



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**LA ATENCIÓN A PROBLEMAS DE HABLA Y  
AUTOCUIDADO COMO EJEMPLO DE UN MODELO DE  
INTERVENCIÓN INTEGRAL**

**T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:  
CLAUDIA ANGÉLICA RUÍZ HUITRÓN**

**JURADO DE EXAMEN**

**DIRECTOR: LIC. HÉCTOR RAFAEL SANTIAGO HERNÁNDEZ  
COMITÉ: MTRO. JOSÉ SÁNCHEZ BARRERA  
MTRO. JESÚS BARROSO OCHOA  
DRA. LILIA MESTAS HERNÁNDEZ  
LIC. ARIADNA SERVÍN CASTAÑEDA**



**CIUDAD DE MÉXICO**

**JUNIO, 2017**



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.

## **Dedicatorias**

### ***In memoriam***

#### ***Tía María Luisa<sup>†</sup>***

Por ser una gran persona, que me brindó su apoyo en todo momento, por tomar mi mano y guiarme de una manera excepcional siempre confiando en mí, por educarme para ver el mundo con humanidad y sencillez.

***A mis padres:***

***María Guadalupe Huitrón Monroy y Leonel Ángel Ruíz Urbina***

Por ser fundamentales en todo lo que soy el día de hoy, por formarme por y para la vida, por estar incondicionalmente a través del tiempo, apoyarme y alentarme en cada una de las decisiones tomadas sin juzgarme.

## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi segunda casa e iniciar mi formación con valores éticos, filosóficos, responsabilidad y compromiso para conmigo y la sociedad que me lo demande. A la par agradezco a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, docentes y comunidad escolar por ser parte de mi desarrollo profesional e inculcar en mí un ser más reflexivo y humano.

A mi director de tesis, el Lic. Héctor Rafael Santiago Hernández por compartir el conocimiento, contribuir a mi desarrollo profesional y personal, por sus asesorías, tiempo y sugerencias a lo largo de este trabajo.

A mis sinodales, la Dra. Lilia Mestas Hernández, Lic. Ariadna Servín Castañeda, Mtro. José Sánchez Barrera y Mtro. Jesús Barroso Ocho, a quienes tuve la oportunidad de conocer profesional y personalmente, gracias por su colaboración, tiempo, dedicación y sus valiosas aportaciones que han hecho de este trabajo más enriquecedor.

A la niña que formo parte del presente estudio de caso, de quien aprendí día con día mi labor como Psicóloga, asimismo agradezco la confianza que puso en el equipo de Laboratorio de Pensamiento y Lenguaje, siendo constante en cada una de sus sesiones.

El presente trabajo se desarrolló en el Laboratorio de Pensamiento y Lenguaje de la carrera de Psicología de la misma Facultad, por lo que agradezco la valiosa intervención de José Luis Meléndez Chávez, para él mi más completo reconocimiento.

*Les reitero mi más profundo agradecimiento*

# CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	7
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>CAPITULO 1. Creación de modelos en psicología</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 2. Desarrollo del lenguaje y del habla</b> .....	16
2.1 Definición de lenguaje .....	17
2.1.1 Teorías del lenguaje.....	21
2.1.2 Aspectos neurofisiológicos del lenguaje .....	22
2.1.3 Desarrollo del lenguaje oral .....	25
2.2 El habla .....	27
2.2.1 Una aproximación a una definición de habla .....	28
2.2.2 Fisiología del habla .....	29
2.2.3 Trastornos del habla .....	32
2.3 Dislalia.....	36
<b>CAPITULO 3. Modelos de intervención en trastornos del habla</b> .....	40
3.1 Concepciones sin sustento científico .....	41
3.1.1 Concepción mágica .....	42
3.1.2 Concepción religiosa.....	42
3.1.3 Concepción herbaria .....	43
3.2 Modelo biomédico .....	43
3.1.1 Modelo odontológico .....	44
3.1.2. Modelo psiquiátrico .....	46
3.1.3. Modelo foniatrico.....	47
3.2 Modelos de intervención en Psicología .....	49
3.2.1 Modelo psicoanalítico.....	49
3.2.2 Modelo Psicolingüístico.....	51
3.2.3 Modelo Neuropsicológico.....	53
3.2.4 Modelo conductual .....	55
3.3 Modelo logopédico .....	57
3.4 Modelo de intervención integral .....	59

<b>CAPITULO 4. Autocuidado e higiene</b> .....	63
4.1 Definición de autocuidado e higiene.....	64
4.2 evaluación de autocuidado e higiene .....	65
4.3 Intervención conductual en educación a la salud .....	67
<b>CAPÍTULO 5. Propuesta de intervención integral</b> .....	69
<b>Método</b> .....	69
Diseño.....	72
Sujeto.....	72
Aparatos y materiales .....	74
Procedimiento .....	75
<b>Resultados</b> .....	77
<b>DISCUSIÓN</b> .....	85
<b>CONCLUSIONES</b> .....	88
<b>REFERENCIAS</b> .....	90
<b>APÉNDICES</b> .....	95

## RESUMEN

El hombre se ha visto afectado en numerosos aspectos gracias a la evolución. El lenguaje es un proceso cognoscitivo el cual es el reflejo de la necesidad del homo sapiens de ajustar su pensamiento a la realidad. Asimismo la evolución ha tenido un gran impacto en los fenómenos de la comunicación e interacción social, por ende es necesario referirse a una expresión de este abanico de posibilidades considerado como: El habla.

En la actualidad atender a los problemas de habla ha sido una cuestión demandante a nivel escolar, ya que se estima de acuerdo al INEGI (2010) que un 8% de la población total tiene algún trastorno del habla. Se reporta el caso de un sujeto de 11 años de edad, se determina de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR como un trastorno fonológico, específicamente dislalia, además presentó problemas referentes al autocuidado e higiene. En este estudio de caso se realiza una propuesta de un modelo de intervención integral partiendo de un diseño conductual como una alternativa en la que se considera al sujeto como un todo.

**Palabras clave:** autocuidado e higiene, autorregulación, coordinación respiración habla, dislalia, habla, lenguaje, modelo conductual, modelo integral y reeducación foniátrica.



## INTRODUCCIÓN

La psicología es una disciplina científica que participa en la construcción de modelos que explican la naturaleza o una parte de ella, es decir se interesa por la totalidad del fenómeno y sus particularidades. En específico al ser parte de la ciencia, su interés se ve encaminado al estudio del comportamiento de un organismo en relación con su medio ambiente. Como profesión contribuye en el diseño y construcción de tratamientos o modelos de intervención que atienden necesidades sociales o personales muy específicas.

En relación a lo anterior, un fenómeno específico por el cual se interesa es el lenguaje, habla y sus alteraciones. Desde épocas muy antiguas, incluso desde la aparición del lenguaje se han encontrado evidencia de trastornos del lenguaje o del habla, como el referido en la literatura Griega con el caso de Demóstenes, quien soñaba con ser un gran orador sin embargo; presentaba tartamudez. Al surgir una alteración, también se presenta una preocupación por parte de los profesionales de la salud por erradicarla o controlarlo.

En la actualidad, el INEGI (2010) presenta un registro del 8.3% de la población mexicana con algún trastorno del habla, englobando a aquellas personas con dificultad para comunicarse debido a limitaciones para hablar o que no pueden platicar o conversar de forma comprensible.

La dislalia es una alteración del habla que puede involucrar una incorrecta articulación de uno o más fonemas, dando como consecuencia un bajo rendimiento académico, baja autoestima y problemas de la comunicación e interacción social. Con

lo anterior se justifica la importancia de preocuparse por el fenómeno de lenguaje y habla.

En esta investigación se presenta un estudio de caso de una adolescente con problemas de habla, específicamente Dislalia, quien además presentaba un desarrollo inadecuado en habilidades de autocuidado e higiene; el diseño de intervención parte de una corriente conductual, agregando algunas áreas de atención primaria como es el autocuidado e higiene llegando a tener un impacto de forma integral en la sujeto.

El caso se fundamenta en una corriente conductual al ser un entrenamiento que tiene como objetivo fundamental que el sujeto sea autosuficiente, y tales resultados se generalicen en diversas áreas como son: el área académica, social, familiar y personal. Específicamente, se reforzará socialmente la interacción con otras personas contribuyendo al desarrollo de nuevas y más variadas conductas, encaminadas a lograr una autonomía total.

En el primer capítulo, se aborda el papel de la psicología y su importancia como una ciencia para la creación de nuevos modelos que permitan ser una alternativa para los fenómenos de estudio que le competen.

En el segundo capítulo, se desarrolla la conceptualización de lenguaje, habla y los trastornos más comunes de éste último. Aunado a las conceptualizaciones, se describe fisiología y desarrollo de forma general y en el contenido referente a los trastornos del habla, se abordan aspectos específicos de la dislalia.

Continuando con el tercer capítulo, se realiza una recopilación de los diversos modelos que intervienen en los trastornos del habla, así como su utilidad y eficacia en los mismos.

Al mencionar los diversos modelos, no sólo se refiere a psicológicos, se sustentan algunos otros que han sido reportados por la literatura con algún grado de eficacia temporal o permanente. Con base en los modelos se realiza la propuesta de un modelo de intervención integral para los trastornos del habla.

En el capítulo cuatro se aborda la importancia de tratar temas de salud preventiva en la adolescencia como son: autocuidado e higiene.

Finalmente en el capítulo cinco se describe el estudio de caso para llegar a la propuesta de un modelo de intervención integral, se plantea el método y resultados, donde se podrá observar la eficacia del modelo con un sustento teórico-práctico.

Vivimos en el seno de una sociedad que depende en forma profunda de la ciencia y la tecnología y en la que nadie sabe nada acerca de estas materias. Esto constituye una formula segura de desastre.

*Carl Sagan*

A lo largo del tiempo el hombre se ha encontrado con diversas interrogantes acerca del mundo que lo rodea, la incertidumbre por conocer su entorno más exacto, y en general de la vida, lo que ha dado pie a la investigación.

Desde épocas muy antiguas se ha tenido la inquietud por conocer diversos fenómenos que nos rodean y esto ha dado origen a las diferentes ciencias, e.g. Astronomía, Medicina, Física, Química, Biología o Psicología, por mencionar algunas ramas.

Algunos hechos de los que se tienen dato histórico y que en su momento han emergido modelos o teorías son los siguientes: la teoría heliocéntrica, donde Nicolás Copérnico propone que el sol es el centro del sistema solar; en Medicina, el descubrimiento de la anestesia, no sentir dolor durante una cirugía, en Física la teoría de la relatividad por Albert Einstein, en Química la presentación de la tabla periódica por Dmitry Mendeleiev quien colocó en similitud de tablero de ajedrez los elementos según sus pesos atómicos, la evolución del hombre planteada por Charles Darwin y finalmente en nuestra área de estudio, en Psicología, un claro ejemplo fue el intricado que causó en su momento el modelo de Sigmund Freud al explicar a la personalidad

como un componente de tres estructuras: Ello, yo y superyó, llamado en su conjunto aparato intrapsíquico<sup>1</sup>.

Todo lo que ocurre en la naturaleza y la naturaleza misma le compete a la ciencia; ésta es definida como: un cuerpo de conocimientos sobre el universo organizado sistemáticamente, obtenido por el método científico (Simon, s.f, citado en McGuigan, 1992, p. 15).

A través del tiempo se generan teorías o modelos que cumplen la función de aclarar o acercarse al conocimiento real del entorno, sin embargo como menciona Skinner (1977) la historia pone de relieve la irresponsabilidad del hombre con que ha utilizado la ciencia y sus aplicaciones; cita que hace referencia a la impericia de la especie humana dando como resultado prácticas o modelos poco eficaces o claros, lo que llevan al oscurantismo. Pese a la necesidad del hombre por acercarse a la realidad, ha cometido errores en el camino. Dejándose llevar por el conocimiento cotidiano, sentido común, o aquel conocimiento que no tiene un método que lo rija; un claro ejemplo que se observa día con día es la permanencia de la brujería o dogma religioso contrapuestos al modelo científico y dentro de este el psicológico.

Entonces, *grosso modo*, la ciencia se acerca a la realidad de forma comprobable, sistemática y objetiva, es decir, el hombre construye la ciencia a partir de la realidad y experimentación sin llegar a caer en sesgos emocionales. La ciencia proporciona su

---

<sup>1</sup> El Ello representa a la estructura inaccesible o profunda, el Yo la estructura que ejecuta, es decir, la parte racional que se genera a partir del Ello y que genera la preservación del organismo, por último el Superyó representa los valores e ideales de la sociedad que le permiten al organismo crear juicios ante los demás.

propia sabiduría, conduce a una nueva concepción sobre un tema determinado, a una nueva forma de pensar acerca de esa parte del mundo a la cual se ha dirigido. La ciencia predice para poner acciones pertinentes en las que se pueda controlar el fenómeno.

Los modelos son constructos, de los cuales se derivan explicaciones orientadas a la comprensión de un objeto de estudio. Todos los modelos como cualquier producto de la naturaleza, están en constante evolución, como mencionaba Heráclito *nada es permanente excepto el cambio*.

De acuerdo con Gutiérrez (2001) los modelos son vigentes temporalmente, es decir no son permanentes, además tienen la característica de ser analizables, desde el punto de vista lógico racional hasta su posible aplicación. Por otro lado Fourez (1994) menciona que los modelos son hipotéticos, de igual forma coincide con Gutiérrez (op.cit) en que sólo serán utilizables mientras respondan a las preguntas dadas en el ámbito científico y sólo serán reemplazados por aquellos que se acerquen a una explicación del fenómeno más certera.

Entonces, la ciencia se encarga de crear modelos que son vigentes en un momento histórico-social determinado y son reemplazados por otros con mayor potencial de explicación o que simplemente la exigencia de la población o período histórico demande.

La Psicología no es la excepción para crear modelos. El objeto de estudio de la Psicología, que es la interacción de un organismo animal con su medio ambiente, está

delimitado en un extremo por el reflejo, que es la relación más simple que hay entre estímulo y respuesta (E-R) presentes ya en el comportamiento animal, es una relación mediada por un sistema nervioso, hasta la planeación y anticipación que es un cambio cualitativo dado por un cambio cuantitativo, que es necesariamente simbólica, es cortical e involucra un Sistema Nervioso Central (SNC), que se da en el reino animal, primordialmente vertebrados y primates, y de manera preeminente en el homo sapiens.

La Psicología desde sus principios fue etiquetada como un conocimiento precientífico, hasta ser una ciencia estrictamente experimental. Algo que caracteriza a esta disciplina al igual que las otras ciencias, es la gran cantidad de aproximaciones teóricas que tiene y que hay más preguntas sin responder que soluciones al fenómeno comportamental sobre todo cuando se trata del entidad humana.

Esta condición ha dado pie a múltiples currícula para la enseñanza de la Psicología. Una solución bastante sensata es la que se conoce como el Modelo Boulder<sup>2</sup> o también conocido como el modelo científico-práctico que consiste en formar a los psicólogos con énfasis en la metodología científica para capacitarlos en la construcción de modelos y por otro lado derivar esquemas de aplicación a la demanda social (Rangel, Sánchez & Silva 1999).

La psicología se interesa de todos los fenómenos inherentes al comportamiento. El lenguaje es un comportamiento que le compete, así como la

---

<sup>2</sup> El Modelo Boulder es el producto de un congreso a finales de la Segunda Guerra Mundial en 1950, con la finalidad que el profesional en Psicología tuviera los conocimientos científico-prácticos para poder intervenir de manera pragmática en las diversas áreas de la Psicología.

prevalencia de conductas que no siguen el desarrollo común de la población; por esta razón investigar e intervenir en el lenguaje responde a una demanda social que va más allá de lo que se puede sospechar, según datos del INEGI<sup>3</sup> en el 2010 el 8.3% de la población padece de algún tipo de alteración de habla, habiendo diversas alteraciones en el desarrollo y siendo la más común la *dislalia*.

La dislalia de acuerdo con Veiga (2006) se define como “una alteración en la articulación de los fonemas” (p. 133) originados por diversas causas como son malformaciones en el aparato fonoarticulador, de causa psicológica o emocional.

Es un trastorno del habla común en la población infantil y es de suma importancia su detección y un tratamiento efectivo, debido a que resulta ser primordial para la relación y la interacción con otros. Al no existir el habla el canal de comunicación se ve afectado, sin embargo no es nulo, la alteración en el habla trae consigo problemas de índole emocional en cuanto a cómo se percibe el sujeto a sí mismo, autoconcepto, timidez, ansiedad, estrés ante situaciones que implique un diálogo, etc.

En concordancia con lo anterior se concluye la relevancia de que los trastornos de habla sean tratados por un profesional y bajo un método científico. A la psicología le concierne el abordaje de este fenómeno desde sus modelos actuales, el psicólogo se encargará de valorar con mayor eficacia el que se rija con un método científico como parte de su ética y profesionalismo en el área de la salud.

---

<sup>3</sup> Datos INEGI 2010. El subgrupo 130 discapacidades para hablar (mudez) se refiere exclusivamente a la pérdida total del habla (aglosia (carencia de la lengua), falta de lengua, le extirparon las cuerdas vocales, mudez, mutismo, no habla. se **excluye**: no habla bien → 970, no puede hablar, no tiene cuerdas vocales, obmutescencia, pérdida total de la voz, pérdida permanente de la voz)



El lenguaje como la cultura (de la que forma parte)  
es una abstracción derivada de la observación y  
del análisis del comportamiento humano.

*Jorge Nicolás González.*

La comunicación y el lenguaje son consecuencia de la evolución. Son necesarios para entender y explicar el desarrollo sociocultural de la especie humana.

El hombre es impactado por la evolución biológica además, fuertemente por la evolución cultural, a grado tal, que su dependencia a esta última es tan grande que no podría sobrevivir sin ella. Un claro ejemplo es el descubrimiento del fuego, construcción de herramientas<sup>4</sup>, lenguaje, entre otros. Todo esto es la resultante de la adaptación del hombre a su entorno y ha dado origen a la agricultura, la religión, el arte y la ciencia. En síntesis la cultura no podría ser posible sin la comunicación y el lenguaje.

La necesidad por comunicarse e interactuar con otros miembros de su especie, lo llevo al desarrollo del lenguaje de forma oral y posteriormente de manera escrita; dejando evidencias a través del tiempo, como son las primeras manifestaciones encontradas en las pinturas rupestres, escritura cuneiforme, jeroglíficos<sup>5</sup>, etc. hasta la invención de los sistemas actuales de comunicación como son el alfabeto castellano, chino, maya, etc. El presente capítulo tiene como finalidad abordar las diversas concepciones sobre el lenguaje y el habla, concluyendo con las principales alteraciones del mismo fenómeno.

---

<sup>4</sup> Sus primeras herramientas eran afilar piedras golpeándolas unas contra otras para cazar o para cortar los alimentos, convertir las ramas de los árboles en bastones para caminar, para golpear a los animales que cazaban, etc.

<sup>5</sup> Es una forma de escritura inventada por los egipcios, y que su representación es por formas y símbolos, sin embargo a su debida complejidad de lectura no eran posible descifrarlos hasta el año 1799 con el descubrimiento de la piedra Rosetta.

## 2.1 Definición de lenguaje

Se puede ostentar que el fenómeno del lenguaje cuenta con una base orgánica indispensable, y para su desarrollo y articulación se requiere en gran medida de lo sociocultural y de lo psicológico. Si bien es cierto el lenguaje no surgió como se conoce ahora, se puede mencionar con cierto grado de certeza que los primeros indicios fueron sonidos o gestos; es decir, se dio de forma gradual.

La función básica del lenguaje es la comunicación, sin embargo no la principal, ya que la función principal es la simbolización que da pie a la construcción de la realidad. Por su lado la comunicación es generalizada en el reino animal, toda especie se intenta comunicar con una función diversa, sin embargo el hombre tiene una capacidad más elevada que es el lenguaje *per se*, que se caracteriza por su propiedad de “elevar los elementos de la realidad al más alto grado de abstracción” (Vygotsky, 1977), asimismo el uso del lenguaje verbal y comunicación multimodal<sup>6</sup>.

A lo largo del tiempo se han desarrollado diversas definiciones del lenguaje partiendo de las teorías propuestas por los teóricos en el tema, a continuación se mencionan algunas definiciones que aunque parten de diversos supuestos teóricos, caen en algo en común que es la comunicación.

De acuerdo a Harley (2009) el lenguaje es un sistema de signos y símbolos que permiten la comunicación entre sí, y que es adquirido por dos factores preeminentes como lo es el factor orgánico, es decir áreas que involucran el lenguaje en su

---

<sup>6</sup> Se contempla dentro de los modos de comunicación, los distintos recursos que se pueden usar, tales como: la imagen, el texto escrito, la disposición de la información, la música, los gestos, la lengua oral, imágenes en movimiento u objetos en 3D, entre otros. Se entiende por 'modo', el recurso semiótico empleado para dar significado a una situación comunicativa particular (Lozano y Lorenz, 2014)

adquisición y producción y el factor ambiental, que se refiere al reforzamiento social y la adquisición de experiencias, esta definición sin duda alguna resalta las condiciones principales para que se genere el lenguaje, ver figura 1.

