

22



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS EN NIÑOS  
CON TRASTORNOS DEL LENGUAJE.  
"CENTRO DE INVESTIGACIÓN CAPEP"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA :

TSUHEYDI ARAUJO MEDINA

DIRECTORA: C. D. MIRELLA FEINGOLD STEINER  
ASESOR: C. D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME

*f. p. [signature]*



México, D. F.

Junio 2002

TESIS CON  
FALSA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

## AGRADECIMIENTOS

### *A MIS PADRES:*

Por ser mi mayor fuente de  
Conocimientos y sobre todo porque  
Gracias a la superación que me demostraron  
Pude llegar a ser quien ahora SOY.

Los Amo.

### *A MI HERMANA:*

Por esa confianza y apoyo que  
Mutuamente nos hemos brindado.

### *A DIOS:*

Por llevarme de la mano en este camino  
De tristeza y felicidad....

" LA VIDA "

**A LA LIC. MÓNICA ARZATE:**

**Por el apoyo que me brindó para  
Poder terminar este trabajo.**

**A MI DIRECTORA:**

**Por enseñarme una gran  
Visión de mi vida futura.**

**A MI ASESOR:**

**Que bien podría ser coautor de  
Este trabajo... Gracias.**

**Y A TODOS LOS DOCTORES DE LA FACULTAD.**

*A ALFONSO ARZATE SOLACHE:*

Por haberme demostrado que...  
"Las oportunidades se dan solo una vez,  
si esperas demasiado: las puedes perder".

Te quiero.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	5
CAPÍTULO I DESARROLLO EVOLUTIVO DEL LENGUAJE	7
CAPÍTULO II DESARROLLO DEL LENGUAJE DEL NIÑO DEFICIENTE MENTAL	12
CAPÍTULO III EDUCACIÓN DE LA RESPIRACIÓN	17
CAPÍTULO IV LENGUAJE COMO MEDIO DE COMUNICACIÓN	22
CAPÍTULO V TRASTORNO DEL LENGUAJE EN EL NIÑO	25
CAPÍTULO VI INVESTIGACIÓN EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOPEDAGÓGICO DE EDUCACIÓN PREESCOLAR	51
CAPÍTULO VII DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	55
CAPÍTULO VIII METODOLOGÍA	66
CAPÍTULO IX CONCLUSIONES	75
BIBLIOGRAFÍA	78

## INTRODUCCIÓN

Noam Chomsky, distinguido por sus trabajos sobre la adquisición del lenguaje, afirma que un hablante puede producir y entender infinitas oraciones que no ha oído antes, para lo cual, hace un uso de medios finitos.

Desde que el niño nace, está expuesto al habla de los demás, es decir, se encuentra en un medio lingüístico; escucha emisiones perfectamente construidas, y es el adulto quien le facilita la tarea de realizar una construcción propia.

Antes de que el niño adquiera el lenguaje como tal, tiene que hacer un recorrido a través de aprender sonidos, formar palabras, combinarlas en frases, construir significados, adquirir un conocimiento sobre su propio lenguaje, hasta llegar a la meta: la adquisición del lenguaje; pero, en ocasiones, este camino se ve truncado por diversos factores, dando origen a trastornos tales como:

1. Trastornos del lenguaje mixto: consiste en la alteración del desarrollo del receptivo y del lenguaje expresivo. Las dificultades se presentan a nivel del lenguaje verbal y del gestual.

**Trastornos del lenguaje expresivo:** Las deficiencias del lenguaje se presentan en la producción del habla, pero no en la comprensión.

En el nivel expresivo, podemos distinguir, si existen problemas, porque al hablar omiten palabras, sus estructuras gramaticales están limitadas, ordenan incorrectamente las palabras, o bien, las combinan inapropiadamente y se les dificulta seguir una conversación.

Los problemas a nivel receptivo, se pueden distinguir por la dificultad para comprender el significado de varios morfemas (por ejemplo, plurales o singulares); no logran entender oraciones con elementos de lógica cuyo significado está dado por el orden de las palabras ni tampoco comprenden las formas sociales del habla (por ejemplo, gestos, tono de voz, modismos).

2. Trastorno Fonológico: Se trata de la incapacidad para producir, utilizar y organizar los sonidos.
3. Tartamudeo: Se caracteriza por frecuentes repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas. A menudo es más grave cuando se produce una presión para hablar.
4. Trastornos en el Aprendizaje: Se dividen en:
  - Afasia de Wernicke: Dificultad en la comprensión del lenguaje hablado y en la repetición de palabras.
  - Afasia de Broca: Deficiencia en la lectura y escritura.
  - Afasia de Conducción: Errores en la codificación de la lectura, pero, comprensión adecuada y afectación en el área expresiva.
  - Alexia sin Agrafia: Dificultad en la lectura de palabras y para nombrar colores.



- **Alexia Con Agrafia:** La lectura y la escritura, el lenguaje oral y la orientación espacial se ven deterioradas.

Existe un problema de aprendizaje cuando el rendimiento del individuo en lectura, escritura o matemáticas es sustancialmente inferior al esperado para su edad cronológica, escolarización y nivel de inteligencia, estos trastornos pueden reflejarse en los logros académicos del niño.

El tratamiento para los trastornos del lenguaje debe basarse en una evaluación a fondo donde se analicen las áreas específicas de deficiencia.

Se denomina **dislalia orgánica** a los trastornos de la articulación, que están motivados por alteraciones orgánicas.

Algunos autores incluyen a las **dislalias audiógenas** dentro de las **dislalias orgánicas**.

Si se encuentran alojadas en el Sistema Nervioso Central reciben el nombre de **Disartrias** y forman parte de las alteraciones del lenguaje de las personas deficientes motoras.

Si nos referimos a alteraciones o anomalías anatómicas en los órganos fonarticulatorios, se denominan **Disglosias**.

El lenguaje es un instrumento básico para la relación interpersonal; es un acto de comunicación que permite intercambiar ideas y emociones. Se halla estrechamente unido a la inteligencia y al pensamiento ya que para llegar al lenguaje tenemos que ser capaces de imaginar, recordar y tener el símbolo de las cosas sin que éstas estén por delante.

Los trastornos del lenguaje son muy frecuentes en los niños y aquellos que los presentan tienen una elevada probabilidad futura de dar problemas psiquiátricos.

### *Bases neurofisiológicas*

El cerebro funciona de forma unitaria pudiendo distinguir en él los siguientes bloques:

- Bloque occipital y parte de la zona temporal: es donde se recibe la información, básicamente las sensaciones visuales.
- Bloque anterior: es el encargado de la acción y el movimiento.
- Bloque de base con el circuito límbico y encefálico: es el que hace frente a la acción y centraliza los estados de conciencia.

En cualquiera de estos bloques hay tres tipos de estructura:

1. Área Primaria: recibe cualquier sensación.
2. Área Secundaria: se elaboran las sensaciones, las transforman en percepciones, las fijan y reconocen.
3. Área Terciaria: la más compleja.

El área de Wernicke es el área de recepción de la palabra hablada. En ella se analizan los fonemas, se integran en forma de palabras, se interpretan, se retiene la imagen auditiva, se estabiliza el lenguaje.

## ANTECEDENTES

Algunos estudios en relación con el lenguaje como fenómeno de la comunicación han profundizado sobre conceptos, elementos y niveles que lo conforman, hay un estudio que no requiere de un análisis de la situación psico-comunicativa en la que se realiza un sistema lingüístico.

Ferdinand de Saussure distingue en el lenguaje dos caras, lengua y habla. La primera caracteriza el lado sistemático, social y del código; la segunda el lado individual, concreto y real. La distinción conlleva la noción de que existe tanto un lado social como individual en el lenguaje, pero no intenta explicar como se interrelacionan ni como se realizan en una conversación donde existen hablantes y oyentes. Dividir el lenguaje en lengua y habla, únicamente indica que lo que se usa para hablar tiene tanto un código como una realización, más no explica como dos personas (o más) usan ese código y esa realización para producir emisiones y darse a entender.

Hay quienes han intentado elaborar el primer modelo de Saussure ya sea aumentando partes y buscando alternativas como lo hizo Hjelmslev (1943), o bien tratando de incluir en él los conceptos del emisor y receptor como es el caso de Jakobson (1963). Aunque el grupo del que forma parte Jakobson, el "Círculo Praga", toma en cuenta al lenguaje como comunicación, no tiene lugar en su modelo múltiples factores sociales que influyen determinadamente sobre la comunicación.

Chomsky, por medio de su gramática generativa transformacional también caracteriza al lenguaje en dos partes: la comprensión y la actuación, donde la primera tiene que ver con la capacidad de lenguaje y la segunda con su relación concreta (Chomsky 1965). Aún así no propone un modelo que tomó en cuenta la comunicación. Su división del lenguaje en dos partes no hace referencia a que el lenguaje sea para comunicarse – más bien no manifiesta interés en el fenómeno de la comunicación -.

## DESARROLLO EVOLUTIVO DEL LENGUAJE

Lenguaje : del latín *linguaticun*

Significa: conjunto de sonidos articulados que expresan ideas.

El lenguaje es cualquier sistema de comunicación entre seres, mediante símbolos convencionales que ha creado la especie humana. Existen tres formas principales de lenguaje:

- a) Oral, hablado o articulado.
- b) Gráfico o escrito.
- c) Gesticulado (de gestos) y/o mimico.

El lenguaje representa la manifestación humana por excelencia, es a la vez una función y un aprendizaje.

El lenguaje es comunicación con los demás, es el sistema más perfeccionado y como ya se mencionó, es exclusivamente humano y favorece las manifestaciones de la personalidad.

El lenguaje no es solo la palabra, sino todo aquello que representa una conducta como lo son las miradas, gestos, sonrisas, mímicas y que llegan a servir en algunos momentos para sustituirlo teniendo esto como objetivo la comunicación.

## IMPORTANCIA DEL LENGUAJE

El lenguaje es un fenómeno cultural y social que se instala en un desarrollo adecuado de funciones neurológicas y psíquicas, que permiten a través de la adquisición de símbolos y signos, la comunicación con nosotros mismo y con nuestro entorno.

En el niño el lenguaje es trascendental, pues constituye una de las formas principales de expresión de sentimientos, necesidades, pensamientos, adquisición de nuevos conocimientos, así como el desarrollo del intelecto.

