



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA DISLALIA
(ESTUDIO DE CASO)**

**T E S I S E M P Í R I C A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
ALMA DELIA ESPEJEL LOZANO**

**DIRECTORA: LIC. MARGARITA MARTÍNEZ RIVERA
DICTAMINADORES: DRA. MARÍA ANTONIETA DORANTES GÓMEZ
LIC. AMADO RAÚL RODRÍGUEZ TOVAR**



TLANEPANTLA, EDO. DE MÉXICO 2009



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 mi mamá:

Por siempre creer en mí y apoyar mis decisiones, por guiarme con el ejemplo y forjarme un porvenir, pero sobre todo por tu infinito amor. Este logro no sólo es para tí, sino que también es tuyo, porque sin tí no lo hubiera logrado. Te quiero mucho.

A mis abuelitos:

Por la hermosa familia que formaron y porque son un ejemplo de esfuerzo, dedicación y entrega. Especialmente a mi abuelita, por la alegría que le hubiera causado el ver terminado este trabajo.

A Quela:

Porque de niña me diste las mejores bases que pude tener en el aspecto académico y por todo el cariño y apoyo que siempre me brindas.

A Cris:

Mi tía y colega, por toda la ayuda que me brindaste a lo largo de la carrera.

*A Madrina y tíos:
Concepción, Fernando, Josefina, Eduardo, Margarita y Luisa, porque
en muchas ocasiones me han ayudado tanto a nivel escolar como
personal.*

*A mis primos:
Eurídice, Arturo, Augusto, Eduardo y especialmente a Karen y
Sandra por el apoyo en las fotografías.*

*A Jonatan:
Porque siempre estuviste alentándome para culminar este proyecto,
por creer en mí y por el apoyo incondicional que me has dado.*

*A los profesores:
Margarita Martínez Rivera
María Antonieta Dorantes Gómez
Amado Raúl Rodríguez Tovar
Por su tiempo y colaboración para la culminación de este trabajo.*

*Y muy en especial, al niño con el que tuve la oportunidad
de trabajar en este proyecto.*

Índice

Resumen	6
Introducción	7
Capítulo 1. Psicología del desarrollo y Educación Especial y Rehabilitación	10
1.1. ¿Qué es la psicología del desarrollo?	10
1.2. Educación Especial y Rehabilitación	14
Capítulo 2. El lenguaje y el habla	19
2.1 Definición del lenguaje	19
2.2 El lenguaje desde un punto de vista conductista	21
2.3 Desarrollo del lenguaje	24
2.4. Diferencia entre lenguaje y habla. Sus correspondientes trastornos	27
Capítulo 3. La dislalia (trastorno de la articulación de fonemas)	33
3.1. Definición de la dislalia	33
3.2. Etiología de la dislalia	34
3.3. Características de los niños que presentan dislalia	38
3.4. Clasificación de las dislalias	39
3.5. Detección de la dislalia	41
3.6. Evaluación y diagnóstico de la dislalia	43
3.7. Tratamiento de la dislalia	46

Capítulo 4. Propuesta para el tratamiento de la dislalia	
(Estudio de un caso)	54
4.1. Datos generales	54
4.2. Entrevista inicial y domiciliaria	55
4.3 .Evaluación	60
4.4. Metodología	64
4.5. Resultados	89
Conclusiones	114
Bibliografía	118
Anexos	
I. Evaluación del fonema “rr” y “r”	
II. Evaluación de grupos de fonemas “bl” y “dr”	
III. Sistema de registro	
IV. Registro de la 1º fase	
V. Lista de palabras con los fonemas “r” y “rr”	
VI. Registro de la 2º fase	
VII. Lista de palabras con los conjuntos de fonemas “bl” y “dr”	
VIII. Lista de juegos	

Resumen

El lenguaje verbal es la principal herramienta de comunicación que poseemos los seres humanos, de aquí la importancia de realizar una intervención al detectar algún tipo de alteración en esta área.

En el presente trabajo nos centraremos en uno de los trastornos del habla más comunes entre los alumnos de nivel preescolar y escolar: la dislalia, que se refiere a la defectuosa articulación de los fonemas.

El paciente es un niño de 9 años que presenta dislalia funcional, por lo tanto, el objetivo de este trabajo es el diseño y aplicación de un programa de intervención para la correcta articulación de los fonemas “r” y “rr”, así como de los grupos de fonemas: “bl” y “dr”.

Una vez evaluado el niño, el programa de intervención consta de dos fases donde se realizan ejercicios de respiración, orofaciales y de pronunciación. Al término de cada sesión se llevan a cabo juegos enfocados a reforzar la correcta pronunciación de los fonemas que se están trabajando.

Los resultados de ambas fases muestran un progreso notorio en la pronunciación de los fonemas. Gran parte del avance que presenta el niño se debe a que el programa es diseñado creativamente, centrándose en sus necesidades e intereses, de manera que a la vez que trabaja su dislalia, se divierte, lo que hace que su aprendizaje sea más efectivo.

Introducción

El lenguaje es logro exclusivo del ser humano. Como menciona Hockenbury (1997), el lenguaje es una de las más excepcionales de todas nuestras actividades cotidianas. En todo el mundo los seres humanos hablan idiomas diferentes para comunicarse. Coll, Marches y Palacios (1996), dicen que la propiedad más importante del lenguaje es su potencial creativo, y es que conocer el lenguaje permite a la persona realizar un infinito número de producciones y ser comprendido por cualquier otra persona que también lo hable.

Nuestra sociedad simplemente no funcionaría sin el lenguaje, lo utilizamos para poder transmitir información, compartir ideas, sentimientos o emociones, como cuando estamos felices, enojados, ansiosos, etc., también nos valemos del lenguaje para registrar nuestro pasado, organizar nuestro presente y prepararnos para el futuro. Así, todos necesitamos del lenguaje para participar en las actividades de nuestra vida cotidiana ya que forma parte de nuestro universo personal.

Un suceso importante en el desarrollo cognoscitivo del niño es la aparición del lenguaje, utiliza la expresión verbal para poder relatar sus acciones, lo cual conlleva otros acontecimientos también importantes, pero, ¿qué pasa cuando un niño presenta un trastorno del habla?.

Con respecto a lo anterior, el psicólogo juega un papel importante ya que dentro de la psicología del desarrollo lleva a cabo, entre otras cosas, investigación básica y aplicada sobre desarrollo infantil, lo que proporciona información sobre las etapas por las que pasa el individuo para llegar al dominio total de sus repertorios y al mismo tiempo nos ayuda para saber cuando existe una alteración, así pues, puede darse cuenta si el desarrollo del lenguaje del niño transcurre de forma normal o no. A la par, los psicólogos enfocados al área de Educación Especial y

Rehabilitación brindan atención a personas con necesidades especiales de educación que sobrepasan los servicios prestados en el aula de clase regular, por lo tanto, intervienen cuando se detecta un trastorno, por ejemplo, en el área de lenguaje como se ve en el presente trabajo.

La dislalia, es un trastorno del habla, (trastorno de la articulación de fonemas ya sea por sustitución, distorsión, omisión o inserción) que consiste en la imposibilidad de emitir normalmente ciertos sonidos, siendo las consonantes más afectadas las que exigen un mayor control neuromuscular como “r”, “rr”, “y”, “ch” y “s”. Como menciona Fairman (1998), la dislalia es la más común dentro de la patología del habla, así como también es la que con más frecuencia se presenta entre los alumnos del jardín de niños y escuela primaria, por lo que es de suma importancia una intervención adecuada y a tiempo.

Por lo tanto, una intervención para la dislalia se puede llevar a cabo bajo el enfoque conductista, el cuál, es uno de los enfoques más utilizados en Educación Especial ya que las técnicas conductistas usan procedimientos planeados y sistematizados, de manera que se puede incrementar o fortalecer algún tipo de comportamiento que es débil, ampliar una conducta deseable a un nuevo entorno, restringir o limitar un comportamiento a una situación específica, dar forma o formar una conducta nueva, mantener algún comportamiento existente, reducir o eliminar alguna conducta indeseable; para esto, se deben acumular y registrar datos de línea base, considerar un número de estrategias de reforzamiento, las metas y objetivos deben establecerse con claridad y por escrito, las estrategias de intervención deben especificarse en detalle, efectuarse precisa y sistemáticamente, los niveles de desempeño deben establecerse por adelantado junto con la manera de medir (Gearhearth, 1987).

Dentro de la psicología, el trabajo de lenguaje no sólo consiste en aplicar una serie de técnicas, sino de investigación, evaluación, diagnóstico, elaboración de una técnica y su aplicación, lo cuál es un trabajo enteramente profesional. Por lo tanto,

aquí se presenta un estudio de caso en el cuál se muestra como es el trabajo del psicólogo, el niño tiene nueve años, presenta dislalia funcional, específicamente “rotacismo”, que consiste en la incorrecta emisión del sonido de la letra “r”, también presenta problemas en los grupos de fonemas “bl” y “dr”.

Con base a todo lo anterior, el objetivo de este trabajo es el diseño y aplicación de un programa de intervención para la correcta articulación de los fonemas “r” y “rr”, así como de los grupos de fonemas: “bl” y “dr”.

Para cubrir el objetivo anteriormente mencionado, el trabajo se compone de cuatro capítulos, en el primero se habla de la psicología del desarrollo, de la educación especial y del papel del psicólogo en cada una de las disciplinas. El segundo capítulo se enfoca al lenguaje, como es definido por la corriente conductista, las etapas de desarrollo del lenguaje por las que atraviesan los individuos y por último se presentan algunas alteraciones del lenguaje y del habla, dentro de éstas últimas se encuentra la dislalia. El tercer capítulo aborda todo lo relacionado con la dislalia, desde la definición, su etiología, los diferentes tipos que existen, así como la forma de detectar, evaluar y realizar un tratamiento adecuado para los individuos que la presentan. Por último, la propuesta del programa de intervención para la dislalia se ve a lo largo del cuarto capítulo, comenzando con la entrevista a los padres y la evaluación que se le realiza al niño, posteriormente se entra de lleno al diseño y aplicación del programa, después se muestran los resultados del niño, en los cuáles se aprecia un progreso notorio en la pronunciación de los fonemas que le causaban dificultad. Finalmente, en las conclusiones se encuentran propuestas para la aplicación y mejora del programa propuesto.

Capítulo 1.

Psicología del desarrollo y Educación Especial y Rehabilitación

La psicología del desarrollo y la educación especial son áreas que guardan relación, por ejemplo, el psicólogo de educación especial debe conocer como es el proceso de desarrollo de un niño para detectar si existe alguna alteración y poder intervenir adecuadamente. A lo largo de este capítulo ahondaremos acerca de ambas áreas.

1.1. ¿Qué es la psicología del desarrollo?

Si se trata de una mejor comprensión de los individuos, la psicología del desarrollo tiene un papel clave que jugar. La comprensión del curso de la vida humana y de los factores que modelan a la persona en desarrollo, es una piedra angular de la psicología.

Para Berryman (1994), la psicología del desarrollo se encarga de explorar todos aquellos aspectos psicológicos del desarrollo y cambios del ser humano. En esencia, se refiere a toda clase de cambios psicológicos (de comportamiento, pensamiento y sentimiento humanos) que pueden ocurrir entre la cuna y la tumba. Si se toma un libro de psicología con el término “desarrollo” en el título, se encontrará que el grueso del libro tiene que ver con la infancia; de hecho, en algún momento, la psicología del desarrollo y la psicología infantil eran la misma cosa. La noción de desarrollo en la vida adulta difícilmente se tomó en cuenta hasta hace poco, esto ha sido sólo desde que, en los últimos cuatro decenios, ha habido un torrente de libros sobre desarrollo adulto y psicología del ciclo vital completo. Si se consideran todas las investigaciones que tienen que ver con el desarrollo, aún

así se encontrará que la mayoría se enfocan a los primeros 15 a 20 años de vida y esta sencilla observación es muy reveladora acerca de lo que se piensa es el momento en el que la mayoría de los seres humanos se forman y modelan para convertirse en las personas que son como adultos.

Anteriormente, los psicólogos del desarrollo tendían a concentrar sus esfuerzos de investigación en los primeros años de vida; pero en la actualidad, están mucho más enterados del potencial para el desarrollo y cambio en la adultez.

El interés en el desarrollo humano es más bien un fenómeno relativamente reciente. Historiadores tales como Philippe Aries, sostienen la idea de que la infancia es un periodo importante y valioso probablemente data de hace sólo 200 años. Indica que se consideraba a los niños como miniaturas o, mejor dicho, como adultos inferiores, o se les veía con indiferencia. Se les educaba de manera estricta y con frecuencia, se les castigaba rigurosamente. La mortalidad infantil era tan alta que se sentía como algo inútil afligirse por la muerte de un niño. (Berryman, 1994).

Por otro lado, Charles Darwin está entre los primeros en llevar un diario detallado acerca de uno de sus hijos, Doddy, desde el nacimiento. En su *Biographical Sketch of an Infant* (1877) reflexionó sobre las causas de la conducta de su hijo, anotó el momento en que, por primera vez, se presentaron emociones tales como temor o enojo y debatió sobre si tal comportamiento mostraba signos de razón. No mucho después, Stanley Hall, considerado como el “padre” de la psicología infantil, publicó en 1891 *Notes on the Study of Infants* y registró “los contenidos de la mente infantil...” por medio de numerosas preguntas realizadas a niños. Esto dio inicio a un estudio más sistemático de la infancia y niñez.

Por su parte, Fitzgerald, Strommen y McKinney (1981), mencionan que casi desde su origen, la psicología del desarrollo ha sido siempre un enfoque multidisciplinario al estudio del organismo en desarrollo. Las teorías y los métodos

sacados de la psicología general, de la biología y de la medicina, se combinaron para darle cuerpo a la psicología del desarrollo y hacerla una disciplina distinta de las demás. Hacia fines del siglo XIX y al principio del presente siglo, los psicólogos del desarrollo se fijaron principalmente en los aspectos biológicos del desarrollo, especialmente en aquellos aspectos que parecían ir de acuerdo con la teoría de la evolución. De 1920 a 1960, la psicología del desarrollo poco a poco fue cediendo al influjo de la teoría conductista y de aprendizaje social, y destacó los determinantes ambientales de la conducta. La psicología del desarrollo destaca actualmente la unidad psicológica, biológica y social del organismo en desarrollo. Acepta el concepto epigenético del desarrollo y mira al organismo como algo activo y reactivo al mismo tiempo. Insiste en que la interacción entre estructura y función es un determinante principal de la adaptación del organismo al ambiente.

Coon (1998), nos habla de que el psicólogo del desarrollo lleva a cabo investigación básica y aplicada sobre desarrollo infantil, tendencias del desarrollo adulto y envejecimiento; realiza trabajo clínico con niños perturbados; actúa como asesor en jardines de niños, programas para ancianos, etcétera.

Los psicólogos del niño se especializan en el lactante, en el niño y se ocupan de cuestiones como: si el niño nace con una personalidad y un temperamento propio, como aprenden los lactantes el apego a sus padres y cuidadores, la edad en que aparecen las diferencias sexuales que modifican la conducta, cuál es la importancia y cuáles los cambios en el significado de la amistad durante la niñez. *Los psicólogos del adolescente* se especializan precisamente en el período de la adolescencia, en como la pubertad, los cambios de relaciones con los compañeros y con los padres, así como la búsqueda de la identidad personal hacen que este período sea difícil para algunos. *Los psicólogos del ciclo vital* se concentran en los años adultos y en las formas en que el individuo se adapta a la pareja, paternidad o maternidad, edad madura, jubilación, y finalmente a la muerte (Morris, 2001).

Quizás uno de los resultados más útiles en este campo de la psicología, según Berryman (1994), es que por primera vez, se documentó el comportamiento, pensamiento y emoción normales de un cierto grupo de edad. Existe la tendencia en cada persona a considerarse normal, promedio o típicamente humano en términos generales ya que piensa, siente y se comporta como la mayoría lo hace y cuando se encuentra con alguien que parece ser muy diferente, se lleva una sorpresa o aún, se sobresalta. La psicología del desarrollo ha proporcionado datos que muestran un rango de conductas, pensamientos y sentimientos típicos de cualquier población en particular y en cualquier tiempo. De tal modo, puede mostrar que chuparse el dedo, hacer berrinches, tener pesadillas o comerse las uñas, son todas conductas “bastante normales” en cierta edad, porque una elevada proporción de niños exhiben estos modelos, pero los padres primerizos podrían ver como problemático encontrarlo en su primer hijo, ya que se ve de un modo muy diferente dentro del contexto del comportamiento infantil en general. El registro detallado del curso del desarrollo humano, también posibilita la observación de cómo los acontecimientos pueden cambiar o moldear al individuo. Así, se pueden comparar, por ejemplo, niños educados dentro de una familia nuclear, con aquéllos educados en familias extensas, con uno solo de los padres, o huérfanos criados en instituciones. La observación de cómo se desarrollan los individuos de estos grupos, da claves acerca de la importancia de los padres (o figuras que cumplan el papel de padres) en la vida de los niños y la importancia del amor para fomentar el desarrollo y bienestar psicológicos. La psicología del desarrollo posibilita comprender un amplio rango de aseveraciones comunes sobre el ser humano, lo que significa que actualmente se tiene una mejor idea acerca de las condiciones que fomentan el desarrollo y bienestar psicológicos óptimos y si no están presentes, se sabe qué hacer para compensarlas.

Si hablamos del desarrollo normal, cada quien tiene sus propias ideas de cómo es la gente a diferentes edades, por ejemplo, los niños de dos años tienen la fama de ser tremendos, los adolescentes y jóvenes de ser problemáticos, y los estudiantes al final de la adolescencia, de ser idealistas, políticamente activos y demás.

Por tanto, si se observa a la gente en diversas edades, es fácil relacionar el crecimiento físico con varios cambios de tipo psicológico. Entonces se puede establecer un margen de lo que es normal a cierta edad y así, detectar si existe alguna alteración o anomalía en el desarrollo de los niños, y determinar si se requiere de un tipo de educación específica.

1.2. Educación Especial y Rehabilitación

La educación especial, para Cantón y cols. (1997), es una modalidad del Sistema Educativo Nacional que se imparte a niños y jóvenes que tienen dificultades para incorporarse a las instituciones educativas regulares o para continuar en las mismas por presentar algún retraso o desviación, parcial o general, en su desarrollo, debido a causas orgánicas, psicológicas o de conducta. Aunque no existe consenso con respecto a una definición universal de educación especial, la mayoría de los profesionales que trabajan en esta área han acordado identificar la educación especial como la instrucción que se otorga a sujetos con necesidades especiales de educación que sobrepasan los servicios prestados en el aula de clase regular.

Es importante señalar que la terminología aplicada a estos sujetos es diversa. Al comenzar la oferta de servicios especiales se les llamó “anormales”, primero por la influencia de la clínica psiquiátrica y más tarde por la influencia del movimiento psicometría en psicología; después se utilizaron otros términos igualmente peyorativos, como incapacitados, disminuidos, impedidos, atípicos, inadaptados, entre otros. En algunos casos estas denominaciones tuvieron fundamentos estadísticos, sociales o psicológicos y por lo general implicaban juicios de valor más o menos negativos. Hoy en día, existe consenso entre muchos profesionales de que el alumno en educación especial debe presentar una discapacidad, entendiéndose ésta como una limitación funcional que no anula o disminuye el valor de la persona como ser humano, o como ciudadano, ni sus derechos

respectivos. Cabe mencionar que cada individuo con diagnóstico de discapacidad tiene necesidades únicas de aprendizaje.

Por su parte, García (1988; en: Castañedo, 2001) traza estos objetivos de la Educación Especial:

- 1.-La superación de las deficiencias y de las consecuencias o secuelas derivadas de aquellas.
- 2.-La adquisición de conocimientos y hábitos que doten a la persona de la mayor autonomía posible.
- 3.-La promoción de todas las capacidades del minusválido para el desarrollo armónico de su personalidad.
- 4.-La incorporación a la vida social, a un sistema de trabajo que permita a los minusválidos servirse y realizarse a sí mismos.

Existen dos tipos o grupos de servicios que ofrecen la modalidad de educación especial: los esenciales y los complementarios. El primero se refiere a los servicios que atienden a niños y jóvenes con necesidades educativas especiales, para quienes resulta indispensable su asistencia a instituciones especiales, con el fin de obtener una integración social exitosa y adquirir cierto grado de independencia personal; dentro de este grupo podemos encontrar personas con discapacidad intelectual severa o profunda, las que presentan una discapacidad múltiple, o las que por tener una discapacidad visual, auditiva o motora, no han recibido servicio educativo alguno. El segundo se otorga a sujetos cuya necesidad educativa es transitoria y suplementaria a su educación pedagógica normal; éstas son personas con problemas leves o moderados que no les impiden asistir a la escuela regular, pero requieren de apoyo o estimulación en virtud de que presentan problemas que afectan su aprendizaje. La mayoría de quienes

necesitan de educación especial (más del 80%) son atendidos en estos servicios. En este tipo de atención se distinguen los servicios de terapia de lenguaje y aprendizaje en las escuelas, o en centros psicopedagógicos especializados (Cantón y cols., 1997).

Para Ortega (1995), la finalidad del apoyo psicopedagógico, es brindarle al alumno con problemas de aprendizaje, aquellos elementos que requiera, dentro del aula y el hogar, tendientes a fortalecer procesos psicológicos y subsanar deficiencias académicas que sean necesarios para su mejor desempeño. Los niños que necesitan apoyo psicopedagógico son aquellos con problemas de aprendizaje que tienen deficiencias en uno o más de los procesos psicológicos básicos involucrados en la comprensión o uso del lenguaje oral o escrito. Se manifiestan en dificultades al escuchar, pensar, hablar, escribir, usar la ortografía y resolver problemas aritméticos (entre otros), no se incluyen problemas visuales, auditivos, motrices, retraso mental y problemas emocionales.

Así pues la educación especial abarca un grupo muy amplio de personas con características muy heterogéneas, desde niños con déficit significativos y severos como discapacidad mental, visual, auditiva y limitaciones motoras generales, hasta aquellos que son completamente sanos y funcionales, a no ser por una limitación específica de su desarrollo, como pueden ser los problemas del lenguaje. Dado lo anterior, hay que dejar de lado la idea de antaño de que la educación especial es sólo para niños con discapacidades obvias y graves.

Como se advierte, existe una diversidad importante de limitaciones o dificultades que, en cada caso, tienen distintas manifestaciones y responden a etiologías diversas. Sin embargo, estos niños se unifican en el mismo grupo educativo porque presentan problemas en su rendimiento escolar o en su estabilidad emocional, así como en su capacidad para relacionarse con su medio y participar en él.

En 1995, el primer Registro Nacional de Menores con Discapacidad, identificó 2 millones 727 mil 989 personas menores de 20 años con discapacidad; de éstas, 2 millones 121 mil 365 recibían algún tipo de servicio educativo, mientras que 606 mil 624 no recibían ninguno (Latapí, 1999).

Según el Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa (2002), todo el país contaba con 4 mil 97 servicios de educación especial, entre ellos podemos encontrar:

- Centros de Atención Múltiple (CAM)

Son instituciones educativas que ofrecen educación básica para alumnos que presenten necesidades educativas especiales, con o sin discapacidad; ofrecen los distintos niveles de educación básica, organizados por edades, con planes y programas regulares con adaptaciones pertinentes. Se lleva a niños con distintas discapacidades a un mismo grupo.

- Establecimiento de Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER)

Su objetivo es promover la integración de los niños con necesidades educativas especiales a las aulas de escuelas de educación básica e inicial.

- Centros de Apoyo Psicopedagógico de Educación Preescolar (CAPEP)

Para los jardines de niños se orientaron los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar. Se proporcionan los servicios de evaluación y diagnóstico interdisciplinario a los alumnos de jardines de niños oficiales que presenten problemas en su adaptación al proceso educativo. También dan atención psicopedagógica a quienes muestren dificultades de aprendizaje, en el lenguaje o en su desarrollo psicomotriz.

Por todo lo anterior, se puede ver que una de las funciones del psicólogo del desarrollo es la detección de alguna alteración, por ejemplo, de problemas en el habla, mientras que la labor del psicólogo en el área de educación especial se orienta más hacia la acción, es decir, hacia el diseño y aplicación de programas de intervención.

Capítulo 2

El lenguaje y el habla

Las sociedades a través del mundo han llegado a depender de él, primero en su forma oral, y luego en su forma escrita; el lenguaje, recibido por el oído o por la vista, es esencial para el aprendizaje. El lenguaje hablado (o un sistema simbólico sustitutivo) es central para la interacción humana en todas las sociedades, mientras que la lectura y la escritura son aspectos importantes de la vida en las sociedades instruidas (Morris y Blatt, 1989).

