



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y
LETRAS

COLEGIO DE PEDAGOGÍA

Tesina

**“Intervención pedagógica en niños (as) de 6
años de edad con dislalia”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

PRESENTA: CLAUDIA LUZ ARAGÓN MATA

ASESORA: LIC. ESTHER HIRSCH PIER



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2021



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.

Índice

	Pág.
Introducción	
Capítulo 1. El lenguaje: aspectos y factores	8
1.1. Comunicación.....	9
1.2. Lenguaje.....	11
1.2.1. Elementos del sistema lingüístico.....	13
1.3. Adquisición del lenguaje.....	16
1.3.1. Procesos de adquisición del lenguaje: sustituciones, asimilaciones y simplificaciones de la estructura silábica.....	19
1.3.2. Funciones de adquisición comunicativas del lenguaje.....	19
1.4. Desarrollo del lenguaje.....	20
1.4.1. Etapa prelingüística.....	20
1.4.2. Etapa lingüística.....	22
Capítulo 2. Desarrollo del niño(a) de 6 años de edad	23
2.1. Desarrollo del niño(a) de 6 años de edad.....	26
2.1.1. Teorías del desarrollo acerca de los niños(as) de 6 años de edad.....	27
2.2. Desarrollo físico.....	29
2.3. Desarrollo cognoscitivo.....	31
2.4. Desarrollo socioemocional.....	33
Capítulo 3. Alteraciones del lenguaje oral	36
3.1. Las alteraciones del lenguaje.....	37
3.2. Clasificación de las alteraciones del lenguaje.....	39

3.2.1. Alteraciones de la comunicación.....	40
3.2.1.1. Mutismo.....	41
3.2.1.2. Mutismo selectivo.....	41
3.2.2. Alteraciones de la voz.....	42
3.2.2.1. Disfonía.....	42
3.2.2.2. Afonía.....	43
3.2.3. Alteraciones del lenguaje.....	43
3.2.3.1. Retraso del lenguaje.....	44
3.2.3.2. Disfasia o afasia congénita o del desarrollo.....	45
3.2.3.3. Afasia.....	45
3.2.4. Alteraciones del habla.....	46
3.2.4.1. Dislalia.....	48
3.2.4.2. Disglosia.....	49
3.2.4.3. Disfemia.....	50
3.2.4.4. Disartria.....	51
3.2.4.5. Retraso del habla.....	53
3.3. Clasificación de problemas del lenguaje propuesto por DSM IV.....	53
3.3.1. Trastorno de lenguaje expresivo.....	53
3.3.2. Trastorno mixto del lenguaje receptivo – expresivo.....	54
3.3.3. Trastorno fonológico (o del desarrollo de la articulación).....	54
3.3.4. Tartamudeo.....	55
3.3.5. Trastornos de la comunicación no especificados.....	55
3.4. Etiología de las alteraciones del lenguaje.....	55

3.4.1. Alteraciones de la comunicación.....	56
3.4.2. Alteraciones de la voz.....	57
3.4.3. Alteraciones del lenguaje.....	57
3.4.4. Alteraciones del habla.....	58

Capítulo 4. Tipos y métodos de la intervención pedagógica en las alteraciones del

habla.....	61
4.1. Detección y evaluación a las alteraciones del lenguaje oral.....	62
4.1.1. Cuestionamiento en la evaluación.....	64
4.2. Qué es la intervención pedagógica en las alteraciones del habla.....	69
4.2.1. Proceso de intervención.....	69
4.3. Modelos de intervención en las alteraciones del habla.....	71
4.3.1. Estrategias de intervención pedagógicas en las alteraciones del habla.....	73
4.3.2. Sugerencia de ejercicios por clasificación en alteraciones del lenguaje oral....	76

Capítulo 5. Intervención pedagógica en niños(as) de 6 años de edad que presenten

dislalia.....	81
5.1. Información general de las dislalias.....	83
5.2. La entrevista inicial.....	84
5.2.1. Componentes de la entrevista.....	86
5.3. Intervención interdisciplinaria.....	89
5.4. Pruebas para establecer: aspecto sensorial, madurez neuromotriz, aspecto sonoro, lenguaje, motricidad.....	91
5.4.1 Aspecto sensorial.....	91
5.4.2. Test de Bender.....	94

5.4.3. Pruebas de lenguaje.....	101
5.4.4. Psicomotricidad.....	103
5.5. Ejercicios orofaciales.....	106
Propuesta pedagógica: Plan de intervención pedagógica en dislalia.....	110
Conclusiones.....	130
Bibliografía.....	133
Anexos.....	137
Anexo 1.....	138
Anexo 2.....	140
Anexo 3.....	141
Anexo 4.....	144
Anexo 5.....	146
Anexo 6.....	162

Introducción

Es primordial el desarrollo correcto del lenguaje durante la infancia y en niños de educación escolar; como se observa en el plan de estudios de educación básica de la SEP, el lenguaje y la comunicación, son el primero de los componentes en los que está organizado el currículo de educación básica en México; y como lo menciona el modelo educativo: el lenguaje y la comunicación, organizan el pensamiento y son la llave de todos los aprendizajes; por este medio se fomenta la evolución del lenguaje, el desarrollo intelectual y la sana interacción social, a través de un habla fluida y una comprensión profunda de la lectura; acercándolos al gusto por leer. Por ello es relevante atender el correcto desarrollo del lenguaje, siendo así que, en el presente, se encuentra la investigación de las principales alteraciones del lenguaje, que se manifiestan, y ocasionan dificultades en algunos niños/as de edad escolar. Es competente la intervención en estos problemas, en específico se interviene en donde se encuentra una mala producción fonológica, debido a algún mal hábito de pronunciación, es decir en la *dislalia*. Es necesaria la aplicación de métodos, estrategias y técnicas didácticas para la atención de dicha alteración, la cual se manifiesta recurrentemente en las aulas de las escuelas; y es de interés destacar la intención de prevenir problemas académicos. Al abordar los problemas del habla, con la intención de favorecer el correcto desarrollo de las habilidades lingüísticas y poder así, contrarrestar alguna repercusión en la comunicación y la interrelación con el entorno.

En el *primer capítulo* de esta investigación se encuentran los aspectos fundamentales del lenguaje, la descripción del significado de lenguaje, la evolución de la comunicación en el ser humano, la importancia para el desarrollo en las actividades grupales y la evolución social.

En el *segundo capítulo* se encuentra la especificidad del desarrollo físico, cognoscitivo y socioemocional de los niños/as que inician la educación escolar. Como se menciona en la teoría

del desarrollo cognitivo de Piaget, se encuentran al final de la etapa del *pensamiento preoperatorio*; cabe destacar que es en esa etapa cuando es oportuno intervenir en los problemas de articulación, ya que a esa edad ya se adquirieron los fonemas, el lenguaje comprensible y fluido.

En el *tercer capítulo* se encuentra la descripción de los diferentes problemas del lenguaje: la *dislalia, disfemia, disglosia, retrasos simples y severos del lenguaje*, y sus componentes, tales como: causas, síntomas, características y clasificación de cada uno, para poder diferenciar la alteración, cuando se presente el caso.

En el *cuarto capítulo* se abordan los tipos y modelos de intervención, asimismo las evaluaciones a aplicar para determinar las estrategias pedagógicas que resultarán funcionales en el plan de intervención.

En el *quinto capítulo* se sugiere el proceso de intervención para atender los casos de alteración en la producción fonológica, orientado a la *dislalia*; se describe la manera de llevar a cabo el procedimiento, por medio de: entrevista, pruebas de maduración, lenguaje, sensoriales, motrices y estrategias didácticas para intervenir.

Al final de la investigación, se hace una propuesta pedagógica, que consiste en un plan de intervención en niños con problemas de *dislalia* y que se encuentran al inicio de la educación escolar. Es un plan de trabajo que puede ser aplicado por los profesionales de la educación, que cuenten con bases psicopedagógicas y que sea de su interés el tema de la comunicación, el lenguaje y la prevención para evitar que repercuta en el ámbito escolar.

Capítulo 1. El lenguaje:

Aspectos y factores

*“Mientras mayor es la isla del conocimiento, más grandes son las
riberas del asombro”.*

Ralph M. Sockman.

En este primer capítulo se encuentran los aspectos que se involucran en el lenguaje, su definición y la manera en la que se emplean en la vida diaria; con un fin social y de utilidad para los seres humanos.

Asimismo se localiza la diferencia entre lenguaje, habla y lengua, para posteriormente conocer en lo general el proceso de la producción de sonido (fonológico); y el funcionamiento de los sistemas encargados, para así identificar cuando se presente la problemática en el habla. También se hace mención de cómo el infante adquiere el lenguaje, su utilidad ante el medio y las etapas en las que consiste su evolución. Se dirige a la etapa en la que los niños y niñas desarrollan en gran medida el lenguaje y su articulación.

1.1. Comunicación

A lo largo de la historia, el ser humano se ha encontrado con la necesidad de recurrir a la creación y uso de herramientas, para conseguir cubrir sus necesidades biopsicosociales de una manera más práctica; por medio de la organización de grupos para el trabajo colaborativo, tanto para la obtención de alimento, como para la elaboración de un techo para su resguardo y seguridad física, y también la necesidad de adecuar la interacción entre los mismos integrantes, al establecer acuerdos dentro de su comunidad, al favorecer la realización de las tareas que correspondieran a cada uno de los roles asignados. Posteriormente se iniciaron en la utilización de códigos y signos para expresar un contenido con significado para la comunidad, y llevar a cabo la comunicación, una interacción entre individuos por medio del proceso de transmisión de ideas y pensamientos, al emplear el lenguaje rudimentario oral, escrito y/o señas. Al transmitir el mensaje en un circuito entre emisor y receptor, ahí se lleva a cabo la codificación y

decodificación por los miembros que interactúan. Se transmite el sonido por el canal auditivo-oral o los gestos y códigos por vía viso-manual.

C. de Fairman (1998) afirma:

El punto de partida del circuito está en el cerebro de uno de los dos interlocutores, en éste se localizan los hechos de la conciencia o conceptos que se hallan asociados con las representaciones de los signos lingüísticos o imágenes acústicas que se utilizan para la expresión de los mismos. Un concepto cualquiera que el emisor quiera transmitir desencadena en su cerebro una imagen acústica determinada, la que mediante las vías nerviosas se transmite a los órganos de la fonación como impulso correlativo a dicha imagen. A continuación, las ondas sonoras que emite el aparato fonatorio se propagan de la boca del emisor al oído del receptor de donde son transmitidas al cerebro, seguidamente el circuito se continúa en sentido inverso y así sucesivamente en el caso de una conversación (p. 55).

El proceso de comunicación no es únicamente por medio del lenguaje oral, se puede llevar a cabo por medio de campos sensoriales, como la vista y señas. Una de las intenciones de la comunicación es generar las relaciones interpersonales con el entorno, para solucionar necesidades grupales y particulares. Conforme se lleva a la práctica constante se adquieren habilidades, al formar discursos con temas de interés en particular y en común con un grupo; para propiciar diálogos que manifiestan pensamientos, gustos, intereses o desacuerdos, también se promueve la convivencia y destreza, al formular conceptos por medio de la lengua local.

La comunicación inicia desde el vientre materno y posteriormente, en el momento que interactúa con las personas del entorno, por medio de gestos y sonidos; y en la niñez durante el desarrollo de las relaciones con sus familiares y posteriormente en la vida escolar. Generándose así, los planteamientos de procesos de pensamiento para transmitir ideas y comenzar a resolver necesidades, por medio del diálogo entre un emisor y un receptor.

Se promueve que en la juventud se tengan desarrolladas las habilidades comunicativas, como dice Acacia (s.f):

El joven del siglo XXI deberá saber leer, escribir con facilidad, orden y coherencia; dominará sin temores, sin inhibiciones, la expresión oral; pero también deberá saber escuchar la voz de los otros, tanto con una amplia comprensión de la diversidad de opiniones, como con la suficiente agudeza para percibir [...] discursos (p. 241).

Por ello es importante reconocer los aspectos de la comunicación, ya que se lleva a la práctica en cada momento de nuestras vidas, siendo pues, fundamental en la vida diaria del ser humano, para conseguir y ofrecer intercambios de pensamientos, apoyos, necesidades y el logro de objetivos de interés de una comunidad y de particulares.

1.2. El lenguaje

El lenguaje es un sistema de comunicación, una transferencia de ideas, de sentimientos de un individuo a otro. Es un proceso complejo y abstracto, por la emisión y transferencia de símbolos que son significativos dentro de un grupo social y pueden ser expresados por distintos medios como el oral, escrito o señas. Valmaseda (2007) afirma:

El lenguaje es una representación interna de la realidad construida a través de un medio de comunicación que es compartido socialmente. Una persona con lenguaje ha codificado e internalizado una variedad de aspectos de la realidad de manera que puede representar a otros información relacionada con objetos, personas, acciones, cualidades y relaciones desvinculadas del aquí y el ahora. Por tanto, se podría señalar que el lenguaje es: un sistema de signos (organizado en distintos códigos) arbitrario y compartido por un grupo; con el objetivo de comunicar con los demás; que permite manipular mentalmente la realidad en ausencia de la misma (p. 102).

El lenguaje es una habilidad que es puramente racional y le da la categoría de ser pensante al ser humano; por lenguaje hay que entender aquella función como intrínseca y compleja que permite expresar, percibir estados afectivos y conceptos, por medio de signos acústicos o gráficos. En Sapir (1954) se lee “el lenguaje es un método exclusivamente humano, y no instintivo, de comunicar ideas, emociones y deseos por medio de un sistema de símbolos producidos de manera deliberada” (p. 14).

El lenguaje oral es la transferencia de pensamientos por medio del sonido producido por la cavidad oral, a este sonido se le conoce como el habla.

El habla es la ejecución oral de un idioma o lenguaje y es una representación del pensamiento; es un mecanismo individualizado en el que los órganos de producción oral deben estar desarrollados adecuadamente para que la emisión del sonido sea inteligible.

El habla no es una actividad simple, realizada por uno o más órganos biológicamente adaptados para ese objeto. Es una red muy compleja y siempre cambiante de adaptaciones diversas en el cerebro, en el sistema nervioso y en los órganos articulatorios y auditivos, que tiende a la deseada meta de la comunicación de ideas. (Sapir, 1954, p.15).

La lengua es una codificación entre una comunidad, está conformada por distintos signos que corresponden a diferentes conceptos, los cuales son interpretados por los miembros de dicha comunidad; denominada un factor social.

La función del lenguaje supone, por una parte, un sistema de reglas, la lengua es la que especifica la manera de utilizar el material verbal para significar (simbolizar) la realidad exterior o imaginaria, y, por otra parte, la materialización de este sistema en comportamientos concretos de palabra o escritura. La lengua rige las asociaciones entre los afectos, los conceptos, las ideas a expresar en una palabra, los contenidos o significados y el material verbal utilizado a este efecto. Los órganos de la palabra y su dirección neuromuscular permiten realizar las significaciones proyectadas bajo la forma de grupo de sonidos. Estos son transmitidos al interlocutor y decodificados por éste para recobrar el significado deseado por el locutor. (Rondal y Seron, 1995, p. 124).

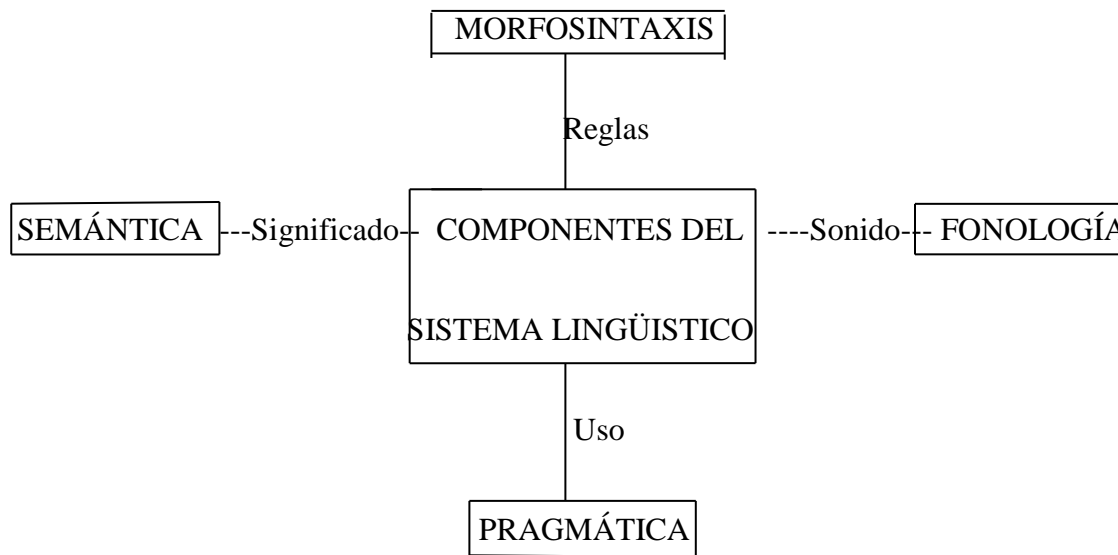
El lenguaje oral es entonces un sistema lingüístico, de funcionamiento individual y de aplicación social; en el que se involucran las áreas fonatoria, cognitiva y sensorial, por parte del emisor del mensaje y el receptor del mismo. Se emplea el símbolo para generar acciones, sentimientos y pensamientos, convirtiendo a éste en un instrumento para la interacción entre individuos y generar una comunicación.

A continuación se describe cómo funciona este sistema de reglas de la lengua y sus

elementos:

1.2.1. Elementos del sistema lingüístico

El sistema lingüístico se conforma por una estructura, la cual es interdependiente y su interacción es indivisible, de suceder lo contrario es donde se presentan los problemas de lenguaje.



(Adaptado de Gallardo y Gallego, 2002)

Fonema

Término derivado de la palabra griega, significa “sonido”, es la mínima unidad de sonido en el lenguaje. En español se emplean 22 fonemas:

- *Consonánticos*

/b/ /ch/ /d/ /f/ /g/ /j/ /k/ /l/ /m/ /n/ /ñ/ /p/ /r/ /rr/ /s/ /t/ /y/

- *Vocálicos*

/a/ /e/ /i/ /o/ /u/

Por ejemplo: la *X* está compuesta por dos fonemas /ks/.

Morfema

Es la menor unidad de significado. Pueden ser palabras separadas y se combinan con otros morfemas, ejemplo: *anti-biótico*.

Sintaxis

Conjunto de reglas por medio de las cuales los fonemas se combinan en morfemas, éstos en sintagmas, es decir, frases y oraciones para formar expresiones válidas, ejemplo: “El niño juega con la pelota”; y no es correcto “pelota niño con la el juega”.

Semántica

Significado de las palabras y oraciones. Asegura el uso apropiado de las palabras, ejemplo: un par de perritos son “dos perritos” y no “muchos perritos”.

Pragmática

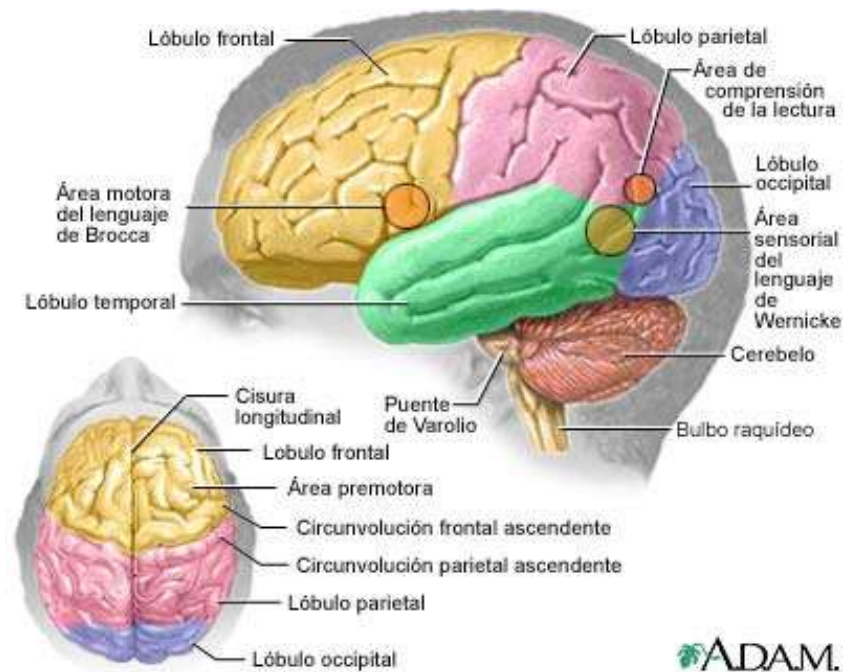
Se refiere al uso práctico del lenguaje para comunicarse con otros en una variedad de contextos sociales. Elecciones apropiadas de palabras y de entonación, pueden utilizar distintas palabras y entonación en distintos contextos. Es aplicación práctica del lenguaje, también es la habilidad para entablar conversaciones significativas, describir sucesos o explicar algo (Rice, 1997).

Componentes del lenguaje de acuerdo a Rondal y Seron (1995):

- Producción: Se involucra el aspecto fonatorio y el articulatorio, en donde son las modificaciones de dicho sonido, durante el trayecto.
- Recepción: Incorporación de las imágenes acústicas al sistema nervioso. Así mismo se explica que el sonido consiste en una vibración del aire ambiental, la cual moviliza el tímpano y los huesecillos del oído medio, transformando el mensaje aéreo en una señal mecánica, a través del líquido del oído, como una señal nerviosa, se provoca la liberación de un neurotransmisor que acciona la rama auditiva del nervio acústico hacia el tronco cerebral y por último, al área auditiva primaria del córtex cerebral, situada en la zona temporal.
- Aspecto lingüístico: Pensamiento verbal, gramatical y vocabulario de acuerdo con un código de significados.

Es igualmente importante reconocer **las zonas cerebrales** que intervienen en el lenguaje. Se distinguen tres regiones, dentro del córtex asociativo izquierdo, en relación con las conductas de lenguaje.

- La zona de Broca, controla la emisión del lenguaje articulado.
- La zona de Wernicke, controla la decodificación del lenguaje oral oído. Las dos zonas anteriores están conectadas por el haz arqueado que relaciona las áreas receptoras y motrices del lenguaje.
- El giro angular está implicado con el lenguaje escrito (Rondal y Seron, 1995, p. 180).



(Martínez, 2008)

El tipo de comunicación que se utiliza con mayor frecuencia por los representantes de la especie humana es el que se refiere al lenguaje hablado y escrito.

Al adquirir el lenguaje se posee la capacidad de pensamiento, inteligencia y creatividad, debido a que se es apto para crear una múltiple cantidad de producciones al entender y expresar el sistema de signos.

1.3. Adquisición del lenguaje

Para que la adquisición del lenguaje oral se pueda ejecutar adecuadamente es, primordial la presencia de los sistemas sensoriales de audición y visión, el bienestar de los órganos periféricos de la fonación, del sistema nervioso central y del aparato fonoarticulador, así como el control de la respiración.

La adquisición del lenguaje por parte del infante, es a través de su constante interacción con el medio, al estimular sus sentidos y emociones, ya que el infante tiene la predisposición a responder al intercambio social, por medio de patrones visuales como las expresiones faciales, y auditivos como la voz humana.

La teoría psicolingüística de Chomsky (como se citó en Navas, 2002) propone que el lenguaje posee dos estructuras: la superficial, que varía de una lengua a otra y que se compone de las reglas que rigen la construcción de palabras y frases; y la profunda, que es común a todas las lenguas, los universales lingüísticos, y que es innata. Así como el mecanismo de adquisición que transforma la estructura superficial de la lengua en una estructura profunda e interna, que el niño entiende. Considera que el desarrollo del lenguaje tiene una base biológica e innata, y por lo tanto el recién nacido posee competencias pro-sociales que propician la socialización. Llegando a aprender el significado de las palabras por ensayo y error, debido a ello, es apropiada la exposición frecuente a las interacciones.

Siendo elemental para la especie humana el progreso del lenguaje en la edad inicial, siempre y cuando no se presenten anomalías en su maduración. C. de Fairman (1995) afirma:

La adquisición de una lengua determinada origina una activación de las características específicas de esa lengua. A medida que el niño madura, va olvidando aquellos elementos de la totalidad que no corresponden a esa lengua. No es necesario que el niño aprenda uno por uno los sonidos de la lengua, sino que desarrolle los mecanismos psicofísicos innatos para percibirlos y articularlos de acuerdo con las necesidades de comunicación diaria (p. 56).

Por ello es necesario para el individuo la constante interacción con el medio, la socialización para que posteriormente emita los sonidos que recolecta de su entorno. Si no existiera este circuito de comunicación no se lograría la adquisición del sonido ni el significante del lenguaje.

Así también para el desarrollo de los movimientos de los órganos articulatorios, al momento de imitar la lengua de la comunidad; se propicia la maduración por medio de los circuitos neuronales que se originan en el cerebro.

Como se refiere en Rice (2000) “la teoría cognoscitiva subraya la idea de que el lenguaje se desarrolla a partir de imágenes mentales, es resultado directo del desarrollo cognoscitivo. Piaget (1926) decía que los niños forman un esquema mental al que luego le aplican etiquetas lingüísticas" (p. 185).