Por lo antes expuesto, la detección temprana, el diagnóstico acertado y la instauración del tratamiento idóneo a las alteraciones que pudieran presentarse, favorecerán el correcto desarrollo del lenguaje, el proceso madurativo que requiere para su consolidación.

El logro de estos aspectos permitirá al individuo incorporarse al aprendizaje de la lecto-escritura así como a su medio familiar, escolar y social.

El pequeño milagro de la comunicación humana tiene, por tanto, dos soportes fundamentales: por un lado, lo indefenso que viene el niño a este mundo. Sin dotación instintiva suficiente, sin lenguaje heredado, está obligado a realizar unas llamadas o demandas para que los deseos y necesidades sean satisfechos. Por otro, está la misma estructuración simbólica del mundo que recibe al niño y básicamente en un intercambio de palabras.

No es el lenguaje verbal el soporte de la comunicación del bebé con los adultos que lo rodean. La inmadurez general en la que se encuentra todavía su sistema nervioso afecta también a las partes del cerebro responsables del lenguaje. Así mismo el aparato fonatorio debe aún desarrollarse: la cavidad bucal es muy pequeña con respecto a la lengua, y el paladar demasiado plano.

La psicología ha empezado algo tardíamente a fijarse en el lenguaje, en tanto que función psíquica. Sin embargo, los estudios realizados se han demostrado tan absolutamente reveladores que en la actualidad es posible afirmar que las relaciones entre el pensamiento y el lenguaje son, en un individuo normal, las más importantes de su vida psíquica.

El desarrollo del lenguaje es, sin duda, poco espectacular durante la lactancia, sobre todo si consideramos que por término medio el bebé tarda aproximadamente un año en pronunciar su primera palabra.

Pero esto es tan solo la "aparición", al contrario, podemos maravillarnos de que un proceso tan complejo llegue a resultados manifiestos en tan breve espacio de tiempo. Porque, gracias a las bases sentadas durante el primer año de su vida, el universo lingüístico e intelectual del bebé realizará a partir de ese momento sorprendentes y constantes adquisiciones.

El bebé entra en el mundo del lenguaje, en efecto antes de nacer. De hecho, el lenguaje, al igual que otras muchas cosas, le preexiste. Está estructurando, formulando y en uso, por lo tanto será el bebé quien entre en él y no al revés. Es importante destacarlo, porque la forma en la que el lactante sea introducido en el mundo verbal dejará inevitablemente sus marcas en el desarrollo posterior.

Durante los primeros meses, el bebé empieza a establecer unas relaciones peculiares con el mundo que lo rodea, marcadas por la madre. Desde el momento mismo del nacimiento, el lactante empieza a desear, y sus deseos, para verse satisfechos, deberán ser comunicados a otro.

El lenguaje no es una *necesidad*, ni siquiera un *deseo* para el lactante, pero gracias a que el mundo de los adultos está estructurado y regulado por él, el pequeño ser sentirá también, a su vez, la necesidad de perfeccionar su forma de comunicación para obtener resultados más satisfactorios en sus demandas de placer.

#### Fase del Pre-lenguaje

- 0-6 meses: Lo primero que aparece es el grito al nacer. Durante el primer mes, dicho grito se transforma en un grito emocional. Esto ya se considera una forma de lenguaje pues hace que los demás intervengan. Desde el primer momento se debe hablar a los bebés, hacernos entender, debemos interactuar con el lactante puesto que la interacción madre-bebé es primordial para su desarrollo normal. El bebé aprende los primeros sonidos vocalizados. Hacia los tres meses se crea el balbuceo rico y melódico.

- 7-11 meses: El niño escucha mucho y repite, es lo que denominamos "ecolalia". Juega con los sonidos, disfruta produciendo sonidos. Responde al oír su nombre. A partir de los siete meses inhibe el balbuceo, habla menos y por eso la llamamos a esta etapa "Mutismo". La primera palabra puede darse a los 8 meses aunque lo más normal es que sea a los 12 meses.



### Fase de las primeras palabras

- 12-18 meses: Es la etapa de las palabras.
- 18-24 meses: Ya es capaz de decir frases de dos palabras. Para el niño esto es una frase.
- 24-36 meses: Estadio de formación gramatical.

El tiempo que transcurre entre la primera palabra y las primeras frases son muy importantes para evaluar un posible retraso.

### Fase del pequeño lenguaje

- Hacia los 3 años: Es capaz de decir "Yo". Su lenguaje hablado es bastante correcto. Muchos niños en esta edad tartamudean, esto es normal.

Ésta es la época en la que se lanzan a hablar y por este motivo tienden a tartamudear. Debemos hacer que hablen poco a poco.

- 3-5 años y medio: Progresan las construcciones gramaticales. Es la época de la verdadera comunicación.
- 5 años y medio: A partir de esta edad el niño asume ya un lenguaje correcto.

## DESARROLLO DEL LENGUAJE EN EL NIÑO DEFICIENTE MENTAL.

Es importante destacar en primer lugar, la necesidad de ciertas habilidades de disposición o también llamados: pre-requisitos para poder acceder a la línea de partida de cualquier aprendizaje.

Estas habilidades son la base: establecer un contacto ocular, habilidades de autonomía personal responder a órdenes muy sencillas, reducir o eliminar conductas problemáticas o perturbadoras del aprendizaje, mirar y escuchar, habilidades de imitación motriz, etc

A modo de especificación, podríamos decir que los niños que presentan deficiencia mental tienen alteraciones del lenguaje, ya sea en el aspecto: fonológico, sintáctico, pragmático y semántico.

- fonológico:

Desarrollo fonológico temporal incompleto y con errores articulatorios.

Presentan trastornos de: dislalias, taquilalia, deisfemia, etc.

Baja discriminación fonética.

Será necesario, según el caso: potenciar la movilidad y elasticidad labial, lingual, etc. También hacer correcciones de los fonemas a través de juegos, canciones infantiles, reconocimiento de objetos e imágenes, onomatopeyas, etc.

- Sintáxis:

Alteraciones en la adquisición como en el uso de morfemas gramaticales: género (masculino/femenino), número (singular/plural), concordancia (un, una, unos, etc.), conjunciones ("y", "o"), posesivos (mío, suyo, tuya...), etc. No son frecuentes la creación de frases complejas. Limitación en la conjugación de formas verbales. Construcciones ecológicas.

Semántica:

Presentan un vocabulario comprensivo y expresivo reducido. Desarrollo lexical lento.

En determinadas ocasiones presentan verborrea. Será necesario abordar los campos semánticos (subgrupo de frutas, verduras, animales domésticos, animales salvajes, juguetes, etc.) Además se puede trabajar la familia de palabras (por ejemplo: pan, panadero, panadería...)

Se deberá trabajar en forma continua, la exploración de los objetos de uso cotidiano, a partir de un abordaje plurisensorial.

Pragmática: Menos proclives a situaciones de conversaciones, por la poca relevancia que conceden a la intencionalidad lingüística del entorno próximo.

El uso del lenguaje es el objetivo final de la intervención y la pauta para medir su eficiencia.

Se deberá trabajar el uso de la cortesía (dar las gracias, por favor, buenos días, etc.), verbalizar necesidades, intenciones, deseos, etc.

Los padres/madres pueden colaborar con la actuación del logopeda, de una manera espontánea, a través del juego. La aptitud y la motricidad de los órganos de lenguaje son un requisito previo para una adecuada articulación.

Todos los ejercicios de la actividad motora del habla están reservados al tratamiento logopédico. No obstante, los padres, pueden colaborar a poner en marcha los músculos a través del juego. Una de las reglas de oro es JUGAR, no pretender conseguir un objetivo específico.

La consigna para los padres es crear un clima distendido y placentero. De ésta manera, se puede abrir un lugar de experimentación y exploración ilimitado en cantidad y calidad de tiempo y espacio.

Los elementos pueden ser muy sencillos y de fácil creación. Se recomienda aprovechar elementos u objetos reciclados, como por ejemplo: papeles de periódico, corchos, radiografías, botones, plumas, hojas secas, etc.

Jugar con el aire.

Pompas de jabón. Se puede jugar ha hacer pompas de diferentes tamaños, distintas velocidades y direcciones.

- Molinetes. Los pueden fabricar los niños. La idea que suele dejar éste juego es que no solo el viento puede mover en una dirección el molino, sino también la respiración.

También se puede jugar con el tema de la velocidad.

- Velas. Hacer oscilar la llama, sin apagarla. Se puede jugar con una serie de velas de diferentes tamaños.

- Pajas y tubos. Soplando se pueden mover elementos como por ejemplo: plumas, algodón, papeles de colores, pelotitas ligeras...

- Globos. Los globos dan muchas posibilidades para jugar, como por ejemplo: pasarlo con la nariz, con la oreja o con cualquier otro segmento; sosteniéndolo con alguna parte del cuerpo y no dejando que se caiga, etc. Además de soplar, podemos hacerlo vibrar y percibir con las manos dicha vibración. Si le dibujamos caras de personas, podemos hacer que actúen como un niño, un adulto. Le podemos asignar un oficio o profesión (panadero, vendedor de periódicos, taxista, cultivador, etc.)

Soplar móviles creados por los niños/as.

Jugar con agua.

Como elemento contenedor se puede utilizar la bañera, la olla, un balde, un tazón, una jarra, etc.

Se pueden combinar con algunos de los elementos nombrados anteriormente y añadirle, por ejemplo: barcas, veleros, pipas, boquillas, para poder jugar con el agua.

Jugar frente al espejo.

- Muecas y carotas. A los niños les encanta cambiar de expresión, mover sus labios, reír, bostezar, toser, mascar un chicle, etc. Solo es cuestión de dejar volar la imaginación. Se pueden aprovechar a los personajes de cuentos predilectos de los niños, las canciones infantiles, etc.

- Besos. Muchas posibilidades ofrece el jugar a dar besos. Besos de todos los tamaños y en todas las direcciones.
- Soplar frente al espejo y ver que pasa.
- Imitar y proponer en forma alternada movimientos con la lengua, los labios, etc.
- Hacer el ruido de una locomotora de un tren, de un coche, etc.

## EDUCACIÓN DE LA RESPIRACIÓN.

La respiración es un proceso involuntario y automático, en que se extrae el oxígeno del aire inspirado y se expulsan los gases de desecho con el aire espirado. La educación e higiene respiratoria conforman un factor preliminar en la dinámica de la fonación.