Los órganos que participan en la formación de la voz y los sonidos son: pulmones, laringe, cuerdas vocales, velo del paladar, lengua, dientes, labios, espacios de resonancia. Los pulmones trabajan prácticamente como un fuelle para la expulsión de la voz. El aire espirado provoca la vibración de las cuerdas vocales, con los que se logran los tonos.

Los verdaderos sonidos (consonantes) se forman con ayuda de los órganos de tres zonas de articulación: labiales, por alteración de la posición de los labios; dentales, por alteración de la posición de lengua y dientes; y guturales, por utilización de la región palatina. Las vocales se forman por resonancia en las cavidades faríngea, bucal y nasal. (Frostig y Muller, 1986).

2.1. Definición del lenguaje

El lenguaje es uno de los más importantes logros de la especie humana. Es el sistema primario de símbolos, significados y reglas para la combinación y construcción de la comunicación entre humanos.

La capacidad humana del lenguaje es sin duda una de las más excepcionales de todas nuestras actividades cotidianas. La función primordial del lenguaje es, por

supuesto, comunicarnos. El lenguaje humano tiene varias cualidades especiales, como ser versátil, flexible y complejo (Hockenbury, 1997). El lenguaje se puede definir como un sistema de combinaciones arbitrarias de símbolos que producen un número infinito de significados.

El lenguaje también tiene propiedades universales que se dan en todas las lenguas habladas en las diferentes culturas. Todas las lenguas utilizan una serie de signos discretos (fonemas y letras) para formar palabras que al combinarse según ciertas reglas dan lugar a un número infinito de mensajes. El lenguaje posee una estructura claramente jerárquica compuesta por (Jiménez, 1996):

- La fonética y la fonología

La fonética caracteriza todos los fonemas o sonidos del lenguaje. La fonología estudia como los fonemas que pronunciamos al hablar distinguen unas palabras de otras.

- La morfología

Estudia las unidades de significado que existen en una lengua. Estas unidades son los morfemas.

- La sintaxis

Hace referencia a las reglas que indican que oraciones de una lengua son gramaticales y cuales no lo son. Indica que existen también unas reglas de orden de las palabras dentro de una oración.

- La semántica

Hace referencia al significado de las palabras dentro de las oraciones.

- La pragmática

Es la ciencia que se ocupa de los aspectos prácticos del lenguaje, implicados en su utilización para conseguir ciertos objetivos y en la interacción de las oraciones dentro de un texto o una conversación. Se ocupa del uso e interpretación del lenguaje en el contexto social.

Características del lenguaje

Para Hockenbury (1997), el propósito del lenguaje es la comunicación, expresar información significativa de manera que otros puedan entenderla.

Coll y cols. (1996), mencionan que la propiedad más importante del lenguaje es su potencial creativo. Conocer el lenguaje permite al individuo realizar un infinito número de producciones y ser comprendido por cualquier otra persona que lo hable.

Otra característica del lenguaje es que se pueden comunicar ideas acerca de objetos y actividades que no están presentes físicamente. Las personas pueden referirse a actividades que realizarán en el futuro, que hicieron en el pasado, o que nunca han hecho, pueden llevar una conversación de ideas abstractas o de temas imaginarios.

2.2. El lenguaje desde un punto de vista conductista

El conductismo establece muchos postulados, tanto implícitos como explícitos, sobre la naturaleza de la conducta de los humanos.

Tiene como premisa básica que solamente la conducta observable puede ser objeto adecuado de la psicología científica, aunque no niegan la existencia de la conciencia o sentimientos, no son tomados en cuenta. Otra premisa es que la mayor parte de la conducta se puede atribuir a causas ambientales como las

contingencias de reforzamiento, esto es que la mayor parte de la conducta humana se aprende, por lo tanto, se puede cambiar casi cualquier modo de obrar cambiando el ambiente del individuo. El proceso de aumentar la frecuencia o probabilidad de cierta actividad mediante un reforzador se llama condicionamiento operante. Una tercera premisa del conductismo es que la mayor parte del aprendizaje se lleva a cabo por medio de los mecanismos relativamente sencillos de condicionamiento clásico y operante (Ingalls, 1982).

Por otro lado, Chance (1995) menciona que Skinner propuso en su libro "Conducta Verbal", que para entender el habla primero debíamos reconocer que es una forma de conducta. La conducta verbal se aprende en términos de relaciones funcionales entre la conducta y los eventos ambientales, particularmente en sus consecuencias. Si queremos entender el lenguaje debemos examinar los efectos de la conducta verbal sobre el ambiente, particularmente el social, porque es el ambiente social, la conducta de otra persona, dijo Skinner, lo que moldea y mantiene la conducta verbal.

Entonces, sí el aprendizaje se da principalmente por medio del ambiente, y éste es rico en recursos, el niño aprenderá mejor; en cambio si el ambiente es pobre en recursos, el niño aprenderá menos que el resto de sus compañeros. Por lo tanto, para que el habla se pueda dar, el niño debe estar en constante estimulación, ya que el contexto social determina gran parte de su repertorio lingüístico.

Para Bijou (1982), el conductismo clasifica a los problemas del lenguaje como déficits conductuales.

Con respecto a una evaluación inicial, el autor anterior plantea que esta proporciona al terapeuta la descripción del problema y de las condiciones que lo mantienen, capacitándolo para preparar un programa de tratamiento que ubique al niño en su nivel real de funcionamiento en el área problema. La evaluación se deriva de los siguientes aspectos:

a) Entrevistas; exploran la historia personal del niño para detectar pistas que le indiquen la causa de la conducta problema, esto con el fin de analizar las condiciones que la mantienen, de manera que se pueda ayudar al niño a reacomodarlas para poder aprender conductas socialmente aceptables; la afirmación de que el terapeuta conductual no necesita conocer la historia de un problema no significa que deba ignorar deliberadamente la información disponible sobre los antecedentes del niño.

b) Pruebas psicológicas estandarizadas; ayudan en la evaluación diagnóstica, en la preparación de la terapia, en la medición de ejecución de línea base y en la evaluación terminal.

Por lo tanto, uno de los enfoques más utilizados en Educación Especial es el conductismo. El manejo de la conducta es un término amplio que contiene varias técnicas conductistas, en las que se usan procedimientos planeados y sistematizados para alterar alguna respuesta blanco o la frecuencia con la que se da la respuesta. Por otra parte, el cambio conductual puede incrementar o fortalecer algún tipo de comportamiento que es débil, ampliar una conducta deseable a un nuevo entorno, restringir o limitar un comportamiento a una situación específica, dar forma o formar una conducta nueva, mantener algún comportamiento existente, reducir o eliminar alguna conducta indeseable, para esto se deben acumular y registrar datos de línea base, considerar un número de estrategias de reforzamiento, las metas y objetivos deben establecerse con claridad y por escrito, las estrategias de intervención deben especificarse en detalle y efectuarse precisa y sistemáticamente; los niveles de desempeño deben establecerse por adelantado junto con la manera de medir. Finalmente las técnicas de modificación de conducta en las incapacidades para el aprendizaje deben usarse junto con otros métodos de dichas incapacidades, pero no permitirse que la influencia de éstos reduzca la eficacia del reforzador, o la

precisión y sistematización impuestas por el marco de referencia de la modificación de conducta (Gearhearth, 1987).

A su vez, Aimard (1993), refiere que para aumentar la probabilidad de que una conducta deseable se vuelva a repetir, el niño necesita un estímulo que lo aliente a repetir esa respuesta, como los incentivos verbales, tanto de la madre como de las personas que interactúen con el niño, en cambio si el estímulo es desalentador, el niño tiende a inhibir su respuesta. A esto se le conoce como reforzamiento.

Para Ingalls (1982), los pasos para aumentar la frecuencia de una conducta son: especificar la conducta que se va a aumentar, determinar el reforzador apropiado, medir la línea base de la conducta, organizar la situación de manera que exista la máxima probabilidad de que la respuesta buscada ocurra, hacer contingente el reforzador sobre la conducta deseada y registrar.

Para reducir una conducta indeseable también existen técnicas, una es la extinción, establecer una respuesta incompatible, el entrenamiento de omisión, el tiempo fuera, o el castigo.

2.3. Desarrollo del lenguaje

El descubrimiento del lenguaje durante la infancia de cada individuo es una de las maravillas de la vida humana. Muchos psicólogos consideran que existe un itinerario universal para el desarrollo del lenguaje, es decir, todos los niños atraviesan por la misma secuencia pronosticable de etapas, con independencia del idioma o cultura particulares y a la misma edad aproximadamente, algunos niños cubren esta secuencia antes que otros, por lo cual, la tasa del desarrollo puede diferir de niño a niño.

Pueschel (2002), explica como inicia el desarrollo del lenguaje en niños normales por medio del siguiente cuadro (tabla 1):

NIVEL	EDAD MEDIA DE ADQUISICIÓN	COMPORTAMIENTO	DESCRIPCIÓN
Preverbal	Neonato	Un solo tipo de llanto	Llanto de desesperación, intensidad fuerte
	1-5 meses	Llanto diferenciado	Hambre, dolor, necesidad de atención, distinguido por los padres de familia
		Sonidos de confort	Emiten sonidos con la boca abierta (suelen ser vocales)
	5-8 meses	Balbuceo	Juega con combinaciones de vocales y consonantes repitiéndolas (ba, ga, da)
		Comunicación con gestos	Utiliza expresiones faciales y sonidos para comunicarse
	8-12 meses	Jerga inicial	Imita variedades de tonos de los adultos
Imitación		Imita nuevos gestos y sonidos	
Comprender ordenes		Puede utilizar gestos, palabras y situaciones para entender instrucciones	

Primera palabra	12-18 meses	Primeras palabras	Etiqueta actividades y elementos importantes en su propio mundo de forma consistente y significativa
	18-24 meses	Palabras adicionales	Va añadiendo palabras lentamente (de 10 a 50 palabras aprox.)
		Mayor comprensión; secuencias de palabras	Incremento rápido de la comprensión. Puede juntar palabras sin ninguna relación entre ellas (Ejemplo: "papá, mamá, Pepe, María)
Dos palabras	24-26 meses	Combinación de dos palabras	Utiliza combinación de dos palabras relacionadas entre ellas (Ejemplo: "más agua")
		Mayor vocabulario	Incremento rápido (de 200 a 1000 palabras aprox.)
		Mejor inteligibilidad	Únicamente el 25% del habla es inteligible para las personas ajenas al niño
		Terminación de las palabras	Utiliza la terminación "s" para los plurales y "ndo" para el gerundio
Conversación	36-48 meses	Construcciones más complejas	Establece normas para palabras y construcciones de frases

		Utiliza el discurso para una serie de funciones	Además de asentir, pedir y responder, empieza a dar explicaciones y a describir verbalmente
		Buena inteligibilidad	Todavía puede tener problemas con las letras “l, r, s, z, ch, j”

Tabla 1. Inicio del desarrollo del lenguaje.

Algo importante es que en todas las fases del desarrollo del lenguaje, la comprensión rebasa y antecede a la producción. Los niños pueden entender ciertas palabras, y responder en forma apropiada a éstas antes de utilizarlas de manera espontánea en su discurso.

Para Berryman (1994), las interacciones lingüísticas son interacciones cognoscitivas en las cuáles los niños aprenden acerca del mundo, de los conceptos de tiempo y espacio y la causalidad, y son interacciones sociales en las cuales los niños aprenden a explorar sus relaciones con otros. El lenguaje no se desarrolla en aislamiento sino dentro del contexto del desarrollo cognoscitivo y social, por lo que se estudia mejor dentro de éste, donde tiene una parte crucial y central que desempeñar.

2.4. Diferencia entre lenguaje y habla. Sus correspondientes trastornos

Es común que se confundan los conceptos de comunicación, lenguaje y habla. Hallahan y Kauffman (1986; en Patton, Payre, Kauffman y Brown, 1996) los definen de la siguiente manera: *“El habla y el lenguaje son instrumentos de comunicación. Esta requiere enviar y recibir mensajes significativos. El lenguaje, es la comunicación de ideas mediante un sistema arbitrario de símbolos que se utilizan según reglas semánticas y gramaticales. El habla, es la conducta que*

implica formar y colocar en una determinada secuencia los sonidos del lenguaje oral”.

Se le puede considerar al habla como parte del lenguaje oral, dentro de una subcategoría del uso más genérico del término lenguaje.

VanRiper (1978; en Patton y cols., 1996), señala que el habla anormal difiere de la normal por lo siguiente:

- Llama la atención del escucha por su forma más que por su contenido
- Interfiere con la comunicación
- Provoca malestar en el hablante o en el escucha

El habla defectuosa es notoria, ininteligible o desagradable.

Así pues, los trastornos del habla y del lenguaje son alteraciones particularmente complejas.

Antes de entrar de lleno a dichos trastornos, existen algunas discrepancias al catalogarlos ya que autores como Cantón y cols. (1997), y Frostig y Muller (1986), agrupan a todas estas alteraciones como trastornos del lenguaje, mientras que Castañedo (2001) y Morris y Blatt (1989), las catalogan como trastornos del habla, sin embargo, autores como Shea y Brauer (1999), y Patton y cols. (1996), los llaman trastornos de la comunicación que a su vez los dividen en trastornos del lenguaje y trastornos del habla, los cuales veremos a continuación, basándonos en este último autor.

La corrección del habla y del lenguaje se realiza en múltiples ámbitos, a menudo multidisciplinarios.

Todos los profesionales que trabajan con estudiantes incapacitados deben contar con conocimientos básicos de trastornos del habla, del lenguaje y de cómo corregirlos, ya que numerosos niños con otros impedimentos primarios tales como retraso mental y perturbación emocional, también muestran problemas con esas dificultades.

Malean (1978; en Patton y cols., 1996) explica que si bien no es fácil identificar y clasificar los trastornos del lenguaje y del habla, se basan en dos comparaciones: hay dos comparaciones para establecer que niños padecen un trastorno de la comunicación que requiere educación especial o un programa de atención clínica. La primera consiste en comparar el lenguaje del chico con el que constituye la norma en su cultura. La otra, en compararlo con el lenguaje de otros niños de su misma edad.

La causa de los trastornos del habla y del lenguaje puede ser biológica o funcional. Las etiologías biológicas se refieren a deficiencias neurológicas o malformaciones como paladar o labio hendido, parálisis cerebral, deformidades de los órganos vocales, etcétera.

Casi todos los trastornos del habla y lenguaje carecen de algún origen biológico, por lo que se les llama funcionales. Esto implica que existe una pérdida funcional de determinada habilidad que no puede atribuirse a causa orgánica alguna. Los trastornos funcionales pueden abarcar problemas de articulación y voz, tartamudez, así como incapacidades específicas del lenguaje.

Trastornos del lenguaje

Los problemas del lenguaje aparecen en las siguientes áreas: oral, escrita e incluso ademanes. Hull y Hull (1973; en Patton y cols., 1996) mencionan que, *“una discapacidad en el lenguaje oral, es aquella donde el individuo no puede comprender ideas significativas que se han hablado, o le es imposible emplear*

vocablos hablados para lograr expresar tales ideas". Así que la persona es incapaz de utilizar con éxito los símbolos elementales del lenguaje oral.

Naremore (1980; en Patton y cols., 1996), sugiere cuatro clases de trastorno del lenguaje:

- La primera se refiere a que algunos niños no generan un lenguaje receptivo o expresivo al cumplir tres años, como la mayoría de los chicos. La ausencia del lenguaje puede deberse a sordera, daño cerebral, retraso mental, o psicosis infantil. Sin importar el motivo, lo principal es que el niño no muestra signos de comprender o ser capaz de emplear el lenguaje.
- Lenguaje cualitativamente distinto; aquí el chico puede poseer un vasto vocabulario, pero ignora como emplear el lenguaje para lograr comunicarse. El habla puede ser como la ecolalia (repetir como perico lo que se escucha) o simplemente no tener sentido ni expresar bien un significado. El niño necesita ayuda en las funciones del lenguaje; o sea, cómo se utiliza en contextos sociales, su relación con el pensamiento y la conducta.
- Lenguaje retrasado; es cuando el niño parece estar adquiriendo el lenguaje por los proceso normales, en una secuencia normal, pero a una edad mucho mayor que los demás niños de su edad.
- Desarrollo interrumpido del lenguaje; es cuando el niño adquiere el lenguaje normalmente pero lo pierde, por ejemplo, a causa de un deterioro auditivo o daño cerebral.

No obstante, en cualquier situación, un programa de entrenamiento para corregir el lenguaje debe tener en cuenta lo que el niño sabe acerca de las cosas y cómo habla de ellas, así como la forma en que comunica sus deseos, intenciones, exigencias, sentimientos, etcétera.

Trastornos del habla

El habla es deficiente si se carece de gramática, es ininteligible, insatisfactoria en términos culturales o personales, o hace mal uso del mecanismo del habla. El habla puede variar a lo largo de numerosas dimensiones. Algunas que sirven como base para clasificar sus anomalías abarcan trastornos fonológicos, de la voz, así como dificultades de fluidez. Estas categorías no se excluyen mutuamente, ya que un solo individuo puede manifestar más de una clase de problema del habla, y se clasifican de la siguiente manera (Patton y cols., 1996):

- Trastornos fonológicos

La fonología estudia la manera como se forman los sonidos del habla (articulación). Los trastornos fonológicos consisten en omisiones, sustituciones y distorsiones. Algunas causas pueden ser el desarrollo lento, falta de dientes, paladar o labio hendido, problemas emocionales, así como un aprendizaje deficiente o deterioro neurológico. En la mayoría de los casos la alteración fonológica es funcional. Al evaluar la fonología del niño, siempre se debe considerar su nivel general de desarrollo. Dentro de este grupo de trastornos fonológicos encontramos a la dislalia, la cuál se debe a todos los defectos en la articulación de los fonemas, ya sea por sustitución, omisión, distorsión e inserción. El tema de la dislalia es abordado ampliamente en el siguiente capítulo.

- Trastornos de la voz

Los trastornos de la voz pueden afectar al tono, la sonoridad, la calidad tonal, y provocar que la voz tenga un sonido nasal y ronco. Dichas alteraciones pueden tener su origen en malformaciones, lesiones o enfermedades de las cuerdas vocales, factores psicológicos, pérdida del oído, etc. Las cuerdas vocales pueden dañarse si la persona se empeña en forzar la voz, por ejemplo gritando en demasía. También es factible que tales trastornos se deban a un aprendizaje defectuoso.

- Trastornos del flujo del habla

El flujo del habla abarca: secuencia, duración, velocidad, ritmo y fluidez. El problema más común relacionado con esta fluidez es la tartamudez. Un aspecto de ésta son las interrupciones o interrupciones en el flujo del habla. Hay dos tipos de tartamudez: a) primaria, que se refiere a las repeticiones normales y torpes características del niño pequeño, y b) secundaria, que alude a los deterioros más severos del habla compuestos por repeticiones o prolongaciones de sonidos, palabras, sílabas, actitudes al hablar o conductas de evitación y esfuerzo (o todo en conjunto).

Después de haber visto que existen diversos trastornos, tanto de lenguaje como del habla, el siguiente capítulo presenta una revisión detallada sobre un trastorno del habla: la dislalia.

Capítulo 3.

La dislalia (trastorno de la articulación de fonemas)

Para Coll y cols. (1996), tener lenguaje se interpreta como sinónimo de poder hablar y entender lo que otros hablan. Si el niño tiene algún tipo de problema en cualquiera de estas dos habilidades decimos que tiene problemas de lenguaje.

Las discapacidades del lenguaje y del habla, son todas las desviaciones significativas de la norma en cuanto a grado, cantidad, calidad, tiempo y ritmo lingüístico, que dificultan la expresión interpersonal y que demuestran una deficiencia más o menos duradera en la habilidad lingüística (Cantón y cols., 1997).

Existen diversos trastornos del habla y uno de los más frecuentes es la dislalia, por lo cual se le dedicará el presente capítulo.

3.1. Definición de la dislalia

La dislalia es un trastorno de la articulación de uno o varios fonemas (unidades de sonido), es uno de los problemas más frecuentes, según Ibáñez (2002), de entre todos los trastornos del habla que se presentan, un 60% a 70% son dislalias.

Castañedo (2001) menciona que los déficits de articulación son de 4 tipos: omisión de un sonido (pato en lugar de plato); sustitución de un sonido por otro (carretera por cartera); distorsión de un sonido (alambre por hambre); y adición de un sonido. Los niños aprenden a pronunciar los sonidos a medida que aprenden a hablar y hasta los 6 a 8 años no pronuncian bien todos los sonidos del lenguaje oral. Algunos sonidos son más sencillos de pronunciar que otros y por lo tanto son aprendidos antes (la mayoría de las vocales y las letras /b/ p/ m/ n/). Otros sonidos

son más difíciles: /l/ r/ s/ ch/, tr/ y /pr/. Se ha demostrado que ciertos sonidos son aprendidos en determinadas edades, lo que permite detectar trastornos de la articulación.

Se les suele denominar por el fonema alterado, aplicándole su nombre griego y añadiendo la terminación, “tismo o cismo”. Así, la articulación deficiente del fonema “s” se le llama sigmatismo”, de la “r” rotacismo”, de la “g” grammacismo, de la “d” deltacismo”, de la “l” lambdacismo, etc. La palabra “hotentotismo” se aplica cuando todos los fonemas están alterados. Si un fonema es sustituido por otro, al nombre griego del fonema alterado se le coloca el prefijo “PARA”, así “pararrotacismo” significa que el fonema “r” es sustituido, y “paralambdacismo” también indica la sustitución de la “l” (Ibáñez, 2002).

Las dislalias pueden afectar tanto a los fonemas vocales como a los consonantes. Los más frecuentes son rotacismos y sigmatismos.

3.2. Etiología de la dislalia

La etiología puede ser muy variada, pudiendo existir una serie de causas que determinan unos mismos efectos de articulación defectuosa. En muchos casos no es una sola la causa, sino que estas anomalías funcionales se deben a una combinación de factores que están incidiendo sobre el niño.

Para Pascual (1985), existen diversas causas de la dislalia, las cuales son:

- *Escasa habilidad motora*

El desenvolvimiento del lenguaje está estrechamente ligado al desenvolvimiento de las funciones del movimiento, es decir, de la motricidad fina que entra en juego directamente en la articulación del lenguaje. Esta causa es la que se encuentra más frecuentemente en los casos de dislalias, la mayoría de estos niños tienen

torpeza en los movimientos de los órganos del aparato fonador y una falta de coordinación motriz general, aunque ésta sólo se manifieste en los movimientos de destreza fina.

- *Dificultades en la percepción del espacio y tiempo*

En muchos casos el trastorno de la articulación está asociado a trastornos de la percepción y a la organización espacio-temporal, siendo difícil llegar a un desarrollo del lenguaje sin una evolución correcta de la percepción.

El lenguaje comienza a surgir en el niño por imitación de movimientos y sonidos. Es muy difícil que puedan darse los primeros si el niño no es capaz de percibirlos tal como son, si no tiene interiorizadas las nociones del espacio y el tiempo.

En ocasiones el niño ve un movimiento, pero no lo percibe tal cual y no es capaz de diferenciar una articulación de otra, porque él las percibe de forma semejante sin lograr captar los matices que las distinguen por falta de desarrollo de la capacidad perceptiva.

- *Falta de comprensión o discriminación auditiva*

Algunos niños tienen dificultades en la discriminación acústica de los fonemas por capacidad insuficiente de diferenciación de unos a otros.

Cuando estas causas aparecen pueden generar una dislalia producida, no porque el niño no oiga, sino por una falta de comprensión auditiva, creando un fallo en la exacta imitación de los fonemas oídos. El niño oye bien, pero analiza o integra mal los fonemas correctos que oye.

- *Factores psicológicos*

Cualquier trastorno de tipo afectivo puede incidir sobre el lenguaje del niño haciendo que quede fijado en etapas anteriores, impidiendo una normal evolución de su desarrollo.

Una falta de cariño, una inadaptación familiar, un problema de celos ante la llegada de un hermano pequeño, la actitud ansiosa de los padres, la existencia de un rechazo hacia el niño, experiencias traumatizantes por ambiente familiar desunido, por falta de alguno de los padres o por un accidente, pueden provocar un trastorno en el desarrollo de la personalidad del niño que se refleje en la expresión de su lenguaje, ya que existe una interacción continua entre el lenguaje y el desarrollo de la personalidad.

Toda la perturbación psicoafectiva de la primera infancia retarda y perturba la normal evolución del lenguaje. En estos casos falta la necesidad emocional de comunicarse, que es un elemento básico para el desarrollo de habla en el niño.