En el momento que el infante produce indiscriminadamente balbuceos y vocalizaciones su medio afectivo se encarga de darle a conocer las sílabas que tienen significado, el niño posteriormente las pronunciará ahora con la intención de obtener algo a cambio; es el momento en el que inicia el valor simbólico en la adquisición del lenguaje.

Para la incorporación de las imágenes acústicas es prioritaria la escucha de sonidos y palabras para que después se realice la producción de tales sonidos. Algunos autores mencionan la aparición de las consonantes “MPB”, “NTD”, “KG” y posteriormente “R”, “S”, “F” y “V”, debido al mecanismo en la alimentación, de inicio con la succión y cambia con la deglución del alimento sólido, aunado a la erupción de las piezas dentales; siendo el orden de aparición: labiales, guturales, nasales y dentales.

Es decir, durante el primer año las consonantes usadas en posición inicial son las más pronunciadas; las finales prácticamente inexistentes.

Lo que el niño realiza en su proceso de emplear el lenguaje es primeramente escuchar e imitar los sonidos de su alrededor para posteriormente interiorizarlo y abstraer la estructura que considerará utilizar más adelante en su propia formulación de frases.

1.3.1. Procesos de adquisición del lenguaje: sustituciones, asimilaciones y simplificaciones de la estructura silábica.

Ingram (como se citó en Valmaseda, 2007) se interesó por el estudio de las estrategias que los infantes ponen en marcha para resolver la compleja adquisición del sistema fonológico; explica que los niños no adquieren unos fonemas tras otros, sino unos con otros.

- *Sustituciones*: cambios o modificaciones de un fonema por otro (p. ej.:/ pelo / en lugar de /perro/).
- *Asimilaciones*: influencia de un fonema por otro cercano, habitualmente en una misma palabra (p. ej.:/ papo / en lugar de /pato/).
- *Simplificaciones de la estructura silábica*: tendencia a reducir las sílabas complejas a la estructura C-V (consonante-vocal; p.ej.: /pato/ en vez de /plato/).

1.3.2. Funciones de adquisición comunicativas del lenguaje

Para Valmaseda (2007) “hay diferencia entre las funciones que son organizadores más generales de los aspectos comunicativos de la lengua, mientras que las habilidades son conjuntos de estrategias mediante los cuales las personas llevan a cabo determinados objetivos comunicativos” (p. 109).

- *Función reguladora*: intercambio comunicativo en función de la expresión de deseos, bien para conseguir objetos del entorno, atención o solicitar que realice una acción concreta.
- *Función declarativa*: transmitir y compartir información; describir objetos, emociones, sucesos, etc.
- *Función interrogativa*: investiga acerca de la realidad.

Para la adecuada adquisición del lenguaje, es necesaria la maduración neurológica, un estímulo ambiental correcto, que quiere decir, apoyo, comprensión y afecto en las relaciones intrafamiliares, igualmente adaptación individual. Así como “aprender a combinar fonemas, palabras y oraciones en secuencias comprensibles para los demás. Conocer y compartir los significados elaborados socioculturalmente por una determinada comunidad lingüística. Acceder al uso de reglas gramaticales que estructuran convenientemente las relaciones forma-función en el lenguaje” (Gallardo y Gallego, 2002, p. 92).

En general a los seis años han adquirido la comprensión y producción del sistema fonológico y hasta los nueve años se puede dar por finalizado este proceso.

1.4. Desarrollo del lenguaje

El desarrollo del lenguaje oral, de la respiración y la alimentación son funciones que están interrelacionadas por usar los mismos órganos en función de la producción del lenguaje.

No se pueden determinar períodos con exactitud, ya que siempre se encontrará una variabilidad, no obstante se presentan las siguientes etapas por similitud cronológica durante la infancia.

1.4.1. Etapa pre lingüística

Es la comunicación que establece el infante con las personas de su alrededor antes de poseer el lenguaje; como el llanto, sonrisas, gestos comunicativos, preferencias auditivas, percepción del habla, los primeros sonidos y palabras. Cuanto más se exponga al bebe a los sonidos de la lengua, más sensible llega a ser su discriminación fónica; entonces conforme pasa el tiempo, se descarta y olvida los fonemas que no necesita en su lengua.

Según C. de Fairman (1998) y Rondal et al. (1995) proponen:

De los 0 a los 6 meses de vida, el infante utiliza un sistema de emisión- expresión para denotar hambre, dolor, placer. Aparece etapa de socialización con las personas cercanas, a través de miradas o expresiones faciales y forman parte de las proto-conversaciones, que va de la mano con la comprensión.

- Un recién nacido utiliza alrededor de siete fonemas, los primeros en aparecer se consideran que son “I” y “E” por estar relacionados con la acción de succionar.
- A partir de 1 mes y medio, el infante adquiere la capacidad de responder a estímulos, mediante sus vocalizaciones que tienden a ser diferenciadas; muestra preferencia ante algunos de estos estímulos, como el contacto ocular, sonrisas y sonidos guturales ante una persona cercana, produciéndose una interacción primitiva.
- Alrededor de los 2 meses inician los balbuceos, que son los sonidos emitidos de una consonante con una vocal, y vocalizaciones que son emitidos por los movimientos de la laringe, boca y lengua.
- A los 4 meses, produce sonidos guturales y comienza a prestar atención a la voz humana. Inicia la pronunciación de consonantes posteriores como, “K” o “J” que son consideradas más complejas en el nivel de articulación, debido también al desarrollo de la deglución.
- A los 5 meses, existen balbuceos e intención de comenzar a imitar palabras.
- 6 meses, puede tener la capacidad de distinguir la procedencia de un sonido. Comienza la combinación de sonidos iguales y distintos.

1.4.2. Etapa lingüística

- 8 meses, periodo de auto imitación y múltiple repetición de una sílaba. También es el comienzo de la asociación emocional de los sonidos con el significante, por ello es hasta en esta etapa en la cual el desarrollo de un niño que presenta sordera y un niño con audición regular es el mismo, ya que el niño con sordera sólo pronunciará los sonidos sin llegar a relacionarlos con algún significado, por no poder recibir los sonidos y la retroalimentación proveniente del exterior. En el periodo de los 6 a los 8 meses puede ocurrir la etapa de audiomudez, (mudez que no es acompañada con sordera).
- A los 9 meses, existe balbuceo constante, curvas de entonación, ritmo y tono de voz variado y aparentemente lingüístico.
- 10 meses, ya practica cierta destreza en los músculos de la lengua y labios, aunado a la capacidad de imitación, se favorece la vocalización logrando emitir alguna palabra racionalmente.
- 12 meses, ya puede emplear alguna palabra para hacerse entender, así como la escucha con atención. Ocurre el proceso llamado universalización, es decir, que denomina con una palabra a todo un campo de conceptos, posteriormente reconocerá la diferencia de cada significación.
- 13 meses, emplea una o dos palabras.
- 18 meses, construcción del sistema fonológico. Emplea de seis a veinte palabras.
- 21 meses, emite oraciones cortas, se inicia la formulación de preguntas.
- 24 meses, puede presentar vocabulario de cincuenta palabras y reconocer su propio nombre; también siendo capaz de responder a preguntas sencillas. Aparecen combinaciones sustantivo-verbo y sustantivo-adjetivo. Es frecuente la palabra “no”.

- 2 años y medio, el infante sólo utiliza sustantivos y atiende órdenes como: “ten”, “dame”, etc. Toma la iniciativa de conocer el nombre de más objetos.
- 3 años de edad, aparece el lenguaje interior y el pensamiento verbal, ya emplea o se esfuerza por usar el “yo”. Así también formula frases; existe aún la confusión en el empleo de los modos o tiempos verbales. Pensamiento animista y mágico. Lenguaje comprensible para extraños.
- 4 años, mejora su construcción gramatical, conjugación verbal y articulación fonemática. Presenta vocabulario extenso, sostiene largas conversaciones. Puede pronunciar algunos de sus datos personales, se maneja también de una forma de carácter social en sus conversaciones y racional al momento de interesarse por aclarar sus cuestionamientos. En esta edad el habla puede volverse disfluyente (tartamudeo), pero llega a ser un momento transitorio y normal.
- 5 años, evolución neuromotriz trascendental, avance intelectual que lo lleva al razonamiento, establece semejanzas y diferencias, así como nociones espaciales, aumento en léxico y la abstracción, vocabulario muy extenso y casi no presenta defectos en la articulación. El lenguaje tiende a estar completo en estructura, con corrección en su pronunciación y una conversación amplia. Recita, memoriza, describe, crea cuentos y rimas.
- 6 años, se consolida la noción corporal, espacial y temporal, desarrollo notorio de maduración a nivel social, lingüístico y psicológico con la incorporación a la escuela y el aprendizaje de la lectura, escritura y aritmética. Si bien en esta edad no todos los niños han completado correctamente su lenguaje ya que algunos presentan defectos en la articulación oral (que habrá que apoyar con retroalimentación en los movimientos de articulación).

Para que estas etapas se logren, adecuadamente, es prioritaria la estimulación por parte del ambiente, ya que es este el que influye de manera positiva o negativa en el desarrollo del lenguaje; es importante que las personas cercanas al infante le provean modelos de pronunciación correctos, para su adecuada imitación y progreso de la función intelectual de conceptualizar. Así como escucharlos con atención y tener paciencia al comunicarse.

Es oportuno mencionar que, caer en el extremo de querer acelerar las etapas propias del desarrollo del infante resultaría antifisiológico, de ser así se llegaría a resultados contraproducentes como lo son: producir inseguridad en el niño/a al no lograr la producción exigida, estrés por no cumplir expectativas, cambio de humor negativo al ser presionado con sus resultados, rechazo al momento de pronunciar, por tal motivo es importante respetar las etapas propias de la edad cronológica; así como evitar el extremo de la sobreprotección, al usar la imitación de la pronunciación como bebé para demostrar afecto, ya que confunde el modo correcto de articular, el adivinar y poner al alcance lo que desea sin permitir la producción del sonido y negarle así, la práctica del lenguaje que aún aprende; por el contrario, sería de gran ayuda estimular y permitir que el sistema oral madure naturalmente y a su ritmo, de igual manera con el sistema fonatorio, auditivo y con el sistema nervioso, para que estos puedan funcionar de forma idónea. Es conveniente estimular el lenguaje por medio de charlas, lecturas de cuentos, y durante la conversación; no presionar para que articule correctamente en el momento que uno desee, ni exigir lo que aún no puede lograr, ya que se puede promover un estado de tensión que afecte, posteriormente el avance de la pronunciación fluida. Con lo anterior se hace una revisión de los puntos más importantes que se deben conocer acerca del lenguaje, de una manera global, y que es necesario dominar para entender el proceso del habla, tanto en sus características como en adquisición y desarrollo.

Capítulo 2. Desarrollo del niño (a) de 6 años de edad

“Lo que se les dé a los niños, los niños darán a la sociedad”.

Karl A. Menninger.

En este capítulo se encuentran los aspectos que conforman a un ser humano; está enfocado a la edad de 6 años, al abordar los rasgos que generalmente caracterizan esta etapa de la vida de un niño y una niña. Es importante mencionar la relevancia del tema del lenguaje y su interrelación en estas áreas, ya que es el medio principal por el que los individuos hacen interacción y por el que se desarrollan estos ámbitos, se hace una descripción de las particularidades que universalmente se presentan en dicha edad; en la esfera del área física, como por ejemplo, sus niveles de energía y actividad física; cognoscitiva, el desarrollo de los procesos de pensamiento, entre ellos el logro de la decodificación del símbolo y evolución del lenguaje, y socioemocional, en donde se inicia la interacción, ya no sólo con el núcleo familiar, sino con personas de otro entorno; lo anterior, basado en las teorías del desarrollo psicosocial, cognoscitiva, del aprendizaje social y sociocultural.

2.1. Desarrollo del niño(a) de 6 años de edad

Haciendo énfasis en niños/as en edad de 6 años de edad (es la población a la que se dirige el proyecto) se desarrollan las características físicas, cognoscitivas y socioemocionales, pertenecientes a su edad.

El desarrollo físico: incluye las bases genéticas del desarrollo; el crecimiento físico de todos los componentes del cuerpo; los cambios en el desarrollo motor, los sentidos y los sistemas corporales; se relaciona además con temas como el cuidado de la salud, la nutrición y el sueño.

El desarrollo cognoscitivo: incluye todos los cambios en los procesos intelectuales del pensamiento, el aprendizaje, el recuerdo, los juicios, la solución de problemas y la comunicación [...] tanto hereditarias como ambientales en el proceso de desarrollo.

Desarrollo emocional: se refiere al desarrollo del apego, la confianza, la seguridad, el amor y el afecto, y una variedad de emociones, sentimientos y temperamentos [...] el concepto de uno mismo, de la autonomía, y un análisis del estrés, las perturbaciones emocionales y la conducta de representación.

Desarrollo social: hace hincapié en el proceso de socialización, el desarrollo moral y las relaciones con los pares y los miembros de la familia (Rice, 1997, p. 10).

Como lo plantea Rice (1997) existen tres grandes periodos de desarrollo: infantil, adolescencia y adultez. Ahondaré en el periodo infantil, el cual a su vez está dividido en subetapas como son: periodo prenatal que va a partir de la concepción al nacimiento, infancia que consta de los dos primeros años de edad, niñez temprana que va de los tres años de edad a los cinco, y por último la niñez intermedia de los seis a los once años.

Es pertinente enfocarse en el inicio de la niñez intermedia ya que es en esta etapa en donde se tuvo que haber alcanzado el mayor desarrollo de la articulación del lenguaje; afianzado desde la etapa preoperacional de Piaget (2- 7 años) ya que “es la etapa en la que se domina el símbolo” (Rice, 2000, p. 45). Y en los próximos capítulos se hará énfasis en la intervención pedagógica en caso de que se encuentren alteraciones del habla, causadas por malas prácticas en la articulación; por ello es relevante englobar y conocer los aspectos que caracterizan a los niños/as que se encuentran en esta edad.

Durante la niñez intermedia, los niños hacen avances notables en su habilidad para la lectura, la escritura y la aritmética; para comprender su mundo y para pensar de manera lógica. El logro académico adquiere una importancia vital, lo mismo que un ajuste exitoso con los padres [...] La calidad de las relaciones familiares sigue ejerciendo una gran influencia sobre el ajuste emocional y social (Rice, 1997, p. 7).

2.1.1. Teorías del desarrollo acerca de los niños(as) de 6 años.

Se abordarán distintas teorías del desarrollo, con la intención de fundamentar las características que se presentan en los individuos, que se encuentran al inicio de la edad intermedia, ya antes mencionada (que es entre los 6 y 7 años); a partir de aspectos sociales y cognitivos, establecidos en etapas diferenciadas por parte de sus autores.

Teoría psicosocial

Erick Erikson concluyó en su teoría psicosocial que hay otras motivaciones y necesidades psicosociales que se convierten en fuerzas que impulsan el desarrollo y la conducta humana. Dividió su teoría en ocho etapas, en las cuales en cada una hay un problema psicosocial por resolver. La etapa de *Industria contra inferioridad* (6 a 11 años). Los niños aprenden a cumplir las demandas del hogar y la escuela, y desarrollan un sentimiento de valía tras la obtención de estos logros y la interacción con los demás, o pueden llegar a sentirse inferiores a los otros (Rice, 1997, p. 34).

Teoría cognoscitiva

Jean Piaget, psicólogo suizo especialista en el desarrollo que se interesó en el crecimiento de las capacidades cognoscitivas humanas [...] destaca los cambios cualitativos en la forma en que la gente piensa a medida que se desarrolla. El desarrollo cognoscitivo es el resultado combinado de la maduración del cerebro y el sistema nervioso y la adaptación al ambiente.

Piaget bosquejó cuatro etapas del desarrollo cognoscitivo: En la *etapa preoperacional* (de los 2 a 7 años) los niños adquieren el lenguaje y aprenden que pueden manipular los símbolos que presentan el ambiente. En esta etapa pueden manejar el mundo de manera simbólica, pero todavía no son capaces de realizar las operaciones mentales reversibles. Es por ello que Piaget (1967) denominó a este periodo la etapa preoperacional del pensamiento. Elkind (1970) denomina la principal tarea cognoscitiva de este periodo como *la conquista del símbolo* (Rice, 1997, p. 45).

Teoría del aprendizaje social

Albert Bandura (1925) considera que el desarrollo es bidireccional llamando a este concepto “determinismo recíproco” es decir que la persona actúa en el mundo y el mundo influye sobre ella.

Las personas aprenden por imitación las conductas que la sociedad aprueba, por observar el comportamiento de la gente del entorno, como padres, maestros, amigos y a esto se le llama *modelamiento*. La elección de un modelo depende de las consecuencias de la conducta.

Para el aprendizaje del lenguaje, interviene esta adquisición de modelos, así como para distintas conductas como comportamientos propios de su género, reacciones ante circunstancias adversas y apropiación de valores (Papalia, 2012).

Teoría sociocultural

Lev Vigotsky (1896 – 1934) menciona el rol activo de los niños en la interacción con su entorno para el desarrollo cognoscitivo de los niños y niñas. Menciona que los niños interiorizan el pensar y actuar de las personas con las que conviven; siendo el medio para aprenderlo, el uso del lenguaje. Apoyados en personas que cuentan con más experiencia en un aprendizaje, para pasar por la Zona de Desarrollo Próximo que es “la brecha que hay entre lo que pueden hacer y lo que todavía no están listos para conseguir por ellos mismos [...] Así la capacidad de aprendizaje pasa al niño o niña progresivamente. Por medio de un andamiaje que es “el apoyo temporal que padres, maestros y otros dan a un niño para que cumpla su tarea hasta que pueda hacerla sólo” (Papalia, 2012, p. 34).

2.2. Desarrollo físico

El crecimiento en la niñez intermedia que va de los 6 a los 11 años, suele desacelerarse considerablemente, en comparación con la niñez temprana, pero la motricidad aumenta, la agilidad, control y fuerza física son progresivos y marcados en esta edad, siendo funcionales para la interacción y sana socialización por medio del juego entre niños. A los 6 años el control de los grandes músculos es mucho mejor que el de los músculos más pequeños, por ello la escritura es aparentemente primitiva en los niños/as de primer grado. “Los niños en edad escolar incrementan su habilidad motora a medida que continúa su crecimiento corporal. Aumenta el tamaño de los músculos y sigue mejorando la coordinación, por lo que la mayoría puede correr, bailar, brincar

y saltar con agilidad” (Rice, 2000, p. 155). En la niñez intermedia los niños realizan actividades, frecuentemente de juego rudo, que propicia las habilidades físicas, de esta manera se canaliza la agresión, y se contribuye al fortalecimiento del esqueleto y los músculos.

Se manifiestan diferencias en las habilidades locomotoras entre sexos; por cuestiones hormonales y de socialización; mayormente la fuerza de sujeción de los varones es superior a la de las niñas, siendo estas mejores en flexibilidad muscular, el equilibrio, los movimientos rítmicos y la comunicación.

En cuestión de alimentación los niños/as de esta edad necesariamente deben consumir grandes cantidades de carbohidratos, frutas y verduras, alrededor de 2400 calorías diarias, para conseguir un desarrollo saludable de su cuerpo y de las actividades que demandan buena energía física. En el crecimiento de la estatura lo ideal sería de cinco a siete centímetros y medio por año.

En el desarrollo del cerebro, la materia gris llega a su punto máximo de volumen en los lóbulos parietales que son los encargados de manejar la comprensión espacial, hasta los 10 años en niñas y 11 años y medio en niños. En los lóbulos frontales que manejan funciones superiores como el pensamiento, llega a los 11 años en niñas y a los 12 en niños. Y en el área que es de interés en este proyecto, es oportuno mencionar que el nivel máximo de volumen de la materia gris en los lóbulos temporales encargados del lenguaje, llega alrededor de los 16 años en ambos sexos. Y debajo de la corteza, en ganglios en donde participa el control de movimiento, tono muscular y mediación de funciones cognoscitivas superiores, atención y estados emocionales, su mayor volumen llega en niñas a los 7 años y medio y en niños a los 10 años.

Se considera que esta etapa tiene una tasa de mortalidad baja, debido a las prevenciones que se manejan como las vacunas, así también la actividad física que por naturaleza los niños/as

practicar en dicha edad, propiciando el control de peso, buena presión sanguínea, cardiovascular y propiciando el desarrollo de buena autoestima (Papalia, 2012).

2.3. Desarrollo cognoscitivo

La teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget que menciona cuatro etapas universales; en donde el desarrollo intelectual de los niños de 6 años de edad se puede ubicar al final de la segunda etapa que es la *etapa preoperacional*. Como refiere Rice (2000)

Piaget llamaba preoperacional a la segunda etapa del pensamiento porque una operación mental requiere pensamiento lógico, y en esta etapa los niños aún no tienen la capacidad para pensar de manera lógica. Los niños desarrollan la capacidad para manejar el mundo de manera simbólica o por medio de representaciones [...] Uno de los principales logros de este periodo es el desarrollo del lenguaje, la capacidad para pensar y comunicarse por medio de palabras que representen objetos y acontecimientos (p.198).

Los niños conforme se desarrollan, descubren su entorno y la manera en cómo funciona éste.

La teoría de Piaget menciona **tres procesos** en el desarrollo cognoscitivo:

Organización

Se enfoca en hacer selección de categorías, convirtiéndose en esquemas, la selección de una categoría más compleja, al momento de distinguir las características de algún objeto animado o inanimado, y que se va complejizando al adquirir más información.

Adaptación

Es la manera de manejar la información nueva, basada en la que ya tienen. Por medio de dos procesos: la *asimilación* que consiste en adquirir nueva información y agregarla a las estructuras cognoscitivas previas y la *acomodación* que consiste en ajustar el conocimiento nuevo a las estructuras cognoscitivas.

Equilibración

Es el ajuste que se lleva a cabo en la asimilación y la acomodación por medio de la organización de pautas mentales y de conducta. Su razonamiento lógico se va incrementando, pero a un nivel muy concreto.

Habilidades cognitivas seleccionadas, al fin de la etapa preoperacional son:

Juego simbólico

A medida que los niños se hacen mayores, simulan una serie de hechos, como ir de comprar, jugar al doctor. A los 5 o 6 años su juego simbólico requiere la participación de otros niños.

Razonamiento transductivo

Ocurre cuando el niño avanza de lo particular a lo particular, sin generalizar, en lugar de ir de lo particular a lo general; es decir no desarrolla aún el concepto general.

Sincretismo

Consiste en cometer errores de razonamiento al intentar vincular ideas que no están relacionadas.

Animismo

Consiste en atribuir a los objetos inanimados cualidades de los seres vivos. Es probable que se refleje un conocimiento y comprensión incompletos del mundo, pero también es un reflejo de la imaginación infantil.

Conservación

Es la capacidad de los niños/as para resolver problemas, que implica mentalizar que los objetos preservan sus características aun siendo manipulados, aplicándose la identidad y la reversibilidad.

Clasificación

Significa que es posible pensar en los objetos en términos de categorías o clases. Se muestra una capacidad limitada para clasificar los objetos en categorías (Rice, 2000).

Una característica de los niños/as alrededor de 5 a 7 años, es el desarrollo importante en los lóbulos frontales, encargados de la memoria, imprescindible para la retención del conocimiento.

2.4. Desarrollo socioemocional

Los niños se desarrollan bajo la influencia del contexto en el que viven, toman como referencia a sus padres, hermanos, vecinos, compañeros escolares y diferentes grupos con los que estén en contacto, así como los medios de comunicación; en general por la cultura a la que pertenecen.

Por ello es importante conocer su esfera social y la estructura que lleva para entender el comportamiento del niño/a.

Selman (como se citó en Lefrancois, 2000) describe la progresión del desarrollo de la cognición social (capacidad de comprender y verbalizar el punto de vista de otra persona) por etapas, se mencionan las que corresponden a la edad de 6-7 años.

En la etapa 0: el punto de vista es egocéntrico (sólo existe el punto de vista propio) hasta alrededor de la edad de 6 años.

En la etapa 1: Adopción de perspectivas de información social, abarca la edad entre los 6 y 8 años, los niños se hacen conscientes de que los demás tienen diferentes perspectivas y puntos de vista.

Los niños aprenden lo que les hace molestar, sentir temor o tristeza, y la reacción de las demás personas ante estas emociones, así como el comportamiento aceptado en consecuencia.

Los niños/as manejan la autorregulación emocional, siendo esta voluntaria y progresiva con la edad y el temperamento. En esta etapa tienden a ser más empáticos y son prosociales (Papalia, 2012).

Los niños/as de 6 años ya comienzan a interesarse por las interacciones entre pares, a formar amistades y a estar acompañados de nuevos amigos. Interés por comenzar a ser agradables para los demás, siendo un factor que puede elevar o disminuir su ánimo.

La importancia de los compañeros al inicio de la niñez intermedia, comienza a ser de gran relevancia para su felicidad y adaptación, así como el que puedan influir en la interacción y obediencia hacia los padres.