### La Respiración.

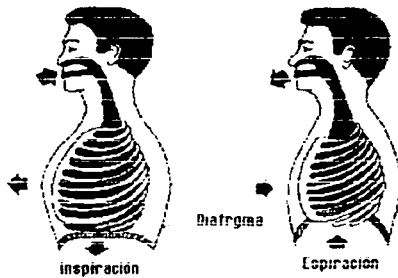
Esta se encuentra regulada por el auto-reflejo pulmonar y por los centros respiratorios bulbares, que adaptan de una manera automática la respiración a las necesidades de cada momento.

### Mecanismo de la respiración:

- Diafragma: Músculo base de la respiración. Tiene como pilares la columna vertebral, las costillas, el esternón. Separa el tórax del abdomen.
- Otros músculos de la respiración son: intercostales, escaleno, pequeño serrato superior, supracostales.

### ¿Cuáles son los momentos de la respiración?

- Inspiración.
- Espiración.
- Momento de reposo.



### Inspiración

El diafragma está activo, se contrae y disminuye su superficie. Posterior al descenso del diafragma, éste se estabiliza, los músculos pectorales y dorsales unidos a las costillas entran en acción.

Las costillas se extienden lateralmente hacia la derecha y la izquierda. Luego, procede la abertura hacia arriba, hacia las primeras costillas, bajo la clavícula.

El pecho aumenta claramente el volumen.

El aire deberá entrar por la nariz para purificarse, calentarse y humedecerse.



## Espiración.

Hay contracción del vientre y la subida del diafragma, acompañado de una contracción de las costillas, estrictamente coordinada con el movimiento abdominal y dependiendo del mismo.

El diafragma está pasivo, se relaja. Su cúpula se desplaza hacia arriba, bajo la acción de los músculos del vientre.

El abdomen hace un trabajo sinérgico.

El movimiento del diafragma produce la disminución del volumen, lanza el aire impuro al exterior.

La espiración está relacionada a la relajación. La espiración debe ser nasal o bucal.



## Tipos de respiración:

- a) Torácica. Puede ser costal inferior o costal superior.
- b) Abdominal-diafrágica: como características es más profunda y se puede automatizar.

## ¿Cómo educar la respiración?

La respiración está vinculada a la percepción del propio cuerpo, a la resolución muscular, a la relajación segmentaria.

En muchas ocasiones las alteraciones respiratorias están vinculadas a las de tipo psicomotriz.

La respiración es un fenómeno biofisiológico del cual es fácil concienciarse, si interviene la voluntad.

Es importante conocer los mecanismos fisiológicos de la respiración. Cuando se trabaja con niños, no se debe forzar en la espiración, pues pueden provocar mareos, fatiga, náuseas, etc.

Educar la respiración para que sea eficaz en el proceso de fonación. Aumenta la elasticidad de las cuerdas vocales y su correcto funcionamiento incrementa la agilidad y elasticidad de los órganos de la articulación y de las cavidades de resonancia.

Se aborda la técnica respiratoria costo-diafragmática con la finalidad de: -  
Alargar la fonación.  
Regular el aire expulsado.  
Aumentar el volumen de la voz.

En los ejercicios respiratorios, se aprovecha para introducir ejercicios de ritmo y control de la función tónica.

Adoptar la progresión en forma lenta y minuciosa.

Iniciar el control del soplo.

Despertar en el usuario el máximo número de sensaciones placenteras. Se debe combinar con ejercicios de relajación.

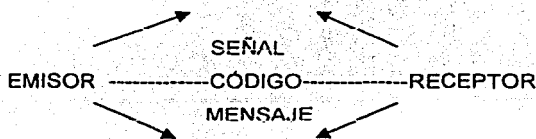
Trabajar la conciencia respiratoria. Introducir el aspecto lúdico siempre que se pueda.

## LENGUAJE COMO MEDIO DE COMUNICACIÓN

Cualquier definición o concepción del lenguaje que se adopte dentro de educación especial, deberá considerar la relación entre un circuito de lenguaje que incluye un emisor y un receptor. Después de él, el estructuralismo europeo desarrolló la discusión sobre el carácter de emisores y receptores con base a las dos caras del lenguaje: la lengua y el habla.

La escuela de Praga representada por Jakobson (1963) elaboró un modelo de funciones del lenguaje con base en relación entre emisor y receptor.

Estableció el circuito del habla que está integrado por 3 elementos:



Primero el emisor concibe la idea que quiere expresar, luego acude a su código y selecciona los elementos necesarios para formar una serie de sonidos articulados que tienen, en conjunto y por separado un determinado significado. Existen funciones lingüísticas que describen la relación entre emisor-código, receptor-símbolo, etc. El proceso de ciframiento y desciframiento es distinto e implica pasos diferentes.

Otros enfoques lingüísticos y psicológicos también han reforzado la relación entre lenguaje y comunicación. La escuela psicológica soviética ha subrayado que existe una relación entre el hablante y el oyente en el acto comunicativo por medio del lenguaje.

Los seguidores de Piaget aclaran que uno de los aspectos funcionales del lenguaje es su carácter comunicativo.

La lingüística actual, representada por corrientes de pragmática y análisis del discurso, ha retomado la importancia de la comunicación que señalaron con tanta claridad los filósofos y que ha subrayado la escuela psicogenética. Sus estudios abarcan factores de la interacción que no se limitan a las estructuras de la oración y sus elementos. Toman en cuenta al hablante, al oyente y al medio en el que se desenvuelve la conversación.

Los educadores y médicos involucrados en la educación especial no han podido prescindir de la relación estrecha entre lenguaje y comunicación.

La comunicación depende de niveles formales: fonológico, sintáctico y semántico; pero estos requieren a su vez de reglas que controlen las emisiones según el momento, el lugar, la situación, el interlocutor y la forma como se expresa un enunciado.

## **EL DESEO DE COMUNICAR**

Es incierto el origen del deseo de comunicar, y la polémica entre los distintos especialistas sigue abierta a este respecto. Dolto sostiene que " desde el nacimiento, algo espontáneo procedente del recién nacido puede entrar en la comunicación del lenguaje" y basa esta convicción en las observaciones realizadas en los neonatos. Una de estas observaciones, que se refiere a la aparición de la sonrisa, es particularmente interesante.

## TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN EL NIÑO

Dentro de los trastornos del lenguaje podemos encontrarnos con:



### □ Trastornos del lenguaje oral:

\* retrasos del lenguaje :

1. Simple
2. Moderado
3. Grave

\* T.E.L.(trastorno específico del lenguaje)

\* Afasia:

- Adquirida
- Congénita

### □ Trastornos del Lenguaje escrito:

- \* Dislexia
- \* Retraso Lector
- \* Disgrafias

Los más significativos son:

□ **Disfonía:** es la alteración de una o más de las características acústicas de la voz (timbre, tono e intensidad). El trastorno puede ser temporal o permanente. Tipos:

Funcional, Psicógena y Orgánica.

□ **Afonía:** es la alteración máxima de la disfonía y en todas las características de la voz, es decir, su pérdida total.

## LA DISLEXIA

La dislexia es una falta de habilidad del lenguaje, que se refleja en el aprendizaje de la lectura y escritura. Inicialmente se observa dificultad para reconocer los sonidos que integran la palabra. Así que desde los 5 años pueden advertirse problemas para identificar palabras que comienzan con un mismo sonido (por ejemplo: auto, avión, ambulancia), o buscar entre aquellas palabras que conoce, cuáles tienen un mismo final (por ejemplo: camión, canción).

Estas son algunas de las características que permiten reconocer que el niño no se encuentra aún en condiciones de iniciar el aprendizaje de la lectura y la escritura.

Muchas veces se confunde a estos chicos con una falta de inteligencia y se consideran tontos y perezosos.



Cuando el colegio no advierte esta situación de desventaja, se inicia el aprendizaje sistemático de las letras del abecedario y es frecuente observar en el niño su falta de interés por estas actividades. Es necesario comprender que no son chicos que requieren de un tratamiento "DIFERENCIAL" sino DIFERENTE.

Este problema suele preocupar cuando estas dificultades no son acordes con la manera de comportarse del niño hasta ese momento, ya que hasta entonces, su conducta no marcó diferencias significativas con respecto a sus padres.

¿Sabe usted que si se realiza la atención temprana y adecuada de estas dificultades, se les permite a estos niños realizar sus aprendizajes evitando elevar su autoestima?

Las consecuencias que se observan cuando no se realiza el tratamiento adecuado en el momento oportuno, y el no entender estos trastornos, provoca una baja auto-estima y una gran resistencia al aprendizaje, pudiendo incluso llegar a verse conductas agresivas o estados depresivos.

Esta situación puede incluso generar aún más rebeldía, llegando en algunos casos al desarrollo de conductas de defensa que se manifiestan a edades más avanzadas, tales como el esconder las notas o el imitar firmas para evitar malos momentos al llegar a su casa.

## AFONIAS Y DISFONIAS INFANTILES

Las características más destacables son el enronquecimiento de la voz frecuente y el aumento de las sensaciones dolorosas. Se queja de pinchazos, sequedad, quemazón y bola en la garganta.

Las dificultades fonatorias más características de este cuadro son: los ataques duros de voz (golpe de glotis), los agujeros en la voz, los gallos, los sonidos inaudibles o demasiado forzados, las respiraciones ruidosas y los "sí" emitidos en inspiración.

Las características acústicas de la voz permanecen alteradas.

El timbre no es normal dando la impresión de esfuerzo vocal. Casi siempre la altura tonal es demasiado grave en relación con la constitución y la edad del niño. La intensidad es demasiado fuerte y el sujeto no puede hablar.

En cuanto a la voz cantada, es difícil, está reducida a algunas notas y suena muy grave.

## TRASTORNOS DE LA MUDA.

Alteraciones en la evolución normal de la voz durante la edad puberal provocadas por disfunciones endocrinas o por cambios anatómico-laríngeos no seguidos por cambios funcionales del tono de emisión.

Es frecuente la aparición de ronquera, imposibilidad de cantar, cansancio al hablar, voz quebradiza, desigual, con fallas en la entonación, "gallos",

oscilación entre tonos graves y agudos, timbre estridente de falsete, ausencia de armónicos agudos, tono velado e intensidad disminuida. Es característica de bitonalidad, con aparición brusca de tonos graves en una fase de tono agudo, pudiendo haber simultaneidad de tonos graves y agudos en la misma emisión.