- *Factores ambientales*

El ambiente es un factor de gran importancia en la evolución del niño, que junto con los elementos o capacidades personales, irán determinando su desarrollo y maduración. En primer lugar se puede citar la carencia de un ambiente familiar ya que hace falta la cercanía de los padres y el ambiente afectivo normal que precisan para su maduración en todos los órdenes, lo que se refleja muchas veces en su expresión hablada.

Otro aspecto es el nivel cultural del ambiente en que se desenvuelve el niño. Esto se hace notar en el vocabulario empleado y en la fluidez de expresión, pero igualmente en el modo de articulación, ya que ésta, en muchas ocasiones, también es defectuosa en el medio en el que se mueve.

Otro factor es la superprotección materna que impide la debida maduración del niño, que queda detenido psicológicamente en etapas que debería haber superado.

En otras ocasiones será el rechazo, manifestado de una u otra forma, pero percibido por el niño, o la inadaptación familiar, por causas de separación o desequilibrio de los miembros de la familia, lo que actúa de forma traumatizante sobre el pequeño, que no encuentra el medio psicológico adecuado para su desarrollo armónico.

- *Factores hereditarios*

En ocasiones puede darse un factor hereditario que predisponga, al menos, a un trastorno articulatorio, aunque estos casos son menos frecuentes que los anteriormente citados. El factor hereditario, cuando existe, se puede ver reforzado por la imitación de los errores que cometen al hablar los familiares, si es que éstas deformaciones articulatorias persisten en ellos.

- *Deficiencia intelectual*

Una manifestación frecuente en la deficiencia intelectual es la alteración del lenguaje con dificultades para su articulación. En estos casos no se puede hablar tan sólo de dislalia funcional, sino que son problemas más complejos, donde aparece la dislalia como un síntoma más, y como tal, puede ser igualmente tratada, aunque en estos casos las posibilidades de reeducación estén más limitadas y condicionadas a la capacidad intelectual del sujeto.

- *Causas orgánicas*

En la producción del lenguaje intervienen una gran variedad de órganos de diferentes sistemas. Cualquier anormalidad o lesión anatómica en ellos puede originar un trastorno; por ejemplo, lesiones en el aparato fonoarticulador como labio leporino y anomalías dentales, así como del sistema nervioso en el caso del daño cerebral (Cantón y cols., 1997).

3.3. Características de los niños que presentan dislalia

Los niños con dislalia presentan algunas alteraciones, tanto en el aspecto psicológico como en el de sus relaciones interpersonales. En este apartado se presentaran algunas características, psicológicas y sociales, se hablará de ellas conjuntamente ya que están estrechamente relacionadas.

Fairman (1998), menciona que los niños con dislalia tienen tendencia a sentirse frustrados en sus esfuerzos para causar una buena impresión a través de su manera de hablar, mantener su estatus, obtener buenas calificaciones, ganar y retener amigos y tienden a reaccionar a esta frustración en forma agresiva, ya que la agresión es una reacción lógica del niño ante la frustración, incluso puede perder su entusiasmo por el colegio. Pueden ir de extremo a extremo, pareciendo tímidos y huraños o exageradamente agresivos, por lo cual se recomienda un estudio psicológico completo del niño con dislalia.

Otra forma de reacción ante su incapacidad para expresarse correctamente y de la que nos habla Pascual (1985), es el retraimiento y la timidez, el niño evitará los contactos y posibilidades de relacionarse con los demás, por temor a tener que hablar y no saberlo hacer con perfección. El haber sufrido algún trauma o humillación por esta causa, le hará irse cerrando cada vez más y disminuyendo la confianza en sí mismo y en sus posibilidades de superación, con inseguridad creciente.

En cuanto a la situación escolar, cuando el niño comienza su periodo escolar, puede tener dificultad para su integración social en el grupo, se puede sentir fácilmente marginado por sus compañeros, que a veces ni le entenderán cuando se expresa, si se trata de un caso severo. Con frecuencia le dirán que habla mal y lo humillarán, creando con ello nuevos traumas en el niño e inhibiciones que irán empeorando su situación, lo que puede influir de forma negativa en su rendimiento escolar (Pascual, 1985).

Así, para Fairman (1998), las características generales de un niño que presenta dislalia son las siguientes:

a) Pérdida de:

- 1.- Confianza en sí mismo
- 2.- Amor propio
- 3.- Entusiasmo
- 4.- Curiosidad e interés
- 5.- Alegría
- 6.- Aceptación y comprensión hacia las demás personas
- 7.- Compañerismo
- 8.- Cooperatividad
- 9.- Sentimiento de pertenecer a un determinado grupo o lugar

b) Aumento de:

- 1.- Sentimiento de inferioridad
- 2.- Apatía
- 3.- Desilusión
- 4.- Tristeza
- 5.- Antagonismo hacia los demás
- 6.- Combatividad en reemplazo de cooperación
- 7.- Soledad y tendencia al aislamiento.

3.4. Clasificación de las dislalias

Ibáñez (2002), explica que existen diferentes tipos de dislalia, las cuales son:

- *Dislalia funcional*

Es un trastorno funcional de la articulación de uno o varios fonemas por sustitución, distorsión o supresión, pero que no afecta necesariamente a todos los fonemas en que interviene el mismo órgano fonador.

- *Dislalia orgánica*

La dislalia orgánica (también llamada disglosia), es un trastorno de la articulación de uno o varios fonemas mediante sustitución, deformación o supresión debida a malformaciones o lesiones físicas de los órganos fonadores. Las alteraciones pueden ser en labios, mandíbulas, dientes, lengua, paladar, nariz, denominándose dislalia labial, mandibular, dental, lingual, palatal o nasal.

- *Dislalias audiógenas*

El origen de hablar incorrectamente se puede deber a que no se oye bien. Son frecuentes las hipoacusias de tipo catarata y adenoideo en niños pequeños, lo mismo que ligeras hipoacusias no detectadas por otitis u otras causas. Cuando se empieza a hablar y no se oye correctamente, aunque al aumentar la edad desaparezcan las causas por las que no se oía, los hábitos lingüísticos suelen fijarse y las dislalias persisten. Se cree que la mayoría de los sigmatismos son debido a este motivo.

Se dice que cada fonema tiene una banda de secuencias propias, y además acostumbran a poseer en el lenguaje normal una intensidad peculiar (energía sonora).

En las vocales hay un tono fundamental y muchos armónicos que las caracterizan, por lo que una alteración para captar tonos agudos produce un cambio en el aspecto sonoro y la vocal puede ser irreconocible. La “u” es la peor oída y la “a” no se confunde casi nunca. Respecto a las consonantes, la “s” ofrece la mayor dificultad de discriminación por ser la que tiene más armónicos agudos.

También hay diferencias de percepción según los fonemas estén situados en la primera o segunda sílaba. Una vocal se reconoce mejor precedida por una explosiva o una nasal.

Existen algunos casos diagnosticados erróneamente tales como discapacidad psíquica por manifestaciones de retraso en el nivel de lenguaje, por inadaptación escolar, dificultad de aprender a leer, distracciones frecuentes y por alteraciones de conducta, cuando el origen de todo ello residía en una hipoacusia que imposibilitaba seguir el ritmo evolutivo de los niños de su edad. A ese síndrome se le denomina “hipoacusia escolar inadvertida”, inadvertida para el mismo sujeto y para los que le rodean.

- *Dislalias evolutivas*

Se le denomina así a aquella fase del desarrollo del lenguaje infantil en la que el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha ni de formar los estereotipos acústico-articulatorios correctos. A causa de ello repite las palabras de forma incorrecta desde el punto de vista fonético.

Dentro de la evolución normal en la maduración del niño, estas dificultades se van superando y sólo si persisten más allá de los 4 o 5 años se pueden considerar como patologías. Es conveniente siempre hablarle al niño de forma clara y adulta, no imitándole en sus defectos, ni tomárselos como una gracia porque esto puede reforzarle la pronunciación defectuosa e impedir su evolución (Pascual, 1985).

3.5. Detección de la dislalia

Dado que una gran parte de los niños están escolarizados a partir de los 4 años, la escuela se convierte en el contexto en el que se manifestarán muchos de los problemas de lenguaje de los alumnos. El profesor es quien detecta las necesidades que sus alumnos presentan en el área comunicativo-lingüística o

quien completa los datos ya existentes a partir de evaluaciones realizadas por otros profesionales.

Coll y cols. (1996), argumentan que la observación es el mejor instrumento para poder detectar aquellos niños que pueden presentar problemas comunicativos o lingüísticos. En algunos casos, la observación será suficiente para conocer las necesidades que el alumno presenta y organizar una respuesta adecuada. En otros casos se necesitará de la colaboración de otros profesionales (logopedas, psicólogos), que realicen una evaluación más profunda de la problemática que presenta el alumno. Las observaciones en el contexto del aula serán siempre de enorme utilidad.

La observación tiene la ventaja de realizarse en contextos naturales. El niño continúa con sus actividades normales en clase, en su contexto habitual, lo que permite que el profesor se haga una idea de la utilización que el niño hace de sus competencias comunicativo-lingüísticas en contextos cotidianos. Lo ideal es poder observar al niño en distintas situaciones y en diferentes momentos.

El principal problema de las observaciones es la falta de tiempo, pero éstas no tienen que ser necesariamente exhaustivas, se pueden realizar observaciones breves a lo largo de unos días para tener una visión general del niño.

Las observaciones se pueden llevar a cabo por medio de sistemas de registro, como por ejemplo los diarios, que son anotaciones más o menos libres de las conductas del alumno que resulten especialmente significativas para el profesor junto con comentarios acerca de lo observado.

Si queremos cuantificar el número de intercambios que inicia, o a los que responde el niño, podemos utilizar observaciones sistemáticas, en las que se describen las categorías o conductas a observar.

3.6. Evaluación y diagnóstico de la dislalia

Shea y Brauer (1999), mencionan que la evaluación se realiza por medio de una valoración diagnóstica general, apropiada para la edad y nivel general de desarrollo del niño. La evaluación es realizada por el especialista en comunicación en conjunto con otros profesionales y los padres. Puede incluir la aplicación de instrumentos estandarizados formales para valorar la inteligencia, el lenguaje, la conducta y el rendimiento. Durante la fase inicial del proceso de evaluación, se descarta la presencia de un problema físico o auditivo como causa del trastorno. Si se descubre un problema físico o auditivo, será el blanco primario de la intervención. También durante esta fase inicial se determina el idioma principal y el que se usa en el hogar del niño.

Se ha encontrado que las pruebas estandarizadas de lenguaje tienen un valor limitado en la tarea de elaborar un programa terapéutico individualizado para el niño, así que para complementarlas se obtienen muestras de lenguaje y se analizan con respecto al uso, contenido y forma del lenguaje expresivo y receptivo del aprendiz. Estas muestras son más útiles si se obtienen en los diversos contextos donde opera el niño. Se observa al estudiante en interacción con sus pares y maestros. Se obtiene información de los padres y maestros acerca de su trabajo escolar, historia de desarrollo y uso de tiempo libre. El propósito de la evaluación diagnóstica es obtener un panorama comprensivo del niño, sus ventajas y déficits comunicativos, así como redactar y poner en práctica un programa remedial o terapéutico. Antes de intervenir con los niños se debe analizar lo que hacen o dejan de hacer, así como lo que hace o no el ambiente. Debe documentarse el lenguaje funcional en el momento de la evaluación del niño y los eventos que estimulan el uso del lenguaje.

La evaluación es un intento de comprender el desempeño de un individuo en los ambientes donde funciona. Una valoración profesional incluye examinar:

1.- El conocimiento conversacional del niño mientras se controlan las demandas lingüísticas de la tarea, y a la inversa, el conocimiento lingüístico mientras se controlan las demandas conversacionales de la tarea.

2.- La capacidad del niño para integrar habilidades conversacionales y lingüísticas.

3.- Los lenguajes expresivos y receptivos.

Como se mencionó anteriormente, existen pruebas para la evaluación de los problemas del lenguaje, a continuación se presentan unas pruebas de articulación del lenguaje y de discriminación auditiva, útiles en la detección de la dislalia (Salvia, 1981):

- *Prueba de Articulación Goldman-Fristoe (GFTA).*

Es una de las herramientas más populares para evaluar la fonología. Es un instrumento individual, en el que se evoca la mayoría de los sonidos consonantes y se incitan 11 mezclas consonantes comunes (por ejemplo, pr) en diferentes niveles de complicación (palabra, oración) y en una variedad de posiciones dentro de la palabra (comienzo, mitad y final de la palabra). El instrumento no mide de manera específica las vocales, pero el examinador puede obtener la producción de vocales del niño, debido a que todas ellas y los diptongos se utilizan al menos una vez dentro de las palabras estímulo. La GFTA evalúa más de un sonido del habla en muchos de los reactivos de prueba. La GFTA se divide en 3 secciones:

Sonidos en palabras

En esta subprueba, se le presentan al niño 35 figuras de objetos familiares, los cuales debe nombrar o responder preguntas relacionadas con ellos.

Sonidos en oraciones

En esta subprueba se produce una muestra del habla del niño en un entorno más elaborado y espontáneo. El examinador lee en voz alta 2 historias y presenta 4 o 5

figuras que ilustran cada historia. Después el niño cuenta la historia con las figuras, dicha historia está cargada de sonidos que los niños articulan de manera errónea con frecuencia, y el examinador evalúa la producción de los mismos en el entorno más complicado de las oraciones.

Estimulabilidad.

Después de realizadas las dos anteriores subpruebas, el examinador regresa a los sonidos que el niño ha articulado de manera deficiente e intenta estimular la producción correcta. El propósito de esta subprueba consiste en encontrar que tan estimulable es un niño ante la intervención. Esta información esta orientada a la decisión con respecto al pronóstico y alcance de la información.

- *Análisis del Proceso Fonológico*

El análisis del proceso fonológico (PPA) (Weiner, 1979; en: Salvia, 1981), fue uno de los primeros intentos por evaluar las capacidades de articulación del niño con otros métodos que no fueran el examen de la producción aislada de sonidos del habla del niño.

El PPA supone que existen reglas o patrones de producción del habla que rebasan a los sonidos individuales. Estas reglas se basan en factores como el ambiente sonoro, la estructura de la sílaba y en diferencias en los rasgos distintivos de los sonidos. El PPA es un instrumento individual que evalúa 16 reglas fonológicas que pueden explicar los problemas del niño en la producción del habla. No se presenta un rango específico de edades, pero el autor menciona que el instrumento sería más apropiado para niños entre 2 y 5 años. Para cada regla que se somete a prueba existen de 4 a 8 palabras-estímulo. Cada una de ellas se evoca dos veces en el niño. El primer modo de evocación que se utiliza es la imitación demorada, donde se le muestra al niño una imagen de acción y se lee una oración completa. Ejemplo: El tío Jorge corre demasiado rápido. Tío Jorge ten cuidado; estás corriendo demasiado...". El niño debe terminar la oración. El examinador le pregunta ¿qué está haciendo el tío Jorge?, Si el niño no responde

correctamente se requiere de la imitación inmediata. El examinador analiza los datos para determinar si un niño tiene problemas con cualquier regla fonológica en particular. Todas las respuestas se deben grabar en cinta o audio para verificarlas y analizarlas. Si el examinador decide que el uso incorrecto de la regla fonológica constituye un factor significativo, se debe elaborar un programa de intervención para enseñarle esa regla al niño.

Su aplicación requiere de 45 minutos cuando se cuenta con la cooperación del niño, no es necesario terminar la evaluación en una sola sesión, o puede ser que el examinador no desee hacer la evaluación de todas las reglas fonológicas en todos los niños.

- *Prueba de discriminación auditiva*

La Prueba de Discriminación Auditiva (ADT) (Wepman, revisión de 1973), es un instrumento individual para la medición de las capacidades de discriminación auditiva de niños de 5 a 8 años de edad. Hay dos formas de ADT, cada una contiene 40 pares de palabras, 10 de los cuales son idénticos y 30 difieren entre sí en un fonema. En los pares de palabras diferentes, la localización del fonema diferente se encuentra en la posición media para las vocales, y en la inicial y final para las consonantes. Para aplicar el instrumento, el examinador lee cada par de palabras y el niño debe indicar si los dos vocablos son iguales o diferentes.

3.7. Tratamiento de la dislalia

Dentro del tratamiento, existen componentes multifactoriales como los que se mencionan a continuación (Ibáñez, 2002):

Espacio: En el lugar donde se realizan las correcciones no debe haber ruido.

Tiempo: La duración de las sesiones será de media hora aproximadamente.

Material: Variado y resistente. Este se selecciona según la alteración a corregir.

Para medir y observar:

Cronómetro: mide el tiempo de inhalaciones, exhalaciones y duración de ejercicios.

Espirómetro: mide la capacidad respiratoria.

Espejo: rectangular, debe medir 5x3 cm. aprox. Para observar la nasalización al pronunciar determinados fonemas.

Para desarrollo y movilidad de órganos que intervienen en la fonación (lengua, labios y mandíbula):

Abatelenguas, espátulas y vibradores faciales.

Material para ejercicios de soplo: velas, bolas de papel, instrumentos para soplar (flautas, armónicas, etc.)

Material para ejercicios de absorción: popotes, vasos, agua.

Material para movilizar la lengua: paletas, azúcar, mermeladas, o algún dulce que le agrade al paciente.

Material para ejercicios de masticación y deglución: chicles y alimentos.

Material para ejercicios de movilizar labios: talco y cremas para masajear.

Para desarrollo y corrección lingüística:

Listas de vocabulario, objetos, láminas: agrupadas por articulación de fonemas, por vocabulario básico y por tipo de objetos.

En este apartado se fija la atención en aquellos aspectos de la reeducación que facilitan el proceso, permitiendo conseguir una total rehabilitación en el menor tiempo posible y de una manera firme y definitiva. Nos centraremos en dos aspectos de esta reeducación, los cuáles se mencionan a continuación (Monfort, 1995):

- **Tratamiento indirecto**

Para una perfecta articulación del lenguaje se necesita: una buena función respiratoria, un cierto nivel de madurez psicomotriz, buena percepción y discriminación auditiva, así como agilidad buco-facial que facilite la articulación. Es necesario conseguir una base de maduración previa en todos estos aspectos. El tratamiento debe comenzar con una serie de ejercicios, a modo de juegos, que actuarán indirectamente para conseguir el objetivo propuesto.

a) Ejercicios respiratorios.

La función respiratoria y un buen dominio de la misma, facilitarán la corrección de algunos defectos de articulación.

Se trata de que el niño tome conciencia de su respiración. Es necesario hacerle notar como sucesivamente va entrando y saliendo el aire, con el fin de que sienta su propia respiración, lo que le llevará a mejorarla y dominarla. Será necesario trabajar con respiración nasal y bucal para adquirir un control sobre el acto respiratorio. También se pueden realizar ejercicios de soplo.

Ibáñez (2002), menciona que se pueden realizar ejercicios respiratorios como:

- Inhalación y exhalación bucal.
- Inhalación bucal y exhalación nasal.
- Inhalación nasal y exhalación bucal.

-Inhalación y exhalación nasal.

Actividades basadas en la respiración.

El aire que sale de los pulmones al exhalar se puede aprovechar para realizar las siguientes actividades en forma lúdica:

Asociación fonorrespiratoria: Se llaman ejercicios fonorespiratorios ya que durante la expulsión del aire se pronuncian fonemas. Su finalidad es lograr la coordinación de movimientos respiratorios con la producción de fonemas, y el control de la intensidad de la voz y el ritmo del lenguaje.

Sonidos sostenidos: durante la expulsión del aire, hasta que sólo quede el residual, se pronuncia una vocal. Puede hacerse con todas las vocales, pero una en cada ejercicio.

Escalas: ejercicio similar al anterior pero la emisión del sonido puede ser ascendente, descendente o mixto.

Silábicos: con alargamiento de vocales; son más sencillos los de sílabas directas.

b) Ejercicios de relajación.

La relajación facilita una situación básica para que el niño pueda controlar mejor su actitud fonatoria, obteniéndose con ello mejores resultados en el habla.

Tendrán especial importancia los ejercicios de relajación buco-facial, dirigidos a los labios, la lengua y la mandíbula, ya que la rigidez en estos órganos será la que dificulte la articulación. La relajación se logra por medio de ejercicios de contraste, en los que se hace pasar sucesivamente de contracción a distensión, de apretar a aflojar.

c) Ejercicios de percepción y discriminación auditiva.

Proponer al niño ejercicios de silencio y de escucha que le ayuden a centrarse en la percepción auditiva, pues es fundamental enseñarle a escuchar.

Los ejercicios de discriminación auditiva deben ir orientados a la percepción y reconocimiento de sonidos, de fonemas y de palabras. Se pueden utilizar grabaciones, siempre y cuando sean lo suficientemente claras.

Interesa también desarrollar la capacidad de discriminación de las cualidades sonoras; la intensidad, duración, tono y timbre de los sonidos. Se pueden utilizar instrumentos musicales.

Para la discriminación fonética, se le da al niño dos sonidos en forma de sílabas sin que constituyan una palabra y sin que vea los movimientos de los labios, para que su reconocimiento sea tan sólo por la percepción auditiva y después sean repetidos por él (Ej. pe- rre, pe- be). Progresivamente se irán presentando dificultades crecientes proponiendo más de dos sonidos, combinando las sílabas directas con las inversas o presentándolos seguidos de distintas vocales.

d) Ejercicios de ritmo.

Al ser el ritmo un elemento esencial del lenguaje, es necesario desarrollar en el niño su capacidad rítmica para que su expresión sea correcta y armoniosa. El ritmo se va a utilizar a modo de apoyo o de instrumento de trabajo a la hora de la automatización e interiorización de la correcta articulación adquirida. Se trabajará a modo de ejercicios rítmicos, combinando distintos movimientos, como marcha, paro, palmas, etc., con ritmos distintos.

e) Ejercicios buco faciales.

El desenvolvimiento del lenguaje está estrechamente ligado con el desenvolvimiento de la motricidad. En la medida que educamos el movimiento educamos el lenguaje.

El aspecto que habrá que desarrollar será la motricidad fina que afecta a los órganos de la articulación, para adquirir la agilidad y coordinación de movimientos que se precisan para hablar correctamente.

En estos ejercicios, el niño realizará por imitación ante el espejo los movimientos que lleve a cabo el reeducador. Los ejercicios buco-faciales van dirigidos a la agilización de la lengua, labios y mandíbula.

Lengua. Su agilidad, flexibilidad, energía funcional y el control de su motricidad son de gran importancia para una perfecta articulación del lenguaje. Los movimientos a trabajar con la lengua se pueden dividir en: externos e internos, laterales y verticales. Es conveniente realizar movimientos rápidos y pequeños. Se le puede solicitar al niño que los movimientos de lengua que le pongamos los siga al ritmo que le vamos marcando, que puede ser variado, con el fin de conseguir una mayor agilidad y un mayor dominio de sus movimientos.

Labios. El principal obstáculo se encuentra cuando los labios mantienen una postura estática con escasa movilidad y vocalización, o una rigidez debida al tono tenso que mantienen. Se comienza con relajación de ésta zona. Se llevarán a cabo actividades como apretar y aflojar, abrir y cerrar a distintos ritmos, encoger y estirar, montar y morderse uno y otro labio, vocalizaciones, vibración, zumbido y chasquido de labios.

Mandíbula. Se comienza el trabajo relajando la mandíbula. Se llevarán a cabo ejercicios de movimientos de abrir y cerrar la boca a distintos ritmos, imitar el bostezo y la masticación, así como realizar movimientos laterales de mandíbula.

- **Automatización e integración de la articulación correcta.**

Una vez que se ha conseguido que el niño articule correctamente el fonema que tiene ausente o defectuoso, hay que iniciar un proceso de automatización e integración de ésta articulación correcta en su lenguaje espontáneo. Es necesario hacer hincapié en los medios que podemos utilizar para fijar definitivamente la pronunciación correcta en la expresión libre.

Los medios en que podemos apoyarnos serán: el ritmo, ejercicios de repetición y ejercicios de conversación.

a) Utilización del ritmo como medio de automatización de la articulación correcta.

El ritmo flexibiliza el movimiento. Es un medio idóneo para integrar la perfecta pronunciación en el lenguaje espontáneo, al facilitar el dominio de los movimientos que se precisan para cada articulación correcta.

