuentra alterado, la percepción de posición en el espacio también estará perturbada. Stephens (1971). La imagen corporal es considerada como la experiencia subjetiva del propio cuerpo y las sensaciones que se tienen de él, así la imagen del cuerpo se deriva de sensaciones propioceptivas e interoceptivas. El concepto del cuerpo es tomado como el conocimiento intelectual que se tiene del propio cuerpo; éste se desarrolla posteriormente a la imagen corporal, y es aprendida en forma de aprendizaje constante, es decir, cuando el niño investiga que tiene dos piernas, cabello, nariz, cara, etc. Consecuentemente, el niño con daño cerebral no tiene esta característica de exploración.

El conocimiento de las funciones de las diferentes partes de su cuerpo, también forman parte del concepto. De esta forma, el equilibrio de una persona depende de su esquema

corporal; sin éste le sería imposible caminar, sentarse, inclinarse hacia adelante o hacer cualquier otro movimiento coordinado y mantener el equilibrio.

En consecuencia, la habilidad de un niño para coordinar ojo y mano, percibir correctamente la posición del espacio y las relaciones espaciales, depende grandemente del desarrollo adecuado de la imagen del cuerpo, el concepto y el esquema corporal; todo lo cual se encuentra ausente en el niño con daño cerebral.

1.2.9.3.- PERCEPCION DE RELACIONES ESPACIALES

La percepción de relaciones espaciales es más complicada que otros procesos perceptivos del niño con daño cerebral, ya que él es incapáz de percibir la posición de dos o más objetos en relación así mismo y en relación a cualquier otro. Esta tiene alguna diferencia con la percepción figura-fondo, en la cual el campo visual está dividido en dos partes: la principal atención es directa (figura) - y la otra es discreta (fondo); mientras que en la percepción de relaciones espaciales, cualquier número de diferentes partes puede ser visto en interrelación y todas las partes reciben aproximadamente la misma atención. Cruickshank (1977).

Así por ejemplo, cuando un niño ensarta cuentas éste tiene que percibir la posición de la cuenta y la cuerda en relación así mismo; y además de percibir la posición de la cuerda con la cuenta en relación a una con otra. Todo esto confunde al niño dañado cerebralmente, y hace que éste no preste la misma atención a todas y cada una de las partes; ocasionando un desajuste emocional y de aprendizaje.

1.2.10.- PERCEPCION AUDITIVA

Schiefelbusch (1980) definió a la percepción auditiva como " . . . la habilidad para reconocer y discriminar estímulos auditivos en forma secuencial, estando íntimamente relacionados al desarrollo y mantenimiento del habla . . . ".

Dentro de las funciones psicológicas del niño, se ha considerado a la percepción como una de las más importantes, pues sin ella el niño no podría recibir ninguna información del medio que le rodea.

A este respecto, Allan Cohen (1969), Strauss (1968), Schiefelbusch (1980) y otros postularon la existencia de -- dificultades perceptivas en niños con daño cerebral y con retardo en el desarrollo. Generalmente estos niños son inmaduros en percepción auditiva; debido a que no pueden discriminar entre dos estímulos sonoros por lo que son incapaces de secuenciarlos, esto es, no perciben el orden en que ocurren. Estos niños son incapaces de determinar si fueron las mismas dos señales acústicas o fueron diferentes. En sí estos niños no discriminan los fonemas y en algunas ocasiones sustituyen un fonema por otro. De esta forma aunque ellos puedan obtener sensaciones auditivas claras, sus respuestas a los sonidos son pobres y deficientes. Algunos niños no pueden atender a los estímulos vocales de los adultos y no distinguen una palabra de otra; por consiguiente no tienen una buena articulación.

A este síntoma Luria (1978) lo denominó ' sordera de palabras ', en donde una palabra pierde significado preciso, y este niño los llega a percibir como un conjunto de sonidos variable e indefinido; de ahí que las palabras no tengan significado para estos niños, pues los sonidos les parecen extraños.

Las dificultades en la percepción auditiva se manifiestan básicamente cuando se trata de diferenciar cualidades sonoras, tales como: altura, intensidad, timbre y duración; así como también en la fijación de mecanismos de asociación entre los sonidos, la fuente que los produce y en definitiva en atribuir a cada estímulo auditivo la significación que le es propia. Neisser (1979).

Si bien estos niños pueden tener un umbral auditivo dentro de lo normal, por lo general, fracasan en el proceso de análisis y síntesis auditivo; así como también en otras vías de información sensorial. Será entonces preciso reforzar los procesos de análisis auditivo como: identificación, reconocimiento, fijación y evocación de los sonidos; lo que contribuirá indirectamente al logro de una actividad más estable por parte del niño, y sobre todo a una mayor capacidad de concentración.

También prevalece en estos niños, una cierta incapacidad para establecer las diferencias entre los fonemas semejantes o confusiones fonológicas, ya sea por su punto de articulación o bien por su modo de articulación; lo cual parece demostrar una 'deficiencia gnósica (memoria auditiva),

para lograr una buena discriminación fonética.

Algunos niños con daño cerebral, oyen, pero los ruidos, sonidos y palabras no adquieren significación para ellos; así mismo las palabras no llegan a adquirir el valor sustitutivo o representativo de los objetos. Por lo tanto se requiere que se les dé un entrenamiento de tipo: visual (lectura labial), auditivo y táctil (en los que intervengan todas las sensaciones propioceptivas a nivel de la laringe y del aparato resonador) con el fin de lograr las primeras emisiones de las palabras.

La estimulación auditiva o percepción auditiva permite el acceso al lenguaje y a través de él al pensamiento abstracto; además favorecerá, entre otras cosas, al desarrollo de la capacidad creativa, la imaginación, la sensibilidad, mejor organización y planificación motora. (finos y gruesos) Perry (1974).

Por consiguiente, para lograr una buena adquisición del lenguaje, o bien mejorar su articulación, dependerá básicamente en la habilidad para escuchar y discriminar las partes fonética de una palabra, así como también la significación que tienen estas palabras en relación a su medio ambiente.

1.2.11.- MEMORIA VISUAL

Las fallas en la memoria visual y auditiva, son un rasgo sintomatológico característico de los niños con daño cerebral y retardo en el desarrollo.

La memoria auditiva, junto con la percepción, memoria visual y la abstracción o formación de conceptos, son considerados como una de las funciones más sensibles a los procesos patológicos.

Los niños que manifiestan déficits en el desarrollo de la memoria visual, presentan a su vez, una incapacidad para reconocer los estímulos (letras u objetos), que se les presentan visualmente sin que exista un trastorno en la visión. Estos niños pueden percibir los objetos o palabras pero no los reconocen como tal. De esta forma al tratar de identificar un objeto visualmente, primeramente lo tomará en sus manos pareciendo que lo reconoce; pero aún así, les es imposible nombrarlo o bien demostrar su uso, cuando se les pide que lo hagan.

A pesar de que su articulación sea la adecuada, fallan al seleccionar los objetos o palabras, cuando se les da el nombre, esto es debido principalmente a los déficits de memoria visual, ya que ellos no recuerdan los objetos que se les presenta visualmente. Así por ejemplo, si se nombra tomate, él debe abstraer una característica particular de éste, que lo capacite para no confundirlo con una naranja o ciruela; sin embargo dado al trastorno en memoria visual y percepción visual; él no lo denominará

apropiadamente y estará confuso demostrando esta situación - llamandolo ciruela en lugar de tomate; es decir que las impresiones que él recibe no están de acuerdo a la realidad. Neisser (1979).

Como se mencionó anteriormente, estos niños presentan problemas perceptuales visuales, en el cual manifiestan una gran dificultad para visualizar las formas, tamaños, colores, etc. Consecuentemente sin esta imagen visual, - estos niños serán incapaces de tener una memoria visual necesaria para recordar y reconocer objetos y palabras en forma visual.

Uno de los principales factores que alteran el recuerdo visual es la tensión emocional. Bajo tensión uno de los procesos psicológicos que más se afecta es la memoria. Los niños con daño cerebral están en constante en este estado emocional, por tal razón no se concentran en sus tareas, y no se acuerdan de nada; lo que se les enseñó en un día, al otro, se les tiene que enseñar nuevamente.

1.2.12.- MEMORIA AUDITIVA

La memoria auditiva es considerada como la habilidad para recordar y repetir el lenguaje verbal. Muchas incapacidades del lenguaje que exhiben los niños con daño cerebral y retardo mental, son debidas fundamentalmente a un pobre recuerdo auditivo de información secuencial. De esta

manera, " . . . la habilidad secuencial parece ser crítica para el funcionamiento mental y particularmente importante para el desarrollo del lenguaje . . . " Johnson y Leder (1980).

Por consiguiente los déficits en la memoria secuencial auditiva generará una incapacidad para recordar el orden del fonema o palabra, así como también la dificultad para nombrar objetos.

El almacenamiento de los estímulos sonoros y el recuerdo de éstos son prerequisites indispensables para la fácil adquisición de habilidades de lenguaje.

La memoria secuencial auditiva está referida básicamente en términos de memoria auditiva a corto plazo, la cual puede ser dependiente sobre los atributos físicos o acústicos de los signos del habla y secuencias.

La información almacenada en la memoria a corto plazo, está íntimamente relacionada sobre la información auditiva. Además se ha encontrado que los errores más comunes en el recuerdo inmediato, es un cambio en el orden de los elementos y las sustituciones de uno por otro acontecen también; estos errores de sustitución tienden a implicar unidades que suenan parecidas, aún cuando los estímulos visuales estén presentes.

Un buen funcionamiento en la memoria auditiva a corto plazo dependerá básicamente, en que la información sea almacenada y posteriormente codificada y retenida en un sistema de memoria auditiva a largo plazo. Si estuviera

alterado el sistema de memoria auditiva a corto plazo, cons~~e~~cuentemente también lo estará el sistema de memoria a largo plazo.

Un mecanismo que deteriora la memoria auditiva es la presentación rápida de las palabras, en cambio, si la presentación es lenta, el sujeto tendrá la oportunidad de ejecutar algún tipo de proceso de discriminación o agrupamiento. Lo cual hace que sea más fácil para recordarlo en un momento después. A este respecto Neisser (1979), menciona que los sujetos no se perturban tanto si se les facilita el agrupamiento.

Como se dijo en el apartado anterior, la memoria auditiva se apoya en la atención que preste el niño a los estímulos sonoros, ya sean fonemas o palabras. Por consiguiente, la atención es considerada como un factor determinante en la memoria auditiva. La falta de los desórdenes en la atención dan lugar a un registro inadecuado del acontecimiento y trae como consecuencia alteraciones en la memoria a corto plazo, y largo plazo.

Un gran número de investigadores han discutido el rol de la atención en los problemas de la memoria en el niño excepcional Johnson y Myklebust, (1967). Ellos han sugerido que los déficits de atención, pueden ser cercanamente asociados con problemas correspondientes en recordar lo que es visto y escuchado.

Así mismo Wallace (1980) mencionó que la distractibilidad,

también se debe tomar en cuenta para los disturbios en la memoria auditiva. Debido a que el lapso de atención es excesivamente breve y puesto que en el transcurso de ese lapso se efectúa el aprendizaje racional; por lo tanto no existirá un aprendizaje formal, sino partes de un aprendizaje que no está eslabonado; y al carecer de continuidad, como consecuencia no se fijará el conocimiento. Por tal razón la deficiente atención que presenten - estos niños, es la principal causa de las fallas en la memoria auditiva; por lo que estos niños son incapaces de retener información nueva, después de que han dejado de atender.

A menudo presentan un hipodesarrollo del lenguaje, este retraso es debido a la alteración de la memoria secuencial auditiva; por esta causa, el niño con daño cerebral y con retardo en el desarrollo son incapaces de retener los estímulos en el orden secuencial establecido por el patrón de lenguaje. De aquí se deduce la gran dificultad que presentan estos niños en la comprensión de órdenes, sólo llegan a comprender una pequeña parte de la orden en forma desorganizada y lógicamente la efectúan mal.

Por consiguiente estos niños, son los que no pueden deletrear una palabra, no aprenden su dirección, canciones, numeraciones pues su lenguaje es desorganizado e incompleto y su comprensión es deficiente.

De igual forma, se tiene que los déficits en la organización secuencial de la memoria auditiva; está íntimamente relacionada con las alteraciones temporo-espaciales, que presentan estos niños. Así por ejemplo: al pedirseles que imiten un patrón de memoria secuencial auditiva, éstos deberán tener al concepto de lo que es antes, después, en medio, para que de esta forma pueda ubicar los elementos del lenguaje ya sean fonemas para formar palabras, o bien, palabras para formar enunciados. Para estos niños lo mismo es antes que después, y por consiguiente están imposibilitados para repetir constantemente un patrón de este tipo.

En general, las fallas en la memoria auditiva tienen consigo alteraciones en el lenguaje en diferentes áreas: expresión, comprensión y estructuración.

Por todo lo anterior, es de suma importancia iniciar la habilitación o entrenamiento en la memoria auditiva, lo más temprano posible; con la finalidad de evitar una serie progresiva de fracasos en el niño lesionado.

El objetivo principal para implementar estrategias de entrenamiento en este tipo de niños, es facilitar el 'recuerdo'; ya que el material reciente tiende a desaparecer con mucha más rapidez. Además se deberá dar un repaso constante por medio de presentaciones multisensoriales, repeticiones y variedad de estímulos.

1.2.12.1.- MEMORIA VERBAL

Para Sander (1961), en Neisser (1979) y Repp (1979), el proceso activo en la memoria verbal es denominado frecuentemente ' repaso ', este tiene un afecto fortalecedor y estabilizador sobre la retención; la cual produce una serie más resistente a la interferencia, pues éstas decrementan el proceso de la memoria auditiva. Por consiguiente, la actividad del organismo durante el período de repaso parece ser la asimilación del material por medio de la interpretación de ritmos.

El repaso no es muy diferente de la recodificación o agrupamiento, este último es un método de repaso. El agrupamiento de tres es más efectivo que otros.

La posición de vocablos, imágenes y fijación de conceptos que pueden asociarse a los acontecimientos, son factores que favorecen la capacidad para recordar. Así se ve que los niños con un amplio vocabulario, presentan una buena - memoria; puesto que pueden hacer más asociaciones, lo cual favorece el proceso mnésico.

A continuación se presentará la formación de conceptos. En algún momento ya ha sido expuesta la importancia de ellos, para lograr la adquisición de lenguaje, y cuales son los procesos que los controlan.

1.2.13.- FORMACION DE CONCEPTOS

Primeramente se dirá que un concepto pertenece a un grupo separado de gentes, objetos, eventos; los cuales están relacionados de la misma forma. Los sinónimos para un concepto son: Clases, categorías, conjuntos, clasificaciones, etc. Kathrin (1976), Osgood (1953). Así de esta manera, la fruta y los automóviles son conceptos, como lo son también el alimento y la transportación. Los miembros de esas categorías son diferentes en muchas formas; sin embargo, éstas tienen características en común.

Perry (1974), ha demostrado que los niños que presentan retardo mental, por lo general no pueden abstraer y generalizar los objetos o eventos en sus pensamientos y problemas que se enfrentan. La generalización es considerada como un elemento primordial para la formación de conceptos; a menudo esto se encuentra ausente en los niños con daño cerebral y retardo mental, porque son incapaces de percibir las diferencias y semejanzas de las cosas, todo les parece igual; de ahí que se les dificulte lograr un concepto de generalización.

Para que haya una generalización o abstracción es necesario que aprenda primero las semejanzas, a través de las diferencias que se encuentran en las cosas o eventos; por ejemplo: ' este hielo es frío ' lo que se deduce que se ha comparado al trozo de hielo con algo menos frío. En cambio cuando

se dice ' todo hielo es frío ' se ha descubierto una propiedad común para los trozos de hielo., es decir se ha generalizado el concepto de las relaciones comunes. Por lo que se deberá guiar al niño en el proceso de diferenciación y semejanza; puesto que estos niños sólo observan semejanzas.

En los estudios realizados por O'Connor y Hermelin (1963), encontraron que los niños retardados a nivel educables, fueron capaces de generalizar para responder a los objetos rojos en una escala de intensidad del color. Además mencionaron que los niños debían ser estimulados para usar los objetos y que solamente después, ellos podrían verbalizar su conocimiento.

En este respecto se puede decir que, un niño expresa frecuentemente sus pensamientos en palabras, por lo que se puede obtener un índice del desarrollo conceptual estudiando la expresión de su lenguaje en diferentes edades. El niño percibe los objetos agrupandolos en la misma clase, y aplica los mismos rotulos verbales a esos objetos; así por ejemplo, dirá coche a todos los vehículos aunque sean de diferentes tamaños, colores, marcas. De hecho las palabras constituyen rótulos de los conceptos de aquí que la formación conceptual debe necesariamente ser paralela al lenguaje.

Ahora bien, Gallagher (1960), (en Cruickshank, 1977) mencionó que las habilidades perceptuales y de memoria,

son requisitos indispensables para abstraer y generalizar los objetos o eventos; así como también una gran cantidad de experiencias que se tengan.

Por otra parte se puede decir, que los niños lesionados cerebralmente, por lo común no resuelven problemas complejos; debido principalmente a que sus ideas acerca de las cosas cambia momentaneamente, pues los objetos para él carecen de significado.

Goldstein y Schecre (1945), (en Forgas, 1979), consideran que estos niños no pueden diferenciar entre lo concreto como opuesto al pensamiento abstracto; de aquí que algunos niños se niegan a hacer la tarea, no por desobediencia, sino porque no comprenden lo que tienen que hacer.

Los objetos concretos se asimilan con mayor prontitud porque se pueden tener más experiencias con ellos manipulándolos y percibiéndolos. En cambio en los conceptos abstractos, se tiene que hacer una mayor generalización, es decir, requerirán de niveles más elevados de abstracción; requerirán de una doble práctica con una progresión gradual y sobre todo dependerá de la experiencia que se tenga de estos para que aprendan su significado.

Posiblemente la generalización se puede dar en los niños que padecen retardo en el desarrollo y daño cerebral el cual puede ocurrir en cualquier nivel; todo dependerá del grado de lesión que presente. Aunque algunos de este tipo de niños pueden pensar en forma abstracto (simple), la mayoría de estos niños opera principalmente en el nivel de conceptos concretos.

Cada etapa de desarrollo es más importante que su edad, para pasar de un nivel intelectual a otro; y si el psicólogo puede descubrir el nivel de razonamiento del niño, entonces el experimentador, deberá elaborar estrategias de enseñanza para estos niños; y sobre todo determinar la forma en que lo ayudará para pasar al siguiente nivel. A menudo, es difícil saber que es lo que piensan este tipo de niños, puesto que su lenguaje y su uso son limitados o deficientes y en algunos casos se encuentra ausente.

Gallagher (1960), (en Cruickshank, 1977) al igual que Perry (1979) consideran que para relacionar aspectos perceptuales se requiere de una maduración y de una gran cantidad de experiencias sobre los eventos u objetos. Ellos mencionan que los retardos mentales entrenables con una edad mental de cinco años o seis, han formado muchos conceptos simples; sin embargo, otros niños son el mismo nivel de retardo, pueden presentar dificultad para transferir de una forma de clasificación a otra. Así por ejemplo cuando estos niños tienen que clasificar los objetos en una forma determinada de acuerdo al color, lo hacen bien, pero son incapaces de clasificarlos de otra manera; porque no comprenden la relación que existe entre el color con las formas, tamaños, texturas, etc. de los diferentes objetos. Otros pueden desarrollar conceptos de la misma forma que otra gente, pero sólo con innumerables experiencias para lograr la madurez necesaria.

Por lo regular, se ha observado que estos niños retardados - pueden clasificar las cosas en pocas categorías, y además incluyen pocos objetos en cada categoría. Para generalizar y clasificar correctamente, se debe entender primeramente, que las cosas son diferentes así como también otras son similares. De esta forma si su experiencia es limitada, estos niños los clasificarán juntos por su forma pero no por su color, tamaño, es decir, no habrá correspondencia en la clasificación. Por consiguiente, todo concepto defectuoso puede conducir a una conducta inapropiada y en general no pueden ser capaces de lograr un nivel certero de abstracción.

La forma para enseñar conceptos es más efectiva si se adecúan dentro de clases de pensamiento, de lo que el niño este realizando; y si el alumno no comprende el nivel de abstracción para resolver problemas, los materiales a ser enseñados deberán ser concretos. Se debe fortalecer el concepto de clase, en base a problemas situacionales, ordenandolos, o clasificandolos, dependiendo de las relaciones y sus características. Stephens, (1972).

A este respecto, Perry (1979), mencionó que aunque el proceso de clasificar sea difícil para los niños con daño cerebral y retardo mental, este deberá enseñarse, por ejemplo: el tendrá que clasificar las espinacas, papas, chicharos, como verduras. A su vez deberá ser enseñado el aprendizaje en abstraer y generalizar por medio de experiencias apropiadas. De este modo, el terapeuta

podrá ayudar al niño a dividir o separar algunos objetos en dos categorías y continuar con un proceso gradual en la que se exponga situaciones un poco más difíciles de las que ya domina. Se les pedirá que relacionen un objeto por alguna configuración común, así el Círculo, lo aplicarán a los objetos redondos como: pelotas, platos, monedas, etc.

Además se les dirá que los objetos se pueden clasificar en una categoría determinada en base a su uso o como funcionan; en el cual los juguetes son para jugar y la herramienta para trabajar los autobuses, carros, trenes, nos sirven para transportarnos.

Por consiguiente las experiencias más variadas que tenga un niño con un objeto será el conocimiento más completo de ello.

Como se mencionó anteriormente la percepción ocupa un lugar importante, ya que si se percibe adecuadamente los objetos, sus componentes serán más reales, Ruch, (1958). Generalmente los niños dañados cerebralmente presentan dificultad para formar conceptos adecuados de los objetos, esto puede ser debido a que ellos han percibido cada objeto, solamente en una forma o en una situación y no en diferentes situaciones es por esto que se les dificulta la generalización y abstracción de los objetos. Además del proceso perpetuo, también la memoria visual juega un papel importante al respecto; ya que el recuerdo de los objetos serán indispensables, para asimilar el proceso de formación de los conceptos en las diferentes situaciones que pase.

A este respecto Gallagher (1960), entrenó a un grupo de niños retardados, los cuales fueron inducidos para que clasificaran los objetos en muchas formas como ellos, pudieran; por ejemplo: un carro debería ser clasificado con objetos usados para viajar además se requirió que dieran sus nombres de situaciones que se les presentaran, de esta forma ellos tendrán más éxito en la formación del concepto más abstracto.

Por otro lado, estos niños también aprenderán cuales cosas tienen que ir juntas en cuanto a sus diferencias y semejanzas por la experiencia; sólo entonces será cuando se hable acerca de como la escoba va con el recogedor, o bien el guante en la mano.

Por otro lado, él podrá aprender más acerca de las partes del todo, descubre que el caballo está ausente en su carretón; en cambio, si el niño no percibe esto o no comprende el proceso, probablemente no estará listo para la conceptualización a niveles más altos y por tal motivo, necesitarán tener más experiencias para percibir los objetos en muchas formas, y en identificar objetos en sus propiedades, para nombrar lo que el terapeuta le indique. Gallagher, (1960).

Cuando los niños con retardo mental y daño cerebral son incapaces de verbalizar los conceptos, éstos podrán escenificarlos; realizando las acciones de lo que quieren verbalizar, así por ejemplo: para demostrar cómo una silla es usada

para sentarse, el niño lleva a cabo el acto de sentarse; o bien como la mesa sirve para colocar objetos, el niño lo escenificará mediante la acción colocando las cosas en la mesa. De igual forma, cuando ellos perciben las características que presentan los objetos, ya sean ásperos o suaves, duros o blandos, etc. él podrá señalarlos o clasificarlos por su apariencia visual y no necesariamente por la simple manipulación Perry, (1979).

Se ha mencionado que el niño retardado necesita más experiencias no sólo en una situación sino en diferentes, para lograr formar un concepto. Si no se cambian las situaciones entonces estos niños nunca serán capaces de pensar en una forma diferente. (abstracción).

Por otro lado Holowinsky (1964), encontro que los niños severamente retardados, discriminan menos que los entrenables, puesto que, con una pobre discriminación perceptual, serán incapaces de entender conceptos abstractos.

Resumiendo se puede decir, que la formación de conceptos ya sean abstractos o concretos, los pueden adquirir los niños con daño cerebral y retardo en el desarrollo, a través de la maduración y la experiencia que se tengan de los objetos; en los cuales intervendrán procesos visuales perceptuales y de memoria visual.

1.3.- PROBLEMAS DE LENGUAJE

El desarrollo o adquisición de lenguaje, es un problema para muchos niños, sobre todo la forma en que deben expresar su gusto o desagrado de una conversación, el acto de recibir información, dar a conocer sus propias necesidades y a la vez usar un razonamiento simple; en general el lenguaje debe satisfacer una variedad de necesidades.

Por tal motivo, las actividades del habla y del lenguaje son aspectos críticos en cualquier plan educacional para los niños retardados. Los éxitos de cada niño dependen grandemente sobre como usan y expresan el lenguaje interpersonal en una comunidad determinada.

A este respecto, Ajuriaguerra (1978), definió el término ' habla ' como . . . al soporte de la expresión verbal oral, es decir, al aspecto fonético, articulatorio, que sirve de vehículo a las significaciones . . . ; y al término ' lenguaje ' . . . como los diversos aspectos semánticos de la comunicación verbal, en lo que se encuentran los significantes o el vocabulario que designa realidades perceptibles; la coordinación de los significantes de la idea por expresar (la sintáxis) y la coordinación de las ideas.

Ahora bien, se puede considerar al habla como . . . un modo de respuesta vocal de lenguaje en el cual intervienen: una conducta motora compleja, influyendo ésta sobre funcio -

nes psicológicas y neuromusculares. Además interviene la respiración o el acto de liberación del aire, la fonación o la producción de sonidos por la laringe y las cuerdas vocales; resonancia, la respuesta vibratoria la cual controla la cualidad de los sonidos y la articulación: al uso de los labios, lengua, dientes, paladar duro y blando para formar sonidos del habla.

En términos más generales, el lenguaje ha sido definido como ' . . . el sistema de comunicación entre los seres humanos de un grupo o de una comunidad en particular; el cual comprende y usa símbolos en un sentido convencional arbitrario de acuerdo a las reglas concurrentes de esa comunidad . . . ' Schiefelbusch (1974).

Los impedimentos del lenguaje son considerados como una desviación en la comprensión y uso de símbolos en términos de un criterio especificable. Así los impedimentos de la formulación y significado de funciones receptivo expresivo del habla, las funciones de los códigos lingüísticos y en menor grado el contenido del mensaje, identifican las limitaciones de lenguaje que presentan los niños excepcionales.

Además de todo lo mencionado anteriormente, los niños con daño cerebral, en su mayoría presentan problemas en el área de lenguaje; que pueden ir desde errores en la articulación y dicción hasta la incapacidad total de hablar, como sucede en el mutismo absoluto del idiota.

No todos usan un lenguaje estructurado, su lenguaje es difícil de entender, presentan muchas distorsiones y sustituciones en los sonidos; o bien alteraciones silábicas más complejas. La existencia de estas alteraciones pueden deberse a alteraciones del aparato fonador, en el cual, los músculos que intervienen en la producción del habla se encuentran atrofiados en grado variable; dependiendo del grado de daño, tipo de lesión evolución; lo que trae como consecuencia que el habla sea muy lenta y difícil, nerviosa y espasmódica, irregular e impulsiva. Estos trastornos de la palabra originan una incapacidad suplementaria que puede tener una correspondencia con el nivel intelectual.

Frecuentemente, no llevan a cabo un desarrollo normal de lenguaje, es decir, muestran una incapacidad para entender el sentido de la palabra hablada, debida a fallas en percepción auditiva, atención y a perseveraciones verbales. A estos síntomas Margarita Nieto (1980) los catalogó como afasia auditiva o sordera verbal. Además ella menciona que estos niños no logran una integración del lenguaje por alteraciones en el lenguaje interior; en donde existen deficiencias de análisis y síntesis de los estereotipos verbales. A esto lo denominó ' síndrome afásico ' del niño retardado y del niño con daño cerebral. Los niños que presentan un daño severo se comunican a base de gritos con un lenguaje cultural muy pobre; algunos

producen signos vocálicos, su habla es incomprensible. Algunos de lesión más leve, pueden desarrollar el uso correcto de sustantivos y del verbo en infinitivo. Sin embargo, hay otros, que tienen imposibilidad para mantener un sonido, además de la dificultad para distinguir palabras o sonidos similares, consonantes sonoras, sordas, etc. Tampoco captan la existencia de artículos y preposiciones. En general, no tienen la capacidad para imitar los patrones gramaticales del lenguaje.

En algunos casos se puede observar, que tienen un lenguaje caracterizado por una articulación lenta, presentan vocales distorcionadas; no tienen un escape nasal, manifiestan fallas en el ritmo respiratorio. Otro grupo de niños, articulan la palabra abruptamente, la voz es explosiva, con aumentos de intensidad que se alteran por períodos de afonía.