## AFONÍAS HISTÉRICAS

### Síntomas esenciales

Pérdida de la voz por choque afectivo, miedo a hablar o cantar, trauma psíquico por persistencia de alteración vocal, bloqueos por condiciones de estrés, o por llamar la atención, sin que exista ninguna alteración anatómica ni funcional en la laringe.

El comienzo es brusco, la voz está apagada y el paciente habla susurrando.

## DISLALIAS

Trastorno de la articulación de algún o algunos fonemas, bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos del habla o por la sustitución de estos por otros, de forma impropia, en personas que no muestran patología comprometida con el sistema nervioso central, ni en los órganos fonarticulatorios a nivel anatómico.

Es un trastorno de la expresión del lenguaje, es de tipo fonético. Se trata de un trastorno en la articulación de palabras y constituye una problemática muy común en niños de edades entre 5 y 8 años.

Existen varios tipos de dislalias:

- Paralalias. cuando cambian un sonido por otro.
- Mogilalia: cuando dejan de pronunciar un sonido.
- Holeontotismo: cuando no se les entiende nada.

La dislalia puede presentarse por múltiples causas: ambiental, regresiva, auditiva. Dependiendo de la causa se utilizará el tratamiento más adecuado.

### *DISLALIA AUDIÓGENA*

Los problemas de articulación son producidos por deficiencias auditivas, ya que niño no puede reconocer de manera adecuada sonidos semejantes. La gravedad de la dislalia estará en relación al grado de hipoacusia y entre las medidas a tomar se encuentra el uso de prótesis auditivas y la intervención pedagógica para desarrollar la discriminación auditiva, enseñar articulaciones ausentes, lectura labial, etc.

Las dislalias audiógenas, son alteraciones de la articulación producidas por una audición defectuosa. La hipoacusia en mayor o menor grado interfiere en la adquisición y el desarrollo adecuado del lenguaje, dificulta el aprendizaje de la lecto-escritura, como así también ocasiona trastornos afectivos.

La dislalia audiógena se detecta a través de un exploración audiométrica, que nos indicará la intensidad de la pérdida auditiva del usuario.

En la intervención logopédica, se encaminará al abordaje de la discriminación auditiva, la percepción del espacio y del tiempo, la corrección

o implantación de los fonemas ausentes, la lectura labial y si fuera necesario, la colocación de una prótesis auditiva, que facilite la amplificación de los sonidos.

### *DISLALIA FUNCIONAL*

Son aquellas donde no se presenta ningún trastorno físico u orgánico que justifique la dislalia. Son denominados por algunos autores *desórdenes fonológicos*, ya que los niños habrían organizado su sistema fonológico de manera distinta a la habitual. Los errores de dicción suelen ser parecidos a los que producen los niños durante las etapas de adquisición del lenguaje y pueden clasificarse en cuatro tipos:

- **Sustitución:** se emite un fonema en reemplazo de otro que no puede ser pronunciado. Es el que presenta mayor dificultad en su corrección, ya que el niño generaliza el uso de la sustitución en su lenguaje espontáneo.
- **Omisión:** ante la dificultad de emitir un fonema, simplemente se le omite.
- **Inversión:** el niño, al presentar dificultad en la articulación de un determinado fonema, puede acostumbrarse a intercalarlo en otro sonido. Esto no es muy frecuente.
- **Distorsión:** se emite un fonema similar al adecuado, pero no es correcto ni tampoco se da la sustitución por otro fonema. Debe observarse el entorno cultural del niño, ya que en algunos idiomas ciertos fonemas son adecuados en tanto que en otros no.

Los errores más comunes son las sustituciones y las distorsiones.

Se han planteado distintos modelos para explicar la dislalia funcional. Entre ellos podemos encontrar.

1. Modelo perceptivo motor: la articulación sería un tipo de aprendizaje motor más. Fundamental será, entonces, que el niño aprenda un esquema motor, o sea, que interiorice una regla que permite la aplicación de un movimiento en una variedad de situaciones. No es suficiente con practicar el movimiento, sino que es necesario pensar en él, para lo cual el niño debe prestar atención a la información propioceptiva del movimiento y el feedback acústico de la fonación en sí.
2. Modelo de discriminación: los desórdenes de la articulación están en relación con la discriminación auditiva. De esta manera, éstos se producirían por incapacidad de discriminar los sonidos en la cadena hablada o por que la percepción acústica que tiene almacenada el niño es inadecuada y es con la que compara lo que oye.
3. Modelo fonológico: los errores de la articulación no se producirían al azar, sino que responden a un modelo estructurado por el niño. De este modo, el niño puede haber memorizado dos fonemas como uno sólo y no los distingue tanto en la escucha como en la emisión.

También se postulan otros factores como causales de las dislalias funcionales, entre los cuales podemos nombrar: factores psicológicos, factores ambientales, factores hereditarios, factores intelectuales.

La dislalia funcional es la alteración producida por un inadecuado funcionamiento de los órganos que son articulatorios. La etiología es muy variada, en algunos casos no es sólo una causa, sino un conjunto de causas funcionales, como por ejemplo:

Escaso desarrollo en la habilidad psicomotora fina. (torpeza en los movimientos de los órganos de articulación, en especial, la lengua).

Alteraciones en los conceptos de espacio y tiempo. (Se observan trastornos en la percepción y organización espacio-temporal).

Déficit en la discriminación auditiva. (Los usuarios no decodifican o no perciben las diferencias fonológicas de los fonemas: sordo/sonoro, velar/oclusivo, etc. ) Se recomienda una educación rítmica y auditiva.

Depravación lingüística: Se produce en ambientes socioeconómicos desfavorecidos, en donde no se estimula a los niños, y tanto la expresión, como el vocabulario, como la fluidez del lenguaje es muy limitada o escasa.

Se dan casos de dislalias en ambientes bilingüistas, de niños/as institucionalizados y también en círculos familiares sobreprotectores.

Déficit intelectual. (La intervención hay que plantearla a largo plazo y estará condicionada a las habilidades motoras y de discriminación auditiva).

En ningún caso es producida por una lesión en el Sistema Nervioso Central.

No existen trastornos orgánicos, sino trastornos de tipo funcional.

Los trastornos más frecuente son por sustitución, omisión o deformación de los fonemas: /r/, /k/, /l/, /s/, /z/, /ch/, aunque se puede dar en cualquier fonema.

### *DISLALIAS EVOLUTIVAS*

Son anomalías articulatorias que se presentan en las primeras etapas del desarrollo del habla y son consideradas normales, ya que el niño está en pleno proceso de adquisición del lenguaje y aún no puede emitir con exactitud la totalidad de los fonemas; estos son aprendidos en una secuencia relativamente similar para todos los niños, la cual debería ser completada a los 6-7 años, tras lo cual debería una alteración ser considerada patológica. No es necesario un tratamiento especial, sólo el cuidarse de hablar de manera clara al niño.

### *DISLALIA ORGÁNICA.*

Son los trastornos de articulación motivados por alteraciones orgánicas. Cuando la alteración afecta a los órganos del habla ya sea como anomalías anatómicas o malformaciones, se denomina disgllosia.

### *DISGLOSIAS.*

Trastorno en la articulación de distintos fonemas por alteraciones anatómicas de los diferentes órganos periféricos del habla y de origen no neurológico central.

### *DISFEMIAS*

Es un marcado deterioro de la fluidez verbal caracterizado por repeticiones y/o prolongaciones de los elementos del habla tales como sonidos, sílabas, palabras y frases, pueden ocurrir también otras clases de interrupciones.



como los bloqueos, pausas. Estas interrupciones normalmente ocurren con frecuencia o son de naturaleza chocante.

La extensión del trastorno puede variar de una situación a otra y es más grave cuando existe una presión especial para comunicarse.

Las alteraciones del habla se le suman, generalmente, manifestaciones de tensión muscular como movimientos de manos, cierre de ojos, gesticulación facial y movimientos corporales. Suele aparecer a edad temprana (el 88% de ellas se presenta antes de los 7 años) y es más común en los hombres.

Para objetos de diagnóstico temprano, se debe distinguir entre la disfluencia, característica de la tartamudez, y la afluencia o no afluencia, la cual es normal en el desarrollo de los niños. La primera se referiría a la repetición de sonidos y sílabas y a prolongaciones de ellos; la segunda, a la repetición de frases y palabras y la revisión de frases e interjecciones.

De acuerdo a donde se produce la dificultad en la articulación se clasifica en diferentes tipos:

1. **Disfemia tónica:** el atasco en la fluencia se produce al inicio del habla
2. **Disfemia clónica:** el titubeo se produce en la palabra, una vez que se ha empezado a hablar.
3. **Disfemia tónica-clónica:** es una combinación de las dos anteriores.

De acuerdo a la severidad:

- **Ligero :** Tartamudea el 2% de las palabras, tensión imperceptible, pocos bloqueos y no mayores de un segundo de duración.

- Suave: Repite el 2-5% de las palabras, tensión perceptible, presenta varios bloqueos de duración menor a un segundo.
- Regular: Repite el 5-8% de las palabras, alguna tensión, bloqueos regulares de un segundo. Manifiesta algunos movimientos asociados y mímica facial.
- Moderadamente severo: Tartamudeo del 8-12% de las palabras. Tensión perceptible, bloqueo de dos segundos.
- Severo: Tartamudea entre el 12-25% de las palabras, tensión notable, bloqueo de 3 y 4 segundos. Manifiesta movimientos asociados.
- Grave: Repite el 25% de las palabras, mucha tensión, bloqueos más largos de 4 segundos. Manifiesta muchos movimientos asociados y mímica.

Se han desarrollado tres modelos que buscan explicar la tartamudez. Ellos son:

- Modelo de los factores fisiológicos.

Investigaciones en gemelos univitelinos han demostrado una predisposición genética a tartamudear, aunque no en todos los casos. Otros estudios han demostrado un tiempo de iniciación (VOT) superior que en los niños normales, así como reacciones más lentas en el ámbito manual y vocal.

- Modelo psicosocial.

El inicio de la tartamudez, según Johnson (1984, en Serón y Aguilar, 1992, p.296), estaría dado por las reacciones estresantes de la familia ante las no fluencias normales del niño. Además, el niño intenta resolver sus afluencias a través de variadas acciones, las cuales son reforzadas mediante condicionamiento operante, lo que explicaría el origen de los variados signos de tensión física en el tartamudo.

- Modelo psicolingüístico.