Por lo anterior es primordial que en casa se establezcan lazos de seguridad y confianza, que ayudarán a la autoimagen del niño, fomentar el fortalecimiento de las relaciones sociales y su sano desarrollo emocional.

Erik Erikson (como se citó en Rice, 2000) sugería que la piedra angular de una personalidad vital se forma en la infancia a medida que el niño interactúa con los padres u otras personas

encargadas de su cuidado. Esta piedra angular es la base de la confianza en la medida que los infantes aprenden que pueden confiar en las personas que los cuidan, y que estos habrán de satisfacer sus necesidades de subsistencia, protección, bienestar y afecto.

Por ello es importante que los padres se esfuercen en ser responsables en el desarrollo de la confianza y seguridad de sus hijos, reconociendo sus sentimientos, a través de otorgarles tiempo, demostrándoles cariño y un trato cálido hacia ellos, es decir, preocupándose en mostrar su amor para reforzar sus vínculos, y de esta manera ayudarlos a desarrollar sanamente sus habilidades socioemocionales.

De esta manera se describen las características más relevantes que se encuentran en la niñez intermedia y que son particularidades a tomar en cuenta al momento de intervenir, para tener un parámetro en cuestión de actividad física; evolución del aprendizaje, que se toma como pauta para realizar el proceso de enseñanza, así como el área afectiva que involucra comportamientos, relación con su entorno y propicie su motivación para participar en el plan de trabajo, con base en actividades acordes a su energía física y experiencias.

Capítulo 3.

Alteraciones del lenguaje oral

“Estudia no para saber una cosa más, sino para saberla mejor”.

Séneca.

En este capítulo se detallan las características principales que constituyen a las alteraciones de la comunicación, alteraciones de la voz, alteraciones del lenguaje y alteraciones del habla, con la intención de conocer las patologías y lograr diferenciar su naturaleza, para con ello ser competentes y poder actuar en los casos que se presenten, a partir del reconocimiento de donde proviene y se ubica la afectación del lenguaje; de modo que el profesional de la educación interesado, cuente con las competencias para poder aplicar una estrategia de intervención; es indispensable conocer cuál es el posible origen, causa y afectación de las principales alteraciones; se localiza un apartado centrado en la alteración del lenguaje oral o habla, la cual es el área en la que se enfoca este proyecto.

Es necesario reconocer las características de la problemática, saber si se puede intervenir en caso de que la alteración sea una cuestión fonológica, sin que presente alguna causa neurológica, de no ser así, saber discernir y considerar lo que sea recomendable, en algún caso redirigir a un especialista del lenguaje para situaciones más complejas.

3.1. Las alteraciones del lenguaje

Son las manifestaciones atípicas que los niños presentan en la comprensión del lenguaje, la producción de la articulación o por alguna anomalía en la anatomía del aparato bucofonatorio.

Como se menciona en Martínez (2008) “Las patologías del lenguaje son, un tipo de conductas lingüísticas que tienen como causa un estado anormal duradero como producto de una enfermedad en el individuo. Tres son los tipos de anomalías: 1. Neurológicas, 2. Fisiológicas y 3. Anatómicas” (p.4).

Las producciones lingüísticas están determinadas por variables endógenas y exógenas y su desarrollo se verá afectado o beneficiado en tanto estas sean positivas o negativas.

Valmaseda (2007) explica:

Cuando se habla de problemas o dificultades en el desarrollo, se hace referencia al desajuste que una persona presenta en relación a los iguales de su misma edad. Por tanto, decir que un niño presenta problemas en el desarrollo de la comunicación, del habla, o del lenguaje, es hacer referencia a que ese niño no se ajusta al ritmo evolutivo de sus compañeros [...] cuando se dice que un niño tiene un cierto retraso en el lenguaje se hace referencia a que presenta un nivel de lenguaje que se corresponde a niños más pequeños, presenta un desarrollo más lento; cuando se plantea que un alumno tiene un trastorno se está haciendo referencia a que su lenguaje es cualitativamente y cuantitativamente desajustado. En este caso no se trata sólo de que su desarrollo sea más lento, sino que, es diferente: los distintos componentes lingüísticos (léxico, fonología, morfología, sintaxis) no presentan un desarrollo armónico (p. 111).

Las alteraciones en el lenguaje son producidas por distintas razones, entre estas, problemas de índole orgánico, neuronal o psicológico, como ejemplo, alguna afectación de los órganos bucofonatorios, alguna lesión en las zonas cerebrales, como en la zona de Broca que interviene en la producción de la articulación, en la zona de Wernicke que interviene en la comprensión verbal, es decir si hay ausencia de comprensión de los signos, del sistema lingüístico o de la decodificación del lenguaje; y por problemas de falta de confianza que afectan en la comunicación.

La presencia de algún problema en el lenguaje, llega a impactar en los niños/as de educación escolar, en su ambiente educativo y social, al no poder darse a entender claramente en comparación de sus iguales, y como se pudo revisar en el capítulo anterior, en esta etapa ya se alcanzó su mayor desarrollo en el lenguaje; en ocasiones se puede afectar por burlas por parte de compañeros y en situaciones más graves el no poder adquirir adecuadamente el sistema fonético-fonológico, a causa de algún problema de índole orgánico o neuronal. En los siguientes puntos se detallan las causas, para ubicar los casos en los que se puede intervenir por parte de un profesional de la educación y los conocimientos que debe poseer para poder llevar a cabo esta intervención. Así entonces poder colaborar con la educación de dichos niños y que no se vea obstaculizada la interacción del

educando con su ambiente y la adquisición del conocimiento. Hincapié (2007) menciona “Se estima que en por lo menos en un 7.4% de los niños tienen dificultades en su desarrollo del lenguaje y la mayoría de ellos no tienen otro retraso en el desarrollo” (p. 50).

3.2. Clasificación de las alteraciones del lenguaje

Las alteraciones del lenguaje se clasifican de acuerdo a la sintomatología, origen y conducta; en ocasiones estas dificultades pueden encuadrarse en distintas categorías a la vez, por ello es importante reconocer las diferencias entre los principales problemas de la comunicación, las alteraciones de la voz, el lenguaje y el habla.

En Martínez (2008) se proponen las siguientes clasificaciones de las patologías del lenguaje:

- Orgánica / funcional:

Orgánica: sabemos cuál es la causa física que la provoca. Ej. Sordera y afasia.

Funcional: no sabemos cuál es la causa física que la provoca, casos en los que hay que buscar en el pasado fisiológico o neurológico de la persona. Ej. Dislexia.

- Producción / recepción:

Producción: son aquellas patologías que afectan a todos los pasos (neurológicos, fisiológicos y anatómicos) que se requieren para codificar un mensaje. E. tartamudeo, afasia de Broca.

Recepción: secuencia de pasos que se requieren para decodificar un mensaje. Ej. Sordera, afasia de Wernicke (p. 6).

Es necesario tener conocimiento de cada uno de estos problemas, y poder identificarlo en caso de que se presente alguna situación y aplicar una estrategia de reeducación del lenguaje, cuando sea posible y lo más oportuno; con la intención de detener la evolución de la problemática y darle solución a buen tiempo, asimismo evitar el impacto que llega a generar a nivel emocional

al niño, al sentirse frustrado por los problemas que conlleva las dificultades en la comunicación, tanto en su ámbito social, escolar, como de convivencia.

En los siguientes puntos se detallan las clasificaciones de las alteraciones del lenguaje; posteriormente se enfoca en las alteraciones del habla o lenguaje oral, ya que es el medio principalmente que se emplea para lograr el proceso de la comunicación, y obtener la adquisición del conocimiento, que es un factor esencialmente humano, el cual es un ámbito relevante para todos los individuos, ya que es de usanza que se refleja en la vida diaria, para adquirir mejores modos de vivir, de actuar en distintas situaciones y obtener experiencias para la vida. También así el habla es una herramienta primordial en el ámbito escolar, para facilitar el entendimiento entre los agentes del conocimiento, el entorno y así entonces propiciar un flujo de ideas y socialización de la información; es donde se pretende apoyar por medio de la intervención, en caso de detección de alguna alteración y aportar a resolver la situación cuando se amerite la reeducación de algún problema en el habla, en situaciones en donde la causa no comprometa el aspecto neuronal, ni sensorial, sino a una mala posición en la articulación.

3.2.1. Alteraciones de la comunicación

Los problemas graves de comunicación hacen referencia a las dificultades que conllevan trastornos de desarrollo psíquico, como el autismo y las psicosis. Y a otras dificultades como el mutismo selectivo. Cuando un niño presenta estos problemas, tiende a ser tímido y a aislarse de las personas que le generan stress, a causa de percibirlos como una figura atemorizante, ya sea por su autoridad o por algún factor negativo que les proyecte; dificulta su interacción e interrumpe su desarrollo social adecuado, con sus compañeros o con figuras de autoridad tanto dentro de la escuela como su entorno familiar. Se vuelve más temeroso y baja la confianza en sí

mismo, por el hecho de limitarse en expresar libremente sus ideas y comportamientos. Es importante el apoyo de las figuras de confianza para motivar la seguridad en estos niños, y evitar complicaciones de índole psicológica, posteriormente, y al procurar no forzar la situación al regenerar el comportamiento apresuradamente, que por el contrario esto afectaría más su seguridad y dificultaría la mejora.

A continuación se describen los trastornos por alteración de la comunicación:

3.2.1.1. Mutismo

Es un trastorno en el cual desaparece el lenguaje repentina y progresivamente, sin que se presente en él un problema cerebral.

Al mutismo le caracteriza un contexto mental, como se lee en Gallardo y Gallego (2002):

- *Mutismo neurótico*: en la mayoría de los casos se trata de un mutismo parcial o electivo con frecuencia asociado a otras manifestaciones. Si persiste más allá de los seis años crea importantes limitaciones tanto a nivel escolar como social.
- *Mutismo psicótico*: cuando el niño/a tiene entre 3 y 6 años, su cuadro clínico se asemeja al del autismo. Puede estar ocasionado por un incidente febril o una separación temporal de su entorno habitual (p. 98).

3.2.1.2. Mutismo selectivo

Es un trastorno frecuente que se presenta con la ausencia total y continua del lenguaje, ante determinadas circunstancias y personas, incluso al haber adquirido el niño/a adecuadamente el lenguaje y por lo tanto no presenta ninguna anomalía neurológica ni funcional. Los niños/as que lo presentan, suelen ser muy tímidos y tienden a retraerse, en ocasiones presentan problemas emocionales.

3.2.2. Alteraciones de la voz

Los problemas de la emisión de voz son formados por alteraciones en la laringe; en ella se produce la intensidad, timbre y tono, y estos constituyen al sonido. El problema que causa esta disfunción es que no consigue formar las vibraciones adecuadamente, ya que existe una tensión extra en las cuerdas vocales y en ocasiones dificulta la acústica correcta y el entendimiento para el interlocutor. Esta anomalía provoca la afectación en el estado emocional del niño/a, debido a que su vibración peculiar es notoria y sale de lo cotidiano, al llamar la atención de sus iguales y provocar en algunos la denotación de esta característica que suele incomodar en ocasiones al niño/a.

En esta patología de la voz el especialista encargado de intervenir es el otorrinolaringólogo o el foniatra, al presentarse un factor que compromete el funcionamiento de las cuerdas vocales o la laringe, parte importante del aparato fonador; ya sea por uso excesivo del timbre de voz, es decir fatiga vocal (mal uso o uso exagerado como lo son los gritos). Esta patología puede ser de índole genética o funcional.

Las alteraciones de la voz se dividen en:

3.2.2.1. Disfonía

Se debe a un trastorno orgánico, afecta intensidad, tono o timbre (elementos constitutivos del sonido). Una variante es la *rinofonía* que es una alteración de la resonancia, llamada abierta por la insuficiencia en el cierre del velo del paladar con escape nasal, los fonemas orales sordos (cuando no vibran las cuerdas vocales en la fonación) se nasalizan y los sonoros (si las cuerdas vocales vibran) se forman por exceso de resonancia nasal o cerrada como consecuencia de una obstrucción nasal (Gallardo y Gallego, 2002).

3.2.2.2. Afonía

Ausencia de voz de manera temporal; se debe al hecho de forzar la voz y las cuerdas vocales, al estar en uso constante y al obligar el subir la intensidad del habla; por tener malos hábitos al emitir el tono y timbre de voz, que posteriormente conlleva a la irritación de la laringe y provoca la dificultad para emitir el sonido, de manera que este se presenta con distorsión o por un lapso se dificulta la producción de la resonancia.

3.2.3. Alteraciones del lenguaje

Las alteraciones del lenguaje principalmente se caracterizan por el déficit en la comprensión de los sonidos, dificultades en la asociación del sistema lingüístico o el retardo del desarrollo; en ocasiones se afecta el procesamiento auditivo, es decir, hay alteración en los órganos periféricos del oído; no hay repercusión en la capacidad intelectual.

Es una problemática en la decodificación, esto puede originarse a causa de un aspecto neuronal, de una lesión o por cuestión congénita, particularmente relacionada con la zona cerebral de Wernicke, encargada de la comprensión del lenguaje.

La sintomatología suele ser más compleja ya que se pueden ver involucrados factores sensoriales afectados, un desajuste en el desarrollo, y con estas alteraciones se complica para el niño/a adquirir el sistema de símbolos, repercute en la decodificación de la lectura y en la elaboración de la escritura. Aquí es muy importante actuar a tiempo y a la par con la escuela para que no se incrementen las dificultades escolares; en caso de que sea necesario debido a una situación que pertenezca a la neurología, es conveniente asignar el caso a un terapeuta del lenguaje.

A continuación se describen las distintas alteraciones del lenguaje:

3.2.3.1. Retraso del lenguaje

Hace referencia a dificultades globales del lenguaje. El desajuste cronológico se observa en todos los códigos: fonológico, morfosintáctico y semántico.

Es un término genérico utilizado para incluir aquellos retardos en la aparición y/o desarrollo del lenguaje sin que existan síntomas de déficits intelectuales, sensoriales o motrices. Se trata de niños y niñas cuyo proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje no se realiza conforme a las etapas “normativas” que suelen establecerse para determinar las etapas del desarrollo lingüístico infantil. Por lo tanto el lenguaje no se manifiesta a una edad en la que los demás hablan normalmente. Se puede revisar en el capítulo primero, las edades cronológicas en el desarrollo del lenguaje.

Nieto (como se citó en Gallardo y Gallego, 2002) menciona que las características del retraso en el desarrollo del lenguaje son:

- Aparición de las primeras palabras después de los dos años de edad.
- La unión de palabras no aparece hasta los tres años de edad.
- Vocabulario reducido a los cuatro años.
- Desinterés comunicativo.
- La comprensión del lenguaje es superior a la expresión.
- Importante desarrollo comunicativo del gesto.
- Inmadurez en la dominancia lateral.

Así también que los retrasos del lenguaje se pueden clasificar en grados, como los siguientes:

- Dificultad articulatoria por alteración en la construcción de frases y/o tensiones de índole afectivo - emocional. Suele ser temporal.
- Dificultades articulatorias por desarrollo verbal lento, con déficits en vocabulario y memoria auditiva.
- Trastornos articulatorios por déficit en la comprensión y expresión verbal.

3.2.3.2. Disfasia o afasia congénita o del desarrollo

Martínez (2008) señala:

En la afasia congénita encontramos uno o varios déficits en la construcción del lenguaje, sin que exista necesariamente una lesión como en la afasia adquirida. Además de estos signos, los niños que tienen afasia congénita suelen presentar desórdenes en la discriminación y asociación fonética, junto a problemas en la memoria secuencial auditiva (p. 12).

Así también otra definición de la afasia congénita es la siguiente:

Es un trastorno profundo de los mecanismos de adquisición del lenguaje. Se observan alteraciones del lenguaje tanto expresivo como receptivo. Suele observarse un desfase cronológico importante, pero a diferencia del retraso del lenguaje, en el niño con disfasia aparecen casi siempre problemas de comprensión. La adquisición no sólo está retrasada sino que no se ajusta a los patrones evolutivos esperados (Valmaseda, 2007, p. 113).

3.2.3.3. Afasia

Las afasias involucran problemas de comprensión y producción del lenguaje, aun cuando ya había sido adquirido adecuadamente por el infante, esto debido a traumatismos cerebrales; permaneciendo estable el intelecto y los medios sensoriales.

En Van Riper (1966) se lee:

La afasia representa un grado extremo de la dificultad de formulación y expresión simbólicas. Manifiestan afonía y dificultades de articulación, pero su mayor problema es el de comprender, formular y expresar un material

significativo. La lectura, la escritura y el lenguaje suelen estar afectados [...] es un síndrome, un complejo de síntomas (p. 197).

Porot (como se citó en Gallardo y Gallego, 2002) describe tres tipos de afasia:

- *Afasia sensorial o receptiva*

La lesión está en la zona de Wernicke. Los sujetos que la padecen no comprenden el significado de las palabras, aunque pueden hablar con dificultad.

- *Afasia motora o expresiva*

Cuando la lesión está en la zona de Broca. En este caso, el sujeto comprende el significado de las palabras, pero no puede expresarse.

- *Afasia mixta*

Se trata de una lesión más amplia que afecta tanto a las áreas motoras como receptoras del lenguaje.

En Martínez (2008) se encuentra “los criterios de diagnóstico de la afasia son: retraso severo de la comprensión y expresión del lenguaje, disfuncionamiento en la percepción de los estímulos presentados, desorganización en el almacenamiento de la información, inteligencia normal” (p.12).

3.2.4. Alteraciones del habla

Las alteraciones del lenguaje oral o habla son las afectaciones en la producción del sonido, debido a alguna problemática en la colocación de la lengua en un punto de articulación o disfunción en algún órgano del aparato fonarticulador, ya sea lengua, labios, paladar, dientes, laringe o sistema respiratorio, se afecta alguno de los componentes del habla como: la respiración, fonación, resonancia, articulación y/o prosodia.

Se puede originar por una lesión, o por mala acomodación en los puntos de articulación en la reproducción del sonido; en la mayoría de los casos los niños/as que lo padecen no tienen problemas sensoriales o cognitivos.

Gallego (2002) expresa los **cinco tipos de errores** en la pronunciación:

- *Sustitución*: ejemplo, “datón” en lugar de “ratón”, “agüelo” en lugar de “abuelo” en ocasiones se debe a una incorrecta discriminación auditiva, la producción es tal como la perciben.
- *Omisión*: ejemplo, “oche” en lugar de coche, es una característica del retraso del lenguaje, en casos más complejos se suele omitir la sílaba entera o el fonema en medio de la palabra.
- *Inserción*: ejemplo, “palato” en lugar de “plato”, le sirve para tratar de corregir el problema en el fonema que le presenta dificultad producir.
- *Distorsión*: ejemplo, /r/ francesa, es la articulación de un sonido de manera deformada, es decir, la articulación es sólo aproximada, pero no es un fonema en concreto.
- *Inversión*: ejemplo, “cocholate” en lugar de “chocolate”, es el cambio del orden de los sonidos durante la articulación.

Como profesionales de la educación podemos intervenir en esta situación con ejercicios prácticos para restablecer la producción en la articulación de fonemas y así estabilizar el desarrollo lingüístico y propiciar la adquisición adecuada de la lectura y escritura. Al favorecer sus capacidades en el desempeño académico, así como la seguridad en sí mismo; además evitar situaciones que vulneren sus emociones al interactuar con sus compañeros y no poder reproducir los fonemas correctamente.

Se detallarán en este apartado las alteraciones específicas por articulación.

3.2.4.1. Dislalia

Para Valmaseda (2007) “es un trastorno en la articulación de los sonidos, fundamentalmente debido a dificultades en la discriminación auditiva y/o en las praxias bucofonatorias” (p. 113).

Los individuos que padecen de este trastorno emiten de manera defectuosa los sonidos, y se clasifican los errores en sustituciones, distorsiones, omisiones e inserciones; es en ese mismo orden la frecuencia de error. Las consonantes de mayor frecuencia mal pronunciadas son la s, d y f, y las combinaciones de r y l.

La dislalia a su vez se diferencia por la **constante en el problema** de pronunciación:

- *Dislalia fonética*: el problema de las consonantes alteradas por omisión, sustitución o distorsión es permanente, se produce en cualquier contexto silábico. Se nombra el error acorde al fonema sustituido, omitido o distorsionado; ejemplo: “dislalia fonética por alteración de la letra”R”.
- *Dislalia fonológica*: el problema se produce en el habla espontánea y no cuando se pronuncian aisladamente los elementos fonéticos. El niño produce bien los fonemas aislados, pero al pronunciar la palabra, los sonidos se alteran (Navas, 2002).

A continuación se clasifican en **función de la alteración** en la articulación.

- *Dislalia evolutiva o fisiológica*

Para la articulación del lenguaje se necesita que los órganos que intervienen en este proceso tengan la suficiente maduración neuromotora, para que se lleve a cabo una correcta pronunciación y así incentivar el desarrollo lingüístico que es prioritario en los primeros años

de vida, se debe a que en esta etapa el infante no tiene aún la capacidad para articular correctamente todos los fonemas, sino hasta la edad de cuatro años y se consigue a través de la práctica de la lengua; la característica de esta dislalia es que suele desaparecer con el tiempo.

- *Dislalia audiógena*

El trastorno de articulación es debido a la deficiencia auditiva, pero también pueden presentar otras alteraciones del lenguaje.

- *Dislalia funcional*

Alteración producida por el incorrecto funcionamiento de los órganos articulatorios sin que exista causa orgánica.

3.2.4.2. Disglosia

Son trastornos de la articulación fonemática (sustitución, omisión, distorsión, inserción) que se deben a lesiones físicas o malformaciones de los órganos periféricos del habla.

A continuación se clasifican en función del **órgano afectado**.

- *Disglosia labial*

Afectación en labio leporino, frenillo labial superior, fisuras del labio inferior, parálisis facial, macrostomia, heridas labiales, neuralgia del trigémino.

- *Disglosia mandibular*

Operación de maxilares, atresia mandibular, progenie.

- *Disglosia dental*

Prótesis, ortodoncias o variación dentaria.

- *Disglosia lingual*

Por estar alterado el tamaño de la lengua, parálisis lingual, frenillo lingual.

- *Disglosia palatal*

Fisura palatina, paladar ojival, perforaciones palatinas, paladar corto.

- *Disglosia nasal*

En caso de que la nariz (caja de resonancia) sea el órgano afectado, se le conoce como rinolalias.

3.2.4.3. Disfemia o tartamudez

Es un trastorno relativamente frecuente. Se trata de una alteración de la fluidez del habla cuyo inicio suele situarse entre los dos y los siete años de edad y se caracteriza por interrupciones en el ritmo y la melodía del discurso [...] Existe la disfemia fisiológica o del desarrollo, es un fenómeno normal y frecuente en el desarrollo del lenguaje, que se manifiesta alrededor de los tres años. A esta edad, el niño se encuentra en plena organización de su lenguaje interpretándose la tartamudez como una señal de esta organización (Valmaseda, 2007, p. 113).

Se diferencian **tres tipos de habla disfémica:**

- *Disfemia clónica*

Repeticiones silábicas (generalmente al inicio de la palabra) y ligeros espasmos repetitivos.

- *Disfemia tónica*

Con bloqueos iniciales y fuertes espasmos que inmovilizan la musculatura implicada en la producción de la voz.

- *Disfemia mixta*

Combinación de la sintomatología de las dos anteriores (Gallardo y Gallego, 2002).

Las repeticiones de las sílabas son automáticas y por lo general, se presentan ante situaciones de stress, desarrolla miedo al pronunciar las palabras o sonidos que le presenten dificultad, y provoca situaciones de angustia. Los niños/as que padecen este trastorno adquieren actitudes para evitar o posponer situaciones comunicativas angustiantes.

En la disfemia más arraigada, se presenta la dificultad para mantener la fuerza correcta en el movimiento de la articulación de los labios, la lengua, el paladar y los dientes, tiende a aplicar demasiada fuerza, que provoca temblores en dichos órganos y se ve afectada la corriente de aire para el habla, al recaer el esfuerzo sobre el aparato respiratorio provoca marcadamente la anomalía.

En Gallardo y Gallego (2002) las **manifestaciones disfémicas** se agrupan en tres categorías:

- Aspectos lingüísticos: Uso de muletillas, abuso de sinónimos, discurso incoherente, desorganización entre el pensamiento y el lenguaje.
- Aspectos conductuales: mutismo, retraimiento, ansiedad, conductas de evitación conversacional, bloqueos.
- Aspectos corporales y respiratorios: tics, espasmos, alteración respiratoria, rigidez facial (p.97).

3.2.4.4. Disartria

Trastornos de la articulación, se debe a lesiones en el Sistema Nervioso Central que afecta la articulación de todos los fonemas que intervienen en la zona lesionada. En caso más grave es llamado *anartria* o incapacidad para articular los fonemas.

En Martínez (2008) se menciona que:

La disartria se define como un trastorno orgánico del lenguaje de carácter neurológico, provocado por lesiones en regiones centrales y en las vías conductoras del analizador verbomotor. Se hace evidente la inervación insuficiente de los órganos articulatorios, lo que produce alteraciones en la pronunciación de los sonidos, acompañados por lo general de afectaciones en los atributos vocales, y toma de los movimientos biológicos. Defecto de la articulación del lenguaje, ausencia de coordinación entre movimientos musculares individuales en laringe, boca y aparato respiratorio acompañado de incapacidad de predecir la intensidad del sonido o su duración (p.13).