Se trabaja con los sonidos tratados, unidos a sencillas estructuras rítmicas:

Ca ca ca, ca ca ca, ca ca ca
la la la, la la la, la la la

Se puede trabajar en un mismo ejercicio los sonidos que el niño confunde para que aprenda a discriminarlos:

Tra-tra, tar, tra-tra, tar, tra-tra, tar

La combinación del sonido trabajado con distintas vocales puede ser útil:

Ca-ca-ca, cu-cu-cu, ca-ca-ca, cu-cu-cu

Se puede combinar la articulación adquirida con otra u otras que ya domine:

Re-re, te-te, re-re, te-te

b) Ejercicios de repetición.

Al mismo tiempo que se van automatizando los movimientos articulatorios correctos por medio del ritmo, es necesario ir integrándolos en la palabra y en la frase por medio de ejercicios de repetición. Estos comenzarán con palabras que contengan el sonido tratado, tanto en posición inicial como medial, que serán pronunciadas por el educador para que después sean repetidas por el niño.

c) Ejercicios de conversación o expresión espontánea.

A través de éstos ejercicios se irá motivando al niño, por medio de láminas, libros o datos ocasionales, para que exprese espontáneamente y vaya automatizando e integrando la correcta pronunciación en esta forma de expresión. Se podrá dar por terminado el proceso de reeducación cuando el niño domine la articulación correcta en este lenguaje espontáneo.

A lo largo de este capítulo se habló de la dislalia, uno de los trastornos de la comunicación más comunes entre los niños de primaria, que puede ser originado por diversas causas, así como también puede ser de varios tipos (orgánica, funcional, auditiva o evolutiva). La dislalia hasta cierto punto puede llegar a ser normal en niños pequeños ya que apenas están desarrollando su lenguaje. Es necesario detectarla a tiempo para poder intervenir y como se revisó, existen una serie de ejercicios que pueden ser de gran utilidad en el tratamiento de dicho trastorno.

Capítulo 4.

Propuesta para el tratamiento de la dislalia (Estudio de un caso)

En el presente capítulo se presenta el programa de intervención para la dislalia, comenzando por los datos generales del paciente y las entrevistas, posteriormente la evaluación, la metodología, hasta llegar al análisis de resultados.

4.1. Datos generales

Los nombres del niño y sus padres, así como el domicilio, se mantienen en el anonimato con el fin de respetar su privacidad:

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO: 15 de septiembre de 1996

EDAD: 9 años

ESCOLARIDAD: 4° de primaria

NOMBRE DE LA MADRE:

EDAD: 38 años

OCUPACIÓN: Ama de casa

ESCOLARIDAD: Comercio

RELIGIÓN: Católica

NOMBRE DEL PADRE:

EDAD: 43 años

OCUPACIÓN: Asesor Editorial

ESCOLARIDAD: 7° semestre de Licenciatura en Relaciones Comerciales.

RELIGIÓN: Católica

HERMANOS:

Niño	13 años	Secundaria	Estudiante
Niña	4 años	2° Kinder	Estudiante

4.2. Entrevista inicial y domiciliaria

Como se ve en el segundo capítulo, las entrevistas se realizan con el fin de revisar en la historia personal del niño, a manera de conocer cuando inicio y/o como se ha ido desarrollando el problema, en este caso para indagar sobre la dislalia que el niño presenta.

Entrevista Inicial

La entrevista se realiza el día martes 14 de marzo del 2006 en el cubículo #12 de la CUSI (Clínica Universitaria de Salud Integral de la FES-Iztacala), donde se les invita a los padres a tomar asiento y posteriormente informarles que se trata de una breve entrevista cuyo fin es el recopilar los datos generales del niño y su familia, conocer el motivo por el que acuden a la CUSI y concertar una entrevista domiciliaria.

Se inicia preguntándoles su opinión acerca de la intervención que le realizaron a su hijo el semestre anterior (que fue cuando ingresó a la CUSI), el padre responde estar satisfecho con los progresos de su hijo.

Después se realizan las preguntas para obtener los datos generales, que en su mayoría son contestadas por el padre, a diferencia de la señora, que a pesar de que se muestra atenta a las preguntas, sólo se limita a confirmar o corregir las respuestas de su esposo. Posteriormente se les pregunta el motivo por el cuál llevan al niño a la CUSI y responden que su hijo no puede pronunciar correctamente algunas palabras y mencionan que en ocasiones habla muy rápido y no se le entiende muy bien.

Por último, se concerta la entrevista domiciliaria preguntándoles que día se puede acudir a su hogar, ellos tardan unos segundos en responder ya que se están poniendo de acuerdo, el señor dice que su casa queda muy cerca de la FES y explica como llegar. Así la entrevista domiciliaria queda confirmada para el viernes 17 de marzo a las 16:00 hrs.

Observaciones: Durante la entrevista la señora muestra una actitud pasiva, no por eso deja de estar atenta a las preguntas, al principio se nota algo sería pero durante el transcurso de la entrevista se le quita. Se observa que tanto la señora como el señor se preocupan por el desarrollo de su hijo, ya que los dos acuden a la entrevista y nos comentan que cuando la señora no puede llevar al niño a la CUSI, lo hace su esposo o en ocasiones ambos lo llevan.

Entrevista domiciliaria

La entrevista domiciliaria se realiza el viernes 17 de marzo del 2006 con el fin de indagar más a fondo el problema que el niño presenta. Inicio a las 4:20, el niño permanece sentado junto a su mamá en el comedor. La señora dice que se comience y espera que su esposo no demore porque ha ido a comprar unas cosas. Se empieza explicándole que el objetivo de la entrevista es reconstruir la historia de desarrollo del niño desde su nacimiento.

Se inicia preguntándole la edad que tenía cuando se embarazó del niño, así como la edad de su esposo, después de realizar algunas cuentas contesta que ella tenía 31 y el 34 años. El estado de salud de los padres del niño fue óptimo la mayor parte del embarazo, la señora se alimentó bien, siempre estaba muy alegre de saber que estaba esperando un bebé, comenta que fue un niño deseado y planeado ya que sus tres hijos se llevan por cuatro años.

Mientras estuvo embarazada trabajó de secretaria, no hacía esfuerzos físicos, siempre descansaba lo necesario, iba a su chequeo cada mes, tanto con un doctor del seguro social como con uno particular, a los tres meses de embarazo la señora presentó un sangrado debido a que cargó cosas pesadas, así que estuvo en reposo 3 meses, después el doctor le advirtió que debía continuar con el reposo y se cuidara mucho, de lo contrario podía perder al bebé, ésta fue la única complicación.

La labor de parto duró 7 horas dentro de las cuales no hubo ninguna complicación; fue parto natural. Así, el niño nació a las 22:45 del 15 de septiembre en la clínica del seguro social de Tlatelolco, pesando 3260 gramos y midiendo 50 centímetros, su color fue blanco y obtuvo un Puntaje Apgar de 9; nació sano, no tuvo alteraciones físicas ni complicaciones de ninguna índole.

La lactancia del niño solamente duró dos semanas debido a que se le fue la leche a su mamá (esto le pasó con la lactancia de sus tres hijos), así que le dio muy poca y tuvo que sustituir la leche materna por leche en polvo, la cuál aceptó muy bien y él comenta: “pero ahora ya no me gusta”.

Su llanto fue normal. Logró controlar su cabeza entre los 3 meses y medio y 4 meses, se sentó sin apoyo a los 10 meses, comenzó a gatear entre los 7 y 8 meses (la señora no lo recuerda del todo), al año 2 meses empezó a caminar y cuando tenía año y medio lo hacía solito, al año 10 meses comenzó a brincar. El niño aprendió a ir al baño como a los 2 años y medio, para enseñarle le compraron

un “bañito chiquito”, como le llama la señora; primero lo llevaban ahí a que hiciera del baño y poco a poco lo fueron sentando en el escusado de tamaño normal, el niño veía a su hermano ir al baño y entonces lo imitaba. A la edad de 3 años dejó de usar pañal.

Sus primeros balbuceos fueron entre los 4 y 5 meses, al año pronunciaba sus primeras palabras como “mamá” y “leche”, la señora comenta que al niño le gustaba pedir su leche.

A la edad de 3 años el niño se fracturó su brazo izquierdo en un viaje que la familia realizó a Guadalajara, esto mientras jugaba, estuvo enyesado durante 3 meses, afortunadamente se recuperó muy bien. Al niño nunca se le ha realizado ninguna operación.

Entró al Kinder a los 5 años, sólo asistió un año. La primaria a la que acude actualmente se llama “Jesús García”, entró a los 6 años.

En este punto de la entrevista, el señor regresa a su casa, dice que se le disculpe, había ido a comprar unas medicinas porque no se siente muy bien, después entra a su cuarto, su aspecto no es muy saludable.

El niño es asmático desde pequeño, a los 2 años estuvo internado porque presentó un cuadro bronco-asmático, se le realizaron varias pruebas y los resultados arrojaron que era asmático por alergia a los cambios de temperatura y al humo del cigarro. Primero le controlaron el asma con medicamento alópata pero no veían resultados (se enfermaba muy seguido) y ya estaba tomando demasiada medicina, así que un familiar les dijo que conocía a un médico homeópata y sus padres lo llevaron con él, desde entonces (hace cuatro años) el niño es tratado con homeopatía. La señora muestra el medicamento de su hijo: dos pequeños frascos con chochitos, los cuáles toma en la mañana y en la noche.

Ha padecido mucho de gripa y tos desde muy niño, ha estado internado tres veces debido a su problema de asma. La última crisis de asma fue hace dos años (lo recuerda muy bien ya que él lo comenta y su mamá lo confirma). El doctor homeópata que actualmente lo atiende, les comenta que cada vez la salud del niño es mejor y que dentro de muy poco quedará totalmente curado. No obstante, debe de tener ciertos cuidados, el niño menciona que no puede tomar nada con hielo, ni salir cuando hace mucho aire o está lloviendo y si hace frío tiene que salir con su chamarra.

Desde que iba al Kinder el niño ha sacado muy buenas calificaciones, se le pregunta como va actualmente en la escuela, a lo que responde que “muy bien” ya que su promedio es de 9.5.

Sus padres no lo han inscrito a alguna actividad por su asma, debido a que no puede estar corriendo ni hacer mucho ejercicio al aire libre ya que se cansa y se agita. Aún y solamente cuando camina muy rápido, se agita.

En el Kinder lo mandaron 5 meses a un CAPEP porque al hablar se le entendía muy poco, el niño dice que no le gustaba ir. Su mamá comenta que en el CAPEP se le daba terapia de lenguaje a su hijo mediante una serie de ejercicios orofaciales. Sus terapias sólo duraron el tiempo que estuvo en el Kinder.

Al ingresar a la primaria, la maestra le comentó a la mamá que sería conveniente que el niño continuara con sus terapias de lenguaje ya que su pronunciación no era muy buena y por lo tanto no se entendía lo que hablaba, así que le recomienda acudir a la CUSI, la señora metió la solicitud, dos años y medio después, cuando iba a terminar 3° año de primaria, fue cuando la llamaron para comenzar con las terapias.

El niño se lleva bien con sus hermanos, su mamá comenta que en ocasiones pelean pero nada fuera de lo normal, se enoja mucho con su hermana menor a

pesar de que ella parece quererlo mucho. Le gusta salir a jugar con sus vecinos y le gusta el fútbol.

Se aprecia que la unidad habitacional donde vive la familia es un lugar tranquilo y seguro, la señora reafirma esto ya que comenta que es un lugar seguro y por este motivo el niño sale solo a jugar o a la tienda.

Observaciones: La entrevista se desarrolla dentro de un ambiente muy tranquilo y cordial. La señora siempre contesta a todas las preguntas proporcionando más datos de los requeridos, los cuáles son de gran utilidad. El niño permanece atento a toda la entrevista, en ocasiones responde algunas de las preguntas y la señora las confirma, cuando ella comienza a relatar como nace su hijo, éste se muestra muy atento a las palabras de su madre.

4.3. Evaluación

Es importante mencionar que anteriormente ya había sido tratado su problema de dislalia en la CUSI, por lo que ya se tenían referencias de dicho trastorno, sin embargo, se le realiza nuevamente una evaluación.

Primero se utiliza el Inventario Simplificado para la Evaluación de Desarrollo (ISED), está basado en el ABACUS (Arizona Behavior Analysis Criterion Utilization Scale) de Bijou, y fue elaborado los profesores: José René Alcaraz González, Guadalupe Aguilera Castro y Juana Ávila Aguilar, de la clínica de la FES-Iztacala, del área de Educación Especial y Rehabilitación.

La evaluación del ISED muestra las conductas que existen dentro del repertorio del individuo de acuerdo a 6 áreas específicas: psicomotricidad, autocuidado, lenguaje, preacadémicas, socialización y sexualidad.

El ISED se aplica al niño el día 23 de Marzo del 2006, y a continuación se muestran los resultados obtenidos:

AREA	TOTAL DE REACTIVOS	CONDUCTAS OBSERVADAS	PORCENTAJE DE CONDUCTAS OBSERVADAS
Psicomotricidad	65	65	100%
Autocuidado	55	55	100%
Lenguaje	29	27	93%
Preacadémicas	35	31	89%
Socialización	16	14	88%
Sexualidad	10	9	90%

Tabla 2. Muestra los resultados de la evaluación del ISED en las diferentes áreas, el total de reactivos por área, las conductas observadas y el porcentaje de éstas últimas.

1.- Área: Psicomotricidad. A su vez se divide en dos sub-áreas: Psicomotricidad gruesa y Psicomotricidad fina. En ésta área obtuvo un 100%. La mayoría de las conductas que se abarcan aquí se pueden observar por si solas y sin necesidad de darle instrucciones, algunas sí las requieren y el niño no tiene ninguna dificultad al realizar las conductas.

2.- Área: Autocuidado. Esta área tiene por finalidad evaluar las conductas relacionadas con la conservación y mantenimiento de la salud corporal. A su vez se divide en: identificación de las partes del cuerpo, higiene, alimentación, Vestirse-desvestirse y desplazamiento. En ésta área, al igual que en la anterior, tiene el 100 % y no tiene dificultad en la realización de ninguna de éstas conductas.

3.- Área: Lenguaje. En ésta área se divide en dos: la evaluación del lenguaje expresivo y la del receptivo. Dentro de ésta área tiene un 93%, presentando

dificultad en los reactivos referentes a hacer preguntas y a hablar legiblemente, que es el motivo por el cual acude a la CUSI.

4.- Área: Preacadémicas. Esta área se divide en tres partes: Repertorios básicos, habilidades de lectura y escritura y habilidades aritméticas, en la primera parte se evalúan repertorios básicos para la educación escolar, como son: atención, imitación, discriminación y seguimiento de instrucciones simples; en la segunda parte se evalúa el reconocimiento y uso de signos verbales, donde tiene dificultad en los reactivos correspondientes a identificar y trazar líneas; en la tercera parte se evalúan las habilidades aritméticas. Aquí obtiene un 89%.

5.- Área: Socialización. Dentro de ésta área se evalúan las formas de relación con el grupo social del que el niño forma parte. Obtiene 88%, mostrando 14 de las 16 conductas evaluadas. La ausencia de conducta se muestra en los reactivos que hacen referencia a iniciar el saludo e iniciar interacciones adecuadas con otros, lo que puede deberse a que es un niño muy tímido y va teniendo confianza poco a poco con quienes le rodean.

6.- Área: Sexualidad. Ésta área hace referencia al reconocimiento de los géneros en las personas y las pautas de conducta asociadas culturalmente con ellos. Obtiene un porcentaje de 90, la única conducta que no presenta el niño fue el mostrar interés sexual por otra persona culturalmente adecuada, él contesta “no se”, lo que puede deberse a su timidez y no al desconocimiento del tema.

Los resultados obtenidos del ISED muestran que el niño obtiene un porcentaje alto en la mayoría de las áreas, por encima del 80%, lo que quiere decir que no presenta retraso en las áreas que se evaluaron.

Con base en los resultados del área de lenguaje del ISED donde tiene dificultad en el reactivo de hablar legiblemente, observando como se expresa el niño al hablar, así como en la entrevista inicial, donde los padres comentan que el motivo por el

que acuden a la CUSI es porque el niño tiene problemas en la pronunciación de algunas palabras y en la entrevista domiciliaria, en la cuál su mamá habla de que su hijo había tomado terapias de lenguaje en un CAPEP, se le aplican una serie de evaluaciones posteriores.

Se realiza una prueba de lectura de tres cuentos cortos: *El príncipe feliz*, *La confesión* y *El canto de las ballenas*. El niño debe leer los cuentos en voz alta para que el terapeuta detecte los fonemas en los que presenta problemas. Se encuentra que tiene dificultades en la pronunciación de los fonemas “r” y “rr”, posteriormente se evalúan una serie de palabras con estos fonemas (Anexo I).

También se evalúan sílabas compuestas debido a que durante la lectura de los cuentos se le dificulta la pronunciación de algunas, tomando como apoyo el libro *Juguemos a Leer*, estas son: “tr”, “bl”, “br”, “pl”, “pr”, “fl”, “fr”, “gl”, “gr”, “cl”, “cr” y “dr”, el libro contiene una serie de palabras con estas sílabas, las cuáles deben ser leídas por el niño. El resultado es que presenta dificultad en la pronunciación de palabras con “bl” y “dr”, por lo tanto, se evalúan más a fondo estos dos grupos de fonemas pidiéndole que pronuncie una serie de palabras que los contienen (Anexo II).

Se concluye que el niño presenta dislalia funcional, específicamente rotacismo (articulación deficiente del fonema “r”) y presenta dificultad al pronunciar los grupos de fonemas “bl” y “dr”, en éste ultimo sustituye la “r” por la “l”, en vez de “dragón” dice “dlagón”.

Por lo anterior se le diseña y aplica un programa de intervención para la correcta articulación de los fonemas fonema “r” y “rr”, así como de los grupos de fonemas: “bl” y “dr”.

4.4. Metodología

SUJETO

Un niño de 9 años de edad que presenta dislalia funcional, con dificultad en la articulación de los fonemas “r” y “rr” y grupos de fonemas “bl y “dr”.

CONDUCTAS PRECURRENTES

Para lograr el objetivo el usuario debe contar con un repertorio de:

- Atención
- Seguimiento de instrucciones
- Imitación verbal y motora

ESCENARIO

Se trabaja en el cubículo #12 de la CUSI y en el área de juegos.

MATERIALES

- 4 Hojas de registro, correspondientes a:

Ejercicios de la fase1 (Anexo IV)

Palabras evaluadas al término de cada sesión de la fase 1 (Anexo V)

Ejercicios de la fase 2 (Anexo VI)

Palabras evaluadas al término de cada sesión de la fase 2 (Anexo VII)

-1 reloj,

-1 lápiz del 2 ½,

-1 plumón color negro,

-2 plumas de cualquier color,

- 1 espejo de 6.5cm X 4.5cm,

-2 hojas blancas,

-21 globos de colores,

-20 hojas de colores,

-1 carro de juguete pequeño,

-1 pliego de papel bond color blanco,

- 1 plumón color negro,
- 2 plumas de cualquier color,
- 1 discman,
- 2 bocinas de 12 cm. x 9 cm., y
- 2 CD de la música preferida del niño

Procedimiento

Se trabajan los días martes y jueves de las 17:00 a las 19:00hrs. El programa consta de dos fases (en la primera se trabaja con el fonema “r” y “rr” y en la segunda con los conjuntos de fonemas “bl” y “dr”), en cada sesión de ambas fases se llevan a cabo ejercicios de respiración, orofaciales y de pronunciación, una vez realizados, se evalúan una serie de palabras, las cuáles no pudo pronunciar durante el diagnóstico.

Para ambas fases el registro es de frecuencia. Los ejercicios y las palabras a evaluar en cada fase, tienen su registro correspondiente (Anexo IV, V, VI, VII). Las conductas que se evalúan en los ejercicios a realizar son: Respuesta correcta (**RC**), Respuesta aproximada (**Rap**), Respuesta incorrecta (**RI**), Respuesta negativa (**RN**), Respuesta ausente (**Ras**) Respuesta agresiva (**Rag**) (Anexo III).

En cuanto al sistema de contingencias, se utilizan estímulos sociales como: “bien”, “lo haces muy bien, sigue así”, “eso fue excelente”, “lo hiciste muy bien”. Él no necesita otro sistema motivacional, ya que es un niño muy obediente y cooperador que siempre esta dispuesto a trabajar.

Al final de cada sesión se realizan juegos de interés para el niño, modificados y enfocados a reforzar la correcta pronunciación de los fonemas en los que presenta dificultad (ver Anexo VIII).

A continuación se presentan los ejercicios realizados en cada fase.

FASE 1

Objetivo específico: Al término de la fase el niño pronunciará el fonema “r” y “rr”.

EJERCICIO 1. Dar la instrucción: “vamos a hacer unos ejercicios muy fáciles, primero lo voy a hacer yo, fíjate bien como lo hago”. Modele la conducta de respirar profundamente por la nariz y expulsar el aire lentamente por la nariz. Se espera la respuesta del niño en menos de 4 segundos. En este ejercicio se realizan 5 ensayos, una vez terminados se procede con el ejercicio 2.

-RC: Si inhala y exhala por la nariz, se considera correcta su respuesta. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así” o “eso fue excelente” o “lo hiciste muy bien”. Se registra la respuesta y se procede con el ejercicio 2.

-Rap: Si inhala por la nariz y exhala por la boca y nariz, se considera como respuesta aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no inhala y exhala por la nariz, se toma como respuesta incorrecta. Se le dirá con actitud seria “debes hacerlo”. Se registra y se repite la instrucción. Continuar hasta terminar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio. Si después de 3 intentos no cambia su respuesta, suspenda y revise el programa.

-RN: Si se niega a inhalar y exhalar por la nariz diciendo algo como “no lo haré”, se toma como respuesta negativa y se le aplica un tiempo fuera parcial o total de 3 minutos. Se registra y se repite la instrucción. Se continúa hasta terminar los 5

ensayos y se pasa al siguiente ejercicio. Si después de 3 intentos no cambia su respuesta, suspenda y revise el programa.

-Ras: Si no inhala y exhala por la nariz como se le ha ordenado por estar distraído, se toma como respuesta ausente. Se registra y se le repite la instrucción. Se continúa hasta terminar los 5 ensayos. Si después de 3 intentos no cambia su respuesta, suspenda y revise el programa.

-Rag: Si trata de agredir al terapeuta verbal o físicamente, se toma como respuesta agresiva. Si la agresión es verbal, dicha conducta será instigada verbalmente a ser expresada con la intensidad que el niño necesite, tras lo cual, se espera que se calme y explique el motivo de su agresión. Si la agresión es física se le aplica una restricción física hasta que termine la conducta, o se le da algún objeto neutro (almohada, prenda de vestir, o algo suave) para que lo golpee o insulte y se tranquilice. Se registra la respuesta y se le repite la instrucción. Se continúa hasta terminar los 5 ensayos. Si después de 3 intentos no cambia su respuesta, suspenda y revise el programa.

EJERCICIO 2. Dar la instrucción: “vamos a hacer algo similar al ejercicio anterior, observa como lo hago y después lo haces tú”. Modele la conducta de inhalar y exhalar por la boca, profunda y lentamente. Se espera la respuesta en menos de 4 segundos. En este ejercicio se realizan 5 ensayos, una vez terminados se procede con el ejercicio 3.

-RC: Si inhala y exhala por la boca, se considera correcta su respuesta. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así” o “eso fue excelente” o “lo hiciste muy bien”. Se registra la respuesta y se procede con el ejercicio 3.

-Rap: Si inhala por la boca y exhala por la nariz y boca, se considera como respuesta aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no inhala y exhala por la boca, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta incorrecta.

-RN: Si se niega a inhalar y exhalar por la boca, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta negativa.

-Ras: Si no inhala y exhala por la boca por estar distraído, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta ausente.

-Rag: Si ésta es la respuesta, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta agresiva.

EJERCICIO 3. Se da la instrucción: “voy a realizar el siguiente ejercicio, quiero que pongas atención para que después lo realices”. Se modela la conducta de inhalar por la nariz y exhalar por la boca, profunda y lentamente. Se espera la respuesta en menos de 4 segundos. En este ejercicio se realizan 5 ensayos, una vez terminados se procede con el ejercicio 4.

-RC: Si inhala por la nariz y exhala por la boca, se considera correcta su respuesta. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así” o “eso fue excelente” o “lo hiciste muy bien”. Se registra la respuesta y se procede con el ejercicio 4.

-Rap: Si inhala por la nariz y exhala por boca y nariz, se considera como respuesta aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no inhala por la nariz y exhala por la boca, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta incorrecta.

-RN: Si se niega a inhalar por la nariz y exhalar por la boca, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta negativa.

-Ras: Si no inhala por la nariz y exhala por la boca por estar distraído, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta ausente.