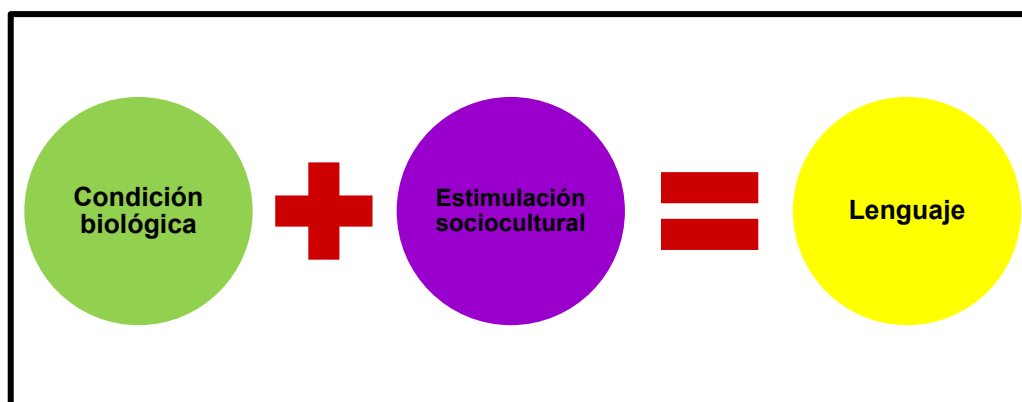


Figura 1. El lenguaje es el resultante de la condición biológica y de la estimulación ambiental, no es un proceso de jerarquización, se genera de manera simultánea.

Azcoaga, Bello, Citrinovitz, Derman y Frutos (1981) mencionan que el lenguaje es un proceso de orden psicológico, que tiene la propiedad de regular el comportamiento propio y ajeno y que esta mediado por dos componentes principales, la lengua y el habla; la lengua es entendida como un sistema de símbolos de acuerdo a la cultura y el habla como un proceso motriz. Por otro lado González (2003) hace un compilado de la definición del lenguaje de acuerdo a diversos autores como Chomsky (1981) y Cassirer (s.f.).

*“El lenguaje es el fenómeno o función sobreimpuesta más elevado desde el punto de vista auténtica propiedad de la especie, que le permite mediante signos y símbolos comunicarse con sí mismo y con los demás, siendo una estructura simbólica al mundo en que vivimos comunicacional y es inherente del hombre” (González, 2003, pp. 2)*

La definición anterior explica el uso del lenguaje, asimismo cómo se interpreta el mundo real y se lleva a lo abstracto a una realidad asignándole un símbolo o signo que permita su interpretación.

El lenguaje tiene una arista fuertemente determinada por el factor socio-cultural partiendo de que es “un sistema de operaciones complejas que aprovechan todos los servicios y que necesita de ciertos órganos y funciones (sensoriales, motores y psíquicos), que elaboran un sistema de expresiones simbólicas, mediante símbolos producidos de una manera deliberada” (Arboleda, 2005).

La definición que se propone no es incierta sin embargo, el lenguaje no puede considerarse únicamente como el desarrollo de un factor social, ya que como bien menciona es una elaboración compleja que radica en el cerebro y en específico de áreas que permitirán el desarrollo del lenguaje.

Como se mencionó el lenguaje es un factor predominante en las conductas sociales, sin embargo no por ello sólo surge de un aspecto social, sino es toda una suma de variables que llevan a la adquisición del mismo, las cuales tienen por nombre *condiciones necesarias*. Las condiciones necesarias son aquellos medios que permiten de forma fundamental la adquisición del lenguaje, cómo son: el aspecto biológico, causa-material (sistema nervioso central), asimismo de las que se llaman *condiciones suficientes*; son aquellas que incluyen lo psicológico, social y cultural. La ausencia o alteración de algunas de estas variables en el lenguaje, tiene como consecuencia un déficit o alteración.

Recopilado diversas definiciones se hacen la propuesta para una definición de lenguaje. Se puede definir al lenguaje como un resultado de condiciones necesarias enlazadas entre sí que permiten un sistema de símbolos y signos que van de acuerdo a la cultura y que permiten una interpretación de la realidad concreta a la abstracta y que tiene como función principal la comunicación de forma multimodal (véase figura 2).

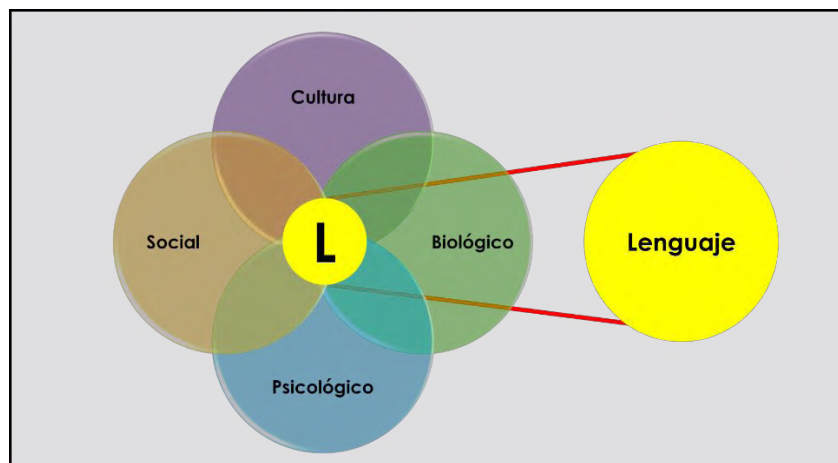


Figura 2. Elementos relacionados entre sí para el desarrollo del lenguaje

En el diagrama anterior se observa el lenguaje como resultante de las condiciones necesarias de la especie humana, en primer lugar se tiene la condición biológica refiriéndose a la estructura cerebral; la condición psicológica que es la interiorización del aprendizaje, cognición, percepción etc. ante el medio al que se adapta; social los diversos círculos en el que el hombre se desarrolla v. gr. familia, amigos, escuela, comunidad, etc. y finalmente la cultural que se refiere a las creencias, costumbres, valores o acciones que son exclusivas o características de una raza humana.

### **2.1.1 Teorías del lenguaje**

A través del tiempo se han generado diversas teorías que permiten una concepción y aproximación al estudio del proceso del lenguaje, diversos autores han intentado dar una explicación acerca del fenómeno, entre ellas y una de las más sobresalientes es la teoría de las estructuras innatas propuesta por Chomsky (1959) que menciona que todo ser humano cuenta al nacer con una estructura mental capaz de adquirir el lenguaje en cualquier momento y en cualquier lengua, es decir es un proceso innato, deja de lado el aspecto social y psicológico.

Por otro lado como se refiere en Ardila (1983) se halla la teoría inductiva por Skinner (1957) enfatizando que el lenguaje es una conducta verbal y que se adquiere por los principios de los procesos de condicionamiento, imitación, generalización y refuerzo, es decir que el aprendizaje de lenguaje es meramente un hábito verbal, dejando de lado la parte biológica.

Otra teoría importante es la del desarrollo cognoscitivo que tiene sus principios en el desarrollo progresivo de acuerdo a la etapa cognoscitiva propuesta por Piaget a finales del siglo XIX, y aunque nunca enfatizó en el desarrollo del lenguaje, realizó una aportación fundamental para la comprensión del desarrollo. De acuerdo a Le Normand (2001) el funcionamiento cognoscitivo emerge por una actividad de percepción, comprensión, memoria, etc. que al final son el desarrollo de estrategias que se relacionan con los factores sociofamiliares y socioculturales, lo cual es un modelo explicativo para el desarrollo del lenguaje.

Una teoría más y que se ve influenciada por el aspecto socio-cultural es la propuesta por Vygotsky (1987) quien, señala en su teoría que el lenguaje del niño es adquirido primordialmente por un proceso social y las palabras dan forma a un sistema de signos que llamamos lenguaje, el cual lejos de ser estático y universal, es dinámico, cambiante y flexible. El lenguaje permite la codificación y decodificación de significados. Además, puede considerarse como una herramienta de reconstrucción del pensamiento.

El planteamiento central fue presentar la función mediadora del lenguaje como signo en la conducta humana.

### **2.1.2 Aspectos neurofisiológicos del lenguaje**

La mayoría de las aportaciones al estudio del lenguaje han sido gracias a la anomalía del mismo fenómeno, como menciona Canguilhem (2005) a lo largo del libro *Lo normal a lo patológico*, donde se plantea que el fenómeno de lo normal y de lo patológico son idénticos, sin embargo los segundos presentan variaciones cuantitativas, por lo que es de importancia abordar el estudio del problema planteado para después resolverlo. Específicamente en el caso del lenguaje, han sido estudiados los cerebros de aquellos sujetos con anomalías, esto basándose con apoyo de la tecnología que se cuenta hoy en día, como son pruebas de neuroimagen; Tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética funcional (RMf), Tomografía Axial Computarizada (TAC) por mencionar algunas de las técnicas que han tenido resultados exitosos y con los cuales se continúa evaluando diversos procesos

cognitivos, no únicamente el lenguaje, sino también memoria, atención, pensamiento, percepción, etc.

Como se señaló, el lenguaje es un fenómeno complejo que ha requerido de miles de años para su evolución. El Paleontólogo Philip Tobias (1964) quien observó los restos del *homo habilis* (hace aproximadamente dos millones de años) y en específico de la anatomía del cerebro, reconoció dos grandes áreas involucradas en el desarrollo y producción del lenguaje: el área de Broca y el área de Wernicke.

Los primeros trabajos realizados sobre la ubicación del lenguaje se remonta al neurólogo Pierre-Paul Broca (1861), quien realizó estudios con personas que a pesar de comprender el lenguaje no podían hablar aun cuando tuviera el aparato fonador sin lesión, fueron estudios con pacientes que tuvieron alguna lesión en el Córtez frontal izquierdo<sup>7</sup>, al analizar esta patrón de conducta se le dio el nombre de *afasia de Broca*.

En 1874, el neurólogo Carl Wernicke identificó otra zona relacionada con la comprensión del lenguaje, tras realizar estudios con pacientes que podían articular y ser fluido sin embargo, con poca coherencia o poco sentido y con la incapacidad para comprender el lenguaje, a esto se le llamo la *afasia de Wernicke* la cual está ubicada en el lóbulo temporal izquierdo siendo el ara de Wernicke<sup>8</sup> (Harley, 2005).

---

<sup>7</sup> Área de Broca (área 44 de Brodmann) es el área que funciona básicamente como el centro de programación motora de los movimientos articulatorios del habla. Área expresiva.

<sup>8</sup> Área de Wernicke (área 221 y 22 de Brodmann) Recepción de los estímulos del habla, además de la comprensión oral de algún modo para la formulación de conceptos lingüísticos internos. Área receptiva.



El fascículo arqueado es otro elemento importante en la comprensión del habla, ya que al haber un deterioro en esta área hay una alteración en la producción de la palabra al acabar de oírla. La circunvolución angular reconocido por Déjerine (1892) juega otro papel importante en el lenguaje al ser la responsable de la comprensión de la entrada visual que guarda la relación con el lenguaje.

Por otro lado el postulado de Geschwind, quien retomó los escritos e investigaciones de Wernicke, mencionaba que en primer lugar cuando se tiene una conversación las señales auditivas provocadas por el habla de la otra persona se reciben en la corteza auditiva (área de Wernicke) donde se comprenden. Si hay que dar una respuesta, el área de Wernicke genera la representación neural de la idea en que se basa la respuesta y se transmite el área de Broca a través del fascículo arqueado izquierdo. En el área de Broca, esta señal activa el programa oportuno de articulación, que activa a las neuronas adecuadas de la corteza motora primaria y finalmente, a los músculos articulatorios.

En segundo lugar cuando se lee en voz alta, la señal que recibe la corteza visual de la palabra a su código auditivo y lo transmite al área de Wernicke desencadenando entonces las respuestas oportunas en el fascículo arqueado, en el área de Broca y en la corteza motora, respectivamente, para producir los sonidos de habla adecuados (Pinel, 2007) como se puede apreciar en la figura 3.

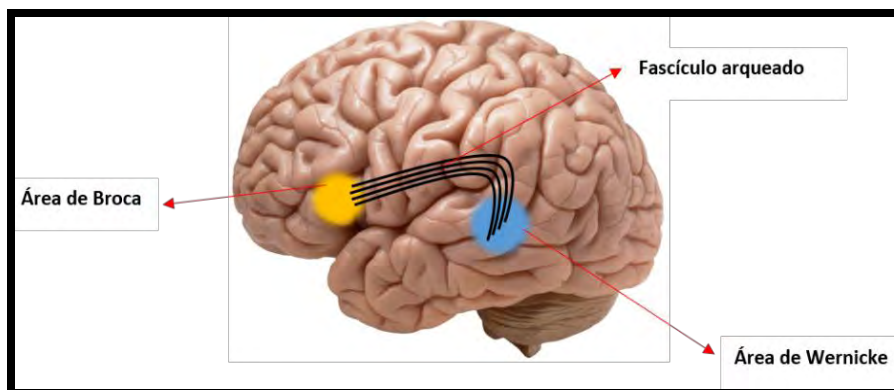


Figura 3. Áreas involucradas en la comprensión y producción del lenguaje.

Es evidente que el lenguaje es tan complejo que no se reduce a dos áreas, ni aun sólo hemisferio, también el hemisferio derecho se ve involucrado con otros procesos, asimismo la integración de procesos auditivos, intelectuales, culturales, neurológicos, visuales, etc., en los cuales hay una conexión con las áreas que involucran el oír, leer, imitar la palabra, sin embargo en este apartado únicamente se enfatiza en la producción y comprensión debido al tema principal del proyecto.

### 2.1.3 Desarrollo del lenguaje oral

Todo proceso evolutivo conlleva a un desarrollo, y el lenguaje no es la excepción, el sujeto se ve conformado por sus tres principales fuentes para el desarrollo del lenguaje: biológica, psicológica y social.

A continuación se puede observar en la tabla 1 el desarrollo de las respuestas típicas de sonido y habla (lenguaje oral), las cuales permiten evaluar y determinar alteraciones.

Tabla 1  
 Desarrollo normal del lenguaje oral. Recopilado de González (2003) y Fairman (1998)

	<b>Edad</b>	<b>Características</b>
<b>PERÍODO PRELINGÜÍSTICO</b>	3 meses	Baluceo espontaneo de forma inconsciente e incoherente
	4 meses	Producción de sonidos guturales y atención a la voz humana
	5 meses	Balucea con la intención de imitar palabras
	6 meses	Ejercita el mecanismo vocal
	8 meses	Período de autoimitación. El niño repite los fonemas y se autoestimula al repetirlos nuevamente, pero éstos siguen siendo sílabas sin significado. Ejemplo: ma-má, pa-pá
	10 meses	Adquiere destreza con la lengua y los labios lo que permite la emisión de palabras una vez que han sido asociadas con un significado
	12-15 meses	Inicia con sonidos, baluceos, al final los 15 meses dice alrededor de 15 palabras
	15-18 meses	Pronuncia de 20-25 palabras y se comienza la generación de pequeñas frases
	2 años	El vocabulario se acrecienta hasta alcanzar 200 a 300 palabras y comprende instrucciones sencillas
	<b>PERÍODO LINGÜÍSTICO</b>	3 años
4 años		Alcanza las 1500 palabras, establece conversaciones con la finalidad de comunicarse
5 años		Alrededor de 2000 palabras, existen dificultades en la articulación, se puede considerar normal aún.
6 años		El niño alcanza alrededor de 2050 palabras, y aún puedes existir dificultades en la articulación de ciertos fonemas que se espera su normalización a entrar en la adquisición de la lectura y escritura.

La tabla anterior muestra de forma general el estándar típico del desarrollo del lenguaje, referenciando características que van desde el nacimiento hasta los 6 años, ya que se considera una edad aproximada donde el sujeto alcanza la normalidad del lenguaje oral al entrar en un periodo escolar donde adquiere habilidades como leer y escribir.

El concepto de lenguaje no está aislado del habla, este último es otro proceso que tiene su propio estudio y del cual profundizaremos.

## **2.2 El habla**

El habla no surgió de forma espontánea, requirió de años de evolución ya que los principales sistemas como son el cerebral, vocal y auditivo al ser tan complejos es casi imposible que su evolución haya sido de forma drástica.

A ciencia cierta ningún investigador ha podido definir con exactitud cuándo y cómo se hizo la aparición del habla ya que los fósiles que se han encontrado no arrojan esa información, sin embargo se forman hipótesis del momento en que apareció, partiendo de tres grandes aspectos que marcan la humanidad: La cultura, la biología y la socialización.

El hombre nace buscando la socialización, es inherente a él, y con ello da pie al proceso de comunicación, como lo podemos ver en los recién nacidos, un ejemplo claro es la necesidad de hambre comunicando con el llanto lo que sucede, posteriormente la madre acude a su llamado dándole un significado al mensaje del emisor (el bebé) y una interpretación al receptor (la madre) lo cual a su vez genera una experiencia que se volverá repetitiva<sup>9</sup>. Lo anterior es un cotidiano de comunicación, al ver cómo un niño establece intención comunicativa desde sus primeros días (García, Martínez, Moreno & Suarez, 2004) y a lo largo de su desarrollo emerge el habla como un sistema de comunicación.

---

<sup>9</sup> El ejemplo conlleva a la deducción de un proceso de aprendizaje, donde la socialización y la comunicación son inherentes al hombre, y esto a su vez facilita el aprendizaje por medio de la experiencia.

### 2.2.1 Una aproximación a una definición de habla

El habla es una forma de comunicación que si bien no resulta indispensable para la función de la vida, lo es de forma esencial para la comunicación. La comunicación es un proceso por el cual el hombre busca relacionarse e interactuar con otros, partiendo de su naturaleza de dar a conocer ideas, pensamientos, conocimientos, emociones, etc. Según la RAE define a la comunicación como una “transmisión de señales mediante un código común que va de un emisor a un receptor”, cabe mencionar que la comunicación no únicamente se refiere al habla, sino a todo un proceso de símbolos y señales.

La comunicación sonora, que se refiere al habla, se define como una forma de comunicación donde se requieren de movimientos coordinados entre sí de la lengua, el labio y la mandíbula, los anteriores sincronizados con las cuerdas vocales, para posteriormente permitir la realización de los sonidos (Carlson, 2006)

El lenguaje y el habla aunque están relacionados entre sí, no son sinónimos. Servín (2012) menciona que el lenguaje tiene su sustrato en el Sistema Nervioso Central y es cortical, además que se encuentra íntimamente ligado con el aspecto cultural, y el habla es un conjunto de sonidos emitidos que se da de forma periférica, sin dejar de lado la parte biológica y cultural.

Cervantes (2013) refiere al habla como un proceso fisiológico donde interviene el aparato fono articulador, y de órganos móviles<sup>10</sup> y fijos<sup>11</sup> para su producción y hace uso

---

<sup>10</sup> Son aquellos que se involucran con aquellos fonemas que requieren la movilidad del órgano o aparato, *por ejemplo* labios, lengua, mandíbula, velo del paladar, faringe.

del lenguaje, su función es la transmisión de un mensaje de forma oral, su importancia se enfatiza en la comprensión y expresión de mensajes que permiten dar a conocer ideas, emociones, sentimientos, opiniones o diversas formas del pensamiento.

Diéguez & Peña (2012) refieren que la producción del habla es el proceso mediante el cual se transforma un conjunto de información mental en una emisión oral, al referirse a la producción hace una implicación de la información semántica, sintáctica, léxica, morfológica y fonológica en conjunto con sus componentes fonéticos y motores. El habla es la emisión de un sonido o conjunto de ellos con o sin referencia semántica, es periférica, biológica y cultura. Los problemas de habla se relacionan con el mecanismo de la articulación (pronunciación) más que con el significado y la sintaxis. (cfr. Sarason, 1978, Santiago y Sánchez, 1980). Cabe señalar que puede haber lenguaje sin habla, pero nunca habla sin lenguaje.

### **2.2.2 Fisiología del habla**

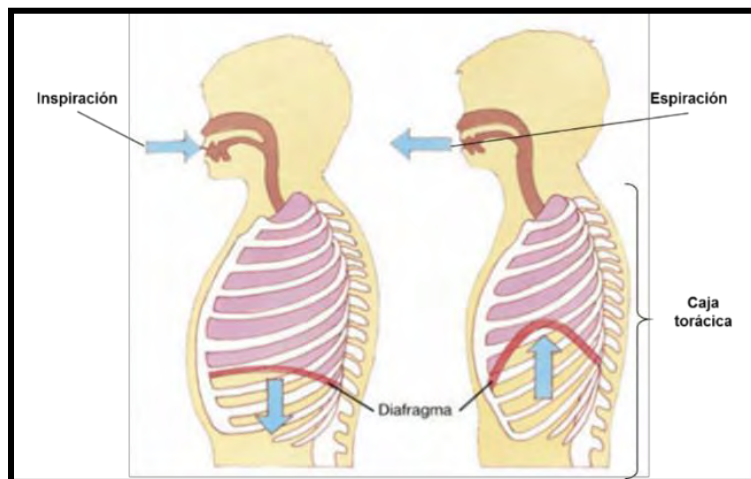
La fisiología del habla se alude al estudio de los órganos y su funcionamiento que interviene en el proceso de habla.