Por otra parte, hay un grupo de lesiones mayores en las que el habla es muy lenta, manifiestan un lenguaje ininteligible. Pueden tener ideas concretas pero no abstractas. Es importante hacer notar que tienen fallas en el ritmo respiratorio, en la comprensión, además de presentar una expresión con escasez de vocabulario, con dificultad en la lógica y en la elaboración de juicios; lo cual se traduce en fallas sobre la construcción gramatical de frases y oraciones.

En algunas ocasiones se observan niños con daño cerebral que tienden a omitir el sujeto principal de la oración, aunque que otras ocasiones, omiten el núcleo del predicado o usan un verbo en infinitivo y no manejan flexiones verbales. Tienen fallas en la concordancia del género y del número, entre el artículo y el sustantivo en las oraciones; por último presentan pobreza de adjetivos calificativos, con inversión del orden sintáctico de las oraciones.

El niño retardado al igual que el niño con daño cerebral manifiestan un titubeo en el nivel de articulación del desarrollo de la comunicación verbal; también se incrementa una dificultad en los niveles cognitivos requeridos para el lenguaje y rara vez, perfeccionan la formación de palabras y oraciones.

No obstante, no todos los niños tienen estas características tan severas, algunos de ellos, pueden presentar un entendimiento considerable en el lenguaje, tienen una buena habilidad para expresarlo en circunstancias óptimas; pero son incapaces de comunicar ese entendimiento, porque no hay una significación propia.

Sintetizando se puede argumentar, que la gran mayoría de los niños con daño cerebral no usan un sistema de lenguaje convencional y por lo tanto, exhiben incapacidades para comunicarse en forma adecuada; trayendoles como consecuencia desajustes o desadaptaciones en el medio social.

De todo lo anterior se deduce que el problema de la comunicación específicamente oral, ocupa un lugar importante en la población infantil. Por esta razón, la Educación especial debe proveer métodos de enseñanza, enfatizándose básicamente al uso apropiado y efectivo del lenguaje en todos los aspectos que intervienen en la comunicación.

1.4.- RETARDO EN EL DESARROLLO

Se empezará diciendo que, el niño mentalmente retardado, incluye un amplio rango de patrones de conducta, habilidades mentales, condiciones físicas y competencia social. A menudo las limitaciones intelectuales y los déficits físicos, frecuentemente son evidentes en el niño que presenta retardo en el desarrollo; además de presentar una amplia variedad de incapacidades intelectuales, sensoriales y motoras.

Se han dado varios conceptos de deficiencia mental, de los cuales la definición más aceptada, es la de la Asociación Americana sobre el deficiente mental (AAMD), hecha por Grossman (1973), en donde, " . . . el retrasado mental se refiere a un funcionamiento intelectual global significativamente inferior al promedio que existe concurrentemente con déficits en la conducta adaptativa . . . " y con deficiencias o deterioro de origen constitucional . . . Doll (1974); el cual es producto de alguna lesión orgánica, o bien, de origen ambiental, todo lo cual se

manifiesta en cualquier período de desarrollo.

Partiendo de un enfoque social o de utilidad social, el término 'retardo' se refiere generalmente a las personas que difieren del promedio, a tal grado, que la sociedad considera que estos niños necesitan de una educación y tratamiento especial: social o vocacional; tomando en consideración las variaciones de las culturas y de las generaciones; puesto que los valores culturales, las necesidades sociales e incluso las presiones políticas, determinarán las dimensiones y grados de las diferencias individuales de una cultura o comunidad determinada.

Las variaciones entre las personas, son de carácter universal, pero la sociedad es la que determina cuales desviaciones son consideradas como: defectos o cualidades, obstáculos o ventajas para el individuo. Las cualidades y los defectos están determinados en buena parte por las tareas que una cultura exige o espera de sus miembros y por consiguiente los significados que le da a las desviaciones de la norma, como hechos objetivos de excepcionalidad.

Es necesario mencionar que se pueden encontrar niños que manifiestan daño cerebral en su diferentes formas, aunadas a un retardo mental. En los estudios realizados por Strauss y Werner en Cruickshank (1977), mencionan que en una gran población de niños que sufren retardo mental, éstos a su vez se conducen o se comportan como si padecieran daño cerebral; a este grupo de niños se

les categorizó como niños que sufren retardo mental exógeno. Al igual que el niño con daño cerebral, el niño con retardo mental, puede mostrar constante actividad, su comportamiento es perseverante; su capacidad de atención es limitada, aunque no es tan distraído, a menudo no responde a los estímulos, concentrándose en su misma actividad respectiva que ha escogido, su retraso es evidente, en lo que se refiere a desarrollo, inteligencia, lenguaje y cuidado de su persona.

También se puede mencionar que su desarrollo físico se encuentra por debajo de su cronológica. Litton al igual que Heber (1959), consideró al retardo mental en dos categorías: conducta adaptiva e inteligencia. En el cual la adaptación individual del medio ambiente, no solamente es influenciada por aspectos intelectuales, sino también, por factores personales sociales y sensoriales en una conformidad cultural.

En general son definidos, a los niños con retardo, con problemas de conducta hiperactiva, fracaso en los niveles de razonabilidad, conceptualización, tendencias de agresión, problemas auditivos, de aprendizaje asociados a defectos orgánicos. Ikin, (1961); Philips & Harring, (1969). Las siguientes características están basadas en los reportes de: Kostoe (1972); Mc Lean, Yoder y Schiefelbusch -- (1972); Nix (1968); entre otros, los cuales son aplicables a la mayoría de los retardos mentales.

En lo que se refiere a su aspecto intelectual, éste se localiza en el extremo inferior de la escala de inteligencia: entre los que se pueden encontrar: niños con retraso mental Educables; entrenables y los de retraso mental severo o idiotas; deduciéndose estas etiquetas de los diferentes tests de inteligencia como: el Wisc, Cattell, Terman Merrill, entre otros.

70. Presentan una extrema lentitud en el desarrollo, tienen un aprendizaje deficiente en: memoria, generalización, habilidades de lectura y aprendizaje discriminativo e incidental.

Las desviaciones motoras que presentan los niños excepcionales se encuentran aquellas relacionadas a los defectos de el lenguaje en diversos grados; estas pueden ir desde desviaciones de articulación que pasan inadvertidas, hasta vocalizaciones ininteligibles (afasia).

Su apariencia física es característica, difiere notablemente de los rasgos faciales normales, su estatura se encuentra por debajo de la altura normal y su postura es precaria. Algunos se caracterizan por tener una cabeza grande, manos y cuello torpes, pelo lacio, lento desarrollo de huesos, extremidades cortas, e hipertrofia muscular.

Dentro de las desviaciones emocionales, sociales y personales, muestran una desadaptación social como: violencia, destructividad, rebeldía, conductas indignas de confianza; a su vez presentan conductas de estimulación. Su imaginación

y creatividad son limitados. Algunos son miedosos, apáticos, desinteresados, o retraídos. Frecuentemente experimentan sentimientos de frustración y fracaso.

1.5.- ETIOLOGIAS

Los factores o desordenes del retraso mental y del daño cerebral son múltiples y muy variados; pueden ser debidos a causas genéticas o ambientales. Pueden ocurrir en: el período prenatal, perinatal y post-natal; además pueden existir en forma individual o en diversas combinaciones.

Los del primer período pueden suceder mientras el niño está dentro de la matriz, en donde un feto o embrión genéticamente normal, pueden ser lesionado por agentes mecánicos, químicos, procesos metabólicos, nutritivos, glandulares e infecciones. Kaugelmann (1954), este autor - considera que tales factores producen el 10% de los deterioros físicos y mentales.

Ahora bien, existen ocasiones en que ocurren interrupciones espontáneas en el transcurso de la vida fetal, dando lugar a un daño neurológico. Así mismo existen accidentes o enfermedades que afectan al embrión en el proceso de maduración, a pesar de que la naturaleza ha tomado disposiciones protectoras extraordinarias para el feto en los nueve meses de desarrollo.

Otra de las causas que pueden generar retraso mental, se manifiestan en el período perinatal, o bien en el alumbramiento, como una consecuencia de muchas clases de accidentes o enfermedades que el niño puede sufrir en los primeros años de su vida.

Uno de los factores que juegan un papel importante en el alumbramiento son: el tamaño de la pelvis de la madre, la posición de la cabeza del feto, infecciones, en la que pueden existir períodos prolongados de fiebre. Otro factor causal, es la utilización de forceps, mismo que ejerce una presión mecánica que se aplica directamente al cráneo, durante las fuertes contracciones uterinas, por lo que puede dañar al cerebro. Además en algunos casos pudiera estar anrollado el cordón umbilical, el cual en el momento del alumbramiento impida el flujo de la sangre arterial y lo asfixie o estrangule.

En el período post-natal, numerosos factores pueden estar relacionados al daño cerebral, obviamente muchos niños experimentan lesiones durante el juego, debido a caídas; así como, enfermedades e infecciones, que van acompañadas de períodos prolongados de fiebre elevada.

En consecuencia, se puede determinar que, tanto los factores multigenéticos, como los ambientales, son determinantes en las alteraciones cerebrales; las cuales pueden ser causados por: nacimientos prematuros, lesiones traumáticas, asfixia, etc.

De lo anterior, se han derivado extensos estudios, en donde mencionan que algunos niños que nacen prematuramente, manifiestan retardo mental; debido a que la estructura cerebral de un niño prematuro, es más frágil y se lesiona más fácilmente que la del niño que tiene un período de gestación normal. Sarason y Glauwin, (1958).

Sintetizando se puede decir que, a pesar de poder determinar la causa de la lesión, independientemente de cualquier déficits biológico o ambiental y nivel socio-económico; se considera de mayor importancia abordar la rehabilitación en su aspecto integral.

2.- TERAPIA EDUCATIVA

2.1.- TECNICAS REEDUCATIVAS

Uno de los principales aspectos que se deben tomar en consideración para abordar la adquisición de lenguaje en niños con daño cerebral y retardo en el desarrollo son: el empleo de técnicas respiratorias, linguales y labiales; las cuales intervienen directamente en la articulación del fónema. De hecho, la articulación es considerada como un producto de movimientos musculares adecuados, y cuando se manifiesta una articulación deficiente ésta estará determinada básicamente por los movimientos del aparato fonador realizados de manera inadecuada.

Ahora bien, los movimientos del aparato fonador no son sino una serie de movimientos que constituyen lo que se conoce como coordinación motora, o bien, una habilidad general; en la cual intervienen: la respiración, lengua y los labios. En consecuencia esta destreza motora se verá reflejada en un aumento en las habilidades articulatorias (Young, 1965; citado en Van Riper, 1972).

Existe una serie de disputas acerca de las características en habilidades generales necesarias para el tratamiento de problemas de lenguaje sobre todo en articulación.

Algunos autores tales como: Launay y Borel Maisonnay (1975), mencionan que además de las habilidades motoras, es muy importante para el tratamiento de niños con problemas de lenguaje, la enseñanza de nociones temporales y corporales por medio de ejercicios rítmicos. Así estos autores establecen como objetivos iniciales en sus programas de tratamiento el: " no suscitar lenguaje sin antes establecer un campo de abordaje corporal ".

En la primera parte de los programas terapéuticos tradicionales, se pretende dotar a los sujetos de éstas habilidades generales, suponiendo que permitirán lograr una articulación adecuada.

Dentro de las habilidades generales, diversos autores tales como: Corredera (1973); Azcoaga, Derman y Frutos (1971); Launay y Borel Maisonnay (1975); Segre (1955); Jo Bush y Taylor (1974) afirman que la imposibilidad

para realizar ciertos movimientos de la lengua, labios y respiratorios, son uno de los principales factores involucrados en la emisión de la articulación. No obstante ellos no citan ningún estudio donde demuestren que estas técnicas terapéuticas son eficaces.

De esta forma, si se quiere contar con una verdadera ciencia aplicada y con una tecnología conductual eficaz, será necesario como afirmar (Bear, Wolf y Risley, 1974), probar la eficacia de estos procedimientos.

Este trabajo permitirá evaluar y comprobar la eficacia de estos procedimientos; lo cual será tomado como requisito indispensable para lograr la adquisición de lenguaje; puesto que por lo general; algunos niños con daño cerebral y retardo, no presentan un control adecuado de esta habilidad, como para controlar su lengua, labios y respiración; ocasionando una incapacidad para articular adecuadamente los fonemas.

Uno de los materiales que se consideran importantes para lograr el control de habilidades generales, es el uso del espejo, el cual se colocará delante del sujeto. Algunos autores proponen que " . . . el uso del espejo dentro del entrenamiento, proporciona una ayuda adicional; puesto que al observarse así mismo (sujeto), le permitirá a éste monitorear sus respuestas, recibiendo de tal forma retroalimentación inmediata en su ejecución . . ." Mower, Baker y Schutz (1968). De igual forma, Van Riper -- (1973), considera que las actividades manuales y verbales

del especialista y del niño suelen ser de gran utilidad cuando se observan en un espejo; en el cual muchos sonidos - pueden ser identificados más fácilmente con la ayuda de indicios visuales. Por consiguiente Corredera (1973); Segre (1955); Van Riper (1972), concluyen que el uso del espejo durante la sesión de entrenamiento, será útil para hacer observar al sujeto los movimientos de la lengua, labios, maxilares; realizados por el terapeuta y para que después el sujeto los imite.

Por otra parte, Segre (1955), considera que es necesario colocar el aparato fonador (coordinar lengua, labios, dientes, etc.) en la posición requerida para la emisión adecuada de un fonema particular, la cual es denominada posición tipo. Esta es la que lleva a definir las distintas posiciones tipo requeridas para la correcta emisión de los fonemas que se utilizan en el castellano.

Dentro de los ejercicios básicos generales, quedan comprendidos los ejercicios y técnicas de uso más frecuente en el tratamiento sobre la adquisición de lenguaje; los cuales son agrupados de la siguiente manera: Técnicas de reeducación respiratoria, gimnasia lingual y gimnasia labial, que a continuación se mencionan.

2.1.1.- TECNICAS DE REEDUCACION RESPIRATORIA

La voz humana, es un fenómeno fisiológico que generalmente se produce automáticamente; de aquí que, la respiración sea importante para la reeducación funcional de la palabra, la cual permite la regularización del aire o la asociación fonorespiratoria para la emisión del fonema; así como también controlará la intensidad duración, y continuidad de la emisión fónica. Además la respiración regulará el control de los músculos diafragmáticos, abdominales, torácicos y de tonicidad Nieto (1980).

Se deberá establecer un patrón motokinestésico, con el fin de establecer los actos motores correctos de la función respiratoria, eliminando desde un principio los movimientos defectuosos del acto respiratorio. Así mismo, se deberá estimular la sensibilidad táctil y propioceptiva del paciente, al mismo tiempo que ejecuta el acto respiratorio para lograr la asociación sensorio motriz.

Un requisito que se considera de suma importancia para la reeducación respiratoria es la relajación. La relajación física y mental precede a la vigilancia y control del ritmo respiratorio; además se deberá tomar especial atención en la relajación de los músculos que intervienen directamente en la respiración tales como: los músculos del cuello, torácico y abdominales. Después de haber logrado la relajación muscular total, se deberán ejercitar los movimientos faríngeos que abren y entrecieran dicha cavidad, lo cual permite el paso rítmico del aire en la respiración profunda.

Dentro de la reeducación respiratoria existen dos movimientos respiratorios: la Inspiración y espiración. Por un lado la inspiración se realiza tomando el aire por la nariz silenciosamente, la lengua debe estar relajada sobre el piso de la boca y al llegar a los pulmones se acompaña de un movimiento del abdomen provocado por el descenso del diafragma. Por otro lado, en la espiración, el aire sale por la boca entreabierta, la lengua blanda y todos los músculos bucofaríngeos relajados.

La inspiración debe ser lenta, levantando los brazos por los costados de los hombros y bajarlos lentamente; la inspiración rápida se hará levantando los brazos en posición vertical de modo que las palmas de la mano se toquen, acto seguido, se deberá bajarlos rápidamente.

Es necesario realizar una serie de ejercicios, para lograr una correcta respiración, que se irán aumentando progresivamente en dificultad y se deberán practicar en sesiones de corta duración (5 ó 10 minutos como máximo); con la finalidad de evitar cefales o mareos que puede ser ocasionado por hiperventilación pulmonar.

2.1.2.- TECNICAS DE GIMNASIA LINGUAL

La habilidad lingual es un requisito indispensable en la buena articulación de la palabra, por lo tanto, la carencia de destrezas de estos órganos, ocasiona deficiencias en la producción del lenguaje; así por ejemplo,

cuando la lengua es torpe, por medio de la gimnasia lingual, se tratará de dotar a este órgano de la movilidad que le falta. Los ejercicios linguales realizados en forma constante y metódica deberán iniciarse cuanto antes, una vez que el terapeuta se haya dado cuenta de la necesidad de su aplicación, con el fin de evitar que sigan realizándose hábitos motores viciosos, los cuales se deberán eliminar por completo.

Dentro de la gimnasia existen dos movimientos uno pasivo y otro activo. Se entiende por gimnasia lingual pasiva la serie de ejercicios, en los que el paciente no tenga que realizar esfuerzo alguno. Por un lado se pueden usar aparatos o procedimientos mecánicos para facilitar la movilidad lingual; y por el otro, se podrán utilizar abate lenguas, espejo, miel, etc. mismo que son empleados por el terapeuta en forma directa, con el objeto de señalar al niño los lugares donde debe colocar la lengua y la dirección que debe llevar.

Además de los ejercicios linguales pasivos (aplicados en forma directa) existen otros que tienden a mejorar la sensibilidad lingual favoreciendo indirectamente su motricidad. En esta forma al mejorar la sensibilidad lingual que puede ser por medio de un masaje vibratorio, empleando un cepillo electrónico de cerdas finas y de acción giratoria o vibrátil; se hará que el paciente sea más conciente de la existencia y posición de su lengua,

lo que repercute indudablemente en la corrección de patrones motores incorrectos. Segre (1955); Corredera (1973); Nieto (1980).

En la gimnasia lingual activa, se puede utilizar el método sensorio motor múltiple; en el que también se recomienda el espejo para la práctica de los ejercicios. Una vez colocados frente al espejo, se dividirán los movimientos en tres o cuatro tiempos cada uno, realizandose en forma muy lenta. Esto se hace con el fin, de que el paciente tenga conciencia de todos los movimientos que se deben realizar, aún desde el más leve. Así mismo por medio de este procedimiento el alumno recibirá una estimulación mixta: visual y quinestesica de tales movimientos.

Se deberán ejercitar primero los movimientos de la punta de la lengua, después del segundo tercio y por último los de su base. Un requisito indispensable en este tipo de ejercicios es la constancia con que se deben efectuar, pues sólo así se podrán fijar los patrones motores correctos. Los ejercicios comprendidos en estas técnicas se consideran como preparatorios para la enseñanza en la articulación de los fonemas, principalmente en los que participa la lengua en forma activa.

El objetivo primordial que se persigue en base a su práctica constante es el mejorar la destreza lingual, para preparar a este organo en el desempeño de su función como parte del sistema de articulación. La selección

y graduación de los ejercicios se hace tomando en cuenta el grado de sensibilidad y destreza que este órgano debe poseer.

Si por razones orgánicas o funcionales existiera una dificultad para subir la lengua, sobre todo su punta, los ejercicios indicados serán todos aquellos que ayuden a la realización de este movimiento lingual: Para lograrlo se puede hacer uso de mermelada o cajeta colocada en la región alveolar superior, con el fin de incitar al niño a elevar la punta de la lengua, ya sea dentro o fuera de la boca, para mayor claridad ver ejercicios propuestos por Wendell (1973); Nieto (1980); Corredera (1973).

2.1.3.- TECNICAS DE GIMNASIA LABIAL

La función de los labios en la fonación es muy importante, por intervenir en forma activa y directa en la producción de las vocales de los fonemas labiales y en general de la inteligibilidad de la palabra.

Dentro de la gimnasia labial existen dos movimientos: activa y pasiva. La gimnasia labial pasiva, la puede aplicar directamente el terapeuta actuando sobre los labios del paciente sin que este realice ningún esfuerzo ni movimiento activo. En cambio la gimnasia labial activa se puede dividir en dos tipos principales según la forma

activa y conciente. El objetivo de esta gimnasia es perfeccionar los patrones motores de los movimientos labiales aumentar la fuerza de la destreza muscular, lograr la tonicidad y coordinación motriz indispensable en una articulación correcta y en una expresión oral suficiente e intelegible.

Ahora bien, los ejercicios labiales son considerados importantes para lograr la destreza motora de los labios, tan necesaria para la correcta articulación de algunos fonemas. A continuación se mencionan sólo algunos de ellos.

- Arrugar los labios lo más que se pueda sin ayuda del terapeuta.
- Estirarlos lo más posible.
- Arrugarlos y estirarlos sucesivamente.
- Sostener objetos con los labios, únicamente emplear palos de diverso grosor.
- Sostener abatelenguas u otros objetos con los labios - del paciente, haciendo la mayor presión posible, mientras el terapeuta trata de jalarlos. Así de esta manera ir aumentando la fuerza muscular labial.

Existen una diversidad de ejercicios los cuales pueden encontrarse en: Galindo (1980); Nieto (1980); Corredera - - (1973) entre otros.

2.1.4.- GRADUACION

2.1.4.1.- ARTICULACION

El sistema de articulación está formado por el paladar, la lengua, los dientes, los labios, las mandíbulas, las arcadas dentarias, los músculos y nervios respectivos; los cuales van a permitir lograr una pronunciación del lenguaje, este es tomado como el modo especial para articular los sonidos del habla.

Es conveniente hacer hincapié en que no se confunda la articulación con la pronunciación, ya que esta última implica una emisión de voz normal con entonación apropiada, mientras que la articulación, requiere del aprendizaje de movimientos finos que son necesarios para emitir el lenguaje oral.

En la articulación de los fonemas intervienen dos tipos de órganos: activos y pasivos, los cuales siempre estarán en contacto directo. Los órganos activos, están constituidos por los labios lengua, velo del paladar y mandíbula inferior; en cambio, los pasivos están constituidos por los dientes, alveolos y paladar duro. En este sentido, los puntos de articulación de los fonemas varía según el sonido que les antecede o les sucede, de acuerdo con la posición tipo que tienen dentro de la palabra. Conforme a las normas sociales propias de cada entidad lingüística y según las normas individuales del hablante.

En consecuencia de la posición tipo que adopten los órganos articulatorios se derivarán los diferentes modos y puntos de articulación que caracterizan a cada fonema.

De este modo, Bolaños (1956), clasificó a los fonemas en cuatro grandes categorías; tomando en cuenta el: Punto de articulación el Modo de articulación, la Función de la Clotis y por la posición del Velo del Paladar, que a continuación se mencionan:

2.1.4.1.1. Punto de Articulación:

Este se refiere al lugar en donde se articula el fonema, es decir, es el punto donde se aproxima - o se pone en contacto un órgano activo con un pasivo, o con otro activo. Los puntos de articulación se pueden distinguir en:

2.1.4.1.1.1 Labiales.- Cuando los labios se unen para -- articular los fonemas / P / , / B / , / M / ; siendo el órgano activo el labio inferior y el pasivo el labio superior.

2.1.4.1.1.2. Labio dentales.- Se caracterizan por que la articulación se realiza específicamente con el labio inferior el cual entra en contacto con los incisivos superiores, tales como: -- / F / ; siendo el órgano activo el labio inferior y el pasivo el labio superior.

2.1.4.1.1.3. Dentales.- En la articulación de estos, intervienen la lengua, específicamente - el ápice dirigido al borde de los incisivos superiores e interdentes como: /T/.

2.1.4.1.1.4. Alveolares.- Son aquellos fonemas que se articulan en los alveolos como: /L/, /N/, /R/, /RR/, /S/; siendo el órgano activo la lengua y los pasivos los alveolos.

2.1.4.1.1.5. Palatales.- El punto de articulación se encuentra en el paladar duro como: /CH/, /LL/, /Ñ/; siendo el órgano activo la parte media de la lengua y el pasivo el paladar duro.

2.1.4.1.1.6. Velares.- Estos se articulan con el velo del paladar o próximo a él, tales como: /K/, /G/, /J/; siendo el órgano activo el post dorso de la lengua y el pasivo el velo del paladar.

2.1.4.1.2.

Modo de articulación:

Es la disposición que adoptan los órganos para permitir el paso del aire, o la manera como sale el aire por la cavidad bucal. Se tiene dos cavidades por donde sale el aire en la articulación de los fonemas: bucal y nasal.

Así también que los fonemas por el modo de articulación nasal son aquellos en los que la salida del aire se efectúa

por las fosas nasales, y son: /M/, /N/, - /N/.

En cambio los fonemas por el modo de articulación bucal u oral son aquellos en el que la salida del aire se efectúa por la boca y son:

2.1.4.1.2.1. Oclásivos.- Aquellos fonemas que al articularse se obstruyen completamente pero de manera momentánea en el paso del aire, realizándose la explosión en el momento de la separación del órgano activo con el pasivo también se les llama explosivas instantáneas y son: /P/, /T/, /K/.

2.1.4.1.2.2. Fricativas.- Son aquellos fonemas que al articularse, se caracterizan por el estrechamiento del paso del aire, por aproximar excesivamente sus órganos articulatorios, produciendo así un ruido de fricción, frotamiento o roce, al pasar la peculiaridad de que pueden ser prolongados tanto como dure la expiración, y son: /F/, /S/, /X/, /B/, /D/, - /G/, /L/.

2.1.4.1.2.3. Africadas.- En la articulación existe al principio un contacto entre los órganos articulatorios como si fuera oclusiva, pero después al producirse el fonema deja una estrechez que permite la salida

del aire suavemente, es decir, su articulación empieza siendo oclusiva y termina fricativa. Se le llama oclusiva fricativa tales como: /CH/, /Ñ/, /LL/.

2.1.4.1.2.4. Laterales.- En la articulación de estos fonemas el aire sale por los lados que quedan entre el borde de la lengua y los molares, debido a que el ápice de la lengua se encuentra en contacto con los alveolos, como: /L/.

2.1.4.1.2.5. Vibrantes.- En la articulación de estos fonemas, el órgano activo que es la punta de la lengua, realiza movimientos vibratorios rápidos y simples: /R/, /RR/.

2.1.4.1.3. Función de la Glotis

Es la abertura que comunica la faringe con la traquea, o el lugar donde se encuentran las cuerdas bucales.

De acuerdo con la glotis, los fonemas pueden ser:

2.1.4.1.3.1. Sonoros o vibrantes.- Estos pueden apreciarse por el sonido característico que se produce al emitirlos y se pueden comprobar, colocando los dedos en el cuello. Los fonemas que van acompañados por las vibraciones de las cuerdas bucales son: /M/, /N/, /Ñ/, /R/, /L/, /B/, /D/, /G/.

2.1.4.1.3.2. Sordas o no vibrantes.- Son los que no registran vibraciones de las cuerdas bucales, sin que esto quiera decir que no se oyen, sino que no producen sonido laríngeo y son: /P/, /T/, /K/, /F/, /S/, - /J/.

En resumen se puede decir que, para implementar la articulación de los fonemas, se debe considerar siempre la posición-tipo que adoptan los órganos articulatorios como: labios, -- dientes, lengua, velo del paladar, así como la ausencia o -- existencia de sonoridad a lo que se le llama glotis sonora - o sorda.

El orden en que se aprenden los sonidos varía de un individuo a otro; sin embargo, no existe un orden único establecido para la enseñanza de los sonidos consonantes.

En base a las revisiones hechas por Wendell (1973); Correderra (1973); entre otros, se sugiere enseñar primero los sonidos vocálicos, ya que éstos constituyen la voz o punto de apoyo del habla; en cambio, las consonantes proporcionan la articulación o la inteligibilidad de la misma.

De esta forma, los fonemas vocales se clasifican en tres categorías: dependiendo del lugar en que se producen: Palatales o Delanteros /i/, /e/; Medios /a/ y Posteriores o Velares /o/, /u/.

En sí, en la mayoría de los casos se comienza por aquellos - de fácil lectura en los labios tales como: f, v, p, b, (labiales, bilabiales y labiodentales); posteriormente los interden

tales y dentales. d, y t; luego los alveolares: s, n, l, r; palatales: ñ, ch, ll; y por último las velares: j, k, c, g. No obstante, esta secuencia no tiene que tomarse como parámetro único; pues depende mucho de las deficiencias articulatorias de los niños lesionados y a partir de esto de la posición que pueden adoptar.

De aquí que sea conveniente realizar siempre una evaluación para poder determinar cuales sonidos podrán enseñarse con más destreza. Por ejemplo, si el niño es capaz de emitir más fácilmente un sonido como: k; se iniciará por ese sonido, es decir, a partir del punto o posición tipo que el niño pueda adoptar y experimentar con un éxito máximo.

En síntesis se puede decir que, el proceso de maduración -- combinado con el estímulo lingüístico proporcionado por la sociedad constituye un factor importante para el desarrollo del lenguaje.

2.1.4.2.- LINEAMIENTOS BASICOS PARA ESTABLECER PALA - BRAS SIMPLES, FRASES Y ORACIONES.