Se clasifica de la siguiente manera en **función de la zona afectada** por el sistema nervioso central.

- *Disartria flácida*

Las dificultades se generan a nivel de neurona motriz inferior produciendo problemas tales como afectación lingual, hipernasalidad, respiración jadeante, disminución de reflejos musculares y las alteraciones, se presentan en fonación, resonancia y prosodia.

- *Disartria espástica*

Las dificultades se generan en la neurona motriz superior y se manifiestan como espasticidad, alteración emocional, lentitud del habla, alteraciones respiratorias. Además de la articulación, la acentuación se ve alterada.

- *Disartria atáxica*

La afectación se localiza en el cerebelo y se manifiesta por movimientos imprecisos, alteraciones de la marcha y el equilibrio, se altera la acentuación, la fonación, además de la articulación.

- *Disartria hipocinética*

La afectación se localiza en el sistema extrapiramidal, se manifiesta en movimientos lentos, limitados y rígidos, hipocinesia, así como afectación en la fonación y prosodia.

- *Disartria hipercinética*

La afectación se localiza en el sistema extrapiramidal, presentando movimientos anormales involuntarios así como en fonación, resonancia, acentuación y articulación (Pascual, 1988).

3.2.4.5. Retraso del habla

Hace referencia a un desfase cronológico importante; el niño/a pronuncia como otro de edad inferior; no afecta la comprensión. El término “retraso” del habla se utiliza para hacer referencia a las dificultades que algunos niños/as presentan en la producción de fonemas y un desarrollo fonológico más lento.

3.3. Clasificación de problemas del lenguaje propuesto por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV

3.3.1. Trastorno de lenguaje expresivo

Desfase cronológico entre el lenguaje que presenta un niño y lo esperado para su edad. Característica: vocabulario limitado, errores en los tiempos verbales, dificultades en la memorización de palabras, dificultad en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo del sujeto. En niños pequeños, la característica más frecuente es la presencia de un trastorno fonológico. En ocasiones puede ir asociado con cierto retraso en otros aspectos del desarrollo y frecuentemente con dificultades escolares y de aprendizaje.

3.3.2. Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo

Alteración del desarrollo del lenguaje tanto receptivo como expresivo. En los casos leves puede observarse dificultades sólo para comprender tipos particulares de palabras (términos espaciales) o frases (complejas). En casos más graves, incapacidad para comprender el vocabulario básico o frases simples así como déficit en distintas áreas del procesamiento auditivo (discriminación de sonidos, asociación de sonidos y símbolos, almacenamiento, rememoración y secuenciación). Estos problemas suelen detectarse antes de los cuatro años de edad. Las formas graves pueden manifestarse hacia los dos años y las más leves en la primaria, cuando las dificultades de comprensión se hacen más evidentes. Interfieren significativamente en el rendimiento académico y en la comunicación social.

3.3.3. Trastorno fonológico (o del desarrollo de la articulación)

Dificultad para utilizar los sonidos del habla propios de la edad e idioma. Se suelen observar errores en la articulación que se traducen en una producción incorrecta de los sonidos del habla. Pueden darse problemas fonológicos de índole cognoscitiva que implican un déficit para la categorización lingüística de los sonidos del habla (ejemplo: dificultad para seleccionar los sonidos del lenguaje que dan lugar a una diferencia de significado). En el trastorno fonológico grave, el lenguaje del niño puede ser relativamente ininteligible incluso para los miembros de su familia. Las formas menos graves del trastorno pueden no reconocerse hasta que el niño ingresa a la escuela y tiene dificultades para ser comprendido fuera de su familia inmediata.

3.3.4. Tartamudeo

Alteración de la fluidez del habla caracterizada por uno o más de los siguientes fenómenos: repeticiones de sonido y sílabas, prolongaciones de sonidos, palabras fragmentadas (pausas dentro de una palabra), bloqueos, circunloquios (sustituciones de palabras para evitar aquellas que resultan problemáticas), exceso de tensión física.

3.3.5. Trastornos de la comunicación no especificados

Aquellos trastornos de la comunicación que no cumplen los criterios de ningún trastorno de la comunicación específicos, ejemplo: trastorno de la voz (Valmaseda, 2007).

3.4. Etiología de las alteraciones del lenguaje

Existen dos posibles orígenes de los trastornos de lenguaje, los que competen a la función biológica del infante y los relacionados con la interacción en el contexto del individuo.

Para que el desarrollo del lenguaje sea óptimo es necesario por una parte que la función biológica del infante sea adecuada, esto implica que el funcionamiento sensorial, neurológico y motor responda a los estímulos. “La integridad anatómica y funcional del aparato respiratorio, de los órganos fonadores, del aparato auditivo, de las vías nerviosas y de las áreas corticales motrices y sensoriales resultan indispensable para un adecuado desarrollo del lenguaje oral” (Valmaseda, 2007, p. 115).

Es importante tanto el aspecto orgánico como el cognitivo, al estar relacionados con el desarrollo lingüístico, es por ello que “ciertas dificultades del lenguaje son, ante todo, la manifestación de un déficit cognitivo más general” (Valmaseda, 2007, p. 115). Cuando hay problemas de retraso cognitivo o dificultad para la comprensión de representaciones simbólicas,

también se presentan trastornos en el lenguaje. Si bien no se puede determinar una causa única o exacta, sí existen factores desencadenantes.

En tanto, la relevancia de la interacción con el entorno es fundamental para que se propicie la comunicación y el desarrollo de las habilidades lingüísticas. Como se mencionó en el capítulo uno, el proceso de comunicación está formado por el emisor y receptor, en esta interacción se suman experiencias, conocimientos y habilidades, que a medida que se ejerciten, propician el desarrollo de las habilidades de comunicación, por tanto en una situación en donde un infante no esté en constante interacción se merma su capacidad lingüística y se afecta la interacción social.

En contextos de padres sobreprotectores se puede apreciar una afectación al reforzar conductas más infantiles a las del niño; esto lo vemos reflejado en la anticipación exagerada de los padres, a las necesidades del infante. En entornos con familiares patológicos o que manifiesten rechazo hacia el infante se verá perturbada la comunicación; en estas situaciones no necesariamente se presentan trastornos en el lenguaje, sino limitaciones o carencias lingüísticas que se harán presentes en el fracaso escolar.

A continuación se mencionan **las causas por clasificación** de las alteraciones del lenguaje.

3.4.1. Alteraciones de la comunicación

Mutismo

Se puede ocasionar por un incidente febril o por situaciones que le generen estrés al niño/a, ante personas o situaciones que le creen tensión. Presenta mejoría y su desaparición si se atiende oportunamente, mediante muestras de interés y de respeto hacia el niño; se motiven interacciones de confianza, que favorezcan su participación sin forzarlo.

3.4.2. Alteraciones de la voz

Las causas que refieren Gallardo y Gallego (2002) son:

Disfonía y afonía

Las bronquitis crónicas, asma, laringitis; traumática como accidentes, sustos; ambiental (elevación de la voz en situaciones ruidosas) o funcional como pólipos, nódulos y causas orgánicas como malformaciones laríngeas, inflamaciones.

3.4.3. Alteraciones del lenguaje

Retraso del lenguaje

Algunas de las causas se deben al entorno familiar, puede ser sobreprotección familiar, abandono, separación, déficits lingüísticos, factores hereditarios, bilingüismo mal integrado.

Disfasia (afasia congénita)

El déficit de memoria secuencial como una de las características de la afasia congénita infantil; en la capacidad de memoria inmediata y alteraciones temporoespaciales respectivamente en los niño/as (Gallardo y Gallego, 2002).

También Martínez (2008) nos explica que como “causa de la afasia congénita se ha sugerido un retraso en la maduración de los centros encargados de la integración de sonidos, o bien la presencia de lesiones cerebrales precoces” (p. 12).

Afasia

Van Riper (1966) dice:

La gran mayoría se debe a lesiones de la corteza cerebral, generalmente en el hemisferio opuesto a la mano preferida [...], enfermedades infecciosas y trastornos vasculares a consecuencia de hemorragias, trombosis o embolias, son causas comunes de una lesión cortical, los tumores cerebrales son otra causa (p.198).

También se puede encontrar en Martínez (2008) “como causa de las lesiones cerebrales causantes de la afasia encontramos la encefalitis, accidentes cerebro – vasculares o tumores cerebrales” (p.12).

3.4.4. Alteraciones del habla

Dislalia

Causada por inadecuados aprendizajes, incorrectas praxias bucofonatorias, escasa discriminación auditiva (Navas, 2002).

- *Dislalia evolutiva*

Se debe a que los niños pequeños apenas están completando la adquisición del lenguaje, y no es un factor que deba preocupar, ya que suele desaparecer a partir de los cuatro años.

- *Dislalia funcional*

Se debe a un mal funcionamiento de los órganos articulatorios, sin causa orgánica; las sustituciones y distorsiones ocurren por la inactividad o falta de fuerza en la punta de la lengua. Otros factores pueden ser, insuficiente control psicomotriz, dificultades de discriminación auditiva, alteraciones temporoespaciales, deficiente estimulación lingüística, predisposición genética, entre otros.

- *Dislalia audiógena*

La deficiencia auditiva es el origen (Pascual, 1988).

Disglosia (dislalia orgánica)

La causa es por malformaciones de los órganos del habla (labios, lengua, paladar).

Disfemia (tartamudez)

Es causada por distintos factores; tanto por situaciones de angustia y ansiedad, como alteración de la fluidez respiratoria. Podemos leer en Van Riper (1966):

Existen ciertos factores de predisposición, tales como la herencia de tartamudez, lesiones de parto, graves enfermedades febriles sufridas durante el periodo de aprendizaje del habla, traumas físicos y emocionales, prohibición de usar la mano preferida, conflictos emocionales causados por actitudes excesivamente críticas o ansiosas de los padres frente a las vacilaciones normales que la mayoría de los niños muestran [...] por lo general reflejan alguna especie de conflicto emocional centrado en el habla (p. 191).

Experiencias negativas que provoquen ansiedad o miedo en exceso, pueden ser factor para su aparición.

Disartria

La causa del trastorno se debe a lesiones en el Sistema Nervioso Central que afecta a la movilidad de los órganos para la producción del habla.

Retraso del habla

Puede deberse a trastornos del ámbito afectivo, a privaciones de la estimulación oral adecuada dentro del ambiente de crianza, problemas de coordinación muscular o a enfermedades prolongadas durante la primera etapa de la infancia (Navas, 2002).

Con lo antes visto podemos empaparnos de las clasificaciones más relevantes en los distintos aspectos de las interacciones humanas, tanto a nivel comunicación, voz, lenguaje y habla, así como al profundizar en sus características, tales como sintomatología y probable origen de la problemática de cada una de las subclasificaciones; también se pudo comparar con la categorización empleada en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV* en donde se sistematiza por sintomatología.

Capítulo 4. Tipos y métodos de la intervención pedagógica en las alteraciones del habla

“La educación genera confianza. La confianza genera esperanza. La esperanza genera paz”.

Confucio

En este cuarto capítulo se describe lo que es la intervención pedagógica, así como el procedimiento para planear dicha intervención en las alteraciones del habla; se detallan los distintos métodos y sus diferentes enfoques, para tomar como referencia en la planeación.

Se encuentra también la base para el cuestionamiento en la evaluación y con esto llegar a plantear una estrategia eficaz; estas estrategias vienen explicadas por metodología, para poder diseñar el procedimiento de intervención correctiva. Del mismo modo se encontrará la sugerencia de un proceso de intervención, como apoyo para establecer una estrategia, junto con recomendaciones de ejercicios, aplicables a las distintas clasificaciones de las alteraciones del lenguaje oral.

El interés de llevar a cabo este proyecto, es el de aportar y apoyar al ámbito educativo, y principalmente a los niños y niñas que inician su vida escolar, para auxiliarlos en caso de que presenten dificultad en el habla, es decir, por dificultades para articular correctamente, por medio de una intervención en la pronunciación con alteraciones fonético – fonológico , a través de estrategias con fundamento teórico y evitar así que haya consecuencias que perjudiquen su desempeño académico, social y emocional, como se menciona en los capítulos anteriores.

4.1. Detección y evaluación a las alteraciones del lenguaje oral

La evaluación es el primer componente en el proceso de intervención, con la evaluación se diagnostica, y se toman las respectivas decisiones en las estrategias, así también es fundamental para observar y llevar el control de la eficacia del programa.

La evaluación se realiza por medio de una descripción detallada de las características del lenguaje del sujeto, sus debilidades y fortalezas en el funcionamiento lingüístico; se determina y

detecta algún trastorno o la alteración perteneciente a otra área, y proporciona información para una intervención adecuada, así como su comparación y alcance de la mejora.

Cuando se detectan dificultades leves del habla, la evaluación se debe realizar en los aspectos:

- Fonético: diversificación articulatoria y acústica de los sonidos del lenguaje y como se perciben.
- Fonológicos: elementos constantes, decodificación de sonidos en la vibración, mediante la que se transmite el mensaje.

Cuando se presentan dificultades en el lenguaje oral, en donde éste es muy limitado con relación a la edad cronológica, la evaluación se debe realizar de manera más global; atender a los diferentes códigos como lo son:

- *Fonológico*: descripción del sistema fonológico (descodificación de sonidos) y los procesos que pone en marcha en este sistema.
- *Morfosintáctico*: tipo y complejidad de las oraciones, conexión textual.
- *Semántico*: riqueza del vocabulario, significado de sus producciones.

Para ambos casos es importante evaluar el contexto:

- Si es o no favorable en la interacción, analizar cuantitativa y cualitativamente los mensajes de los interlocutores.
- Preferencia de tipo de lenguaje: vocal, gestual, signada.
- Ocasiones e intención de las interacciones, las características de las preguntas y respuestas y las adecuaciones comunicativas que emplean.

Como en cualquier escenario en donde se aplique una evaluación, se conformará por tres fases: evaluación diagnóstica, formativa y sumativa.

Evaluación diagnóstica: se evalúa la competencia comunicativa- lingüística, por medio de la valoración de las características de la función motriz, sensorial, neurológica y cognitiva, y la relación con el posible problema en la función lingüística que presente el infante.

Evaluación formativa: en esta fase se analiza el progreso de la intervención y sus mejoras, es también donde se modifica y ajusta el modo de trabajo, se adecuan estrategias, recursos y tiempo.

Evaluación sumativa: se presta atención a las mejoras que se presentan, conforme a las dificultades que se observaban en un inicio de la intervención y con respecto a los objetivos planteados.

4.1.1. Cuestionamiento en la evaluación

Para comenzar a evaluar, se mencionan los siguientes cuestionamientos que Cruz y Alonso (como se citó en Gallardo y Gallego, 2002) proponen:

- La edad del niño/a

1. ¿Para qué evaluar? – Objetivos de la evaluación

A. Detectar posibles problemas:

- Establecer objetivos de esta primera evaluación.
- Decidir procedimientos más adecuados.
- Delimitar criterio de interpretación.
- Encauzar hacia otros profesionales.

B. Establecer el nivel de conducta lingüística:

- Determinar el nivel de desarrollo lingüístico
- Diferenciar entre retraso y alteración.

- Especificar la conducta a intervenir.

C. Medir los cambios de conducta producidos durante el programa de intervención:

- Comprobar la naturaleza del cambio para variar los contenidos y/o procedimientos de intervención.
- Evaluar al niño/a en el contexto escolar y natural (familiar).

2. ¿Qué evaluar? – Contenidos de la evaluación

A. Bases anatómicas y funcionales:

- Audición.
- Aparato fonador: respiración, habilidad motora, voz.

B. Dimensiones del lenguaje:

a) Fonología:

- Capacidad articulatoria.
- Adquisición del sistema fonológico.

b) Sintaxis:

- Modos de conexión.
- Análisis de forma y estructuras.
- Orden de organización de los enunciados.
- Contenido del lenguaje: Significado de la frase.

C. Procesos del lenguaje:

a) Comprensión (decodificación lingüística):

- Capacidad auditiva.
- Eliminación de elementos no verbales.

- b) Producción (codificación lingüística):
 - Lenguaje espontáneo (qué es lo que hace el niño/a).
 - Construcciones específicas (qué es capaz de hacer).

D. Desarrollo cognitivo:

- a) Periodos evolutivos de Piaget.
- b) Nivel de inteligencia general.

3. ¿Cómo evaluar? – Procedimientos y estrategias de evaluación

La conducta verbal se suele evaluar utilizando cuatro procedimientos básicos:

A. Test estandarizado:

- Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA), Kirck y Mc Carthy; evalúa proceso receptivo, asociativo y expresivo, así como los canales auditivo-verbal y visual-motor; es la prueba estandarizada más completa; se aplica de 3 a 9 años de edad.
- Desarrollo de la morfosintaxis en el niño (TSA), Aguado; mide el desarrollo de la comprensión y expresión sintáctica en el niño/a de 3 a 7 años, por medio de elección de dibujos y frases; cuando existen alteraciones, arroja puntuaciones muy bajas y tarda más de treinta minutos en resolverlo.
- Test de vocabulario en imágenes Peabody (PPVT), Dunn; test de elección de dibujos, los ítems corresponden a cada edad cronológica y la gama es de 2 a 16 años de edad.
- Prueba de Lenguaje Oral de Navarra (PLON), Aguinaga; evalúa aspectos fonológicos, morfosintácticos, semánticos y pragmáticos, correspondientes a cada una de las edades; actual.

B. Escalas de desarrollo. La conducta lingüista por medio de observación o información de los padres con:

- Escala del Desarrollo Psicomotor de la infancia intermedia.
- Diagnóstico del Desarrollo de Rondal.

C. Test no estandarizado:

- a) Producción verbal espontánea. Muestra de producción natural del niño/a.
- Registro y transcripción de una muestra: por medio de cuentos, juguetes, dibujos, etc.
Tomar video de las locuciones en 30 min. O de 3 a 4 minutos en ocasiones aisladas.
 - Análisis de las muestras: la dimensión del lenguaje que sea de interés, así como número de niños y tiempo disponible.
- b) Producción verbal provocada: provocar preguntas, respuestas, comentarios, etc. por medio de estrategias como:
- Actividades de expresión de relatos o escenas que lleven a la producción verbal.
 - Actividades de completar frases, formulación de diálogo, ingeniar cuentos.
 - Actividades de incitación de negaciones semánticas, locuciones plurales, partes de un todo, etc.
- c) Comprensión.
- Definir una respuesta adecuada: para dar significado.
 - Especificar la naturaleza de la tarea: reconstruir frases con objetos y dibujos.

d) Imitación provocada: solicitar repetir palabras o frases para evaluar la memoria auditiva y comprensión y producción verbal, en ausencia de contexto. Así como evaluar el procesamiento auditivo.

D. Observación conductual: en contextos naturales no estructurados para determinar el nivel evolutivo del lenguaje del niño/a.

- Objetivos para la intervención.
- Control de variables
- Establecimiento de la línea base de la conducta lingüística.

(Bautista, 2002).

Para llevar el registro de la información, es adecuado obtener el análisis de muestras de lenguaje, tomadas de contextos naturales, las cuales reflejan las producciones y características de las competencias comunicativo- lingüísticas del sujeto, y enfoca a los interlocutores para obtener la calidad de los intercambios; también es importante contemplar un sistema de registro como: audio, video y/o gráfico para que posteriormente se realicen las transcripciones y el análisis de datos.

Pruebas objetivas, las cuales ubican al niño/a en concreto en un nivel de desarrollo, ya que se centran en la evaluación de aspectos formales (fonología y morfosintaxis) y de contenido (léxico).

Tomando en cuenta los puntos anteriores, se evalúan los aspectos, acorde a la alteración lingüística y se procede a elaborar las recomendaciones para el plan de intervención.

4.2. Qué es la intervención pedagógica en las alteraciones del habla

Es el proceso de restablecer la mala producción de los fonemas, en el cual se emplean estrategias con apoyo de técnicas e instrumentos didácticos, con intención a modificar una conducta; por medio de una participación oportuna en la problemática y adecuándola a las características de aprendizaje del niño/a, a partir de lo que es capaz de lograr y lo que se le dificulta, en este caso, en el habla.

La práctica reeducativa es la elaboración de un plan de actuación para el programa de intervención y la mejora de los hábitos en la producción de los fonemas, en caso de que la mala articulación sea basada en el aprendizaje incorrecto de la respiración y colocación en los puntos de articulación.

Para García (2001):

La intervención es facilitadora, establece puentes y ayudas andamiadas que han de ser progresivamente retiradas para facilitar la autonomía [...] podrá ser directa o indirecta, especializada o no, formal o informal, intencional o incidental, planificada o espontánea, global o específica, sistémica o parcial (p.14).

4.2.1. Proceso de intervención

Un proceso de intervención se conforma por evaluaciones, objetivos, contenidos, modelos, estrategias y materiales. Se sugiere tomar como apoyo las siguientes preguntas:

1. ¿Para qué vamos a intervenir el lenguaje del niño/a?: Objetivos

A. Modificación del lenguaje alterado:

- Establecer el plan de intervención adaptado a la alteración y circunstancia del niño/a.
- Ubicar el nivel de desarrollo.
- Definir conductas a intervenir.

- Comenzar la intervención por el nivel que posee.
- Evaluar el plan de intervención.

2. ¿Qué es lo que vamos a intervenir? Contenidos de la intervención

A. Bases anatómicas y funcionales:

- Audición.
- Aparato fonador.

B. Dimensiones del lenguaje:

- Forma del lenguaje: fonología, sintaxis.
- Contenido del lenguaje: significado, conexión, léxico.
- Uso del lenguaje: funciones, competencia de comunicación, influencia contextual.

C. Procesos del lenguaje:

- Comprensión: capacidad auditiva, discriminación de elementos no verbales.
- Producción: lenguaje espontáneo y dirigido.

3. ¿Cómo vamos a intervenir? Modelos y estrategias de intervención

- Modelo lingüístico, cognitivo, conductual.
- Test estandarizado.
- Escalas de desarrollo.
- Test no estandarizado.

(Gallardo y Gallego, 2002).

4.3. Modelos de intervención en las alteraciones del habla

Los programas de intervención a las alteraciones de lenguaje oral se han dividido según

Valmaseda (2007) en dos modelos:

- Modelo tipo “*formal*”, su enfoque va dirigido a los contenidos estrictamente lingüísticos. De manera ascendente se fijan los objetivos y actividades de los elementos: fonéticos, fonológicos, lexicales o gramaticales.
- Modelo de intervención “*funcional*”, en él las interacciones y la pragmática del lenguaje constituye la base para el desarrollo de los programas.

Lo más adecuado es combinar ambos; Juárez y Monfort (como se citó en Valmaseda, 2007) proponen un modelo de intervención de tres niveles:

1. *Interactivo*: el educador planifica y organiza las situaciones de interacción y les da mayor estabilidad.
2. *Programación de contenidos*: selección y sistematización de los contenidos que se van a trabajar a nivel léxico, fonológico, sintáctico, etc.
3. *Enseñanza de conductas*: elección acorde a las necesidades de la alteración del lenguaje, ejercicios dirigidos a la enseñanza de determinadas conductas lingüísticas.

En Rondal y Seron (1995) mencionan dos enfoques:

- *El enfoque puntual*: se refiere a partir de una óptica *funcional*, determinar cuáles son los elementos lingüísticos más útiles, necesarios al niño para comunicar rápidamente.

- *El enfoque evolutivo*: plantea como principio que la mejor manera de enseñarle el lenguaje a un niño que tiene dificultades es utilizar como referencia fundamental la secuencia de adquisición observada.

También mencionan que, un programa de intervención debe enfocarse desde la complementariedad de ambos enfoques:

Los primeros proporcionan los modelos y los procedimientos, los segundos proponen los marcos generales en los que se insertan las tecnologías [...] guardándose de administrar pasivamente un programa predeterminado, adaptándolo en función de cada niño en el contexto dinámico de su propio desarrollo (p.285).

En Gallardo y Gallego (2002) afirman los siguientes modelos:

- **Modelo lingüístico**

Existen dos enfoques diferentes dentro de este modelo, *el funcional*: “considera prioritario la comunicación, la interacción verbal con el otro, creando situaciones que favorezcan la aparición de las distintas funciones lingüísticas [...] precisa cómo producir el lenguaje y cuándo, no es necesario que dominen dichas dimensiones para aprender a usarlas”. El enfoque *formal*: “todos los esfuerzos irán encaminados a cambiar o modificar las oposiciones fonológicas, las relaciones semánticas y/o las estructuras sintácticas alteradas o no obtenidas”.

- **Modelo cognitivo**

Tomando como base factores psicolingüísticos como las dimensiones del lenguaje, rutas o vías de procesamiento, percepción, memoria a corto, mediano y largo plazo, asociación.

- **Modelo conductual**

Para elaborar la intervención, se basa en los principios experimentales de la psicología del comportamiento. Técnicas aplicadas para modificar el lenguaje por retraso o problemas socioculturales.