La fonación o habla requiere de un conjunto de sistemas sincronizados entre sí, el funcionamiento en conjunto es gracias al Sistema Nervioso Central, (pares craneales, glossofaríngeo e hipogloso) que como se veía anteriormente es el inicio en el proceso del lenguaje. Los sistemas involucrados en la fonación se describen a continuación:

---

<sup>11</sup> Son aquellos que se mantienen sin movimiento pero que se requieren como apoyo para la producción, ejemplo de ellos son los dientes, alvéolos dentarios y paladar óseo.

- Fuelle respiratorio. Está conformado por dos pulmones, músculos y la caja torácica. De inicio se requiere del proceso de inspiración donde interviene un músculo principal llamado diafragma, una vez que el aire llega a los pulmones (inspiración) este será expulsado por la acción de los músculos (expiración) lo que permite el llamado “soplo de fonación” lo cual hará que se produzca la voz, se puede visualizar en la fig. 4.



*Figura 4.* Fuelle respiratorio. Se observa la entrada y salida del aire.  
Tomado de <https://goo.gl/0H11mq>

- Sistema de vibración. El principal órgano responsable de la producción de la voz es la laringe<sup>12</sup>, y también juega un papel importante en la respiración. Está constituida por cartílagos y músculos, mucosas y esqueleto. Las cuerdas vocales forman parte de la laringe y son como dos labios separados por espacio que se le denomina glotis y situados en la parte superior de la tráquea y protruyen en la

<sup>12</sup> La laringe se encuentra ubicada muy arriba de la garganta lo que impide que se realicen sonidos, pero se puede respirar al tragar al mismo tiempo, esto es un proceso que se da en mamíferos y en los humanos hasta los dos años, he aquí la explicación de por qué es una edad promedio en la que se puede decir que el lenguaje hablado se adquiere, ya que al descender la laringe se abre un pequeño canal que da paso a la glotis lo que permite una variación en los sonidos.

parte inferior de la laringe, una vez que se aproximan o separan es cuando se produce una vibración, después del soplo pulmonar (véase figura 5).

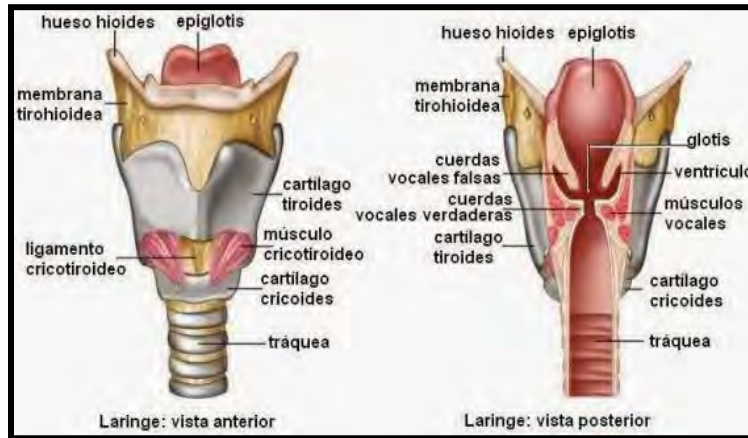


Figura 5. Sistema de vibración, donde se observa cada elemento para que se produzca la voz. Tomado de: <https://goo.gl/7trmRt>

- Sistema de resonancia. Se constituye por todas las cavidades que se encuentran por arriba de la glotis llamadas supraglóticas, que están conformadas por la faringe, la cavidad bucal y las fosas nasales. Una vez que el sonido llega a la faringe comienza a influir en la fonación, dependiendo de la posición de la laringe y de la cantidad de aire que entre produciendo la intensidad. Enseguida pasa a la cavidad bucal donde los labios, dientes, lengua, paladar y mandíbulas serán colocados en su posición para emitir el sonido.
- Sistema de articulación. Son las estructuras que componen a la cavidad bucal las cuales se encargan de transformar el sonido en fonemas de acuerdo a la posición que marque cada fonema, como son: labios, paladar, dientes, mandíbulas, lengua y fosas nasales.



### 2.2.3 Trastornos del habla

Todos los trastornos del habla se refieren a una alteración de ésta. Existe la clasificación que se elabora en términos de la edad o de fase lingüística en la que el sujeto se encuentra, González (2003) plantea que tal clasificación se puede dividir en dos rubros:

1. Prelingüística. Se presenta entre los 2 y los 5 años de edad, es un signo de ausencia del habla, como puede ser dislalia o tartamudez, sin embargo puede presentarse como signo más no diagnosticarse, debido al desarrollo natural del individuo.
2. Poslingüísticamente. La alteración del habla se presenta después de los 5 años, y no se considera como patología del lenguaje al no haber una evidencia con sustrato orgánico.

El habla es un medio de comunicación y por ende permite el intercambio de ideas o pensamientos. Es menester que el psicólogo aborde sus alteraciones dado que estas son más frecuentes de lo que uno pudiera sospechar, tal como se refiere en diversa literatura revisada<sup>13</sup> la mayor incidencia ocurre en la población infantil sobre todo en el período básico de la enseñanza. Las más frecuentes son categorizadas como: disglosias, disfemias, retrasos en el habla y dislalias.

---

<sup>13</sup> No hay datos comprobablemente científicos que refieren estadísticas en cuanto al fenómeno de la dislalia.

Para dar cabida al estudio de caso que se realizó el diagnóstico con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su versión IV-TR (ver tabla 2) y la clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud en su décima revisión (CIE-10).

Tabla 2  
Clasificación de los trastornos de la comunicación según el DSM-IV-TR

F80.1	Trastorno del lenguaje expresivo
F80.2	Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
F80.0	Trastorno fonológico
F98.5	Tartamudeo
F80.9	Trastorno de la comunicación no especificado
F80.1	Trastorno del lenguaje expresivo
F80.2	Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo

De acuerdo a las características del caso el trastorno se categoriza en un trastorno fonológico, el cual tiene los siguientes criterios para el diagnóstico (véase tabla 3).

Tabla 3  
Criterios DSM-IV-TR para el trastorno fonológico.

<b>Criterios para el diagnóstico del Trastorno fonológico</b>
<b>Criterio A.</b> Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto (p. ej., errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos tales como sustituciones de un sonido por otro (utilización del sonido /t/ en lugar de /k/ u omisiones de sonidos tales como consonantes finales).
<b>Criterio B.</b> Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.
<b>Criterio C.</b> Si hay un retraso mental, un déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental, las deficiencias del habla exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

En la versión más reciente del DSM-V es prácticamente lo mismo a excepción que se agrega un criterio el cual señala que los síntomas comienzan a aparecer desde las primeras fases del desarrollo.

En el CIE-10 se categoriza como trastornos del desarrollo psicológico y que tienen en común las siguientes características:

- a) Comienzo siempre en la primera o segunda infancia.
- b) Deterioro o retraso del desarrollo de las funciones que están íntimamente relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central.
- c) Curso estable que no se ve afectado por las remisiones y recaídas que tienden a ser características de muchos trastornos mentales.

En la mayoría de los casos las funciones afectadas son el lenguaje, el rendimiento de las funciones viso-espaciales o de coordinación de movimientos. Dentro de lenguaje y habla, se hace referencia como trastornos específicos del desarrollo del habla y lenguaje, la categorización se muestra en la tabla 4.

Tabla 4  
CIE-10. Trastornos específicos del desarrollo de habla y lenguaje

F80.0	Trastorno específico de la pronunciación.
F80.1	Trastorno de la expresión del lenguaje.
F80.2	Trastorno de la comprensión del lenguaje.
F80.3	Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau Kleffner).
F80.8	Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.
F80.9	Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.

En la siguiente tabla se puede observar los criterios específicos para el trastorno de la pronunciación.

Tabla 5  
Criterios trastorno específico de la pronunciación

<p><b>Trastorno específico de la pronunciación</b></p> <p>Se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la pronunciación de los fonemas por parte del niño está a un nivel inferior al adecuado a su edad mental, pero en el que el nivel es normal para el resto de las funciones del lenguaje.</p>
<p><b>Pautas para el diagnóstico</b></p> <p>La edad a la que se domina la pronunciación de los fonemas y el orden del desarrollo de la adquisición de los mismos, tiene variaciones individuales considerables.</p> <p><b>Desarrollo normal:</b> A los cuatro años de edad son normales errores en la pronunciación de los fonemas, pero el niño es capaz de hacerse comprender fácilmente por extraños. A los 6-7 años de edad ya se han adquirido la mayor parte de los fonemas, aunque pueden persistir dificultades para ciertas combinaciones de sonido, lo cual no implica problemas para la comunicación. A los 11-12 años el dominio de casi todos los fonemas es completo.</p> <p><b>Desarrollo anormal:</b> Tiene lugar cuando el niño adquiere los fonemas de un modo retrasado o desviado, lo que le lleva a pronunciar mal, con las consiguientes dificultades para hacerse comprender. Se presentan omisiones, distorsiones o sustituciones de los fonemas del habla e inconsistencias en la pronunciación de sonidos coincidentes (por ejemplo, el niño puede pronunciar correctamente fonemas en algunas posiciones de palabras pero no en otras).</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Trastorno del desarrollo de la articulación del lenguaje.</li><li>Trastorno funcional de la articulación del lenguaje.</li><li>Lambdacismo.</li><li>Dislalia.</li><li>Trastornos del desarrollo fonológico.</li></ul>

Como se observa en las tablas anteriores un trastorno fonológico, afecta de manera integral a la vida del sujeto incidiendo en los siguientes puntos:

- a) Bajo nivel de expresión que le impide la comunicación completa de sus ideas y por ende altera la interrelación social.

b) Baja autoestima del sujeto al ser etiquetado en su medio ambiente.

c) Un desempeño académico afectado.

d) Los problemas del habla además de ser un problema en sí mismo le genera al sujeto, dependencia emocional e intelectual. Llegando incluso a extremos de la autonegación y la limitación.

Dentro de los trastornos del habla la más frecuente detectada en el ambiente escolar es la dislalia; a continuación se aborda específicamente el tema principal del proyecto, *las dislalias*.

### **2.3 Dislalia**

Las dislalias entran en la categorización del trastorno fonológico, a partir de que la alteración se encuentra en mecanismos propios e internos del desarrollo lingüístico y no por dificultades de tipo anatómica, sensorial o neurológica.

Se utilizó por primera vez el termino dislalia por Kussmaul (1879), el cual significa “hablar mal” o hablar con dificultad”. Se puede definir formalmente a la dislalia como las alteraciones en la articulación de un fonema<sup>14</sup> o un grupo de fonemas, se divide en dislalia simple al ser sólo la afectación de un fonema y dislalia múltiple al ser la alteración en un conjunto de fonemas.

Las dislalias de acuerdo a Veiga (2006, p. 133) son “alteraciones en la articulación de los fonemas”, originados por diversas causas como son malformaciones en el aparato fonoarticulador, hipoacusia que afecta el espectro frecuencial de la

---

<sup>14</sup> Es la unidad mínima del sonido

palabra, hipertrofia nasal, alteración lingual, labio leporino o fisura labial o de causa psicológica o emocional, por mencionar algunas etiologías (González, 2003).

Las dislalias son conceptualizadas como un trastorno de la articulación del lenguaje correspondiente de los fonemas (Azcoaga, 1985), cabe mencionar que no todos los fonemas se ven afectados, sin embargo los más frecuentes son /r/ (rotacismo) y /s/ (sigmatismo).

Las dislalias orgánicas hacen referencia a la alteración de la producción del fonema siendo responsable una lesión anatómica que involucra al aparato fonoarticulador; (Arbones, 2005) claros ejemplos son: Labio leporino, paladar hendido, mal oclusión, macroglosia, etc. Por otro lado las dislalias funcionales se debe a una mala coordinación de los movimientos específicos para la articulación de los fonemas, esto se debe a diversas variables como, incorrecta deglución, malos hábitos de respiración forzada, déficit de aprendizaje, déficit intelectual, incoordinación motora, etc.

Cabe resaltar que las dificultades en la articulación se consideran “normal” entre las edades de 5-6 años debido a la escolarización, posterior a estas edades se considera patológico y de suma importancia para su atención inmediata. Una intervención temprana, potencialmente evita que se afecte la personalidad adulta del sujeto ser considerado con etiquetas como “retrasado, tonto, tartamudo, etc.” que además de ser prejuiciosas afecta a sus derechos y respeto como persona.

Las dislalias tienen un incidencia en el ambiente escolar alta, de acuerdo a estudios se ha encontrado que cerca del 4% de la población a nivel preescolar y primaria son identificados ante esta dificultad de habla (Boletín UNAM-DGCS-455, 2012)<sup>15</sup>.

La dislalia se clasifica en 4 categorías generales:

1. Dislalia evolutiva: también considerada como dislalia normal, coincide con las fases del desarrollo por lo que no se articula bien y se presenta en sujetos menores a 5 años de edad.

2. Dislalia audiógena. Se da por una deficiencia auditiva que oscila entre los 50-100 dB, según el grado de sordera.

3. Dislalia funcional. Se manifiesta por un inadecuado funcionamiento de los órganos articulatorios, siempre y cuando no exista una alteración física que justifique los errores de pronunciación, es decir por una mal utilización del aparato fonador.

4. Dislalia orgánica. Alteraciones en la articulación debido a causas de una malformación o traumatismo en alguno de los órganos que intervienen el proceso de lenguaje, por ejemplo paladar hendido, labio leporino, retrognatismo, etcétera (González, 2003).

---

<sup>15</sup> Aún que la publicación tiene el logotipo de la UNAM no se ajusta reportado por el INEGI, se incorpora para efectos de comparación exclusivamente.

Al momento de la evaluación se puede clasificar también por el tipo de fonema afectado, por el tipo de error (sustitución, omisión, interrupciones, prolongaciones, etc.), la cantidad de fonemas que presentan un error en la articulación y por el punto de articulación.

A continuación se puede visualizar en la tabla 6 las clasificaciones en la dislalia más frecuentes, sin embargo no las únicas que pueden integrarse en un diagnóstico.

Tabla 6.  
Categorización de las dislalias por punto de articulación, cantidad y tipo de error.

ALTERACIONES EN TIPO DE FONEMA ESPECÍFICO	CANTIDAD DE FONEMAS	TIPO DE ERROR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmatismo /s/</li> <li>• Gamacismo /g/, /k/,</li> <li>• Joticismo /j/</li> <li>• Lambdocismo //</li> <li>• Rotacismo /r/</li> <li>• Deltacismo /d/</li> <li>• Betacismo /b/</li> </ul>	<i>Única.</i> Sólo un fonema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sustitución</li> <li>• Omisión</li> <li>• Adición</li> <li>• Distorsión</li> <li>• Inversión</li> </ul>
	<i>Múltiple.</i> Más de dos fonema que responde a diversos puntos de articulación	
	<i>Sistematizada.</i> Más de dos alteraciones de fonemas que sólo pertenecen a un punto de articulación	

Dada la incidencia que se reporta en la literatura, la falta de información, manejos inadecuados o pocos eficaces a la atención de los trastornos del habla, es menester abordar el fenómeno para la creación de nuevos modelos que permitan un tratamiento efectivo en etapas tempranas como lo es la edad escolar donde ya se podría considerar un problema.



### **CAPITULO 3            MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS DEL HABLA**

La ciencia no es solo una disciplina de razón,  
sino también de romance y pasión.  
*Stephen Hawking*

La ciencia y diversas disciplinas se interesan por los fenómenos que la sociedad demanda en un momento dado, como se refirió en el capítulo anterior, dada la incidencia de los trastornos del lenguaje y habla diversas profesiones han generado modelos de intervención para enfrentarlos y potencialmente resolverlos, los modelos en su mayoría tienen fortalezas y debilidades que con el tiempo algunos caen en desuso y otros se mantienen y se incorporan nuevos modelos.

Los principales modelos que se interesan por el estudio de la complejidad de las patologías y en específico del lenguaje, están el modelo médico que vincula a la Odontología, Foniatría y a la Psiquiatría, asimismo modelos en Psicología como son Psicoanálisis, Conductismo, Neuropsicología, Psicolingüística, por mencionar algunos y los que se aludirán en el contenido de este capítulo, además de aquellos que no tiene el rigor del método científico y que son representados por el sentido común.

Cada uno de los modelos parten del objetivo de buscar la explicación y resolución, sin embargo cabe resaltar que al estudiar al hombre no se puede dejar de lado el que sea un ente biopsicosocial, es decir parte de ser un ente biológico, se resalta que no se deja de lado el aspecto orgánico que determina las causas de la alteración o trastorno psicológico dando su debido importancia a los procesos psicológicos, como son memoria, atención, lenguaje, aprendizaje,

etc. y finalmente es un ser social, que se desenvuelve y aprende con base en las experiencias que va generando en su medio ambiente.

A continuación se explican brevemente los modelos que intervienen en el estudio del lenguaje y habla, partiendo de aquellos que carecen de un método científico y posteriormente concluyendo con aquellos que son validados por la ciencia y que resultan ser eficaces, finalmente en el capítulo se aborda la propuesta de un modelo de intervención integral aplicado a la dislalia.

### **3.1 Concepciones sin sustento científico**

Los padres con hijos que presentan alguna alteración del habla caen en el descuido del niño pensando que la incorrecta fonación se verá corregida conforme a la edad, cuando esto no se cumple los padres comienzan a preocuparse y es entonces cuando buscan diversas soluciones al problema, y por lo regular son aquellas de fácil acceso y de primera mano, entre las de uso común se encuentran las de concepción mágica, concepción religiosa y concepción herbolaria.

Las anteriores carecen de un método científico, sin embargo en algún momento llegan a funcionar como un placebo de ahí la explicación a su eficacia, sin embargo se centran en seres divinos que han mandado un castigo, o la curación a través de penitencias, uso de hierbas o incluso se relaciona con seres demoniacos, las cuales son explicaciones inválidas para la ciencia.

La importancia de lo anterior no sólo radica en la carencia científica, sino en cómo se plantean explicaciones de forma descuidada con la salud integral del hombre,

a continuación se describen brevemente las concepciones más populares en la población.

### **3.1.1 Concepción mágica**

Se refiere a que la enfermedad de una persona es por causas naturales y se cree que esta rige la vida del hombre, por ejemplo: la luna, el sol, la tierra, el viento, etc. y su explicación se basa en la curación de ritos mágicos que son dados por aquellos seleccionados por obra divina o espiritual con algún don que permita realizar la curación. La concepción mágica tiene sus inicios desde épocas muy antiguas, principalmente surge por la falta del conocimiento o explicación de la enfermedad.

### **3.1.2 Concepción religiosa**

La concepción religiosa como menciona Díaz (2015) es aquella que parte de la atribución de darle vida a los objetos que nos rodean, ya que son seres más poderosos que el hombre, además de agregar que la enfermedad es la resultante del pecado. En cuanto a trastornos del habla, se documentó la información religiosa en un procedimiento centrado en la curación del “castigado por un ser divino”, que radica en la colocación de forma simbólica de una llave en la boca, y realizando oraciones a un ser supremo el cual concede que el sujeto comience a hablar o articular bien, es todo un ritual, con oraciones, penitencias que involucran a sacerdote-familia-sujeto<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Información documentada de la población.

### **3.1.3 Concepción herbaria**

Se basa en la explicación de que los problemas del habla son generados por ansiedad, por lo que si la causa es la ansiedad es importante disminuirla, por lo que se suministra la ingesta de ciertas hierbas que permitan reducir los niveles de ansiedad, algunos ejemplos son: flor de tila, hierba de san juan, jugo de uva pura, entre otros.

La función del tratamiento herbolario impacta en la sustancia que reduce los niveles de adrenalina y que por consiguiente al disminuir los neurotransmisores reduce la ansiedad y el estrés de forma parcial lo que explica y facilita la producción del habla.

### **3.2 Modelo biomédico**

El modelo biomédico se concentra en el funcionamiento biológico dando importancia a signos y síntomas de las alteraciones que son llamadas enfermedades. Las enfermedades son consideradas como “un padecimiento agudo o crónico con el que se nace o se desarrolla y que es causado por un disfunción fisiológica en uno o más sistemas corporales” (Grossman & Porth, 2014, p. 3) es el paciente quien recibe una atención individualizada, asumiendo un rol pasivo. Como menciona Cespedes (2005) el paciente asume el papel de enfermo y por consiguiente responsabiliza al personal de la salud sobre su proceso de rehabilitación siendo eficaz o no, entonces la atención médica se particulariza, dejando de lado la parte psicológica y social del hombre.