La conducta verbal apropiada es el aspecto más importante del repertorio normal del niño; por lo que las habilidades verbales son un prerrequisito para el desarrollo global del niño y también son un gran instrumento para sus actividades diarias.

Ahora bien, algunos de los procedimientos utilizados para implementar dichos repertorios están basados sobre técnicas de modificación operante, tales como: Moldeamiento por aproximaciones sucesivas, estímulos de apoyo, entrenamiento imitativo, instigación; desvanecimiento de los estímulos de apoyo y de pequeñas ayudas verbales en pasos graduados, que transfieren el control imitativo del habla controlados por condiciones de estimulación apropiada; el encadenamiento también es empleado, los tectos de figuras y objetos, así como los mandos de un reforzador poderoso. Paralelamente deben incorporarse contingencias de reforzamiento y alabanza muy poderosas.

En general estos procedimientos han demostrado ser útiles para enseñar sonidos, palabras e incluso frases simples y oraciones, y por medio de la aplicación de estos procedimientos en la mayoría de los niños a quienes se le ha diagnosticado daño cerebral y retardo en el desarrollo

en donde su habla es altamente ininteligible o bizarra, adquieren un amplio repertorio de sonidos del habla en poco tiempo. Mac Aulay (1968); Sloane (1966); Tood Risley y Wolf (1965).

Estos autores consideran que debe partirse desde una imitación motora simple no verbal, como meter y sacar la lengua, inflar las mejillas, etc.; imitación simple de la musculatura bucal y estructuras asociadas, en el cual el niño coloque sus labios en posición articuladora, para que posteriormente pueda emitir el sonido en esa posición tipo. El siguiente paso consiste en encadenar dos sonidos hasta producir una palabra, frase u oración.

Cuando sólo se utilizan algunos aspectos de estos procedimientos, se pueden encontrar fracasos en el aprendizaje debido a que los programas son inadecuados en uno o más de esos requerimientos Schiefelbusch (1980).

Una estrategia de enseñanza completa, debe estar basada sobre un análisis de la conducta terminal a ser enseñada, el repertorio inicial y las habilidades requeridas para cada paso del entrenamiento. El objetivo es enseñar al niño a nombrar objetos más comunes de su medio ambiente a través de estos procedimientos. De aquí que deban implementarse palabras en las que los niños muestren interés en usarlas. Estas deben ser útiles en la vida diaria de su ambiente particular, pues tienen que comunicarse en su mundo circundante, por ello se tienen que emplear

éstas en base a su contexto socio-cultural en que se desenvuelven.

En este sentido, Sloane y Harris (1968) trabajaron con niños severamente retardados, con daño cerebral de origen orgánico, disturbios emocionales y sobre todo disturbios en habilidades de comunicación entre los 3 y 9 años.

La mayoría de sus sujetos no tenían sonidos del habla, algunos presentaban vocalizaciones prebalbuceo, vocales sin sentido. Estos niños estaban limitados para nombrar palabras relacionadas a objetos del ambiente. Otros tenían problemas de articulación severos. Unos más mostraban unidades de balbuceos con entonación que igualaba al habla normal. Niños con habla bizarra e infantil y entonación monótona. Sin embargo, el tratamiento para todos estos niños no tuvo implicaciones, pues los programas (mencionados anteriormente) son aplicables a un amplio rango de diferentes problemas del habla y lenguaje; incluso también son aplicables a los niños que en un principio no tienen sonidos del habla.

Ahora bien, dentro de estos mismos lineamientos Ribes (1976) menciona que, es necesario iniciar con articulaciones simples en cuanto al número y tipo de movimientos del aparato fonador y avanzar gradualmente hacia sonidos más complejos.

Una vez que el sujeto es capaz de articular todos los fonemas en combinaciones sencillas, dos sílabas, se iniciará con el empleo de palabras de mayor longitud, aumentando gradualmente la dificultad en la pronunciación, es decir, consonante - vocal - consonante, diptongo, dos consonantes juntas, etc.

Considerando la posible dificultad de cada una de las combinaciones de sonidos, se encontró en los estudios de Melgar (1976), que los niños con desarrollo normal entre los 3 y 6 años y medio de edad, producen dos consonantes juntas y diptongos en el siguiente orden: pl, bl, ie, cl, br, fl, cr, gr, au, ei, dr, tl, pr, gl, fr, tr, eo. De lo cual se dedujo que la combinación dr es más difícil de pronunciar en niños de 3 años con desarrollo normal y 9 años con retardo mental profundo. Sin embargo, esto no puede generalizarse, para algunos niños algunas posiciones articulatorias son más difíciles de producir que otras.

El siguiente paso consiste en encadenar las sílabas para formar primeramente palabras simples y luego oraciones. De esta forma el encadenamiento consiste en separar o fraccionar las palabras en sílabas y las frases en palabras etc. En sí el objetivo es encadenar los distintos componentes verbales que constituyen unidades fonéticas.

En un principio debe empezarse por encadenar dos sonidos juntos o palabras de dos sílabas, encadenando progresivamente las sílabas de la primera a la siguiente y así sucesiva-

mente hasta llegar a la conducta terminal. Debe ser gradual-
el aumento de longitud de las palabras.

Al eslabonamiento de segmentos de sílabas, palabras o
conductas simples en una sola conducta compleja se le
denomina encadenamiento . . . " Ribes (1976).

Similarmente, Sloane (1966) argumenta que toda habla
es imitada como cadenas de respuesta, o bien al eslabonamien-
to de sílabas para formar una palabra, de aquí que el
habla sea encadenada dentro de unidades más largas,
la mayoría de las unidades del habla son aprendidas por
medio de cadenas compuestas de unidades más cortas.

Hay varias formas en las cuales una nueva conducta puede
ser adquirida una de ellas es por moldeamiento, éste
va a permitir que el sujeto adquiera una conducta de
la que previamente carecía y se utiliza cuando el sujeto
no posee una conducta determinada en lo absoluto.

De este modo, el moldeamiento incluye un largo e intrincado
proceso de conductas de reforzamiento, las cuales se
asemejan a la conducta terminal, y entonces en pasos
sucesivos cambiar el reforzamiento a las conductas las
cuales se semejan más y más a la conducta terminal deseada.

Si aún no muestra la conducta que deseamos, se utiliza
el método denominado moldeamiento por aproximaciones
sucesivas. El primer paso consiste en definir de la manera
más precisa posible cual es la conducta final que deseamos
obtener.

Posteriormente se elige una conducta más amplia dentro de la cual esté incluida la que se ha previsto o bien que tenga una semejanza formal con ella; luego que la presenta se refuerza consistentemente hasta que se emite con frecuencia. El siguiente paso consiste en retringir la amplitud de esa conducta deseada y hacerla cada vez más parecida a la conducta final. Cuando ésta es obtenida, puede entonces ser cambiada a un control imitativo, por medio de un entrenamiento en imitación. Su importancia radica en facilitar la adquisición de repertorios más complejos y es considerado como uno de los procedimientos más poderosos en el entrenamiento del lenguaje, pues la base principal para producir sonidos del habla y de la palabra. Bricker y Bricker (1972); Maz Aulay, - - (1968) Ray More y Mc Lean (1972).

Cualquier forma de imitación, en este caso verbal, incluye la imitación del acto motor que puede ser desde movimientos finos hasta la imitación del lugar de la articulación. Ribes (1976) definió a la imitación como " . . . una conducta bajo el control discriminativo inmediato a otra conducta topográfica similar por parte del modelo que únicamente se refuerza cuando se ajusta a los criterios preestablecidos . . . " La respuesta ha de producirse por sí sola ante la presencia de la conducta del modelo.

Ahora bien, el objetivo de cualquier plan educacional es lograr un mantenimiento y generalización, con el fin de lograr un cambio conductual. El mantenimiento incluye

el continuar o mantener dicho cambio fuera del escenario de tratamiento; la meta que persigue es el continuar las respuestas en escenarios donde las variables de tratamiento no tienen grandes efectos. Mientras que la generalización se refiere a la mejora sobre otras conductas, Kazdin & Bootzinn (1972).

Se denomina generalización al " . . . fenómeno de la ocurrencia de la conducta apropiada bajo otras condiciones a las del tratamiento original . . . " Risley (1966) su meta es extender cualquier conducta a otras por reforzar sistemáticamente el habla apropiada bajo una variedad de situaciones.

De aquí que, el niño puede ser entrenado para responder apropiadamente a una variedad de individuos incluyendo miembros de la familia y a una amplia gama de situaciones: en la casa, escuela, calle y en la oficina del terapeuta.

A este respecto, Stokes y Bear (1977); Kazdin & Bootzinn (1972) ofrecen un número de aspectos prácticos para lograr la generalización. En primer lugar el terapeuta conductual debe enseñar la conducta en una comunidad natural de reforzadores por el medio ambiente natural después del entrenamiento. En segundo lugar, adiestrar personas sobre la aplicación contingente del reforzador social. Perder control experimental de los estímulos y respuestas incluidos en el tratamiento y escenario de no tratamiento. Hacer los límites de contingencias

de entrenamiento para emplear escalas intermitentes de reforzamiento, mismo que se demora aún usando el reforzamiento no contingente.

Por medio de las estrategias de enseñanza mencionadas anteriormente sobre lenguaje propuestas por Sloane -- (1966); Tood Risley (1966); Schiefelbusch (1980); Mac Aulay (1968) y la sistematización de los mismos, el niño puede tomar ventajas de los eventos que ocurren durante el día y generalizarlos estableciendo un habla nueva en un contexto apropiado.

Frecuentemente los niños retardados muestran problemas en el moldeamiento de las respuestas deseadas o las aproximaciones a éstas no se presentan; en dicho caso se utiliza la instigación o la aplicación de estímulos preparadores, ya que los estímulos de apoyo también facilitan la emisión de conductas correctas bajo condiciones en que es posible responder en más de una manera.

De aquí que, cuando la respuesta que se va a reforzar no aparece se hace más probable su aparición recurriendo a los instigadores o estímulos adicionales, que se presentan después del estímulo que debe controlar la respuesta. Galindo (1980). Estos pueden ser físicos o verbales.

Los físicos se emplean en el entrenamiento de conductas motoras por ejemplo: dando ayuda física al sujeto después de moldear la conducta que debe ejecutar. Cualquier procedimiento es válido para producir una vocalización: un espejo, abatelenguas, papel colocado frente a la boca del niño,

una grabadora con medidor de intencidad. Bear y Sherman (1964); Lovass, Nelson y Wallin (1967).

Los verbales se emplean en el entrenamiento del lenguaje, por ejemplo: se ayuda al sujeto pronunciando una parte inicial de la palabra o frase que debe completar. En muchas ocasiones es conveniente producir verbalizaciones en forma de gritos, cualquier gruñido, carcajada, etc. Así mismo para lograr la producción de un fonema en forma automática, es pedirle al sujeto que apriete los dientes y con los labios abiertos sople. Nower, Baker y Schutz (1968).

Dentro del establecimiento de repertorios verbales es importante enseñar los nombres de los objetos que se consideran comunes en el ambiente del niño, lo ideal es utilizar el objeto mismo en vez de dibujos o fotografías, - por que a menudo el niño no identifica la representación gráfica pero si el objeto o tacto. Estos son esencialmente controlados por el objeto o evento que es discriminativo para ellos.

" . . . Recibe el nombre de tacto a las respuestas verbales que son controladas por la presencia de objetos o acontecimientos del medio . . . " Galindo (1980). Este mismo autor asume que la extensión genérica del tacto es lo que se llama formación de conceptos. De este modo, los estímulos no verbales que controlan a la conducta verbal constituye la totalidad del mundo físico que rodea al

hablante.

Ahora bien, después de que aprenden a nombrar un objeto el uso de ese nombre se aplica en una situación apropiada. Sloane (1966) considera que los mandos son las primeras repuestas que aparecen en el desarrollo del lenguaje. Ciertas respuestas verbales siempre son seguidas por consecuencias características que requieren de un reforzador-característico.

Un mando el cual especifica su reforzamiento es esencialmente controlado por la operación motivante, usualmente alguna privación o estimulación aversiva que hace que sea un reforzador efectivo y que con sólo decir su nombre empieza a obtener ese reforzamiento.

2.2.- SISTEMAS MOTIVACIONALES

Los sistemas motivacionales, permiten establecer nuevos patrones de conducta en niños con daño cerebral y retardo en el desarrollo, a través de ellos se puede lograr un mantenimiento y generalización en cualquier conducta que sea implementada y además son importantes para la eliminación de conductas disruptivas.

En primer lugar se puede decir, que los sistemas motivacionales son todas aquellas operaciones que se llevan a cabo para aumentar la probabilidad de una conducta. Dentro de estos sistemas la operación más evidente es la utilización de estímulos reforzantes. Así se tiene que en la mayoría de las situaciones de aprendizaje en la cual se requiere fortalecer alguna conducta, que es la de incrementar la probabilidad de que la conducta deseada ocurra, o bien, llegue a ser más frecuente, será por medio de estos sistemas motivacionales.

El estímulo que sigue a una respuesta es definida en términos de sus efectos sobre la frecuencia de los hechos de esa respuesta. " . . . Si la razón de la respuesta incrementa como una función de la presentación de algún estímulo después de una respuesta, la presentación de la respuesta contingente de ese estímulo es llamado ' reforzamiento positivo ' y el estímulo es llamado ' reforzador positivo ' . . . " Sloane (1968). No obstante, el uso del reforzamiento no es sin embargo, la única

forma en la cual la conducta es fortalecida. " . . . Si la razón de la respuesta incrementa como una función de la eliminación de algún estímulo después de una respuesta, la terminación de la respuesta contingente de ese estímulo es llamado ' reforzamiento negativo ' y el estímulo es llamado ' reforzador negativo ' . . . " Sloane y McAulay, (1979).

De este modo, el reforzamiento positivo y negativo ambos se refieren a la operación de fortalecer o incrementar la frecuencia de la conducta. Una consecuencia que no afecta la frecuencia de la respuesta, no es llamado reforzador.

Lovaas (1965), menciona que una conducta puede ser decrementada cuando el reforzador es eliminado o suspendido, o bien, cuando el resultado de la conducta es punitiva; que es técnicamente denominado ' estímulo aversivo '. Ahora bien, para lograr la efectividad de un reforzador determinado, se deberá seleccionar de entre una gran variedad de reforzadores disponibles para los propósitos que persiga el programa conductual en desarrollo.

De esta forma, Galindo E. (1979) propone que antes de iniciar cualquier intervención con un sujeto determinado, será necesario identificar los eventos que funcionan como reforzadores para ese caso en específico, con el fin de obtener un buen control conductual dentro del programa. Uno de los aspectos que se consideran más importan-

tes de todo programa conductual, consiste en colocar la conducta bajo el control de los estímulos y de las consecuencias naturales en el medio en el que habitualmente se mueve.

Para asegurar que el cambio conductual obtenido bajo condiciones controladas perdura largo tiempo, una vez que el sujeto haya sido restituido a su medio natural, es hacer que él mismo siga sometido dentro de ese ambiente, al control de los reforzadores y estímulos discriminativos que son naturales para dicha conducta. Por lo que se deberá trabajar sistemáticamente con algún tipo de reforzador que exista en el medio ambiente natural del sujeto. No obstante es conveniente hacer notar que si se utilizan reforzadores arbitrarios, con respecto a la situación en que se empleen, también se logrará un buen control en el programa conductual.

Dentro de los sistemas motivacionales, se pueden emplear dos tipos de reforzadores: Primarios (en los que se encuentran los consumibles) y Secundarios (sociales o naturales). Los reforzadores naturales, son aquellos que tienen una gran probabilidad de aparecer en el ambiente en el que suele darse una conducta determinada; los cuales se pueden encontrar en tres formas: Retroalimentación, Estímulos físicos y Reforzadores sociales que a continuación se mencionan.

El primer tipo de reforzadores naturales lo constituye

la propia consecuencia sensorial o retroalimentación de la conducta. Hay conductas que parecen emitirse por las simples consecuencias que ellas mismas producen, por ejemplo: mecerse, correr, andar en bicicleta o en patines, etc. Los estímulos producidos por la ejecución de la propia conducta son los reforzadores que la mantienen, en el que no se requiere de ningún otro tipo de reforzador adicional, que la misma emisión de la respuesta en cuestión. Estos se pueden utilizar directamente, en el caso de sujetos severamente retardados y con daño cerebral, los cuales parecen no responder a otro tipo de reforzadores empleados en la situación de terapia. De aquí que, al mecer al niño, cargarlo o efectuar con él cualquier otro tipo de manipulación, que le produzca consecuencias sensoriales que actúen como reforzadores, se logrará que adquieran otras respuestas conductuales.

Otro tipo de reforzadores naturales que están relacionados con las consecuencias sensoriales que producen los objetos vinculados a la respuesta, son ' estímulos físicos ' no producidos directamente por la misma conducta, que constituyen consecuencias extrínsecas; así por ejemplo: apretar un botón de un elevador, prender o apagar la luz moviendo un contacto, hacer sonar la campana o timbre, etc. todos estos y otros más llegan a ser estímulos reforzantes.

Finalmente dentro de los reforzadores naturales se encuentran los reforzadores sociales. En el cual se puede empezar

diciendo que los seres humanos se caracterizan por vivir dentro de una comunidad; ésta establece sus propios principios de reforzamiento, mediante reglas específicas acerca de lo que se refuerza y que es lo que no se refuerza. Ellos serán los encargados de aplicar las reglas de reforzamiento social, es decir, serán los mediadores del reforzamiento, castigo o cualquier otro tipo de consecuencia conductual.

Lo cual implica, que siempre que un sujeto reciba reforzamiento por mediación de otro miembro del grupo social, en base a las convenciones que dicho grupo establece para esa conducta en particular, se dirá que es un reforzador social; el cual puede ser verbal o no verbal, etc.

La conducta social en situaciones normales, es mantenida básicamente por este tipo de reforzadores, de ahí la importancia de la adecuada utilización en el tratamiento. En su mayor parte las consecuencias son naturales o de naturaleza social.

El segundo tipo de sistemas motivacionales son los reforzadores Primarios: Arbitrarios o Tangibles. Se denomina reforzador arbitrario " . . . a todas aquellas operaciones o estímulos que se aplican como consecuencia de la manifestación de una conducta bajo condiciones artificiales . . . ", es decir, que no tienen correspondencia con las circunstancias bajo las cuales dicha conducta se presenta en su medio natural. Ribes (1976).

El reforzador arbitrario es empleado bajo condiciones especiales de control ambiental. Estos son de gran importancia y de utilidad práctica en la terapia conductual, dado que permiten desarrollar repertorios conductuales bajo condiciones que se deseen omitiendo su presentación durante el resto del tiempo.

Los reforzadores arbitrarios pueden pertenecer a tres clases: Consumibles, Manipulables y Sistemas de Fichas o Puntos. En primer término se tiene que los reforzadores consumibles pertenecen al tipo de reforzadores que se ingieren en forma de alimento, como son: dulces, galletas, refrescos, leche, fruta, etc. Este tipo de reforzadores son muy eficaces especialmente en los casos de sujetos severamente retardados. Los reforzadores arbitrarios constituyen en cualquier medio controlado, un buen instrumento para la rehabilitación de los niños excepcionales.

Su efectividad puede ser aumentada de manera notable, privando al sujeto de dicho consumible, además se debe procurar evitar la saciedad, mediante la administración calculada del reforzador; lo cual implica que si se aplican grandes cantidades de consumibles, por lo tanto perderán su efectividad. Así mismo se deberá tener especial cuidado, en que no interfieran momentáneamente en la conducta que el programa desarrolla. Por tal motivo se deberá tener cuidado en administrar el reforzamiento, de tal forma que la interrupción que produzca sea mínima.

El reforzador ideal dentro de una situación terapéutica es el alimento; este debe ser el que el niño escoja. De esta forma, el helado es generalmente un alimento muy favorable en los niños y puede ser comido en pocas proporciones y además desaparece rápidamente. Tood Risley, (1966).

Para algunos niños las consecuencias sociales a menudo son poco significantes como reforzadores positivos, sobre todo en niños excepcionales; por esta razón los reforzadores-primarios (alimento debe a menudo ser utilizado como una consecuencia reforzante, para modificar el habla u otras conductas del niño desviado.

Sin embargo, se ha encontrado en varios estudios realizados por: Galindo (1980); Tood Risley (1966); Sloane -- (1968) entre otros; que los reforzadores consumibles apareados con el reforzamiento social generalizado, ambos son procedimientos muy eficaces en el tratamiento de lenguaje.

En segundo término, se tiene que los reforzadores manipulables; son todos aquellos objetos que funcionan como reforzadores, por medio del manejo manual, como son: juguetes mecánicos, de cuerda, pelotas y muñecas etc. Es conveniente hacer notar que, en muchas ocasiones en que los consumibles no funcionan efectivamente como reforzadores, los manipulables lo hacen admirablemente bien.

Finalmente los reforzadores arbitrarios son conocidos

como: ' sistemas de fichas ' o puntos, los cuales son empleados para incrementar la conducta general. Estos reforzadores son condicionados es decir, que se intercambian sistemáticamente por reforzadores consumibles, manipulables o naturales. Las fichas pueden ser de madera, plástico, etc.; y se suministran inmediatamente después de que se cumple un requisito conductual especificado. De aquí que son reforzadores inmediatos los cuales posteriormente se cambian por otro tipo de reforzadores como: galletas, dulces, etc.

Al mismo tiempo que se utilizan las fichas, se requerirá el proporcionar un reforzador social generalizado y las fichas que se obtengan podrán ser intercambiadas, en base a un criterio previamente establecido por el terapeuta; es decir, cuantas fichas se van a requerir para poderlas cambiar por un dulce o un carro, galletas, paletas, etc. En sí cada reforzador manipulable o consumible tienen un precio o razón de intercambio, en el que se requiere de un cierto número de fichas para comprarlo. El precio del reforzador puede cambiar o variar de acuerdo a su valor de demanda. Worell & Nelson, (1974).

El sistema de fichas ofrece doble ventaja, por un lado se reduce el número de reforzadores consumibles y de cualquier otro tipo que se administren, con lo cual se disminuye la interrupción del programa en desarrollo; y por el otro lado, las fichas pueden aplicarse después

de que ocurra cada respuesta. Así mismo, permiten llenar el vacío temporal entre la emisión de la respuesta y la entrega del reforzador.

Una de las características importantes de las fichas es que constituyen reforzadores condicionados poderosos, dado que en un principio se aplicará una ficha cuando el niño de la respuesta correcta, y esta ficha inmediatamente será cambiada por un reforzador, con la finalidad de que las fichas adquieran un poder reforzante condicionado muy poderoso. A este respecto Ayllon y Azrin (1968), mencionan que inicialmente las fichas pueden llegar a ser un reforzador condicionado efectivo por aparear su presentación con un reforzador social generalizado o tangible; además de brindar al niño un número de fichas y permitirle cambiarlas inmediatamente.

La importancia del sistema de fichas radica en última instancia, en que se asocien gradualmente a reforzadores naturales y de que se efectue una transición cuidadosa y metódica, que permita fácilmente a los reforzadores naturales; adecuadamente administrados, controlar la conducta con la misma efectividad con que lo hacen los reforzadores arbitrarios programados bajo condiciones rigurosas de control ambiental.

A este respecto, Kauffman (1980) menciona que el sistema de fichas, es uno de los procedimientos más usados en el sistema de manejo en educación especial. Es efectivo en decrementar conductas sociales inapropiadas, así como

también, la de incrementar conductas adecuadas.

Ahora bien, se deben tener precauciones para no incurrir en fracasos y entonces éste sistema de fichas sea deficiente; así el sistema no será funcional cuando: se dé muy poco reforzamiento en cambio de las fichas, pues su poder como reforzador condicionado disminuirá notoriamente. Tampoco se hará lo contrario ya que se producirá saciedad del reforzador que se esté usando como: dulces, juguetes, etc. y de esta manera pierda todo su valor.

Por ello siempre debe tomarse en consideración: la frecuencia con la que se administren, o bien, si el requisito que se pidió es excesivamente bajo o elevado; la magnitud del reforzamiento en el cual se debe tomar en cuenta la cantidad, tiempo y número tanto en la comida, juego, como en juguetes; la demora con que se entregue el reforzamiento y el estado de privación dado que este incrementará grandemente la efectividad del reforzador. Ribes (1974).

El sistema de fichas es flexible y puede ser adaptado a una gran cantidad de situaciones o combinaciones dentro de una variedad de estrategias de entrenamiento. Walker (1979).

El componente esencial de un sistema de fichas, es que son durables y fácilmente administradas; además de especificar la condición bajo la cual, la ficha puede ser obtenida o perdida, en el sistema empleado como: ' Costo de respuestas ' Worell & Nelson (1974).

A este respecto Kazdin & Bootzin (1972), postularon que el uso de contingencias punitivas, pueden ser efectivas para eliminar las conductas indeseables; pues el costo de respuestas, en un procedimiento punitivo el cual incluye la pérdida de un reforzador contingente sobre la respuesta deseada. El costo de respuestas es muy fácil de usar en conjunción con un sistema de fichas. Walker (1979). El retiro de un reforzador puede ser una actividad, un tiempo fuera del reforzamiento positivo o una ficha. Rutherford (1978).

Después de algún desempeño conductual, un reforzador positivo puede ser suspendido o bien, presentar un reforzador negativo. Este es eventualmente encontrado para decrementar la futura probabilidad de la conducta indeseada y es llamado punitivo. Es decir que la conducta también es decrementada por castigo. Hay dos tipos de castigo: uno incluye la presentación de una consecuencia aversiva inmediatamente después de la respuesta, por ejemplo: reprimenda verbal. La otra consiste en el retiro de una consecuencia positiva contingente sobre la respuesta, la cual es denominada Tiempo Fuera, del reforzamiento positivo.

Este último es un procedimiento comunmente empleado en las estrategias de entrenamiento en la adquisición de lenguaje en niños excepcionales; el cual es administrado inmediatamente después de la presentación de la respuesta indeseable Sloane (1966); Sloan y Mac Aulay (1979);

Lovass (1965); Schiefelbusch (1980); Kauffman (1980);-
Risley (1966). De aquí que, si un niño presenta conductas
disruptivas en la sesión de habla, el maestro deberá
bajar su cabeza en el pecho por un breve período, en
este intervalo el experimentador no reforzará o mirará
al niño o proveerá cualquier otra oportunidad para reforzar
lo.

De esta manera se castigará al niño sobre cualquier respues
ta que presente. No se considera tiempo fuera, si la
conducta atenta del experimentador no está correlacionada
con la frecuencia relativamente alta de reforzamiento
por parte del niño. En general se puede decir, que el
tiempo fuera, debe ser un tiempo fuera del reforzamiento
positivo.

Dependiendo sobre como es manejado el tiempo fuera, éste
puede ser visto como una Extinción Gast & Nelson (1977), o
bien un procedimiento negativo Rutherford (1978). Hay
tres opciones básicas de tiempo fuera, en primer lugar
la observación contingente, en donde el niño pierde acceso
al reforzamiento social u otros, pero permanece en la
sesión. En segundo lugar, el tiempo fuera consiste, en
sacar al niño fuera del escenario por un breve período
y en tercer lugar, el niño es conducido a un pequeño
espacio en total aislamiento. Gast & Nelson (1977).

Una vez que ha concluido el tiempo fuera del reforzamiento
positivo, se deberá reforzar la conducta adecuada lo
más pronto posible, por medio de una alabanza verbal

o atención Kauffman (1980).

En general, se puede decir que las operaciones de reforzamiento que fortalecen o decrementan la conducta son definidos por sus relaciones funcionales entre una respuesta y la consecuencia medio ambiental (estímulo) que la sigue.

Cundo en la situación de terapia son empleados los reforzadores primarios o secundaria, diversos autores como: Schiefelbusch (1980); Risley (1968); Galindo (1979),- sugieren que un reforzador primario (comestibles) siempre -- puede ir acompañado del reforzador secundario (social) y que ambos deben programarse, de tal manera, que el primero se retire gradualmente sin alterar la ejecución del sujeto; procurando que la conducta quede bajo el control de las consecuencias sociales. De lo contrario se perderá todo lo que se logre en el sujeto; ya que cuando sea integrado a su ambiente natural, no mantendrá las conductas implementadas, dado que no existe un control conductual.

Lo ideal es utilizar desde un principio los reforzadores sociales pues así, es establecimiento de las consecuencias naturales, será un proceso automático y no se tiene que preocupar en lo absoluto de que el sujeto esté o no bajo el control social adecuado; ello estará garantizado por el programa mismo; ya que se han utilizado reforzadores sociales que sin duda y en un elevado porcentaje podrán ser encontrados en su medio natural.

De este modo, si en un principio los reforzadores sociales

no son efectivos, se puede desvanecer el control de los reforzadores primarios que tengan forzosamente que utilizarse, derivandolos hacia reforzadores sociales más naturales. Bricker y Bricker (1979); Bear y Sherman (1964); Risley y Wolf (1968); Stemel (1972).

En general se puede decir que tanto la alabanza o reforzador social generalizado y el alimento son procedimientos motivacionales muy efectivos en el análisis conductual aplicado, para la implementación de lenguaje en niños con daño cerebral y retardo en el desarrollo.

2.3.- IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACION DE LOS PADRES EN EL PROCESO TERAPEUTICO.