- **Modelo clínico**

Emplea terapias psicoanalíticas, procura solucionar el problema en la relación con su entorno familiar, que es la causa de la alteración.

Y como lo menciona Goorhuis (En Hincapié, 2007), se realizaron pruebas en donde “se emplearon estrategias en niños con diagnóstico de déficit tanto en el lenguaje como en el habla [...] los resultados indicaron que fueron más significativos, en el grupo que recibía alternamente estímulos dirigidos a lo fonológico y a lo morfosintáctico” (p. 59).

Por lo tanto es recomendable para una intervención eficaz considerar aspectos verbales y no verbales, en tareas de comprensión del lenguaje como de su producción. Analizar los logros desde el inicio de la intervención y durante el proceso en los objetivos propuestos.

4.3.1. Estrategias de intervención pedagógica en las alteraciones del habla

Para poner en marcha un programa de intervención, es necesario analizar los procedimientos, tomar en cuenta las características del niño/a, lo que es capaz y lo que se le dificulta en la función lingüística; la elección de un modelo de intervención, junto con las técnicas e instrumentos para una evaluación idónea; al ubicar el tipo de alteración, aplicar la planeación de las estrategias de intervención del habla.

A continuación se mencionan estrategias de intervención por clasificación:

▪ **Estrategias basadas en test estandarizados**

Para la elección de actividades se toman en cuenta las habilidades que se miden en el Test Illinois de aptitudes Psicolingüísticas: comprensión, producción y asociación; añadiendo forma, contenido y uso de la lengua.

▪ **Estrategias por Intervención formal del lenguaje oral**

Tareas de producción verbal:

- Respiración y soplo.
- Habilidades motoras de lengua, labios y velo de paladar.
- Ejercitación de las cualidades de la voz.
- Vocalización.
- Articulación.
- Ejercitación de aspectos prosódicos (entonación y ritmo)
- Desarrollo sintáctico: pregunta-respuesta, imitación,
- Desarrollo semántico: vocabulario, nombrar objetos, interpretar historias.

Tareas de comprensión verbal:

- Percepción y discriminación auditiva.
- Seguimiento motor de órdenes verbales.
- Discriminación de imágenes.
- Elección de imágenes que representen frases orales.
- Construcción de frases con dibujos.

- Elección de frases que describan mejor una imagen.

- **Estrategia por Intervención funcional del lenguaje oral**

Propiciar la comunicación entre el especialista y el niño/a, aplicar actividades de imitación, seguimiento de instrucciones, completamiento de frases y creación de historias, creatividad expresiva; cualquier actividad que propicie la producción verbal, para lograr desarrollar las funciones lingüísticas a través de la interacción; además de expresión corporal, música, mímica, juego dramático para propiciar una atmósfera lúdica y motivante para la participación.

- **Estrategias de intervención conductual**

Los programas son adaptados a la conducta inexistente o alterada, primeramente se identifica la conducta, entrenamiento y evaluación del programa de modificación de conducta (Gallardo y Gallego, 2002).

Las acciones que son recomendables aplicar en cualquier tipo de estrategia son, la interacción constante y de calidad con los niños/as, para favorecer la expresión y comprensión, sin perder de vista el mantener siempre una buena actitud ante el problema.

Para planificar el proceso de intervención es relevante partir de los intereses, experiencias, habilidades lingüísticas y comprensivas; posteriormente realizar una adecuación, en caso de ser necesario, para lograr el objetivo que es la mejora en la alteración.

Es fructífero llevar la sesión por medio de interacciones donde predomine la conversación, comentarios, narraciones lúdicas y evitar el cuestionamiento directo del problema. También evitar el corregir y hacer repetir al niño sus producciones erróneas, es más favorable que el

adulto repita correctamente y añada más ejemplos. Igualmente utilizar el juego en las actividades para mantener la atención del niño/a y poder concretar la sesión.

Recordemos que el niño/a puede llegar a tener dificultades en recibir el mensaje, por ello es importante manejar distintos medios que faciliten su comprensión, en caso de ser así es oportuno el uso de representaciones visuales, como dibujos o gráficos. Y reforzar los logros y avances del niño/a para fomentar su seguridad y mejora de sus dificultades (Valmaseda, 2007).

4.3.2. Sugerencia de ejercicios por clasificación de las alteraciones del lenguaje

oral

- **Mutismo**

Para la intervención en el *Mutismo* (trastorno de la comunicación) se actúa sobre las bases funcionales del lenguaje, aplicando actividades de atención auditiva, de discriminación y memoria auditiva, respiratorias, de soplo, imitación de ruidos, gritos y sonidos, imitación vocálica, articulación dinámica (Gallardo y Gallego, 2002). Además de apoyo emocional y comprensión.

- **Disfonía**

Para la intervención de la *disfonía* (trastorno de la voz) son útiles para adquirir nuevos hábitos de fonación, ejercicios de respiración y relajación, así como modificar malos hábitos orales como hablar con gritos, y es recomendable hablar despacio y claro. Lo importante es hacer consciente al niño/a de su uso y de una corrección del mismo, por medio del habla sin forzar la voz.

- **Disfasia**

En el caso de la *disfasia* (trastorno del lenguaje) Van Riper (1966) afirma:

A menudo, se introduce un cambio de la mano preferida, practicando actividades manuales en combinación con vocalizaciones [...] son necesarias la imitación trabajando con espejos y hasta la manipulación de los órganos de fonación. Una vez adquirida una palabra, ha de usarse en cuantas situaciones significativas sea posible.

Actividades rítmicas, pantomimas y gestos se enseñan y combinan con el habla. Hay que formar asociaciones entre experiencias táctiles, visuales y kinestésicas y la presentación auditiva de una palabra. Lectura de los labios e incluso el material de Braille se utilizan para abrir las puertas de la comprensión del enfermo (p. 199).

- **Retraso del lenguaje**

En la intervención del *retraso del lenguaje* (alteración del lenguaje) según las dificultades lingüísticas se postulan en tres niveles:

Primer nivel: consiste en presentar los estímulos comunicativos y verbales naturales en un contexto facilitador.

Segundo nivel: modificar aquellos aspectos del lenguaje para el desarrollo.

Tercer nivel: introducción de un sistema alternativo de comunicación, cuando la comunicación verbal no es posible.

- **Dislalia**

En la *dislalia* (alteración del lenguaje oral) se sugiere intervenir directamente en el fonema sustituido, omitido, distorsionado o insertado; enseñar la articulación correcta de todos los fonemas y sinfonemas, o se puede intervenir indirectamente las bases funcionales de la articulación: discriminación auditiva, habilidad motora, ejercicios bucofonatorios frente al espejo, soplo, ejercicios de respiración y provocar el lenguaje conversacional.

Para niños con *dislalia* leve o con pocos sonidos defectuosos se atienden a menudo en grandes grupos, haciéndose hincapié en la identificación de las consonantes, sus características acústicas y el modo de producirlas [...] en la dislalia más grave no sólo hay que enseñar nuevos sonidos, sino desarraigar los viejos [...] sobre una base de identificación de consonantes y análisis de palabras, el foniatra suele concentrar su terapia en una sola consonante defectuosa. Se insiste en la percepción auditiva de las diferencias entre los sonidos correctos e incorrectos (Van Riper, 1966, p. 189).

También se sugiere mantener una actitud favorable; ofrecer el modelo correcto de la pronunciación sin forzar la reproducción aceleradamente, mostrar paciencia en la expresión del niño/a.

- **Dislalia audiógena**

Para la *dislalia audiógena* es oportuno el practicar actividades que impliquen trabajar la discriminación auditiva, corregir fonemas alterados e implantar los inexistentes.

- **Dislalia evolutiva**

Para una intervención preventiva de la *dislalia evolutiva*, es oportuno realizar ejercicios labiolinguales, actividades respiratorias y de soplo.

- **Disglosia**

Para la *disglosia* se recomiendan ejercitar la articulación por medio de discriminación auditiva, habilidad motora y articulatoria, ejercicios de paladar, bucofonatorios, soplo y respiración, además de las indicaciones del médico (tratamiento quirúrgico).

- **Disfemia**

Para la intervención de la *disfemia* (tartamudez) es primordial la identificación de las situaciones sociales estresantes y su eliminación. Los espasmos de la disfemia leve se hacen

presentes sólo por momentos de estrés en el habla, específicos, y para su tratamiento “se aprovechan los periodos buenos para fomentar el hablar mucho [...] hacer repetir palabras y frases, combinar el hablar con amplios movimientos de tronco y miembros” (Van Riper, 1966, p. 192).

En la etapa infantil y primaria se aconseja una intervención temprana e indirecta, a modo de prevención de la disfemia, con recomendaciones como: evitar burlas, procurar estados positivos emocionales y afectivos, evitar que concienticen los niños/as que es una problemática, intentar calmar la situación cuando se encuentre en crisis espasmódica, permitirle hablar sin corregirle su pronunciación, evitar cualquier presión sobre el habla.

En niños más grandes que presenten síntomas, se recomiendan actividades generales, los aspectos más importantes a tratar en la intervención de la disfemia son: la relajación para evitar el espasmo y crear seguridad en el niño, así como aplicar los ejercicios generales de la logopedia: ejercicios bucofonatorios, de respiración, escritura al mismo tiempo que lo que se habla, separar sílabas de una palabra rítmicamente, combinar el hablar con amplios movimientos de tronco y miembros, pronunciación lenta y rítmicamente de frases cortas y sencillas. La especificidad de las actuaciones, estará en función de las características del trastorno, de su intensidad, de la severidad y peculiaridades del niño; evitar las actuaciones generalistas (Gallego, 2001).

En general, en el proceso de intervención, los aprendizajes son de forma paulatina. En la intervención pedagógica es también importante la participación de los familiares y agentes cercanos, debido a que el contexto natural favorece la interacción y es conveniente poner en práctica los ejercicios planteados en las sesiones de intervención. Por esa razón es necesario mantener al tanto a los padres de familia, acerca de las actividades que se ponen en práctica en

las sesiones, y éstos, lo continúen practicando (conforme se indique) en casa, también así para mantenerlos al tanto acerca del avance del niño/a.

Es así, como en este capítulo se enfoca en la intervención pedagógica; se aclara lo que es y el cómo se ejerce, desde el análisis de la problemática del lenguaje, a través del planteamiento del cuestionamiento para la evaluación y el modo de intervención con fundamento en modelos teóricos, para llegar a una estrategia de trabajo con actividades, para cada una de las clasificaciones de los problemas de lenguaje. Así como la recomendación de un protocolo de intervención.

**Capítulo 5. Intervención pedagógica en
niños(as) de 6 años de edad que presenten
dislalia**

“El cambio es el resultado de cualquier aprendizaje verdadero”.

Leo Buscaglia.

En este capítulo se desarrolla el proceso que se sugiere aplicar en la intervención de las alteraciones del habla, específicamente en las dislalias. A través de visualizar todo el proyecto de investigación en general, desde el primer capítulo en donde se describe lo que es el lenguaje y todo lo que es inherente a éste, así como por los tipos de problemas que se ven involucrados en el desarrollo del lenguaje, posteriormente por la investigación de las metodologías que se pueden emplear en la intervención de estos problemas, hasta llegar a este último capítulo en donde, con base en una visión con sustento teórico, y formación pedagógica con enfoque en la psicopedagogía, se puede llevar a la práctica este plan de intervención pedagógica con los niños/as que se detecten, y que requieran de apoyo de reeducación de la articulación, que no involucre una afectación neuronal u orgánica, por ello en este capítulo se describen los aspectos que se tienen que abarcar al momento de llevar a la práctica.

Una vez se tenga en claro las bases con las que se debe contar, tanto psicopedagógicas, como el buen manejo de los temas que se han descrito en los capítulos anteriores, se profundizará en la aplicación de las pruebas que se desarrollan en este capítulo, como lo son, las pruebas de maduración neuromotriz, pruebas de lenguaje, articulación y cuestionarios de apoyo para la revisión del campo sensorial y motriz. También se encuentra en este capítulo la importancia fundamental de la participación de diversos especialistas para aportar y diagnosticar, así como complementar el pronóstico; más un listado de praxias bucofonatorias, aplicables al aparato articulador en general.

En el apartado “anexos”, se encuentran los diversos cuestionarios y pruebas que se abordan y se sugiere se apliquen en el plan de intervención.

5.1. Información general de las dislalias

Para lograr un diagnóstico objetivo es necesario manejar ampliamente el contenido teórico del lenguaje, las alteraciones de éste y sus clasificaciones.

Al comenzar el procedimiento de intervención pedagógica es fundamental conocer lo que es el lenguaje, los aspectos que lo conforman, las clasificaciones de las alteraciones del lenguaje; también así la manera en la que el individuo aprende el lenguaje, y la evolución de este proceso, conforme va transcurriendo el tiempo y la interacción con el entorno; también es obligatorio tener en conocimiento el tema de los problemas del lenguaje y las características de cada uno; en el caso de las alteraciones del habla, como se menciona anteriormente, son trastornos en la articulación; se hará énfasis en la intervención de esta alteración, en particular de la dislalia funcional, enfocándonos en la correcta posición de los órganos que participan en la articulación, por medio de los ejercicios bucofonatorios, es decir en la reeducación de los movimientos del habla, que se podrán determinar anticipadamente con las pruebas propuestas; con la finalidad de conseguir desarrollar la habilidad para distinguir los trastornos en el habla, e intervenir al niño/a que presente alguna anomalía en el lenguaje oral, por medio del protocolo que se desarrolla en los siguientes subtemas.

Es importante el desarrollo de la habilidad para aplicar la entrevista con los reactivos idóneos que ayuden a recopilar información útil para reconocer la alteración, seguir las evaluaciones y test diagnósticos.

Lo anterior con el objetivo de diseñar estrategias educativas que ayuden a perfeccionar los recursos lingüísticos de los niños/as y lograr una competitividad comunicativa. El propósito es

favorecer un entorno y desempeño académico, por medio del uso correcto del lenguaje oral y beneficiar al escrito, así como el enriquecer del ámbito social.

De esta manera, poder apoyar a los padres de familia, por medio de orientación con respecto a la atención y pronóstico de la situación que presente el niño/a; es importante la preparación metodológica de los especialistas de la educación, interesados en dar atención a los niños que presenten alteración del habla, específicamente en la dislalia funcional, a fin de llevar a cabo una correcta reeducación en el área de acción, para que se logre el perfeccionamiento de la lengua y del desarrollo integral del niño/a, a través de la intervención pedagógica, lingüística, así como logopédicamente, todo ello para poder dar respuesta a la demanda de solucionar una problemática que aqueja a un(a) niño(a) o niños(as) con alteración en el lenguaje oral.

5.2. La entrevista inicial

La entrevista es una forma de entablar comunicación entre el que padece un problema y el tratante que es apto para ayudar, éste es el encargado de formular las preguntas para establecer un diagnóstico y con ello encontrar una solución al problema.

En la entrevista inicial como se lee en Cabrera (2007):

Se permite obtener el motivo de consulta, el rapport (relación entre entrevistador y entrevistado) y el realizar la planificación de la evaluación, es decir, seleccionar las pruebas que se van a aplicar al examinado y en qué orden [...] La confección de un conjunto de test a aplicar a un sujeto determinado, debe realizarse de acuerdo a lo que se necesita saber de él, lo que va a estar estrechamente ligado a su motivo de consulta (p. 4).

El interrogatorio o anamnesis (que quiere decir volver al recuerdo) se divide en: anamnesis próxima y en anamnesis remota, la primera especifica el motivo de consulta y la historia de la problemática actual, la segunda incluye el resto del interrogatorio. El interrogatorio se basa en las técnicas de la entrevista.

La entrevista es el documento para recopilar datos prescindibles para iniciar la evaluación diagnóstica por parte del encargado de la intervención.

Con este instrumento se recogen datos de identificación general, de índole familiar, lingüística y de maduración del desarrollo. Se recaba información acerca de enfermedades existentes en la familia, posición entre los hermanos, convivencia familiar, relación de los padres con el hijo/a. Se aplica este instrumento por parte del especialista y se dirige hacia los padres del niño o niña que soliciten la intervención.

La historia clínica es el documento o instrumento mediante el cual a través de los tiempos se ha transcrito, recogido y reflejado – en cada época de una forma y con unas técnicas diversas – lo que es el proceso biológico de la enfermedad, a través de un saber técnico, basándose en principios objetivos (Menéndez, 2012, p. 3).

Para aplicar una historia clínica completa es relevante manejar los temas teóricos y la práctica para formular el interrogatorio preciso y oportuno, y así obtener la información, durante la primera semana de la intervención, que con base en la teoría y las habilidades, nos facilite ubicar la problemática. Asimismo el aprender la habilidad de análisis en la escucha.

Con ayuda de este interrogatorio se logra obtener el diagnóstico el cual refleja la sintomatología y su causa, y con ello analizar las posibles estrategias de actuación, así como el dirigir con el especialista del lenguaje en caso de presentarse un trastorno más complejo, que sea necesario intervenir con ayuda de un profesional específico y enfocado al trastorno del lenguaje.

Por medio de este cuestionamiento se obtiene información acerca del niño/a, si es comunicativo, expresivo, introvertido, aislado. Así como la comprensión del lenguaje, por medio de:

- Ejecución de órdenes.

- Ordenamiento de secuencias y narración de cuentos.
- Orientación temporo - espacial y corporal

Para Romero (2010) la historia clínica se puede clasificar en:

Historia clínica Hipocrática: orientada según el origen de las afecciones, sus antecedentes, enfermedad actual y exploración. Suele utilizarse en el ámbito académico.

Historia clínica por problemas: se adecua más a la asistencia primaria, al seguimiento prolongado de un paciente, cuyos antecedentes son conocidos (Ejemplo: paciente con una enfermedad crónica como hipertensión o diabetes).

Historia clínica orientada según el tiempo: adecuada para determinados servicios, como por ejemplo el de urgencias, donde se da mayor relevancia al último acontecimiento destacable (p.185).

A continuación se desarrollan los componentes para elaborar la entrevista o anamnesis, la cual “es la información surgida de la entrevista proporcionada por el propio paciente, o el familiar” (Hechavarria, 2017, p. 3).

5.2.1. Componentes de la entrevista

- *Datos de identidad personal*

Nombre, edad (es relevante ya que las alteraciones varían dependiendo esta característica), sexo, escolaridad.

- *Motivo de consulta*

Es útil consultar para comenzar a definir el problema, referirse a los síntomas principales, que se presentan con más constancia y comenzar a anotarlos como los exprese, en este caso, el padre o madre del niño/a. Cuestionar, ¿cuál es el problema que lo trae?, ¿hace cuánto tiempo le ocurre?

- *Anamnesis remota: antecedentes patológicos hereditarios, traumatismos*

Se refiere a las enfermedades por las que el niño(a) ha pasado, a los traumatismos físicos intensos que haya sufrido, ya que puede haber consecuencias tiempo después. A través de la indagación se obtiene el estado de salud de los familiares, mediante la escucha atenta de la descripción de las características familiares, así mismo el curso de los síntomas, que menciona padece el niño; y muy importante también, es la observación por parte del aplicador.

- *Características del embarazo y el parto*

Comprende el proceso de desarrollo y la influencia del ambiente, durante la concepción y hasta el nacimiento. Aspectos como estado de ánimo, stress, alimentación, presencia de alguna enfermedad, ¿en qué semana ocurrió?, presión sanguínea alta ó alguna complicación durante el embarazo. ¿Cómo fue el tipo de alumbramiento y sus circunstancias?, ¿hubo alguna complicación en el parto?, ¿fue parto prematuro?

- *Estado del niño después del parto*

¿Necesitó incubadora o asistencia para oxigenación?, El método de *escala de Apgar* de Virginia Apgar (1952) en donde un puntaje máximo es de 10 al sumar las 5 escalas:

Tasa cardiaca 0 = ausente, 1= baja (-100 pulsaciones x min.), 2 = más de 100.

Esfuerzo respiratorio 0= ausente, 1= llanto débil, hipoventilación, 2 = buen llanto, fuerte.

Tono muscular 0 = laxo, 1 = cierta flexión de las extremidades, 2 = buena flexión.

Respuesta refleja 0 = sin respuesta, 1 = hace muecas, 2 = tose o estornuda, llanto o retira el pie.

Color 0 = azul, pálido, 1 = cuerpo rosa, extremidades azules, 2 = piel saludable sin decoloración.

“Un puntaje de 0 puede indicar muerte neonatal; de 1 a 3 indica que el infante está muy débil; de 4 a 6, moderadamente débil; y 7 a 10, en buena condición” (Rice, 1997, p107).

¿Cuánto fue el puntaje en la escala de Apgar?

- *Desarrollo del lenguaje*

¿A los cuántos meses fueron sus primeros balbuceos, pronunciación de palabras y frases?, Interacción, cómo son sus conversaciones, ¿a partir de qué edad y con qué tipo de personas?

- *Datos sobre el desarrollo de la personalidad en general*

¿Cómo participa en las convivencias sociales?, ¿qué tan irritable, sociable y activo es?, ¿cómo se maneja grupalmente en la escuela?, ¿qué tan extrovertido es?

- *Antecedentes escolares*

¿A qué edad ingresó a preescolar?, realiza las actividades escolares, ¿qué tanto se le dificulta?, a la fecha, ¿continúa alguna dificultad con alguna asignatura?

- *Historia psicosocial*

Costumbres y hábitos de su entorno; los factores psicológicos y sociales intervienen en la génesis y evolución de los estados patológicos.

Recomendación al momento de aplicar la entrevista:

- Mostrarse empático(a) y respetuoso con el paciente para motivar la confianza y esta propicie la buena comunicación de los síntomas que padezca el niño o niña.

- Se recomienda romper el hielo con otros temas al inicio y posteriormente iniciar con la entrevista con el fin de desinhibir a los padres.
- Al iniciar con la entrevista, es oportuno empezar a cuestionar ¿cuál es el problema que lo trae a pedir apoyo?
- Escuchar con atención la descripción de los síntomas, por parte de los padres del niño(a) que presenta la alteración.
- Cuando el entrevistado al parecer ya concluyó de relatar, cuestionar con la pregunta: ¿algo más? ¿cuánto hace que le ocurre? Realizar preguntas abiertas.
- Una vez se escuchen los síntomas, se indaga por las características de los mismos.
- Utilizar lenguaje claro y accesible para todas las personas, así como el tener cuidado con los gestos y expresiones para no causar conflicto en la comunicación.

Lo importante para los padres es recibir una respuesta y un pronóstico a la dificultad que presenta su hijo(a), ya que confían en el profesional, al haber informado datos que son confidenciales. Por medio de una explicación de los datos que arrojen las pruebas, tomar en cuenta el adaptar el lenguaje para ser accesible por las personas en general. “La tarea no sólo consiste en recopilar síntomas, sino percibir lo que hace sufrir al enfermo y lo que hay que hacer” (Hechavarria, 2017, p. 7).

Revisar Anexo 1 Historia Clínica.

5.3. La intervención interdisciplinaria

Los trastornos de lenguaje, presentan distintas sintomatologías, por eso es necesaria la aplicación de pruebas, para evaluar el estado de la alteración y en caso de ser necesario redirigirlo con un especialista, que se encargará de dar una confirmación del resultado, una vez

hecho el análisis del estado específico correspondiente a su área, con respecto a la condición del niño (a), para llegar a las circunstancias adecuadas, conseguir el plan de trabajo estratégico y poder corregir los defectos de la articulación.

Es primordial solicitar la realización del examen médico, por parte de un pediatra, el cual se encarga de revisar el estado en el que se encuentra el aparato bucofonatorio, revisar la habilidad motora de la lengua, paladar blando y labios, así como la capacidad y control de la respiración y del soplo; y las áreas sensoriales, a través de una audiometría, para conocer si son capaces o no de realizar una correcta discriminación auditiva de fonemas, y examen de la vista; para los casos más complejos de articulación, es asequible una intervención quirúrgica debido a un problema de carácter orgánico, para la corrección del órgano afectado (Romero, 2010).

Como sería en el caso de la presencia de frenillo, dentición defectuosa y problemas respiratorios, se debe considerar el tratarlos clínicamente.

Es muy importante dirigir a los padres del niño o niña que se va a intervenir, con un profesional de la salud, ya que es la persona especializada en el conocimiento de la anatomía humana y en su caso la infantil, lo anterior con el motivo de ubicar algún problema físico o descartar alguna anomalía en cuestión de formación en el aparato bucofonatorio, así como la revisión por parte de los especialistas en las funciones sensoriales, en caso de que el niño/a haya presentado dificultades en las pruebas de audición y visión, realizadas en el plan de intervención.

Asimismo exámenes neurológicos en casos más complejos de la articulación y dependiendo el resultado van a requerir una evaluación complementaria.

En caso de alteraciones del lenguaje más complejas, las cuales se caracterizan por la dificultad en decodificar las frases, o alguna situación que compete la comprensión del lenguaje;

es idóneo acudir con los médicos especialista para estudios más específicos, sería importante ir con el especialista neurólogo en caso de dificultad de comprensión; en caso de dificultad visual con el oftalmólogo; con dificultades relacionadas con la voz o anatomía articuladora con el otorrinolaringólogo, ellos especializados en revisar los aparatos articulatorios, sensoriales y el área neuronal, con la finalidad de establecer un diagnóstico confiable. Esto antes de iniciar con los ejercicios prácticos.