Sintetizando, el modelo médico busca las causas en el sustrato orgánico, analizando los aspectos fisiopatológicos del órgano o estructura, que tiene como finalidad el llegar a un diagnóstico clínico que permita dar un tratamiento y

posteriormente un pronóstico. En la actualidad, el modelo médico consira modificarse, considerando tomar en cuenta factores que antes se desdeñaron.

De la Fuente (2015) hace énfasis en reflexionar acerca del modelo médico partiendo de la integración del sujeto como un ser biopsicocial, destinatario de la atención de prevención en la cual la salud mental es un elemento indispensable para la referencia cultural y social que permita ver al organismo humano como un todo integrado.

Con lo que respecta a la alteraciones del lenguaje y del habla el modelo se fundamenta en considerar de forma preeminente la etiología de la enfermedad, por lo que a las alteraciones lingüísticas parten de una anormalidad orgánica. Dentro de la rama de la medicina se amplian modelos de intervención en trastornos del habla, como son odontológico, foniátrico y psiquiátrico.

### **3.1.1 Modelo odontológico**

La odontología nace como una profesión del campo de la salud, que se dedica atender a las problemáticas de la cavidad oral, entonces se habla que parte del modelo biológico-orgánico, y por consiguiente tiene como objeto de estudio las implicaciones funcionales en cuanto a la cavidad bucal que conlleva a una enfermedad oral, cabe mencionar que actualmente, la Odontología a pesar de ver en primera instancia la cavidad bucal no deja de lado el desarrollo psicológico y social, por lo que trabaja de forma interdisciplinaria en los casos que se requieran. Los especialistas en la rama realizan una evaluación exhaustiva e integral para la rehabilitación oral que tiene como consecuencia posibles anomalías del habla.

La evaluación consiste en tomar referencia como se indica en Batista, Miyachita & Gomes de Oliveira (2014) un examen clínico funcional, donde se evalúa movimientos mandibulares para verificar su normalidad, evaluación en articulaciones temporomandibulares, que consisten en reportar alguna falta de coordinación de los movimientos, siendo malformaciones, desviaciones o dislocaciones, por otro lado la evaluación muscular y en oclusión; al realizar un reporte médico completo y contrarestar alguna anormalidad dentro de la cavidad oral, se realiza con un equipo multidisciplinario.

Partiendo del objetivo de la Odontología y su trabajo interdisciplinario, el presente apartado se centra en el tratamiento que se le da a los trastornos de la articulación como son mencionados por Shapiro y Gorlin (1973).

Por un lado, se considera que los trastornos de la articulación se ven relacionados por la constitución de la cavidad bucal, ya que el proceso de la articulación se ve afectado por la dentición, ya que esta actúa como vía y tope para los movimientos necesarios para articular, por otro lado, músculos de masticación, tejidos periodontales, maloclusión que hace referencia a los espacios que se encuentran entre las piezas dentarias, y anomalías en los temporomaxilares que permiten ser un punto de apoyo para los movimientos del maxilar inferior. Cabe mencionar que el proceso de articulación se puede ver obstruido por malformaciones como paladar hendido, labio leporino, caries, falta de piezas dentales, etc.

El profesional de la salud bucal se encarga de restaurar la cavidad bucal con cirugías orales o maxilofaciales que no, únicamente se habla de la cavidad oral, sino

de cráneo, cara, cabeza y cuello, periodoncia, ortodoncia, exodoncia, asimismo en entrenamiento a los padres y al paciente en técnicas adecuadas de higiene oral, se agrega que la rehabilitación, reemplazo o restauración de piezas ausentes o malformadas son parte de este modelo.

### **3.1.2. Modelo psiquiátrico**

La psiquiatría parte de ser un rama de la medicina que como se mencionó se centra en la observación y estudio de la “enfermedad”, en el caso de la Psiquiatría sus métodos son de evaluación y terapéuticos, el primero parte de igual forma que la medicina basada en la observación, pruebas de gabinete, análisis de laboratorio y exploraciones físicas. La segunda se refiere al abordaje de la patología por medio de fármacos y psicoterapias.

Dentro del modelo psiquiatrico se habla de una alteración del desarrollo del lenguaje en específico y en nuestro tema de interés: la dislalia. Se comprende al fenómeno como un trastorno de la articulación que principalmente se caracteriza por deformaciones fonéticas que afectan en mayor índice las consonantes, comprende al fenómeno a partir del desarrollo infantil, ya que antes de los 5 años de edad se afirma que es una cuestión banal.

La Psiquiatría, en cuanto a los trastornos de la articulación parte del principio de la tradición farmacológica, donde se indica que la ansiedad es un factor concomitante a los problemas de la habla, asimismo se intervienen en combinación de fármacos que permiten tratar la patología con medicación que afecta directamente al órgano de estudio. En segunda instancia se trata con un fundamento psicodinámico que como

menciona Campillo (2005) se utiliza como un marco para describir y analizar el comportamiento, como sus motivaciones; por ultimo un enfoque interactivo que tienen como finalidad la relación de paciente-entorno, paciente-médico y paciente-familia.

El modelo Psiquiátrico continúa cayendo en buscar en primera instancia las bases etiológicas de la patología, y aunque si bien no deja de lado el aspecto individual y social del paciente, en algunas ocasiones se deja en segundo termino.

### **3.1.3. Modelo foniatrico**

Tiene su nacimiento en el siglo XX, específicamente en el año 1932 por Tarneaud quien la define como el estudio de la patología vocal, y se aparta por completo de la logopedia para ser una especialidad en el ámbito médico. El modelo foniatrico, parte de la rama de la otorrinolarinlogía, que se dedica en general a estudiar los diversos trastornos de la comunicación como son de la voz, habla, lenguaje, audición y deglución (Lopes, et. al., 2013).

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define a la "Foniatría" de *fono* (sonido) y *-iatría* (tratamiento o curación) dedicada a las enfermedades de los órganos de la fonación. Se auxilia de diversas disciplinas, en sí la foniatría se encarga principalmente de la rehabilitación de los trastornos de la comunicación, mas que enfatizar en las causas de los trastornos.

Su forma de intervenir como refiere la literatura *grosso modo* es el abordaje multidisciplinario que permita incluir acuerdos clínicos para llegar a una intervención completa y que permita participar al paciente, familia y escuela. El médico foniatría



atiende diversos casos de todas la edad, cuando se trata de niños la mejor manera de intervención es realizandola por medio del juego, y con actividades dinámicas dentro del espacio de consulta y cuando se trata de adultos se realiza de una forma de instrucciones-ejecución sin perder el lado dinámico con materiales como herramienta.

De forma general las técnicas o estrategias utilizadas para la correccion del trastorno no es seguir un protocolo *per se* ya que la intervención se ajusta al padecimiento, sin embargo se basa principalmente en la reeducación foniátrica, regulación de la voz, ejercicios musculares de cuello, cara, aparato fonoarticulador, entre otros.

Ante los principales problemas que se enfrenta la foniatría son problemas de la voz que particularmente se enfoca en educar en la regulación o rehabilitación de la voz, sus principales trastornos son disfonia y afonía; los problema del habla basados en la rehabilitación o habilitación articulatoria y finalmente en problemas de deglución que por lo regular se enfoca en pacientes adultos mayores a quienes se les rehabilita en la ingesta de alimentos o deglución en órganos fonoarticuladores.

Sintetizando los modelos médicos tienen como principal objeto de estudio las causas de la patología, cabe mencionar que el hombre al ser un todo, resulta complejo y por ende estudiar como un fragmento tan reducido como lo es la causa, o el abordaje individual y pasivo, queda a forma de reflexión la labor profesional que se aproximará a una atención integral que pueda permitir una calida de vida en el usuario.

## **3.2 Modelos de intervención en Psicología**

A lo largo del desarrollo de la Psicología, ésta ha sufrido diversos cambios, de los que en su momento han resultado impactar de manera trascendental en ella. Se han propuesto diversos modelos como son Psicoanálisis, Neuropsicología, Cognitivismo, Conductismo, etc. todos ellos con un objeto de estudio en común sin embargo con una amplia gama de métodos para llegar al objeto de su interés, sin embargo se parte del postulado que algunos caen en el modelo reduccionista que sólo ven al sujeto y se olvidan de la premisa que el todo es más que la suma de sus partes, es decir que el estudio del fenómeno *per se* sería limitante al sólo enfrascarse en un modelo reduccionista.

A continuación se mencionan brevemente los modelos con mayor auge en la Psicología, asimismo se parte de la historia y como aborda el fenómeno de interés en el proyecto, algunos modelos parten de ser científico-prácticos u otros únicamente prácticos.

### **3.2.1 Modelo psicoanalítico**

Se funda y se comienza a utilizar formalmente con el nombre de Psicoanálisis en 1896, elaborado por Sigmund Freud, que alude el conocimiento de la personalidad, tomando como metáfora la Teoría del aparato intrapsíquico, haciendo una distinción entre lo inconsciente, lo preconscious y lo consciente (Pérez, 1999).

El primero hace referencia al inconsciente, aquello que se encuentra en lo más profundo o reprimido, lo que no se recuerda, lo que constituye las pulsaciones y los contenidos que podrían entrar en conflicto con el organismo. En Phares (2000) se

menciona que “la estructura carece de valores, ética y lógica que busca una recompensa libre para sus impulsos e inhibirse de toda tensión” (pp. 330-332).

La siguiente estructura se encuentra entre lo inconsciente y lo consciente, participan procesos de autocontrol y racionalización sin embargo, también trasciende con lo inconsciente al formar resistencias ante lo reprimido lo que nos indica un desarrollo de la estructura ante la incapacidad del Ello para satisfacer sus deseos reprimidos. Freud mencionaba que el Yo se ve influenciado por el mundo exterior que al final aspira a sustituir el principio del placer por el principio de la realidad.

Finalmente el Superyó, es la estructura que censura al yo, la que asumen la conciencia completamente, aquí se ve reflejado lo moral, se forman las prohibiciones sociales, se encarga de culpabilizar e impedir que salga a flote el Ello censurando al Yo, donde se experimenta la satisfacción por bloquear los impulsos y ser sustituidos por fines morales.

Haciendo hincapié en los trastornos del habla, S. Freud los llama “equivocaciones orales” originadas de forma interna y externa. La primera de ellas se relaciona con un conflicto intrapsíquico habiendo elementos reprimidos por un proceso de asociación como forma de mecanismo de defensa ante ciertas situaciones que requieren ser inhibidas u olvidadas. La segunda de ellas se da por factores externos como son la influencia de los mismos componentes de otro discurso (sonido anticipado, eco, etc.) por el mismo olvido de palabras, la represión o la evitación de hablar sobre cierto elemento o incluso por equivocaciones orales de otros.

A pesar del alto impacto que tiene el psicoanálisis en la Psicología, ha sido criticado por su falta de comprobación en el ámbito del laboratorio, es decir con un método comprobable y observable ya que sus conceptos tienden a ser abstractos e intangibles, es decir que parte de ser un modelo práctico sin un sustento que lo avale.

### **3.2.2 Modelo Psicolingüístico**

La psicolingüística es una disciplina derivada de la Psicología y la Lingüística que tiene como finalidad el estudio del procesamiento del lenguaje, asimismo la comprensión y producción, realiza la similitud de un ordenador con los procesos psicológicos, específicamente del lenguaje, que tiene una entrada (*input*) y salida (*output*), en donde el input es la comprensión y el procesamiento que implica el lenguaje, y la salida la producción, hablando a nivel periférico (Valle, 1992).

La psicolingüística aborda los problemas de habla partiendo de ser trastornos de producción, le interesa el procesamiento que implica, y deja en segundo término la forma en cómo se produce el habla, a nivel periférico. Cervera e Ygual (2003), afirman que los modelos Psicolingüísticos aplicados a los trastornos del lenguaje y habla no permiten realizar interpretaciones semiológicas para relacionar síntomas y factores etiológicos e que incluso estos factores no son de su interés.

Dentro del campo de la Psicolingüística, existe el método de asociación de McGinnis (1914) donde se considera que los sujetos aprenden el lenguaje en cadena donde los actos de procesamientos van unidos entre sí por la actividad neuronal. Para este modelo es importante los procesos psicológicos como son: motivación, atención, memoria y el aprendizaje, por lo que su método de intervención, en específico la

propuesta del método de McGinnis se enfoca en el procesamiento para llegar al lenguaje, en la siguiente tabla se presenta de forma resumida los puntos relevantes en los que se enfoca la Psicolingüística para el abordaje de los trastornos del lenguaje y habla.

Tabla 7  
Método McGinnis

<b>MÉTODO MCGINNIS</b>
1. Suscitar el deseo de comunicarse
2. Integración con el núcleo social
3. Considerar que el problema de comunicación por lo general es a causa de frustración, aunque no deja de lado la reeducación
4. Prevención de problemáticas asociadas al lenguaje: lectura y escritura
5. Involucrar a padres y familiares

Dentro de la intervención se trabajan con manuales que permiten el desarrollo visual, motor y auditivo, que es su principal objetivo, se realiza por unidad o fases donde el niño comienza por discriminar palabras con imágenes, de forma auditiva y verbal, en específico se inicia con onomatopeyas al ser las más sencillas, posteriormente se realiza un afianzamiento de lo visto en la fase uno, es decir como un entrenamiento, en tercer lugar la incorporación del lenguaje aprendido de forma espontánea tras diversos ejercicios de adquisición de la palabra, como campos semánticos, colores, números, convencionalismos sociales, palabras de uso común, animales, familiares, nombres, etc. (Berruecos, 1997).

### 3.2.3 Modelo Neuropsicológico

La Neuropsicología tiene sus principios con la figura de Vygotsky y de Alexander Romanovich Luria. Estudia la relación entre la actividad cerebral y el comportamiento animal, que se basa en el estudio de las alteraciones conductuales asociadas a alteraciones a nivel cerebral” (Portellano, 2005).

Originalmente se comenzó el estudio de la Neuropsicología en adultos, sin embargo a fines del siglo XX, la comunidad científica comenzó a interesarse por el análisis neuropsicológico de niños con problemas comportamentales y cognoscitivos del desarrollo, el diseño de instrumentos para la valoración de los mismos y la estructuración de programas de prevención e intervención.

Hernández (2010) refieren que para la Neuropsicología es predominante el estudio de la relación entre las funciones cerebrales y el comportamiento lingüístico y existen dos hipótesis que resaltan el proceso del lenguaje:

1. La hipótesis del cerebro. Plantea que el órgano es el que se encarga de toda conducta y por consiguiente de la conducta lingüística.

2. La hipótesis de la neurona. La unidad básica llamada neurona es la que determina las diversas formas de conducta, entre ellas la conducta verbal que los relaciona con procesos de producción y comprensión de los mensajes emitidos.

Para la neuropsicología el estudio e intervención de las alteraciones del lenguaje y habla se abordan desde una perspectiva histórico-sociocultural tal como referencian Lázaro, Morales, Quintanar y Solovieva (2014) en un estudio de caso, después de

realizar el protocolo de evaluación y diagnóstico se procedió al programa de corrección, el cual se puede apreciar en la tabla 8.

Tabla 8  
Etapas del programa de corrección del modelo Neuropsicológico

<b>ETAPA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>Etapas 1</b>	Formar la percepción y producción de los fonemas
<b>Etapas 2</b>	Desarrollar la ejecución de movimientos finos y realización de trazos con sentido
<b>Etapas 3</b>	Realizar el análisis de cuentos con la finalidad de mejorar la articulación de palabras y la comprensión de textos
<b>Etapas 4</b>	Analizar y armar secuencias de cuadros temáticos junto con las frases correspondientes

En la formulación de Vygotsky menciona que los procesos psicológicos (memoria, atención, lenguaje, pensamiento, atención) son originados debido a los procesos sociales, por tal afirmación se formula el concepto de Zona de desarrollo próximo (ZDP).

Para Vygotsky (1988) entonces el lenguaje surge de la interacción del niño con su entorno, ya que lo define como un surgimiento de un medio de comunicaciones entre sujeto y entorno, para posteriormente convertirse en un lenguaje interno, que más tarde se convierte en una función mental interna.

El enfoque Vygotskyano parte de que el niño aprenda de una forma consciente, activa y constructiva ya que esto permitirá la asimilación de la cultura y por ende la modificación del comportamiento (Salazar, 2011 citado en Campos, 2013).

En síntesis, el modelo Neuropsicológico tiene un fundamento histórico-sociocultural, aborda la problemática del habla partiendo de un modelo conductual, hace uso de estímulos motivacionales para retroalimentar al niño, posteriormente se le enseña al niño la repetición de los fonemas en donde existe dificultad, asimismo se entrena al familiar para que se realice la actividad en otros ambientes, finalmente ya adquirida el habla se lleva al niño a una situación problemática para observar el paso de la Zona de Desarrollo Próximo a la Zona de Desarrollo Real.

El modelo Neuropsicológico parte de un modelo científico-práctico, ya que lo lleva a un espacio controlado, de forma sistemática y en general cumple con las características de los modelos científicos. Brinda la oportunidad de que el sujeto permita realizar el proceso del lenguaje, para llegar a su adquisición.

### **3.2.4 Modelo conductual**

Sainz (2009) cita a Watson (1913) “La psicología tal como la ve un conductista es una rama experimental puramente objetiva de la ciencia natural. Su meta teórica es la predicción y el control de la conducta”. La cita anterior enfatiza como el modelo conductual estudia el comportamiento humano en relación con la interacción del organismo con su medio ambiente, se reduce a la formulación de estímulo-respuesta (E-R).

Se basa en el principio de aprendizaje, que es el condicionamiento clásico y operante. El primero de ellos es propuesto por Iván Pavlov y refiere que un estímulo incondicionado (EI) lleva a una respuesta condicionada (RC) lo cual habla de una asociación de estímulos. Por otro lado el condicionamiento clásico, propuesto por B. F.



Skinner es aquel donde un estímulo condicionado (EC) lleva a una respuesta condicionada (RC), en otras palabras el aprendizaje se produce o extingue por medio de refuerzos posteriores a la conducta.

El conductismo basándose en los principios fundamentales del aprendizaje considera que los comportamientos típicos y atípicos son respuestas a diversos estímulos, es decir, son respuestas que se fueron aprendiendo a lo largo de las experiencias.

El modelo de intervención se centra básicamente en la modificación de la conducta, con diversos métodos de intervención, como reforzamientos, modelamiento, moldeamiento, extinción, etc.

Ribes (1999) plantea un modelo conductual para la intervención en los trastornos del habla, básicamente se enfoca en el objetivo de lograr una pronunciación por medio de repertorios de discriminación auditiva, control instruccional y de imitación. Básicamente se pone de manifiesto que para la adquisición de nuevas y modificadas conductas se lleva a cabo la imitación de movimientos de la respuesta verbal, posteriormente la emisión del sonido, dentro de esta última fase se considera el encadenamiento, por pausas y por intensidad.

En el modelo el usuario refuerza conductas verbales para adquirir conductas verbales no instauradas, en el modelo se interviene directo en el problema, asimismo no se deja de lado el entorno en el que se desenvuelve el sujeto ya que está en constante entrenamiento.

Como se describió brevemente la psicología parte de ser una disciplina que explica su objeto de estudio desde un modelo científico-práctico, este modelo tiene la finalidad de estudiar la conducta verbal del sujeto, dejando de lado el proceso cognitivo que implica la adquisición del lenguaje.

### **3.3 Modelo logopédico**

La palabra logopedia parte de la etimología *logos*-palabra y *pedia*-enseñar, se entiende que es la disciplina que se encarga de la enseñanza del habla. Garayzabal y Otero (2005) tras recopilar diversas definiciones de la disciplina, mencionan que es una disciplina que se encarga de “diferentes alteraciones del habla, del lenguaje (oral y escrito) y de la comunicación en general (tanto los procesos de comprensión como los de producción) en niños y adultos” (pp. 165), por lo tanto el logopeda se encarga de prevenir, evaluar, diagnosticar, e intervenir de forma concreta en las deficiencias enfocadas en el habla.

Villegas (2004) menciona que la actuación en logopedia se realiza una secuencia metodológica que le permita llevar con éxito el proceso de enseñanza. La forma de intervenir del logopeda es realizar una evaluación exhaustiva de las dificultades del habla, en específico se apoya de inventarios que permitan detectar el error en cada fonema, y el número de sesiones está en función de la cantidad de fonemas incorrectos. Retomando a Villegas (op. Cit.) realizó una propuesta logopédica sistemática y aplicable a todos los errores fonéticos, se presenta en la tabla 9.

Se resume que el modelo logopédico se encuadra exclusivamente en la enseñanza correcta de los fonemas, es decir que enfatiza en el problema y deja de

lado otros factores que determinan el desarrollo lingüístico del sujeto; sin embargo cabe resaltar que su éxito terapéutico no se niega e incluso es una forma más de abordaje ante las alteraciones del habla.