Dado que los niños con daño cerebral y retardo en el desarrollo presentan una gran cantidad de alteraciones en todas sus áreas de desarrollo; se puede decir que no sólo éstos niños tienen problemas sino que los padres también se ven afectados por las carencias de habilidades en sus hijos, causandoles angustia, depresión, tensión y sentimientos de culpabilidad, etc. Los padres que presentan esos sentimientos por lo regular son incapaces de interactuar, controlar o conducir adecuadamente a sus hijos; sobre todo si existen otros niños en su familia que parecen ser saludables o sin alteracion alguna.

Es por esto que se requiere elaborar estrategias de entrenamiento para padres, con la finalidad de eliminar esos sentimientos que los aquejan y que le impiden afrontar el problema adecuadamente; así como la forma en la que deberán participar activamente, con sus hijos en el hogar y en otros escenarios. Para esto se les brindará información detallada sobre el problema que exhibe su hijo y sobre todo la forma en la que podrán superar o modificar sus conductas; enseñandoles principios generales de modificación de conducta o cambio conductual.

De hecho la mayoría de los padres que no aceptan a sus hijos retardados, generalmente expresan sentimientos de angustia; la cual puede ser producida en el momento en que nace la sospecha, o bien, recibe la información de que su hijo experimenta un desarrollo que se aparta de lo normal, ya sea por información proporcionada por el médico o por sospechar que su desarrollo no es como debiera ser, es decir, que tiene una lentitud para tomar los objetos en sus manos, al reaccionar frente a la visión o al sonido, al sentarse, andar a gatitas, caminar y hablar, etc.

Por lo regular los padres presentan miedo, frustración sentimientos de culpa, así como también odio, rechazo y remordimiento hacia sus hijos retardados. En algunos casos el niño permanecerá emocionalmente y económicamente dependiente sobre la familia a través de toda su vida. De este modo la relación entre un niño retardado y su

familia no solamente es compleja y ambivalente que es las demás familias, sino también es más intensa y prolongada. Es de esperar que si se dejan a un lado estos sentimientos, se avanzará por el camino de la resolución, encontrando la mejor respuesta para reconocer y aceptar las incapacidades del niño y en como manipular los problemas que se presentan día a día. Esto se logrará por medio de la información y entrenamiento proporcionada por los profesionales. Kathryn (1976).

La reacción de los padres a esos problemas ha sido descrita ampliamente por un gran número de investigadores: Condell (1966) Meyerowitz (1977); Mercer (1966); Peck y Stephens (1960); Ross (1964); Schonell y Rorke (1960). De este modo, cuanto más pronto se llegue al conocimiento de la naturaleza de los problemas planteados, cuanto antes se afrontará abiertamente el problema, y se harán planes inteligentes como resultado de la comprensión de las propias emociones y de las necesidades del niño; (Kirk, 1969) pues la sola aceptación del retraso y el propósito de enfrentarse con la situación indica ya un cambio en la actitud frente a la misma.

Muchos intentos han sido hechos sobre la orientación, asesoría e información a los padres de niños excepcionales. A este respecto Noland (1970), recopiló un gran número de reportes descriptivos y evaluativos en su libro -- ' Counselling Parentes of the Mentally Retarded '. En este sentido, de los programas para padres realizados por Adams (1960); Apell et. al. (1964); Bitter (1963);

Cummings y Stock (1962); Dehoff (1960); Flugler y Hebel (1960), concluyeron que la orientación e información pueden ayudar a los padres a reconocer y aceptar la naturaleza de sus problemas. El consejo puede ayudar a mantener algún grado de confort emocional y aceptación; además puede ayudarlos en un plan constructivo para el cuidado de ambos el niño retardado y el no retardado.

De aquí que la orientación adecuada deba traducirse en cambios de conducta en los padres. De hecho cada programa de orientación conductual debe incluir planes específicos para la familia y para el niño disminuido.

En general se puede argumentar que la meta de la orientación, es ayudar a los padres a que entiendan y traten más adecuadamente los problemas que resultan de la presencia de un niño disminuido en la familia; ya que el conocimiento que se tenga de la situación real en las relaciones del hogar, le servirá para influir en la realización de cambios favorables donde sea posible, en beneficio de las relaciones interfamiliares.

Sin embargo, aunque los padres tengan el conocimiento y aceptación de su hijo por medio de la información proporcionada; la mayoría de los padres necesitan ayuda sobre como educarlos y la manera de manejar y entrenar al niño; ya que lo que es y lo que hace, afecta a todos los miembros de la familia. En realidad la mala conducta y la falta de comunicación que presentan estos niños excepcionales

es la que afecta directamente la interacción padre - hijo Stanhope (1980).

Por un lado Wendell (1973) menciona, que la importancia de la participación de los padres en el proceso terapéutico, ayudará a alcanzar una personalidad sana de su hijo retardado, a pesar de las anomalías de lenguaje, si es que existen. Además sugiere, que tanto el terapeuta como el padre deben trabajar unidos para ayudar a todo niño que presente problemas de lenguaje u otras conductas en general.

La falta de cooperación en ellos, explica el gran número de fracasos en las tareas de rehabilitación lingüística y conductual. Si el niño recibe tratamiento correctivo los padres han de mantener un estrecho contacto con el especialista que lo realiza. Wendell (1973) considera en primer lugar que: un padre debe enterarse de lo que cabe esperar del niño en lo referente a la terapia u objetivos a que está sometido, y por lo tanto le será posible poner en práctica las instrucciones impartidas sobre la realización y ejercitación en su casa. En segundo lugar, el niño verá con agrado que sus padres se interesan por sus progresos y por último, los padres pueden contribuir a que el especialista comprenda mejor al niño, facilitándole una información detallada acerca de las experiencias anteriores del pequeño, así como sus actividades y actitudes cotidianas.

Por otra parte, Karnes y Zehrbuch (1972), exponen una

aproximación para trabajar con los padres, mencionan que todos los padres necesitan estar incluidos en el programa, debido a que ellos necesitan aprender nuevas formas para enseñar a sus hijos en: habilidades lingüísticas, conductuales, intelectuales o cognitivas. Otros padres pueden necesitar obtener información con problemas acerca de cual es lo más correcto en términos legales del incapacitado y que escuelas existen para enseñar a esos niños. Otros más necesitan aprender como criar a sus hijos retardados en su desarrollo emocional y social. A este respecto Johnson & Katz (1973); Levitt & Cohen (1975) O'Dell (1974), consideraron que los padres deben ser incluidos en algún grado al tratamiento tan pronto como sea posible; pues ellos serán los principales agentes de cambio conductual (Petterson, 1974). El programa se encargará de que los padres aprendan principios generales de cambios de conducta, y así de esta manera, serán capaces para implementar los programas enseñados con un mínimo de instrucción por parte del terapeuta. El entrenamiento se deberá realizar en escenarios naturales del medio ambiente.

En un programa para padres de niños con desordenes de lenguaje, realizados por: Lelink & Kasper (1976), argumentan que la participación de los padres en el programa debe ser intensivo y activo con el fin de que ellos aprendan de los profesionales las técnicas de modificación de

conducta sobre sus hijos y la manera en que pueden ayudarlo en casa. De esta forma, el niño recibe más enriquecimiento, en donde el maestro no tiene tiempo suficiente después del día escolar; puesto que, los niños permanecen muchas más horas de cada día y cada semana en el ambiente social de la casa, que en la sesión de terapia. Es por esto, que se requiere incluir componentes bien definidos: terapia-hogar.

El especialista proveerá información sobre la importancia de la cooperación de los padres u otros miembros de la familia en tres formas: Primero el trabajo terapéutico puede en forma cooperativa con los padres trabajar en escenarios juntos terapia - hogar, sobre los objetivos que el niño debe alcanzar.

Los padres deben proveer dirección y reforzamiento sobre las conductas, las cuales el niño ha adquirido en la terapia. El soporte consistente en casa servirá para fortalecer la conducta y facilitar su generalización en la casa y en otros escenarios.

Segundo: la terapia puede proveer consultas específicas a los padres, en desarrollar programas de manejo de conductas para problemas generales y específicos; los cuales ocurren en casa y en ambas terapia y casa. Tercero: la clínica puede proveer un programa sistemático, diseñando y promoviendo el desenvolvimiento del manejo de habilidades en conducta general.

Al planear cooperativamente con los padres, el maestro estará en una posición ideal para obtener la asistencia de los padres, con el fin de mantener la conducta que ha sido enseñada en la terapia en la cual el programa intenta fortalecer.

Si hay un acuerdo en casa y la escuela sobre algún objetivo conductual común, el niño será beneficiado, ya que no habrá una forma diferente en la conducta tanto en casa como en la terapia. Los padres y maestros pueden trabajar con el mismo procedimiento así la familia estará informada rutinariamente de como el niño está progresando en relación al objetivo conductual para el programa terapéutico.

También los padres serán entrenados para eliminar conductas inapropiadas a sus hijos: en la que no deberán prestar atención a las conductas anómalas, aplicando un tiempo fuera del reforzamiento positivo. En realidad el objetivo del programa conductual estriba básicamente en incrementar conductas adecuadas y en eliminar las inadecuadas. Este tipo de procedimientos han sido empleados por: Sloane (1969); Schiefelbusch (1980).

Una ilustración de los programas para padres es provista por: Zeilberger y sus colaboradores (1968); en donde daban consultas a los padres para proveer recomendaciones en seguir un comportamiento de conductas agresivas, desobediencia e incluso para implementar conductas adecuadas, las cuales a continuación se mencionan:

- 1.- Inmediatamente después de un acto agresivo o desobediencia, los padres tendrán que aplicar un tiempo fuera y colocarlo en un lugar en donde no tenga cosas que le refuercen o que tengan interés para él.
- 2.- Colocarlo en una esquina sin presentar un movimiento.
- 3.- Prolongar el tiempo fuera cuando se considere necesario.
- 4.- Ignorar las conductas indeseables las cuales no ameriten un tiempo fuera del cuarto, ignorar significa hacer caso omiso de tal conducta o no atender a ello y no mirarlo cuando ocurra.
- 5.- Reforzar la conducta deseada sin interrumpirlo, hacerle comentarios como: 'lo has hecho muy bien', esta alabanza no interfiere con el entrenamiento y por consiguiente es aceptable.
- 6.- Continuar las 24 horas del día.

Al proveer esta orientación a los padres, el maestro estará en una posición para encargárles a desarrollar consistencias en su interacción con su niño; se deberá facilitar independencia como sea posible y se hará que

el niño logre y obtenga éxito y un aprendizaje emocional -- adecuado.

Por otra parte los padres deberán entender que la consistencia en el procedimiento, producirá patrones de conducta más estables en sus hijos. De lo contrario, el niño presentará una excesiva cantidad de conductas inapropiadas en todo el tiempo.

De esta forma, ellos podrán decidir que hacer, si el niño fracasa en la conducta esperada. En general se puede decir, que los niños aprenderán a seguir las reglas solamente si los padres son consistentes en aplicar las contingencias de reforzamiento y de tiempo fuera.

En resumen, se puede argumentar que todo programa para padres necesita más que mera información, brindar una guía -- práctica en conductas diferentes de sus hijos. En la práctica se requiere definir el problema conductual, analizar los factores posibles incluidos en su desarrollo y mantenimiento; así como planear estrategias de entrenamiento. De este modo los padres encontrarán si es necesario modificar su propia conducta; ellos deben desarrollar un nuevo control sobre eventos o conductas del niño.

A medida que ellos empiecen a conducirse de manera diferente, encontrarán que el reforzamiento fortalece y mantiene las nuevas conductas de sus hijos por medio de la práctica. Además los padres también deben ejercer un control sobre la conducta inapropiada del niño.

De hecho la importancia de su participación, estriba básicamente en lograr una generalización y mantenimiento de las conductas que han sido enseñadas en la situación de terapia, y sobre todo cuando los padres hayan participado en forma 'activa' en el entrenamiento serán capaces además de implementar o transferir nuevas clases de conducta que no hayan sido enseñadas en las estrategias de enseñanza y en nuevos escenarios; en base a los principios generales de cambios de conducta que les han sido enseñados Kauffman (1981); Keoge, Glahn & Nieminen (1978).

De todo lo anteriormente delineado se pueden retomar aquellos factores que son importantes y la relación directa que existe entre ellos mismos para desarrollar habilidades verbales. De este modo, partiendo de la necesidad de establecer un repertorio verbal en un niño que padece daño cerebral severo y retardo mental profundo con ausencia de lenguaje, se diseñó un programa el cual permitirá desarrollar esta importantísima destreza; así como la implementación de otros repertorios los cuales inciden directamente sobre la adquisición del lenguaje que a continuación se expone.

3.- METODO

3.1- HIPOTESIS DE INVESTIGACION

Si se tiene a un niño con daño cerebral severo y retardo mental profundo con ausencia de lenguaje luego entonces por medio de la aplicación de un programa de rehabilitación de lenguaje en pasos graduados el niño podrá desarrollar diferentes aspectos que le conduzcan a la adquisición del lenguaje hablado.

3.2- SUJETO

3.2.1- CARACTERISTICAS:

El estudio se llevó a cabo con un niño de 6 años 8 meses con Daño Cerebral Severo y Retardo Mental Profundo, presentando problemas severos en el área de lenguaje, las únicas emisiones fonéticas que produce son: T, M, P, V, E, I; sin embargo éstas son insuficientes e indiferenciadas. Además manifiesta incapacidades psicomotrices finas - gruesas, atención, imitación. Presenta hiperactividad sensorial - motora, perseveración, disociación, inversión figura - fondo e incoordinación viso - motriz.

3.2.2- ANTECEDENTES DE DESARROLLO.

En el año de 1979 el niño el cual forma parte de la presente investigación, a la edad de 5 años 9 meses, ingresó a la clínica Multidisciplinaria Estado de México perteneciente a la

escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, se llevó a cabo primeramente una entrevista psicológica dirigida a la madre con el fin de obtener información acerca de la etiología del problema del paciente, así como su nivel de desarrollo en general y su conducta en particular. A continuación se presenta brevemente el resumen de la entrevista, el cual fue correlacionado con un estudio médico realizado en la Clínica Médica Homeopática llevado a cabo en el año de 1980.

De aquí se puede decir que es un niño producto del segundo embarazo de tipo Gemelar - hombre y mujer -, siendo el varón el primer producto y, a los 5 minutos nació la niña. Al octavo mes de gestación la madre acudió al médico por problemas de forma y volumen excesivo del vientre; a pesar de ello el parto fue normal, con nueve meses de gestación. No hubo necesidad de utilizar fórceps o practicar cesarea a la madre. El niño no respiró ni lloró espontáneamente al momento de nacer, sin embargo, no necesitó de reanimación. La niña que nació minutos después sí lloró y respiró, y no sufrió ningún tipo de alteración en todo su periodo de crecimiento con respecto al niño.

Desde los primeros días del alumbramiento, el niño mostró un color sumamente pálido, con llanto débil y escaso, prácticamente sin movimientos espontáneos y rechazaba el alimento; en este respecto la madre notó que se le dificultaba succionar el biberón. Por tal motivo surgió la duda y decidió llevarlo al IMSS (Institución donde nació). Después de la explo

ración, le informaron a la madre que el niño había sido víctima de un Trauma Cráneo Encefálico por caída, internándolo por un espacio de ocho días.

Cuando lo entregaron la madre observó que el niño todavía no presentaba ningún movimiento espontáneo, no producía ningún sonido o ruido y continuaba rechazando el alimento. Frecuentemente enfermaba de bronquitis, abscesos en el oído y elevadas temperaturas.

A los seis meses de edad la madre observó que la cabeza del niño estaba creciendo fuera del límite normal para un niño de su edad. Por lo que acudió al médico, en donde le informaron que tenía un ventrículo obstruido que dificultaba la circulación.

El niño se convulsionaba continuamente, de ahí le tuvieron que recetar un medicamento (Difenil hidantoinato) el cual controlaba ese problema, y el mismo que hasta la fecha ingeriera.

Alimentación

En lo referente a la alimentación, como fue mencionado anteriormente, desde que nació el niño no pudo succionar el biberón y cuando empezó a ingerir sólidos su masticación fue lenta e inmadura.

Desarrollo Motor.

Desde muy temprana edad, se observaron movimientos motrices finos y gruesos sumamente incoordinados. Su desarrollo corporal fue inferior pues su estatura no correspondía a la edad cronológica que tenía. A los tres meses aún no sostenía la cabeza, ni era capaz de voltear; no seguía a los objetos ni personas. Sus primeras sonrisas aparecieron tardíamente, éstas se manifestaron a los cinco meses.

Tenía 8 meses y no gateaba, no optaba por moverse o desplazarse del lugar donde se encontrara. No sostenía la cabeza, ni se sentaba lo hizo hasta que cumplió un año de edad. A esta edad no podía observar los objetos; los colores no le llamaban la atención y presentaba desviación de los globos oculares.

A los dos años se mantuvo de pie. Caminó a los 3 años y medio. Sus movimientos de marcha desde un principio fueron torpes, lo que ocasionaba que cayera con frecuencia, golpeándose generalmente la cabeza. Tenía 5 años y aún presentaba una severa incoordinación en la que mostraba una considerable torpeza, ya que era incapaz de tomar los objetos, éstos se le caían. A los 6 años aún no podía saltar, a esta edad ya agarraba los objetos pero sin sostenerlos.

Lenguaje

El niño no produjo ningún sonido gutural, hasta los tres --

años empezó a producir guturalizaciones sin sentido y sonidos indiferenciados. Su forma de comunicación era a través de señas. Hasta los 5 años logró tener algunas emisiones fonéticas, los monosílabos que podría producir fueron: " opa ", " mamá ".

Desarrollo Afectivo

La mayor parte del tiempo el niño se mostraba agresivo y retraído aunque en algunas ocasiones manifestaba alegría.

Hasta los 5 años de edad controló sus esfínteres de evacuaciones y micciones, durante el día y la noche.

El padre del niño trabaja como chofer y la madre se dedica a las actividades del hogar; la escolaridad de ambos es de primaria. La madre es quién más se ha preocupado por el problema del niño, no así el padre, que se ha mostrado indiferente además de rechazarlo.

El niño tiene dos hermanas su gemela y una hermana mayor, su relación con éstas es positiva; sin embargo, la relación con otros niños es indiferente, en ocasiones se mostraba tímido, retraído y en otras agresivo.

3.2.3 EVALUACION

3.2.3.1 1979. En esta fecha se llevó a cabo la primera evaluación cuando el niño tenía 5 años 9 meses, en la "Clínica Multidisciplinaria Estado de México" perteneciente a la escuela E.N.E.P. Zaragoza.

Las pruebas aplicadas fueron el Brunett Lezine y el Vineland o escuela de madurez social; de las cuales se pudo observar que su edad mental se encontraba a un nivel de 2 años, es decir, ésta estaba notoriamente por debajo de su edad cronológica. De la escala de Vineland, se reportó un nivel general de 18 meses; lo cual reflejó un desarrollo sumamente deficiente en todas sus áreas. En general manifestó una maduración demasiado lenta e incompleta a lo largo de todo el periodo de crecimiento. En el área Psicomotora su nivel de edad correspondió a los 2 años. Adaptativa 18 meses. Social 15 meses y Lenguaje 10 meses.

3.2.3.2 1981. A la edad de 7 años 2 meses de edad cronológica se llevó a cabo la segunda valoración, en el Hospital General. En dicho estudio intervinieron Psicólogos, Médicos, Otorrinolaringólogos y un Terapeuta de Lenguaje.

De los resultados reportados se encontró que la edad cronológica del niño correspondió a una edad mental de 2 años. En la prueba de articulación sólo pudo efectuar balbuceos indiferenciados, considerando que su falta de lenguaje fue debi-

da a afasoidismo. Su comprensión fue lenta e inmadura. En la prueba de Vineland obtuvo una edad social de 2 años 3 meses. Su maduración psicomotriz correspondió a los 2 años. Su audición fue normal lo cual se demostró en la audiometría tonal, a pesar de haber sufrido abcesos en el oído.

3.2.3.3 Evaluación hecha para el diseño del programa: Esta se aplicó en 1981 cuando el niño tenía 8 años cumplidos; el test aplicado fue el Terman Merrill, en el cual el niño presentó un IQ de 39 con una edad mental de 2 años 6 meses. Dado a los problemas psicológicos, conductuales, intelectuales y de lenguaje que aún persistían, no fue posible aplicar -- otro tipo de test.

3.2.4 ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO

En 1979 se trabajó por primera vez con el niño a la edad de 5 años 9 meses; los programas implementados fueron los siguientes: Interacción niño - terapeuta; Atención y Coordinación motora fina. De los resultados obtenidos se reportó que dentro del programa de atención no se lograron resultados favorables, debido a que el niño no cooperó, mostró conductas hiperactivas y disruptivas, no siguió instrucciones. En -- coordinación motora fina el avance fue mínimo, ya que mostró movimientos demasiado torpes. Lo que se logró fue la relación niño - terapeuta, o sea, que el niño permaneció solo con el terapeuta y colaborar en el sesión de terapia.

En 1980 cuando el niño tenía 6 años 2 meses, se continuó con la segunda intervención, en esta etapa se establecieron: El seguimiento de instrucciones. Adaptación social, en donde se logró la interacción del niño con otras personas. Interacción del niño con el terapeuta. Coordinación motora fina, en ésta el niño pudo realizar el garabateo, introducir objetos y el movimiento de pinza de los dedos. Motricidad Gruesa, como subir y bajar escaleras, cachar un balón, saltar con los dos pies y agacharse. Percepción de forma del círculo, triángulo y cuadrado. Percepción del esquema corporal, como cabeza, ojos, boca, pies y manos. Lenguaje receptivo a través del cual pudo emitir: ete, ate, mamá, papá, paty, pata, vete, ape, lape, pipi y paeta. En general los resultados logrados fueron favorables, ya que el niño mostró avances notables en los programas establecidos.

3.2.5 CONCLUSION

A través de toda su historia clínica, a las evaluaciones realizadas, los tratamientos aplicados previos al de lenguaje y a las observaciones directas de las manifestaciones del niño que se llevaron a cabo, se puede argumentar, que es un niño que presenta "Daño cerebral severo aunado a un retardo mental profundo" con ausencia parcial de lenguaje.

A continuación se presentan las características que presentó

el niño al iniciar la presente investigación.

Coordinación Motriz Fina.- Sus movimientos son sumamente incoordinados, es incapáz de subir el cierre del pantalón, -- atarse los zapatos, vestirse, abotonarse e insertar objetos en el lugar correspondiente.

Coordinación Motriz Gruesa.- El movimiento de sus brazos y piernas son excesivamente deficientes, pues presenta problemas para caminar, correr, saltar con un solo pie; con frecuencia se tropieza y cae debido a su falta de atención, a su hiperactividad y a la incoordinación misma. No se sostiene con un solo pie, es incapáz de subir y bajar escaleras por sí solo con los pies alternados. No puede levantar los brazos y sostenerlos de manera coordinada.

Hiperactividad.- Generalmente el niño se muestra distraído, tiende a reaccionar a cualquier movimiento de personas, al color, sonido, ruido, etc. Se muestra demasiado inquieto -- pues exhibe constante movimiento, no puede estar sentado por periodos cortos sin dejar de mover sus pies manos o cabeza, meciéndose en la silla; o bién, cualquier cosa que pueda tocar, jalar, tirar, voltear, etc., y además todo esto lo realiza con marcada torpeza.

Perseveración.- Es otro aspecto que lo caracteriza, una vez que ha empezado a balancearse con el cuerpo, jalar objetos o algo que le cause risa, continúa haciéndolo pues le es difi-

cil interrumpir esas actividades espontáneamente.

Atención.- Esta es muy dispersa, cuando se le pide que realice algo que no puede hacer o bien que ponga atención hacia la actividad que va a realizar, frecuentemente muestra tensión. Lo cual implica que le sea difícil recordar lo que se le acaba de decir; de este modo aumenta más su hiperactividad, perseveración reduciéndose aún más sus periodos de atención. Dadas las serias deficiencias de atención que manifiesta es incapáz de desarrollar nuevas habilidades, puesto que su aprendizaje de estas no está eslabonado y por tal motivo no se fija el conocimiento.

Por consiguiente, una de las metas del programa de enseñanza sea el generar condiciones estimulativas para el recuerdo; - en el que exista una mayor ejercitación sobre lo que está aprendiendo dado que el material o información tiende a desaparecer con mucha más rapidéz. De ahí la importancia de hacer que el niño tenga una práctica repetitiva y constante, - por medio de una variedad de presentaciones multisensoriales y variedad de estímulos.

Lenguaje.- Las emisiones del niño son sumamente insuficientes e indiferenciadas, las únicas palabras que puede producir en forma ocasional son: pata, mamá, vete, pipi, papa. Su comprensión es limitada y su comunicación es por medio de señas con guturalizaciones no reconocibles.

3.3 ESCENARIO:

Un cubículo de la Clínica del Estado de México perteneciente a la escuela E. N. E. P. Zaragoza; que contiene dos mesas, cuatro sillas, dos puertas y un pizarrón.

3.4 MATERIALES:

Hojas de registro, reloj, lápiz, figuras y objetos de las palabras que se le enseñen al sujeto, los cuales sirvieron de estímulos de apoyo. Listas de palabras, sillas, mesas, jabón, tirillas de papel, algodón, velas, globos, plastilina, figuras geométricas triángulos círculos y cuadrados de un material plástico, crayolas, fichas de plástico, pulceras, aretes, gomas de borrar, gises del mismo color, tijeras, reglas y anillos.

3.5 OBJETIVO GENERAL

El niño adquiera las habilidades lingüísticas básicas.

3.6 OBJETIVOS PARTICULARES

- 1.- El niño adquiera adecuadamente las conductas básicas como: Imitación, atención, seguimiento de instrucciones, coordinación visomotriz, coordinación motriz fina - gruesa y percepción.

- 2.- El niño articule apropiadamente todos los fonemas del español y combinaciones de ellos.
- 3.- El niño reciba información y actúe inmediatamente ante esta.
- 4.- El niño exprese espontáneamente sus deseos e intenciones a través de frases simples.
- 5.- La madre participe en forma activa en la situación de terapia y en su casa.

3.7 CONSIDERACIONES GENERALES

A continuación se describen algunos puntos sobresalientes, - los cuales fueron aplicados en todos los programas:

EVALUACION INICIAL

Esta fue aplicada en la primer fase de todo programa previo al entrenamiento. No se administraron reforzadores ni estímulo de apoyo, únicamente se registraron las respuestas. El estímulo se presentó dos veces con intervalos de cinco segundos entre la presentación del estímulo y la respuesta.

CRITERIO

El criterio para pasar de un ejercicio a otro, de un fonema o de una palabra a otra fue obtener un 90% de respuestas correctas como mínimo.

Si el programa estaba compuesto por varias listas y fases, no se pasaba a otra si no obtenía un 100% de respuestas correctas. Del mismo modo para pasar de un programa a otro se requirió un 100%.

REFORZAMIENTO

Se utilizaron dos clases: Los primarios como fruta o dulces y los sociales como caricias, abrazos, aplausos con aprobación social. El reforzador primario siempre fue acompañado del reforzador social y ambos fueron programados de tal manera que el primero fuese retirado gradualmente sin alterar la ejecución del niño, procurando que la conducta quedase bajo el control de las consecuencias naturales o sociales.

SISTEMA DE FICHAS

En un principio se le hizo notar al niño el valor de la ficha diciéndole que si ganaba una o más, éstas las podía cambiar -- por dulces o juguetes; así por ejemplo, se proporcionó una que fue colocada enfrente de él inmediatamente después de emitir la respuesta y al mismo tiempo se cambió por un dulce. Posteriormente se le dijo que ganara tres fichas para que las pudiera cambiar por fruta o helado dándose en pequeñas proporciones. Finalmente solo las cambió al finalizar la sesión.

La escala para intercambiar las fichas fue: 3 por un dulce pequeño, 6 por otro más grande; de 20 a 50 fueron cambiadas por un juguete y de 60 a 100 por una actividad placentera, como -- correr. Se utilizó un frasco en donde cabían exactamente 20 ó

50 fichas y se le dijo que si no llenaba el frasco no las podía cambiar por un juguete.

Previamente se le hizo notar lo que era lleno o vacío, colocando las fichas en el frasco y diciéndole ' mira ' éste está un poco vacío, te faltan más fichas para que las puedas cambiar por el carro; realizando varios ensayos hasta llenar el frasco y así poderlas cambiar por el juguete.

Lo mismo se hizo para llenar una charola en donde cabían 60 ó 100 fichas. Al mismo tiempo que se proporcionaban éstas, también era aplicado un reforzador social generalizado para cada respuesta aceptable y a cualquier aproximación a la respuesta. Este reforzador social fue aplicado en cualquier etapa del programa.

Una vez que el niño emitió por lo menos un 90%, no antes, de cada uno de los ejercicios, sonidos o palabras bajo reforzamiento continuó con la aplicación de fichas y del reforzador social generalizado; se procedió a establecer una intermitencia sobre la aplicación de las fichas, no así para el social, pues lo que se pretendía era que la conducta quedase bajo el control de las consecuencias naturales o sociales.