Investigaciones han estimado que el lenguaje del disfémico a nivel comprensivo y del vocabulario conlleva un retraso aproximado de 6 meses. Además, repiten más las conjunciones y los pronombres, repiten más al inicio de las frases, etc. Junto a esto, es interesante la relación existente entre el habla del niño y la no aceptación de ésta por parte de la madre, reflejada en una mayor interrupción del discurso del niño.

### RINOLALIAS

Alteración en la articulación de algunos fonemas o ausencia total de ellos, asociada a timbre nasal de la voz (nasalización) o timbre muerto (oclusión nasofaríngea), por deficiencias en la inervación del velo del paladar, por falta de funcionalidad del mismo o por procesos que provocan oclusión nasofaríngea.

### RETRASO DEL HABLA

Retraso en la aparición (los prerequisites para el lenguaje existen, pero la expresión aparece retrasada de 6 a 10 meses, respecto del niño normal) o en el desarrollo de la expresión con respecto a su edad cronológica que no puede ser explicado por un retraso mental o una estimulación del lenguaje insuficiente y que tampoco se debe a un trastorno generalizado del desarrollo, a déficit auditivo, o a trastornos neurológicos. El diagnóstico se establece solamente si el déficit interfiere de manera significativa con los aprendizajes académicos o con las actividades de la vida cotidiana que requieren la expresión verbal (o mediante unos signos).

Las características lingüísticas del trastorno dependen de la gravedad del mismo y de la edad del niño. Sin embargo, la actividad no lingüística se encuentra dentro de la normalidad. Entre las limitaciones que pueden presentarse en el lenguaje expresivo están el limitado vocabulario, las dificultades para adquirir nuevas palabras, los errores de vocabulario (como sustituciones, circunloquios, generalizaciones, o empleo de jergas), frase cortas, estructuras gramaticales simplificadas, limitación en la variedad de las estructuras gramaticales (como en las formas verbales), limitación en la variedad de frases (como imperativos, preguntas palabras, respuestas tangenciales, elentecimiento en el desarrollo del lenguaje (comienzo tardío en hablar, progreso muy lento del lenguaje).

## RETRASO DEL LENGUAJE

El niño con RSL, en su evolución lingüística respeta teóricamente los mecanismos y etapas evolutivas del desarrollo normal del lenguaje, pero existe retraso en la aparición de todos los niveles del lenguaje, que afecta sobre todo a la expresión. Aunque la comprensión está menos afectada, se observan a veces algunas dificultades, sobre todo sin el enunciado es largo y ambiguo.

Pueden aparecer algunos de los siguientes síntomas:

**\*Nivel fonológico.** - Pueden presentar patrones fonológicos desviados, habla infantilizada, omisión de consonantes iniciales, o sílabas, la estructura silábica es: V, C+V, no realiza C+C+V o V+C.

**\*Nivel semántico.-** Vocabulario reducido a objetos del entorno.

\*Nivel morfosintáctico.- Desorden en la secuencia normal: S+V+O, utilización de menos pronombres interrogativos, adverbios, preposiciones, etc. Alteración de los tiempos verbales, el género y el número, el nº reducido de términos en la frase.

\*Nivel pragmático.-predominio del uso del lenguaje para conseguir objetos, acciones (Función instrumental) en detrimento de otras funciones.

## DISFASIA

Déficit del lenguaje oral que se manifiesta principalmente a partir de los cuatro años con falta de organización del lenguaje en evolución y que puede repercutir en el lenguaje escrito en sujetos sin insuficiencias sensorial, motriz, ni fonatorias, pero dotados de una estructura mental particular que impedirán el acceso de la inteligencia al estadio analítico. Los órganos de la fonación son normales, siendo capaces de reproducir todos los sonidos, problemas graves de repetición, el vocabulario es reducido, impreciso y hablan con perifrasis.

La morfosintaxis de un disfásico de 8 a 9 años es la característica de un niño de tres. La comprensión del lenguaje es aproximativa: Comprenden mal las nociones abstractas. Dificultades de sintetizar relatos en los que simplemente enumeran

## TRASTORNOS EN LA ADQUISICIÓN Y DESARROLLO DE LA LECTURA

Dificultades específicas que presentan determinados alumnos normalmente escolarizados sin perturbaciones sensoriales aparentes y con inteligencia media al momento de aprender a leer o en el intento de dominar esta técnica.

## TRASTORNOS EN LA ADQUISICIÓN Y DESARROLLO DE LA ESCRITURA

Trastorno del aprendizaje que presentan determinados alumnos a la hora de realizar los trazados gráficos que requiere la escritura. Estos alumnos tienen una inteligencia normal, ausencia de trastornos neurológicos, sensoriales o afectivos graves, así como una adecuada estimulación sensorial.

## VINCULADOS A DEFICITS MÓTORICOS

Los trastornos de comunicación en las parálisis cerebrales y en otros trastornos motores se deben a una lesión prenatal, perinatal o postnatal que afecta al SNC y que se manifiesta por problemas motores en diferente intensidad.

Se denominan "Disartrias" al trastorno motor del habla por lesión del SNC o periféricos que abarca alteraciones motrices de respiración, fonación, articulación, resonancia y prosodia.

- \* Trastornos motores en el área oro-linguo facial.
- \* Mímica estereotipada en la fonación.
- \* Trastornos de la voz: extinción, implosión y nasalización.
- \* Trastornos de cadencia: entrecortada y explosiva.

Estos tipos de trastornos cursan con cierto grado de debilidad, lentitud, incoordinación y alteración del tono muscular. El nivel intelectual puede estar por debajo de la media, ser normal o superior.

#### VINCULADOS A DEFICITS MENTALES

Capacidad intelectual general muy por debajo del promedio, que se acompaña de un déficit o deterioro significativo de la capacidad adaptativa y con un comienzo antes de los dieciocho años. La capacidad intelectual general que se encuentra significativamente por debajo del promedio se define como C.I. de 70 ó inferior, obtenido mediante un test de inteligencia administrado individualmente. La prueba de CI posee un error de medida de 5 puntos aproximadamente, de ahí que un CI de 70 se considere situado dentro del intervalo que va de 65 a 70. También permite incluir un CI ligeramente mayor a 70 asociado a déficits significativos de la conducta adaptativa.

La capacidad adaptativa, entendida como la eficacia que muestra la persona en determinadas áreas de su comportamiento, como habilidades sociales, comunicación y habilidades para resolver problemas cotidianos, a lo adecuado de sus respuestas con relación a la independencia personal y a la responsabilidad social esperados por su edad y grupo cultural.

La capacidad adaptativa se ve influenciada por las características de personalidad, el grado de motivación, el nivel de educación, y las oportunidades sociales.

## AFASIAS

Es posible señalar distintos tipos de afasia, de acuerdo a la modalidad de expresión afectada, las cuales casi nunca se encuentran en forma pura: oral, escrita, gestual y de recepción. Para efectos de diferenciar la afasia de otros trastornos, es preciso que exista una lesión del sistema nervioso central que afecte al lenguaje, la cual se produce generalmente en las áreas fronto-temporo-parietales del hemisferio dominante- normalmente el izquierdo -, por una encefalopatía, un accidente cardio-vascular, un TEC o un tumor. Se considera afasia, con más claridad, cuando se produce a partir de los 3 años de edad, aproximadamente. La pérdida de lenguaje es brusca y consecutiva a un periodo de coma. En los primeros momentos el niño puede permanecer mudo, o emitir apenas algunas palabras. (Aidex, 2000a).

Criterios para el diagnóstico de afasia infantil

Según el DSM-IV(1995), los criterios necesarios para diagnosticar una afasia infantil son los siguientes:

1. Pérdida total o parcial del lenguaje de modo brusco en niños que ya poseían lenguaje. (Después de una edad aproximada 3 años y 6 meses).
2. Lesión cerebral localizada, diagnosticada o muy presumible.
3. No es debido a Parálisis cerebral, trastornos generales del desarrollo, ni a deficiencia mental.



La manifestación lingüística de la afasia infantil puede asemejarse a otras patologías cuyas características esenciales pertenezcan a otros tipos de trastornos no específicos del lenguaje: trastorno psicomotor, trastorno mental (oligofrenias), desorganización biológica, trastornos psíquicos.

En la disartría no existe trastorno en el ámbito lingüístico, sino tan solo afectación del componente motor en grado de realización de la articulación. (Aidex, 2000a)

### Clasificación.

Según el tipo de lesión y los trastornos causados sobre los diferentes factores que intervienen en el lenguaje, podemos clasificar las afasias en:

**Afasia sensorial o de Wernicke.**

Se manifiesta tras una lesión en tercio posterior de las circunvalaciones temporales del hemisferio izquierdo, zona cortical encargada de la función auditiva. Se expresa en dificultades para analizar los sonidos de la lengua, trastornándose la comprensión y expresión del lenguaje oral, imposibilitando la repetición correcta de elementos lingüísticos aislados e impidiendo la percepción de conjuntos de sonidos como poseedores de significado.

### ***Afasia acústico-amnésica***

Es una variante de la afasia de Wernicke, donde se presentan dificultades para retener algunos rasgos auditivos del lenguaje. El paciente puede repetir sonidos y palabras aisladas, pero no puede repetir series de 3 o 4 palabras seguidas o secuencias sonoras aceleradas.

### *Afasia motora.*

De acuerdo a la localización de la lesión, estas se pueden clasificar en:

- **Afasia motora aferente o cinestésica:** existe una imposibilidad de hallar la combinación de movimientos necesarios para emitir los fonemas o cadenas sonoras que forman las palabras o frases; esto, debido a la dificultad para percibir sus órganos fonatorios y la posición exacta en que estos deben estar para realizar un fonema. En casos graves el paciente no puede emitir ningún sonido, en tanto que en las formas más leves podrá hacerlo, pero confundiendo aquellos que sean similares en su forma de articulación.
- **Afasia motora eferente o de Broca:** se produce por una lesión en la zona pre-motora del área del lenguaje. Ocasiona una falta de fluidez en la articulación, una incapacidad para encadenar distintas articulaciones en un orden gramático correcto, aunque el proceso en sí no se ve afectado.
- **Afasia dinámica:** es causada por una lesión en el área inferior del lóbulo frontal del hemisferio izquierdo, presentándose dificultades para organizar las ideas y transformarlas en verbalizaciones. Se observan en los sujetos déficits en la iniciativa de expresarse espontáneamente, siendo las expresiones ecológicas o estereotipadas.
- **Afasia semántica:** En este tipo de afasia los sujetos tienen dificultad en establecer el significado de una frase de acuerdo a las posiciones de las distintas palabras dentro de la estructura gramatical. Además, se pueden dar otros casos de anomia, en la cual el sujeto no puede encontrar el nombre de los objetos.
- **Afasia pragmática:** "Las palabras informativas aparecen con la sintaxis adecuada pero los nexos son inadecuados. El mensaje es

desordenado y caótico y muestran restricción de vocabulario."(Serón y Aguilar, 1992, p.341)

- Afasia global o total: Se denomina así cuando el lenguaje oral está prácticamente abolido en todos sus aspectos: sensoriales, prácticos y motores. Es denominada por afasia de Broca y Wernicke. Generalmente este trastorno va asociado a una hemiplejía y el pronóstico suele ser severo.