Tabla 9  
Intervención logopédica, propuesta de Villegas.

<b>INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN LA DIFICULTADES FONOLÓGICAS</b>	
<b>Evaluación</b>	Valorar con inventarios para cada fonema que permita determinar la incorrecta fonación.
<b>Intervención</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Imágenes que permitan nombrar la palabra que contiene el fonema a trabajar, puede ser por inducción a la palabra o repetición de la palabra.</li> <li>2. Estimulación de praxias para estimular el aparato fonoarticulador, se auxilia de la técnica de moldeamiento y con diversos ejercicios que permitan que se adquiriera la posición correcta.</li> <li>3. Actividades de modelado, que son por el mismo usuario (mirándose en un espejo) o logopeda.</li> <li>4. Lectura de palabras y frases. Se basa en la repetición, dictado y escritura.</li> <li>5. Valoración. Se valora el mismo fonema con el mismo inventario aplicado en la evaluación.</li> </ol>

Con base en la información planteada y la preocupación por la práctica científica en Psicología, se hace relevante la propuesta de un modelo que aborde la salud mental partiendo de la premisa que el hombre es un ser formado a lo largo de su vida por diversos aspectos que contribuyen a su desarrollo, por lo que se hace la propuesta de un modelo de intervención integral.

### **3.4 Modelo de intervención integral**

Cuando hablamos del descuido por parte de familiares y de profesionistas de la salud ante alteraciones que afectan la calidad de vida de la persona, se cae en el error de buscar diversas soluciones al problema, sin embargo la preocupación no lleva a la mejor solución.

La psicología como ciencia investiga, explica y potencialmente genera aplicaciones, tal y como lo hacen las otras ciencias. Nuestra disciplina, desde sus principios ha experimentado cambios, que abarcan un amplio abanico de posibilidades; parten algunas desde su objeto de estudio, de la forma de cómo se investiga, como se interviene y de cómo se relaciona con los otros campos del saber humano. También es parte de su quehacer la construcción formal de modelos que integren el conocimiento psicológico, ya producto del laboratorio, ya producto de la intervención, en todos los casos es una actividad de análisis y reflexión.

El modelo integral es una aproximación a las problemáticas viendo al sujeto en su totalidad, no dejando de lado ningún aspecto que lo conforme lo cual permitirá una resolución eficaz y posiblemente a largo plazo que permita la generalización de patrones de conducta en su medio, lo que implica un proceso cognitivo para ejecutar día a día y que permita ser visto de forma integral.

La palabra integral se refiere a la necesidad que el hombre presenta, siendo un ser biológico, psicológico, social, cultural e individual.

El modelo de Psicología que se propone, sostiene que lo psicológico es una emergencia. A continuación se destacan dos grandes rubros:

1. Las condiciones necesarias o materiales las cuales constituyen la base orgánica del organismo, es la *conditio sine qua non* para que ocurra el fenómeno psicológico: estructura orgánica, biológica, genética, fisiológica; medio ambiente geográfico, físico, etc.

2. Las condiciones suficientes son una emergencia dada en el ente o sujeto, producto de la interacción con su entorno y con las condiciones materiales. Para que se den las condiciones suficientes, es necesaria la base material, es decir del SNC y se requiere de un sujeto dinámico, activo, pero también pasivo y reactivo; tiene cuando menos dos niveles de expresión: nivel individual en el que se incorporan la conducta motora, la emoción, la cognición, el lenguaje; y el nivel sociocultural que contiene, como conjunto universal, la cultura, tradiciones, idioma o lengua, leyes, ética, religión o sistema de creencias, etc. La resultante de la interacción de estas dos condiciones es lo psicológico; es pues, éste, una emergencia única y suficientemente rica e interesante. Cada condición no es ajena o independiente de la otra, hay una mutua afectación, impactando a una se impacta a la otra, al todo, tal y como ocurre en la naturaleza, lo anterior se puede ver en la figura 6.

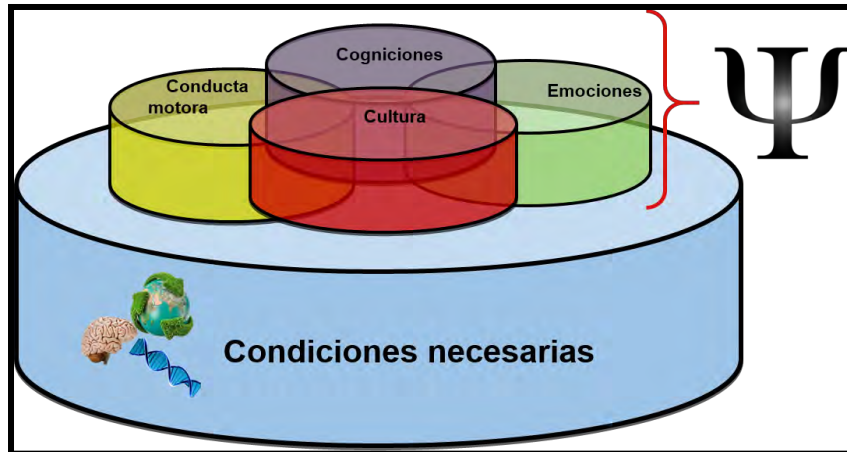


Figura 6. Esquema del modelo de Psicología. En él se destaca las condiciones necesarias, que son las condiciones materiales y las condiciones suficientes, ambos constituyentes de los psicológico.

Este modelo permite explicar el comportamiento regular que se da entre un organismo y su medio ambiente. También explica el comportamiento que guarda una regularidad diferente y posibilita el diseño de una estrategia de intervención que, se entiende busca la adaptación del organismo animal con su entorno geográfico y social, fundamentalmente esto se da en el *homo sapiens sapiens*.

Partiendo del principio, la acción por mínima que sea, impacta a todo el sistema, entonces, al intervenir se propone una secuencia la cual se inicia con la conducta motora; al actuar sobre de ella, no solamente se está afectando los movimientos que hace el organismo, sino también la base material que los posibilita, desde la transmisión del impulso nervioso hasta la valoración y anticipación que haga el ente.

En la propuesta del diseño de intervención se parte de la conducta motora que es bastante sensible a las consecuencias o efectos que tiene; las herramientas de moldeamiento y modelamiento son muy útiles partiendo de un diseño conductual.

El segundo nivel se destaca por la incorporación del lenguaje, que de hecho es la materia prima del pensamiento en donde son indispensables el significado, la sintaxis y las reglas lógicas. Se entrena al sujeto a construir la realidad, y a someterlo a prueba; cada vez más ajustado a su condición cultural. Se requiere de una discriminación fina y de un entrenamiento sobre reglas propias del lenguaje y del pensamiento.

Por último está el aspecto emocional, en este elemento se postula que la emoción es necesaria pero no debe constituirse en el elemento rector de la vida de un organismo humano, ni es el más importante (ver la figura 7). Se entrena al sujeto a identificar los campos emocional del racional, a automoldear su imagen, el concepto de sí mismo y sobre todo a modificar su estilo de vida fortalecido por las religiones que se derivan del tronco judeocristiano.

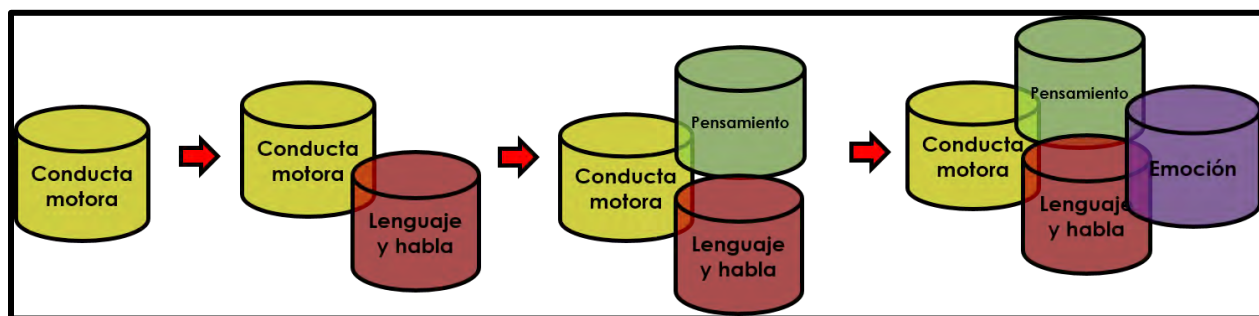


Figura 7. Esquema del Modelo de intervención.

A modo de síntesis, el modelo de intervención integral plantea que la salud del hombre ante el profesional debe verse como una forma de conocer al sujeto en su totalidad, para impactar en cada una de las áreas de desarrollo a las que se ve sujeto durante su ciclo de vida lo que permitirá un ente biológica, social y psicológicamente satisfecho.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social...  
Y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades.  
*Organización Mundial de la Salud (OMS)*

El psicólogo es un profesional que interviene en diversas áreas de la salud, asimismo su intervención se ve reflejada en más de un aspecto de la vida del sujeto. El impacto de este científico es de forma integral, es decir, que el usuario al asistir a un servicio de atención psicológica se ve influenciado en sus diversas áreas, como son: personal, familiar, social (relaciones de pareja, amistad y comunidad), laboral, académica, etcétera, lo cual lleva a un notable bienestar en su totalidad, que puede denominarse calidad de vida.

La calidad de vida de acuerdo a la OMS (1996) es:

“La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno”.

Un factor primordial es que durante el transcurso de la terapia que el sujeto mantenga un rol activo y de autorregulación en su vida diaria.

Además la educación y la promoción de la salud como lo plantea la OMS (1998) citado en Palmar (2014) rescata la importancia de las oportunidades de aprendizaje



que se crean conscientemente para la mejora de la población en relación a la salud y al desarrollo de habilidades personales.

Considerando lo anterior, se hace hincapié en la evaluación completa que permita recabar información para establecer un diseño de intervención integral, de modo que no se puede dejar de lado la prevención y modificación en los patrones de la salud: autocuidado e higiene.

#### **4.1 Definición de autocuidado e higiene**

De acuerdo con Macotela (1992) el autocuidado es un grupo de conductas relacionadas con el arreglo y el cuidado personal que permite que el sujeto se mantenga de forma independiente ante las exigencias que marcan su vida diaria, un ejemplo de ello son: arreglo personal, higiene bucal, seguridad personal, sexualidad, control de esfínteres, etc.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (2000) la higiene es un conjunto de actitudes y comportamientos que tiene como finalidad conservar la salud y prevenir enfermedades, considerando que hay ciertas normas o hábitos que se cumplen a lo largo de la vida.

El entrenamiento en conductas de autocuidado e higiene tiene como objetivo que el sujeto se valga autosuficientemente sin la ayuda de un adulto que lo custodie. Asimismo el sujeto tendrá un mayor repertorio de habilidades que en consecuencia será un ser con mayores habilidades psicológicas que le permitirán una integración social más amplia y permanente.

El autocuidado se puede evaluar en diversos subgrupos siendo esto más fácil para su evaluación e intervención. La categoría de autocuidado en general evalúa aquellas destrezas que le permiten al sujeto satisfacer las necesidades de la vida cotidiana, tales son el uso del retrete, asearse, vestirse, desvestirse y alimentarse. Por otro lado se evalúan aquellas conductas de higiene, las cuales indican un manejo del sujeto de forma autosuficiente para mantener el cuidado de su persona, dentro del repertorio se encuentran, lavado de manos, cara, baño, limpieza de nariz, cabello, cepillado de dientes a continuación se presenta un diagrama de las posibles categorías a considerarse (Macotela, 1992) (véase figura 8)

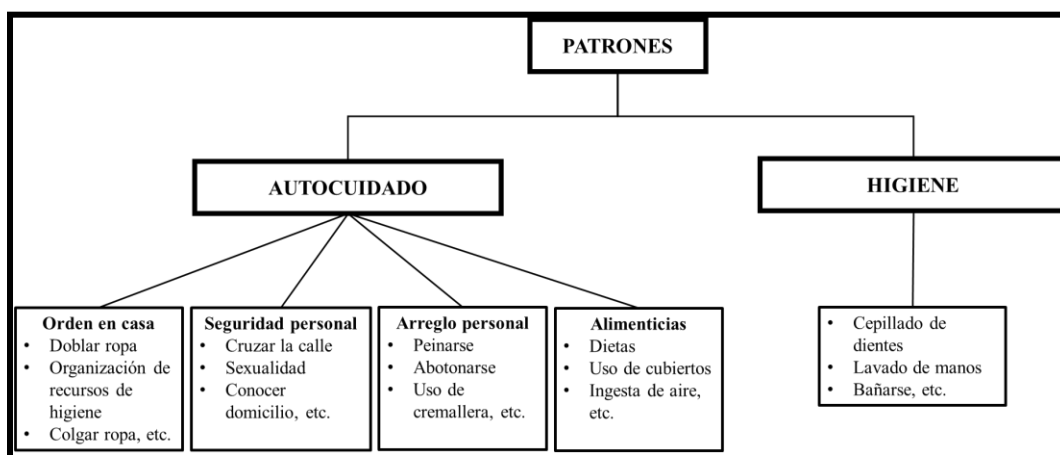


Figura 8. Ejemplificación de categorías de conductas de autocuidado e higiene a ser evaluadas.

#### 4.2 evaluación de autocuidado e higiene

La evaluación de las conductas de autocuidado e higiene, parten de la observación y cuantificación de los comportamientos en aquellos espacios donde hay un compromiso con el sujeto como son: escuela, hogar, calle y el espacio terapéutico. Interrelacionados y de la información que tiene la persona para llevar a cabo una adecuada higiene, es decir se le atribuye a un factor cultural. Por lo que la observación

es imprescindible para obtener topografía, intensidad, frecuencia y duración de las conductas blanco.

Cabe resaltar que, al momento de evaluar, se considere como punto de referencia la tradición sociocultural del sujeto, es decir, no imponer costumbres y valores ajenas al entorno familiar.

Se hace necesario definir operacionalmente cada conducta a evaluar y en relación con la observación asignar valor que puede clasificarse en:

- a) *Conductas adquiridas.* Son aquellas que cumplen con la definición operacional y están presentes en el repertorio general del organismo.
- b) *Conductas en proceso de adquisición.* Son aquellas que no están incluidas cabalmente en el repertorio pero que les falta topografía, frecuencia, intensidad o duración, es decir que ya exhiben las conductas adquiridas.
- c) *Conductas no adquiridas.* Las que no se encuentran en el repertorio de acuerdo a su nivel de desarrollo.

Durante la evaluación el profesional será quien elija la forma de evaluarlas, asignándoles un valor (0,1, 2), por etiqueta de cada categoría con letra, por ejemplo: conductas adquiridas (CA) o conductas no adquiridas (CNA) lo cual permitirá facilitar el diseño de intervención.

Como se mencionaba, las categorías puestas a evaluación las determina el psicólogo tomando como referencia lo observado y recabado durante la entrevista.

### **4.3 Intervención conductual en educación a la salud**

Gracias a las investigaciones científicas en el ámbito de la psicología, se han explorado diversos tratamientos que resultan eficaces en la intervención. Saldaña en Labrador (2008) menciona que la elección y elaboración de los diseños de intervención requieren en gran medida de una eficacia y comprobación científica que a futuro sirva de sustento, sin embargo no implica que resultará un éxito en la terapia, ya que cada tratamiento debe ajustarse al paciente.

El manejo conductual en este tipo de conductas pueden lograrse de manera económica, ética y con muy pocos recursos de acuerdo con la tradición conductual. Se hace hincapié en la intervención de generar patrones de conductas de autocuidado e higiene debido a la necesidad de que el sujeto sea autosuficiente siendo así que el tiempo que demande sea menor, asimismo de que dejarlo al margen constituye un acto de discriminación que atenta contra los derechos humanos; tomarlos en cuenta es de alguna manera una reivindicación del sujeto en lo familiar y lo social pero además el intervenir profesionalmente en ellos es recuperar esa valiosa fuente de estudio que como fenómeno socio-cultural pueden ofrecer. Y para el caso de sujetos con necesidades especiales resultan ser vitales ya que a la postre se lograría autonomía, menor carga familiar, mayor seguridad, lo que en conjunto representa una calidad de vida mejor (Ribes, 2013).

La intervención conductual ofrece ventajas en comparación con otros modelos terapéuticos de intervención dentro de la adquisición de los repertorios de autocuidado e higiene por diversas razones:

1. Objetiva
2. Es contrastable
3. Sistemática
4. Tiene un sustento teórico
5. Es efectiva en espacios controlados y no controlados.
6. Si es aprendido se puede modificar la intervención conductual es idónea para tratar estos casos.

En resumen, se afirma que la salud es en todos los aspectos es fundamental para el recurso de la vida diaria, ya que esto se interrelaciona con vida personal y social, así como aptitudes y actitudes de la persona, he ahí su importancia de intervenir en la promoción y la educación de la salud, ya que es parte del sujeto integral.

Para tener éxito,  
la planificación sola es insuficiente.  
Uno debe improvisar también.

*Isaac Asimov*

Existen diversos modelos de intervención para la dislalia, sin embargo enfocados en la modificación del problema, cabe mencionar que la siguiente propuesta tiene como objetivo ver al sujeto como un todo, no sólo enfocándose en la dislalia, sino en el entorno social que rodea a la persona.

A continuación se presenta una propuesta de intervención integral partiendo de un modelo conductual.

**Método:**

**Variables independientes:** relajación muscular, coordinación respiración-habla, reeducación fonológica, sobreentrenamiento, desvanecimiento, modelamiento, moldeamiento e instigación.

**Definición operacional de las variables independientes:**

**Relajación muscular:** Instruir al sujeto en la propuesta de relajación de Jacobson (1976).

**Coordinación respiración-habla:** Entrenar al sujeto en la forma de inspiración espiración relacionado al momento de la pronunciación del sonido o la palabra.

**Reeducación fonológica:** Instruir al sujeto en la colocación del aparato fonador para la emisión y articulación de cada sonido característico.

**Sobreentrenamiento.** Entrenar en el habla sin abrir las mandíbulas, se conoce como mandíbulas cerradas. La mandíbula superior e inferior no se separa, aumenta el grado de dificultad y adquiere un mayor dominio de las partes del aparato fonador.

**Desvanecimiento.** En la parte final de la intervención se incluye el desvanecimiento para generar patrones de autorregulación en el control del habla.

**Modelamiento.** El terapeuta se encarga de brindar el modelo de las conductas a realizar, para que posteriormente el sujeto realice lo mismo que el terapeuta.

**Moldeamiento.** Reforzamiento de los pequeños pasos o aproximaciones que conducen hacia una conducta meta. Gradualmente se va alcanzando la conducta meta. Se dejan de reforzar las conductas que no se parecen a la meta.

**Instigación.** Se emplean señales, instrucciones, gestos o direcciones para iniciar la respuesta a procedimiento sistemático de introducción de ayudas o instigadores para aprender una conducta y su retirada gradual una vez consolidada se conoce como técnica de desvanecimiento o atenuación.

**Variables dependientes:** muletillas, repeticiones, prolongaciones, respiración forzada, autorregulación de las variables de autocuidado e higiene.

#### **Definición operacional de las variables dependientes:**

**Muletillas.** Expresiones de forma estereotipada que no tiene una finalidad en discurso, se pueden componer por más de dos palabras, por ejemplo: “en que pues”, “este”, “ok”, “que”, etc.

**Repeticiones.** Emisión repetitiva de una parte de la palabra donde se observa el habla fragmentada, puede estar en cualquier parte de la palabra, *vr, gr.* Bububueno, pupupues, estete, etc.

**Prolongaciones.** El sonido que es alargado sin que lo requiera la palabra o el contexto, se manifiesta en cualquier parte de la misma, como es: holaaaa, siiii, nnnnooo.

**Bloqueos.** Interrupción de forma súbita que impide la expresión de palabra, se puede presentar en cualquier parte de la palabra, ejemplo: blan-n-n-ndo, c-c-c-caño, casit-t-t-t-tas.

**Respiración.** Adecuada inhalación y espiración del aire al momento de emitir algún sonido.

**Instrucción Autocuidado.** Conjunto de acciones que impactan en el ámbito social y personal mejorando la percepción del propio sujeto. Se consideran las siguientes conductas:

a) Conductas de arreglo personal. Quitar/poner tines, poner/quitar aretes, poner/quitar agujetas en los tenis, quitar/ponerse tenis, poner/quitar ropa superior externa, bajar/subir cierre, amarrar/desamarrar agujetas, abrocharse/desabrocharse botones y 16.- abrocharse botones.

b) Conductas de orden. Conjunto de actividades organizadas para su facilidad de búsqueda y uso diario como son: acomodar ropa, colgar y doblar ropa.

c) Conductas de seguridad personal. Conjunto de comportamientos que tiene como medida la prevención a situaciones de riesgo en las cuales se necesita el



cuidado por sí mismo del sujeto, tales son: saber número telefónico, uso del teléfono, leer semáforo, pasar calles, domicilio y nombre de familiares cercanos.

d) Tareas domésticas. Conjunto de actividades que comprenden el orden e independencia total del sujeto como son: orden de la habitación, retirar la mesa para sí misma, lavar trastos y tender cama.