-Rag: Si ésta es la respuesta, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta agresiva.

EJERCICIO 4: Dar la instrucción: “ahora quiero que hagas el siguiente ejercicio, hazlo como lo hago yo”. Modele la conducta de inhalar por la boca y exhalar por la nariz. Se espera la respuesta en menos de 4 segundos. En este ejercicio se realizan 5 ensayos, una vez terminados se procede con el ejercicio 5.

-RC: Si inhala por la boca y exhala por la nariz, se considera correcta su respuesta. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así” o “eso fue excelente” o “lo hiciste muy bien”. Se registra la respuesta y se procede con el ejercicio 5.

-Rap: Si inhala por la boca y exhala por la boca y nariz, se considera como respuesta aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no inhala por la boca ni exhala por la nariz, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta incorrecta.

-RN: Si se niega a inhalar por la boca y exhalar por la nariz, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta negativa.

-Ras: Si no inhala por la boca y exhala por la nariz por estar distraído, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta ausente.

-Rag: Si ésta es la respuesta, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta agresiva.

Los siguientes ejercicios se realizan con el objeto de ejercitar los músculos que intervienen en la pronunciación del fonema “r”, ya que conviene ejercitar primero la “r” para que después se produzca el sonido de la “rr”.

EJERCICIO 5: Se da la instrucción: “dobla tu lengua dentro de tu boca hacia arriba y hacia atrás con ayuda de tu paladar, observa como lo hago yo y después tu lo harás observándote en el espejo”. Se modela la conducta de doblar la lengua dentro de la boca hacia arriba y atrás (ver figura 1). Se espera la respuesta en

menos de 4 segundos. En este ejercicio se realizan 5 ensayos, una vez terminados se procede con el ejercicio 6.

-RC: Se toma como respuesta correcta si dobla la lengua dentro de su boca hacia arriba y hacia atrás. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así” o “eso fue excelente” o “lo hiciste bien”. Se registra la respuesta y se procede con el paso 6.

-Rap: Si dobla dentro de su boca hacia arriba pero no hacia atrás, se considera como respuesta aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no dobla su lengua dentro de su boca hacia arriba y hacia atrás, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta incorrecta.

-RN: Si se niega a doblar su lengua dentro de su boca hacia arriba y hacia atrás, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta negativa.

-Ras: Si no dobla su lengua dentro de su boca hacia arriba y hacia atrás por estar distraído, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta ausente.

-Rag: Si ésta es la respuesta, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta agresiva.



Figura 1. Doblar la lengua dentro de la boca hacia arriba y doblarla hacia atrás.

EJERCICIO 6. Se le da la instrucción: “quiero que observes como realizo este ejercicio y después lo harás tú observándote en el espejo”. Se modela la conducta de sacar la lengua y que se mantenga lo más horizontal posible, para después doblar solamente la punta de la lengua hacia arriba (ver figura 2). Se espera la respuesta en menos de 4 segundos. En este ejercicio se realizan 5 ensayos, una vez terminados se procede con el ejercicio 7.

-RC: Si saca su lengua de forma horizontal y dobla la punta hacia arriba, se toma como respuesta correcta. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así” o “eso fue excelente” o “lo hiciste muy bien”. Se registra la respuesta y se procede con el ejercicio 7.

-Rap: Si saca su lengua de forma horizontal pero no dobla la punta de la lengua hacia arriba, o la dobla ligeramente, se considera como respuesta aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo

intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no saca su lengua de forma horizontal ni dobla la punta hacia arriba, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta incorrecta.

-RN: Si se niega a sacar su lengua de forma horizontal y a doblar la punta hacia arriba, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta negativa.

-Ras: Si no saca su lengua de forma horizontal ni dobla la punta hacia arriba por estar distraído, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta ausente.

-Rag: Si ésta es la respuesta, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta agresiva.



Figura 2. Sacar la lengua de manera horizontal y doblar la punta hacia arriba.

EJERCICIO 7. Se le da la instrucción: “vamos a realizar otro ejercicio, primero observa como lo hago yo”. Modele la conducta de doblar la punta de la lengua hacia arriba y recargar la parte posterior de la punta en la cara interna de los incisivos superiores (ver figura 3). Se espera la respuesta en menos de 4 segundos. En este ejercicio se realizan 5 ensayos, una vez terminados se procede con el ejercicio 8.

-RC: Si dobla la punta de la lengua hacia arriba y recarga la parte posterior de la punta en la cara interna de los incisivos superiores, se toma como respuesta correcta. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así” o “eso fue excelente” o “lo hiciste muy bien”. Se registra la respuesta y se procede con el ejercicio 8.

-Rap: Si dobla la punta de la lengua hacia arriba pero no recarga la parte posterior de la punta en la cara interna de los incisivos superiores o lo hace ligeramente, se considera como respuesta aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no dobla la punta de la lengua hacia arriba ni recarga la parte posterior de la punta en la cara interna de los incisivos superiores, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta incorrecta.

-RN: Si se niega a doblar la punta de la lengua hacia arriba y recargar la parte posterior de la punta en la cara interna de los incisivos superiores, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta negativa.

-Ras: Si no dobla la punta de la lengua hacia arriba ni recarga la parte posterior de la punta en la cara interna de los incisivos superiores por estar distraído, se

procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta ausente.

-Rag: Si ésta es la respuesta, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta agresiva.



Figura 3. Doblar lengua hacia arriba y recargar la parte posterior de la punta en la cara interna de los incisivos superiores.

EJERCICIO 8: Se le da la instrucción: “quiero que observes como hago el siguiente ejercicio y después lo hagas tú”. Modele la conducta de pegar con la punta de la lengua el borde del paladar superior, que es donde se unen los dientes con las encías (ver figura 4). Se espera la respuesta en menos de 4 segundos. En este ejercicio se realizan 5 ensayos, una vez terminados se procede con el ejercicio 9.

-RC: Si pega con la punta de su lengua el borde del paladar superior, se toma como respuesta correcta. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así” o “eso fue excelente” o “lo hiciste muy bien”. Se registra la respuesta y se procede con el ejercicio 9.

-Rap: Si pega con la punta de su lengua en su paladar o en sus dientes superiores, se considera como respuesta aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no pega con la punta de su lengua el borde del paladar superior, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta incorrecta.

-RN: Si se niega a pegar con la punta de su lengua el borde del paladar superior, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta negativa.

-Ras: Si no pega con la punta de su lengua el borde del paladar superior por estar distraído, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta ausente.

-Rag: Si ésta es la respuesta, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta agresiva.

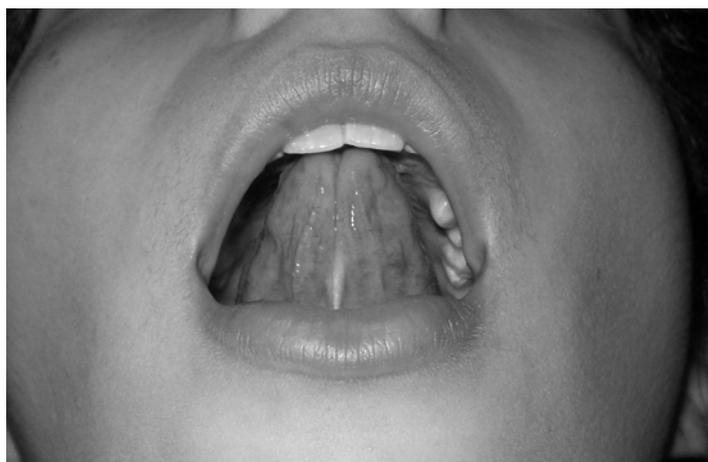


Figura 4. Pegar con la punta de la lengua el borde del paladar superior, que es donde se unen los dientes con las encías.

En los siguientes ejercicios el niño articulará los fonemas “t”- “d” y “t”-“l”, en los cuales la lengua se sitúa en una posición similar a la de la “r”.

EJERCICIO 9: Se da la instrucción: “vas a inhalar profundamente y mientras exhalas el aire vas a pronunciar los sonidos t / d / t / d. . ., es preciso que lo hagas suavemente y con movimientos de tu lengua lo más pequeños posibles. Se modela la instrucción. Se espera la respuesta en menos de 4 segundos. En este ejercicio se realizan 5 ensayos, una vez terminados se procede con el ejercicio 10.

-RC: Si inhala profundamente y mientras exhala el aire pronuncia los sonidos t / d / t / d..., se toma como respuesta correcta. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así” o “eso fue excelente” o “lo hiciste muy bien”. Se registra la respuesta y se procede con el ejercicio 10.

-Rap: Si no inhala profundamente y al exhalar el aire pronuncia los sonidos t / d / t / d... o vs., si inhala profundamente y al exhalar el aire no pronuncia los sonidos t / d / t / d..., similares a como se le indica, su respuesta se toma como aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no inhala profundamente ni al exhalar el aire pronuncia los sonidos t / d / t / d..., se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta incorrecta.

-RN: Si se niega a inhalar profundamente y a exhalar el aire pronunciado los sonidos t / d / t / d..., se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta negativa.

-Ras: Si no inhala profundamente ni al exhalar el aire pronuncia los sonidos t / d / t / d..., por estar distraído, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta ausente.

-Rag: Si ésta es la respuesta, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta agresiva.

EJERCICIO 10. Se da la instrucción: “este ejercicio es muy similar al anterior, vas a inhalar profundamente y mientras exhalas el aire vas a pronunciar los sonidos t / l / t / l..., es preciso que lo hagas suavemente y con movimientos de tu lengua lo más pequeños posibles. Se modela la instrucción. Se espera la respuesta en menos de 4 segundos. En este ejercicio se realizan 5 ensayos, una vez terminados se procede con el ejercicio 11.

-RC: Si inhala profundamente y mientras exhala el aire pronuncia los sonidos t / l / t / l..., se toma como respuesta correcta. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así” o “eso fue excelente” o “lo hiciste muy bien”. Se registra la respuesta y se procede con el ejercicio 11.

-Rap: Si no inhala profundamente y al exhalar el aire pronuncia los sonidos t / l / t / l... o vs., si inhala profundamente y al exhalar el aire no pronuncia los sonidos t / l / t / l similares a como se le indica, su respuesta se toma como aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no inhala profundamente ni al exhalar el aire pronuncia los sonidos t / l / t / l..., se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta incorrecta.

-RN: Si se niega a inhalar profundamente y a exhalar el aire pronunciado los sonidos t / l / t / l..., se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta negativa.

-Ras: Si no inhala profundamente ni al exhalar el aire pronuncia los sonidos t / l / t / l... por estar distraído, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta ausente.

-Rag: Si ésta es la respuesta, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta agresiva.

Los siguientes dos ejercicios tienen como fin indicarle con toda precisión al niño la posición del fonema “rr”.

EJERCICIO 11. Se da la instrucción: “ahora te voy a enseñar la forma en como se coloca la lengua y como sale el aire cuando pronunciamos la “rr” .Se modela como se coloca la lengua para articular el fonema “rr”. Con un abatelenguas se le señala al niño dentro de su boca el punto de contacto que debe tener la lengua con el paladar y los molares para pronunciar la “rr”. Después los dos nos ponemos frente a un espejo y realizaremos el ejercicio sin voz, que únicamente consiste en la salida frontal del aire, para que el niño lo note se le dirá: “coloca tu mano frente a tu boca y siente el aire que sale”. Se espera la respuesta en menos de 4

segundos. En este ejercicio se realizan 5 ensayos, una vez terminados se procede con el ejercicio 12.

-RC: Si coloca la lengua en posición para articular el fonema “rr” y expulsa el aire como si fuera a pronunciar la “rr” pero sin hacer el sonido de este fonema, se toma como respuesta correcta. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así” o “eso fue excelente” o “lo hiciste muy bien”. Se registra la respuesta y se procede con el ejercicio 12.

-Rap: Si expulsa el aire de la parte frontal, pero la posición de la lengua no está exactamente como se le indicó o vs., su respuesta se toma como aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no coloca la lengua en posición para articular el fonema “rr” ni expulsa el aire como si fuera a pronunciar este fonema, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta incorrecta.

-RN: Si se niega a colocar la lengua en posición para articular el fonema “rr” y a expulsar el aire como si fuera a pronunciarlo, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta negativa.

-Ras: Si no coloca la lengua en posición para articular el fonema “rr” ni expulsa el aire como si fuera a pronunciar este fonema por estar distraído, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta ausente.

-Rag: Si ésta es la respuesta, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta agresiva.

EJERCICIO 12. Este ejercicio es muy similar al anterior. Se da la instrucción: “ahora nos vamos a poner tu y yo frente a un espejo y vamos a realizar el mismo ejercicio del paso anterior pero esta vez con voz, ahora si vamos a pronunciar la rr”. Se espera la respuesta en menos de 4 segundos. En este ejercicio se realizan 5 ensayos, una vez terminados se procede con el ejercicio 13.

-RC: Si coloca la lengua en posición para pronunciar la “rr” y realiza el sonido de este fonema, se toma como respuesta correcta. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así” o “eso fue excelente” o “lo hiciste muy bien”. Se registra la respuesta y se procede con el ejercicio 13.

-Rap: Si coloca la lengua en posición para pronunciar la “rr”, pero no realiza el sonido de este fonema, su respuesta se toma como respuesta aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no coloca la lengua en posición para pronunciar la “rr” ni realiza el sonido de este fonema, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta incorrecta.

-RN: Si se niega a colocar la lengua en posición para pronunciar la “rr” y a realizar el sonido de este fonema, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta negativa.

-Ras: Si no coloca la lengua en posición para pronunciar la “rr” ni realiza el sonido de este fonema por estar distraído, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta ausente.

-Rag: Si ésta es la respuesta, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta agresiva.

EJERCICIO 13. En este paso el terapeuta elige una palabra cuya sílaba termine en “r”, en este caso utilizaremos la palabra “cantar”. Se le da la instrucción: “ahora vamos a realizar otro ejercicio, observa como lo hago”. Modele los ejercicios uno por uno, se modela el ejercicio A y en seguida el niño debe realizarlo, después el B y así sucesivamente. Se espera su respuesta en menos de 4 segundos para cada ejercicio. La serie de ejercicios (A, B, C, D y E) se realiza 5 veces para cumplir los 5 ensayos de este ejercicio.

A) Pedirle que repita la palabra cantar varias veces, acentuando cada vez más la “r”. Ejemplo: *cantar; cantarr; cantarr; cantarrrr....*

B) Después separar la sílaba “tar” y pedirle al niño que la pronuncie varias veces, acentuando cada vez más la “r”. Ejemplo: *tar; tarr; tarr; tarrrr...*

C) Separe la “t” de la combinación y pedirle al niño que pronuncie “ar” varias veces, acentuando cada vez más la “r”. Ejemplo: *ar; arr; arrr; arrrrr...*

D) Pedirle que pronuncie “ra” varias veces, acentuando la “r” que está al principio de la sílaba cada vez más. Ejemplo: *ra; rra; rrra; rrrra...*

E) Pedirle que pronuncie la “rr” varias veces, realizando dicho sonido cada vez más prolongado. Ejemplo: *rr; rr, rrr, rrrr, rrrrr...*

-RC: Si a) repite la palabra “cantar” prolongando el sonido de la “r”, b) después pronuncia la sílaba “tar”, prolongando el sonido de la “r”, c) pronuncia “ar”

prolongando el sonido de la r, d) pronuncia “ra” prolongando el sonido de la r y e) pronuncia “rrrr” prolongando cada vez más el sonido, se toma como respuesta correcta. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así” o “eso fue excelente” o “lo hiciste muy bien”. Se registra la respuesta.

-Rap: Si no pronuncia algunas o una de las palabras descritas anteriormente: cantar, tar, ar, ra y rrr, así como tampoco prolonga el sonido del fonema “rr” en cada una, se toma como respuesta aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no pronuncia: cantar, tar, ar, ra y rrr, así como tampoco prolonga el sonido del fonema “rr” en cada una de las palabras, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta incorrecta.

-RN: Si se niega a pronunciar: cantar, tar, ar, ra y rrr, así como también a prolongar el sonido del fonema “rr” en cada una de las palabras, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta negativa.

-Ras: Si no pronuncia: cantar, tar, ar, ra y rrr, así como tampoco prolonga el sonido del fonema “rr” en cada una de las palabras por estar distraído, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta ausente

-Rag: Si ésta es la respuesta, se procede como en el ejercicio 1 de esta fase en lo que corresponde a la respuesta agresiva.

Criterio de cambio de fase:

Se pasa a la siguiente fase cuando el niño articula correctamente los fonemas “r”, “rr” y las palabras evaluadas al término de cada sesión, durante tres sesiones consecutivas.

FASE 2

Objetivo específico: Al término de la fase, el niño pronunciará correctamente los conjuntos de fonemas “bl” y “dr”.

En esta fase se repiten los cuatro primeros ejercicios de la fase anterior. En los siguientes 2 ejercicios se le muestra al niño la correcta posición de lengua y labios para producir el sonido “bl”.

EJERCICIO 5. En este paso se va a tratar el conjunto “bl”. Se da la instrucción: “vamos a realizar un ejercicio y necesito que pongas mucha atención en los movimientos de mi lengua y labios, observa como lo hago yo y después lo haremos juntos frente al espejo”. Modelar la conducta frente al niño de hacer el sonido de la letra “l” y sin mover la lengua de la posición de éste fonema, se llevaran los labios a la posición del fonema “b” y realizar su sonido. Se espera la respuesta en menos de 4 segundos. En este ejercicio se realizan 10 ensayos, una vez terminados se procede con el ejercicio 6.

-RC: Si realiza el sonido de la letra “l” y sin mover la lengua de la posición de éste fonema lleva los labios a la posición del fonema “b” y realiza su sonido, se toma como respuesta correcta. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así”

o “eso fue excelente” o “lo hiciste muy bien”. Se registra la respuesta y se procede con el ejercicio 6.

-Rap: Si realiza el sonido de la letra “l” pero no lleva los labios a la posición del fonema “b”, se toma como respuesta aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no realiza el sonido de la letra “l” ni lleva los labios a la posición del fonema “b”, se procede como en el ejercicio 1 de la primera fase en lo que corresponde a la respuesta incorrecta.

-RN: Si se niega a realizar el sonido de la letra “l” y de llevar los labios a la posición del fonema “b”, se procede como en el ejercicio 1 de la primera fase en lo que corresponde a la respuesta negativa.

-Ras: Si no realiza el sonido de la letra “l” ni lleva los labios a la posición del fonema “b” por estar distraído, se procede como en el ejercicio 1 de la primera fase en lo que corresponde a la respuesta ausente.

-Rag: Si ésta es la respuesta, se procede como en el ejercicio 1 de la primera fase en lo que corresponde a la respuesta agresiva.

EJERCICIO 6. Se da la instrucción: “ahora quiero que observes bien los movimientos de mis labios, voy a pronunciar los fonemas “b” y “l” de forma alternada poco a poco, hasta casi pronunciarlos al mismo tiempo, primero lo haré yo y después lo haremos juntos frente al espejo”. Se modela la instrucción de articular los fonemas “b” y “l” (ver figura 10). Se espera la respuesta en menos de

4 segundos. En este ejercicio se realizan 10 ensayos, una vez terminados se procede con el ejercicio 7.

Secuencia: l---b---l---b; l- b -l- b; bl –bl –bl –bl.

-RC: Si pronuncia de manera alternada los fonemas “b” y “l” comenzando lentamente y cada vez más rápido, se toma como respuesta correcta. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así” o “eso fue excelente” o “lo hiciste muy bien”. Se registra la respuesta y se procede con el ejercicio 7.

-Rap: Si pronuncia los fonemas “b” y “l” de manera alternada, pero sin hacerlo cada vez más rápido, se toma como respuesta aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no pronuncia de manera alternada los fonemas “b” y “l”, se procede como en el ejercicio 1 de la primera fase en lo que corresponde a la respuesta incorrecta.

-RN: Si se niega a pronunciar de manera alternada los fonemas “b” y “l”, se procede como en el ejercicio 1 de la primera fase en lo que corresponde a la respuesta negativa.

-Ras: Si no pronuncia de manera alternada los fonemas “b” y “l” por estar distraído, se procede como en el ejercicio 1 de la primera fase en lo que corresponde a la respuesta ausente.

-Rag: Si ésta es la respuesta, se procede como en el ejercicio 1 de la primera fase en lo que corresponde a la respuesta agresiva.

En los siguientes 2 ejercicios se le muestra al niño como se pronuncia el sonido “dr”. Para lograr dicho sonido, resulta muy útil introducir una vocal auxiliar que irá desapareciendo poco a poco.

EJERCICIO 7. Se le da la instrucción: “fíjate en lo que voy a pronunciar, observa y escucha bien como la hago, después te tocará a ti”. Se modela la conducta de articular lo siguiente: Dara- dara- dara- dara- dara... Se espera la respuesta en menos de 4 segundos. En este paso se realizan 10 ensayos, una vez terminados se procede con el ejercicio 8.

-RC: Si pronuncia el conjunto de fonemas: dara- dara- dara- dara- dara..., se toma como respuesta correcta. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así” o “eso fue excelente” o “lo hiciste muy bien”. Se registra la respuesta y se procede con el ejercicio 8.

-Rap: Si no pronuncia claramente el conjunto de fonemas “dara-dara-dara...”, se toma como respuesta aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no pronuncia el conjunto de fonemas: “dara- dara- dara...”, se procede como en el ejercicio 1 de la primera fase en lo que corresponde a la respuesta incorrecta.

-RN: Si se niega a pronunciar el conjunto de fonemas “dara, dara, dara...”, se procede como en el ejercicio 1 de la primera fase en lo que corresponde a la respuesta negativa.

-Ras: Si no pronuncia el conjunto de fonemas: “dara- dara- dara...” por estar distraído, se procede como en el ejercicio 1 de la primera fase en lo que corresponde a la respuesta ausente.

-Rag: Si ésta es la respuesta, se procede como en el ejercicio 1 de la primera fase en lo que corresponde a la respuesta agresiva.

EJERCICIO 8. Se da la instrucción: “este ejercicio es muy parecido al anterior, sólo que ahora se pronunciará “dara” más rápido, fijate como lo hago”. Se modela la conducta de articular “dara” cada vez más rápido, haciendo que ponga la fuerza articulatoria en la segunda sílaba (“ra”) y articulando la primera vocal átona y muy breve. De forma que “dara”, se convierta en “dra”, y a su vez, en “dr”. Se espera la respuesta en menos de 4 segundos. En este ejercicio se realizan 10 ensayos.

-RC: Si pronuncia “dara” enfatizando la segunda sílaba (ra) y lo hace cada vez más rápido hasta lograr el sonido de los fonemas “dr”, se toma como respuesta correcta. Se aplica la contingencia: “lo haces muy bien, sigue así” o “eso fue excelente” o “lo hiciste muy bien”. Se registra la respuesta.

-Rap: Si pronuncia “dara” sin enfatizar la sílaba “ra”, o si pronuncia “dara” de manera lenta, se toma como respuesta aproximada. Se le dice: “puedes hacerlo mejor, intenta de nuevo” o “bien pero puedes mejorar”. Se registra la respuesta, se le repite la instrucción y el modelamiento para que lo intente una vez más hasta completar los 5 ensayos y proseguir con el siguiente ejercicio.

-RI: Si no pronuncia “dara” enfatizando la segunda sílaba (ra) ni lo hace cada vez más rápido hasta lograr el sonido de los fonemas “dr”, se procede como en el ejercicio 1 de la primera fase en lo que corresponde a la respuesta incorrecta.

-RN: Si se niega a pronunciar “dara”, se procede como en el paso 1 de la 1° fase en lo que corresponde a la respuesta negativa.

-Ras: Si no pronuncia “dara” por estar distraído, se procede como en el ejercicio 1 de la primera fase en lo que corresponde a la respuesta ausente.

-Rag: Si ésta es la respuesta, se procede como en el ejercicio 1 de la primera fase en lo que corresponde a la respuesta agresiva.

Criterio de término de programa:

El programa se da por terminado cuando el niño pronuncia correctamente durante tres sesiones consecutivas tanto los fonemas “r” y “rr”, los conjuntos de fonemas “bl” y “dr” y palabras evaluadas al término de cada sesión.

4.5. Resultados

La aplicación del programa comienza formalmente el día 4 de abril y finaliza el día 6 de junio del 2006, llevándose a cabo un total de 15 sesiones, no se realizan más debido a las fechas festivas y acontecimientos que se presentaron a lo largo del semestre, el niño falta únicamente el día jueves 1 de mayo debido a cuestiones personales.