### *Afasia infantil*

"La afasia infantil es un trastorno del aspecto emisor del lenguaje. Para llegar a una mejor clarificación, la afasia infantil ADQUIRIDA se sitúa entre el trastorno denominado disfasia (anteriormente descrito) y un trastorno específico del lenguaje. En el primero, el déficit es en la estructuración del lenguaje, en el segundo, la perturbación se produce en el inicio y en la elaboración del lenguaje. "Esta afasia infantil adquirida es la resultante de la aparición de una lesión cerebral entre los dos - tres primeros años de vida." (Serón y Aguilar, 1992, p.341). Se diferencia de la afasia adulta por el tipo de desórdenes que produce y no tanto por la lesión en sí, ya que en el niño (dependiendo de la edad), al no estar totalmente elaborados los esquemas neuro-lingüísticos, la lesión no produce tanta alteración como en el adulto.

Como causa de las lesiones cerebrales causantes de la afasia encontramos la encefalitis, accidentes cerebro-vasculares o tumores cerebrales. El pronóstico será más favorable mientras menos definida estuviese la lateralización hemisférica de la zona del lenguaje en el momento de producirse la lesión.

Según Barraquer Bordas (1977, en Serón y Aguilar, 1992, p.341), la afasia infantil se diferencia de la adulta en que hay reducción del lenguaje espontáneo, acompañado de pobreza de vocabulario y estilo telegráfico (palabras yuxtapuestas en una frase sin nexos gramaticales); en ocasiones, las frases emitidas están correctamente articuladas y con adecuada construcción gramatical, no hay estereotipias ni parafasias y la recuperación es más rápida que en el adulto.

En las afasias adquiridas existe predominancia de los trastornos expresivos por sobre los receptivos, especialmente una reducción del lenguaje espontáneo; se presentan trastornos del lenguaje escrito y en la lectura que pueden hacerse permanentes. Los criterios de diagnóstico de la afasia son: retraso severo de la comprensión y expresión del lenguaje, disfuncionamiento en la percepción de los estímulos presentados, desorganización en el almacenamiento de la información, inteligencia normal.

En la afasia congénita encontramos uno o varios déficits en la construcción del lenguaje, sin que exista necesariamente una lesión, como en la afasia adquirida. Además de estos signos, los niños que tienen afasia congénita suelen presentar desórdenes en la discriminación y asociación fonética, junto a problemas en la memoria secuencial auditiva. Como causa de la afasia congénita, se ha sugerido un retraso en la maduración de los centros encargados de la integración de sonidos, o bien la presencia de lesiones cerebrales precoces. (Serón y Aguilar, 1992)

Estos daños cerebrales pueden estar causados por encefalopatías, accidentes cardiovasculares o traumatismos craneoencefálicos.

\* La edad no está establecida, pero se puede hablar de afasia con más claridad a partir de los 3 años de edad aproximadamente.

\* Predominan los trastornos expresivos sobre los comprensivos, apareciendo dificultades articulatorias, reducción del vocabulario, incorrecciones y simplificaciones de la sintaxis, reducción de la expresión verbal espontánea. (Distinguirlo del desarrollo normal).

\* Comprensión generalmente menos alterada en cuanto al grado, pero pueden aparecer con frecuencia errores comprensivos.

Es un trastorno del habla. Los niños no hablan. Puede darse en niños pequeños por un trauma o accidente y en mayores por lesión cerebral.

Si el niño es menor de 11 años puede curarse siempre y cuando la causa de la afasia sea por un trauma.

## MUTISMOS

Rechazo a hablar en una o más situaciones sociales, incluyendo la escuela, a pesar de tener capacidad para hablar y entender el lenguaje hablado. Algunos pueden comunicarse mediante gestos, con afirmaciones o negaciones con la cabeza (Sacudiéndola) o, en algunos casos, utilizando monosílabos o expresiones cortas. Lo más frecuente es que el niño no hable en la escuela, aunque sí en casa.

Lo más grave es el rechazo a hablar en todas las situaciones. Generalmente poseen habilidades normales para el lenguaje, aunque algunos pueden sufrir un retraso en el desarrollo del lenguaje y/o trastornos

en la articulación y la fluidez (dislalias /tartamudez).El rechazo a hablar no es debido a un déficit grave del lenguaje o a otro trastorno de Mutismo selectivo.

Este trastorno es aquel en que el niño que lo padece deja de hablar en determinados lugares o con determinadas personas. Puede durar semanas, meses. Este trastorno se presenta en niños tímidos, con una gran dependencia padre / madre, que les cuesta ir a la escuela, o que han sufrido algún trauma psicosocial. Suelen ser niños muy ricos en mímica y gestualización.

El mejor tratamiento es mediante aproximaciones sucesivas.

Pueden hablar, aunque sea mal, pero no lo hace.

## AUTISMO

Dos ideas básicas:

- \* Es un síndrome de conducta.
- \* Representa un trastorno profundo en el desarrollo.(afecta a todos los aspectos de la personalidad).

Deterioro en la comunicación y en las actividades comunicativas (tanto en habilidades verbales como no verbales): Déficits graves en el desarrollo del lenguaje. Si hay lenguaje, sigue un patrón peculiar, como ecolalia inmediata o demorada, lenguaje metafórico o inversión de pronombres.

Síntomas:

Estructuras lingüísticas inmaduras y falta de términos abstractos. Deterioro cualitativo en la interacción social: Clara falta de respuesta ante los demás. Indiferencia o aversión al afecto o contacto físico.

Respuestas expresivas pobres.

Respuestas extrañas al medio: resistencia a pequeños cambios ambientales, interés peculiar o vínculos con objetos animados o inanimados. Conductas rituales. Fascinación por objetos giratorios.

## HIPOACUSIA Y SORDERA

Sujetos cuya audición es deficiente, pero de unas características tales que, con prótesis o sin ella, es funcional para la vida ordinaria y permite la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva aunque sea un lenguaje en el que se noten algunas deficiencias de articulación, léxico y estructuración mayores o menores en función del grado de hipoacusia. Sordos profundos serán aquellos cuya audición no es funcional para la vida ordinaria y no posibilita adquisición del lenguaje oral por vía auditiva, aunque sí puede hacerlo, en mayor o menor grado por vía visual.

## DISARTRIAS

Problemas de organización del habla, provocado por trastornos en los músculos de la misma.

Además de los problemas fonatorios, el niño con disartria presenta dificultades para mover los músculos bucales en otros tipos de actividades, como masticar o deglutir. El caso extremo es la anartria, en la cual el niño no puede emitir correctamente ningún fonema.

La etiología debe buscarse en las posibles causas capaces de dañar el sistema nervioso, como puede ser un trauma craneo-cervical, un tumor del cerebro o cerebelo y enfermedades infecciosas o degenerativas el sistema nervioso.

## TARTAMUDEO

Cuadro clínico que suele observarse alrededor de los 3 años, es decir en el momento en que el niño empieza a enfrentarse con complejas formas gramaticales. Las características más destacables del tartamudeo son: las repeticiones de la sílaba al principio de la palabra, los bloqueos y las aspiraciones. Hay que valorar el tipo de tartamudeo y la ansiedad que lo acompaña. Esta ansiedad es uno de los desencadenantes principales del tartamudeo.

Si la tartamudez es primaria, es decir, aparece cuando el niño se inicia con el lenguaje más complejo, puede desaparecer en el momento en que el niño haya madurado neurológicamente como para poder enfrentarse con esa pesada carga lingüística. En mayores este trastorno se considera un trastorno psiquiátrico susceptible de psicoterapia para su resolución.



## INVESTIGACIÓN EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOPEDAGÓGICO DE EDUCACIÓN PREESCOLAR

La educación preescolar surge como producto de los descubrimientos, sobre el desarrollo del ser humano en donde la estimulación es temprana.

El Departamento de Educación Preescolar ha instituido un programa de prevención y detección de problemas de lenguaje, teniendo como propósito la estimulación para lograr la madurez necesaria en todos los aspectos de la vida.

Se han encontrado niños que no pueden seguir el mismo ritmo del proceso evolutivo dentro de su grupo (segundo grado), y que necesita un tipo de estimulación especial, para poder lograr su integración con los demás compañeros.

Al analizar a estos niños preescolares, algunas causas son de tipo biológico, psíquico o social, será un aspecto que determinará una situación de desventaja, por lo tanto se requerirá de una atención específica. Siendo esto motivo para que en el año de 1965 se creara el CAPEP para niños preescolares.

## OBJETIVOS QUE TIENE EL CAPEP

- Proporcionar atención especializada a los preescolares de Jardines de Niños del sistema oficial, que manifiestan alteraciones perceptuales, psicomotoras, de lenguaje, problemas de conducta, de privación ambiental y carencia afectiva.
  
- Asesorar a las educadoras de los Jardines de Niños oficiales en los aspectos psicopedagógicos necesarios, que contribuyen a mejorar la educación integral del preescolar.

Antes se le llamaba Laboratorio de Psicología y sus Atenciones, sólo se dirigían a niños con problemas de lenguaje y conducta. Siendo hasta 1970 cuando se integran terapeutas y psicólogos, incrementando de esta forma la atención a los preescolares.

En el año de 1973 cuando se empieza a notar la necesidad oportunamente a niños que no han alcanzado el nivel de madurez requerido, para ingresar a a primaria, formulando por parte del CAPEP una acción educativa graduada, dirigida que les ayude a compensar las carencias de estimulación.

## PROGRAMA DEL CAPEP

Este utiliza como medio, para su detección en los niños de segundo grado la técnica de observación, ya que así se obtendrán valiosos datos sobre el desarrollo del pequeño y si existe algún tipo de alteración.