**Educación en higiene.** Conjunto de actividades que comprenden la limpieza y salud con la finalidad de conservar y preservarla, se consideraron las siguientes: lavado de manos, cepillado de dientes, peinarse, limpieza de nariz y distinción de ropa sucia y limpia.

**Autorregulación.** Capacidad del sujeto por generalizar las conductas en diversos ambientes como son: hogar, consultorio, escuela, calle, etcétera.

### **Diseño:**

Se utilizó un diseño conductual multivariable, multicondicional preexperimental:  
A-B-BCw-BCDx-BCDEyz-F

A= Línea base  
B=relajación muscular  
C= Coordinación respiración-habla  
D= Reeducción foniátrica  
E= Sobreentrenamiento  
F= Desvanecimiento

w= Conductas de orden  
x= Conductas de higiene  
y= Seguridad personal  
z= Tareas del hogar

### **Sujeto:**

Sujeto femenino, al momento de iniciar al servicio cuenta con 11 años 2 meses de edad, católica, primogénita, estudiante de 5º año de primaria de una escuela de

educación especial, oriunda de ciudad Nezahualcóyotl, proviene de un hogar integrado por padre, madre y dos niños, aunque el padre se encuentra por cuestiones laborales radicando en USA. Actualmente vive en casa de los abuelos compartiendo con ellos, dos tías, una de ellas madre soltera y una prima. Reporta la madre que la sujeto tuvo problemas perinatales de hipoxia y siete horas después de nacida broncoaspiración por un problema residual de un mal manejo de la eliminación de las flemas congénitas.

La madre refirió la intervención de diversos profesionales y métodos con la finalidad de encontrar un tratamiento eficaz o la “cura” para la dificultad del habla, se realizaron pruebas de gabinete para descartar algún daño neurológico, así como tomografías, mapeo cerebral, electroencefalograma, en los cuales se concluyó un retardo en el desarrollo de 2 años, asimismo Trastorno por déficit de atención. Los tratamientos que se consideraron después del diagnóstico fue la toma de Ritalin (inicio con 10 mg. y después de 2 años se aumentó la dosis a 20 mg.), Fluoxetina, asistió con diversos “terapeutas de lenguaje” en Instituciones que se dedicaban a la “integración de personas con discapacidad” en donde se refiere avances mínimos, apoyo psicopedagógico por parte de USAER y de una escuela de educación especial, asimismo asistieron con una “bruja-curandera”, a la iglesia e incluso con otros psicoterapeutas sin obtener resultados eficaces.

Asisten a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, al laboratorio de Psicología y Neurociencias donde después de realizar la evaluación pertinente es canalizada al Laboratorio de Pensamiento y Lenguaje donde se coincide con las dificultades que presenta: alteraciones de habla (dislalia), autocuidado e higiene,

dificultades en el cálculo, lectoescritura, problemas de aprendizaje, dificultades para conciliar el sueño, sonambulismo, confusión de letras espejo y homófonas.

### **Aparatos y materiales:**

Se utilizó para los registros de voz dos reproductores de sonido MP3, marca Vios, entrevista clínica, hojas de registro de acuerdo al formato, pluma, lápiz, material que permitiría la adquisición de habilidades de autocuidado e higiene (ver en anexo algunos de los formatos). Asimismo se requirió de agua purificada, un espejo de 30 x 20 cm, televisión marca Sony, cronómetro del celular marca Sony Ericsson w580, depresores linguales desechables, guantes de uso quirúrgico desechables, cilindros de madera de 14 cm de largo x 5 mm de diámetro, cartulinas, marcadores, equipo de costura (aguja, hilo y ensartador), agujetas planas de 50 cm de extensión, tines blancos, tenis, suéter de botones, y de cremallera, pasta de dientes marca comercial, enjuague bucal cepillo de dientes, peine y bolitas de tela para el cabello, jabón para manos marca comercial, teléfono domiciliario, etc.

### **Espacio experimental:**

Laboratorio de pensamiento y lenguaje, cubículo A4-PA-22 de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM, con ruido exterior no controlable, con un área de 10.2168 m<sup>2</sup>.

Domicilio de la niña en diferentes escenarios (sala, recamara, baño, etc.) que permitieran realizar la evaluación e intervención pertinente de las variables independientes.

## **Procedimiento:**

Se diseñó la intervención en 5 fases correspondiendo la primera a línea base (A), en la cual se registran todas las variables dependientes. Una vez que se identifican las conductas en donde hay mayor y menor dificultad, se parten de aquellas que están instauradas para no generar frustración en el sujeto. Se van implementado en cada fase las VI, es decir, en B se incluye relajación, C se determina la variable de coordinación respiración habla, D se incluye reeducación foniátrica, en E sobreentrenamiento y finalmente F es para el desvanecimiento. El cambio de fase está en función que se cumpla un criterio de ejecución determinado por el terapeuta. A pesar del cambio de fase no se dejan de lado las variables independientes anteriores, se trabajan de manera simultánea y monitoreando cada una de las variables de la misma forma se continúan teniendo los registros por sesión.

A la par y al encontrar deficiencia en patrones de autocuidado e higiene se procede a incorporar variables de orden (w), higiene (x), seguridad personal (y) y tareas del hogar (z) con la misma forma de registro.

Correspondiente a la intervención en conductas de autocuidado e higiene se efectuó con técnicas conductuales como son: moldeamiento, modelamiento, instigación de tipo físico, visual y verbal, asimismo como el reforzamiento positivo.

Se trabajó durante 59 sesiones con duración de una hora cada sesión, en el horario de 14:00 a 15:00 h. Durante la evaluación y en algunas sesiones se realizó la

intervención en el hogar de la sujeto con la finalidad de obtener más información e intervenir en entornos naturales que permitieran generalizar los patrones conductuales.

De cada sesión se llevaba el registro de las conductas a trabajar, la forma de registro era por una asignación de valores para cada habilidad (ver en apéndices), se asignaba un valor de 2 a las habilidades adquiridas, el valor de 1 a las habilidades que estaban en proceso de adquisición y finalmente el número 0 aquellas habilidades que requerían ser adquiridas debido a su nivel de madurez de la sujeto.

El análisis de los datos para habla se obtuvieron realizando un registro de las variables dependientes de las primeras y últimas 3 sesiones de cada fase, los terapeutas realizaron el registro de forma simultánea y en un espacio donde se pudiera tener un mayor control de las variables extrañas. Se realizó el registro de la frecuencia de cada una de las VD, posteriormente se saca la confiabilidad entre los dos terapeutas (ver fórmula para obtener confiabilidad) y al tener una confiabilidad mayor o igual a 80% se obtiene un promedio de las frecuencias obtenidas en las 6 sesiones de cada fase.

La fórmula para sacar confiabilidad se presenta a continuación:

$$(Pm) / (PM) \times 100 = \text{confiabilidad}$$

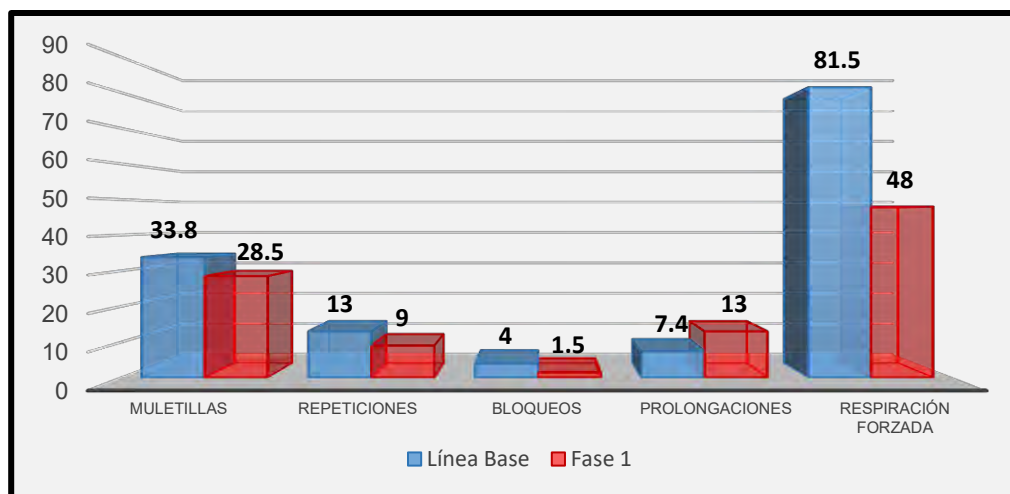
Pm = porcentaje menor obtenido

PM = porcentaje mayor obtenido

## Resultados:

Se realizó el análisis de los datos estableciendo una comparación formal entre Línea base (LB) y cada una de las 4 fases experimentales tanto de habla como de autocuidado e higiene, de forma simultánea. La comparación consistió en determinar las variables dependientes como discretas, es decir sólo considerar si ocurrían o no y cuál era la frecuencia promedio de cada una de las variables, estableciendo una relación entre LB-F1, LB-F2, LB-F3, y LB-F4.

La intervención, es decir el establecimiento de variables independientes empleadas en el modelo de trastornos de habla, tuvieron un efecto diferencial en las diversas variables dependientes, tal como se observa de manera sintética en la figura 9 que representa el comparativo entre la línea base y la fase 1 (relajación y coordinación respiración-habla), en donde se observa en azul la línea base y en rojo la fase experimental 1.



*Figura 9.* Comparativo entre Línea Base y Fase 1, donde la variable independiente fue relajación. Se observa un decremento en todas las variables exceptuando prolongaciones en donde se presenta un incremento.

Como se observa en la figura 9, la variable **Muletillas** en LB se obtuvo un promedio de frecuencias de 33.8; **repeticiones** obtuvo un promedio de 13; **bloqueos** presento un promedio de 4 y **prolongaciones** fue de 7.4; por último en **respiración forzada** el promedio en LB fue de 81.5. En la fase 1 (F1) **muletillas** bajo al 30.6%, **repeticiones** bajo al 1.17%, **bloqueos** bajo al 0.06%, **prolongaciones** bajo al 0.96% y **respiraciones forzadas** al 39.12%.

En figura 10 se puede apreciar la comparación entre LB y Fase 2 (F2), la variable independiente fue reeducación foniátrica en vocales y consonantes, donde se nota un decremento en las VDs, donde se puede observar en la mayoría una disminución de las frecuencias promedio. La variable **muletillas** bajo al 3.82%, la variable **repeticiones** disminuyo al 1.3%, mientras que la variable **bloqueos** bajo al 0.10%, la variable **prolongaciones** aumento en un 118% y la variable **respiraciones forzadas** decremento al 8.15%.

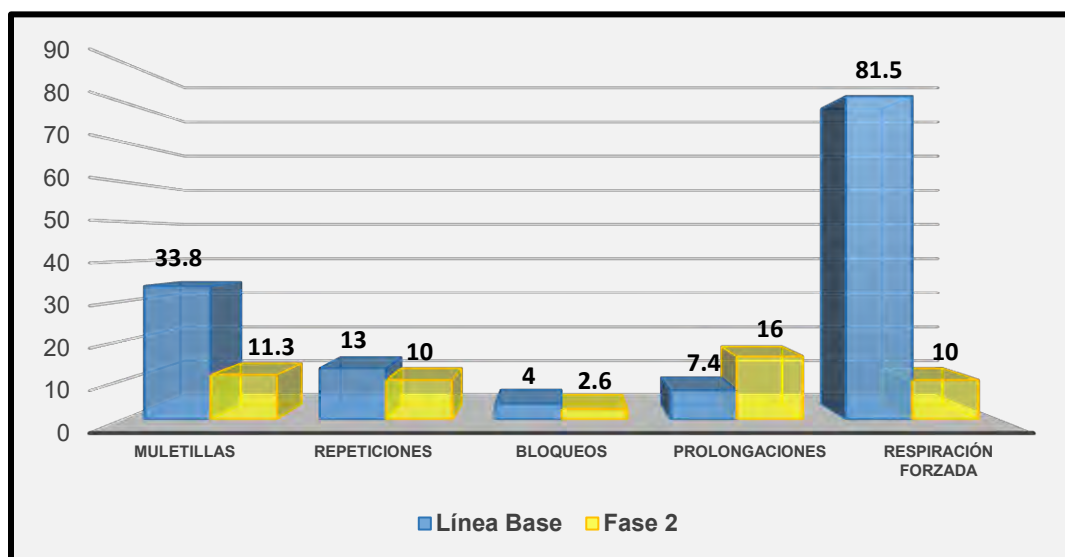


Figura 10. Comparativo entre Línea Base y Fase 2. Se observa un decremento en todas las variables exceptuando prolongaciones en donde se presenta un incremento.

En el siguiente figura se puede observar la comparación entre LB y Fase 3 (sobreentrenamiento), donde la variable **muletillas** decremento al 1.14%, **repeticiones** bajo al 0.39%, **bloqueos** decremento al 0.09%, **prolongaciones** decremento en 0.40% y por último se nota la variable de **respiraciones forzadas** donde bajo al 0.53% (figura 11).

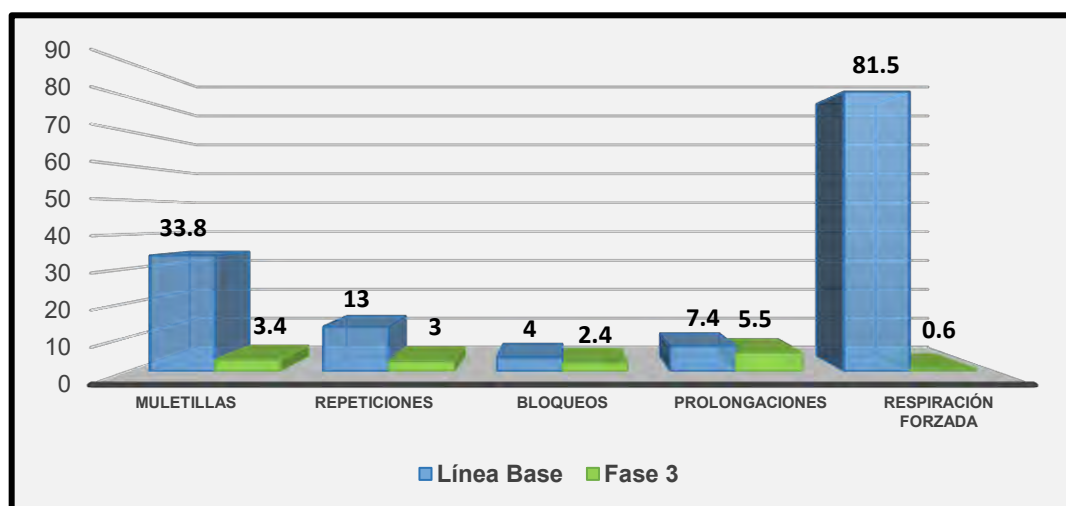


Figura 11. Comparativo entre Línea Base y Fase 3. Se observa un decremento en todas las variables.

Al realizar el comparativo entre la Línea Base y las Fases Experimentales (figura 12) se advierte la eficacia del método debido a la disminución de las VDs en su fase final comparación con la medición de las mismas en la LB.



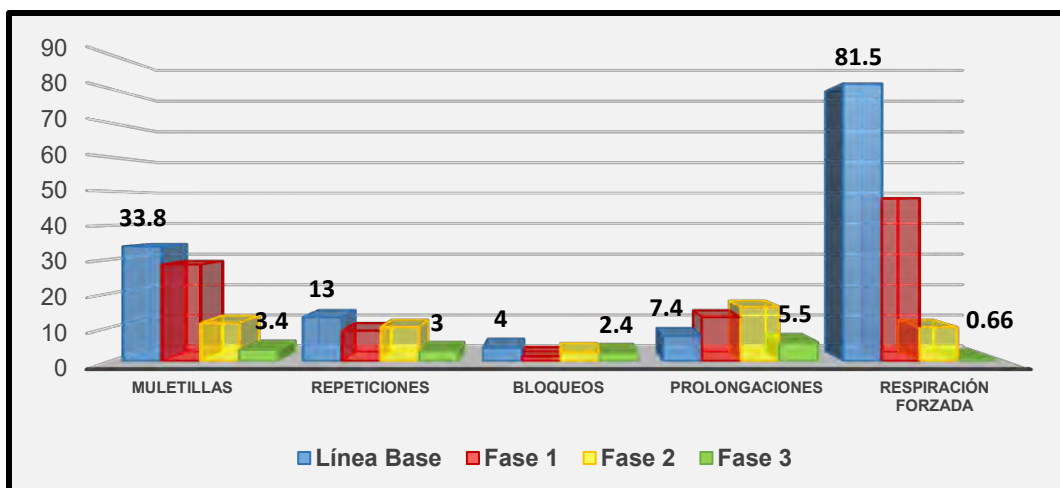


Figura 12. Comparativo de Línea Base y Fases Experimentales.

Se inició con un promedio de **muletillas** de 33.8 y se concluyó con un promedio de 3.4; en **repeticiones** se inició con un promedio de 13 y finalizó con un promedio de 3; en **bloqueos** el promedio inicial fue de 4 y el definitivo fue de un promedio de 2.4; en **prolongaciones** el promedio de LB fue de 7.4 y se culminó con un promedio de 5.5; y en **respiraciones forzadas** se arrancó con un promedio de 81.5 finalizando con un promedio de 0.66.

Por otro lado las VIs, del modelo de intervención de autocuidado e higiene, son igualmente sensibles a la modificación conductual como se observa en las siguientes figuras.

En la figura 13 se presentan las categorías: 1.- quitarse los tines, 2.- ponerse los tines, 3.- ponerse aretes, 4.- quitarse aretes, 5.- poner agujetas en los tenis, 6.- quitarse tenis, 7.- ponerse tenis, 8.- poner ropa superior externa, 9.- quitar ropa superior externa, 10.- bajar cierre, 11.- subir cierre, 12.- quitar las agujetas en los tenis, 13.- desamarrar agujetas, 14.- amarrarse agujetas, 15.- desabrocharse botones y 16.-

abrocharse botones. Durante la evaluación el sujeto no realizaba las categorías de poner agujetas en el tenis, amarrarse agujetas y ponerse aretes.

Al momento de la intervención se obtiene por resultado la realización de las mismas, se divide en dos gráficas (ver figura 13 y 14) los resultados obtenidos, lo anterior debido a una mejor apreciación comparativo entre línea base y fase 1. Al comenzar tenía un puntaje de 0 (conducta no instaurada) y al finalizar un puntaje de 2 (conducta instaurada).

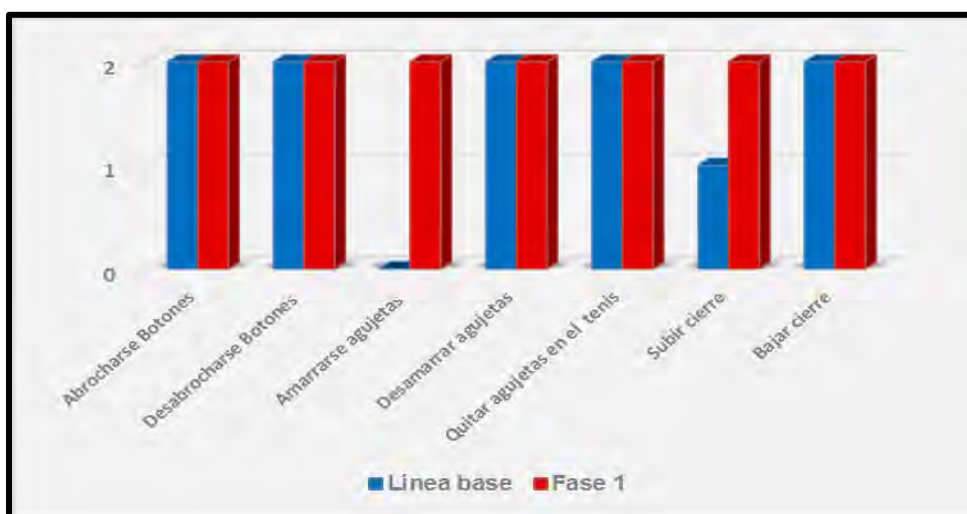


Figura 13. Comparativo Línea Base y Fase 1 (Arreglo personal)

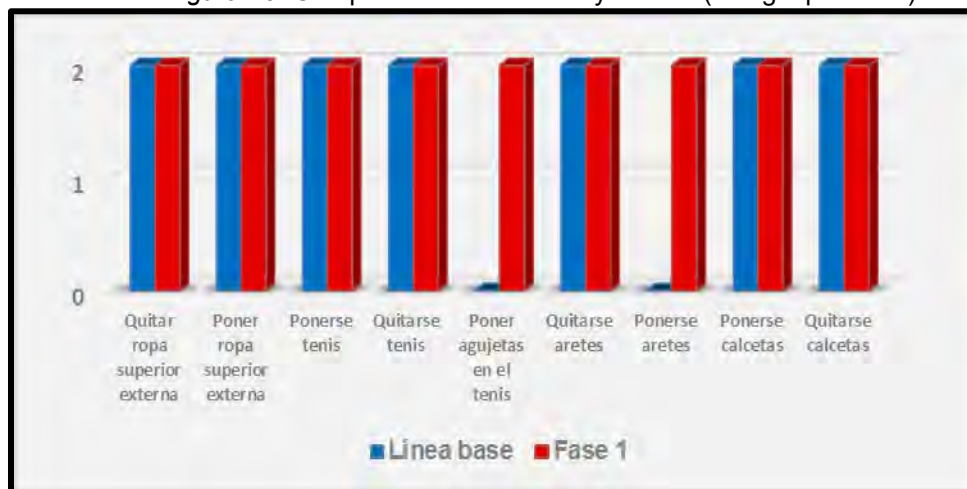


Figura 14. Comparativo Línea Base y Fase 1 (Arreglo personal)

En la figura siguiente (fig. 15) se muestran las categorías: 1.- acomodar ropa, 2.- acomodar cinturones, 3.- colgar ropa y 4.- doblar ropa, donde es evidente que en el proceso de evaluación el sujeto no realizaba en su totalidad (se puntuaba con 1) las categorías de acomodar en cajones y doblar ropa, sin embargo, al concluir la intervención se obtuvo un puntaje de 2, (lo cual indica que la conducta fue instaurada en su totalidad).