También uno de los puntos importantes que se involucran en este análisis es el del área psicológica, si al momento de aplicar la historia clínica se detectan factores que vulneren el desarrollo biopsicosocial del niño(a) o al momento de aplicar la Prueba de Bender, en la cual se pueden detectar aspectos emocionales que pueden estar afectando el desarrollo del lenguaje y de la personalidad, es prioritario también canalizarlo para una asesoría especializada en el área psicológica, con un especialista que apoye a resolver los conflictos que abrumen o afectan el desarrollo del niño(a).

5.4. Pruebas para establecer: aspecto sensorial, madurez neuromotriz, aspecto sonoro, lenguaje y motricidad.

5.4.1. Aspecto sensorial

Como menciona Frosting (en Santaella)

La percepción es concebida como un paso intermedio del proceso de información entre la sensación y la cognición; la percepción visual y auditiva, es definida como la capacidad para reconocer y discriminar estímulos visuales y/o auditivos, y para interpretar dichos estímulos en función de las experiencias previas. La percepción visual depende del grado de maduración del sistema nervioso central y de la estimulación medioambiental, a su vez favorece el desarrollo de

otras funciones perceptivas y se encuentra estrechamente ligada con la evolución de habilidades cognoscitivas superiores, tales como el lenguaje, el razonamiento, la memoria, el aprendizaje y la coordinación motora.

La percepción auditiva se explora mediante el lenguaje o con ayuda de juguetes que emiten el sonido; en caso de que se requiera, será necesario dirigirlo con el especialista otorrinolaringólogo para revisar con más detalle alguna problemática. Y para la exploración visual remitirlo con el oftalmólogo para que revise su agudeza, campo visual y movilidad de los ojos.

Revisar Anexo 2 Cuestionario Para La Detección Temprana De Las Alteraciones En La Audición.

La función gestáltica visomotora está asociada con la capacidad del lenguaje, la percepción visual, la habilidad motora manual, memoria, conceptos temporales y espaciales, capacidad de organización y representación. Todas estas funciones forman parte de la inteligencia y se modifican a través de la maduración, que adquiere el niño/a. Por eso la inteligencia está asociada con el nivel de maduración.

Allport (como se citó en Nehemías) menciona que la maduración es el proceso fisiológico, genéticamente determinado, por el cual un órgano o conjunto de órganos llega a una madurez y permite la función por la cual es conocido.

El desarrollo se caracteriza del perfeccionamiento motriz y este de la maduración y el aprendizaje, ya que para que haya aprendizaje en la coordinación de movimientos es preciso que el sistema nervioso y el sistema muscular hayan conseguido un nivel idóneo de maduración.

Es imperante facilitar y afianzar los logros que posibilitan la maduración referente al control del cuerpo, desde el mantenimiento de la postura y los movimientos amplios, hasta los movimientos precisos que permiten diversas modificaciones de acción, y al mismo tiempo favorecen el proceso de representación del cuerpo y de las coordenadas espacio-temporales en los que se desarrolla la acción (Madrona, 2008, p. 7).

La maduración neuronal se inicia desde los primeros momentos de vida del recién nacido, con la utilización del sistema visomotor, esto ocurre en el momento que realiza el contacto visual entre su madre y él; estimulando de esta manera el desarrollo de la inteligencia; así como el establecimiento de la interacción social; se propicia un afecto positivo (Ibáñez, 2004).

Las pruebas de inteligencia son la medición psicométrica, de enfoque cuantitativo, medido a través de pruebas estandarizadas, que en este caso calculan el nivel de inteligencia.

Las pruebas de inteligencia aplicadas a infantes de dos años no son tan confiables en los puntajes, posteriormente se estabilizan los puntajes al ser más predecibles a los cinco años y a los 10 años son más estables estos puntajes.

Siegler (como se lee en Rice) menciona “Los puntajes del CI no son normas fijas, y pueden variar, dependiendo de muchos factores. Incluso Binet hacía hincapié en la repetición frecuente de las pruebas”.

Por lo anterior se ha elegido aplicar el test de Bender, una prueba que mide la maduración cerebral y suele ser más estable en la administración y obtención de resultados, en niños de la edad en la que se enfoca este proyecto, la cual es de 6 años, con la intención de conocer su actividad cerebral; con esta prueba también se puede considerar si existe o no alguna lesión

cerebral, y en caso de presentar indicadores poder dirigirlo con un profesional para la realización de pruebas a nivel neuronal.

5.4.2. Test de Bender

“El test de Bender es un test que demanda de los niños y niñas copiar diseños conocidos internacionalmente, y cuyo objetivo es evaluar la madurez perceptiva, un deterioro neurológico y problema emocional” (Nehemias, 2017).

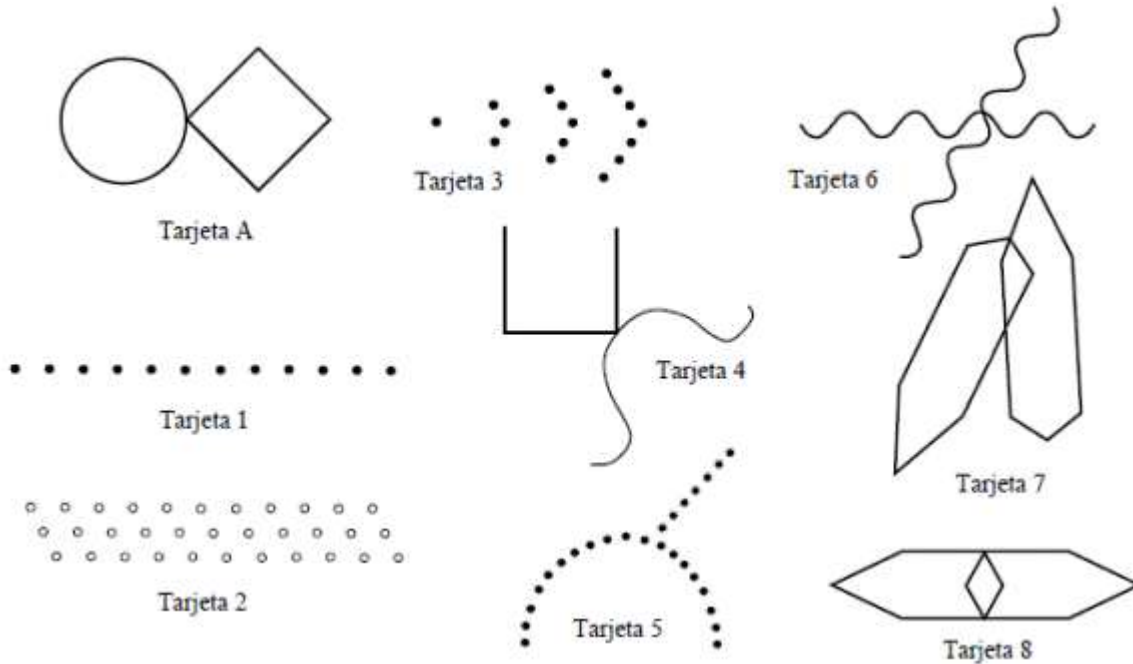
La Dra. Bender encontró que la percepción y la reproducción de las figuras gestálticas varía en función del nivel de maduración y desarrollo de cada individuo y de las alteraciones o trastornos neurológicos, al determinar que la mayoría de los niños sin alteraciones neurológicas, a los once años son capaces de copiar las nueve figuras sin errores. Posteriormente la Dra. Elizabeth Münsterberg Koppitz publicó la construcción de dos Escalas para evaluar el desarrollo de los procesos perceptuales y motores, una escala de Maduración que abarca de los 5 a los 10 años de edad y otra de Indicadores Emocionales. Este método permite detectar de manera objetiva en los niños: madurez para el aprendizaje, problemas en la lectura, dificultades emocionales, lesión cerebral y deficiencia mental.

La prueba pertenece a dos grupos:

- *Visomotora*: porque el sujeto tiene que copiar los modelos que se le presentan.
- *Gestáltica*: porque se basa en la psicología de la forma.

Consiste en 9 tarjetas blancas, tamaño postal, cada una con un diseño trazado en negro en el centro.

Se numeran:



Tarjeta “A” para el primer estímulo y del “1 al 8” para las restantes.

Tarjetas Gestálticas de Bender (1938)

Las categorías de distorsión que se incluyen en este método son:

- a) Distorsión de la forma: Cuadrado o círculo muy achatados o deformados, desproporción del tamaño en las figuras que se unen, uno es el doble que el otro. Convertir los puntos en círculos. Irreconocible. 3 o más curvas sustituidas por ángulos, línea recta y ausencia de curva en figura 6. Adición u omisión de ángulos en las figuras que los tienen.
- b) Rotación: de la figura a 45° o más, rotación de la tarjeta. Cuando la extensión de la figura 5 apunta hacia la izquierda.
- c) Sustitución de puntos por círculos o rayas.
- d) Sustitución de curvas por ángulos.

- e) Perseveración: Más de 15 puntos en una hilera, o de círculos en la figura 2, seis o más curvas en la figura 6.
- f) Integración: Falla en la integración de partes de una figura. Al unir las figuras se encuentran muy separadas o con mucha superposición; omisión o adición de hileras de círculos. Cuando el arco se modifica por una línea o círculos de puntos en la figura 5. No se cruzan o se trenzan en la figura 6.

Cada una valorada en las 9 tarjetas.

Criterios de calificación para obtener el nivel de maduración.

Todos los ítems son puntuados con 1 si está presente, ó 0 si es ausente. Se puntúan las desviaciones claras, si hay duda, no se puntúan (esto en la aplicación en niños pequeños, por su control motor inmaduro). Los criterios están dados en relación en signos de inmadurez, por lo tanto un mayor puntaje indica un nivel de madurez menor.

No se puntúan: en caso de duda por desviaciones menores; círculos parcialmente rellenos o líneas, pocos círculos pero que tenga las 3 hileras la figura 2; borrar o número incorrecto de puntos. Girar la hoja para aprovechar el papel.

Las categorías que evalúan los indicadores emocionales, los rasgos de personalidad y actitudes son:

- a) Orden confuso: Las figuras son dibujadas sin ningún orden ni secuencia lógica.

El orden confuso es común en niños/as de 5 a 7 años. Se considera positivo cualquier secuencia lógica de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha; si la figura 8 se dibuja donde encuentre espacio no se computa.

Adquiere significación diagnóstica hasta los 8 años y se relaciona con una pobre capacidad de planeación, dificultad para organizar la información y probable confusión mental. También se le ha relacionado con dificultades en el aprendizaje y tendencia a la impulsividad.

- b) Línea ondulada: Dos o más cambios abruptos en la dirección de la línea de puntos o círculos. No se computa cuando es una rotación o curva gradual, o un solo punto o columna de círculos fuera de línea. Se computa solo una vez aunque se presente en varias figuras.

Se relaciona con falta de estabilidad emocional debido a la dificultad en la coordinación motora (especialmente en niños pequeños). Incapacidad de integración, que provoca tensión y perturbaciones emocionales.

- c) Rayas en lugar de círculos: Cuando en la fig. 2 la mitad o más de los círculos son reemplazados por rayas. La sustitución de círculos por puntos no se computa. Se asocia con impulsividad y agresividad. En niños más pequeños puede significar falta de interés o atención. Sugiere también preocupación por dificultades personales.

- d) Aumento progresivo de tamaño: Cuando los puntos y círculos de las fig. 1, 2 y 3 aumentan progresivamente de tamaño, hasta tres veces más grandes los últimos. Este reactivo se computa sólo una vez, aunque se de en más de una figura. Las implicaciones diagnósticas aumentan a medida que el niño crece.

Está relacionado con niños que tienen poca tolerancia a la frustración y explosividad

- e) Gran tamaño: Se considera cuando una figura es una tercera parte mayor que la original de la tarjeta. Este reactivo se computa sola una vez independientemente de las figuras agrandadas. Se ha relacionado con tendencia a la impulsividad.

- f) **Micrografía:** Uno o más dibujos son la mitad más pequeños que el modelo, en ambas direcciones para que se compute. Este reactivo se computa sola una vez independientemente de las figuras reducidas.
- Se asocia con ansiedad, timidez y conducta retraída. Adquiere significación diagnóstica después de los 8 años.
- g) **Líneas finas:** Trazos finos que exigen un esfuerzo para reconocer el dibujo.
- Se asocia con timidez y retraimiento, con conductas de evitación (especialmente en los niños más pequeños).
- h) **Repaso del dibujo o de los trazos:** Se repasa el dibujo con líneas gruesas e impulsivas, al borrar y vuelto a dibujar o encimado. Este reactivo se computa sola una vez independientemente de las figuras repasadas. Se asocia con impulsividad y agresividad.
- i) **Segundo intento:** Se deja de dibujar sin haberlo terminado y se retoma. Se computa cuando hay dos dibujos de una misma figura o se borra y se dibuja en distinto lugar de la hoja.
- Puede estar relacionado con impulsividad y ansiedad en niños mayores de 8 años que se dan cuenta que sus dibujos son incorrectos pero no tienen la paciencia ni el control para borrar y corregir, de tal manera que prefieren repetirlo en otro lado. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y lo hace desde cero o inicia algo nuevo y abandona lo que le resulta difícil. Si tiene dificultad porque le ocasiona ansiedad en la fig. 6 puede ser por problemas de identificación masculina y se le dificulta terminarla, intentándola varias veces antes de poder lograrlo.

- j) Expansión: Se emplean dos o más hojas de papel para terminar las nueve figuras de la prueba en los niños de algún grado de preescolar o escolar, emocionalmente perturbados o con lesión neurológica. Este indicador se correlaciona con impulsividad.

Algunas conductas que demuestran los sujetos para mejorar la ejecución de la prueba, a pesar de presentar alguna alteración cerebral, son:

- a) Tiempo de realización excesivo (mayor a 15 minutos).
- b) Trazar la figura con el dedo antes de ejecutarla
- c) Anclar el dibujo con el dedo: poner el dedo en cada parte de la tarjeta a medida que se va copiando la figura.
- d) Mirar brevemente, una sola vez, la tarjeta y luego apartarla de la vista, trabaja de memoria como si el estímulo lo confundiera.
- e) Rota la tarjeta y el papel, dibuja en la posición rotada y luego reacomoda el papel.
- f) Verificar una y otra vez el número de círculos y puntos, sin sentirse seguro a pesar de que sea correcto.
- g) Dibujos impulsivos, apurados; borrar espontáneamente y luego corregir con mucho esfuerzo.
- h) Expresar disgusto por los dibujos mal hechos y efectuar distintos esfuerzos, sin éxito (Santaella, 2012).

Instrucciones para la aplicación de la prueba.

Sentar al niño frente a una mesa, acercarle dos hojas tamaño carta, un lápiz y una goma; se le dice; aquí tengo nueve tarjetas con dibujos para que los copies. Aquí está el primero, haz uno igual, se observa como el niño acomoda la hoja de papel, posteriormente, cuando termine de

copiar la figura, se retira la tarjeta y se pone la siguiente, y así con las nueve tarjetas, no hay límite de tiempo, es importante percatarse del comportamiento mientras copia los dibujos. Si interrogan el cómo hacerlo se da una respuesta neutral como la siguiente “hazla lo más parecido posible a la tarjeta”. En cuestión de la cantidad de hojas, se le proporciona las que necesite (Nehemias 2017).

Revisar Anexo 3 Protocolo de Registro Bender - Escala de Evaluación del Test Gestáltico Visomotor Para Niños (E. koppitz). Escala de Maduración Bender. Cuadro de Normas De Maduración Bender.

Para todo lo anterior es importante la observación, para aplicar y recolectar información.

Implica observar a la gente en escenarios naturales (tales como el hogar, la escuela, el vecindario, un parque, un centro comercial, etc.) y luego registrar su conducta sin intentar manipular la situación. Esta aproximación proporciona información acerca de lo que sucede, pero no indica la razón o la forma en que sucede [...] por lo que debe restringirse lo que ven (Rice, 1997, p. 16).

▪ **Aspectos a explorar en los órganos articuladores**

Revisión de la anatomía del aparato bucofonoarticulador, forma, características.

Movimiento y tipo de respiración. Aparato auditivo. Visión. Motricidad, movimientos coordinados entre las extremidades y el tronco, tono muscular. Revisión de la orientación: tiempo y espacio. Memoria.

Es preciso revisar el estado de los órganos bucofonatorios, es necesario conocer la anatomía y funcionalidad de estos órganos, a través del movimiento o dificultad de dicho órgano:

- Labios: normales, gruesos, finos, con fisuras adquiridas o congénitas.
- Maloclusión anterior o lateral, diastema, etc.
- Lengua: normal, macroglosia, microglosia.

- Dientes: normales, pequeños, grandes, temporales, permanentes, apiñados,
- Paladar duro: ancho, bajo, estrecho, alto, con fisura palatina.
- Úvula: normal, acostada, bífida.
- Mandíbula: normal, con progenia, prognatismo.
- Frenillo sublingual: normal o corto.
- Frenillo labial: normal o corto.
- Cavidad nasal: normal, obstruida, desviación del tabique nasal.
- Cavidad faríngea: normal, inflamada (Fernández, 2009).

Revisar el movimiento articulatorio mediante instrucción verbal, movimiento articulatorio por imitación y movimiento articulatorio por imitación y control visual (frente al espejo); evaluar la capacidad de imitación de las anteriores. Así como revisión del movimiento del paladar blando, ejecución de vibración en lengua y labios.

5.4.3. Pruebas de Lenguaje

▪ Prueba de articulación de lenguaje repetido

Para ubicar la causa de la alteración de la articulación, hay que revisar, en qué posición aparece la alteración del sonido, dentro de la sílaba y si es constante o no. Por medio de la medición de las posibilidades articulatorias del niño(a); aumentar paulatinamente la complejidad de las palabras y frases.

Es necesario que esta prueba se realice frente al espejo amplio y bien iluminado; una vez obtenida la atención, y el niño viendo cómo articula la maestra (o), se instruye a imitar los movimientos bucales, para que realice lo mejor posible la reproducción.

Se debe comenzar en pronunciar una serie de palabras cortas y sencillas, de forma lenta y clara, para que el niño las pronuncie cada una. Palabras que habitúa en su vocabulario y lo más importante, que contengan el sonido a revisar en las tres posiciones y combinándolas con las vocales.

Pasar las palabras con todos los grupos silábicos y sinfonos. Es aceptable que se lleve a cabo la prueba en más de una sesión, en caso de que el niño(a) se canse, pero es necesario que se aplique completamente.

Se incluye en el anexo una lista de palabras con las combinaciones de consonantes más vocales, en las posiciones, inicial, medio, final. Así como el recuadro para el registro de los resultados que se vayan arrojando. Se recomienda constatar en el apartado de observaciones cuando hay una posición condicionada, en la que aparece la alteración del sonido. Y tomar en cuenta para la intervención de la alteración, la intervención de la articulación. (Pascual, 1995, p.38). *Revisar Anexo 4 Prueba de Articulación de Lenguaje Repetido.*

▪ **Prueba de articulación de lenguaje dirigido**

Se conoce el nivel de comprensión de la habilidad lingüística, observar pronunciación del género y número.

Valorar la expresión libre del niño, sin dar en este momento un modelo de pronunciación a imitar, así de esta manera comprobar si tiene generalizada correctamente la articulación de los fonemas que supo reproducir en la prueba de repetición.

Iniciar con los sonidos que queremos analizar, en este caso las imágenes que involucran este fonema. O una lectura enfocada en este sonido, en caso de que sepa leer, para conocer su articulación. (Pascual, 1995, p.43)

Revisar Anexo 5 Prueba de Articulación de Lenguaje Dirigido

▪ **Prueba de articulación de lenguaje espontáneo**

Para realizar una valoración completa, se deberá observar la expresión hablada del niño(a) de manera libre y espontánea, pero con orientación a los fonemas que queremos analizar. Por medio de cuentos, preguntas sobre algún tema de interés (programas de tv, juegos, familia, escuela, etc.)

Cuando hay discrepancias en el lenguaje repetido y el espontáneo, registrarlo en escrito y compararlo con los resultados del lenguaje dirigido, ya que este es un complemento del lenguaje espontáneo.

Una vez identificando el problema de la articulación del fonema, dependiendo la posición y el sonido, se debe diseñar la estrategia reeducativa de los puntos de articulación que se van a trabajar con los ejercicios bucofonatorios. Siendo distinto en cada caso de cada niño/a (Pascual, 1995, p. 43).

5.4.4. Psicomotricidad

“El ser humano aprende haciendo y actuando, y la acción, el movimiento y la experiencia motriz son fuente de desarrollo y aprendizaje” (Ruiz, 2016, p. 12).

A través de la motricidad se interactúa y fomenta el desarrollo cognitivo, al relacionar este con el conocimiento, el pensamiento y el lenguaje, ámbito que nos compete. Por medio del juego el aprendizaje se adquiere de una mejor manera y propicia la imaginación y creatividad del niño,

por este medio también se facilita la ejercitación de la orientación espacial y las percepciones sensoriales.

Generalizando el esquema corporal, el niño desarrolla la direccionalidad y, a través de ella, la lateralidad y verticalidad que le permitirán desarrollar la noción del tiempo (ordenamiento direccional y temporal de los objetos) y la noción de continuidad (orientación figura – fondo por contacto con superficies) (Ibañez, 2004, p. 5).

Con la intención de favorecer la reeducación del lenguaje en los niños que presenten alteraciones, es necesario ejecutar ejercicios que involucren todas las áreas corporales, por la relación que existe entre cognición, movimiento y lenguaje; como se cita en Ruíz (2016) “la cognición se construye en la acción y el procesamiento sensomotor” (p. 4).

Para lograr un desarrollo motor idóneo es necesario conseguir el dominio y control del propio cuerpo, hasta obtener del mismo todas sus posibilidades de acción. Dicho desarrollo se pone de manifiesto a través de la función motriz, la cual está constituida por movimientos orientados hacia las relaciones con el mundo que circunda al niño y que juega un papel primordial en todo su progreso y perfeccionamiento, desde los movimientos reflejos primarios hasta llegar a la coordinación de los grandes grupos musculares.

Para obtener la mejora motriz se deben aplicar las cuatro leyes del desarrollo:

- Ley céfalo-caudal.
- Ley próximo-distal.
- Ley de lo general a lo específico.
- Ley del desarrollo de flexores-extensores (Madrona, 2008. P. 6).

Con lo anterior se manifiesta la importancia de los ejercicios que se proponen para la intervención en las alteraciones del lenguaje, los cuales sugieren la ejecución de la función motriz, yendo de lo general a lo específico.

En cuestión de la elección de los materiales y los ejercicios su característica es que motiven la participación del niño/a y que sean apropiados para favorecer reacciones motrices e interés en la ejercitación, que suele ser molesta con las repeticiones, para los niños/as; por ello es también muy importante acondicionar un área para potenciar el ambiente de aprendizaje.

Los ejercicios que sugiere Ruiz (2016)

Las experiencias motrices tienen influencia relevante en el desarrollo del lenguaje. Pero la pregunta que se plantea es qué tipo de experiencias sensomotrices (mover objetos en el espacio, moverse en el espacio, manipular objetos, ejecutar acciones con objetos y materiales o la exploración general del entorno sea este terrestre o acuático) son claves para el desarrollo del lenguaje (p. 12).

Revisar Anexo 6 Cuestionario Para La Detección Temprana De Las Alteraciones Motoras

▪ **Respiración**

Para revisar la respiración, se sugiere poner un libro encima del estómago y mirar cómo sube y cómo baja. Observar que cierre correctamente la boca; hay que controlar siempre que en todos estos ejercicios mantenga la boca cerrada.

Detectar si hay dificultades para respirar al momento de hablar en voz alta o baja, si la respiración es fluida o rígida, profundas o superficiales, si las respiraciones son rápidas o lentas, revisar si el tiempo para inspirar y expirar son equilibrados, observar si habla o lee rápido, así como si se escucha la inspiración nasal o bucal, dilatación en el cuello.

▪ **Revisión de la voz**

Observar los siguientes aspectos.

- Tono: grave, agudo, bitonal, acorde al biotipo, medio.
- Timbre: sonoro, sordo, chillón, nasal, ronco.

- Intensidad: normal, fuerte, débil, forzada.
- Resonancia: normal, hipernasal, hiponasal (Fernández, 2009).

5.5. Ejercicios orofaciales

Para lograr éxitos académicos en la niñez, es necesario planificar el currículo acorde con su edad de maduración alineándose a que la habilidad visomotora tiene correlación con los éxitos académicos de estudiantes de los primeros años de escolaridad (Nehemias, 2017).

Se recomienda que el profesional haga uso de su creatividad, y crear distintas praxias, usar como apoyo los ejercicios propuestos; así mismo para la obtención y la elaboración de diversidad de materiales.

El número de sesiones semanales debe ser acorde a la edad, y progreso del niño (a), alrededor de 2 o 3 por semana, y el tiempo estimado de la sesión sería de 30 a 45 minutos.