Los resultados de las dos fases, así como de las palabras evaluadas al término de las sesiones de cada fase, se obtienen de los registros correspondientes (anexos IV, V, VI y VII).

Resultados de la fase 1

La primera fase se lleva a cabo del 4 de abril al 25 de mayo cubriéndose un total de 12 sesiones, se cumple satisfactoriamente con el objetivo de la misma, el cuál plantea que al término de la fase, el niño pronunciaría los fonemas “r” y “rr”.

En cuanto a los resultados sólo se toman en cuenta las respuestas correctas (RC) y las aproximadas (Rap) porque el niño nunca realiza ningún otro tipo de respuesta debido a que es muy cooperador y siempre se muestra atento a los ejercicios requeridos.

Sesión	Total de RC	Total de Rap	% de RC
1	27	38	42%
2	32	33	49%
3	38	27	58%
4	46	19	71%
5	54	11	83%
6	55	10	85%
7	55	10	85%
8	60	5	92%
9	63	2	97%
10	65	0	100%
11	65	0	100%
12	65	0	100%

Tabla 3. Muestra el número de RC, Rap y el porcentaje de RC en las 12 sesiones de la 1° fase.

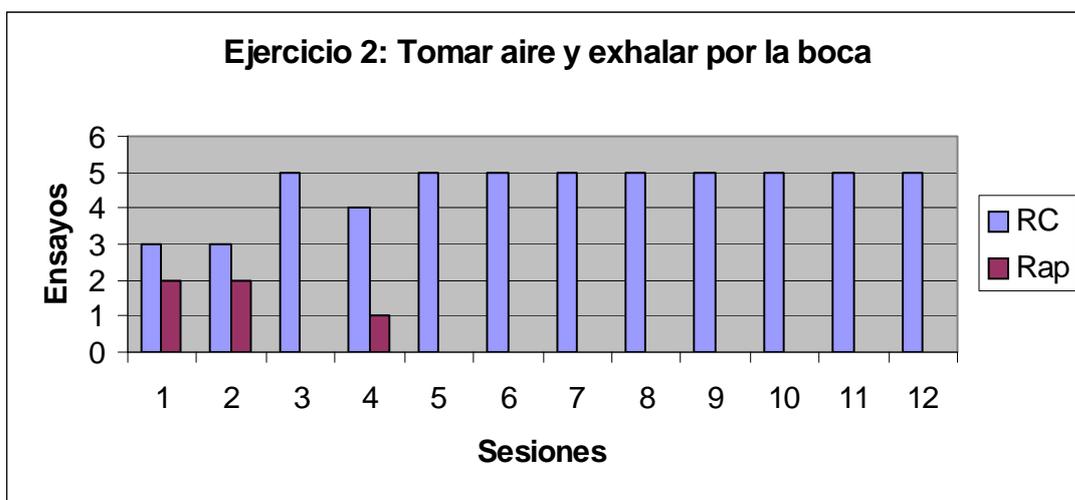
Los resultados muestran que el número de Rap disminuye conforme transcurren las sesiones, a diferencia del aumento progresivo de RC hasta obtener a partir de la 10° sesión un 100% de RC.

A continuación se presentan las gráficas para cada uno de los ejercicios de esta 1° fase:



Gráfica 1. Resultados del ejercicio 1 de la primera fase.

La gráfica 1, muestra que en este primer ejercicio de inhalar y exhalar por la nariz, las Rap desaparecen a en la 4° sesión, de ahí hasta la última sesión sólo se obtienen RC, esto debido a que los ejercicios de respiración no tienen mayor dificultad.



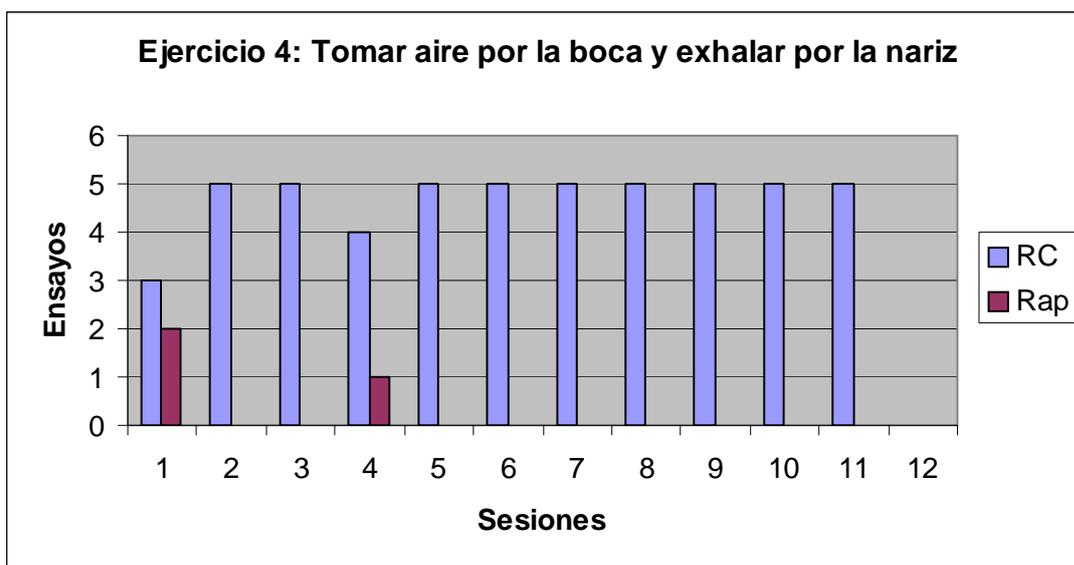
Gráfica 2. Resultados del ejercicio 2 de la primera fase.

La grafica 2, nos muestra que en el segundo ejercicio de tomar aire y exhalar por la boca, las Rap desaparecen en la 3° sesión, para la 4° aparece únicamente una Rap, y a partir de la 5° sesión en adelante responde de manera correcta.



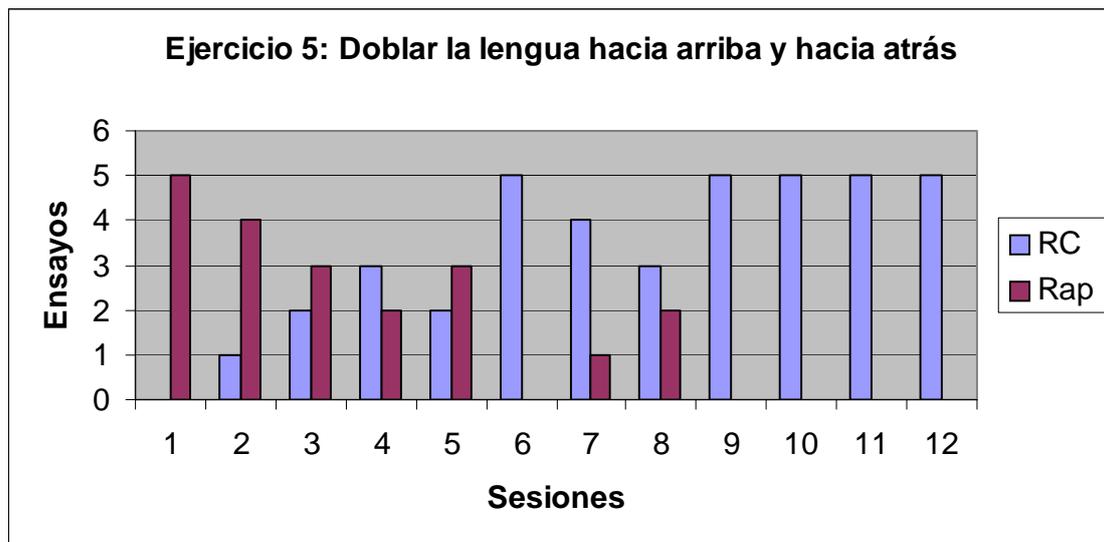
Gráfica 3. Resultados del ejercicio 3 de la primera fase.

La gráfica 3, muestra que en el ejercicio 3 de inhalar por la nariz y exhalar por la boca, las Rap son casi nulas, ya que sólo aparecen en la 1° y 2° sesiones, a partir de la 3° sesión en adelante únicamente aparecen respuestas correctas.



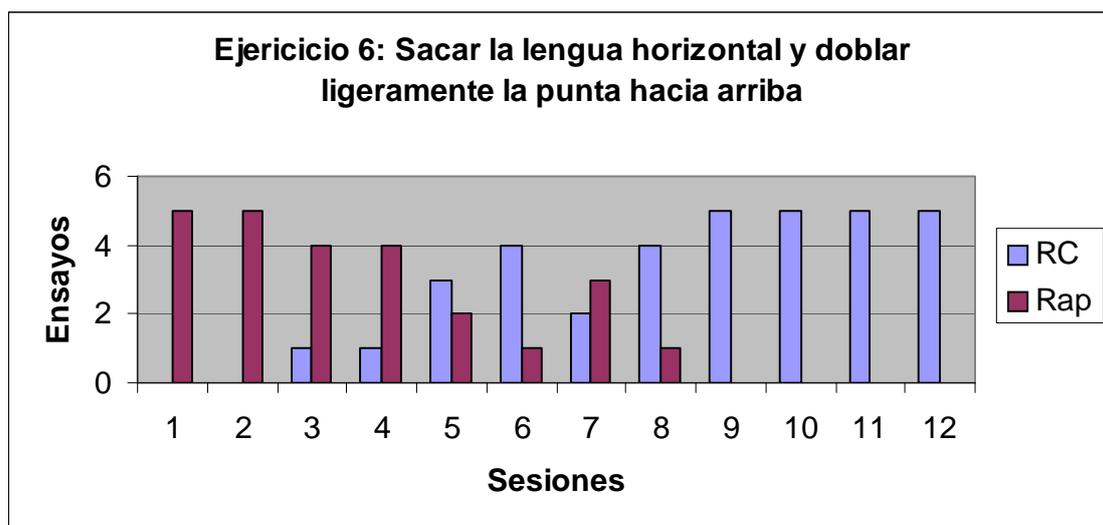
Gráfica 4. Resultados del ejercicio 4 de la primera fase.

La gráfica 4, muestra los resultados del ejercicio 4 de tomar aire por la boca y exhalar por la nariz; se puede ver que en la 2° y 3° sesión se obtienen las 5 RC requeridas, para la 4° sesión tiene 1 Rap y a partir de la 5° sesión en adelante, responde correctamente en todos los ensayos.



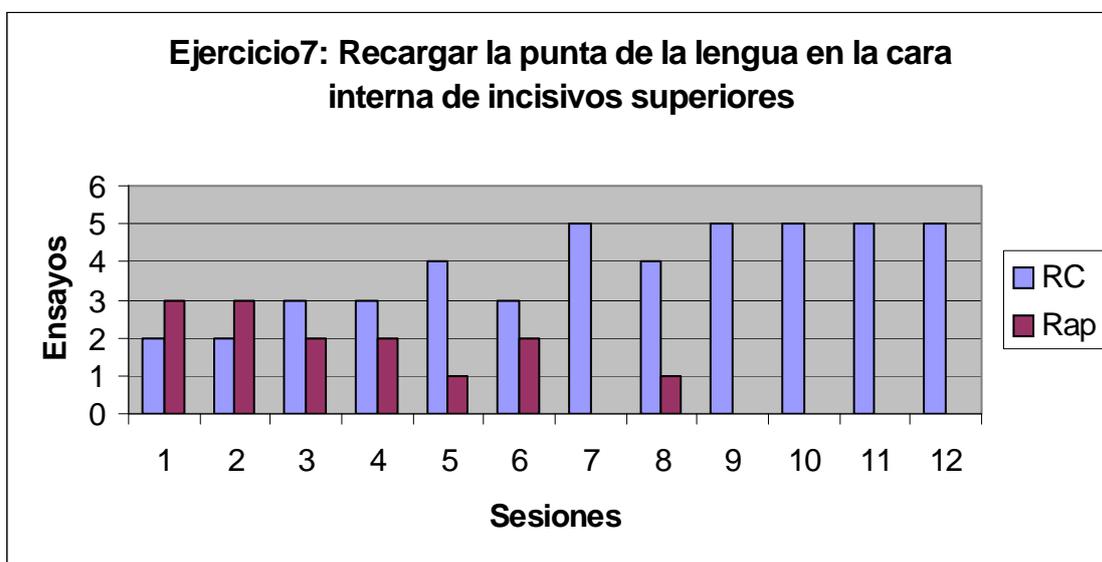
Gráfica 5. Resultados del ejercicio 5 de la primera fase.

La gráfica 5, muestra los resultados obtenidos en el ejercicio 5 correspondiente a doblar la lengua hacia arriba y hacia atrás; en la primera sesión todas sus respuestas fueron aproximadas ya que le constaba trabajo realizar el ejercicio, sin embargo, se observa el aumento progresivo de las RC hasta la 4° sesión, en la 5° sesión disminuyen, al llegar a la 6° sesión se obtienen las 5 RC requeridas, después vuelven a disminuir notoriamente en la 7° y 8° sesión, a partir de la 9° sesión en adelante es cuando se obtienen solamente RC.



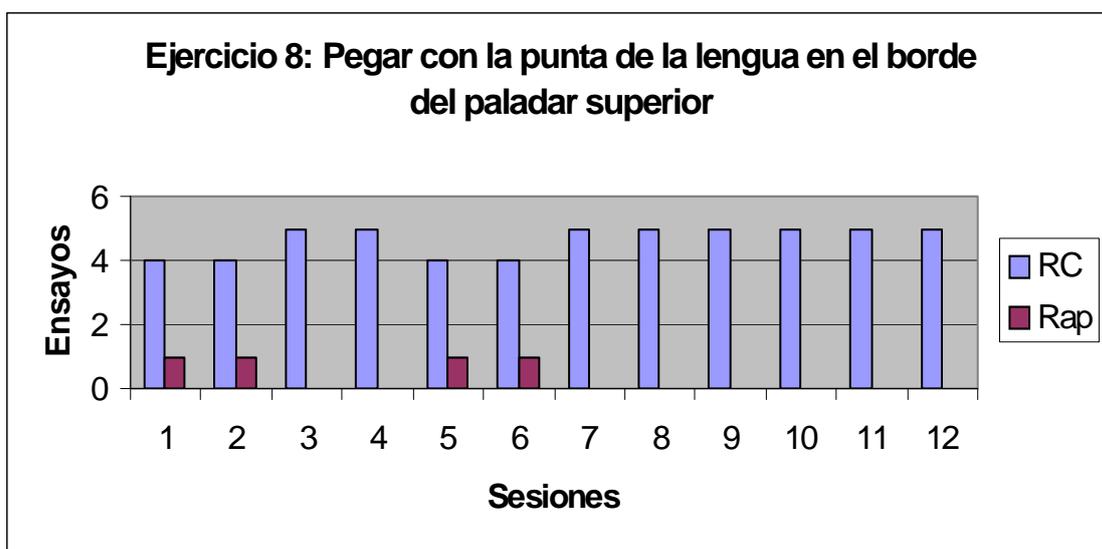
Gráfica 6. Resultados del ejercicio 6 de la primera fase.

La gráfica 6, muestra los resultados del ejercicio 6 de sacar la lengua de manera horizontal y doblar ligeramente la punta hacia arriba; en las 2 primeras sesiones sólo se obtienen Rap debido a que al niño se le dificultaba doblar la punta hacia arriba, a partir de la 3° sesión las RC aumentan, en la 7° sesión disminuyen obteniéndose sólo 2 RC. Se observa que a partir de la 9° sesión no tuvo problemas para alcanzar el total de RC requeridas.



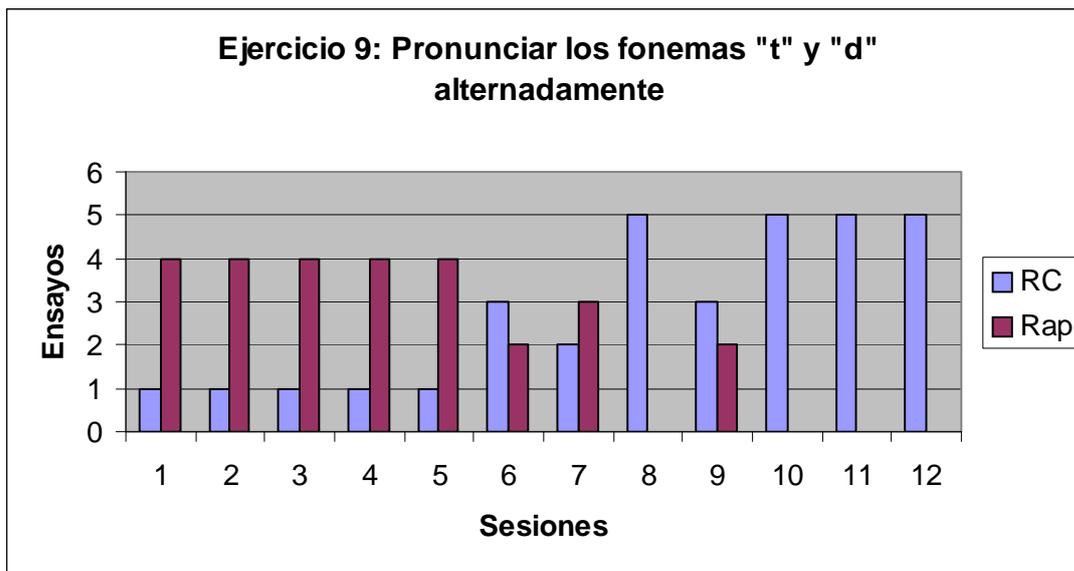
Gráfica 7. Resultados del ejercicio 7 de la primera fase.

En la gráfica 7, se observan los resultados del ejercicio 7 correspondientes a recargar la punta de la lengua en la cara interna de los incisivos superiores; se observa que las RC aumentan poco a poco hasta la 5° sesión, en la 6° y 8° decremantan, en la 7° se obtienen las 5 RC requeridas y es a partir de la 9° sesión en adelante cuando las Rap desaparecen totalmente.



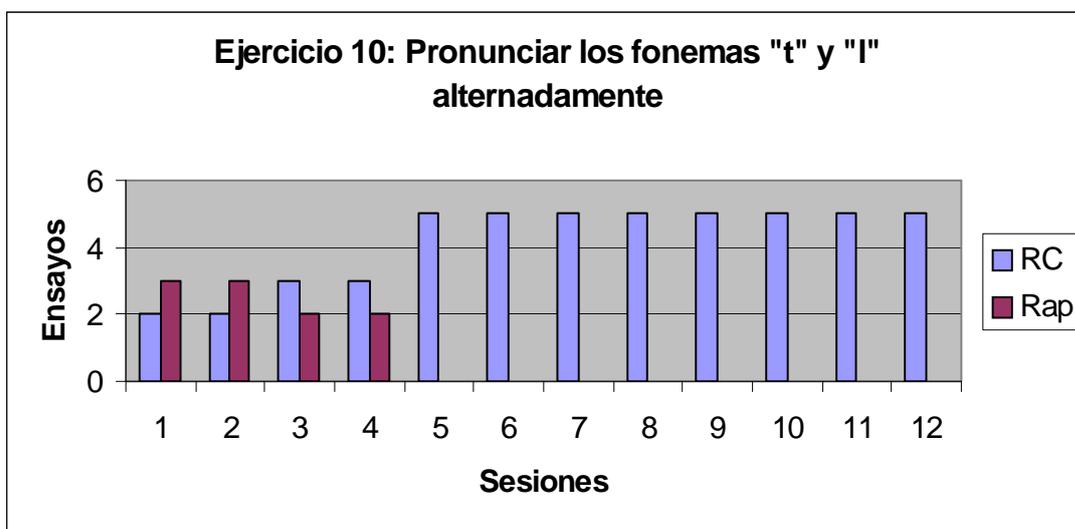
Gráfica 8. Resultados del ejercicio 8 de la primera fase.

El la gráfica 8, se observan los resultados correspondientes al ejercicio 8 de pegar con la punta de la lengua en el borde del paladar superior; se observa que se obtiene en la 1°, 2°, 5° y 6° sesión solo 1 Rap, a partir de la 7° sesión en adelante se observan solamente RC para todos los ensayos.



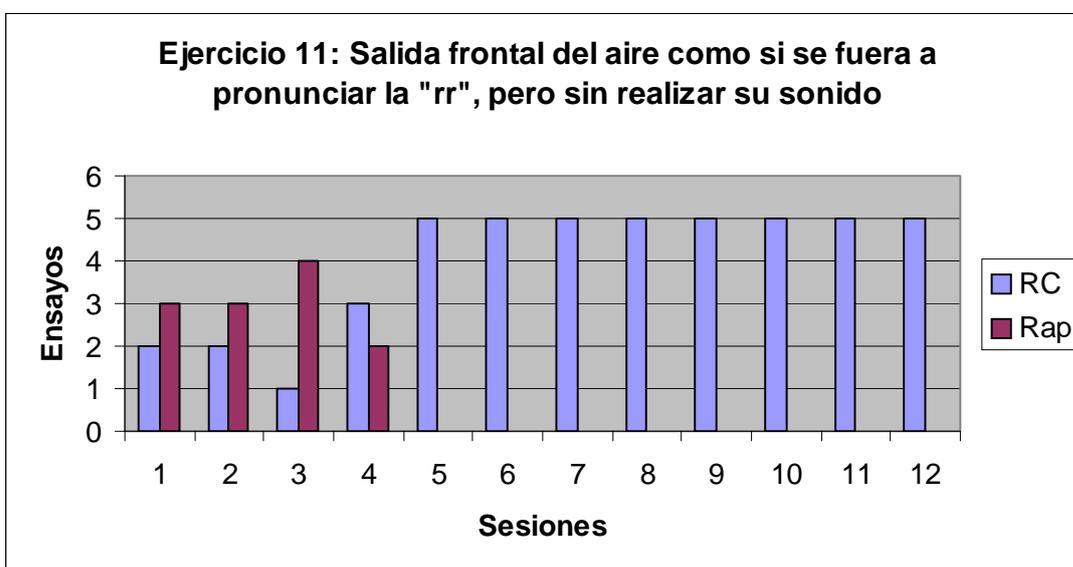
Gráfica 9. Resultados del ejercicio 9 de la primera fase.

La gráfica 9, muestra los puntajes del ejercicio 9 que consiste en pronunciar los fonemas “t” y “d” de forma alternada; en las primeras 5 sesiones se observan en su mayoría Rap ya que pronuncia los fonemas muy rápido, lo que provoca que su sonido se distorsione, en la 6° sesión las RC aumentan y disminuyen ligeramente en la 7°, en la 8° alcanza el total de RC requeridas, las cuales disminuyen en la 9° sesión, es a partir de la 10° sesión donde responde correctamente a todos los ensayos.



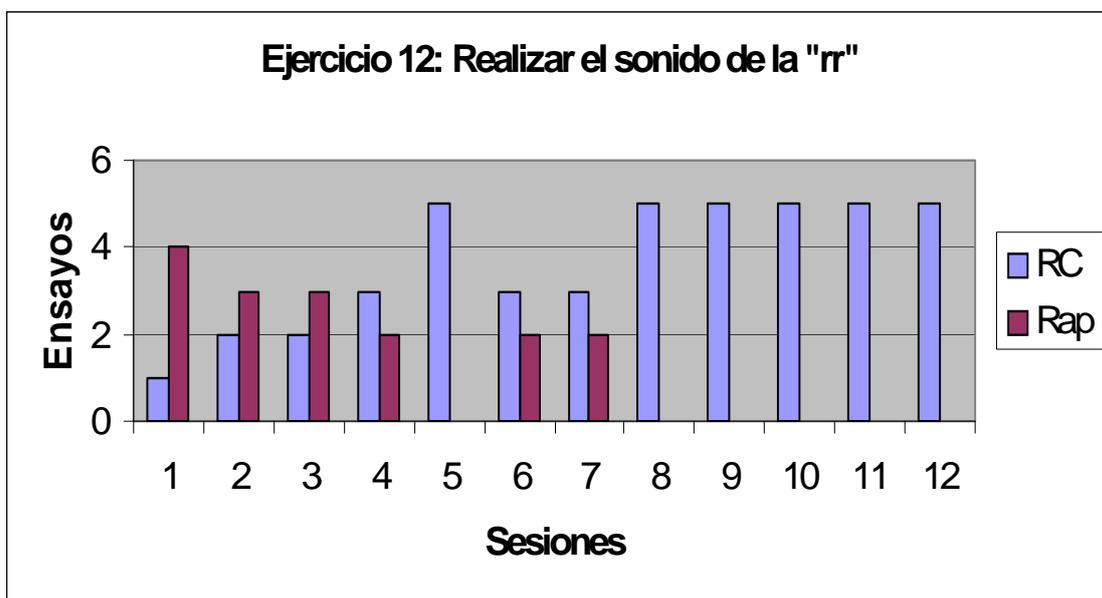
Gráfica 10. Resultados del ejercicio 10 de la primera fase.