La intermitencia fue gradual, en un principio solo se proporcionó una ficha después de que el sujeto había emitido 5 ensayos consecutivos sin error. Posteriormente se dió una ficha después de haber producido 5 palabras en forma correcta, luego se proporcionó otra cuando emitió 10 palabras consecutivas sin error y así sucesivamente; finalmente dos fichas fueron proporcionadas en cada una de las listas, hasta que finalmente el niño emitió todas las palabras de cada una de las listas de

las fases o programas en un 100% de ejecución sin reforzamiento artificial.

Inmediatamente cuando el niño presentaba la respuesta por primera vez, en forma educativa se proporcionaban dos fichas y -- una alabanza social. Posteriormente solo se daba una ficha -- por emisión correcta en conjunción con la alabanza social.

Se controlaron los reforzadores que fueron aplicados, tomando en cuenta la cooperación familiar, dando la instrucción a los padres de que el niño no ingeriera dulces, galletas, etc., ya que estos se utilizaron en el programa.

TIEMPO FUERA DEL REFORZAMIENTO POSITIVO

Para eliminar las conductas como berrinches o hiperactividad -- las cuales afectaban directamente el avance del programa, fue aplicado este procedimiento; inmediatamente después que se presentaban este tipo de conductas, el terapeuta cambiaba su expresión facial y no le prestaba atención bajando su cabeza al escritorio y no mirando a los ojos del niño por 60 segundos. -- Si aún persistían éstas el terapeuta y el registrador salían -- del cubículo y no entraban hasta dejar pasar 10 ó 15 segundos -- después de que la cuenta anómala era suspendida. Así mismo el -- niño fue colocado en un rincón y no se le prestó atención -- hasta después de 15 segundos de haber terminado la conducta -- disruptiva.

REGISTROS Y GRAFICACION

Para cada programa hubo una forma específica de registrar los -- datos. Además fué necesario medir continuamente los cambios --

que fueron sufriendo las respuestas. El tipo de registro fue de ocurrencia continua, el cual consistió en observar y registrar el número de conductas que ocurrían en un período determinado; se computaron las respuestas correctas e incorrectas y se sacó el porcentaje de respuestas correctas para cada sesión y así poder graficar los datos. (En el anexo B se presentan las formas de registro de los programas).

Para medir las conductas, se requirió de dos registradores, -- uno de ellos se encontró en todas las sesiones registrando y el otro entró a las sesiones en forma ocasional; esto se hizo con la finalidad de obtener confiabilidad de las respuestas -- que emitiera el niño. Se entrenó a los registradores dándoles las instrucciones por escrito y en forma verbal además de ejercicios de práctica; los códigos empleados fueron sencillos para facilitar un buen registro.

SEGUIMIENTO

Se aplicó 15 días después de haber finalizado el programa y -- posteriormente hubo una segunda aplicación del seguimiento que se llevó a cabo 5 años más tarde; el cual consistió en registrar únicamente las listas de cada uno de los programas, con el objeto de constatar el grado de permanencia del programa.

GENERALIZACION

Se requirió que el niño presentara otras respuestas diferentes a las establecidas por el programa, en otros ambientes como en su casa, en la calle y en cualquier otro lugar. Así en el ca-

so especificó de lenguaje, el niño tuvo que emitir otras verbalizaciones diferentes a las enseñadas en la situación de terapia, sin emplear estímulos de apoyo ni reforzar las respuestas correctas.

3.8.- PROCEDIMIENTO

A continuación se presentan cada uno de los programas en la secuencia en que fueron aplicados.

REPERTORIOS BASICOS: IMITACION

Se partió con la primer conducta (ver lista en el Anexo 1) levantar el brazo izquierdo, en el cual el niño tuvo que imitar la conducta del modelo esperando 5 segundos para que emitiera la respuesta; de lo contrario se procedió a instigarlo físicamente y se moldeó, realizando varios ensayos hasta hacer que la respuesta fuera lo más parecida a la del modelo y finalmente el niño imitara todas las conductas sin reforzamiento ni -- instigación suplementaria. Lo mismo se hizo para cada una de las 15 conductas que componen el programa y aplicando de igual manera el criterio.

Al finalizar el programa se evaluaron 5 conductas adicionales diferentes a las establecidas en donde solo se registraron sus respuestas.

ATENCION

Este programa constó de 2 fases: Contacto Visual ojo a ojo y fijación visual. En la primera fase el terapeuta estando sentado frente al sujeto lo tomó de la barbilla y chasqueando los

dedos le dió la instrucción ' Mira aquí ' con un intervalo de 5 a 10 segundos entre cada llamada. En la segunda fase: Fijación visual se presentaron tarjetas de colores: roja, azul, verde y amarilla, previamente el instructor dió la instrucción ' Mira aquí señalando con el dedo índice la tarjeta que tenía -- que atender. El tiempo de duración de la fijación se alargó paulatinamente hasta alcanzar 5 segundos.

Posteriormente se llevó a cabo un procedimiento de igualación a la muestra en el que se utilizaron 3 tarjetas: dos del mismo color y una de color diferente. Una de las tarjetas se colocó en posición superior (estímulo muestra) y las otras dos abajo (estímulos de comparación), diciéndole al sujeto ' mira aquí ' señalando el estímulo muestra a los 5 segundos de fijación y mediante la misma técnica se pasó al estímulo de comparación, haciendo fijar la vista por ese mismo tiempo. A continuación se le pidió al niño que señalara con su dedo cual de los dos estímulos de comparación igualaba al de la muestra; aquí únicamente se reforzó la respuesta correcta a la situación discriminativa. Hay que aclarar que las tarjetas de comparación fue cambiada de lugar en cada ensayo.

SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES

Se impartió la instrucción verbal dos veces, si no emitía la - emitía, el experimentador lo hacia antes de repetir nuevamente la instrucción para que después el sujeto la realizará con previa orden verbal. Si aún no había respuesta ante los estímulos imitativos de preparación, se utilizaron investigadores físicos; realizando varios ensayos hasta cubrir el criterio esta

blecido. Al finalizar el programa se aplicaron 5 conductas -- adicionales (ver Anexo A 2) sin proporcionar reforzamiento ni investigación suplementaria.

PSICOMOTRICIDAD FINA

COORDINACION VISO-MOTRIZ

Consistió en trazar una línea en dirección vertical en una pizarra uniendo dos puntos de 15 cm. de separación aproximadamente, los cuales fueron marcados previamente por el experimentador.

El programa inició con la presentación de los dos puntos, se dió la instrucción al niño de unirlos y se esperó 5 segundos. Debido a que su ejecución no fue la correcta se procedió a investigar físicamente, llevando la mano hacia el primer punto colocado en la parte superior y se dirigió su mano muy lentamente hacia el segundo punto de la parte inferior. Se trabajaron varios ensayos hasta que el niño fue capaz de unir los dos puntos sin sobrepasarlos y no hacerlo en otras direcciones.

CORTAR CON TIJERAS

Primero se le enseñó a tomar las tijeras y al movimiento de los dedos que tenía que hacer para realizar los cortes que le fue proporcionada, realizando varios ensayos hasta que el niño cortó correctamente sin hacer sesgos.

Después el niño empezó a cortar por el espacio de unas líneas paralelas con 10 cm. de separación marcadas previamente. Una vez que el niño no sobrepasaba las líneas marcadas al cortar y lo hacía en las direcciones indicadas; posteriormente se empe-

zó a reducir la distancia de separación hasta llegar a una sola línea, indicando que debería cortar siguiendo la línea.

MOLDEAR LA BARRA DE PLASTILINA

La instrucción al niño fue ablandar la plastilina con la mano, moviendo y oprimiendo los dedos primero separados y después -- juntos de manera uniforme; haciéndolo varias veces hasta lograr una consistencia más suave.

Después tuvo que haber bolitas primero con toda la mano y posteriormente con los dedos. Al haber hecho esto, colocó una bola más grande en un círculo marcado previamente y lo esparció con las yemas de los dedos hasta cubrirlo. También hizo "vibras" colocandolas en el contorno de un círculo para formar caras; finalmente logró hacer figuritas de plastilina.

PSICOMOTRICIDAD GRUESA

CAMINAR EN DIVERSAS DIRECCIONES SIGUIENDO UN RITMO DE PALMADAS

Este programa inició con la instrucción de caminar hacia adelante cada vez que se aplaudiera, si en la segunda ocasión no respondía se procedía a instigarlo físicamente. El ritmo de palmadas en un inició fue de una, después, etc.; dejando un lapso de 5 segundos entre cada palmada para que el niño diera el paso o los pasos escuchados. Posteriormente las palmadas fueron más continuas, es decir, sin dejar esos segundos. Lo mismo se hizo para cada una de las cuatro direcciones (Adelante, atrás, a un lado, hacia otro) según lo indicara el experimentador.

MOVIMIENTO DE LOS BRAZOS EN FORMA ALTERNA

En este programa el niño tuvo que mantener los brazos, primero uno y después ambos en diferentes direcciones: arriba, enfrente, a la derecha y a la izquierda de acuerdo a las instrucciones proporcionadas por el experimentador.

Primeramente el niño levantó el brazo derecho en dirección horizontal ante la instrucción verbal, utilizando un procedimiento de imitación, esperando 5 segundos para la presentación de la respuesta, de lo contrario se procedía a invitarlo o bien moldear la respuesta. Cuando lo hizo correctamente se le pidió que levantara el brazo izquierdo en esa misma dirección y finalmente tuvo que mover los dos brazos al mismo tiempo en la dirección indicada; el mismo procedimiento se siguió para las demás direcciones.

EQUILIBRIO ESTÁTICO

El objetivo fue que el niño mantuviera el equilibrio con un solo pie y con los ojos cerrados, haciendo uso de los procedimientos de imitación, investigación, moldeamiento y del criterio establecido. Una vez que lo pudo hacer con un solo pie se le pidió que lo hiciera con el otro pie.

EQUILIBRIO DINÁMICO

El niño tuvo que brincar con un solo pie manteniendo el equilibrio primero con ambos pies, luego con uno y después con el otro si caía al tratar de equilibrarse se proporcionaba instigación física tomando ambas manos del niño pidiéndole que brincara; se fue soltando poco a poco hasta que lo hizo correctamente por sí solo.

PERCEPCION

PERCEPCION IGUAL Y DIFERENTE

Los fines que perseguía eran desarrollar la capacidad para percibir la forma de las cosas, así como su tamaño en cuanto a su similitud y diferencia; primero se utilizó un procedimiento de igualación a la muestra y cuando el niño tomaba los objetos -- que eran iguales se le decía en ese momento las características en que lo hacían afines. Cuando el niño discriminó correctamente todos los objetos que eran iguales, se le indicó que tomara los diferentes instigando cada vez que era necesario. Al haber realizado varios ensayos y cumpliendo el criterio establecido se le pidió al niño que tomara los objetos que eran iguales o diferentes según se le indicara. Esto fue realizado en forma azarosa, es decir, antes de iniciar la sesión se marcaba en la hoja de registro las respuestas que debería contestar el niño; se lanzaba la moneda si caía sol se ponía igual y si era águila se marcaba diferente.

PERCEPCION DEL ESQUEMA CORPORAL

Primeramente se impartió la instrucción de señalar la cabeza, se esperó 5 segundos y al no tener respuesta; el experimentador tomó la mano del sujeto y la dirigió hacia la cabeza del niño, trabajando varias veces hasta que el niño pudo por sí solo señalar su cabeza. Lo mismo se hizo para las demás partes del cuerpo. (Ver Anexo 4 a).

PERCEPCION DEL COLOR

La finalidad era que el sujeto discriminara los colores (ver -

lista Anexo 4 b) mediante un procedimiento de igualación a la muestra; primero con tarjetas y luego con objetos de colores - dos de cada color.

Una de las tarjetas fue colocada en la parte superior (estímulo muestra) y otras tres (estímulo de comparación) en la parte inferior, dos de diferente color y una igual al de la muestra. La tarjeta de comparación se disponía en lugares diferentes en cada ensayo; con la aclaración de no pasar a otra posición o lugar si no cubría el criterio, hasta que el niño describió perfectamente el color que se buscaba enseñando independientemente del lugar en que se colocara el estímulo de comparación. Este procedimiento fue el mismo para las demás tarjetas de colores.

Finalmente se presentaron varios objetos de diferentes colores mismos que se encontraban en su ambiente y se le pidió que tomara el carro rojo por ejemplo, o bien según el color que se indicara. Los ejercicios eran variados hasta que el niño pudo discriminar correctamente todos los colores del programa en cada uno de los objetos que se le presentaban. Todo con el mismo criterio.

3.8.1. PROGRAMA DE LENGUAJE

Este constó de 5 fases: 1.- Entrenamiento en Control Motor de los Organos Fonadores. 2.- Entrenamiento de los Nuevos Sonidos. 3.- Combinación Simple de los Fonemas o Palabras Simples. 4.- Implementación de Nuevas Palabras en Tactos. 5.- Mandos - de Palabras Simples.

1.- ENTRENAMIENTO EN CONTROL MOTOR DE LOS ORGANOS FONADORES.

Esta fase se estableció con el fin de lograr una mayor flexibilidad en los órganos fonadores para poder articular un fonema o palabra.

Los ejercicios de este programa fueron 18 (Ver lista Anexo 5) de los cuales primeramente se implementó el ejercicio: abrir y cerrar la boca, indicando al niño que imitara la posición; - al no recibir respuesta se procedió a utilizar un instigador - físico en el cual el experimentador tomó la boca del niño y la abrió, al mismo tiempo que él lo hacía.

La forma de instigación varió de acuerdo al tipo de ejercicio, en algunos se usó en abatelenguas, cajeta, miel, espejo, tiritillas de papel, algodón, plumas, etc.; estos últimos materiales sirvieron para que el niño se percatara y sobre todo regulara la salida del aire con el movimiento del papel u otro material usado cuando expulsaba el aire.

Después de haber realizado 10 ensayos consecutivos sin error, - se procedió a desvanecer la instigación en forma gradual hasta que el niño pudo hacer este ejercicio por sí solo después de - una imitación, Lo mismo se hizo para cada uno de los demás --

ejercicios.

2.- ENTRENAMIENTO EN ARTICULACION DE LOS NUEVOS SONIDOS

Al iniciar el entrenamiento el terapeuta emitió el sonido y -- le mostró al niño la colocación de los labios, dientes, lengua, que debería adoptar para emitir el sonido mediante la ayuda de un espejo que fue colocado enfrente del niño e inmediatamente se le pidió que imitara el sonido. Cuando la respuesta no fue la deseada se procedió a instigarlo físicamente, tomando un -- abatelenguas y colocandolo en la posición deseada al mismo -- tiempo que se veía en un espejo.

Con la posición del fonema entrenado el niño tuvo que imitar -- el sonido; aunque su emisión solo se aproximara un poco se re- forzaba inmediatamente, posteriormente sólo se fueron reforzan- do mejores aproximaciones hasta producir el sonido sin dificul- tad, utilizando diversos materiales mismos que estaban en fun- ción del fonema a entrenar y cuando el niño produjo el sonido- por lo menos 10 veces consecutivas se empezó a desvanecer la -- ayuda de ese material.

Los fonemas anteriormente vistos era repasados al inicio de ca- da una de las sesiones en diferente orden y sólo se seguían re- forzando socialmente las respuestas correctas; si existía al- gún error el programa era iniciado en el ejercicio o palabra -- que presentaba problema y así repasaban todos los grupos hasta llegar a la última lista. Este criterio fue aplicado en todos los programas.

3.- COMBINACION SIMPLE DE LOS FONEMAS O PALABRAS SIMPLES

En esta fase se enseñó al niño a combinar los sonidos anteriormente vistos para formar palabras utilizando un procedimiento de encadenamiento, en el cual en un principio se enseñó a pronunciar dos cadenas juntas de una palabra, por ejemplo: be...be; pa...to; los puntos suspensivos indicaban que el niño en un principio debería decir: pa (...) dejando una pausa de 2 segundos para que después emitiera to. Se realizaron varios ensayos hasta que el niño logró juntar las sílabas, esto es, completar la cadena Pato.

Antes de iniciar cualquier cadena, se presentaba la lámina u objeto de la palabra a enseñar, estableciendo el concepto de la misma en el preciso momento en que eran implementadas. Para ello se describieron las características del objeto en cuestión, tales como: textura, tamaño, color, etc. Al mismo tiempo se le decía " Mira " este es un Pato, por ejemplo, " Ahora vamos a repetir " Pa...to; el terapeuta exageraba un poco la posición articular para que el niño percibiera la posición que debería adoptar.

Una vez que el niño había pronunciado la cadena junta por lo menos 10 ensayos consecutivos sin error, se le mostraba nuevamente la lámina u objeto de la palabra que se estaba enseñando y se le preguntaba al niño ¿Este es un (...) e inmediatamente después el instructor repetía el nombre de la palabra ante el objeto. Posteriormente se le indicó al niño que lo imitara, si no lo hacía, se moldeaba la respuesta, realizándolo varias veces hasta que lo hiciera correctamente.

Cuando el niño realizó 10 ensayos consecutivos sin error, el terapeuta le preguntaba ¿Que es esto? al mismo tiempo que le

mostraba el objeto, éste le daba la respuesta para incitar al niño a que a que la imitara; esperando 5 segundos para que se diera la emisión. Posteriormente cuando el niño fue capaz de responder al estímulo en forma más inmediata y continua, la ayuda del terapeuta fue desvaneciéndose gradualmente.

El programa estuvo compuesto por nueve listas de palabras y al finalizat con la última lista ya no se aplicó ningún tipo de instigador. De aquí, que el terapeuta únicamente mostraba al niño el objeto de las palabras enseñadas, haciendo la presentación en forma azarosa, con el fin de evaluar si el niño asociaba correctamente la palabra con el objeto.

4.- IMPLEMENTACION DE NUEVAS PALABRAS EN TACTOS

El programa constó de 10 listas en diferentes combinaciones tales como: vocal - consonante - vocal, consonante - vocal - - consonante, dos consonantes juntas y diptongos. (ver lista -- Anexo 8).

Se utilizaron palabras asociadas a objetos que el niño encontraría en su ambiente, principalmente palabras que lo auxiliaran para pedir alimentos así como objetos para jugar.

El procedimiento fue exactamente el mismo que en la fase 3, es decir, se encadenaron las sílabas, se moldearon, instigaron y se aplicaron las preguntas ante los objetos. El criterio fue el mismo que en todos los programas.

5.- MANDOS DE PALABRAS SIMPLES

Una vez que el niño aprendió a nombrar los diferentes objetos correspondientes a las palabras de las fases 3 y 4, éste las tuvo que aplicar a una situación apropiada.

De este modo, para poder implementar el uso correcto de este programa, el terapeuta colocó los objetos correspondientes a las palabras en diferentes lugares, y le indicó al niño que si quería algo lo tenía que pedir, de aquí que le preguntara al niño ¿Qué quieres? mostrándole los diferentes objetos. Si el niño señalaba o se dirigía a tomar lo que deseaba, el terapeuta lo detenía en el acto, y le decía: primero me lo tienes -- que pedir, es decir, si el niño quería el carro el terapeuta lo instigaba para que lo pidiera, y cuando el niño decía " Dame Carro " en ese momento en que lo hacía se le proporcionaba y entonces podía jugar con él.

De igual forma, cuando tenía sed o simplemente quería agua, inmediatamente la pedía diciendo " Dame Agua " y en ese preciso momento se le reforzaba socialmente a la vez que se le proporcionaba el vaso de agua tan pronto como fuera posible.

Es necesario mencionar que la implementación del uso de mandos fue reforzada en la casa del niño, con el fin de que éste aplicara correctamente el uso de las palabras aprendidas en las situaciones apropiadas; realizando para ello varios ensayos hasta que espontáneamente pidiera lo que deseara sin necesidad de estarlo motivando o instigando.

3.9.- ENTRENAMIENTO PARA LOS PADRES

El entrenamiento no solo consistió de instrucciones verbales y por escrito, sino de su participación activa, a través de un procedimiento por modelamientos el cual fue aplicado de manera simultánea, es decir, la madre tuvo que estar presente en todas las sesiones, de esta forma podría observar directamente la manera apropiada en la que debería trabajar en casa con su hijo.

Posteriormente se le pidió que condujera una de las sesiones, con el fin de observar si aplicaba apropiadamente los procedimientos enseñados. En caso contrario, se le hacían las observaciones pertinentes y el terapeuta le indicaba la forma adecuada de efectuar el procedimiento; en primer orden el terapeuta lo efectuaba enfrente de ella y enseguida le pedía que lo repitiera: Para ello se realizaron varios ensayos hasta que el terapeuta consideró que ésta realmente en forma apropiada. En caso de que el niño presentara algunas conductas disruptivas al estar trabajando con su madre, el terapeuta le indicó que siguiera el procedimiento empleado para eliminarlas; de esta manera en su casa o en cualquier otro lugar.

De igual forma se le pidió que en su casa registrara cada uno de los ejercicios llevados a cabo en la terapia; tenía que marcar una paloma para las respuestas correctas y una cruz para las incorrectas. Las hojas de registro y las conductas que debería practicar con el niño eran proporcionadas por el terapeuta al finalizar cada sesión.

De igual forma se le dió la instrucción de reforzar todas las respuestas correctas del niño, a través de alabanzas verbales.

y físicas tales como: abrazos, aplausos "muy bien", "bravo", o bien que lo llevara a la calle, ya que esto constituía un reforzador muy placentero para el niño.

Por otra parte, a los padres se les indicó que no reforzaran en el niño respuestas no verbales equivalentes a los mandos enseñados. Asimismo se les pidió que no le proporcionaran al gún objeto o alimento solicitado a señas o alguna otra forma que no fuese la adecuada, sino hasta que lo pidiera por su nombre.

La madre trabajó diariamente aplicando las fases del programa de acuerdo a como se iban enseñando.

4.- PRESENTACION DE RESULTADOS

El propósito de este punto es dar a conocer la eficacia de los programas que se han descrito anteriormente. Esto ha de permitir calcular de antemano el tiempo requerido para llevar a cabo el entrenamiento de un repertorio a otro a través de -- las estrategias de intervención utilizadas.

A.- IMPLEMENTACIÓN DE REPERTORIOS BASICOS

Dentro de los programas de Seguimiento de Instrucciones y -- Atención, cabe aclarar que éstos ya habían sido establecidos previamente; de aquí que se lograran porcentajes del 90% y -- 100% de respuestas correctas desde las primeras sesiones y -- los decrementos observados no fueron inferiores a los de la evaluación inicial (ver Fig. 1 B y 1 C). En sí solo se requirieron 6 sesiones de entrenamiento para lograr el restablecimiento de los mismos repertorios.

No obstante, éstos programas tuvieron que ser aplicados debido a que en las evaluaciones iniciales se obtuvieron porcentajes inferiores al 90% que fue el criterio establecido como mínimo dentro del diseño rehabilitatorio para poder pasar de un programa a otro.

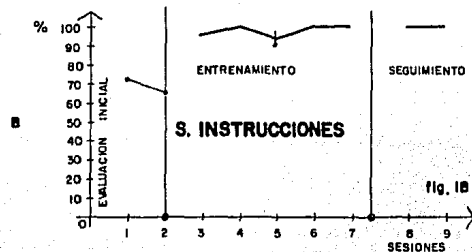
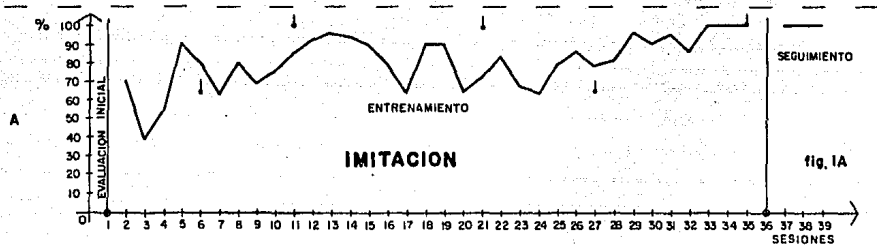
En lo que respecta al programa de Atención el niño se mostró inquieto desde un principio y no fijaba su vista sobre todo durante los intervalos de 10 y 15 seg. consecutivos, tanto en la primera parte (Contacto visual ojo a ojo) como en la segunda (fijación visual en situaciones discriminativas). -- No obstante, en la primera sesión, el niño logró mantener su

vista durante 5 seg. en la tercera sesión 10 seg. y finalmente mantuvo la fijación en 15 segundos durante las tres sesiones siguientes.

IMITACION GENERALIZADA

En lo que respecta al programa de imitación se trabajó un total de 35 sesiones para establecer el repertorio imitativo de apoyo en el 100% a través del cual se controlaron las respuestas imitativas mediante la sola presencia del modelo. En la evaluación inicial el niño no imitó ninguna de las 15-conductas presentando un 0% de ejecución. En la cuarta sesión de intervención el niño aumentó a un 90% en las primeras dos conductas (sentarse y pararse) ver fig. 1 A sesión 5. Los decrementos que se observan aunque no son inferiores al 60% éstos se debieron principalmente a su falta de cooperación, a las conductas desruptivas, tensión, ansiedad, llanto, berrinche y juegos perseverante que presentó el niño, sobre todo cuando tenía que realizar movimientos de coordinación motriz gruesa. Estas conductas anómalas fueron eliminadas con el procedimiento denominado Tiempo Fuera del Reforzamiento Pasivo, se eliminaron estas conductas a partir de la sesión 23.

Finalmente en las sesiones 34 y 35 se obtuvo el 100% de las 15 conductas que componen el programa e incluso en la fase de seguimiento se mantuvo en ese porcentaje.



PRECURRENTES BASICAS

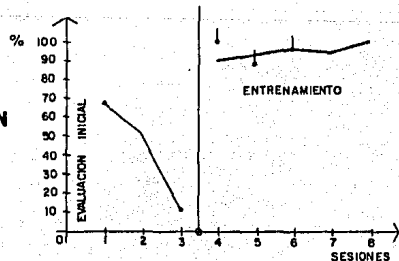
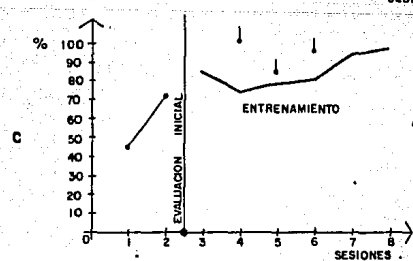


Fig. 1.- En el eje vertical se muestra el porcentaje de respuestas correctas por sesión y en el eje horizontal las sesiones. En la parte A se muestra la adquisición del repertorio imitativo. La interrupción señala el seguimiento de la conducta establecida, bajo otras 5 conductas imitativas diferentes sin la aplicación del reforzamiento.

En la parte B se muestra la implementación del repertorio -- Instruccional. La interrupción señala el seguimiento de las conductas adquiridas, bajo otras 5 conductas diferentes de - prueba sin la aplicación del reforzamiento.

En la parte C se muestra la implementación del repertorio de Atención; en la primera gráfica colocada en parte izquierda, se muestra el establecimiento de la primera parte de este -- programa Contacto Visual Ojo a Ojo; en la gráfica de la derecha se muestra el establecimiento de la fijación visual en - situaciones discriminativas. Las flechas en cada gráfica indican el porcentaje de respuestas correctas sobre el registro de dos observadores en la misma conducta, es decir, la - Confiabilidad.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS EN LAS HABILIDADES DE: PSICOMOTRICIDAD FINA, GRUESA Y DE HABILIDADES PERCEPTUALES.

A continuación se presentan primeramente el análisis de las habilidades en Psicomotricidad Fina.

1.- COORDINACION VISO MOTRIZ

En este programa se trabajó un total de 39 sesiones para implementarlo en el 100%, a través del cual se logró que el niño presentara una coordinación viso - motriz. En la evaluación inicial el niño no pudo controlar esta habilidad, presentando un 0% en las tres primeras sesiones (Ver fig. 2).

En la cuarta sesión, el niño aumentó a un 25%; como se puede observar en esta figura, en un principio se observaron porcentajes muy bajos, el 20% fue el mínimo (sesión 14) dada la ausencia de este repertorio, ya que el niño mostró una gran torpeza tanto en el movimiento de sus dedos para unir los puntos, así como seguir ese movimiento con su vista. Sobrepasaba el límite entre los puntos, e incluso realizaba la línea en otras direcciones sin tomar en consideración los puntos.

En este programa también presentó conductas desruptivas, juego perseverante con el gis, falta de cooperación y se muestra indiferente. Sin embargo a medida que el niño fue adquiriendo este repertorio sus respuestas incrementaron paulatinamente y a partir de la sesión 25 ya no se observaron decrementos inferiores al 70%, obteniéndose de esta forma cada vez mejores resultados, hasta que finalmente obtuvo el 100%-

de respuestas correctas en las sesiones 36 a la 39.