Es necesario llevar el registro de la evolución de la alteración, conforme se vaya trabajando, para tener conocimiento de cuáles estrategias funcionan o es oportuno adecuar, agregar u omitir en el procedimiento de intervención.

A continuación se enlistarán actividades; ejercicios que se sugieren para la aplicación en la intervención de las alteraciones del lenguaje oral, separadas dependiendo el órgano involucrado.

▪ Ejercicios linguales

- Sacar y meter la lengua, manteniendo la boca abierta.
- Sacar y meter la lengua rápidamente.
- Sacar, meter la lengua y cerrar la boca sucesivamente.
- Sacar la lengua en forma de punta para abajo.

- Sacar la lengua en forma de punta sin tocar los labios.
- Delante del espejo poner la lengua plana hacia afuera y también en punta.
- Cerrar la boca y controlar la lengua dentro de ella.
- Mover la lengua de derecha a izquierda, tocando las comisuras. Se pueden untar las comisuras con chocolate, mermelada, etc. para poder conseguir la movilización lingual lateral.
- Mover la lengua arriba y abajo, manteniendo la boca abierta.
- Mover la lengua arriba y abajo tocando la parte interior de los dientes de arriba y de los de abajo alternativamente, con la boca abierta.

▪ **Ejercicios labiales**

- Con los labios juntos, colocarlos en posición de beso y de sonrisa.
- Sonreír sin enseñar los dientes.
- Hacer trompitas
- Hacer trompitas hacia la derecha y hacia la izquierda, después de forma alternada.
- Enseñando los dientes, llevar los labios adelante y atrás.
- Chupar el labio inferior con el superior y viceversa.
- Morder ambos labios simultáneamente.
- Mover el labio superior y el inferior por separado.
- Esconder uno de los labios con el otro.
- Esconder los dos labios hacia dentro.

▪ **Ejercicios de respiración y soplo**

- Corregir el hábito de respirar con la boca abierta.
- Oler objetos: chicles, chocolate, flores, un ambientador, comida etc.
- Levante las manos tomando aire, y después que descansa un poco los brazos, despacio.

- Poner un libro encima del estómago y mirar cómo sube y cómo baja. Observar que cierre bien la boca, sino pueden hacer la inspiración con la boca abierta

- Inflar globos.

- Utilizar un espejo pequeño, colocado debajo de la nariz y podrá ver si el aire sale sólo por una parte o por dos.

- Colocar en una cajita bolitas de papel y hacer soplar al niño por la nariz y por la boca.

- Inspirar por la nariz a diferentes velocidades y espirar por la boca a diferentes velocidades.

- Imaginar que la barriga es un globo que se infla y desinfla.

- Soplar y aspirar por la boca.

- **Ejercicios de mejillas y mandíbula**

- Inflar y desinflar las mejillas.

- Inflar alternativamente una y otra mejilla.

- Aspirar ambas mejillas.

- Abrir y cerrar la boca a diferentes velocidades.

- Mover la mandíbula inferior de un lado a otro.

- Articular fuerte y exageradamente PA-TA-CA-DA.

- Imitar mucha gente hablando a la vez: BLA-BLA-BLA.

- Articular exageradamente pero sin sonido.

- Masticar chicle.

- **Ejercicios del velo del paladar**

- Soplar, ya que dará fuerza al paladar blando.

- Hacer gárgaras, ya que hace estirar el velo del paladar.

- Pronunciar la vocal i sostenida (iiiiiiii); también podemos tener un listado de palabras con la

vocal i, y el niño las tiene que repetir (mimi, ni).

- Hacer bostezos.
- Absorber con un popote.
- Beber agua de un vaso.

Es importante que durante la estancia en casa se ejercite el lenguaje, mediante movimientos bucofaciales básicos y con materiales con que ya cuenten, para promover la articulación correcta y clara.

Con lo anterior, se hace particular énfasis al tratado de la alteración del habla por dificultad en la articulación, por ello se encuentra la información que se debe manejar para tener absoluto conocimiento acerca de los problemas del lenguaje oral y en específico de la *dislalia*, por ello se desarrolló la entrevista que se tiene que realizar en la intervención; escuchar las opiniones de especialistas en caso de ser preciso, junto con las pruebas que son necesarias aplicar para elaborar un plan de trabajo, con los ejercicios orofaciales que en forma de listado se sugiere se tomen de apoyo para el armado de la estrategia pedagógica. De este modo se concluye con el último capítulo de esta investigación.

PROPUESTA PEDAGÓGICA

PLAN DE INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA EN DISLALIA

Objetivo general: Aplicar ejercicios orofaciales, basados en la estrategia del modelo lingüístico con enfoque formal para intervenir a niños(as) con dislalia que se encuentren al inicio de la educación básica y que no hayan recibido atención terapéutica ni en el ámbito escolar, ni familiar.

Duración de la sesión: 40 min, adecuando al progreso. Dos por semana

Dirigido: Niños(as) de 6 años de edad.

sesión 1	Objetivo general: Analizar el motivo de consulta, así como los antecedentes del niño(a) para determinar si es posible su intervención pedagógica o es propicio redirigirlo con otro especialista.			
Contenido	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Presentación.	-Generar conexión para propiciar un mejor flujo en la comunicación.	-Presentación breve del modo de trabajo.		10 min.
Entrevista inicial.	-Conocer situación biopsicosocial del niño(a) que presenta la alteración.	-Iniciar la aplicación de la entrevista.	-Entrevista inicial impresa. -Bolígrafo.	30 min.

Sesión 2	Objetivo general: Aplicar Test de Bender para determinar el nivel de maduración neuromotriz, además de una actividad de esquema corporal.			
Contenido	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Test Bender.	-Determinar el nivel de maduración neuromotriz del niño(a).	-Aplicación del test gestáltico visomotor.	-9 tarjetas tamaño postal del Test de Bender. -Hojas blancas tamaño carta. -Lápiz. -Goma para borrar.	N/A
Rally	-Terminar la sesión con actividad física, mediante acciones lúdicas.	-Pasar por el circuito de obstáculos, brincando dentro de los aros y pasar en posición de soldado por el túnel.	-Aros grandes. -Túnel gusano.	10 min.

Sesión 3	Objetivo general: Realizar prueba de lenguaje repetido para conocer cuáles fonemas presentan dificultad en la articulación, así como la observación de los órganos bucofonatorios.			
Contenido	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo

Revisión de órganos bucofonatorios.	-Visualizar la forma de los órganos bucales, para descartar alguna anomalía.	-Revisar con la boca abierta: paladar, lengua, dientes, frenillos, úvula, entrada de la garganta.	-Abatelenguas. -Lámpara.	5 min.
Prueba de lenguaje repetido.	-Conocer el fonema alterado y su posición en la palabra.	-Aplicar la prueba de articulación del lenguaje repetido.	-Prueba lenguaje repetido impreso. -Lápiz.	30 min.

Sesión 4	Objetivo general: Usar prueba de lenguaje repetido y percepción de sonidos, con el motivo de obtener el punto de articulación que presente dificultad; y estado auditivo.			
Contenido	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Prueba de lenguaje repetido.	-Concluir la aplicación de la prueba.	-Aplicar la prueba de articulación del lenguaje repetido.	-Prueba de lenguaje repetido impresa. -Lápiz.	30 min.
Revisar percepción auditiva.	-Descartar la existencia de alguna anomalía en el sentido auditivo.	-Producir distintos sonidos para que mencione de que sonido se trata.	-Papel metálico, de estraza, guitarra, llaves.	15 min.

Sesión 5	Objetivo general: Emplear Prueba de lenguaje dirigido para corroborar la posición de la alteración del fonema dentro de la palabra; y percepción visual.			
Contenido	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Prueba de lenguaje dirigido.	-Reconocer la constancia del fonema con alteración.	-Aplicar la prueba de articulación del lenguaje dirigido.	-Prueba de lenguaje dirigido impresa. -Lápiz.	30 min.
Revisar percepción visual.	-Descartar la existencia de alguna anomalía en el sentido visual.	-Seleccionar la imagen que se le solicite.	-Tablet como apoyo. -Tarjetas con imágenes de transportes, animales, oficios.	10 min.

Sesión 6	Objetivo general: Ejecutar Prueba de lenguaje dirigido para corroborar la alteración del fonema y posición dentro de la palabra; y actividad de esquema corporal.			
Contenido	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Prueba de lenguaje dirigido.	-Concluir la aplicación de la prueba.	-Aplicar la prueba de articulación del lenguaje dirigido.	-Prueba de lenguaje dirigido impresa. -Lápiz. -Tablet como apoyo.	30 min.
				10 min.

Recorrido pelota.	-Terminar con actividad física y observar la habilidad de las extremidades.	-Girar una pelota con el pie y luego con una mano, por un camino marcado con cinta o gises.	-Pelota. -Cinta adhesiva de color o gises de colores.	
-------------------	---	---	--	--

Sesión 7	Objetivo general: Proporcionar al niño(a) actividades que ejerciten los órganos orofaciales, propiciando su fortalecimiento y adecuado uso, con integración de movimiento de las extremidades y estimulación de la percepción auditiva.			
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Lenguaje	Ejercitar y dar fuerza a lengua, labios y velo del paladar, así como trabajar con la respiración, esquema corporal y memoria auditiva.	-Girar la lengua alrededor de los labios untados de mermelada. -Soplar confeti con un popote en un frasco.	-Dulce untable. -Frasco con popote. -Confeti.	10 min.
Psicomotriz		-Hacer dominadas con las partes del cuerpo, con costalitos de ½ kg o en forma de pelota pequeña.	-Costalitos o pelotas de semillas.	10 min.
Auditivo		-Producir sonidos de animales y los		10 min.

		reconozca.		
--	--	------------	--	--

Sesión 8	Objetivo general: Adaptar al niño(a) actividades que ejerciten los órganos orofaciales, aportando a su mejoría, a través de integración del movimiento, coordinación de las extremidades y estimulación de la percepción visual.			
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Lenguaje	Ejercitar velo del paladar, respiración y lengua, para conseguir una mejor pronunciación; así también ejercicios de esquema corporal y memoria visual.	-Soplar una vela sin apagar. -Meter y sacar la lengua con la boca abierta.	-Vela. -Cerillo.	10 min.
Psicomotriz		-Girar un aro pequeño con las partes del cuerpo.	-Hula ch, m.	10 min.
Visual		-Jugar memorama.	-Memorama.	10 min.

Sesión 9	Objetivo general: Combinar al niño(a) actividades para que ejercite los órganos orofaciales, colaborando en su mejora; en conjunto con movimiento de las extremidades y estimulación de la percepción auditiva.
----------	---

Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Lenguaje	Ejercitar lengua, mejillas, extremidades y percepción auditiva.	-Delante del espejo hacer la lengua plana y en punta.	-Espejo grande.	10 min.
Psicomotriz		-Inflar las mejillas alternadamente.		10 min.
Auditivo		-Arrastrarse tipo comando.	-Grabaciones de caricaturas	10 min.
		-Reconocimiento de los sonidos de sus caricaturas favoritas.		

Sesión 10	Objetivo general: Construir dinámicas que ejerciten los órganos bucofonatorios, incentivando su interés y uso correcto, con integración de actividades de motricidad fina y estimulación de la percepción visual.			
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Lenguaje	Ejercitar velo del paladar, respiración y lengua, asimismo ejercicios para pinza, percepción visual y creatividad.	-Soplar con un popote en un vaso con agua.	-Vaso con agua.	10 min.
Psicomotriz		-Mover la lengua hacia arriba y abajo.	-Popote.	10 min.
		-Separar semillas en frascos.	-3 Frascos diferentes	

Visual		-Crear historias con cinco dibujos	tamaños. -3 colores de frijoles. -5 recortes de revistas.	10 min.
--------	--	------------------------------------	---	---------

Sesión 11	Objetivo general: Establecer al niño(a) actividades para que ejercite los órganos orofaciales, favoreciendo su participación; en conjunto con movimiento de las extremidades inferiores, esquema corporal y estimulación de la percepción auditiva.			
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Lenguaje	Ejercitar labios, espacio y percepción auditiva.	-Vibrar los labios. -Vibrar la lengua.		5 min.
Psicomotriz		-Dar al niño(a) un pincel y debe dibujar tomándolo con los dedos del pie que predomina, en una cartulina en el piso.	-Pinceles grandes. -Pinturas de agua. -Cartulinas.	15 min.
Auditivo		-Que ubique de	-Campana	10 min.

		donde proviene un sonido.	-Cascabel	
--	--	---------------------------	-----------	--

Sesión 12	Objetivo general: Proponer actividades que ejerciten los órganos bucofonatorios, ayudando a su fortalecimiento, con integración de actividades de motricidad fina y estimulación de la percepción visual.			
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Lenguaje	Ejercitar velo del paladar, labios, respiración y coordinación visomanual.	-Inspirar y expirar sin apagar la vela.	-Vela.	10 min.
Psicomotriz		-Soplar pelotas de unicel.	-Cerillos. -Bolas de unicel ch, m, gr. -Portería de maqueta.	
Visual		-Mezclar masa y hacer figuras.	-Plastilina, arena de colores.	10 min.
		-Unir puntos para formar un dibujo.	-Figuras punteadas.	10 min.

Sesión 13	Objetivo general: Elaborar actividades para que el niño(a) ejercite los órganos orofaciales, impulsando su interés, por medio de la práctica del movimiento corporal y estimulación de la percepción auditiva.			
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo

Lenguaje	Ejercitar labios, velo del paladar, respiración, coordinación visomanual y tiempo.	-Soplar burbujas. -Bostezos.	-Burbujas.	10 min.
Psicomotriz		-Pintar con los dedos.	-Pintura digital, varios colores. -Cartulinas.	10 min.
Auditivo		-Cantar una canción y bailar al mismo ritmo, quedarse quietos al pausarla, con una postura en particular.	-Música infantil grabada en reproductor.	10 min.

Sesión 14	Objetivo general: Planear actividades que ejerciten los órganos bucofonatorios, propiciando el beneficio, con integración de actividades de motricidad fina y estimulación de la percepción visual.			
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo

Lenguaje	Fortalecer labios, velo del paladar, respiración, ejercicios de motricidad fina y percepción visual.	-Inflar globos. -Practicar inhala y exhala despacio.	- Globos.	10 min.
Psicomotriz		-Hacer un collar con botones grandes.	-Botones grandes. -Hilo cola de rata.	10 min.
Visual		-Encuentra los objetos.	-Dibujo impreso encuentra los objetos.	10 min.

Sesión 15	Objetivo general: Desarrollar actividades para que el niño(a) ejercite los órganos orofaciales, ayudando a provechar la rutina con movimientos corporales y estimulación de la percepción auditiva.				
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo	
Lenguaje	Ejercitar mandíbula, lengua, coordinación visomanual, memoria auditiva y motricidad gruesa.	-Mover la mandíbula de lado a lado. -Meter y sacar la lengua con la boca abierta.		10 min.	
Psicomotriz		-Jugar con plastilina y arena.		-Plastilina y arena de colores. -Cuentos.	10 min.
Auditivo		-Contar una			10 min.

		historia a los niños y que realicen los movimientos de los personajes.		
--	--	--	--	--

Sesión 16	Objetivo general: Diseñar dinámicas para que el niño(a) ejercite los órganos orofaciales, incentivando su motivación por medio de actividad con las extremidades y estimulación de la percepción visual.			
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Lenguaje	Ejercitar lengua, labios, velo del paladar, respiración, motricidad gruesa y coordinación visomanual.	-Girar la lengua alrededor de los labios untados de chocolate.	-Dulce untado -Burbujas.	10 min.
Psicomotriz		-Soplar burbujas.		
Visual		-Plantar en el jardín.	-Semillas.	10 min.
		-Hacer un collar con sopa de codito.	-Sopa de codito. -Estambre-	10 min.

Sesión 17	Objetivo general: Crear actividades para que el niño(a) ejercite los órganos orofaciales, estimulando el fortalecimiento, en conjunto con ejercicios de articulación y psicomotricidad.			
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo

Lenguaje	Ejercitar y dar fuerza a la punta de la lengua, trabajar los fonemas bilabiales; y coordinación motriz.	-Lamer con la punta de la lengua, una paleta plana. -Doblar la lengua hacia atrás.	- Paleta de caramelo, plana.	15 min.
Articulación		-Imitar la posición de los fonemas bilabiales /p/, /b/, /m/ y en posición media, frente al espejo.	-Listado de palabras que inicien con /p/, /b/, /m/ y en posición media. -Espejo.	15 min.
Motriz		-Saltar con los dos pies, sobre un caminito trazado con gis y de regreso alternando uno y dos pies.	-Gis.	10 min.

Sesión 18	Objetivo general: Extender al niño(a), actividades para que ejercite los órganos orofaciales, impulsando el logro de estos, en conjunto con ejercicios de articulación y coordinación psicomotriz.			
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo

Lenguaje	Ejercitar y dar fuerza en los labios, trabajar fonema labiodental y dentales, así como la coordinación de las extremidades.	-Vibrar los labios imitando sonido de una moto. -Hacer ejercicios de inspirar y expirar tapando la boca, después, inspirar y expirar por una fosa y tapar la segunda y viceversa.	-Espejo.	10 min.
Articulación		-Imitar la posición del fonema labiodental /f/ y de los fonemas dentales /t/, /d/ en posición inicial y media, frente al espejo.	-Pinos de material suave y costalitos rellenos de semillas.	15 min.
Motriz		-Hacer malabares con pinos y dominadas con costalitos con los pies.		15 min.

Sesión 19	Objetivo general: Elaborar actividades para que el niño(a) ejercite los órganos
-----------	---

	orofaciales, provocando su fortalecimiento; en conjunto con ejercicios de articulación y coordinación psicomotriz.			
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Lenguaje	Ejercitar respiración, fuerza en mejillas, trabajar fonemas alveolares y coordinación motriz.	-Levantar los brazos mientras se hace una inspiración lenta y bajar los brazos, expirando lentamente. -Inspirar aire lentamente por la nariz, inflar las mejillas y pasar el aire de una mejilla a otra.		10 min.
Articulación		-Imitar la posición de los fonemas alveolares /s/ /l/ /r/ /rr/ en posición inicial y media, frente al espejo.	-Espejo.	15 min.
Motriz		-Subir un pie a un escalón y luego los dos, bajarlos y volver a subir, tres repeticiones de 10 tiempos	-Escalón. -Canciones infantiles.	10 min.

Sesión 20	Objetivo general: Originar ambientes para que ejerciten los órganos bucofonatorios, incitando su fortalecimiento, con integración de actividades de articulación y lateralidad.			
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Lenguaje	Control de la correcta respiración, trabajo con fonemas palatales y lateralidad.	-Colocar una vela para que sople suavemente y sin apagarla, alejándola cada vez más. -Colocar en frente del rostro del niño una tira de papel cortado en flecos, para que inspire y sople por la boca, moviendo los flequillos del papel.	- Vela. -Tiras de papel de colores cortado de diferente peso (hoja, china, aluminio).	15 min.
Articulación		-Imitar la posición de los fonemas palatales /ch/ /ll/ /ñ/ /y/ en posición inicial y media, frente al espejo.	-Espejo.	10 min.
Motriz		-Arrojar el	-Costalito de	15 min.

		costalito de semillas con la mano izquierda a la derecha, después dominarlo con el pie derecho y viceversa, con música de fondo.	semillas. -Música.	
--	--	--	-----------------------	--

Sesión 21	Objetivo general: Producir actividades que ejerciten los órganos bucofonatorios, provocando su mejoría, con integración de actividades que fortalezcan las extremidades y estimulación de la percepción auditiva.			
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Lenguaje	Dar fuerza al paladar blando, ejercitar respiración, fonemas velares, así como tiempo y espacio.	-Soplar a través de un popote en un vaso con agua y hacerlo burbujear. -Pronunciar la vocal “i” por lapsos (iiii).	- Vaso. -Popote. -Agua.	10 min.
Articulación		-Imitar la posición de los fonemas velares /k/ /g/ /j/ en posición inicial y media, frente al espejo.	-Espejo	10 min.
Motriz		-Poner aros de	-Aros de distintos	15 min.

		colores en el piso y brincar los del color que elija la maestra cada que suene la campana.	colores. -Campana.	
--	--	--	-----------------------	--

Sesión 22	Objetivo general: Idear actividades que ejerciten los órganos bucofonatorios, induciendo su rehabilitación, con integración de actividades de articulación y motricidad fina.			
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Lenguaje	-Ejercitar y dar fuerza al velo del paladar, mejillas y mandíbula. Trabajar con todos los fonemas combinados con i para ejercitar el paladar blando y coordinación visomanual.	-Hacer bostezos y gárgaras con agua. -Hablar lentamente mientras se pronuncia pa-ta-ca-da.	-Agua.	15 min.
Articulación		-Pronunciar todos los fonemas con la vocal i: fi, ti, di, si, li, ri, rri, ni, chi, lli, ñi, ki, ji.	-Espejo.	10 min.
Motriz		-Moldear con barro, plastilina y masa.	-Barro, plastilina, masa	15 min.

Sesión 23	Objetivo general: Trazar al niño (a) actividades que ejerciten los órganos bucofonatorios, auxiliando su uso adecuado, ejercicios de articulación, coordinación corporal y estimulación de la percepción auditiva			
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Lenguaje	Trabajar con fuerza en el labio y la lengua, junto con los fonemas que presente la dislalia y coordinación motriz.	-Sacar la lengua lo más que pueda, dóblala hacia arriba lo más que puedas y hacia abajo. -Sujetar un lápiz con el labio superior.	-Lápiz.	10 min.
Articulación		-Con una marioneta hacerle preguntas al niño(a) cuya respuesta sean palabras con el fonema /d/, /l/, /r/, /rr/.	-Calceta. -Plumón. -Pompones de algodón.	15 min.
Motriz		-Saltar con la cuerda y al ritmo del tambor.	-Cuerda para saltar. -Tambor.	10 min.

Sesión 24	Objetivo general: Añadir actividades al niño(a), para que ejercite los órganos orofaciales, favoreciendo su práctica; en conjunto con ejercicios de articulación y coordinación visomanual.			
Área	Objetivos	Actividades	Materiales	Tiempo
Lenguaje	Ejercicios de fuerza en labios, lengua y en el soplo. Trabajar con el fonema donde haya dificultad y con la coordinación visomanual.	-Hacer vibrar la lengua como el sonido de una moto, ahora con los labios. -Con la lengua entre los labios hacer que vibren. -Soplar a una pelota de ping pong.	-Pelota de ping pong.	10 min.
Articulación		-Reproducir onomatopeyas con el fonema que presente la dislalia y señalar todo lo que se vea con esa letra.	-Variedad de objetos llamativos.	15 min.
Motriz		-Pintar con los dedos.	-Pinturas táctiles.	15 min.

Conclusiones

La razón por la que fue de mi interés realizar esta investigación, se debe a que la alteración en el habla es una problemática frecuente en la niñez, y ello me motivó a atender esta situación por medio de la pedagogía, ya que se hace presente en las aulas, y que como se menciona en el desarrollo de este proyecto, tiene repercusión en problemas académicos, sociales y emocionales, por ello fue mi intención, adentrarme en este trabajo de investigación e información.

Obtuve resultados gratificantes, al profundizar en el contenido de los problemas del habla, ya que fue necesario introducirme en el vasto tema del lenguaje, por todos los aspectos que se involucran y por la relevancia que tiene en la comunicación humana, la interacción social, y los aspectos cognitivos para que se logre la decodificación satisfactoria del lenguaje. Al tratar puntos relevantes como, la adquisición y el desarrollo del lenguaje, que se caracteriza en el ser humano por etapas, que marcan un parámetro para el conocimiento del desarrollo humano. También así fue conveniente involucrarme en las características del desarrollo físico, cognoscitivo y socioemocional en esta etapa, para contar con la preparación y el conocimiento general acerca de la población a la que va dirigido el trabajo.

La relevancia en diferenciar entre comunicación, lenguaje y habla, para los profesionales interesados en intervenir las alteraciones, es preponderante ya que al reconocer la diferencia entre estos términos se logra tener idea de que aspectos poder trabajar para la mejoría.

El conocer cómo se conforma nuestra lengua, por medio de sonidos llamados fonemas que junto a las reglas gramaticales se forma una construcción abstracta y compleja que se comparte entre otros individuos y al transmitir estos signos y códigos se realiza el proceso comunicativo, al fomentar la interacción y desarrollo dentro de una comunidad y formación social.

También fue primordial, incluir los problemas que se presentan en la comunicación, en el lenguaje, en la voz y en el habla, así como la descripción de cada una de sus alteraciones, con el fin de conocer la variedad de problemas con los que nos podemos enfrentar y tener la habilidad para distinguir en qué casos más complejos, poder remitir con los especialistas pertinentes para su apoyo y solución del problema. Es muy importante revisar y tener claro las características de cada una de estos problemas, para en caso de ser propicio, realizar la intervención, a través del conocimiento de la sintomatología, origen, y determinar una posible solución.