En la gráfica 10, correspondiente al ejercicio 10 de pronunciar los fonemas “t” y “l” de manera alternada; se observa que poco a poco aumentan las RC, teniendo el mismo número de RC y Rap en la 1° y 2° sesión, así como también en la 3° y 4°. Este ejercicio se le facilita más que el anterior de los fonemas “t” y “d”, por lo que a partir de la 5° sesión en adelante sólo se observan RC.



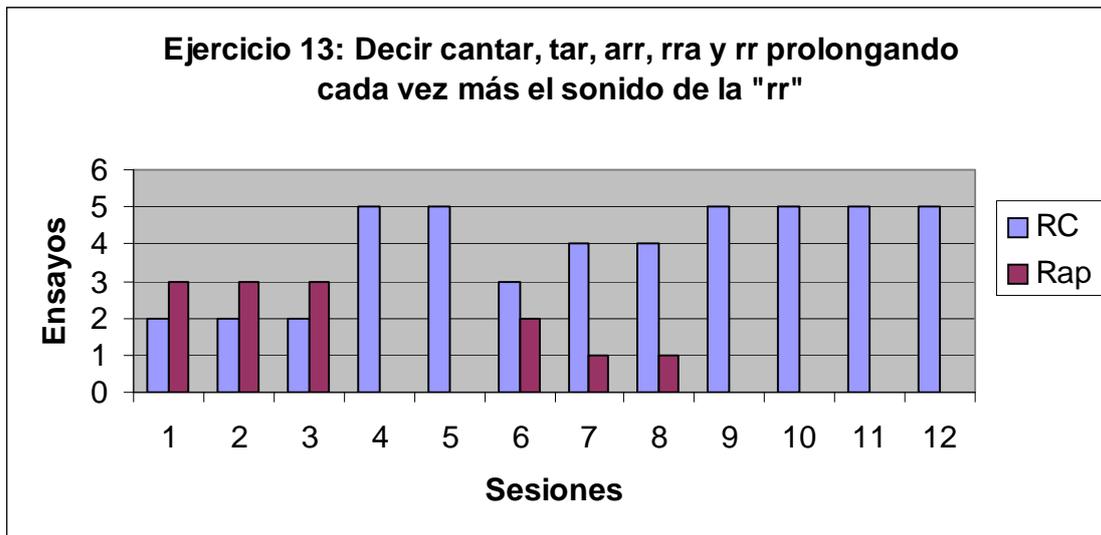
Gráfica 11. Resultados del ejercicio 11 de la primera fase.

La gráfica 11, corresponde a los resultados del ejercicio 11, que consiste en la salida frontal del aire como si se fuera a pronunciar la "rr" pero sin realizar su sonido; se observa que en las 3 primeras sesiones se obtienen en su mayoría Rap debido a que el ejercicio le costaba un poco de trabajo realizarlo, en la 4° sesión éstas respuestas decremantan y es a partir de la 5° sesión en adelante donde sólo se presentan RC.



Gráfica 12. Resultados del ejercicio 12 de la primera fase.

La gráfica 12, muestra los resultados correspondientes al ejercicio 12 de realizar el sonido de la "rr"; se puede ver un progresivo aumento de RC hasta la 5ª sesión donde responde correctamente a todos los ensayos, en la 6ª y 7ª sesión estas respuestas decrecen teniendo el mismo número de RC y Rap en ambas sesiones. A partir de la 8ª sesión en adelante responde correctamente a todos los ensayos.



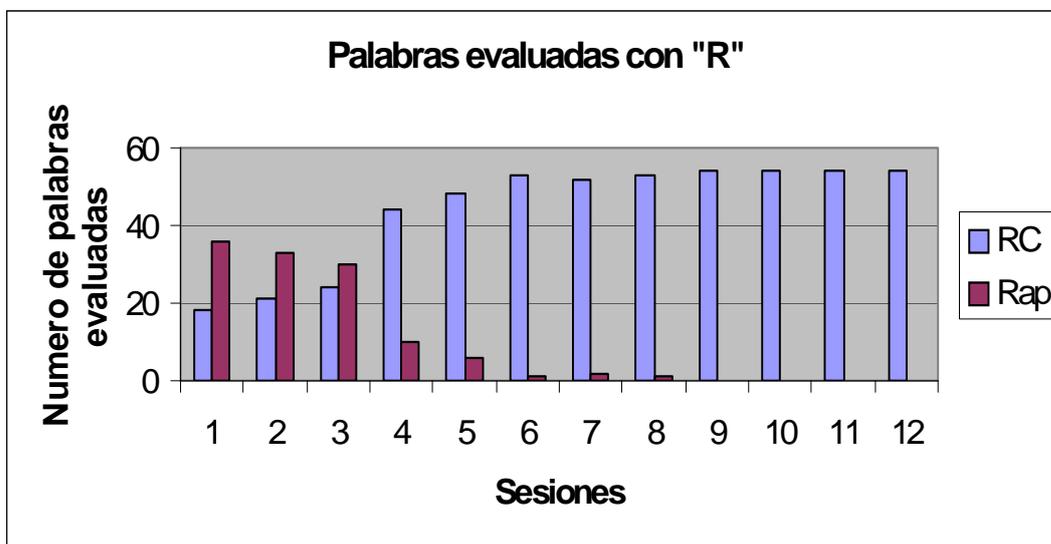
Gráfica 13. Resultados del ejercicio 13 de la primera fase.

En la gráfica 13, se muestran los puntajes obtenidos para el ejercicio 13 de decir: cantar, tar, arr, rra y rrr; se observa que en las 3 primeras sesiones realiza el mismo número de RC, en la 4° y 5° sesión todas las respuestas fueron correctas, en la 6° sesión las RC decrecieron ligeramente y para la 7° y 8° sesión aumentan, hasta que a partir de la 9° sesión en adelante se obtienen RC en todos los ensayos.

Así pues, se observa en algunas de las gráficas (específicamente la 5, 6, 7, 8, 9, 12 y 13) que hay un decremento de respuestas correctas en la 5°, 6°, 7° y 8° sesión, lo que puede deberse a que por esas fechas se atravesó la celebración del día del niño en la CUSI (el cual fue festejado un jueves y ese día el niño tenía su terapia), así como también se atravesaron las festividades del mes de mayo.

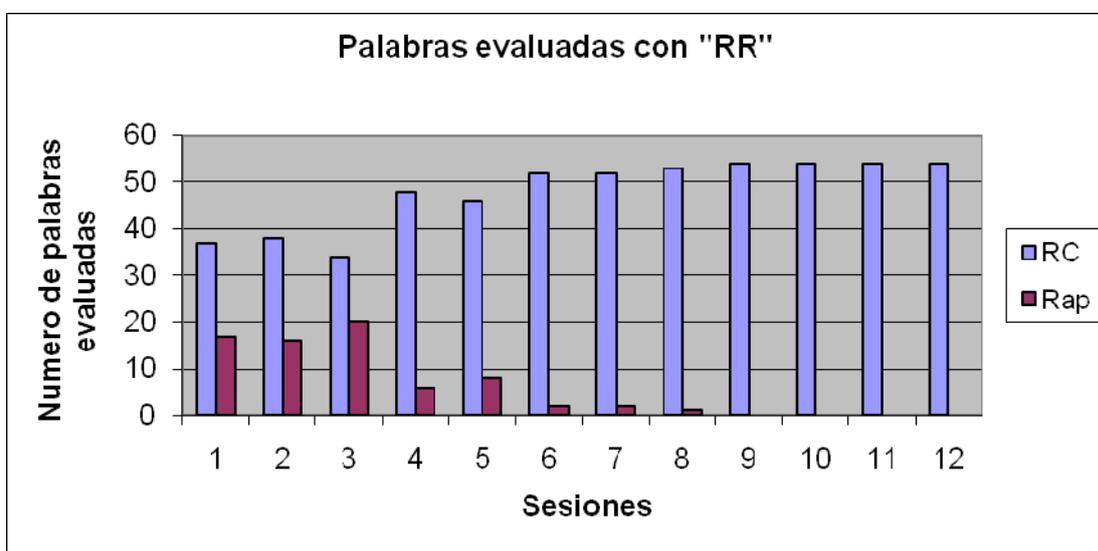
Resultados de las palabras evaluadas en la primera fase

En las siguientes dos gráficas se observan el número de RC y Rap de las palabras evaluadas al término de cada sesión con los fonemas “r” y “rr”.



Gráfica 14. Resultados de las palabras evaluadas con “r”.

En la gráfica 14, se observa que en las 3 primeras sesiones predominan las Rap, sin embargo, para la 4ª sesión se puede ver un incremento notorio de RC, de la 6ª a la 8ª sesión se aprecian muy pocas Rap; a partir de la 9ª sesión en adelante responde de manera correcta a las 18 palabras evaluadas con el fonema “r” al término de cada sesión.



Gráfica 15. Resultados de las palabras evaluadas con "rr".

La gráfica 15, muestra los resultados de las palabras evaluadas con el fonema "rr"; se observa sólo un ligero decremento de RC en la 3° y 5° sesión, de ahí en fuera podemos observar un aumento de RC conforme transcurren las sesiones, hasta que a partir de la 9° sesión en adelante responde correctamente a las 18 palabras evaluadas con "rr".

Resultados de la fase 2

Debido a que el semestre estaba a punto de finalizar, sólo se realizan 3 sesiones de la segunda fase, del 30 de mayo al 6 de junio, por lo tanto no se cumple el objetivo de la misma que plantea que al terminar la 2° fase pronunciaría los conjuntos de fonemas “bl” y “dr”

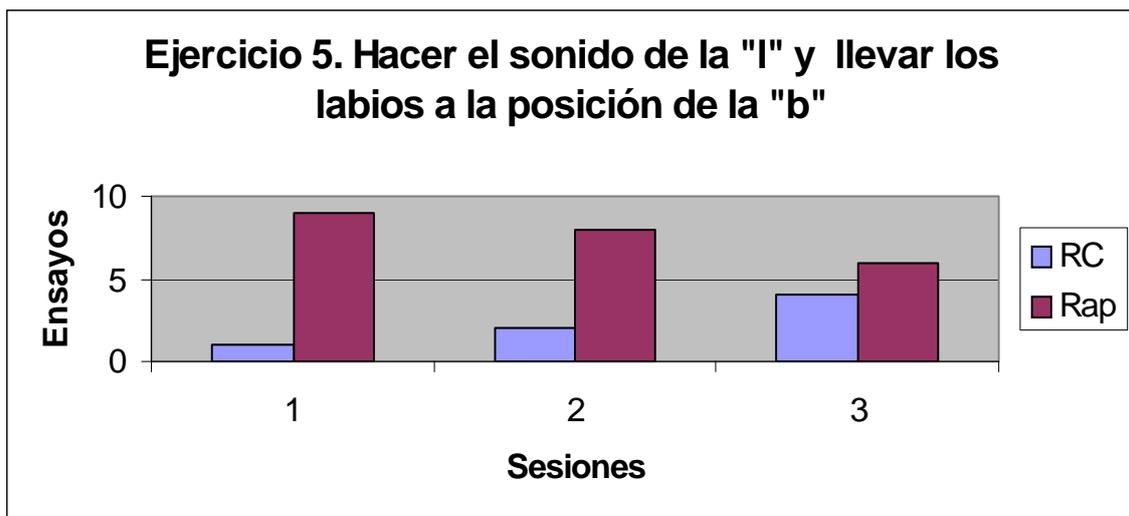
Al igual que en la fase anterior, solo se toman en cuenta las RC y Rap debido a que son los únicos tipos de respuesta que el niño manifiesta.

Sesión	Total de RC	Total de Rap	% de RC
1	63	17	79%
2	66	14	83%
3	71	9	90%

Tabla 4. Muestra el número de RC, Rap y el porcentaje de RC en las 3 sesiones de la 2° fase.

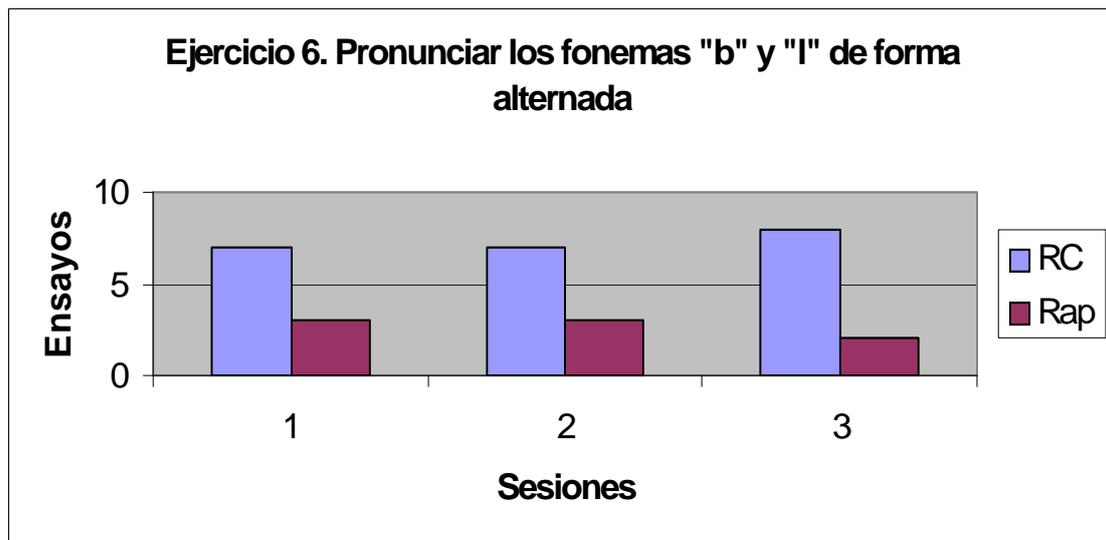
En la tabla 4, se observa que conforme transcurren las sesiones hay un progresivo aumento en el porcentaje de RC.

A continuación se presentan las gráficas para los ejercicios de esta 2° fase. Los resultados de los primeros 4 ejercicios de respiración (también aplicados en la 1° fase) no se grafican debido a que el niño ya los domina y por lo tanto responde correctamente a ellos.



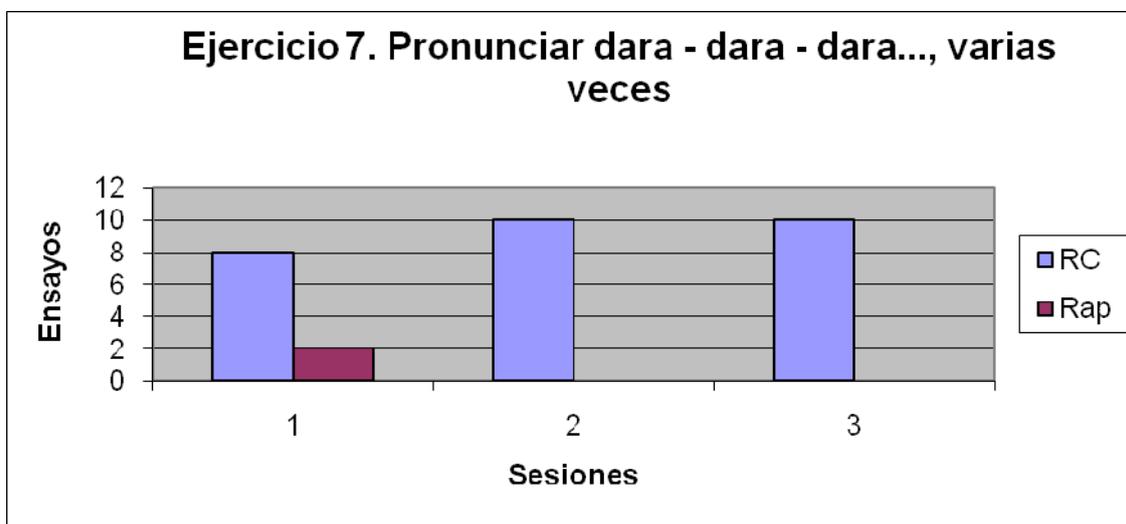
Gráfica 16. Resultados del ejercicio 5 de la segunda fase.

En la gráfica 16, se observan los resultados del ejercicio 5 de hacer el sonido de la letra "l" y llevar los labios a la posición del fonema "b"; se puede observar que a pesar de que en las 3 sesiones predominan las Rap, las RC fueron aumentando poco a poco.



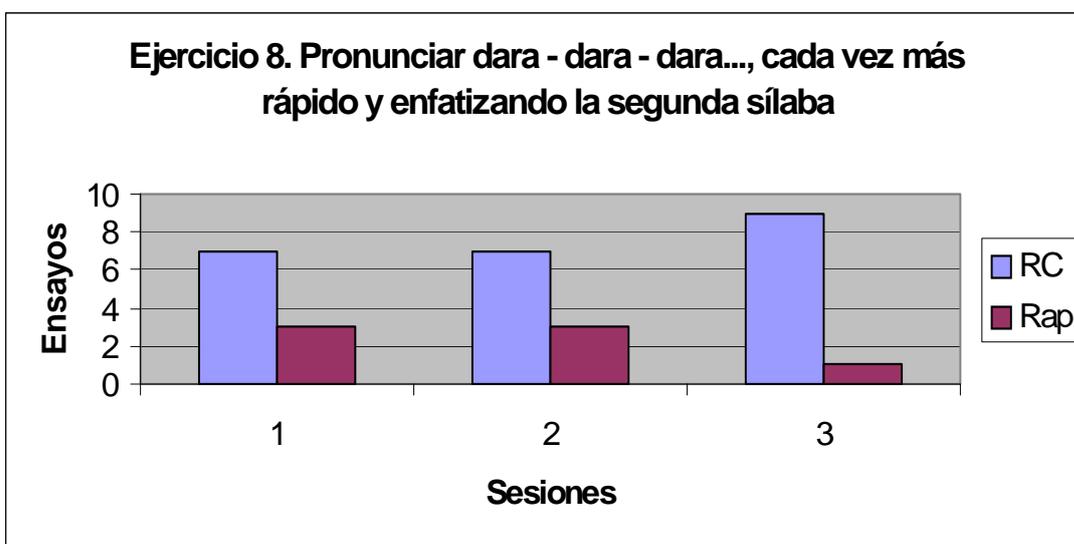
Gráfica 17. Resultados del ejercicio 6 de la segunda fase.

La gráfica 17, muestra los puntajes del ejercicio 6 de pronunciar los fonemas “b” y “l” alternadamente; se puede ver que en la 1° y 2° sesión el número de RC y Rap es el mismo, para la 3° sesión las RC ascendieron a 8.



Gráfica 18. Resultados del ejercicio 7 de la segunda fase.

La gráfica 18, corresponde a los resultados del ejercicio 7 de pronunciar dara, dara, dara, varias veces; en la primera sesión se observa un total de 8 RC y para las sesiones posteriores responde correctamente en todos los ensayos.

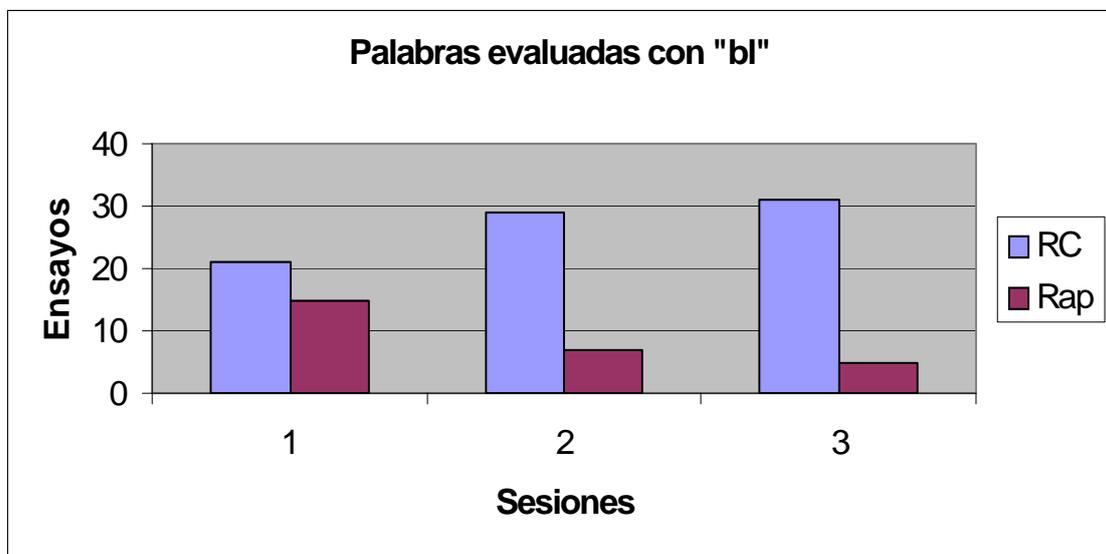


Gráfica 19. Resultados del ejercicio 8 de la segunda fase.

En la gráfica 19, se observan los resultados del ejercicio 8 referente a pronunciar dara, dara, dara, varias veces y cada vez más rápido; en las primeras dos sesiones el número de RC y Rap es el mismo, para la 3° sesión las RC aumentan.

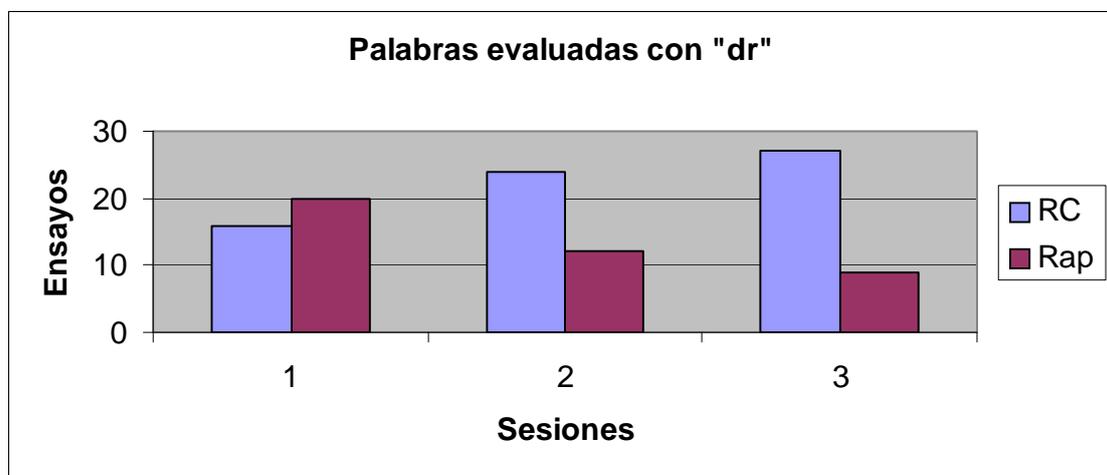
Resultados de las palabras evaluadas en la segunda fase

En las siguientes dos gráficas se observan el número de RC y Rap de las palabras evaluadas al término de cada sesión (36 palabras: 12 con “bl” y 12 con “dr”) de la 2° fase.



Gráfica 20. Resultados de las palabras evaluadas con “bl”.

La gráfica 20, muestra los resultados de las palabras evaluadas con “bl”; a pesar de que fueron únicamente tres sesiones en esta segunda fase, se observa un notorio incremento de RC de la 1° a la 3° sesión.



Gráfica 21. Resultados de las palabras evaluadas con "dr".

En la gráfica 21, se observan los resultados de las palabras evaluadas con "dr"; se puede ver un progresivo aumento de RC conforme transcurren las sesiones.

No se cumple con el objetivo de ésta fase debido a que las sesiones no fueron suficientes, sin embargo, si se observa un progreso importante del niño en cuanto a la pronunciación de los conjuntos de fonemas “bl” y “dr”, lo cuál se muestra en los resultados anteriores.

Para finalizar, a lo largo de los resultados se muestra el notorio avance del niño en la correcta articulación de los fonemas “r” y “rr”, y de los conjuntos de fonemas “bl” y “dr”. Como se menciona anteriormente, el tiempo para la aplicación de este programa de intervención fue muy corto debido a la duración del semestre escolar, sin embargo, cuando se habla con el niño, su conversación es más inteligible de lo que era antes de la aplicación.

Conclusiones

El lenguaje es indispensable para la comunicación de los seres humanos, por lo tanto hay que estar alerta de si existe alguna alteración en la manera de hablar de los niños, en especial a nivel primaria ya que pueden presentar uno de los trastornos más comunes dentro del habla, la dislalia.