La técnica de observación la deberá enfocar la educadora para llegar a tener un pleno conocimiento del comportamiento del niño en lo referente a los aspectos cognoscitivos, lenguaje, conducta y dinámica familiar que prevalezca en su casa.

Dependiendo de que tan severo sea el problema del niño serán los días que tenga terapia o en ocasiones se le llega a permitir un día de asistencia del Jardín de Niños.

Lo que se busca con este trabajo es que se logre que el niño llegue a su nivel de madurez de acuerdo a su edad y así preparándolo para el proceso de la lecto-escritura y la lógica matemática. Cuando el niño presenta algún trastorno, alteración o problema se le ayudará a superarlo en un lapso no mayor de un año (en este caso en el área del lenguaje).

A continuación se mencionan algunos aspectos de las limitaciones que enfrenta el CAPEP con sus especialistas:

- **EL tiempo.** Cada año electivo al aplicarse el programa de detección para un mejor control del avance del niño, se lleva a cabo en tres etapas; la primera etapa es la detección que se da al comienzo del año escolar, la segunda etapa es la orientación y evaluación que se realiza durante todo el periodo escolar y la tercera etapa se realiza la evaluación final.
- **El universo.** Estará constituido por los niños que presenten leves alteraciones del lenguaje, incluyendo a la educadora y a los padres de familia, pues son con los que se tendrá contacto.
- **El espacio.** Se refiere a los Jardines de Niños de la delegación a la que pertenezcan, que presentan las condiciones adecuadas.

A continuación se explican las pruebas que realizan las educadoras y después los especialistas del CAPEP y es a partir de esto donde se desprenderá el trabajo del centro.

☐ La primera prueba que se aplicará es el de la representación de la figura humana debido a que se parte de la base de que el niño comienza las representaciones gráficas, y algunas ocasiones estas son parentela (papá, mamá, hermanos).

☐ Después viene la prueba llamada dibujo y es aquí donde la idea que tiene el niño la plasma gráficamente.

Todo esto permitirá conocer como organiza el pequeño su medio expresivo y su significación.

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

### *Diagnóstico de Problema de Lenguaje en el niño preescolar.*

Las causas que pueden dar origen a estos problemas pueden ser de distinta índole. Es indispensable comprender que existen funciones de malos hábitos de los órganos activos de la articulación.

Posteriormente se irá viendo cada una de las posibles causas como lo son:

- **CAUSAS ENDÓCRINAS:** este tipo de anomalías estará relacionado con el crecimiento orgánico, el buen funcionamiento endocrino y el desarrollo que repercutirá en el aparato fonoarticulador.
  
- **DEFICIENCIA AUDITIVA:** el niño que no oye con suficiente claridad será causa de que contenga errores en su pronunciación, debido a que este habla como escucha.
  
- **CAUSAS PSICOSOMÁTICAS:** son alteraciones emocionales que pueden ser motivo en determinado momento de los defectos de la articulación. Aquí el niño puede ser consciente de su pronunciación que es utilizado como un instrumento de defensa.

u **CAUSAS AMBIENTALES:** se verán implicados diversos aspectos como lo son: factores ambientales, culturales y sociales que tienen una repercusión importante entre las que pueden ser la causa principal del origen del problema.

Para que el lenguaje se desarrolle adecuadamente es indispensable que el niño, presente una capacidad auditiva normal. Igualmente ocupa un lugar importante la vista, debido a que la asociación de la palabra junto con su significado se realizará, por medio de este sentido; además se incluye también el aspecto de la lectura, escritura y expresión gráfica.

## **EXPLORACIÓN LINGÜÍSTICA.**

### **I. Datos de identificación personal.**

### **II. Conversación**

Preguntas

Dialogo dirigido.

### **III. Comprensión**

- discriminación fonológica (repetición de palabras).
- memoria auditiva (repetición de oraciones).
- comprensión de ordenes.
- preguntas de razonamiento.

#### IV. Utilización del lenguaje.

##### \* *Realización articulatoria.*

vocales

consonantes    labiales : b/, m /, t /, p/  
                      velares : g/, j/, k/  
                      dentoalveolares: l/, r /, d/, n/, s /, v/  
                      palatales: y/, ñ/, ch/

##### \* *Descripción y preguntas sobre imágenes.*

##### \* *Nominación sobre imágenes.*

Sustitución: el cambio de un fonema por otro.

Ejem. Perro – pelo

Medicina – medecina

Omisión: corresponde a una inaptitud para establecer serie de Fonemas o bien a una deficiente memoria auditiva, cuando se trata e la omisión de palabras completas.

Ejem. Tiene – tene.

Helicóptero - helicotero.

Globo –gobo.

**Distorsión:** alteración en los fonemas.

Ejem. Zapato – papo.

Haya – haiga.

Gabriel - Grabiél

**Inserción:** se agregan fonemas o palabras innecesarias (adicion).

Ejem. Pongan – ponganlen.

Siéntense – sientensen.

Veniste – vinites.

Fuiste – fuites

Hiciste – hicistes.

Entendiste – entendistes.

\* ***Punto de articulación:*** lugar y órganos de la boca que empleamos para pronunciar las consonantes.(órgano activo y pasivo)

1. Bilabiales: b/, m/, p/

2. Labiodentales : f/

3. Dentales: d/, t/

4. Alveolares : s/, l/, r/, m/, n/

5. Palatales: ð/, ñ/, y/

6. Velares: g/, k/



## HISTORIA CLÍNICA

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN INICIAL Y PREESCOLAR  
DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN CAPEP

### GUIA PARA LA OBSERVACIÓN DEL PREESCOLAR

FECHA \_\_\_\_\_

#### I. DATOS DE IDENTIFICACION:

1. Nombre del niño \_\_\_\_\_
2. Edad \_\_\_\_\_ fecha de nac \_\_\_\_\_
3. Domicilio \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_
4. Jardín de niños \_\_\_\_\_ turno \_\_\_\_\_  
Grado \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_
5. Nombre de la educadora \_\_\_\_\_
6. Motivos de la consulta \_\_\_\_\_

#### II. DESCRIPCIÓN FÍSICA DEL NIÑO.

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

#### III. CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA.

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

#### IV. ÁREA COGNOSITIVA.

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

#### ÁREA DE LENGUAJE

\_\_\_\_\_

#### V. DINÁMICA FAMILIAR:

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

#### VI. COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_

## TRATAMIENTO EN EL PROBLEMA DE LENGUAJE

Antes de empezar un tratamiento de reeducación, es necesario tomar en cuenta que los ejercicios básicos del lenguaje implican lo siguiente: técnicas de reeducación respiratoria, de gimnasia lingual y gimnasia labial, para velo del paladar y ejercicios de soplo.

A continuación menciono algunos de ellos:

- *Ejercicios para labios:* estos deben de hacerse frente al espejo, supervisados por un adulto.
  1. extender los labios enseñando los dientes.
  2. Fruncir los labios y moverlos de un lado a otro, tan lejos como sea posible.
  3. Morder el labio superior.
  4. Morder el labio inferior.
  5. Juntar los labios apretándolos y después soltándolos rápidamente como diciendo "P".
  6. Vibrar los labios.
  7. Vibrar los labios, pero sacando la lengua.
  8. Sostener los labios del paciente mientras él tratará de sonreír.

9. Mantenerle los labios fruncidos, mientras el paciente trata de sonreír.

□ *Ejercicios para el velo del paladar:* deberán hacerse frente a un espejo supervisado por un adulto.

1. Decir "A" manteniendo la boca abierta, el velo deberá elevarse lo más posible.
2. Bostezar, tratando de elevar el velo del paladar lo más atrás que sea posible.
3. Decir "sta", "ste" "sti", "sto".
4. Tomar líquidos con popote.
5. Levantar semillas con un popote aspirando el aire por la boca.
6. El mismo ejercicio anterior pero llevando la semillas de un lugar a otro.
7. El mismo ejercicio anterior pero cambiando líquidos de un recipiente a otro.

□ *Ejercicios para la lengua:* deberá hacerse frente a un espejo supervisado por un adulto.

1. Abrir la boca y sacar la lengua lentamente; cuidando de no tocar los labios ni los dientes,
2. El mismo ejercicio anterior pero ejecutándolo. rápidamente,

3. Abrir la boca y recorrer con la lengua el labio superior de derecha a izquierda y viceversa
4. Lamer una paleta con movimientos de abajo hacia arriba.
5. Teniendo la boca cerrada, empujar hacia fuera con la lengua, la mejilla izquierda y después la derecha,
6. Abrir la boca y tocar con la punta de la lengua atrás de los dientes superiores e inferiores,

□ *Ejercicios de respiración:* acostado sobre el piso se le pide al niño que afloje sus brazos, sus piernas y el cuerpo.

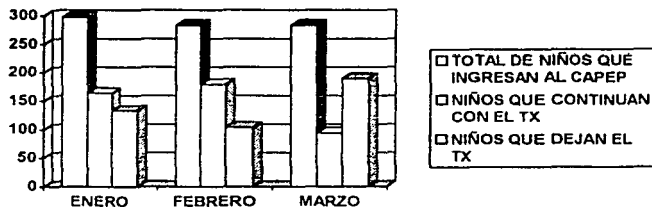
1. Pedirle que meta el aire por la nariz profunda y lentamente.
2. Cuando suelte el aire hágalo lentamente por la boca y meta poco a poco el estomago como si fuera un globo que desinfla.
3. Cuando domina la entrada y salida del aire, haga estos mismos ejercicios estando de pie.
4. Ejecútelo antes de los alimentos y nunca se fatigue.

□ *Ejercicios de soplo:* Se deben empezar a realizar cuando el niño ha logrado tomar correctamente el aire por la nariz y sacarlo por la boca. Nunca deben hacerse después de los alimentos.

1. Escupir semillas o chochitos.
2. Soplar papelitos.
3. Soplar plumas de aves.

4. Soplar pelotitas de algodón.
5. Poner agua en un vaso y soplar con un popote colocado dentro del vaso de manera que se levanten burbujas.
6. Apagar velas.
7. Hacer pompas de jabón.
8. Soplar rehiletes, rueda de la fortuna, etc.
9. Soplar barquitos de papel en una bandeja de agua.
10. Soplar suavemente la flama de la vela sin apagarla; contando el tiempo que dure soplando, después de cada aspiración.
11. Inflar globos.
12. Silbar.

## GRÁFICAS DE NIÑOS OBSERVADOS



## RELACIÓN DE NIÑOS OBSERVADOS

En el CAPEP hay niños que no pueden continuar con el tratamiento pues los padres por razones personales no quieren llevar a cabo este, por otra parte hay niños que siguen su tratamiento con ayuda de sus padres.