COORDINACION VISOMOTRIZ

FIG. 2

ENTRENAMIENTO

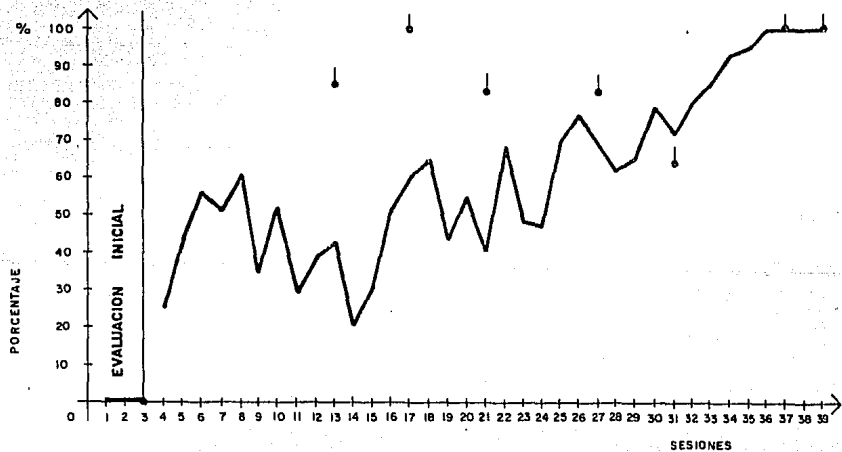


Fig. 2.- En esta figura se muestra la gráfica sobre el entrenamiento en coordinación visomotriz, en el que debería trazarse una línea vertical uniendo dos puntos de aproximadamente 15 cm. de separación y al mismo tiempo tenía que seguir con su vista la línea que iba trazando.

En el eje vertical se muestra el porcentaje de respuestas correctas, en el eje horizontal las sesiones.

En las sesiones 1, 2 y 3 se encuentra la evaluación inicial.

El entrenamiento inició a partir de la sesión 4.

Las flechas indican en que sesiones se tomó confiabilidad a través del registro de dos observadores.

2.- COORDINACION MOTRIZ FINA:

CORTAR CON TIJERAS

Esta habilidad fué llevada a cabo en un total de 6 sesiones, en la cual se realizaron 50 ensayos por sesión, En los primeros ejercicios se le dificultó al niño tomar las tijeras - adecuadamente y los cortes que realizó fueron malos; ya que - mostró muchos sesgos en sus cortes, debido a que los hizo -- rápidamente sin controlar el movimiento que tenía que ejecutar con las tijeras; así como sostener la hoja y seguir el - corte en una sola dirección.

No obstante, en los demás ensayos progresivos fue presentando menos sesgos y al mismo tiempo pudo controlar el movimiento de sus dedos. De esta forma en las sesiones 3, 4 y 5 se ejecutaron 150 ejercicios de los cuales 130 los llevó a cabo en una forma adecuada; en 16 ejercicios mostró uno y dos sesgos al iniciar el corte y en solo 4 ocasiones realizó mal el corte.

En general, el niño gradualmente fue adquiriendo esta habilidad, hasta que finalmente en la sesión 6 recortó perfectamente en todos los ensayos sin presentar algún error. Actualmente el niño recorta muy bien e incluso formas: círculos, triángulos, cuadrados y objetos de ilustraciones sencillas. Ahora bien, es necesario mencionar, que para establecer este repertorio, no se registraron los cortes y por esta razón no se muestra una gráfica. No obstante la explicación anteriormente delineada, permite observar el avance que logró el niño en cada una de las sesiones para adquirir este repertorio.

3.- MOLDEAR UNA BARRA DE PLASTILINA

Este programa fue implementado en un total de 5 sesiones, a través del cual se logró que el niño controlara el movimiento de sus dedos y de toda la mano. En la primera sesión, se realizaron 100 ensayos aproximadamente, de los cuales en los primeros no pudo dar una consistencia más suave a la plastilina, no controlaba el movimiento de todos los dedos de su mano. Posteriormente, en esta misma sesión y después de haber realizado varios ensayos, el niño gradualmente fue logrando este movimiento hasta que finalmente dió la consistencia más suave.

En la sesión 2, se le dificultó en un principio moldear un trozo de plastilina con la yema de los dedos; sin embargo en los demás ejercicios, el niño logró hacer una gran cantidad de bolitas pequeñas. En la sesión 3 pudo formar una bola -- más grandela cual fue colocada en un círculo y empezó a presionarla con la yema de los dedos hasta llenar el círculo, - esto fue realizado adecuadamente. En la sesión 4 se le dificultó en un principio formar viboritas; no obstante en los demás ensayos logró hacerlas correctamente.

Una vez que el niño fue capaz de formar bolitas y viboritas, éstas las colocó en una cara, la cual previamente fue dibujada, es decir, las bolitas las tenía que colocar en los ojos y las viboritas en la boca y las orejas. Esta actividad fue ejecutada durante varios ensayos. Es necesario mencionar -- que el niño por sí solo formó una viborita grande y la colocó en el controno de la cara. Del mismo modo fue capaz de formar un muñeco con plastilina.

A continuación se presenta el análisis de las habilidades en psicomotricidad Gruesa.

4.- CAMINAR EN DIVERSAS DIRECCIONES SIGUIENDO UN RITMO DE PALMADAS.

La implementación de este repertorio fue llevado a cabo en un total de 16 sesiones para lograr el 100%, a través del cual, el niño fue capaz de trasladarse en cuatro puntos de referencia. En la evaluación inicial no manifestó dicha habilidad, sus porcentajes fueron del 46% y 30% en las sesiones 1 y 2 respectivamente. No obstante al momento de iniciar el entrenamiento el niño aumentó a un 67% (ver sesión 3 fig. 3 A). Y gradualmente se fueron obteniendo mejores resultados, hasta que obtuvo el 100% de respuestas correctas en las sesiones 8 y 9 respectivamente. A partir de la sesión 12 el niño pudo estabilizarse.

Es necesario aclarar que se promediaron los porcentajes obtenidos de las direcciones que debería seguir; ya que no existió una gran diferencia en sus respuestas sobre las cuatro conductas. Así por ejemplo en la sesión 6 se trabajaron las siguientes conductas: Caminar hacia adelante, atrás, a un lado (izquierda), hacia el otro lado (derecha) obteniendo un porcentaje global del 85%. Esto mismo fue llevado a cabo para cada una de las sesiones subsecuentes.

5.- MOVIMIENTOS DE LOS BRAZOS EN FORMA ALTERNA

En lo que respecta este programa, se trabajaron un total de

15 sesiones para lograr el 100%. En la evaluación inicial, se encontró que el niño no podía controlar el movimiento de sus brazos, ni siquiera mantenerlos en la posición que se le indicaba; por lo que obtuvo un 0% en las sesiones 1 y 2.

En la sesión 3 aumentó a un 58%, aún sus movimientos eran incontrolados; sin embargo el niño gradualmente fue obteniendo mejores resultados en cada una de las sesiones subsecuentes, logrando porcentajes superiores al 80% (ver sesión 6, Fig. 3 B). De esta forma como se puede observar en esta figura, -- existe un avance en sus respuestas, pues no existe una inestabilidad en los porcentajes y además estos no son inferiores a los encontrados en la sesión 3. Por consiguiente, a -- medida que el niño fue adquiriendo la capacidad para mover sus brazos y mantenerlos en la posición indicada, finalmente pudo obtener un 100% en las sesiones 12 a la 15.

6.- EQUILIBRIO ESTÁTICO

El establecimiento de este repertorio fue llevado a cabo en un total de 10 sesiones para lograr el 100%. En la evaluación inicial, se obtuvo un 0%, el niño no pudo mantener el equilibrio con un solo pie, generalmente tendía a caerse. Sin embargo, una vez que se inició el entrenamiento, el niño aumentó a un 95%; para ello se tuvieron que realizar una gran cantidad de ensayos proporcionando investigación física. De esta forma como se puede observar en la Fig. 3 C, no existió ninguna dificultad para implementar este repertorio; ya que una vez que el niño pudo sostenerse con un solo pie por sí solo y mantener el equilibrio, en las demás sesiones lo realizó rápidamente hasta obtener el 100% de respuestas correctas.

7.- EQUILIBRIO DINAMICO

En lo que respecta al establecimiento de esta habilidad, se trabajó en un total de 10 sesiones para lograr el 100%. En la evaluación inicial se encontró que el niño no podía mantener el equilibrio y cada vez que se le pedía que brincara -- con un solo pie, tendía a caerse manifestando conductas disruptivas, las cuales fueron eliminadas con un procedimiento del tiempo fuera del reforzamiento positivo; por tal motivo obtuvo un 0%. Al iniciar el entrenamiento aumentó a un 35% en la sesión 3, no obstante de haber partido de un porcentaje bajo, ya no se encontraron decrementos inferiores a este y en tres sesiones más obtuvo el 100%, estabilizándose en -- ese porcentaje. (Ver Sesión 5 Fig. 3 D).

Dentro de todas las habilidades en psicomotricidad gruesa, -- la que requirió de un mayor entrenamiento fue la de caminar en diversas direcciones siguiendo un ritmo de palmadas; ya -- que en un principio no podía discriminar el hecho de desplazarse hacia un punto y además bajo un ritmo de palmadas.

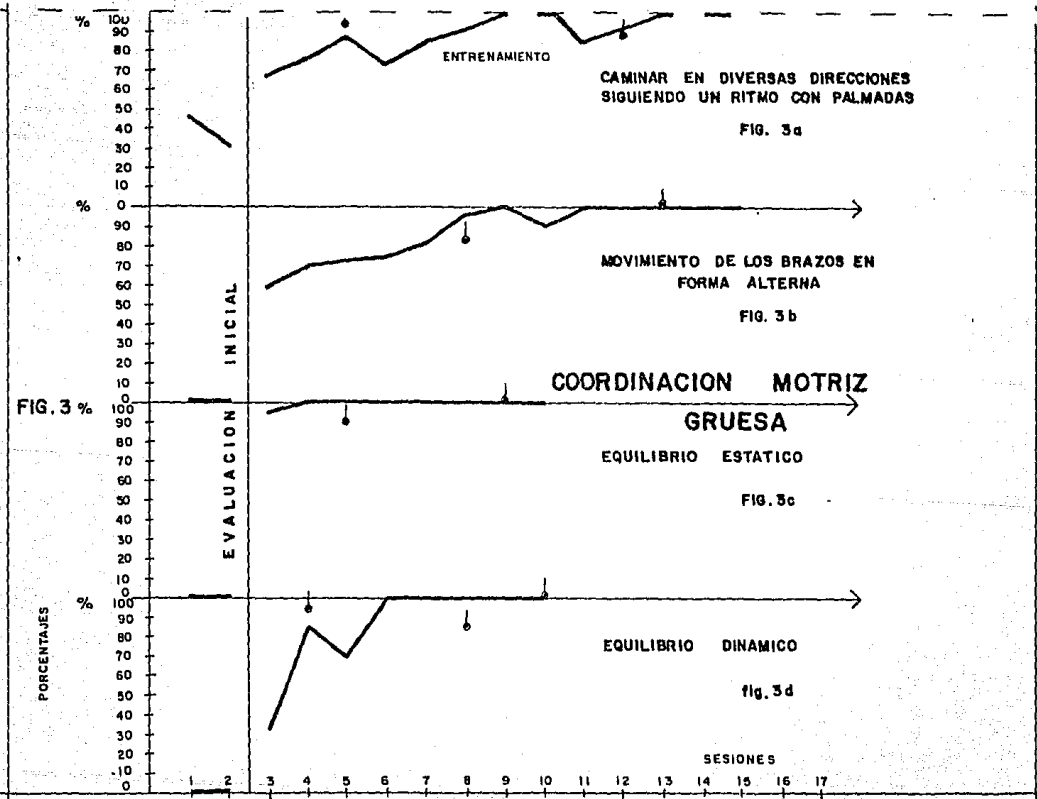


Fig. 3.- En el eje vertical se muestra el porcentaje de respuestas correctas por sesión y en el horizontal las sesiones. En la Fig. 3 A se muestra la adquisición del repertorio: Caminar en diversas direcciones, en el cual se puede observar los avances del niño.

En la Fig. 3 B.- Se muestra la adquisición del repertorio movimiento de los brazos en forma alterna, aquí se muestra el incremento consistente sobre sus respuestas, a pesar de haber partido de un porcentaje bajo en la sesión 3.

En la Fig. 3 C.- Se muestra la adquisición del Equilibrio Estático, a través del cual se logró que el niño se mantuviera parado con un solo pie.

En la Fig. 3 D.- Se muestra la adquisición del Equilibrio Dinámico, en el cual se logró que el niño brincara con un solo pie.

Los puntos que se encuentran dentro del círculo indican el porcentaje de respuestas correctas sobre el registro de la confiabilidad obtenida de dos observadores en la misma conducta, por ejemplo: la Fig. 3d sesión 4 se obtuvo el 90%; en la sesión 10 el 100%; etc.

C.- PERCEPCION

1.- PERCEPCION IGUAL - DIFERENTE

En lo que respecta a este programa se trabajó un total de 21 sesiones para implementarlo en el 100%. En la evaluación -- inicial el niño no pudo discriminar los objetos que eran -- iguales y los que eran diferentes, presentando un 0% de ejecución en las sesiones 1 y 2. Ahora bién, como se puede observar en la Fig. 4 a pesar de que existe una inestabilidad en sus respuestas, no existen porcentajes inferiores al 63%. De esta forma, después de haber trabajado 17 sesiones consecutivas y a partir de ésta el niño incrementó su ejecución - hasta lograr el 100% en las sesiones 19 a la 21

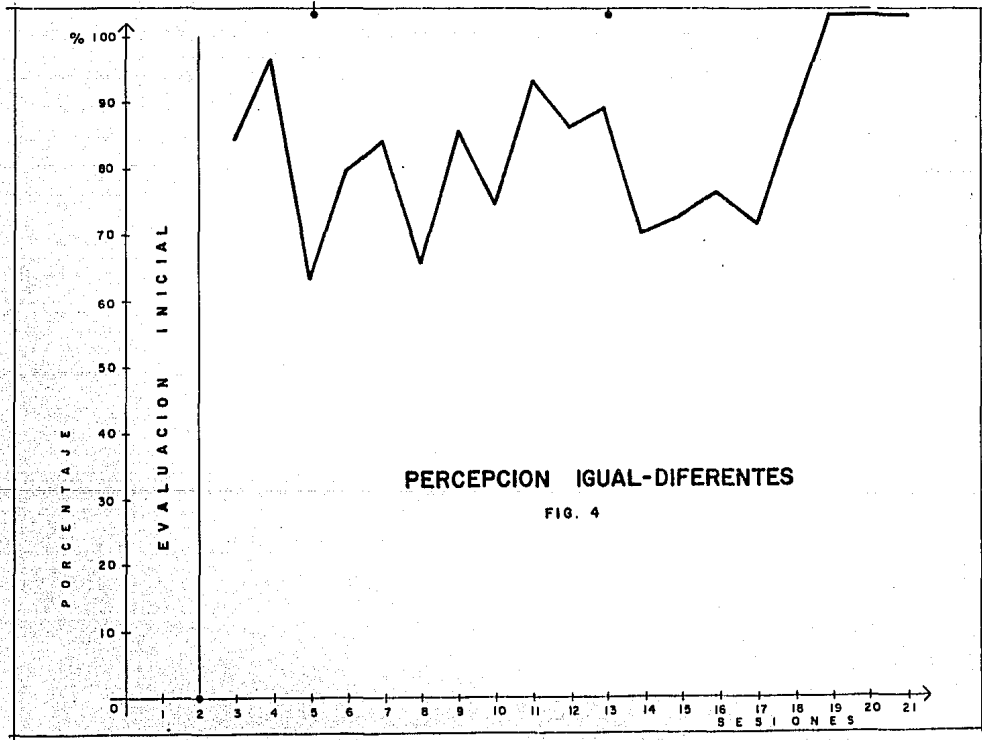


Fig. 4.- Esta figura muestra la ejecución del niño en cuanto al repertorio de Percepción igual y diferente, por su forma, tamaño, color. En cada una de las sesiones se sacó el porcentaje global de respuestas correctas tanto de su igualdad como su diferencia de los objetos presentados. En el eje vertical se encuentra el porcentaje de respuestas correctas por sesión y en el horizontal las sesiones. La separación indica la evaluación inicial del tratamiento. Las flechas indican la confiabilidad obtenida sobre el registro de dos observadores sobre la misma conducta.

2.- PERCEPCION DEL ESQUEMA CORPORAL

Este programa fue implementado en un total de 22 sesiones para lograr el 100%, a través del cual el niño pudo discriminar correctamente su: Cabeza, pies, manos, boca, ojos, orejas y nariz.

En la evaluación inicial se obtuvieron porcentajes inferiores al 20% en las primeras tres sesiones (ver Fig. 5).

Los datos de este programa se presentan en forma acumulada; promediando el número de conductas, en este caso 7, entre 100.

En las sesiones 4, 5 y 8 se implementaron: Cabeza, pies y manos respectivamente; cabe aclarar que éstas tres ya habían sido vistas con anterioridad, como fue mencionado en sus antecedentes de tratamiento. Por lo que fueron reestablecidas rápidamente en el 100%.

De hecho las que requirieron de un mayor entrenamiento fueron: Ojos y Boca, su adquisición tomó 10 sesiones para poder iniciar otra parte del cuerpo, ya que al niño se le dificultaba discriminarlas. Cuando se empezó a establecer Orejas, también hubo confusión, no podía distinguir entre orejas y nariz; sin embargo la adquirió más pronto, en comparación con las dos anteriores, hasta que finalmente completó el programa con el criterio establecido.

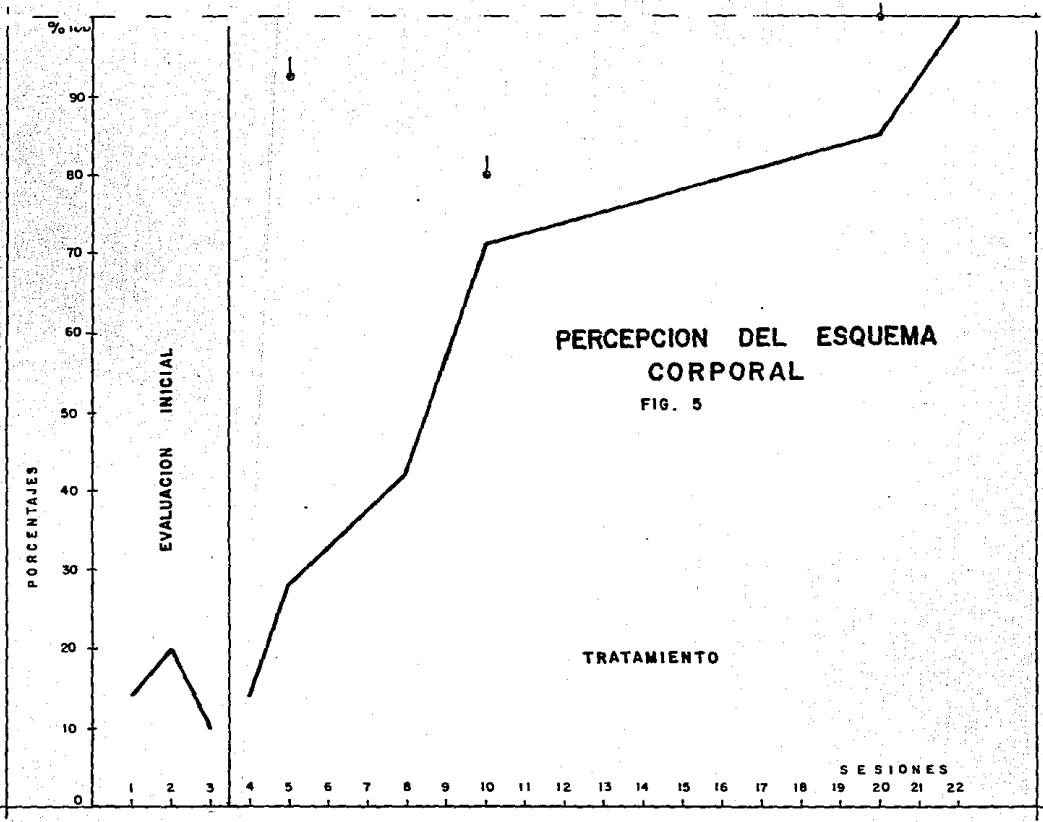


Fig. 5.- En esta figura se presenta la gráfica sobre la percepción del esquema corporal. En el eje vertical se muestra el porcentaje acumulado de respuestas correctas y en el eje horizontal las sesiones.

Las flechas indican de confiabilidad. En cada punto de la gráfica se indica la adquisición de un nuevo repertorio, en la misma secuencia de la lista (Ver Anexo 4 a), y en la sesión en que inicia; por ejemplo: Cabeza inició en la sesión 4; Boca en la 10, etc.

Cabe aclarar, que al comienzo de todas las sesiones se repasaban las que se habían visto el día anterior y éstas tenían que cubrir el criterio.

3.- PERCEPCION DEL COLOR

Este programa se implementó en un total de 45 sesiones para lograr el 100% en la discriminación de los 6 colores: Rojo, verde, azul, amarillo, blanco y negro.

En la evaluación inicial el niño respondió en un 30% y continuó decrementando en sus respuestas, en las dos sesiones siguientes.

Los porcentajes se presentan en forma acumulada promediando el total de colores a discriminar, entre 100.

En la sesión 4 se estableció el color rojo y requirió de 9 sesiones para poder iniciar otro color. El verde requirió 8; el amarillo 12 y el blanco 10 (ver Fig. 6); aunque estos colores tomaron varias sesiones, hay que aclarar que la mayoría de sus respuestas eran correctas, él obtenía porcentajes del 80%. Sin embargo no cubría con el criterio que era del 90%.

Los colores que más rápidamente pudo discriminar fueron el Azul en dos sesiones y el negro en una.

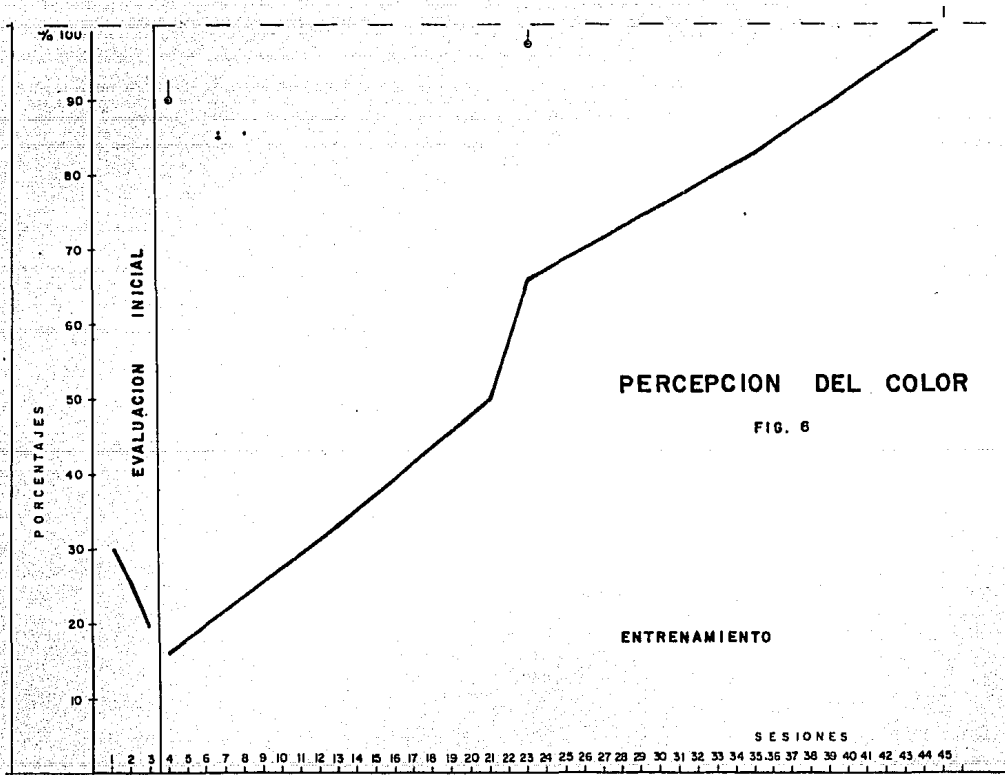


Fig. 6.- En esta figura se muestra la gráfica sobre la Percepción del Color. En el eje vertical se muestra el porcentaje acumulado de respuestas correctas y en el eje horizontal las sesiones. Las flechas indican la confiabilidad obtenida del registro de dos observadores.

El color rojo se implementó en la sesión 4, el verde en la sesión 13, el azul en la 15, el amarillo en la 23, el blanco en la 35 y el negro en la 45.

RESULTADOS SOBRE EL ENTRENAMIENTO DE LENGUAJE HABLADO

FASE 1 ENTRENAMIENTO EN CONTROL MOTOR DE LOS ORGANOS FONADORES

Esta fase se implementó en un total de 41 sesiones para lograr el 100% en los 18 ejercicios. En la evaluación inicial obtuvo un 0%.

De los 18 ejercicios incluidos en el tratamiento (ver Anexo-5) los que requirieron de un mayor entrenamiento fueron los ejercicios: 9, 17, 15, 1, 4, 5 y 12; en los demás rápidamente obtuvo el 90% y 100% tanto en la primera como en la segunda sesión.

El ejercicio 9 fue el que más se le dificultó al niño pues - mostró una gran dificultad para realizarlo, ya que en un principio no pudo colocar y sostener la punta de la lengua en el paladar superior; de aquí que se procediera a instigarlo realizando varios ensayos hasta lograr el criterio establecido (ver tabla 1).

En general se tuvieron que trabajar 10 sesiones consecutivas sobre este ejercicio para poder iniciar otro. (ver Fig. 7 separación A, sesión 16).

En el ejercicio 17 se trabajaron 6 sesiones, en el cual el niño no asumía una posición articulatoria sin producir sonido en este caso /o/; sin embargo cuando se pasó al ejercicio 18 que era pasar de una articulación a otra, ésta la hizo en una sesión con el 100% de respuestas correctas. El 15 (in-

flar las mejillas ambas a la vez, y luego una sola) tomó 5 - sesiones para iniciar otro ejercicio. El ejercicio 4, 5 y - 12 solo llevó 3 sesiones.

En la primer sesión de entrenamiento del ejercicio 12, el ni ño no pudo mover en círculo la lengua. Sin embargo, solo -- tomó 3 sesiones para lograr tanto el 90% como el Nivel de Es tabilidad en el 100% (ver tabla 1).

Ahora bién, se establecieron de dos a cuatro ejercicios en - una sesión; así en la sesión 10 se trabajaron los ejercicios 2, 3 y 4; en la sesión 16, los ejercicios 6, 7, 8 y 9; los - ejercicios 10, 11 y 12 en la sesión 27; los ejercicios 13, - 14 y 15 en la 30 y los ejercicios 16 y 17 en la sesión 35. - (Ver Fig. 7 A).

Los demás se vieron solo en una sesión.

T A B L A 1

CRITERIO (90%)		N.E. (100%)	
EJERCICIO	SESIONES	EJERCICIO	SESIONES
9	10	9	11
17	6	17	6
15	5	15	6
1	4	1	5
4	3	4	4
5	3	5	3
12	3	12	3
2	1	2	2
3	1	3	2
6	1	6	2
8	1	8	2
13	1	13	2
14	1	14	2
7	0	7	1
10	0	10	1
11	0	11	1
16	0	16	1
18	0	18	1

Tabla 1.- Esta tabla muestra el Criterio del 90% y el Nivel de Estabilidad en el 100% partiendo del mayor al menor número de sesiones que llevó cada uno de los ejercicios.

Los números de la izquierda corresponden a los ejercicios -- que pueden verificarse en el Anexo 5 por ejemplo: el ejercicio 9 corresponde a movimientos linguales como: sacar la -- lengua, moverla hacia arriba, abajo, a la izquierda, derecha y después lo mismo pero adentró.

El Nivel de Estabilidad (N.E.) se refiere al número de sesiones que se llevaron a cabo para mantenerse en el 100% de respuestas correctas. Así por ejemplo, el ejercicio 9 tomó 11 sesiones para mantenerse en el 100% en las sesiones posteriores; el ejercicio 17 llevó 6 sesiones; etc.

FASE 2.- ENTRENAMIENTO DE LOS NUEVOS SONIDOS

Para lograr el 100% de los 17 sonidos se requirió de un total de 56 sesiones. En la evaluación inicial se obtuvo un 0%, en el cual el niño no pronunció ninguno de los sonidos correspondientes a la lista del programa (ver lista Anexo 6). Sin embargo el niño presentó algunas posiciones articulatorias pero sin emitir sonido.

Dentro del tratamiento la secuencia de sonidos que el niño mostró eran dificultades para producirlas y además requirieron de un mayor entrenamiento para poder iniciar otro fueron: u, l, o, b, c, d, ll y r; los restantes solo tomaron de una a tres sesiones para lograr el criterio (ver tabla 2).

En la mayoría de los sonidos el niño imitaba inicialmente la posición articulatoria, pero la producción no lo hacía; de aquí que se procediera a instigarlo físicamente además de aplicar los procedimientos propuestos para este diseño. En sí únicamente los sonidos u y l requirieron de 7 y 6 sesiones respectivamente para lograr el criterio. No obstante el sonido l rápidamente logró el nivel de estabilidad en el 100% en comparación con los sonidos o, u, b y d (ver tabla 2) que llevaron de 49 a 13 sesiones. Hay que aclarar que aunque éstos requirieron de un gran número de sesiones para lograr el nivel de estabilidad, los porcentajes previos a estos no fueron inferiores al 80% de respuestas correctas.