Figura 15. Comparativo Línea Base y Fase 2 (Orden)

La figura 16 muestra las categorías: 1.- lavado de manos, 2.- cepillado de dientes, 3.- peinarse, 4.- limpieza de nariz y 5.- distinción de ropa sucia y limpia. Esta gráfica señala que la categoría lavado de manos, cepillado de dientes, peinarse y limpieza de nariz el sujeto no la tenía instaurada en su totalidad (por tanto se puntuó con 1), sin embargo, al concluir la intervención las conductas mencionadas con anterioridad fueron instauradas (puntuándolas con 2).

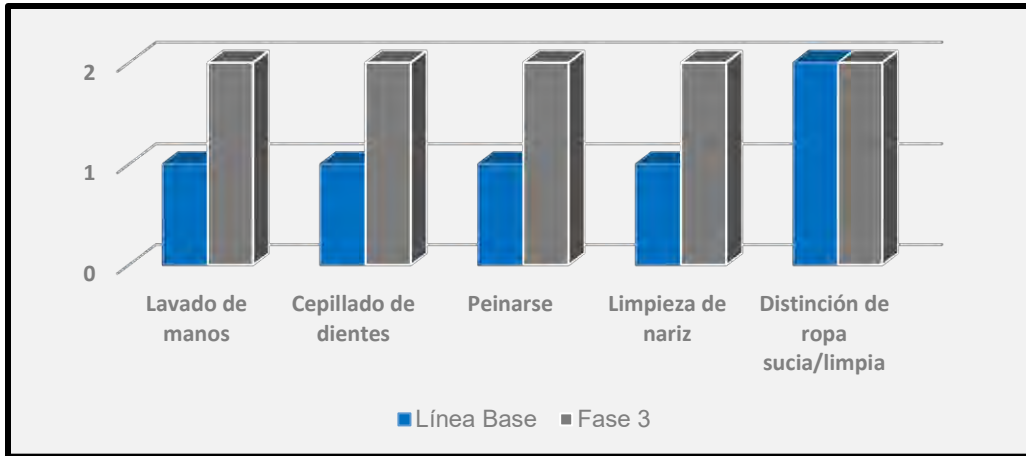


Figura 15. Comparativo Línea Base y Fase 3 (Higiene)

Continuando con la figura 16 donde se observa *in vid infr*, incluye las categorías: 1.- número telefónico, 2.- uso del teléfono, 3.- leer semáforo, 4.- pasar calles, 5.- domicilio y 6.- nombre de familiares, donde la categoría de saber el número telefónico no se encontraba instaurada (por su puntuación de 0) y al finalizar se instaure la conducta (puntuada con 2) y por otro lado las categorías de leer el semáforo, pasar calles, saber domicilio y saber nombre de familiares, no se encuentra instaurada en su totalidad (se puntuó con 1) pero como se puede observar, al concluir las categorías quedaron instauradas, cada una puntuada con 2.

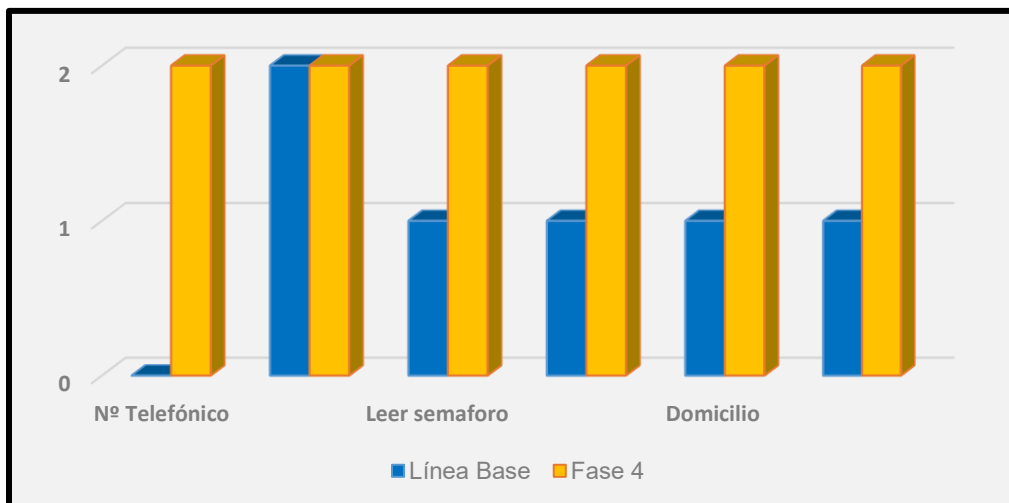


Figura 16. Comparativo Línea Base y Fase 4 (Seguridad Personal)

Por ultimo en la figura 17 muestra la fase 5 donde se intervino en tareas domésticas, donde las categorías son: 1.- orden de la habitación, 2.- retirar la mesa para sí misma, 3.- lavar trastos y 4.- cama tendida. La categoría de lavar trastos no se encontraba instaurada (puntuada con 0) y al terminar la intervención se instauro la conducta (puntuada con 2).

Una última categoría en la cual se intervino fue tender la cama la cual al momento de la evaluación se observó que la conducta no estaba instaurada en su totalidad (puntuada con 1) y cuando se completó la intervención la conducta quedo instaurada (se puntuó con 2)

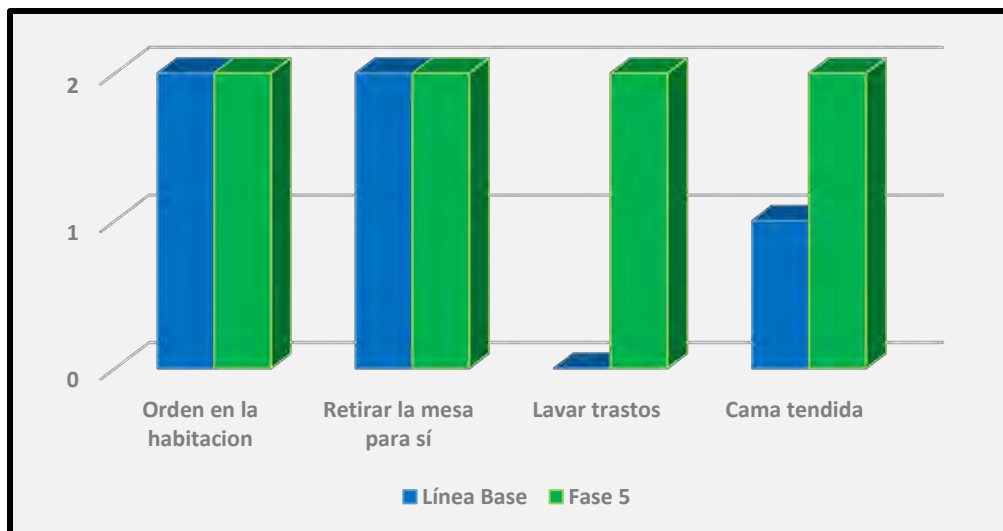


Figura 17. Comparativo Línea Base y Fase 5 (Tareas Domésticas)

## Discusión

En todos los campos en los que interviene el psicólogo, particularmente el clínico, resulta ser de importancia el concepto e idea de la persona se tenga, es decir que el hombre es más que la totalidad de la suma de sus partes y evidentemente es más que un motivo de consulta.

No sería ni profesional ni ético, dejar aspectos al margen de la intervención. La labor de este profesional es ver al sujeto de una forma integral. Esto implica abordar estilo de vida, valores, autoconcepto, emociones, pensamientos, etc. que permitan ver al sujeto como lo que es: un todo integrado, y en el mejor de los casos debe atenderse de manera interdisciplinaria para facilitar un pronóstico que garantice el desarrollo armónico del sujeto.

Cuando se habla de la labor del psicólogo, cabe mencionar que es ante todo un trabajo científico, que se realice de forma sistemática, lo que implicaría orden, control, sustento teórico sólido y de forma personalizada, esto quiere decir que la intervención no puede replicarse exactamente de un sujeto a otro, sin embargo se puede aplicar el mismo modelo propuesto con los ajustes necesarios, más no el diseño.

Respecto a la efectividad en la intervención de los problemas de habla (dislalia) y dificultades en el cuidado personal (autocuidado e higiene) se concluye que resultó exitoso debido a los registros realizados, así como el reporte familiar y escolar, es menester señalar la ocurrencia de las variables no controladas y las

cuales constituyen en sí mismas, factores de riesgo o de contaminación experimental importantes, sin embargo en este caso resultaron efectivas.

Un fenómeno que se observó durante el proceso fue la adherencia terapéutica, motivación materna, a pesar de no haber intervenido directamente con ellas resultaron ser determinantes para conseguir el éxito en la intervención, en este estudio de caso inicialmente la madre estaba fuertemente motivada, que se tradujo en una disposición extraordinaria donde participaba en todo, posteriormente la sujeto al ver los resultados que se iban teniendo sesión tras sesión se encontraba motivada, lo que facilitó el tratamiento y que realizó lo que se le indicaba, se generaron patrones conductuales que permitían que la usuaria se autorregulara; algunos ejemplos de ello y donde no se intervino directamente fue en el área escolar: la niña mejoró su rendimiento académico por lo que fue considerada para integrarse a la escolta escolar, esto fue un factor motivacional adicional, en la cuestión familiar mejor la relación con sus abuelos, apoyaba en actividades de casa, sustituyo actividades de ocio por actividades físicas o lúdicas, por ejemplo ver televisión todo el día a asistir a clases de natación, manualidades, costura.

Con respecto a las Variables Dependientes, muchas de ellas, dada su naturaleza, no fue posible medirlas, sino que se quedó en un nivel de estimación cualitativa. Por ello se hace necesario continuar trabajando en el campo de la observación y medición de las variables que son de interés para la psicología.

La niña recibió de manera simultánea un programa de control de peso, dado por otra institución, que contribuyeron a un resultado eficaz, y al preguntarle su

autoconcepto había modificado de forma positiva comparado con lo que mencionaba antes de la intervención.

A manera de análisis y reflexión es de suma importancia tocar diversos aspectos en la vida de la persona, en el presente estudio de caso se dejaron de lado algunas variables que son fundamentales para un resultado satisfactorio, como el pensamiento, emociones, dislexia, discalculia, entrenamiento en terapia racional emotiva, por lo que se recomienda a la comunidad científico-práctica poner atención en otras variables que puedan trabajarse simultáneamente para un resultado recomendable.

Finalmente, la propuesta de un modelo de intervención integral puede ser replicable para el área de la psicología, considerando que los diseños serán personalizados para un resultado exitoso en el sujeto.



## Conclusiones

- A pesar de que la intervención fue focalizada a un aspecto particular del habla, su impacto fue generalizado, es decir se modifica el problema de motivo de consulta y a la par se modificaron otros aspectos que demandaban una intervención.
- El resultado sería óptimo, aunque esto implicara tiempo y esfuerzo. Implicaría incorporar un co-terapeuta que trabajará de forma colaborativa y simultánea en otros aspectos que se impliquen.
- El modelo conductual resulta parsimonioso, efectivo y seguro en la intervención de este tipo de problemas. La técnica de Santiago (que pertenece a la tradición conductual), resulta eficaz para el tratamiento de trastornos de habla tal y como ha sido reportado en la literatura (ver Santiago & Sánchez, 1981; y Santiago & Servín, 2011).
- Dentro de este marco teórico, es indispensable el respeto a los valores y tradiciones familiares para mantener la empatía que facilita la relación terapeuta-paciente y la participación del psicólogo en los ambientes de laboratorio y del hogar. Por lo tanto se enfatiza, manejarse siempre dentro de los esquemas éticos y de respeto a las tradiciones familiares.
- De forma general se puede concluir que la disciplina científica y profesión de psicología es la idónea para la investigación y tratamiento de este tipo de problemas. La efectividad de su intervención es evidente en los resultados de la investigación experimental (laboratorios) como en la aplicación o intervención de problemas en el campo clínico, social o escolar.

- El modelo integral de intervención responde al compromiso profesional y ético del Psicólogo en su desempeño laboral como científico y profesionista; ya que considera al sujeto como un todo integrado y sus problemas están igualmente interrelacionados, por lo que el Psicólogo participa resolviendo el motivo de consulta, además aquellas áreas en donde se detecten alteraciones, déficit o hábitos muy estructurados, aunque originalmente no hayan formado parte del reporte del sujeto o familiares.

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5<sup>a</sup> ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Arbones, F. B. (2005) Detección, prevención y tratamiento de dificultades del aprendizaje: cómo descubrir, tratar y prevenir los problemas en la escuela. España: IdeasPropias.
- Ardila, A. (1983) Psicobiología del lenguaje. México: Editorial Trillas,
- Azcoaga, J. E. (1997) Los retardos del lenguaje en el niño. Barcelona: Paidós Ibérica
- Batista M. W., Miyashita E. Gomes, de O. G. (2014) Rehabilitación oral, tomo 1. Previsibilidad y longevidad (pp.24-81). China: Amolca
- Berruecos M. P. (1997) La terapéutica del lenguaje. México: La prensa medica mexicana.
- Boletín UNAM-DGCS-455. Dislalia, el cuatro por ciento de infantes en preescolar y primaria. (Julio/2012) Recuperado de:  
[http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2012\\_455.html](http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2012_455.html)
- Campos G., A. Karent (2013). Zona de desarrollo próximo en niños con dislalia (tesis de pregrado). Facultad de estudios Superiores Iztacala. México: UNAM

- Canguilhem, G. (2005) Lo normal y patológico. *México: Siglo XXI*
- Carlson Neil R. (2006) Fisiología de la conducta. Madrid: Pearson Educación (pp. 531-569)
- Cervera M. J. F: e Ygual F. A. (2003) Intervención logopédica en los trastornos fonológicos desde el paradigma psicolingüístico del procesamiento. *Revista de Neurología*, 36(1), 39-53. Recuperado de: <http://rtr.rediris.es/pub/bscw.cgi/d344458/Int%20tras%20fonol>.
- De la Fuente J. R. y Heinze G. (2015) Salud mental y medicina psicológica. México: Mc Graw Hill.
- Díaz K., M. (2015) *Historia de la odontología. Inicio y desarrollo en México*. La bibliografía en la Historia de la Odontología. (pp. 7-34) México:
- Diéguez-Vide, F. & Peña, C. J. (2012) Cerebro y lenguaje: sintomatología neurolingüística. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (2000). *Los hábitos de higiene*. Recuperado de <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/HIGIENE.pdf>
- Fairman, C. S. (1998) Trastornos en la comunicación oral: fonoaudiología para docentes, estudiantes y padres. Bueno Aires: Magisterio del Río de la Plata
- Fourez, G. (1994). La construcción del conocimiento científico: sociología y ética de la ciencia. Madrid: Narcea (p. 45-69).

Freud, S. (1873-1905) *Obras completas de Sigmund Freud. Tomo I. Equivocaciones orales* Biblioteca Nueva. Madrid Pp. 755-821

Garayzábal H. E y Otero C. Ma. (2005) *Psicolingüística, neurolingüística, logopedia y lingüística clínica: juntos sí, pero no revueltos*. *Filología y Lingüística XXXI (1)*: 163-185, 2005 ISSN: 0377-628X Recuperado de:

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=c09bf3f7-ade9-479d-bea8-ae04efb5041c%40sessionmgr120&vid=0&hid=103>

García, Martínez Moreno & Suarez (2004) *Retrasos en la adquisición y desarrollo del lenguaje: estudio de casos*. España: Editorial EOS

González, J. N. (2003) *Alteraciones del habla en la infancia: aspectos clínicos*. Buenos aires: Panamericana.

Grossman S. y Porth C. M. (2014) *Fisiopatología, alteraciones de la salud, conceptos básicos*. Barcelona: Wolters Kluver.

Gutiérrez S. R. (2001). *Introducción al método científico*. México: Esfinge (pp. 15-41).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Censo de población y vivienda 2010*. Recuperado de:

<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>

Labrador, F. J., (Ed.). (2008). *Técnicas de modificación de la conducta*. Madrid, España: Pirámide.

Lázaro G. E., Morales G. María A., Quintanar L. y Solovieva Y. (2014) Evaluación y corrección neuropsicológica del lenguaje en la infancia. *Pensamiento Psicológico*. 12, (1) pp. 39-53 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80131179003>

Leite de C. F., Lopes, F. M., Mendes, H. T., Batista, P. A., Rademaker, B. P. & Tabith, J. A. (2013). Pediatric phoniatry outpatient ward: clinical and epidemiological characteristics. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 79 (2) 163-167 recuperado de: [http://www.scielo.br/bjorl/v79n2/en\\_v79n2a06.pdf](http://www.scielo.br/bjorl/v79n2/en_v79n2a06.pdf)

Macotela, M. (1992). Inventario de habilidades básicas. México: Trillas.

McGuigan, F. J. (1992). Psicología experimental: enfoque metodológico. México: Trillas (p. 15-32).

Organización Mundial de la Salud (OMS). Foro Mundial de la Salud. Ginebra; 1996.

Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.

Palmar, S. A. (2014). Métodos educativos en la salud. Barcelona: Elsevier.

Pérez, A. M. (1999). Tratamientos Psicológicos. España: Universitas,

Phares J. E., Timothy T. J., Padilla, S. G. & Gómez L. Ma. E. (2000) *Psicología Clínica: conceptos, métodos y práctica*. México: El Manual Moderno.

- Portellano J. (2005), *Introducción a la Neuropsicología*. España: McGraw-Hill.
- Rangel, A., Sánchez M., Lozada M., y Silva, C. (1999) *Contribuciones a la Psicología en Venezuela*. Recuperado de: <https://goo.gl/Yj8Gfb>
- Ribes, E. (2013). *Técnicas de modificación de conducta*. México: Trillas.
- Sáinz, M. (2009) *Historia de la Psicología*. Barcelona: UOC
- Santiago, H. & Sánchez, J. (1980). *Una aproximación conductual al tratamiento de la tartamudez*. Tesis profesional. Facultad de Psicología. UNAM.
- Servín, C. A. (2012). *Control conductual de la tartamudez*. Tesis profesional. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM
- Skinner, B. F. (1977). *Ciencia y conducta humana*. España: Fontanella
- Veiga A., Matilde (2006) *Dificultades de aprendizaje: Detección, prevención y tratamiento*. España: Ideas propias.
- Vigotsky, L. (1977). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: Editorial La Pléyade.
- Vigotsky, L. S. (1988) *Interacción entre aprendizaje y desarrollo: El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona
- Villegas L., F. (2004) *Materiales de logopedia. Evaluación e intervención de las dificultades fonológicas*. Madrid: Pirámide.