Así como también hay niños que ya en el tratamiento a las dos semanas de este lo abandonan, pues los padres creen que es inútil lo que se les esta haciendo.

Hay varios Centros de Apoyo Psicopedagógico de Educación Preescolar (CAPEP), se supone que hay un CAPEP por cada delegación en realidad son muy pocos.

En el CAPEP a partir de enero del 2002, iniciaron con 297 niños, todos estos provienen de diferentes Jardines de Niños de la zona de Tlalpan, en los Jardines seleccionan las Psicólogas a los niños que consideran que tienen algún problema en el lenguaje, posteriormente los mandan al CAPEP para atenderlos.

En cada CAPEP hay un Cirujano Dentista y un Psicólogo para poder atender a los niños.

Analizando el número de niños que ingresan al CAPEP y que de los cuales no todos continúan su tratamiento encontramos que:

□ De 100 niños que se registran por cada mes 40 son los que continúan con el tratamiento.

Los 60 restantes no continúan con este, pues los padres deciden ya no llevarlos por diferentes causas (económicas, culturales, etc).

## METODOLOGÍA

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población infantil con problemas de lenguaje ha existido desde hace ya mucho tiempo en nuestro país, estos niños no han sido atendidos adecuadamente por falta de recursos y programas de salud que atiendan especialmente este problema.

Aunado a esto la falta de preparación de los padres de familia incrementa el problema, no obstante en la actualidad se ha podido observar una mejor atención gracias a los estudios que las diferentes ciencias han implementado como los son: la Psicología, Educación para la Salud, Médico y sobre todo Cirujanos Dentistas.

Por lo que menciono anteriormente considero vincular aún más este problema con la especialidad; ya que existen muchas posibilidades de ayudar a esta comunidad infantil.

### HIPÓTESIS

La atención oportuna de los trastornos del lenguaje permitirá la consolidación de los alumnos en el lenguaje preescolar.

Con la ayuda de los especialistas se pueden obtener buenos resultados con la comunidad infantil, así como también con la participación del Odontólogo.



Se pretende planear y ejecutar un proceso de la lecto-escritura en nivel primaria acorde a las necesidades del infante.

#### **OBJETIVO GENERAL**

Primeramente estableciendo un marco estadístico que nos permita conocer el porcentaje de niños con trastornos del lenguaje, determinar las causas y posibles soluciones; desde luego involucrando a especialistas antes mencionados.

Conocer los diferentes tipos de trastornos del lenguaje en niños de 4 a 6 años.

Mostrar los factores que influyen en el desarrollo del lenguaje en el niño.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Explicar las funciones del aparato estomatognático y su relación con el lenguaje.

Ayudar al niño que supere las dificultades articulatorias lo más rápido posible.

Que los padres se interesen por la rehabilitación y desarrollo del lenguaje adecuado de sus niños.

Lograr una integración de los padres de familia con el Odontólogo.

Apoyo didáctico a toda persona interesada, instituciones educativas privadas y públicas, áreas psicológicas y médicos.

Determinar por edad y sexo en los niños del CAPEP los trastornos del lenguaje.

Identificar tipos de trastornos, prevalencia o frecuencia de los problemas en el CAPEP.

#### RECURSOS HUMANOS

Una directora de tesina.

Un asesor.

Cien niños a nivel preescolar que acuden al "Centro de Atención Psicopedagógico en Educación Preescolar".

Pasante de Odontología.

Maestra de Preescolar.

Psicólogos.

## RECURSOS FÍSICOS

Consultorio Dental.

Historias clínicas.

Juegos de uno por cuatro (espejo, explorador, excavador, pinzas de curación).

Una cámara fotográfica.

Una pluma de color negro.

Un bicolor.

Popotes.

Espejo facial.

Vaso con agua.

## DISEÑO

El diseño empleado en este trabajo es de tipo:

Bibliográfico.

Retrospectivo, Prospectivo y Experimental.

Técnicas de captación de datos: hacer grupos de seis niños como máximo en un salón de clases y colocarlos frente a un espejo siguiendo las indicaciones del especialista, esto se realizará en el CAPEP.

## POBLACIÓN ESTUDIO MUESTRA

Universo: cien preescolares.

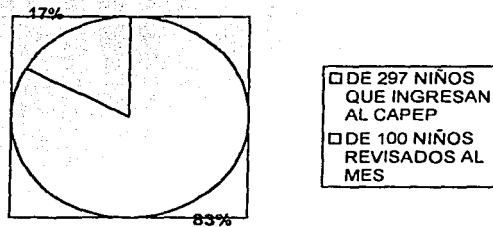
Muestra: cuarenta preescolares.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MES	FECHA
Realización de historias Clínicas	Enero	14 al 25
Elaboración de ejercicios	Enero	26
Revisión de ejercicios	Enero	28
Aplicación de ejercicios	Febrero	8 al 21
Evaluación	Febrero	22 al 25
Realización de tratamientos adecuados	Marzo	1 al 27
Interpretación de resultados al tratamiento	Marzo	25 al 30

## INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

### MES DE ENERO



En la gráfica se puede observar que de 297 alumnos a nivel preescolar que ingresan al CAPEP 100 de ellos se les detecta algún trastorno en el lenguaje de los que a continuación menciono:

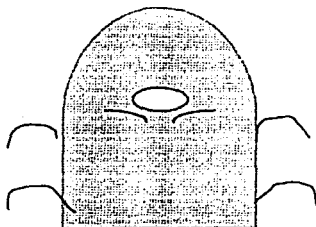
1. Dislalias funcionales.
2. Tartamudeo
3. Autismo.

Estos son los principales trastornos encontrados en algunos de los niños.

Los demás alumnos por falta de recursos o ignorancia de los padres no se pudo llevar a cabo algún tratamiento.

En el caso de los alumnos que presentan Dislalias el Tratamiento fue con la Placa Tucat que es una nueva adquisición en el CAPEP y que será de gran ayuda para el Cirujano Dentista, a continuación proporciono información a cerca de esta:

La placa Tucat es utilizada para problemas en el lenguaje por lo regular en las Dislalias, esta sirve para que la lengua este en constante movimiento, y por lo tanto se pueda desplazar con mayor facilidad.



Esta placa se realiza con acrílico, va sostenida por unos ganchos en caninos y primeros molares. Lleva una perla a la altura de las rugas palatinas, esta es giratoria para que la lengua juegue con ella.

Dentro de las indicaciones encontramos que es: como ya lo habíamos mencionado, para niños con trastornos en el lenguaje, que tengan buena higiene bucal, que las piezas dentarias en donde se colocan los ganchos, estén en buena posición.

Dentro de las contraindicaciones encontramos que: el frenillo lingual sea muy corto, tenga mal posición dentaria, problemas de respiración.



## CONCLUSIONES

El lenguaje es vital como intermediario de situaciones de aprendizaje. Un factor determinante que se debe tener en cuenta es el de los niveles de lenguaje para acceder y seguir mejor los aprendizajes que se imparten en la escuela. La importancia de esta, favorece las relaciones necesarias para el desarrollo de la comunicación y la evolución del lenguaje.

El término "trastornos del lenguaje" es utilizado para diagnosticar a niños que desarrollan aspectos selectivos en su lenguaje nativo en una forma lenta, limitada o de manera desviada, cuyo origen no se debe a la presencia de causas físicas o neurológicas demostrables, problemas de audición, trastornos generalizados del desarrollo ni a retraso mental.

Los distintos tipos de trastornos del lenguaje a menudo se presentan simultáneamente. También se asocian con un déficit con el rendimiento académico durante la etapa escolar, trastornos del desarrollo de la coordinación, con problemas emocionales, conductuales y sociales.

### DISLALIAS

Se entiende por dislalia, "la alteración producida en la articulación de los fonemas. Puede darse por *ausencia* o *alteración* de algunos de ellos, o por *sustitución* por otros de forma inadecuada".

De acuerdo a su etiología, la dislalia puede ser clasificada en: Dislalia funcional, Dislalia evolutiva, Dislalia orgánica y Dislalia audiógena.

## DISFEMIA

La disfemia es "una disfluencia o dificultad en el flujo normal del habla. Ocasiona repeticiones de sílabas o palabras o paros espasmódicos que interrumpen la fluidez verbal"; a las alteraciones del habla se le suman, generalmente, manifestaciones de tensión muscular como movimientos de manos, cierre de ojos, gesticulación facial y movimientos corporales. Suele aparecer a edad temprana (el 88% de ellas se presenta antes de los 7 años) y es más común en los hombres.

## AFASIA

Se puede definir como "una alteración del lenguaje debido a lesiones cerebrales producidas después de la adquisición del lenguaje o en el transcurso del mismo. Es posible señalar distintos tipos de afasia, de acuerdo a la modalidad de expresión afectada, las cuales casi nunca se encuentran en forma pura: oral, escrita, gestual y de recepción.

## DISFASIA

El concepto de disfasia no ha sido consensual por los distintos autores y los esfuerzos se han centrado en realizar diagnósticos por exclusión de los trastornos que no podrían ser encuadrados dentro de esta categoría. La disfasia, entonces, "se aplica en general a los niños que presentan un trastorno severo del lenguaje, y cuyas causas no se deben a razones obvias como pueden ser: sordera, retraso mental, alguna dificultad motora, desórdenes emocionales o alteraciones de la personalidad".

## **DISARTRIA**

Son "los problemas de articulación del habla a consecuencia de una lesión cerebral (quedan dañados los nervios craneales) produciendo una parálisis o ataxia de los músculos de los órganos fonatorios."

## BIBLIOGRAFÍA

Vigotky lev. "pensamiento y lenguaje". Ed. Alfa y omega. 1934.

Nieto herra margarita E. "Anomalías del lenguaje y su corrección", méxico, 1983.

Stengel ingerburg. "Los problemas del lenguaje en el niño". Ed. Fontanella, españa.1978.

Lester tarnapol." Dificultades para el aprendizaje". México, ed. Prensa médica mexicana.1980.

Peterson Fatzone, G.I. "Alteraciones fonéticas vinculadas con anomalías dentoma-xilofaciales". Arch Speech, 1990.

Instituto nacional de servicios sociales (inerso). Trastornos del lenguaje, madrid.1979.

David k. Berlo. El proceso de la comunicación. ed. El ateneo s.a de c.v. México.