Dentro del desarrollo del programa y a medida que se entrenaban los sonidos, el niño rápidamente producía los demás y cada vez se requerían de menos sesiones para establecerlos, --

hasta que finalmente en una sesión se pudieron implementar - dos sonidos rr y g logrando el 90% y 100% de respuestas correctas respectivamente (ver sesión 56 en la fig. 7 fase 2 - B).

De igual forma en esta figura se puede visualizar cuales sonidos llevaron un mayor número de sesiones. El niño mostró dificultad en la emisión de la /l/ por lo que se visualiza una desviación en la gráfica, ya que requirió de un mayor número de sesiones para establecerla (ver sesión 71 de la Fig. 7 B) y a partir de ésta sesión continuó el incremento en sus respuestas.

Hay que destacar que la fase de seguimiento se aplicó 5 años después de haber terminado el tratamiento, con la finalidad de comprobar si aún se había mantenido el programa en el niño, en el cual obtuvo un 80% de respuestas correctas de los 17 sonidos. Los incorrectos fueron: /s/ y /r/ principalmente; aunque la /d/ también pero ésta tuvo más respuestas correctas. (ver sesión 240 Fig. 7).

T A B L A 2

CRITERIO	90%	NIVEL DE ESTABILIDAD	SESIONES
/u/	7	/o/	49
/l/	6	/b/	45
/o/	5	/u/	38
/b/	5	/d/	13
/c/	5	/l/	7
/d/	4	/r/	6
/ll/	4	/c/	5
/r/	4	/f/	4
/f/	3	/ll/	4
/ñ/	3	/ñ/	4
/ch/	3	/g/	3
/g/	2	/ch/	3
/j/	2	/q/	3
/s/	1	/j/	2
/h/	1	/h/	2
/rr/	1	/s/	1
/q/	1	/rr/	1

Tabla 2.- La presentación de los resultados en esta tabla -- fue en base al grado de dificultad asticatoria que presentó el niño en cada sonido. En la parte izquierda se muestra el Criterio del 90% y en la derecha el Nivel de Estabilidad- (N.E.) en el 100% partiendo del mayor al menor número de sesiones que llevó cada uno de los sonidos.

FASE 3 CADENAS DE PALABRAS SIMPLES

La implementación de este programa fue llevado a cabo en un total de 76 sesiones para lograr el 100% de las 77 palabras que componen el programa.

En la evaluación inicial obtuvo un 0% para cada una de las palabras, ya que el niño no pronunciaba las palabras en la forma en la que se le presentaban, es decir, no las pudo encadenar a pesar de que se esperaba los 5 segundos para su emisión.

Dentro del entrenamiento, de las 77 palabras solamente las primeras 16 (ver lista de palabras en el Anexo 7) fueron las que requirieron de un mayor entrenamiento para establecerlas y lograr el criterio, tales como: Pato, Mata, Dedo, Tubo, Cama, Sopa, Pelo, Foco, Taco, Caja, Piña, Gato, Chile, Silla, Cara y Carro.

De las cuales, la palabra Sopa fue la que requirió de 14 sesiones para poder iniciar otra palabra, es decir, lograr el criterio (ver tabla 3).

Desde el inicio el niño no pudo encadenar el sonido So; emitía un sonido Sh. Sin embargo, una vez que logró encadenar esta sílaba, rápidamente emitió la palabra en forma completa y a partir de la sesión 134 (ver Fig. 7 B) obtuvo porcentajes superiores al 90%.

De aquí que al entrenar la palabra silla se requirieron únicamente 4 sesiones para obtener el criterio (ver tabla 3) y para lograr el nivel de estabilidad en el 100% tomaron 7 sesiones. Finalmente cuando fueron entrenadas las palabras:

Mesa, Queso, Sol, Rosa, Casa, Vaso, Soda y Pesa en donde se encontraba este fonema en otras combinaciones el niño rápidamente las pudo emitir obteniendo un 90% y 100% desde la primera sesión.

Asimismo, como se puede observar en esta tabla, la palabra - Dedo requirió 8 sesiones para establecerla, en el cual el niño no pudo encadenar la sílaba De con Do; le ocasionaba gran dificultad e incluso para lograr el nivel de estabilidad también requirió 40 sesiones. No obstante una vez que cumplió con el criterio y pudo pasar de una articulación a otra de manera apropiada los porcentajes que obtenía eran superiores al 80%.

Una vez que se entrenaron las 16 palabras y el niño pudo encadenar cada uno de los sonidos de manera apropiada, éste -- fue capaz de producir con mayor facilidad los siguientes grupos de palabras pues a partir de la sesión 154 (ver Fig. 7 C) se empezaron a entrenar más de cuatro palabras en una sola sesión. De esta forma, en la sesión 157 se vieron 10 palabras de las cuales únicamente Baño y Pollo tomaron más sesiones para establecerlas, ya que se le dificultaba encadenar la sílaba Ño en Baño y Llo en Pollo.

Por lo que respecta a los demás grupos de palabras, el niño las emitió rápidamente y desde la primera sesión obtuvo el -- 100% para cada una de las listas que componen el programa. -- Por ello fue vista toda una lista en una sesión (ver secuencia en el Anexo 7).

La desviación que se observa en la sesión 167 (Fig. 7 C) se-

debe principalmente a la dificultad que presentó el niño para encadenar diptongos. No obstante solo tomaron 3 sesiones para implementar las palabras Buenos y Adios.

El seguimiento fue aplicado en dos ocasiones, la primera se aplicó unos meses después y sus respuestas se mantuvieron en el 100%. La siguiente se aplicó 5 años después y sin que hubiera en ese tiempo otra clase de tratamiento, específicamente sobre lenguaje, el niño logró mantener el 90% de su repertorio verbal en conjunción con la identificación de los objetos ante la expresión de las palabras enseñadas.

TABLA 3

No.	N.E. (100%)	CRITERIO (90%)
1.-	MATA 64 sesiones	SOPA 14 sesiones
2.-	DEDO 40 "	DEDO 8 "
3.-	TUBO 37 "	MATA 6 "
4.-	DAME 35 "	PATO 4 "
5.-	CAMA 29 "	FOCO 4 "
6.-	SOPA 27 "	SILLA 4 "
7.-	PATO 22 "	CARA 4 "
8.-	PIÑA 20 "	ADIOS 4 "
9.-	TACO 18 "	PELO 3 "
10.-	CAJA 16 sesiones	LIMA 3 sesiones
11.-	BEBE 15 "	BAÑO 3 "
12.-	CHILE 12 "	POLLO 3 "
13.-	MESA 9 "	BUENOS 3 "
14.-	CARA 9 "	TUBO 2 "
15.-	CARRO 9 "	CAMA 2 "
16.-	BAÑO 9 "	TACO 2 "
17.-	POLLD 9 "	CAJA 2 "
18.-	SILLA 7 "	PIÑA 2 "
19.-	LECHE 7 "	GATO 2 "
20.-	FOCO 6 sesiones	CHILE 2 sesiones
21.-	GATO 6 "	CARRO 2 "
22.-	SODA 6 "	UÑA 2 "
23.-	SOL 5 "	HIGO 2 "
24.-	VASO 5 "	BEBE 1 "
25.-	ROPA 5 "	DAME 1 "
26.-	PELO 4 "	MESA 1 "
27.-	PERA 4 "	MANO 1 "
28.-	PERRO 4 "	CAFE 1 "
29.-	HIGADO 4 "	TEN 1 "
30.-	ADIOS 4 sesiones	PERA 1 sesiones
31.-	UÑA 3 "	UVA 1 "
32.-	UVA 3 "	LECHE 1 "
33.-	LIMA 3 "	VACA 1 "
34.-	ROSA 3 "	PERRO 1 "
35.-	RICO 3 "	COCO 1 "
36.-	BUENOS 3 "	QUESO 1 "
37.-	OLLA 2 "	PAN 1 "
38.-	HUEVO 2 "	TUNA 1 "
39.-	PIE 2 "	LUNA 1 "
40.-	ROCA 2 sesiones	SOL 1 sesiones
41.-	MANO 1 "	LORO 1 "
42.-	CAFE 1 "	SAPO 1 "
43.-	TEN 1 "	ROSA 1 "
44.-	VACA 1 "	OLLA 1 "
45.-	COCO 1 "	BOCA 1 "
46.-	QUESO 1 "	OJO 1 "
47.-	PAN 1 "	HUEVO 1 "
48.-	TUNA 1 "	TORO 1 "
49.-	LUNA 1 "	RANA 1 "
50.-	LORO 1 sesiones	PALA 1 sesiones
51.-	SAPO 1 "	CASA 1 "
52.-	BOCA 1 "	VASO 1 "
53.-	OJO 1 "	VELA 1 "
54.-	TORO 1 "	LLAVE 1 "
55.-	RANA 1 "	BOTA 1 "
56.-	PALA 1 "	ROPA 1 "
57.-	CASA 1 "	PIE 1 "
58.-	VELA 1 "	PISO 1 "
59.-	LLAVE 1 "	RANA 1 "
60.-	BOTA 1 sesiones	BOLA 1 sesiones
61.-	PISO 1 "	RICO 1 "
62.-	BOLA 1 "	SODA 1 "
63.-	AGUA 1 "	AGUA 1 "
64.-	TELA 1 "	TELA 1 "
65.-	CAPA 1 "	CAPA 1 "
66.-	NUBE 1 "	NUBE 1 "
67.-	HOJA 1 "	HOJA 1 "
68.-	PESA 1 "	PESA 1 "
69.-	LLENO 1 "	LLENO 1 "
70.-	CALLE 1 sesiones	CALLE 1 sesiones
71.-	RAMA 1 "	RAMA 1 "
72.-	DAMA 1 "	DAMA 1 "
73.-	NIÑO 1 "	NIÑO 1 "
74.-	VEN 1 "	VEN 1 "
75.-	COME 1 "	COME 1 "
76.-	JABON 1 "	JABON 1 "
77.-	ROJO 1 "	ROJO 1 "

Tabla 3.- En esta tabla se muestra el Nivel de Estabilidad - (N.E.) en el 100% y el Criterio del 90%, partiendo del mayor al menor número de sesiones que se requirieron para establecerlas.

Con la aclaración de que el orden de las palabras en esta tabla no es en cuanto a la secuencia de las listas del programa; sin embargo ésta no varió mucho.

FASE 4.- IMPLEMENTACION DE PALABRAS COMPUESTAS EN TACTOS.

Este programa se aplicó en un total de 63 sesiones para obtener el 100% de las 73 palabras que componen el programa, - de las cuales 35 fueron emitidas en un 100% desde la primer sesión principalmente palabras de una a tres sílabas; 19 palabras entre tres y dos sesiones y las restantes en menos - de 6 sesiones (Ver tabla 4 en N.E. y Criterio).

Cabe aclarar que las palabras en la gráfica fueron colocadas en base a la secuencia de las listas promediando el total de las palabras entre 100. Además cada punto en la gráfica indica el inicio de una nueva lista, así por ejemplo - en la sesión 4 inició la lista 1; en la sesión 7 la lista - 2; etc. (Ver Figura 7 separación D).

Ahora bién, la lista que tomó un mayor número de sesiones - fue la 5 ya que se trabajaron 15 sesiones para implementarla y poder cubrir el criterio para pasar a otra lista. - -- (Ver Anexo 8). En general las palabras que requirieron de un mayor entrenamiento fueron: las compuestas como: Br en - brazo, sombrero; Pl en plato, plátano; Gl en regla. La n y l en posición media y final; y diptongos como: Ue, Ie, Io - en puerta, puerco, diente y columpio. Sin embargo no sobre pasaron a más de 6 sesiones para establecerlas.

Es importante aclarar que las palabras no fueron entrenadas en un mayor grado de dificultad articularoria, más bien lo que

se pretendió fue que el niño emitiera cada uno de los sonidos en diferentes combinaciones y sobre todo que el niño las pudiera emplear en su medio donde se desarrolla.

En lo referente a la identificación de las palabras en taccos u objetos, el niño también logró hacerlo desde la primer sesión pues respondía apropiada e inmediatamente cada vez -- que se le preguntaba que era él o los objetos que se le presentaban.

Dentro de la fase de seguimiento se encontró que el niño pudo emitir en un 80% las palabras enseñadas; los errores cometidos solo fueron sustitución de sílabas compuestas y omisión en diptongos, la cual se aplicó unos meses después. Posteriormente se volvió a aplicar este seguimiento, después de haber transcurrido 5 años. Y el resultado fue que se mantuvo en ese porcentaje sin que hubiera en todo ese lapso otra clase de entrenamiento.

Tabla 4.- En esta tabla se muestra el Nivel de Estabilidad - (N.E.) en el 100% y el Criterio del 90% partiendo del mayor- al menor número de sesiones que requirieron cada una de las- palabras para establecerlas.

FASE 5.- MANDOS DE PALABRAS SIMPLES

Esta fase fue llevada a cabo durante 6 sesiones obteniendo un 100% de respuestas correctas de las 118 palabras empleadas.

En las primeras 4 sesiones el niño aplicó de 12 a 16 palabras todas ellas referentes a alimentos, juguetes como: sopa, -- queso, leche, pollo, taco, manzana, fresa, higo, carro, -- avión, tren, etc.

En la quinta sesión empezó a emplear de manera espontánea 20 palabras aproximadamente en lo que se refiere a limpieza, -- vestido personal, utensilios para comer, además de los alimentos y juguetes. Finalmente en la sexta sesión aumentó a 40 y en esta ya no fue necesario hacer la pregunta en cuanto a las cosas que veía o quería, simplemente expresaba su deseo. (ver Fig. 7 separación D).

Cabe aclarar que las palabras empleadas fueron las mismas -- que las utilizadas en las fases 3 y 4.

En el seguimiento el niño logró mantenerse en el 100% en sus dos aplicaciones; la primera se llevó a cabo unos meses después de haber finalizado el tratamiento, y la segunda se realizó varios años después con el mismo resultado.

ENTRENAMIENTO DE LENGUAJE

HABLADO

FIG. 7

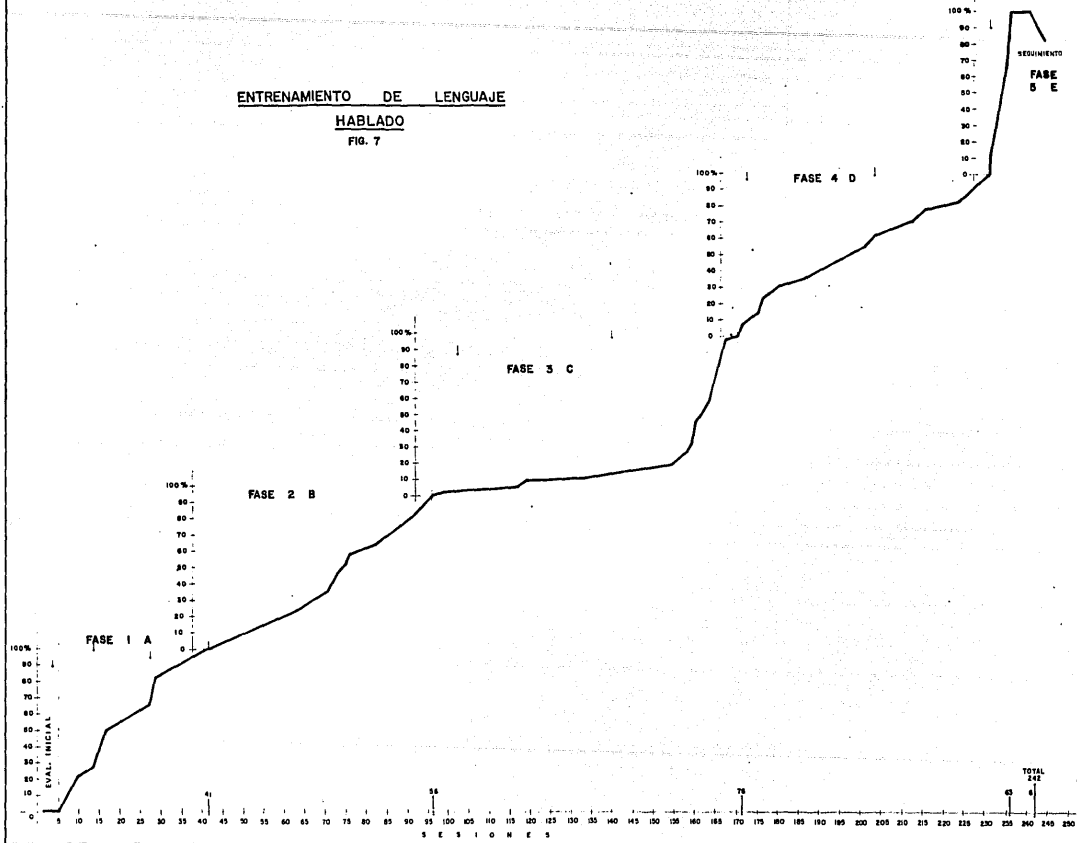


Fig. 7.- Esta gráfica muestra el entretenimiento de lenguaje en las 5 fases del diseño; en ella se puede visualizar claramente el avance que fue obteniendo el niño a lo largo de las sesiones para cada una de las fases.

En la Separación A.- Se encuentra el entrenamiento en Control Motor de los Organos Fonadores. En la Separación B.- El entrenamiento de los nuevos sonidos. En la Separación C.- El entrenamiento en Palabras o Combinación simple de los fonemas. En la Separación D.- La Implementación de Nuevas Palabras en Tactos. En la Separación E.- Mandos de Palabras Simples.

En el eje vertical se encuentran los porcentajes acumulados de las respuestas correctas del niño. En el eje horizontal se encuentran las sesiones. Las flechas indican la Conf fiabi lidad obtenida entre dos observadores.

RESULTADOS POR LA MADRE

De los registros que realizó la madre en casa para cada uno de los programas con respecto al trabajo de su hijo, solo algunos se tomaron en cuenta. Esto se hizo básicamente para representar los datos obtenidos, los cuales se presentan de manera acumulada.

En la Fig. 8 se encuentran los repertorios básicos, de los cuales solo en el programa de imitación se observa una inestabilidad en sus sesiones se establecieron en el 100%.

En la Fig. 9 se muestran los repertorios de Motricidad Gruesa, en donde no se observan desviaciones a excepción de la fig. 9 A en el cual el niño tenía que caminar en diversas direcciones siguiendo un ritmo de palmadas; sin embargo pronto se estableció.

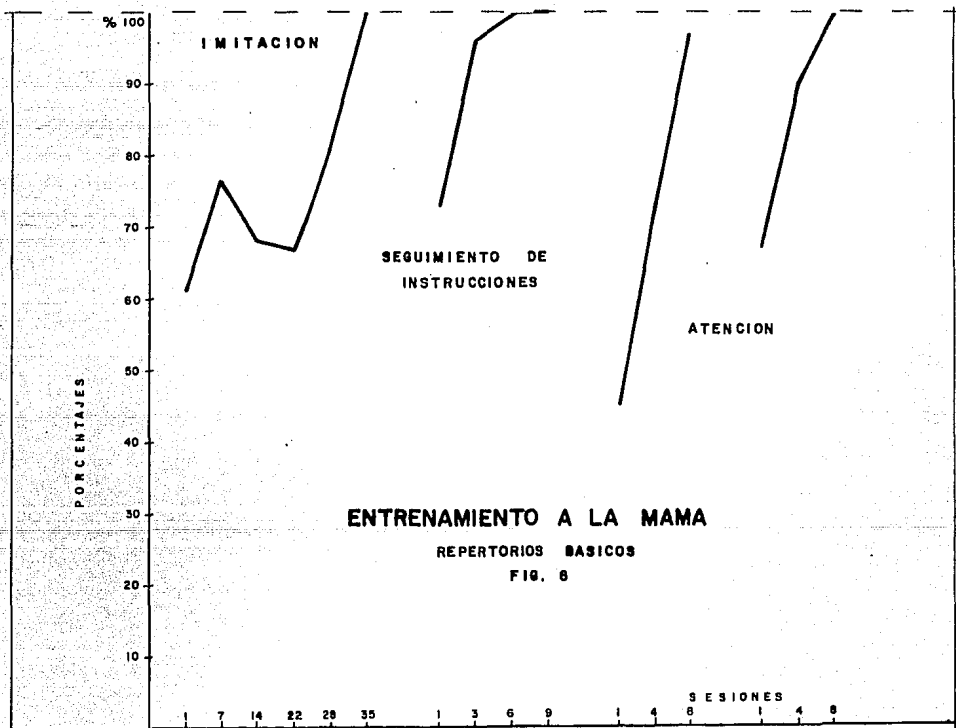
En lo que se refiere al programa de Percepción, Fig. 10, se visualizan algunas desviaciones sobre todo en coordinación visomotriz Fig. 10 A y Percepción Igual - Diferente; las cuales pueden ser comparadas con las del tratamiento.

Hay que mencionar que las conductas hiperactivas, perseverantes, de tensión, ansiedad, llanto, berrinche también las presentó en su casa, cada vez que trabajaba con él, sobre todo si el niño no podía dar la respuesta. Paulatinamente se fue eliminando estas, hasta que finalmente pudo tener el control sobre el niño, no solo cuando trabajaba sino en todas las actividades cotidianas y en cualquier lugar.

Finalmente en la Fig. 11 se encuentra la gráfica sobre el entrenamiento del lenguaje, en la que se visualiza claramente-

como la fase 3 fue la que llevó un mayor número de sesiones. Además éstas desviaciones también se observan en el tratamiento, a pesar de que solo se tomaron en cuenta algunas sesiones para representar la información.

Con todo lo anteriormente delneado, se puede argumentar que las respuestas del niño fueron similares, es decir, no variaron en comparación con las del tratamiento. Por lo que, el hecho de continuar en su casa el trabajo, hacía que no se perdiera lo aprendido: además mejoraban sus respuestas, con la práctica que se tenía todos los días, incluyendo sábados y domingos.

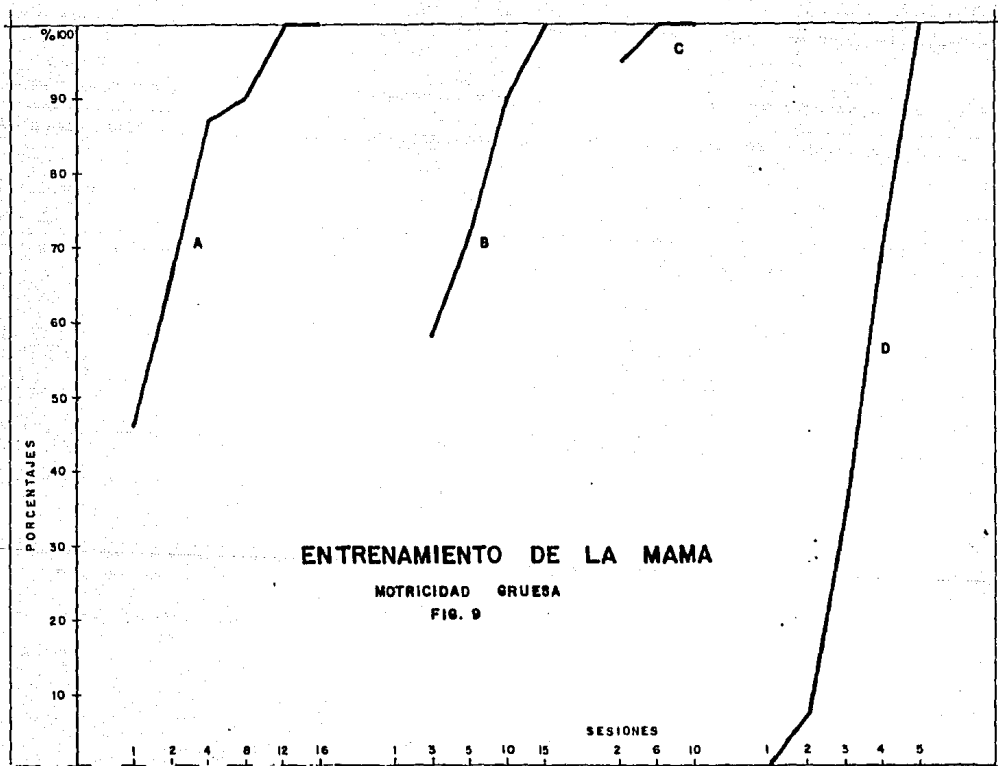


ENTRENAMIENTO A LA MAMA

REPERTORIOS BASICOS

FIG. 8

Fig. 8.- En esta gráfica se presentan las respuestas del niño sobre los repertorios básicos. En el eje vertical se muestran los porcentajes de algunos de los registros realizados por la mamá y en el eje horizontal las sesiones.



ENTRENAMIENTO DE LA MAMA

MOTRICIDAD GRUESA

FIG. 9

FIG. 9 MOTRICIDAD GRUESA

En esta gráfica se presentan los porcentajes de algunos de los registros realizados por la mamá en su casa. Los porcentajes están acumulados.

En la Fig. 9 A está representando el programa: Caminar en diversas direcciones siguiendo un ritmo de palmadas.

En la Fig. 9 B: Movimiento de los brazos en forma alterna.

En la Fig. 9 C: Equilibrio estático (pararse con un solo pie).

En la Fig. 9 D: Equilibrio Dinámico (brincar con un solo pie y con ambos a la vez).

En el eje vertical se encuentran los porcentajes de las respuestas correctas del niño y en el eje horizontal las sesiones.

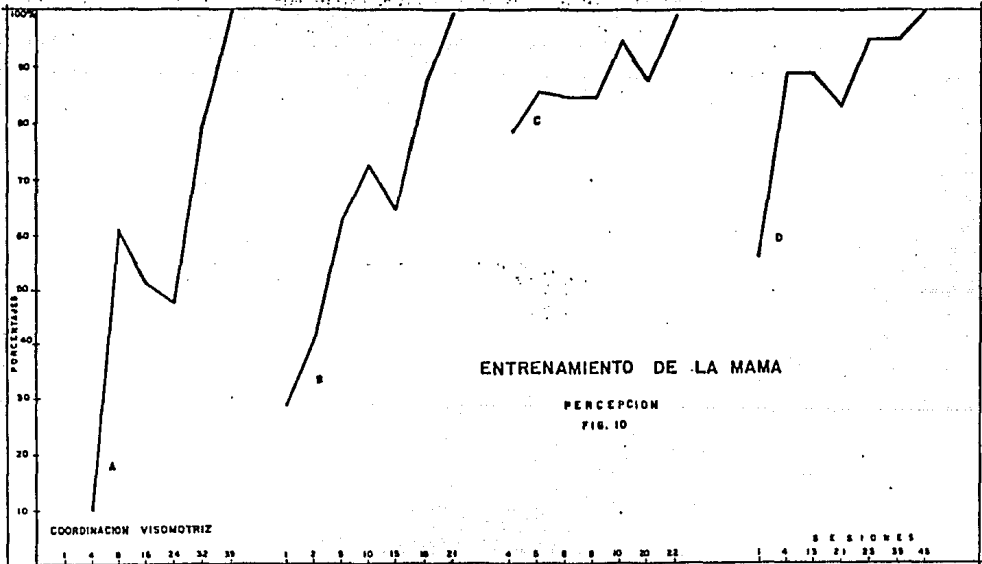


FIG. 10 PERCEPCION

Los porcentajes de esta gráfica fueron tomados de algunos de los registros que la mamá llevó a cabo en su casa con respecto al trabajo de su hijo.

La Fig. 10 A muestra la Coordinación Visomotriz

La Fig. 10 B: Percepción Igual - Diferente.

La Fig. 10 C Percepción del Color.

La Fig. 10 D Percepción del esquema corporal.

En el eje vertical se encuentra el porcentaje de las respuestas correctas del niño y en el eje horizontal las sesiones.

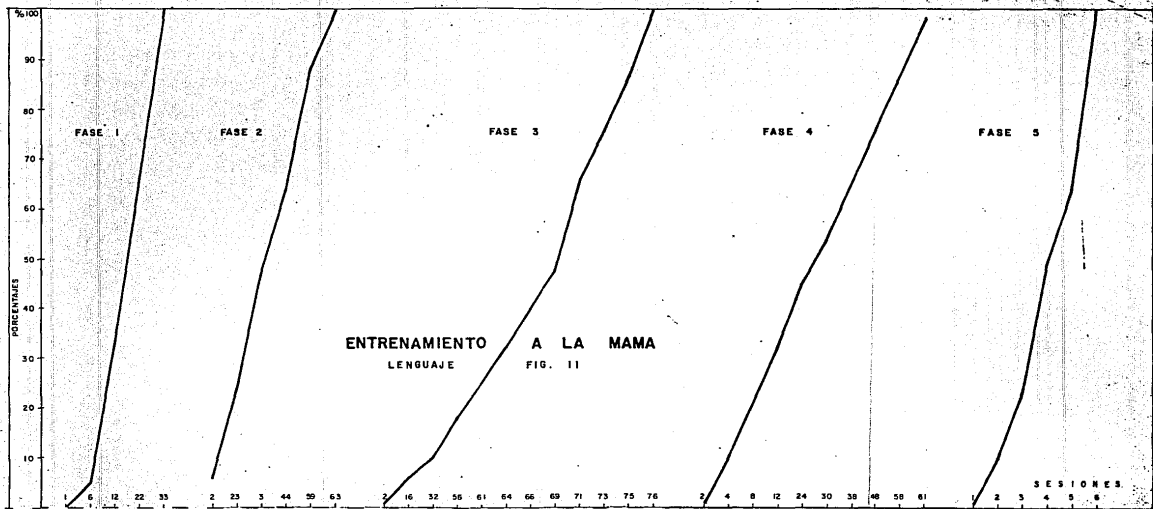


FIG. 11 ENTRENAMIENTO SOBRE LENGUAJE

Los porcentajes de esta gráfica fueron tomados de algunos de los registros que la mamá realizó en su casa, con respecto a las respuestas del niño para cada una de las 5 fases del programa de lenguaje.