# APÉNDICES



**Apéndice A.** Formato de historia clínica proporcionado por el Laboratorio de Pensamiento y Lenguaje.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
Historia Clínica Psicológica

**I. DATOS GENERALES**

**Expediente N°:**

**Nombre:**

**Domicilio actual:**

**Lugar y fecha de nacimiento:**

**Teléfono:**           **E-mail:**

**Sexo:** \_\_\_\_\_ **Edad:**

**Religión:** \_\_\_\_\_ **Escolaridad:**

**Edo. Civil:** \_\_\_\_\_ **Lugar de progenitura:**

**Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Ingresos:** -----

**No. de dependientes económicos:** \_\_\_\_\_

*En caso de que el paciente sea un menor de edad o adulto de custodia (con necesidades especiales), anote la siguiente información, nombre del padre, madre, tutor, responsable o familiar más cercano:*

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Escolaridad:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Domicilio actual:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Religión:** \_\_\_\_\_ **Edo. Civil:** \_\_\_\_\_

**Ingresos:** \_\_\_\_\_ **No. de dependientes económicos:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Escolaridad:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Domicilio actual:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Religión:** \_\_\_\_\_ **Edo. Civil:** \_\_\_\_\_

**Ingresos:** \_\_\_\_\_ **No. de dependientes económicos:** \_\_\_\_\_

## **II. MOTIVO DE CONSULTA.**

**Razón por la que acude a la consulta.** (*Documentar la causa de su asistencia, cuidando la cronología y desarrollo histórico, además si es voluntaria, forzada, condicionada, etc.*)

**Problema actual.** (*Anótese de manera exhaustiva tal y como lo refiere el paciente o el tutor, busque áreas afectadas, dañadas, etc.*)

**Fecha y forma de inicio del problema.** (*Fecha exacta o aproximada. Anótese como aparece, con todos los detalles posibles, si apareció súbita, paulatina, progresivamente, etc.*)

**Características más importantes del problema.** (*Diagnóstico, incapacitante, leve, moderado, intenso, cíclico, intermitente, permanente, frecuencia, duración,*):

**Causas.** (*Posibles desencadenantes o provocadores del problema*):

**Variables con las que se puede relacionar o coincidir.** (*Anótese todas aquellas variables o hechos que aparezcan antes, durante y después de la crisis o problemas*):

**Evolución.** (*Anótese cronológicamente cómo ha ido cambiando el problema, desde su aparición hasta el día de hoy*):

**Tratamientos recibidos.** (*Indáguese la forma de cómo ha enfrentado el problema de manera personal, familiar o comunitariamente; diagnósticos, tratamientos profesionales o de otra índole que haya recibido y valoren su eficacia*):

## **III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.**

**Historia personal de enfermedades.** (*Anótese de manera exhaustiva las enfermedades que haya padecido en toda la vida: infecciosas, neurológicas, metabólicas, genéticas, congénitas, tóxicas, etc.*):

**Accidentes y traumatismos.** (*Indáguese de manera exhaustiva, fecha de ocurrencia, sus posibles causas, tipo de lesión, grado de severidad, características, consecuencias, tratamientos recibidos, pronósticos, etc.*):

**Pérdida del conocimiento.** (*Indáguese de manera exhaustiva, fecha de ocurrencia, sus posibles causas, grado de severidad, características, consecuencias, tratamientos recibidos, pronósticos, etc.*):

**Crisis convulsivas.** (*Indáguese de manera exhaustiva, fecha de ocurrencia, sus posibles causas, grado de severidad, características, consecuencias, tratamientos recibidos, pronósticos, etc.*):

**Adicciones.** (*Anótese el nombre de la droga, uso y frecuencia, severidad de la adicción, tratamientos o ayuda profesional recibida, etc.*)

**Cirugías.** *(Indáguese de manera exhaustiva, fecha de ocurrencia, sus posibles causas, características, consecuencias, tratamientos posquirúrgicos recibidos, pronóstico, etc.):*

#### **IV. ANTECEDENTES HEREDO- FAMILIARES.**

**Familiares con trastornos del comportamiento.** *(Indáguese de manera exhaustiva, las líneas sanguínea y consanguínea materna y paterna, anotando en la medida de lo posible tratamientos recibidos, pronóstico, etc.):*

**Familiares con padecimientos crónico-degenerativos.** *(Indáguese de manera exhaustiva, las líneas sanguínea y consanguínea materna y paterna, anotando en la medida de lo posible tratamientos recibidos, pronóstico, etc.):*

**Familiares con padecimientos semejantes o relacionados con el que padece y reporta el paciente.** *(Indáguese de manera exhaustiva, las líneas sanguínea y consanguínea materna y paterna, anotando en la medida de lo posible tratamientos recibidos, pronóstico, etc.):*

**Desempeño social.** *(Indáguese de manera exhaustiva, las relaciones interpersonales que ha establecido en su ámbito social, por Ej. Amigos, vecinos, compañeros, subordinados, autoridades, etc.)*

**Estado de ánimo.** *(Indáguese de manera exhaustiva, el estado de ánimo que mantiene cotidianamente, anótese las variaciones que presenta, ciclicidad y posibles factores que provoque o estén asociados con los cambios, etc.)*

**Niveles de estrés.** *(Indáguese únicamente cuando se justifique, inicio, frecuencia, modalidad, conflictos, satisfacción; enfermedades de transmisión sexual, patologías asociadas, disfunciones, etc.)*

**Sexualidad.** *(Indáguese únicamente cuando se justifique, inicio, frecuencia, modalidad, conflictos, satisfacción; enfermedades de transmisión sexual, patologías asociadas, disfunciones, etc.)*

#### **V.FUNCIONES PSICOLÓGICAS SUPERIORES.**

**Marcha.** *(Anótese lo que observe, si es coordinada, incoordinada, rítmica, lenta, rápida, etc.)*

**Coordinación motora.** *(Obsérvese y pruebe fuerza y tono muscular, lateralidad, equilibrio, gruesa y fina, etc.)*

**Conducta social.** *(Obsérvese y pruebe el saludo, seguimiento de la conversación, integración, segregación, cooperación, sentimiento de pertenencia al grupo, club, iglesia, etc.)*

**Lenguaje.** *(Indáguese lógica del discurso, tono de voz, coherencia, discurso espontáneo, fluidez, orientación, contenido, circunloquios, muletillas, neologismos, modismos, etc.)*

**Memoria.** *(Indáguese memoria a corto plazo (segundos y minutos); reciente (de horas y días) y a largo plazo (meses y años) etc.)*

**Cálculo matemático.** *(Indáguese las operaciones básicas de suma, resta, multiplicación y división, de uno y varios dígitos)*

**Orientación en tiempo lugar y espacio.** *(Indáguese si está ubicado geográfica, histórica y temporalmente)*

**Alteraciones sensoperceptuales.** *(Indáguese todas las alteraciones que reporte el paciente en tacto, olfato, visión, audición, cinestesia, equilibrio, sensibilidad, etc.)*

**Atención.** *(Indáguese si puede mantener una conversación coherente, si se mantiene en el tema y tiempo, si sigue instrucciones complejas y si puede ejecutar más de dos instrucciones encadenadas, si puede mantenerse en una sola actividad hasta terminarla, etc.)*

**Conciencia del problema o enfermedad.** *(Indáguese si tiene conciencia de su propia enfermedad o problema, así como de las expectativas que tiene elaboradas del servicio que le ofrece la Fiscalía)*

**Autoconcepto.** *(Explore el concepto que tiene de sí mismo, con todas sus fortalezas y debilidades)*

## **VI. HISTORIA DEL DESARROLLO.** *(INDÁGUESE ÚNICAMENTE CUANDO ESTÁ ASOCIADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL PROBLEMA QUE ORIGINA LA CONSULTA)*

**Gestación o Embarazo.** *(Indáguese únicamente cuando se justifique, inicio, duración, conflictos, enfermedades de transmisión sexual, traumatismos, pérdida de conocimiento, patologías asociadas: preclampsia, eclampsia, amenaza de aborto, premadurez, etc.)*

**Parto y neonato.** *(Hasta los 28 días de nacido) (Indáguese únicamente cuando se justifique, tipo de parto, cesárea, problemas durante el parto, complicaciones, lugar del parto: domicilio, hospital, otro; características del neonato, peso, talla perímetro craneal, Apgar, etc. documéntelo con la hoja de nacimiento, etc.).*

**Problemas prenatales, (genéticos, congénitos) perinatales y postnatales** *(Documéntese con amplitud, todos los problemas, complicaciones, patología asociada, tratamiento, etc.)*

**Historia de maduración.** *(Indáguese de la manera más exacta y completa que pueda, sin no es posible recabarla con precisión, capture la información como se la proporcionen)*

**Edad en meses de:** \_\_\_\_\_

**Sostén de cabeza:** \_\_\_\_\_ **Sedestación:** \_\_\_\_\_

**Pedestación:** \_\_\_\_\_ **Deambulación:** \_\_\_\_\_

**Control de esfínteres.** *(Diurno, nocturno y mixto.* \_\_\_\_\_

**Lenguaje hablado:** \_\_\_\_\_ **Lenguaje escrito:** \_\_\_\_\_

**Problemas que haya detectado en los rubros anteriores:** \_\_\_\_\_

**Historia académica.** *(Indáguese de la manera más exacta y completa que pueda, si no es posible recabarla con precisión, capture la información como se la proporcionen)*

**Edad de ingreso** \_ años; **grado que cursa actualmente.** \_\_\_\_\_

**Grado máximo de estudio:** \_\_\_\_\_

**Desempeño académico.** *(Indáguese como fue su ejecución durante el periodo escolarizado, anote si tuvo expulsiones, que problemas presentó así como sus posibles causa y forma de enfrentarlos)*

**No. de años reprobados.** \_\_\_\_\_

**Promedio general por ciclo.** \_\_\_\_\_

#### **VII. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.**

**Alimentación.** *(Documéntese el tipo de alimentación, características, frecuencia, problemas relacionados, etc.)*

**Desempeño familiar.** *(Indáguese sobre la dinámica familiar, tipos de relación, dinámica interpersonal, conflictos más frecuentes)*

**Problemas legales.** *(Indáguese todos y cada uno de los conflictos legales como presunto responsable o como víctima, que haya tenido durante su vida)*

**VIII. DIAGNÓSTICO.** *(ANOTE SU IMPRESIÓN, SI FUERE POSIBLE ELABORE EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL; DOCUMÉTELO CON DSM-IV Y CIE-10)*

**IX. PRONÓSTICO.** *(ANOTE TODAS Y CADA UNA DE LA ÁREAS QUE ESTÉN DAÑADAS ASÍ COMO LA(S) FUNCIÓN(ES) QUE SE HA PERDIDO, LAS QUE SE PUEDEN RECUPERAR CON ALGÚN DÉFICIT Y LAS QUE SE MANTIENEN INTACTAS, ETC.)*

**X. PLAN TERAPÉUTICO.** *(ESTABLEZCA LAS ACCIONES PROFESIONALES Y CIENTÍFICAS CON LAS QUE ENFRENTARÁ EL PROBLEMA; ASÍ COMO LOS TIEMPOS Y MOMENTOS DE APLICACIÓN DE CADA UNA DE LAS FASES, VARIABLES O TRATAMIENTOS)*

**XI. EVOLUCIÓN.** *(ANOTE TODOS LOS CAMBIOS DEL PROBLEMA, SIN IMPORTAR LA DIRECCIÓN, OBSERVADOS O REPORTADOS POR EL PACIENTE, A PARTIR DE LA PRIMERA ENTREVISTA. ANÓTESE EN CADA SESIÓN O ENTREVISTA.)*

**ELABORÓ:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**Apéndice B.** Ejemplo de una sesión enfocada en el habla; perteneciente a fase 2 (coordinación respiración-habla)

**FASE 2. COORDINACIÓN RESPIRACIÓN HABLA.**

**FECHA:** 13 de abril de 2010.

**HORA DE ENTRADA:** \_\_\_\_\_

**HORA DE SALIDA:** \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:** Que la paciente domine la inspiración y espiración al hablar, esto permitirá una mayor fluidez en el habla.

Para que el objetivo sea cumplido durante la sesión se controlará lo siguiente:

- Que en la inspiración únicamente tome aire por la nariz y nunca por la boca.
- Que la paciente se encuentre en una postura recta para que así entre aire abundante en sus pulmones.
- Observar que la paciente no quiera engañar al examinador fingiendo que respira, para esto se observará el movimiento de las aletas de la nariz.
- La paciente al inspirar debe tomar una cantidad de aire considerable.
- Evitar la hiperventilación controlando el tiempo de la dinámica.

**MATERIALES:** Una Botella de agua, registro de observaciones.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se le indicará a la paciente que la dinámica consistirá en una conversación regida por un intercambio de historias de terror entre paciente y examinador. Primero la paciente contará una historia durante un tiempo de 3 minutos. Antes de hablar respirará profundamente por la nariz, hecho esto procederá a hablar mientras saca el aire lentamente por la boca, cuando sienta que queda poco aire en sus pulmones sacará dicho aire y repetirá la coordinación hasta que terminen los 3 minutos. Pasado dicho tiempo para evitar la hiperventilación y un posible dolor de cabeza en la paciente el examinador procederá a contarle una historia durante 5 minutos. Después será nuevamente el turno de la paciente. El ejercicio se realizara 3 veces en la sesión.

**DURACIÓN DE LA DINÁMICA:** De 20 hasta un máximo de 25 minutos.

**NÚMERO DE SESIONES:** El número de sesiones estará en función del cumplimiento del criterio de ejecución establecido. El cuál es el dominio de la coordinación respiratoria al hablar.

**OBSERVACIONES Y RESULTADO DE LA SESIÓN:**

---

---

**Apéndice C. Sesión de habla en la fase 4 (desvanecimiento)**

**FASE 4. SOBREENTRENAMIENTO.**

**FECHA:** 31 de mayo de 2011.

**HORA DE ENTRADA:** \_\_\_\_\_

**HORA DE SALIDA:** \_\_\_\_\_

**OBJETIVOS:** En la parte final del tratamiento, se incluye el desvanecimiento para generar patrones de autorregulación en el control del habla.

**DESCRIPCIÓN:**

1. Al inicio de la sesión se realizara un ejercicio de relajación con la paciente para liberar la tensión que esta pudiera tener a su ingreso al consultorio.
2. Se le pedirá a la paciente que muestre la articulación de cada fonema que se le ha enseñado (comenzando con las vocales y después con las consonantes). Cada fonema que la paciente muestre como se articula, se calificara en la hoja de registro con 0,1 o 2.
3. Durante 30 minutos se le pedirá a la paciente que platique lo que ha hecho durante este periodo, siempre y cuando cumpla con los siguientes requerimientos:
  - Hablar en silabeo.
  - No olvidar la respiración.
  - Descanso cada...
4. Dar indicaciones de:
  - Grabaciones.
  - Material para la próxima cita.
  - Próxima cita: 28 de junio de 2011.

**OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA SESIÓN:**

---

---

---

---

---

## TABLAS DE REGISTROS.

**Instrucción:** Otorgar la categoría de número de acuerdo a la articulación correcta de cada fonema.

VOCAL	REGISTRO
/a/	
/e/	
/i/	
/o/	
/u/	

CONSO.	/a/	/e/	/i/	/o/	/u/
/b/					
/c/					
/d/					
/f/					
/g/					
/j/					
/k/					
/l/					
/m/					
/n/					
/ñ/					
/p/					
/r/					
/rr/					
/s/					
/t/					

CONSONANTE	REGISTRO
/b/	
/c/	
/d/	
/f/	
/g/	
/j/	
/k/	
/l/	
/m/	
/n/	
/ñ/	
/p/	
/r/	
/rr/	
/s/	
/t/	

**0= no lo hace.**  
**1= lo hace pero no correctamente.**  
**2= Lo hace correctamente.**



**Apéndice D.** Ejemplo de un registro y planeación de una sesión de autocuidado e higiene en la fase 1 (conductas de arreglo personal)

**FASE 1. CONDUCTAS DE ARREGLO PERSONAL**

**FECHA.** 13 de abril de 2010.

**TIEMPO.** 18 min. y 87 seg.

**Atado de agujetas.**

**OBJETIVO.** Mantener en su repertorio las conductas de arreglo personal, como también implementar las conductas que no están del todo bien o se presentan con algún tipo de dificultad al ejecutarlas.

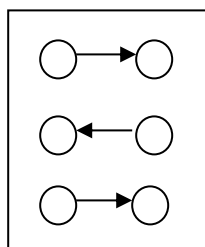
Moldeamiento, modelamiento y aprendizaje vicario.

**MATERIAL.**

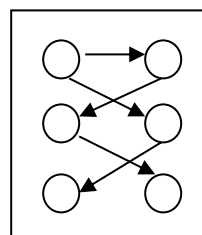
- Tenis con sus respectivas agujetas.
- Cronometro.
- Hoja de registro.

**Cada paso a realizar se hará con la paciente al mismo tiempo.**

1. Desatar la agujeta del tenis.
  - Jalar por un extremo de la agujeta para poder quitar el nudo del tenis.
  - ir sacando las agujetas de los orificios del tenis.
2. Retirar el tenis del pie.
3. Colocar el tenis en una superficie cómoda para la paciente para poder enseñar y practicar el atado de agujetas.
4. Al tener el tenis en una superficie cómoda, comenzar a poner las agujetas.
  - Meter un extremo de la agujeta en el último orificio del tenis destinado a las agujetas.
  - Sacar la agujeta del orificio.
  - Repetir los dos pasos anteriores, hasta haber cumplido el criterio de ejecución.
  - Una vez cumplido el criterio de ejecución, instruir para que la actividad realizada con anterioridad sea repetida en cada orificio de la agujeta llevando un orden (como se muestra en la siguiente figura.)

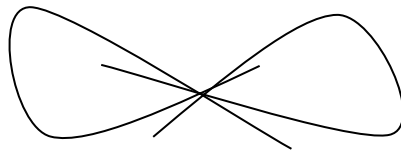


*Forma Horizontal.*



*Forma cruzada.*

- Una vez colocado la agujeta en todos los orificios, cruzar ambos extremos de la agujeta, formando una "X" (al formar la "X", observar que ambos extremos de la agujeta estén al parejo).
- Meter un extremo de la agujeta en medio de la forma de "X", para así formar un nudo.
- Tomar ambos extremos y hacer con cada uno una forma de curva como se muestra en la figura.



- Al tener forma del moño, entrelazar ambos extremos de la agujeta para poder terminar con el moño de las agujetas.
- -apretar el moño y repetir lo mismo, para conseguir uno doble y evitar que se desamarre.

Realizar ensayo 1 y 2 con instrucción, tomar tiempos y registrar de acuerdo a la puntuación de 0-1-2.

**Actividad en casa.** Realizar los mismos pasos para atarse las agujetas 2 veces al día durante una semana, con supervisión por parte de la madre.

**Tiempo (ensayo 1 con instrucción):** 13 minutos 07 segundos.

**Calificación:** 2

**Tiempo (ensayo 2 con instrucción):** 6 minutos 31 segundos.

**Calificación:** 2

**Apéndice E.** Ejemplificación de una sesión de autocuidado e higiene en fase 2 (conductas de seguridad personal).

**FASE 2. CONDUCTAS DE SEGURIDAD PERSONAL**

**FECHA.** 10 de agosto de 2010.

**TIEMPO TOTAL:** \_\_\_\_\_

**Saber número telefónico y hacer uso del teléfono.**

**OBJETIVO:** Mantener e implementar en el repertorio de la paciente conductas de seguridad personal.

Moldeamiento, modelamiento y aprendizaje vicario.

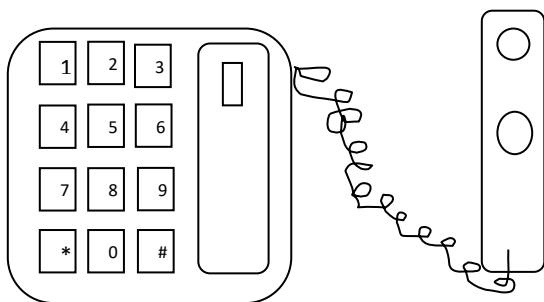
**CONDUCTAS DE SEGURIDAD PERSONAL.**

❖ **SABER SU NÚMERO TELEFÓNICO Y MARCAR EL TELÉFONO.**

**MATERIAL:**

- Un teléfono (parecido al de su casa)
- Papel.
- Pluma.
- Hojas de registro.
- Cronometro.

1. Se le pedirá a la paciente que identifique cada parte del teléfono y cada tecla del teléfono.



2. Que la paciente, escriba en un papel, su número telefónico (en caso de que no se lo sepa).
3. Si supo su teléfono no existe la necesidad de que lo escriba y por lo tanto si no escribió y lo menciono se procederá a que en las teclas marque su número telefónico sin equivocación.
4. Registrar cada tiempo.

## **INTERVENCIÓN.**

**Ensayo 1 (con instrucción):** 1 minuto 49 segundos.

**Calificación:** 2

**Ensayo 2 (con instrucción):** 18 segundos.

**Calificación:** 2

**Ensayo 1 (sin instrucción):** 23 segundos.

**Calificación:** 2

**Ensayo 2 (sin instrucción):** 13 segundos.

**Calificación:** 2

## **✓ CUMPLE CRITERIO DE EJECUCIÓN.**

### **Actividades en casa.**

- Marcarme a determinada hora al número del cubículo, nadie podrá marcar, solamente la paciente y esto será referido por la madre.
- Memorizar el número de su casa: xx-xx-xx-xx
- Y que escriba en un papel el nombre de cada uno de sus familiares por jerarquías desde sus abuelos, hasta sus hermanos y ella (árbol genealógico).
- Que no deje de practicar las conductas de autocuidado ya instauradas.