Es importante tener en cuenta que es un error enviar al niño a reeducación sin haber efectuado un estudio multidisciplinario previo. Debe conocerse su etiología, esto es, poder establecer su causa; también es muy importante que se realicen una serie de estudios a los niños que presentan dislalia, para ver cual de los diferentes tipos que existen presentan (funcional, orgánica, auditiva, evolutiva) y puedan tener un tratamiento adecuado a su problema.

Un tipo de dislalia que es importante mencionar es la *dislalia evolutiva*, la cual es hasta cierto punto normal en niños menores de 5 años, ya que se le puede considerar como una fase del desarrollo del lenguaje infantil en la que el niño no tiene la capacidad de articular correctamente las palabras que escucha. Aunado a esto, es preferible hablarle al niño de forma clara y no tomar sus defectos de pronunciación con gracia ni imitarlos ya que esto podría reforzarles la pronunciación errónea. Si este tipo de dislalia persiste después de los 5 años, es preferible llevar al niño con un especialista.

Se coincide con Fairman (1998), en que es muy importante que a los niños que presentan dislalia se les haga un estudio psicológico completo, ver que tanto les afecta la presencia de este trastorno del habla, ya que ante todo esta el bienestar y desarrollo óptimo de ellos. Aquí la escuela ocupa un papel fundamental, ya que es precisamente en este contexto donde el niño puede ser participe de burlas por parte de sus compañeros al no pronunciar las palabras adecuadamente, esto lo lleva a perder confianza en sí mismo y, por lo tanto, a aislarse de los demás niños,

pero lo que más predomina en los niños que presentan dislalia es un estado de frustración por no poder pronunciar correctamente determinadas letras. También otro factor que puede estar contribuyendo al problema del niño es la pobreza de estimulación que reciba tanto en su casa como en la escuela.

En cuanto a la detección, debido a que es en el contexto escolar donde se manifiestan gran parte de los problemas del lenguaje, se coincide con Coll y cols. (1996), en que el profesor tiene un papel fundamental en la detección de la dislalia en alguno de sus alumnos, de hecho no sólo de la dislalia, sino de la amplia gama de trastornos del habla y del lenguaje.

Es necesario detectar la dislalia a tiempo para poder intervenir, para lo cual, existen toda una serie de ejercicios que se realizan en la reeducación para una articulación correcta, por ejemplo, ejercicios buco faciales en los que se trabajan los labios, boca, lengua y también se apoyan en actividades relacionadas con la respiración, todo esto es muy sencillo por lo que si es un problema leve, los mismos padres podrían realizarlos con sus hijos en casa. Es importante una intervención temprana con un tratamiento adecuado a la persona.

Para la realización de este programa de intervención se trabajó bajo un enfoque conductista, una de sus ventajas es que deja libertad para que el terapeuta seleccione mejor el material, los reforzadores y el tiempo que se ha de utilizar con cada niño, además de utilizar su creatividad y modificar el tratamiento si es que no llega a servir. Se deben manejar las contingencias adecuadamente para que surta efecto cualquier técnica usada en un determinado tratamiento. Además, se debe saber muy bien cual es el tipo de reforzador, positivo o negativo, para un caso específico, ya que las personas son muy diferentes y puede que a una no le sirvan los mismos reforzadores que a otra.

Así, las técnicas conductistas son muy eficaces, siempre y cuando la conducta problema no implique cuestiones emocionales muy serias ya que el conductismo

no trabaja eso. Si se deja fuera sentimientos, emociones o pensamientos del niño que son muy relevantes en su tratamiento, la modificación de la conducta nunca dará resultados benéficos, o se darán pero surgirán otros problemas iguales o más graves que los que ya se tenían.

En cuanto a la aplicación del programa, se puede concluir que el niño mejoró considerable su pronunciación de los fonemas “r” y “rr”, lo cuál se observa en los resultados de la 1° fase.

Cabe mencionar que los juegos que se realizaron con el niño, relacionados con los fonemas “r”, “rr”, “bl” y “dr”, fueron fundamentales ya que le permitían practicar la pronunciación de éstos a la vez que se divertía, cosa que fue parte importante en su aprendizaje ya que siempre llegaba con muchas ganas a la sesión. Aunado a esto, fue de suma importancia la creatividad porque un niño de 9 años se aburre de estar encerrado en un cubículo aproximadamente dos horas haciendo solamente ejercicios con la boca, por lo que el crear juegos divertidos, dinámicos y sobre todo que le aporten algo, como los que se realizaron para él en este programa, fue muy productivo.

Algo que también influyó en su notable progreso, fue la buena relación que se tuvo con él, a pesar de que al principio el niño se mostraba un poco serio, poco a poco fue teniendo confianza, se sentía muy a gusto y motivado a seguir con sus terapias. Otro punto que influyó en su avance se debe a que el niño es muy cooperador, lo cuál nos facilitó la aplicación de este programa ya que nunca se obtuvo una respuesta negativa ni mucho menos agresiva de su parte.

Así pues, se puede decir que sólo se cumplió con la primera parte del objetivo de éste programa el cual menciona que el niño pronunciaría las palabras que incluyeran el fonema “r” y “rr”, en cuanto a la segunda parte del objetivo que decía que el niño pronunciaría los conjuntos de fonemas “bl” y “dr”, no se logró del todo debido a que el semestre fue muy corto y se atravesaron festividades y

acontecimientos que impidieron la realización de más sesiones de la 2° fase, aún así, los resultados fueron notables.

Por todo lo anterior, se recomienda que si este programa se toma como referencia para aplicárselo a otra niño, realizarlo durante un tiempo más prolongado porque fueron muy pocas sesiones de trabajo, así como también que el intervalo entre sesiones sea menor, ya que en este caso solo se trabajó con el dos veces por semana debido a la planeación que se tiene en la CUSI. La recomendación más importante es recordar que cada individuo es único, por lo que se puede tomar este programa como base para aplicarlo a alguien que presente este tipo de dislalia, sin embargo, hay que modificarlo de acuerdo a los intereses y necesidades de la persona.

Espero que la presente tesis sea de utilidad para terapeutas que tengan que trabajar con un paciente con dislalia, son varios los libros que contienen información sobre este trastorno del habla pero es muy resumida y repetitiva, así que aquí se presenta una revisión completa sobre el tema, de manera que le sea útil al lector.

Para finalizar, es importante mencionar que el trabajo realizado con el niño fue algo inolvidable, el aprendizaje fue mutuo. Este trabajo valió la pena al ser una experiencia única, es sumamente grato cuando el paciente avanza gradualmente, lo más enriquecedor es la convivencia, entrar en su mundo y la empatía que se forma con él.

Bibliografía

- 1.- Ahumada, R. y Montenegro, A. (2002). *Juguemos a leer*. México: Trillas.
- 2.- Aimard, P. (1993). "Puntos de vista sobre el lenguaje". En: *El lenguaje del niño*. México: Fondo de Cultura económica, pp. 51-54.
- 3.- Berryman, J. (1994). "¿Qué es la psicología del desarrollo?", "Desarrollo del lenguaje". En: *Psicología del desarrollo*. México: Manual Moderno, pp. 1-9, 912-101.
- 4.- Bijou, S. (1982). "Tratamiento de la conducta infantil". En: *Psicología del desarrollo Infantil. Vol. 3. La etapa básica de la niñez temprana*. México: Trillas, pp. 147-173.
- 5.- Bijou, S. W. y Baer, D. M. (1982). "Aparición y principio de la conducta verbal". En: *Psicología del Desarrollo Infantil*. México: Trillas, pp. 274-281.
- 6.- Caldewell, B. y Stedman, P. (1989). "Programas de intervención en la primera infancia". En: *Educación de niños incapacitados*. México: Trillas, pp. 11-23.
- 7.- Cantón, M., Sánchez, P. y Sevilla, D. (1997). "Trastornos del lenguaje", "La educación especial". En: *Compendio de Educación Especial*. México: Manual Moderno, pp. 1-15, 67-78.
- 8.- Castañedo, C. (2001). "La educación especial: aspectos generales", "Alumnos con trastornos de la comunicación". En: *Bases psicopedagógicas de la educación especial*. Madrid: CCS, pp. 15-40, 209-212.

- 9.-Chance, P. (1995). "Condicionamiento Operante: Aplicaciones". En: *Aprendizaje y Conducta*. México: Manual Moderno, pp. 128-131.
- 10.- Coll, C., Marches, A., y Palacios, J. (1996). "Los problemas de lenguaje en la escuela". En: *Necesidades Educativas Especiales y Aprendizaje Escolar*. Madrid: Alianza, pp. 104, 114-117.
- 11.- Coon, D. (1998). Capitulo. "La búsqueda del entendimiento". En: *Psicología, Exploración y Aplicaciones*. México: Thompson, pp. 19.
- 12.- Corredera, T. (1992). *Defectos en la dicción infantil*. Argentina: Kapelusz.
- 13.- Fairman, S. (1998). "Fonologopatías: dislalias (primera parte)". En: *Trastornos en la comunicación oral*. Buenos Aires: Magisterio Río de la Plata, pp. 90-99.
- 14.- Fitzgerald, H., Strommen, E. y McKinney, J. (1981). "Psicología del desarrollo". En: *Psicología del desarrollo*. México: Manual Moderno, pp. 3-25.
- 15.- Frostig, M., y Muller, H. (1986). "Fundamentos funcionales y discapacidades específicas de aprendizaje; su efecto sobre el desarrollo del lenguaje en el niño". En: *Discapacidades específicas de aprendizaje en los niños. Detección y tratamiento*. Buenos Aires: Panamericana, pp. 97-149.
- 16.- Gearhearth, B. (1987). "Enfoques conductistas". En: *Incapacidades para el aprendizaje*. México: Manual Moderno, pp. 139 – 152.
- 17.- Hockenbury, D. (1997). "Thinking, Language and Intelligence". En: *Psychology*. New York: Publishers, pp. 302-304.

- 18.- Ibáñez, P. (2002). "Alteración del lenguaje oral y escrito". En: *Las discapacidades, Orientaciones e Intervención Educativa*. Madrid: Dykinson, pp. 365-380.
- 19.- Ingalls, R. (1982). "Tratamiento de problemas emocionales y de conducta". En: *Retraso mental la Nueva Perspectiva*. México: Manual Moderno, pp. 271-272.
- 20.- Jiménez, S. (1996). "Pensamiento y Lenguaje". En: *Procesos Psicológicos Básicos*. Madrid: Universitas, pp. 564-568.
- 21.- Latapí, P. (1999). *Un siglo de educación en México*. México: Fondo de Cultura Económica Tomo II.
- 22.- Lepe, E. (2006). *La confesión*. México: Trillas.
- 23.- Monfort, M. (1995). "La intervención logopédica en el niño". En: *La intervención Logopédica*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, pp. 149-154.
- 24.- Morris, C. (2001) "La ciencia de la psicología". En: *Introducción a la psicología*. México: Prentice Hall, pp. 2-4.
- 25.- Morris, R. y Blatt, B. (1989) "Modificación de conductas en los niños con necesidades especiales: una revisión". En: *Educación Especial. Investigaciones y tendencias*. Buenos Aires: Panamericana, pp. 69 – 81.
- 26.- Ortega, M. (1995, marzo). ¿Educación especial o apoyo psicológico?. Revista la tarea (En red). Disponible en: <http://www.latarea.com.mx/articu/articu6/ortega6.htm>.

- 27.- Pascual, P. (1985). "Concepto y clasificación de las dislalias", "Incidencia recíproca entre el habla y la personalidad". En: *La Dislalia*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, pp. 26-47.
- 28.- Patton, J., Payre, J., Kauffman, J. y Brown, G. (1996). "Trastornos de la comunicación". En: *Casos de Educación Especial*. México: Limusa, pp. 169-185.
- 29.- Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa (2002). México: Secretaría de Educación Pública.
- 30.- Pueschel, S. (2002). "Desarrollo de habilidades cognitivas". En: *Síndrome de Down: Hacia un futuro mejor*. Barcelona: Masson, pp. 163-185.
- 31.- Salvia, J. (1981). "Evaluación del lenguaje oral". En: *Evaluación en la Educación Especial*. México: Manual Moderno, pp. 608-614.
- 32.- Shea, T., Brauer, A. (1999) "Aprendices con trastornos de comunicación". En: *Educación Especial un enfoque ecológico*. México: McGrawHil, pp. 198-202.
- 33.- Sheldon, D. y Blythe, G. (2003). *El canto de las ballenas*. México: Secretaría de Educación Pública.
- 34.- Vázquez, Z. (2004). *El príncipe feliz*. México: Trillas.

ANEXOS

En esta sección se muestran los anexos de la primera evaluación, del sistema de registro, los formatos de registro de ambas fases (de los ejercicios y de las palabras evaluadas cada sesión) y los juegos que utilizados en las diferentes sesiones.

Anexo I. Evaluación del fonema “rr” y “r”

A continuación se presenta una lista de palabras con “rr” y “r”. Se le dice al niño: “te voy a decir unas palabras, las cuales tu vas a repetir 4 veces”. Se anota una paloma por cada repetición de la palabra hasta obtener 4. En el recuadro siguiente se anota la manera en que pronuncia la palabra con el fin de saber en que sílaba se le dificulta la pronunciación, que fonema omite, distorsiona o sustituye.

Fonema “rr”

Palabras	1	2	3	4	
Rol					
Rama					
Porra					
Cerro					
Burro					
Chorro					
Corral					
Burro					
Parrilla					
Alrededor					
Israel					
Enrique					
Gorra					
Barril					
Honrado					

Raya					
Error					
Rizo					
Marrón					
Robar					
Rifar					
Zorro					
Desenredar					
Enroscar					
Ferrocarril					
Risa					
Derrite					
Cerrojo					
Rosquilla					
Ardilla					
Arrancar					
Remolino					
Rollo					

Fonema “r”

Palabras	1	2	3	4	
Aroma					
Héroe					
Ladrar					
Caricia					
Morada					
Trueno					

Cara					
Broma					
Caribe					
Caracol					
Muro					
Grave					
Corona					
Primo					
Oruga					
Eructo					
Francés					
Naranja					
Gracias					
Surtido					
Entra					
Hambre					
Tronco					
Abrazo					
Cristal					
Carne					
Enfriar					
Trepar					
Mirar					
Arder					

Observaciones:

Anexo II. Evaluación de los grupos de fonemas “bl” y “dr”

En esta evaluación se le pronuncian al niño una serie de palabras las cuales tendrá que repetir 4 veces, en los cuadros se pone una paloma por cada repetición de la palabra y al final se hacen las observaciones de cómo las pronuncia.

Grupo: “bl”

Ensayos

Palabras	1	2	3	4
<u>B</u>lanco				
<u>B</u>lusa				
H<u>a</u>blar				
P<u>o</u>blado				
<u>B</u>loque				
C<u>a</u>ble				
R<u>o</u>ble				
T<u>a</u>blita				
P<u>u</u>eble				
M<u>u</u>eble				
D<u>o</u>ble				
N<u>ie</u>bla				

Grupo: “dr”

Ensayos

Palabras	1	2	3	4
<u>D</u>rama				
H <u>o</u> jaldra				
Pad <u>r</u> ino				
<u>D</u>ragón				

<u>D</u> romedario				
Mad <u>r</u> e				
Drá <u>c</u> ula				
Lad <u>r</u> illo				
Cocod <u>r</u> ilo				
Golond <u>r</u> ina				
Ped <u>r</u> o				
Talad <u>r</u> o				
Ad <u>r</u> iana				
Vid <u>r</u> io				
Esdrú <u>j</u> ula				

Observaciones:

Anexo III. Sistema de registro

Las conductas que se registran, para los ejercicios de respiración, orofaciales y de pronunciación en ambas fases, son las siguientes:

-Respuesta correcta (RC): Se toma como respuesta correcta cuando el niño realiza el ejercicio tal y como se le indica.

-Respuesta aproximada (Rap): Si la respuesta es muy similar al ejercicio que se está indicando.

-Respuesta incorrecta (RI): Si la respuesta es totalmente opuesta al ejercicio que se está indicando.

-Respuesta negativa (RN): Si se niega a realizar el ejercicio que se le está indicando.

-Respuesta ausente (Ras): Si por estar distraído no escucha lo que se le pidió que hiciera.

-Respuesta agresiva (Rag): Si reacciona de manera agresiva con el terapeuta, verbal o físicamente.

Anexo IV. Registro de la 1° fase

Fecha: _____

Hora de inicio: _____

Sesión: _____

Hora final: _____

INSTRUCCIONES:

Realizar los 13 ejercicios de la 1° fase que constan de 5 ensayos cada uno. Se registra la conducta emitida por el niño, ya sea RC, Rap, RI, Ras y Rag.

ENSAYOS					
EJERCICIOS	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					

Observaciones:

Anexo V. Lista de palabras con los fonemas "r" y "rr"

Fecha: _____

Hora de inicio: _____

Sesión: _____

Hora final: _____

INSTRUCCIONES:

Se evalúa cada palabra 3 veces anotando: RC, Rap, RI, Ras o Rag, dependiendo de la respuesta que emita el niño.

Fonema "r"

Aroma			
Héroe			
Broma			
Grave			
Primo			
Francés			
Gracias			
Entra			
Tronco			
Abrazo			
Carne			
Enfriar			
Trepar			
Oruga			
Eructo			
Surtido			
Mirar			
Arder			

Fonema "rr"

Rama			
Porra			
Parrilla			
Israel			
Gorra			
Error			
Rizo			
Rifar			
Desenredar			
Ferrocarril			
Risa			
Derrite			
Cerrojo			
Rosquilla			
Ardilla			
Arrancar			
Remolino			
Rollo			

Observaciones:

Anexo VI. Registro de la 2° fase

Fecha: _____

Hora de inicio: _____

Sesión: _____

Hora final: _____

INSTRUCCIONES:

Se realizan 8 ejercicios (repetiendo los 4 primeros ejercicios de la 1° fase, los siguientes 4 ejercicios son los descritos en la 2° fase), los primeros cuatro constan de 5 ensayos y los siguientes de 10 ensayos cada uno, donde se registra la conducta emitida por el niño, ya sea RC, Rap, RI, RN, Ras y Rag.

ENSAYOS										
EJERCICIOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

Observaciones:

Anexo VII. Lista de palabras con los conjuntos de fonemas "bl" y "dr"

Fecha: _____

Hora de inicio: _____

Sesión: _____

Hora final: _____

INSTRUCCIONES:

Se evalúa cada palabra 3 veces anotando: RC, Rap, RI, Ras o Rag, dependiendo de la respuesta que emita el niño.

Fonemas "bl"

Blanco			
Blusa			
Hablar			
Poblado			
Bloque			
Cable			
Roble			
Tablita			
Pueblo			
Mueble			
Doble			
Niebla			

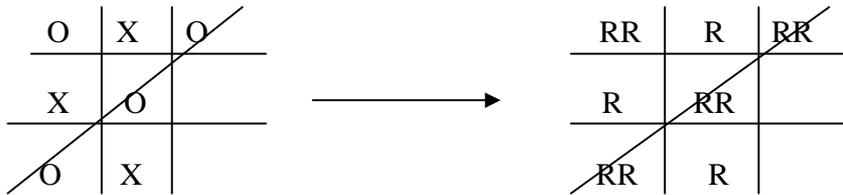
Fonemas "dr"

Drama			
Taladro			
Padrino			
Dragón			
Dromedario			
Madre			
Esdrújula			
Ladrillo			
Adriana			
Drácula			
Pedro			
Hojaldra			

Observaciones:

Anexo VIII. Lista de juegos

Juego 1. Se utilizan dos hojas blancas para jugar gato, en vez de colocar en los espacios “O” (bolita) y “X” (tache), se colocaran las letras “RR” y “R”, al jugador que le toque escribir cualquiera de las letras debe realizar su sonido en voz alta. Ejemplo:



Juego 2. Se juega memorama, escribiendo con un plumón en hojas de colores palabras con “rr” y “r” o “bl” y “dr” (dependiendo de la fase), que son tomadas de las listas que se evalúa al final de cada sesión, se hacen 10 pares de palabras. Las hojas se pegan revueltas en la pared, uno por uno pasa al frente a despegar una hoja y decir la palabra que está escrita en voz alta para después levantar otra hoja tratando de encontrar su par, o sea, la misma palabra. De encontrar el par, el participante se queda con las hojas, de no ser así se vuelven a pegar en la pared.

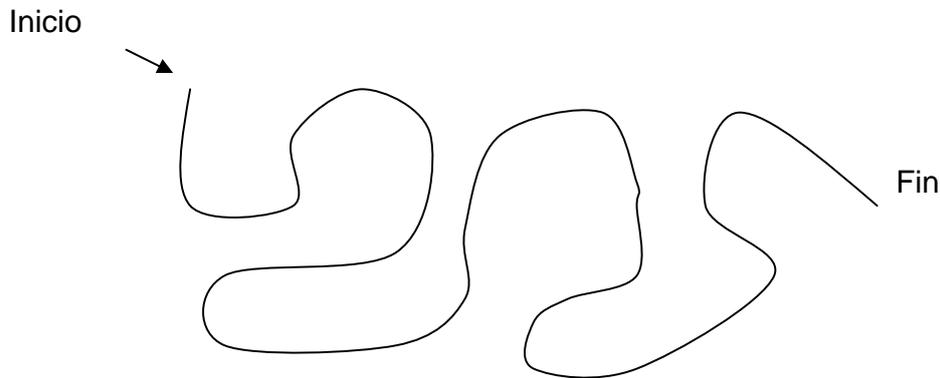
Juego 3. Para este juego se necesita una pelota y salir al jardín. Se le avienta al niño la pelota y debe decir alguna palabra con “rr” y/o “r”, realizar el sonido correspondiente de dichas letras, decir la serie “ra, re, ri, ro, ru” ó “rra, rre, rri, rro, rru”, o mencionar palabras con “bl” y “dr” (dependiendo de la fase en que se encuentre), el niño le lanza la pelota al terapeuta y este debe decir lo mismo que él, si alguno de los dos se le cae la pelota tendrá un pequeño castigo, ya sean 5 sentadillas, contar un chiste o brincar 10 veces seguidas (los castigos deben ser actividades sencillas).

Juego 4. Dependiendo de la fase en que se encuentre el niño, se escriben en pequeños papeles de 1cm. X 10cm. frases como:

- Realiza el sonido de la “rr”
- Repite 3 veces la palabra “dragón”
- Repite en voz alta la frase: “El perro de mi primo”
- Di como se coloca la lengua para pronunciar la “r”
- Repite el sonido “bl” varias veces
- Menciona tres palabras con “bl”
- Repite 3 veces la palabra “Derrite”
- Repite en voz alta frase: “Pedro encontró una piedra”
- Repite 3 veces la palabra “Israel”
- Menciona tres palabras con “dr”
- Premio (dulce)
- Premio (lápiz)
- Castigo (3 sentadillas)
- Castigo (brincar en un pie 10 veces)

Se mete una frase en un globo, el cuál se infla y se pega en la pared, lo mismo se realiza con todas las frases hasta que se completen 20 globos, todos con una frase dentro de ellos. Primero pasa el terapeuta a romper un globo con un alfiler y realiza lo indicado en el papel, después el niño realiza el mismo procedimiento que el terapeuta, hasta que todos los globos se encuentren ponchados.

Juego 5. Se coloca un pliego de papel bond blanco en el piso y se traza con un plumón negro un camino, en el cuál un carrito de juguete debe recorrerlo. Mientras el carrito realiza el recorrido, el niño debe hacer el sonido de la letra “rr”, que es similar al motor de un automóvil. El niño dirige el carrito (lo toma en su mano y lo pone en el papel bond para que siga el camino dibujado). La imagen siguiente es una opción de lo que puede ser el camino que se trazará



Juego 6. Se le pide al niño que lleve a la sesión uno de sus discos favoritos y se le dice que elija una de sus canciones preferidas, tanto él como el terapeuta la deben tararear utilizando “ra”, “rra”, “bla”, “dra”. Ejemplo: ra, ra, ra, ra... Toda la canción será tarareada con el mismo sonido, puede tararearse nuevamente eligiendo otros de los fonemas mencionados.

Juegos de mesa:

- Domino
- Ajedrez
- Damas chinas
- Serpientes y escaleras
- “Uno”

Todos los juegos mencionados se llevan a cabo una vez finalizados los ejercicios correspondientes a la fase en la que se encuentra el niño, estos juegos se realizan de manera alternada entre sesión y sesión, es decir, una sesión se puede utilizar el de los globos, la siguiente el dominó, en otra jugar gato, etcétera; esto queda a elección del terapeuta.