En el eje vertical se encuentran los porcentajes y en el horizontal las sesiones.

5.- CONCLUSIONES Y DISCUSION

La estructuración del programa de lenguaje del presente trabajo, tuvo como referencia los programas sobre lenguaje aplicados a niños con características similares a las de nuestro sujeto, de autores tales como Sloane y Harris; Sloane y Mac Aulay 1966. Estos autores señalan que la velocidad de adquisición del lenguaje en sus programas, se debió principalmente a la aplicación sistemática de los pasos de estos y de las técnicas operantes.

Tomando como referencia lo anterior, el presente trabajo se diseñó en cinco fases que se presentaron en forma gradual y sistemática para que el sujeto, caracterizado por habla ininteligible, lograra la adquisición del lenguaje.

La primera fase se inició con el tratamiento del aparato fonarticulador a fin de lograr su flexibilidad, lo que a su vez permitió que el sujeto emitiera sonidos simples, y en una fase posterior poderlos encadenar en palabras simples que serían -- asociadas con los objetos. Por otra parte, es importante señalar que independientemente de tomar como referencia algunos de los trabajos de los autores citados para diseñar este programa, se efectuaron en el mismo algunas variaciones que obedecían a las características particulares de nuestro sujeto. Esto se desprende de los postulados de Sloane y Bijou, 1966; -- quienes proponen que el diseño y secuencia de las fases de un programa de lenguaje deben realizarse de acuerdo a las particularidades del sujeto en cuestión. De aquí, se desprende, la -

la secuencia que se dió a las fases del presente trabajo, las cuales permitieron finalmente el logro del objetivo planteado. Se debe citar que la aplicación de las técnicas operantes permitieron el desarrollo de cada una de las fases y finalmente el establecimiento del lenguaje; tales técnicas fueron: la imitación, el moldeamiento, la investigación física y verbal, el encadenamiento, desvanecimiento de estímulos y reforzamiento, ya que sin ellas no hubiese sido posible la velocidad de adquisición del lenguaje que presentó el sujeto, la cual puede observarse en la gráfica 7.

Otro factor, que coadyuvó al establecimiento del lenguaje en el niño, fue el criterio que se estableció para el avance de cada fase, es decir, el niño para poder pasar al ensayo de otra palabra debía dar diez ensayos consecutivos sin error; 90% de aciertos para que pudiera pasar de una lista de palabras a otra y 100% para que pasara de una fase a otra. Este criterio se considera exigente, si tomamos en cuenta las características del sujeto, sin embargo este grado de exigencia permitió que se lograra el mantenimiento y generalización del programa; por ello el gran número de sesiones que se efectuaron en las fases tres y cuatro principalmente. Otro elemento de suma importancia para el desarrollo del trabajo, fue la participación activa y constante de la madre en el hogar, ya que ella trabajaba en casa con el niño cada una de las palabras enseñadas en la sesión terapéutica. Esta participación viene a confirmar la importancia que tiene la intervención de los padres en la rehabilitación de cualquier niño con retardo en el

desarrollo. Hay que agregar que el trabajo de la madre garantizó un mayor avance del programa.

En la fase cinco se requirió de un menor número de sesiones, - debido a que el niño en esta fase, la última, ya contaba con - el repertorio suficiente para pedir con facilidad el objeto -- que deseara en un momento dado, se considera que dicha facilidad de expresión en el niño, fue producto del entrenamiento dado en las fases anteriores, específicamente a partir de la fase tres en la que se inició la asociación de la palabra con el objeto.

Cabe aclarar, que la secuencia de las listas de palabras que - integraron el programa se derivaron de los trabajos en la misma área, de Galindo y Nieto, 1980; a las cuales se les hicie--ron algunas modificaciones que en lo que se refiere a la se--cuencia de sonidos, a fin de adaptarias al grado de dificultad-articulatoria que presentaba el sujeto.

Con lo que respecta al seguimiento, se pudo corroborar que el programa había quedado establecido en el sujeto, a reserva de algunas sustituciones de sonidos como: R por L; S por T y D -- por T que presentó en ciertas palabras después de un período - de 5 años en que había sido implementado el programa; haciéndose notar que durante ese intervalo el niño ya no estuvo bajo - ningún tratamiento terapéutico. Sin embargo, él no perdió las posiciones articulatorias.

Otro dato importante que debe mencionarse, es que el sujeto -- pudo emitir otras palabras que no habían sido entrenadas durante la implementación del programa. Esto se puede considerar -

como secuencia de la flexibilidad del aparato fonarticulador y al encadenamiento de sonidos para formar palabras que se había trabajado con él.

De esta forma, los resultados obtenidos con el sujeto en cuestión, vienen a reforzar la efectividad de los programas implementados por los autores citados anteriormente, principalmente en lo que se refiere a la forma de estructuración de los programas, y es ésta la que sirvió como referencia para el diseño de nuestro programa en particular.

Con base a lo anterior, podemos concluir que en este trabajo - a través de la aplicación del programa se confirmó la hipótesis planteada, asimismo se cumplió el objetivo general del trabajo que consistía en que el sujeto logrará la adquisición de las habilidades lingüísticas básicas.

6.- PROPOSICIONES

Dentro del desarrollo del lenguaje hablado se propone elaborar un diseño en el cual no solo se tome en cuenta el hecho de que el niño exprese sus deseos, sino que reflexionar sobre los mismos, los conceptualice y además desarrolle aspectos perceptivo-cognitivo y lingüísticos; lo cual conducirá al inicio tanto de aspectos semánticos logrando finalmente la adquisición de lenguaje en su más amplia expresión.

De igual forma, se sugiere establecer programas que favorezcan la memoria visual y auditiva en el desarrollo del lenguaje por medio de una práctica repetitiva y constante, que de lugar al recuerdo tanto a corto como a largo plazo.

Finalmente para lograr la implementación de cualquier programa rehabilitatorio con resultados positivos, se propone hacer que los padres participen y cooperen en forma activa, ya que sin ellos sería difícil llegar a obtener estos resultados. Por consiguiente se sugiere que antes de iniciar cualquier intervención primeramente se establezca un reporte positivo entre los padres y el terapeuta, para modificar la actitud de estos hacia el problema de su hijo, es decir, que acepten las deficiencias que presenta el niño.

Además se recomienda elaborar programas de enseñanza paralelos a los de lenguaje o de cualquier otra habilidad, en el que participen activamente en su rehabilitación; con el propósito de que apliquen en una manera consistente y sistemática los conocimientos adquiridos en la terapia; de tal forma que mantengan las habilidades establecidas en el niño, así como el desarrollo de otras habilidades. Dando como resultado la adaptación familiar y social.

7.- A N E X O S.

7.1.- LISTAS DE LOS PROGRAMAS

1.- IMITACION GENERALIZADA

2.- SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES

3.- MOTROCIDAD GRUESA

Movimiento de los Brazos en forma Alterna

4.- PERCEPCION

a) Esquema Corporal

b) Color

**5.- FASE 1 ENTRENAMIENTO EN CONTROL MOTOR DE LOS
ORGANOS FORMADORES**

6.- FASE 2 ENTRENAMIENTO DE LOS NUEVOS SONIDOS

**7.- FASE 3 COMBINACION SIMPLE DE LOS FONEMAS O PA-
LABRAS SIMPLES**

**8.- FASE 4 IMPLEMENTACION DE NUEVAS PALABRAS EN --
TACTOS O PALABRAS COMPUESTAS**

A N E X O

1.- PROGRAMA: IMITACION GENERALIZADA

Lista de conductas:

- 1.- Sentarse
- 2.- Pararse
- 3.- Agacharse
- 4.- Tocar la pared
- 5.- Tocar la cabeza con ambas manos
- 6.- Tocar las orejas
- 7.- Tocar el pie derecho
- 8.- Tocar el hombro
- 9.- Tocar las rodillas
- 10.- Tocar la boca
- 11.- Caminar en incunclillas
- 12.- Mover la cabeza afirmativamente
- 13.- Colocar el dedo indice en la frente
- 14.- Abrir la boca y sacar la lengua
- 15.- Taparse los ojos con ambas manos

Respuestas de prueba al finalizar el programa sin reforzamiento:

- 1.- Guardar un objeto en la bolsa
- 2.- Hacer una sentadilla
- 3.- Acostarse en el suelo
- 4.- Brincar
- 5.- Aplaudir

A N E X O

2.- PROGRAMA: SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES

- 1.- Ven
- 2.- Vete
- 3.- Abre la boca
- 4.- Abre y cierra la bolsa
- 5.- Sopla
- 6.- No (atender ante esta palabra)
- 7.- Deja eso
- 8.- Mira Aquí
- 9.- Coloca la silla en el escritorio
- 10.- Agáchate
- 11.- Aplauso
- 12.- Sientate
- 13.- Levantate
- 14.- Abre la puerta
- 15.- Taparse los ojos con ambas manos
- 16.- Cierra la puerta

Respuestas de prueba al finalizar el programa sin reforzamiento.

- 1.- Levantar el brazo
- 2.- Sentarse
- 3.- Brincar
- 4.- Tomar el lápiz
- 5.- Abrir la boca

A N E X O

3.- MOTROCIDAD GRUESA

MOVIMIENTO DE LOS BRAZOS EN FORMA ALTERNA

- 1.- Levantar el brazo izquierdo en dirección horizontal
- 2.- Levantar el brazo derecho en dirección horizontal
- 3.- Levantar ambos brazos en forma alterna, en la misma --
dirección.
- 4.- Levantar el brazo derecho al frente
- 5.- Levantar el brazo izquierdo al frente
- 6.- Levantar el brazo derecho arriba
- 7.- Levantar el brazo izquierdo arriba

A N E X O

4.- PERCEPCION

a.- PERCEPCION DEL ESQUEMA CORPORAL

1.- Cabeza

2.- Pies

3.- Manos

4.- Ojos

5.- Boca

6.- Orejas

7.- Nariz

A N E X O

b.- PERCEPCION DEL COLOR

- 1.- Rojo
- 2.- Verde
- 3.- Azul
- 4.- Amarillo
- 5.- Negro
- 6.- Blanco

5.-
 FASE I.- ENTRENAMIENTO EN CONTROL MOTOR DE LOS ORGANOS FON--
 DORES

Lista de ejercicios:

- 1.- Abrir y cerrar la boca
- 2.- Aspirar y espirar con la boca, después con la nariz lenta-
y rápidamente
- 3.- Soplar sobre trozos de algodón y apagar velas soplando
- 4.- Apretar, extender, meter y arrugar los labios
- 5.- Mover diferencialmente el labio inferior o el superior
- 6.- Morder diferencialmente el labio inferior o el superior
- 7.- Sostener palitos de diverso grosor entre los labios.
- 8.- Sacar y meter la lengua lenta y rápidamente
- 9.- Sacar la lengua y moverla hacia arriba, abajo, a la izquier-
da, derecha; después hacer lo mismo con la lengua dentro
- 10.- Tocar diferentes partes de la boca como son labios, dien--
tes, paladar, etc., con la punta de la lengua
- 11.- Empujar las mejillas con la lengua
- 12.- Mover en círculo la lengua sobre los labios
- 13.- Emitir sonidos con los labios apretados y con la lengua --
entre los labios
- 14.- Estirar y contraer la lengua, colocándola en diferentes po-
siciones, dentro y fuera de la boca
- 15.- Inflar y desinflar las mejillas, ambas a la vez y una por-
separado
- 16.- Bostezar

A N E X O

17.- Asumir una posición articulatoria sin emitir sonido.

18.- Pasar de una articulación a otra sin emitir sonido.

A N E X O

5.-

FASE 2 ENTRENAMIENTO DE LOS NUEVOS SONIDOS

1.- /o/

2.- /u/

3.- /b/

4.- /c/, /k/

5.- /f/

6.- /d/

7.- /g/

8.- /s/

9.- /j/

10.- /n/

11.- /l/

12.- /ll/

13.- /r/

14.- /ch/

15.- /r/

16.- /rr/

17.- /q/

A N E X O

7.-

FASE 3 COMBINACION SIMPLE DE LOS FONEMAS O PALABRAS SIMPLES

Lista 1	Lista 2	Lista 3	Lista 4	Lista 5
Pato	Dame	Gato	Uña	Vaca
Mata	Sopa	Chile	Pera	Perro
Dedo	Pelo	Silla	Uva	Higo
Tube	Foco	Mesa	Leche	Lima
Bebé	Taco	Cara	-	Coco
Cama	Caja	Carro	-	Queso
-	Piña	Mano	-	Pan
-	-	Café	-	Baño
-	-	Ten	-	Pollo
-	-	-	-	Tuna

A N E X O

Lista 6	Lista 7	Lista 8	Lista 9	
Luna	Toro	Piso	Tela	Ven
Sol	Rana	Roca	Capa	Come
Loro	Pala	Bola	Nuve	Jabón
Sapo	Casa	Rico	Hoja	Rojo
Rosa	Vaso	Soda	Pesa	Adios
Olla	Vela	Agua	Lleno	Buenos
Boca	Llave	-	Calle	
Ojo	Bota	-	Rama	
Huevo	Ropa	-	Dama	
-	Pie	-	Niño	

A N E X O

B.-

**FASE 4 IMPLEMENTACION DE NUEVAS PALABRAS EN TACTOS O PALABRAS
COMPUESTAS**

Lista 1	Lista 2	Lista 3	Lista 4
Sal	Cuchara	Caña	Brazo
Frijol	Tenedor	Fresa	Diente
Pescado	Cuchillo	Melón	Nariz
Elote	Plato	Sandía	Cuerpo
-	Jarra	Plátano	Cabeza
-	Botella	Naranja	Oreja
-	Servilleta	Mango	-
-	Peine	Manzana	-
-	Toalla	Tomate	-

Lista 5	Lista 6	Lista 7	Lista 8
Pantalón	Ventana	Lápiz	Dado
Camisa	Puerta	Regla	Coche
Calcetín	Techo	Goma	Pelota
Zapato	Colcha	Pintura	Rueda
Sobrero	Sábana	Papel	Canica
Cinturón	Tele	Flor	Avión
Camiseta	-	Arbol	Barco
Calzón	-	Dulce	Columpio
Chamarra	-	Libro	Muñeco
Playera	-	-	-

Lista 9	Lista 10
Gallo	Luz
Mono	Cielo
Chivo	Lluvia
Pájaro	Estrella
Caballo	Puerta
Puerco	-
Borrego	-

ANEXO

T I P O S D E R E G I S T R O S

B I B L I O G R A F I A

- ALAN COHEN, S. TEACHING THE MALL TO READ THEORY, METHODS AND - MATERIAL FOR THEACHING THE DISVANTAGE. New York: Random, 1969.
- AVILA, R. LA LENGUA Y LOS HABLANTES. México: Ed. Trillas, 1967.
- AYLLON Y AZRIN. ECONOMIA DE FICHAS. Un sistema motivacional pa ra la terapia y la rehabilitación. México, Biblioteca Técnica de Psicología: Ed. Trilla, 1976.
- AYLLON, T., AND N.H. AZRIN. "The Measurement and Reinforment - of Behavior of Psychotics". JOURNAL EXPERIMENTAL ANALYSIS OF - BEHAVIOR, 1965, 8
- AZCOAGA, J. LOS RETARDOS DEL LENGUAJE EN EL NIÑO. Buenos Ai-- res: Ed. Paidos, 1979.
- AZCOAGA, J. DEL LENGUAJE AL PENSAMIENTO VERBAL. Buenos Aires- Argentina: Ed. El Ateneo, 1979.
- BANDURA, A. DOROTHEA, AND SHEILA, A. ROSS, "Vicarious Reinfor- cement and Imitation". JOURNAL ABNORMAL SOC. PSYCHOL. 67, 1963.
- BEAR, D. PETERSON, R., AND SHERMAN, J.A. "The development of - Imitation by Reinforcing Behavioral Similarity to a Model JOUR NAL EXPERIMENTAL BEHAVIOR: 10, 1967.
- BEAR & SHERMAN J. "Reinforcemnt Control of Generalized Imita-- tion in Young Children". JOURNAL OF OXPERIMENTAL CHILD PSYCHO- LOGY, 1967.
- BENDER MICHAEL. TEACHING THE MODERATELY AND SEVERELY HANDI CA- PPEd. Baltimore: Valletuti, 1967.

BIJOU, S. AND BEAR, D. PSICOLOGIA DEL DESARROLLO INFANTIL, México: Ed. Trillas, 1975.

BIJOU AND SLOANE H.N. TERAPEUTIC TECHNIQUES WITH CHILDREN. In: I.A. and L.A. Pennington (Eds.) An Introduction to Child Psychology (3rd Edition) New York: Ronald Press Res. Monogr, 1970 No. 59.

BOLAÑOS. BREVE MANUEL DE FONETICA ELEMENTAL. México, Ed. Porrúa, S.A., 1956.

BRICHER W.; BRICKER, D. "An Early Language Training Strategy". DISERTATION ABSTRACTS. Vol. 53, 1975.

BOUTON, CH. EL DESARROLLO DEL LENGUAJE. Colección Temas Básicos. Buenos Aires: Ed. Huemul, S.A. 1976.

BUSTOS, S. DISCRIMINACION AUDITIVA Y LOGOPEDIA. Manual de ejercicios de Recuperación. España: Ed. Ciencias de la Educación - Preescolar y Especial, 1979.

CLINTON, W. BENNETT "Articulation Training of two Hearing Impaired Girls". JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS. 1974.

CORREDERA, T. DEFECTOS EN LA DICCIÓN INFANTIL. Buenos Aires: Ed. Kapelusz, 1973.

CRUICKSHANK, W. EL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL EN LA ESCUELA, EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD. México: Ed. Trillas, 1977.

CRUICKSHANK, W. LEARNING DISABILITIES IN HOME, SCHOOL AND COMMUNITY. USA.: Syracuse University Press, 1977.

DOLL, T.J. "Short-term Retention: Preparatory Set as Covert Rehearsal" JOURNAL OF EXPERIMENTAL PSYCHOLOGY. 82, 1969.

- FESTER Y PERROT. PRINCIPIOS DE LA CONDUCTA. Biblioteca Técnica de Psicología. México: Ed. Trillas, 1975.
- FORGUS, R. PERCEPCION. Proceso básico en el Desarrollo Cognitivo. México: Ed. Trillas, 1979.
- FROSTIG, M. & MASLOW, P. LEARNING PROBLEMS IN THE CLASS ROOM. New York: Grune & Stratton, Inc., 1973.
- FROSTIG, M. et. al. METODO DE EVALUACION DE LA PERCEPCION VISUAL. Manual de aplicación y calificación. México: Ed. Manual-Moderno, 1974.
- FROSTIG. DEVELOPMENTAL TEST OF VISUAL PERCEPCION. 1963, Standardization. California: Consulting Psychologists Press, 1964.
- FROSTIG, M.; HORNE, D. AND MILLER, A. PICTURES AND PATTERNS -- TEACHERS GUIDE. Chicago: Follet Publishing Co., 1972.
- GALINDO, E. et. al. MODIFICACION DE CONDUCTA EN LA EDUCACION ESPECIAL. México: Ed. Trillas, 1980.
- HART, B. AND RISLEY "Establishing Use of Descriptive Adjectives in the Spontaneous Speech of Disadvantage Preeschool Children". JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS, pp. 109-120, 1968.
- JORDAN, T. THE MENTALLY RETARDED. Ohio: Published by Charles, E. Merrill Ed. Publishing Company A Bell & Howell Company University of Missouri at St. Louis, Columbia, 1967.
- KATHRYN, A. BLAKE. THE MENTALLY RETARDED. New Jersey: Ed. Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs, 1976.
- KAUFFMAN. et. al. Editores. HANDBOOK OF SPECIAL EDUCATION. New Jersey: Ed. Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, 1981.

KELLER, M. "An Experimental Analysis of the Relationship Between Receptive and Productive Language Acquisition in developmentally children" DISERTATION ABSTRACS. Vol. 38, pp. 4465 - B 1978.

KEPHART, N. EL ALUMNO RETARDADO. Barcelona Aribau: Ed. Luis Miracle, S.A., 1979.

KIRK, S. YOU AND YOUR RETARDED CHILDREN. A manual for Parents of Retarded children. New York: Ed. The John Day Company, 1969.

LAMBERT, F. AND BURNS. "Observation Elicited Language Imitation with the severely retarded". LANGUAGE SPEECH. Vol. 22 pp 21-34 1979.

LAUNAY, C. y MAISSONNY. TRASTORNOS DEL LENGUAJE, LA PALABRA Y LA VOZ EN EL NIÑO. Barcelona España: Ed. Toray Masson, S.A., - 1975.

LEBOVITS, H. "Communication Development: Retarded and Nonretarded Children". DISERTATION ABSTRACTS. Vol. 73, 1976, pp 5401 - B.

LITTON, F.W. EDUCATION OF THE TRAINABLE MENTALLY RETARDED. - - Saint Louis: Ed. The C.V. Mosby Company. 1978.

LOVAS, J.O. A PROGRAM FOR THE ESTABLISH OF SPEECH IN PSYCHOTICS CHILDREN. Oxford: In J.K. Wing (Ed)., Childhood Austim Editorial Pergamon Press, 1966.

LURIA, A.R. FUNDAMENTOS DE NEUROLINGUISTICA. Barcelona España- Ed. Toray Masson, 1980.

LUTZKER, J. AND SHERMAN. "Producing Generative Sentence usage-by Imitation and Reinforcement Producers". JOURNAL OF APPLIED-BEHAVIOR ANALYSIS. 7 1974 pp. 447-4460.

MAHMOUD, CROSSLAND C. "The Acquisition of the Ask Tell Construction in the Language of normal Retarded and Gifted Children". DISERTATION ABAstracts. 1975.

MAISTRE, M. DEFICIENCIA MENTAL Y LENGUAJE. Principios y métodos para la reeducación del deficiente mental. Barcelona España: Ed. Laia, 1970.

MC. CARTHY, D. LANGUAGE DEVELOPMENT IN CHILDREN. In Manual of Child Psychology. Edited By L. Carmichel. Ed. John Wiley & Sons, 1959.

MC. CARTHY, J. AND MC. CARTHY, F. LEARNING DISABILITIES. Boston: Ed. Allyn & Bacon, 1969.

MC. LEAN, J.E. INTRODUCTION: DEVELOPMENT CLINICAL STRATEGIES FOR LANGUAGE INTERVENTION WITH WITH MENTALLY RETARDED CHILDREN In J.F. Mc Nean; D.E. Yoder and R.I. Schiefelbusch (Eds.) Baltimore M.D. University: Park Press, 1972.

MENDEZ, M. PROGRAMACION DE OBJETIVOS EDUCATIVOS PARA DEFICIENTES MENTALES. España: Ed. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, 1978.

MILLER, N.E., AND J. DOLLARD. SOCIAL LEARNING AND IMITATION.

NEISSER, U. PSICOLOGIA COGNITIVA. México: Biblioteca Técnica de Psicología, Ed. Trillas, 1979.

NIETO, H.M. ANOMALIAS DEL LENGUAJE Y SU CORRECCION. México: -- Editor y distribuidor, Francisco Méndez Oteo, 1980.

OSGOOD, METHOD AND TEORY IN EXPERIMENTAL PSYCHOLOGY. Nueva York: Oxford, Univer. Press, 1953.

PEINADO, A. PEDAGOGIA DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE. Caracas: Estudio Clínico Psicológico, 1961.

PIAGET, J. THE ORIGINS OF INTELIGENCE IN CHILDREN. New York:- Ed. Internacional Universities Press, (sin fecha).

PIARCE, S. "A Comparison of Phonological development in autistic, Mentally Retarded and Normal Children". DISERTATION ABS--TRACTS. Vol. 38 pp. 4793-A 1977.

PERELLO, J. TRASTORNOS DEL HABLA. Barcelona España Ed. Científico Médico, 1973.

PERRY, N. TEACHING THE MENTALLY RETARDED CHILD. New York & London: Columbia University Press, 1974.

RIBES, I. TECNICAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA. Su aplicación al retardo en el Desarrollo. México: Ed. Trillas, 1976.

RICCHMAN, J. "Operant Training of Head Control And Begining -- Language for a Severely developomentally Disable Child". JOUR--NAL OF BEHAVIOR THERAPY & EXPERIMENTAL PSICHIATRY. Vol. 8, pp. 437-440, 1977.

RISLEY, T. THE ESTABLISHMENT OF VERBAL BEHAVIOR IN DEVIANT -- CHILDREN. University of Washington: Ed. Un published Doctoral-Disertation, 1965.

REESE Y LIPSITT. PSICOLOGIA EXPERIMENTAL INFANTIL. México: Ed. Trillas, 1975.

REPP, B. "Categories and Context in the Perception of Isolated Steady - Satate Vowels". JOURNAL OF EXPERIMENTAL PSICHOLOGY -- HUMAN PERCEPTION AND PERFORMANCE. Vol. 5, 1979.

RUSSO, A. "An Exploratory Study to Determine the Effectiveness of a Systematic language Program and Variable types of Reinforced with Severely Profoundly Retarded School age Children". DISERTATION ABSTRACTS. Vol. 38, 1976, pp. 3417-A.

SAPIR, S. A PROFESSIONAL'S GUIDE TO WORKING THE LEARNING DISABLE CHILD. New York: Ed. Brunner/ Mazel 1978.

SCOTT, R. "Visual Memory in Left Hemiplegia: A Clinical Evaluation of verbally Theories of Visual Memory". PERCEPTUAL AND MOTOR SKILLS. 51 pp. 13-14, 1980.

SCHIEFELBUSCH & LLOYD. Editores LANGUAGE PERSPECTIVES ACQUISITION, RETARDATION AND INTERVENTION. Baltimore M.D. University: Park Press, 1974.

SCHIEFELBUSCH & NORRIS, H. METHODS IN SPECIAL EDUCATION. New York: Ed. Mc Graw Hill, 1967.

SCHIEFELBUSCH, R.L. NONSPEECH LANGUAGE AND COMMUNICATION. Analysis and Intervention. Baltimore University: Park Press, 1980.

SEGRE, R. LA COMUNICACION ORAL NORMAL Y PATOLOGICA. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidos, 1972.

SHERMAN, J. "Use of Reinforcement and Imitation to Reinstate Verbal Behavior in Mute Psychotics". JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY. Vo. 70 pp. 155-164, 1965.

SIMIC, J. "Variables Affecting the development and Maintenance of Spontaneous Verbal Mending in Functionally non Verbal Retarded Children". DISERTATION ABSTRACTS. 1977.

SLOANE AND MAC AULAY. OPERANT PROCEDURES IN REMEDIAL SPEECH AND LANGUAGE TRAINING. Boston New York: Ed. H.M. Co. Hougjton Mi--
fflin Company, 1968.

SNYDER, R., SNYDER, A & SOILEAU, G. SHORT-TERM VISUAL MEMORY -- IN ADOLESCENTS AND ADULTS: POWER OF MEMORY, LEVELS OF MEMORY -- PRECISION, AND SGNIFICANT CORRELATES. Journal of the Mississi
ppi Academy of Sciences, 1978.

ATEPHENS. Editor TRAINING THE DEVELOPEMENTAL YOUNG. John Day -
Books in Special Education. New York: Ed. The John Day Company
1971.

STRAUSS, A. AND L.E. LEHTINEN. PSICHOPATHOLOGY AND EDUCATION -- OF THE BRAIN-INJURED CHILD. New York: Ed. Grune and Stratton,-
(sin fecha).

VAN BIERULIET, A. "Establinshing Words and Objets as Funtionally equivalent trough Manual sing Training". AMERICAN JOURNAL- OF MENTAL DEFICIENCY. Vol. 82 pp. 178-186., 1977.

VAN RIPER, C. APEECH CORRECTION. Principles and Methods. New -
Jersey: Ed. Englewood Cliffs; Prentice Hall, 1972.

VAN RIPER, C. NIÑOS QUE TARDAN EN APRENDER A HABLAR. Buenos Ai
res: Editor Johnson W, Problemas del Habla Infantil. Ed. Kape-
luzz, 1973.

WARREN, 'H. Editor. DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. México, Ed. Fon-
do de Cultura Económica, 1979.

WENDEL, J. PROBLEMAS DEL HABLA INFANTIL. Buenos Aires: Ed. Ka-
peluzz, 1973.