A lo largo de esta investigación también fue trascendental adentrarme en la información de lo que es una intervención, así como sus modelos para las terapias de lenguaje, con la finalidad de atender los problemas del habla, y desde una postura pedagógica, en la que se ven plasmadas las estrategias y técnicas didácticas, así como principios en los cuales el niño es agente activo durante su aprendizaje, en el plan de trabajo. Asimismo, tomé en cuenta para todo el proceso, llevar acabo las etapas de evaluación, con el fin de hacer mejoras y adecuaciones en la planeación didáctica.

Por último, me enfoque en las dislalias, esa alteración del habla que no compromete una afectación orgánica, ni neuronal, ni emocional y que se encuentra frecuentemente en los niños de edad escolar, con intención de evitar que repercuta en el desempeño académico; con esa responsabilidad es que, como pedagogos y pedagogas podemos apoyar con intervención pedagógica y mediante una planeación didáctica que cuente con un procedimiento con bases teóricas que se vean reflejadas en el plan de trabajo y en las estrategias didácticas que se aplicarán en el momento de intervenir al niño.

Lo fundamental es apoyar al progreso del alumno y por medio de la intervención a la alteración del habla es como también podemos apoyar al ámbito educativo. Por medio de los ejercicios orofaciales y estrategias lúdicas, como se planteó y diseñó en todo momento en las sesiones sugeridas en la propuesta pedagógica, la cual es el resultado del trabajo de investigación realizado, en el desarrollo de los capítulos y el poner en práctica los modelos de intervención, al elegir el que más puede ser funcional para diversos planes personales; se diseñó de manera que se establecieran actividades que ejerciten todos los órganos bucofonatorios y se complementen con actividades de articulación, sensoriales y motrices, las cuales conforman un todo para intervenir en las áreas del lenguaje oral.

Ha sido una investigación enriquecedora, ya que desde que estudiaba la licenciatura tenía gusto por dedicarme a dicha área, siempre teniendo claro hasta donde puedo intervenir como pedagoga, pero me siento satisfecha al haberme empapado de este tema y del cual, se puede y se debe seguir actualizando, ya que aún los problemas de lenguaje tienen mucho campo de investigación, al ser procedentes de un agente siempre cambiante como es el ser humano.

Por lo anterior, esta investigación me ha llenado de gusto y quisiera compartir este trabajo con mis colegas, esperando sea de utilidad.

Bibliografía

- Acacia, E. *Prontuario de lectura, lingüística, redacción, comunicación oral y nociones de literatura*. Limusa Noriega editores. México. S.f. Pp. 424.
- Bautista, R. *Necesidades educativas especiales*. Ediciones Aljibe. 2002. Málaga. Pp. 371.
- Busto, Ma, Carmen. *Manual de Logopedia Escolar*. CEPE. Madrid. 1995. Pp. 320.
- C. de Fairman, S. *Trastornos en la comunicación oral, fonoaudiología para docentes, estudiantes y padres*. Ed. Mabel. Argentina. 2da Edición. 1998. Pp. 223.
- Castejón, J., y Navas, L. *Unas bases psicológicas de la educación especial*. 2ª. Edición. ECU editorial CWb Universitario. 2002. Pp. 356.
- E.R., Balken. *Psicología, semántica y patología del lenguaje*. Editorial PAIDOS. Buenos Aires. 1966. Pp. 207.
- García, Enrique. *Vigotski, la construcción histórica de la psique*. Editorial Trillas. México. 2012. Pp. 144.
- García, J. *Dificultades de aprendizaje e intervención psicopedagógica*. Ariel Educación. 2001. España. Pp. 283.
- Lefrancois, G. *Acerca de los niños. Una introducción al desarrollo del niño*. Segunda edición. Fondo de Cultura Económica. México. 2000. Pp. 704.
- Lou, Ma. Ángeles. *Bases psicopedagógicas de la educación especial*. Ediciones pirámide. España. 2001. Pp. 465.

Marchesi, A., Coll, J., y Palacios, J. *Desarrollo psicológico y educación*. Alianza editorial. Madrid. 2007. Pp. 536.

Papalia, D. *Desarrollo Humano*. Duodécima edición. Mc Graw Hill Education. 2012. Pp.625.

Pascual, Pilar. *Tratamiento de los Defectos de Articulación en el Lenguaje del Niño*. Editorial Escuela Española. Madrid. 1995. Pp. 261.

Rice, F. *Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital*. Segunda edición. Pearson Educación. México. 1997. Pp. 668.

Rondal, J., y Seron, X. *Trastornos del lenguaje I, lenguaje oral, lenguaje escrito, neurolingüística*. Paidós. Barcelona – Buenos Aires – México. 1995. Pp. 294.

Sapir, E. *El lenguaje. Introducción al estudio del habla*. Fondo de Cultura Económica. México. 1954. Pp. 280.

Silva, M. *Estrategias de enseñanza para atender a niños con dificultades en el aprendizaje*. UNAM. México. 1998. Pp. 414.

Fuentes electrónicas

Cabrera, Y. (2007). *Psicodiagnóstico, una mirada a su historia*. Revista electrónica MediSur. [Fecha de consulta 12 de junio de 2020]. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180020205014.pdf>

Hechavarria, M. (2017). *Relación y diferencias entre la historia clínica convencional y la homeopática*. Medisan. [Fecha de consulta 13 de junio de 2020]. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368449644007.pdf>

Hincapié, L. (2007). *Propiedades lingüísticas de los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje*. Revista Latinoamericana de Psicología. [Fecha de consulta 28 de Abril de 2020].

Recuperado de <https://redalyc.org/articulo.oa?id=805/80539105>

Ibáñez, P. (2004). *La estimulación psicomotriz en la infancia a través del método estitsológico multisensorial de atención temprana*. [Fecha de consulta 1 de julio de 2020].

Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/706/70600706.pdf>

Madrona, P. (2008). *Habilidades motrices en la infancia y su desarrollo desde una educación física animada*. [Fecha de consulta 2 de julio de 2020]. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/800/80004706.pdf>

Martínez, J. (2008). *Neurolingüística. Patologías y trastornos del lenguaje*. Revista Digital Universitaria. [Fecha de consulta 13 de mayo de 2020]. Recuperado de

<http://www.revista.unam.mx/vol.9/num12/art103/art103.pdf>

Menéndez, F. (2012). *La historia clínica y la anamnesis en la psicopatología actual*. Revista de la Asociación Española de Neurosiquiatría. [Fecha de consulta 13 de junio de 2020].

Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2650/265024527007.pdf>

Nehemias, H. (2017). *El test de Bender y las dificultades de aprendizaje en matemáticas de los estudiantes con necesidades especiales de la ciudad de Puno, Perú*. [Fecha de consulta 5

de julio de 2020]. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/447/44758585015/html/index.html>

Romero, A. (2010). *Aproximación a la historia clínica: una guía*. Revista electrónica MediSur. [Fecha de consulta 10 de junio de 2020]. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180020098032.pdf>

Ruiz, L. (2016). *Movimiento y lenguaje. Análisis del desarrollo, entre el desarrollo motor y del lenguaje en la infancia*. [Fecha de consulta 5 de julio de 2020]. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/710/71047482004.pdf>

Secretaría de Educación Pública. (2017). *Planes y programas de estudio*. [Fecha de consulta 18 de agosto de 2019]. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/240631/1.-_Resumen_Ejecutivo__4_.pdf

ANEXOS

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA

- Ficha de identificación
- Antecedentes heredofamiliares
- Antecedentes personales no patológicos:
- Antecedentes personales patológicos
- Padecimiento actual
- Interrogatorio por aparatos y sistemas
- Exploración física
- Laboratorios realizados
- Diagnóstico: características generales

FICHA DE IDENTIFICACION

- Nombre
- Edad
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Lugar de residencia
- Religión
- Escolaridad
- Informante : parentesco y escolaridad

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

- Del Padre
- De la Madre
- De los hermanos
- De los abuelos, tíos y primos
- Historia económica familiar
- Clasificación de la familia
- **Padre:** ídem.
- **Hermanos:** edad, sexo, estado de salud.
- **Abuelos:** tíos, primos que presenten alguna enfermedad de importancia.
- **Madre:** edad, estado civil, escolaridad, trabajo, ingreso/mes, horas de trabajo, estado de salud, toxicomanías.
- Antecedentes de atópias familiares

DIAGNOSTICO DE FAMILIA

- Tipo de Familia:
- Nuclear, extensa, reconstituida o de un solo padre.
- Funcionalidad: funcional o disfuncional, dependiendo si cada miembro de la familiar juega el rol que le corresponde.
- Dinámica familiar; quién es el proveedor, quién cuida al niño.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

- Antecedentes prenatales
- Antecedentes perinatales

- Antecedentes neonatales inmediatos
- Desarrollo psicomotor
- Dentición
- Alimentación
- Inmunizaciones
- Habitat e higiene personal

- **Prenatales:** Madre gesta, para, cesáreas, abortos, edad a la que se embarazo del paciente, semanas de gestación, control prenatal, por quién, periodicidad, complicaciones durante el embarazo, alimentación durante el embarazo, traumatismos durante el mismo.

- **Perinatales :** características del trabajo de parto, duración del trabajo de parto, semanas de gestación, dónde fue atendida, como fue obtenido el producto, en dónde se atendió, hubo complicaciones durante la extracción, se utilizó fórceps, características del líquido amniótico y de la placenta.

- Respiró y lloró el producto al nacer
- Cual fue la calificación de Apgar
- Cual fue la calificación de Silverman
- Ameritó maniobras de reanimación especiales tales como:
 - a) bolsa de oxígeno
 - b) ventilación asistida con ambú
 - c) intubación
 - d) Medicamentos

- **Posnatales:**
- Ameritó estar en incubadora, cuanto tiempo y porqué.

Tomado de Historia Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social

Anexo 2 Cuestionario Para La Detección Temprana de Alteraciones En La Audición

CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS alteraciones en la audición

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ CIAL: _____ Fecha de cumplimentación: _____

Centro: _____ Código del centro: _____

Maestro o maestra que lo cumplimenta: _____

(Señalar con una «X»)

Ítems/aspectos	Puntuación (0)	Puntuación (1)	Puntuación (2)
1. No responde cuando se le llama			
2. No responde a los sonidos			
3. Es necesario alzar la voz para que atienda			
4. Se distrae en clase			
5. Tiene falta de interés y escaso rendimiento escolar			
6. Contesta frecuentemente con un qué			
7. Grita excesivamente al hablar			
8. En ambiente ruidoso, lo llaman y a veces no responde			
9. Confunde palabras que suenan de forma parecida			
10. Tiende a mirar los labios de la persona que habla			
11. Presenta algunas alteraciones del lenguaje (pronuncia mal algunas palabra)			
12. Presenta dificultades en los dictados, faltas de ortografía			
13. Tiene problemas de relación con los demás alumnos y alumnas			
14. Gira la cabeza siempre al mismo lado y se acerca a la fuente sonora			

PUNTUACIÓN CÁLCULO _____

OBSERVACIONES

Fdo.: el tutor o la tutora

Tomado de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa Canarias

Anexo 3 Protocolo de Registro Bender

ANEXO

PROTOCOLO DE REGISTRO

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL TEST GUESTÁLTICO VISOMOTOR PARA
NIÑOS
(E. Koppitz)

Nombre: _____ Edad: _____

Grado Escolar: _____ Fecha: _____ Tiempo Total: _____

Puntaje Crudo: _____ Nivel de Maduración: _____

Observaciones Conductuales durante la Administración:

Escala de Maduración:

Figura A

- 1 a) Distorsión de la Forma
- b) Desproporción
- 2 Rotación
- 3 Integración

Figura 2

- 7 Rotación
- 8 Integración
- 9 Perseveración

Figura 4

- 13 Rotación
- 14 Integración

Figura 6

- 18 a) Curvas por Ángulos
- b) Líneas rectas
- 19 Integración
- 20 Perseveración

Figura 8

- 24 Distorsión de la Forma
- 25 Rotación

Figura 1

- 4 Distorsión de la Forma
- 5 Rotación
- 6 Perseveración

Figura 3

- 10 Distorsión de la Forma
- 11 Rotación
- 12 a) Integración
- b) Línea Continua

Figura 5

- 15 Modificación de la Forma
- 16 Rotación
- 17 a) Desintegración
- b) Línea Continua

Figura 7

- 21 a) Desproporción
- b) Distorsión de la forma
- 22 Rotación
- 23 Integración

Escala de Maduración de Bender

Datos normativos para la Escala de Maduración del Bender

Distribución de las medias y desviación estándar				
Edad	N	Media	Desviación estándar	+/- D.S.
5-0 a 5-5	81	13.6	3.61	10.0 a 17.2
5-6 a 5-11	128	9.8	3.72	6.1 a 13.5
6-0 a 6-5	155	8.4	4.12	4.3 a 12.5
6-6 a 6-11	180	6.4	3.76	2.6 a 10.2
7-0 a 7-5	156	4.8	3.61	1.2 a 8.4
7-6 a 7-11	110	4.7	3.34	1.4 a 8.0
8-0 a 8-5	62	3.7	3.60	.1 a 7.3
8-6 a 8-11	60	2.5	3.03	.0 a 5.5
9-0 a 9-5	65	1.7	1.76	.0 a 3.5
9-6 a 9-11	49	1.6	1.69	.0 a 3.3
10-0 a 10-5	27	1.6	1.67	.0 a 3.3
10-6 a 10-11	31	1.5	2.10	.0 a 3.6
Total	1104			

En base a la tabla precedente, se interpreta los resultados en la ejecución del test en función de la siguiente tabla, en la que se indica la edad de maduración viso-motriz (o edad de maduración neuro-motriz) que corresponde a los puntajes obtenidos en el test.

Edad de maduración neuro-motriz correspondiente a los puntajes.

Puntaje	Edad de maduración
11 ó más	5 a 5½años
9 - 10	5½a 6 años
8	6 a 6½años
6 - 7	6½a 7 años
5	7 a 8 años
4	8 a 8½años
3	8½a 9 años
2	9 a 10 años
1	> de 10 años

Cuadro de Normas de Maduración

ANEXO
CUADRO DE NORMAS DE MADURACIÓN
 (Maduración, retardo y regresión)

EDAD	FIGURA								
	A	1	2	3	4	5	6	7	8
Adulto	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11 años	95%	95%	85%	80%	95%	90%	70%	75%	90%
10 años	90%	90%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	90%
9 años	80%	75%	60%	70%	80%	70%	80%	85%	70%
8 años	75%	75%	75%	60%	80%	65%	70%	85%	85%
7 años	75%	75%	70%	60%	75%	65%	60%	65%	60%
6 años	75%	75%	60%	80%	75%	60%	60%	60%	75%
5 años	65%	65%	60%	60%	70%	60%	60%	60%	75%
4 años	90%	85%	75%	80%	70%	60%	65%	60%	60%
3 años	---	---	Garebato	---	---	---	---	---	---

Resumen de las respuestas para cada año. En los niños en desarrollo. Este cuadro puede emplearse como una escala para determinar el nivel de maduración de los niños hasta los 11 años y adultos deficientes mentales (evalúa la maduración, el grado de retardo o regresión). El porcentaje de niños capaces de dar el tipo de respuesta deseado, o de superarlo, se indica en el ángulo superior izquierdo de este casillero. (Bender Laureta, Test Gestáltico Visomotor).

Tomado de Interpretación del Test Gestáltico Visomotor de Bender Sistema de Puntuación de

Koppitz (Heredia, Santaella, Somarriba, 2012)

Anexo 4 Prueba de articulación de lenguaje repetido

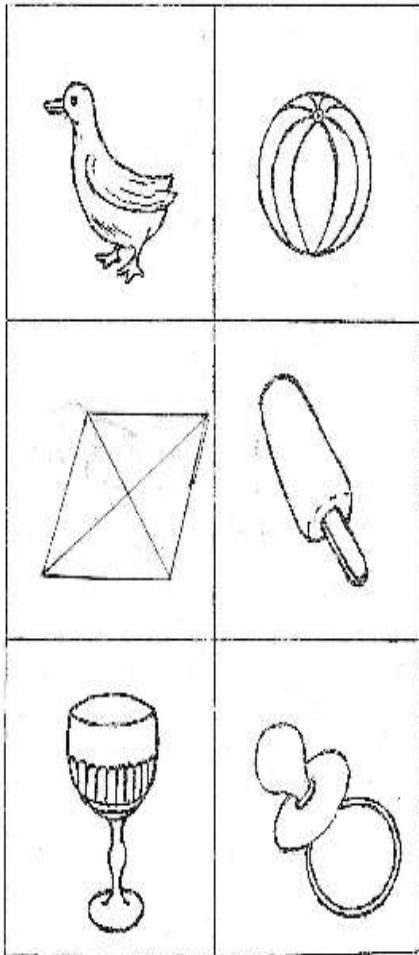
FICHA DE VALORACIÓN DE LA ARTICULACIÓN														EXAMEN DE LA ARTICULACIÓN				
Nombre y Apellido _____														"P" papa pelo pe poco papa				
Edad _____ Fecha _____														sopa tpe apio upo apta				
Lenguaje valorado (1) _____														"B" bata beso biñón boca berto				
Directas														lota sabe sabia cabo abuelo				
F B T D K G F Z S Y J CH M N Ñ L LL R RR														"T" tapa tela tío turo turo				
a														zota bota metia muto arin				
i														"D" dante debe diez doce ducha				
o														caula mude medio codo módulo				
a														"K" casa quema quita copa cota				
Inversas														lota papete poquito poco vacua				
Sifones														"G" galo guerra guiso goma guapo				
a e i o e														miga pague seguido amigo agua				
FL BL FL CL GL PR BR FR TR DR CR GR														"F" fama fecha fira foto fura				
a														gafas café afina aforo refugio				
e														"Z" zapato cema cene coquete ramo				
i														caza maceda cocina azote azuta				
o														"S" saco semana silla sofá sada				
a														mesa caeta mesilla pino resumen				
Claves														arco espera isla osco usud				
E = Buena														caico pesca lista mosca aguta				
S = Suetida														malas café muis paos más				
D = Diferenciada														"Y" ya yera yeso yodo yuca				
O = Omisida														poyaso joya oye meyo ayuda				
Observaciones																		
(1) Repetido o espontáneo.																		

"J"	jaca	jefe	jabato	justo	julia	"PL"	plano	pleno	pliego	plomo	plutonio
	caja	apico	agota	mapa	ajonjolí		copla	supite	suplica	apicoso	ampliana
"CH"	chato	cheja	chico	choca	chapa	"BL"	blanco	blado	bludado	blaque	blaca
	cachaca	leche	mezchala	hicho	lechuga		tubila	ebdo	tablilla	puerto	ablación
"M"	mano	meta	mido	meto	muda	"FL"	flaco	flecha	afuge	flores	fluido
	caca	data	camino	amo	amolem		chillado	reflejo	afugido	afloja	afirmo
"N"	nada	nose	nido	noche	nubo	"CL"	clase	clemente	cima	cloro	chusca
	maná	moneda	casino	vino	anudo		reclama	ucheo	inclina	ancla	recluta
	anda	caño	indio	oca	hunde	"GL"	glaciel	gleba	glucina	globo	glucosa
	canta	teño	tista	moste	amudo		regla	inglés	negrita	arregla	epiglottis
	maná	comen	amín	salón	curmín						
"S"	sapo	leque	saque	sofo	fu	"FR"	prado	premio	peña	propina	prodeute
	madama	abejo	abica	señata	pañuelo		lepra	apexa	capricho	aprobta	apruelbo
"L"	lava	lecha	lito	loco	lana	"BR"	braza	brecha	brisa	broma	brípala
	plá	madra	glia	polo	peludo		abrata	pebreza	sobrina	libra	abruma
	almo	liche	lidesano	elmo	elbano	"FR"	frase	freno	frío	freta	fratelo
	cañón	peña	remiga	saludillo	pañón		cofrate	salín	África	afrenta	refrito
	cañal	papel	fácil	alcohol	abedul						
"LL"	llave	lepa	allí	llora	llave	"TR"	traje	trapa	trineo	trozo	trucha
	plata	calle	galina	peño	tañudo		letra	atreve	patria	cutro	aturna
"T"	taca	ama	marito	ama	tarugo	"DR"	drama	drama	madrina	droga	drupa
	ata	hermano	it	homo	uma		prubada	madre	ladrido	cuadris	madriga
	ataca	moderno	cato	acota	Salama	"CR"	cráneo	crece	criado	criso	crudo
	puta	copyr	vive	dobar	atude		mista	terco	escribe	acribata	recrudece
"R"	rosa	rata	risa	roba	rifo	"GR"	grano	greca	grillo	grosen	gungo
	parala	carra	decir	crongo	aruga		logra	agrega	agrío	magis	agrupa
	lancel	abreder	Europe	emosa	houa						

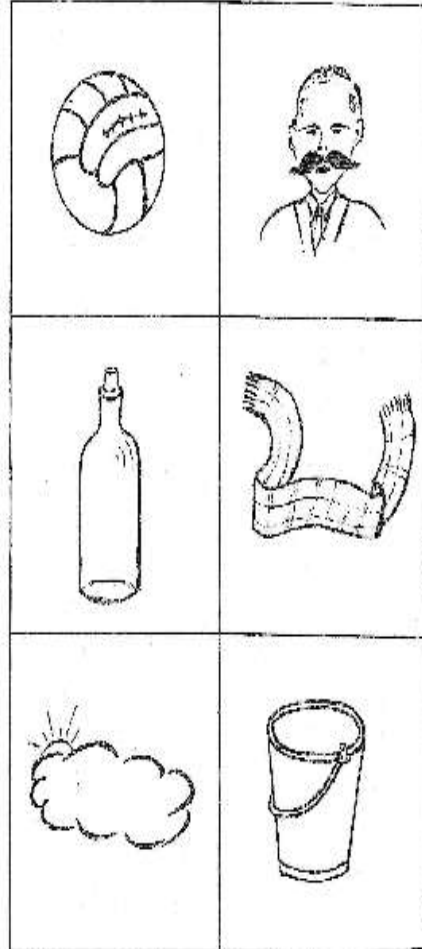
Tomado de Pascual Orozco (1995).

Anexo 5 Prueba de Articulación De Lenguaje Dirigido

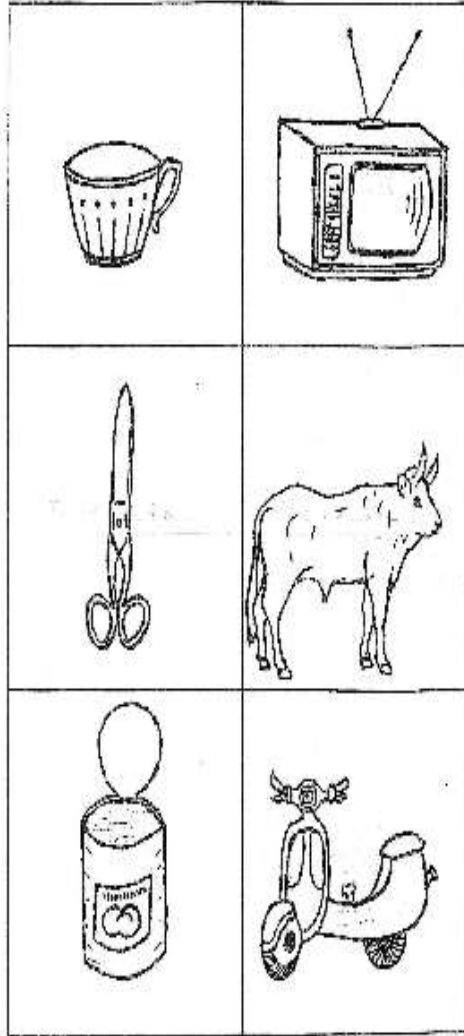
/P/



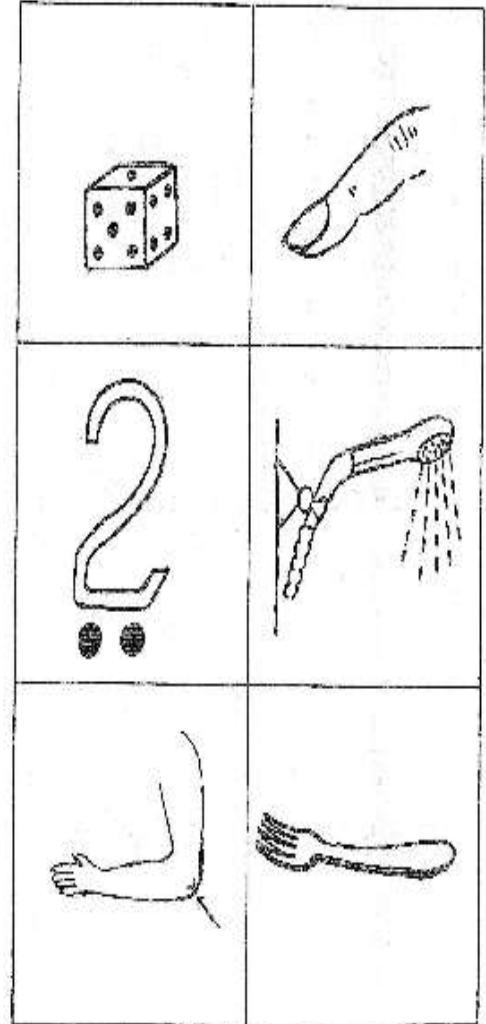
/B/



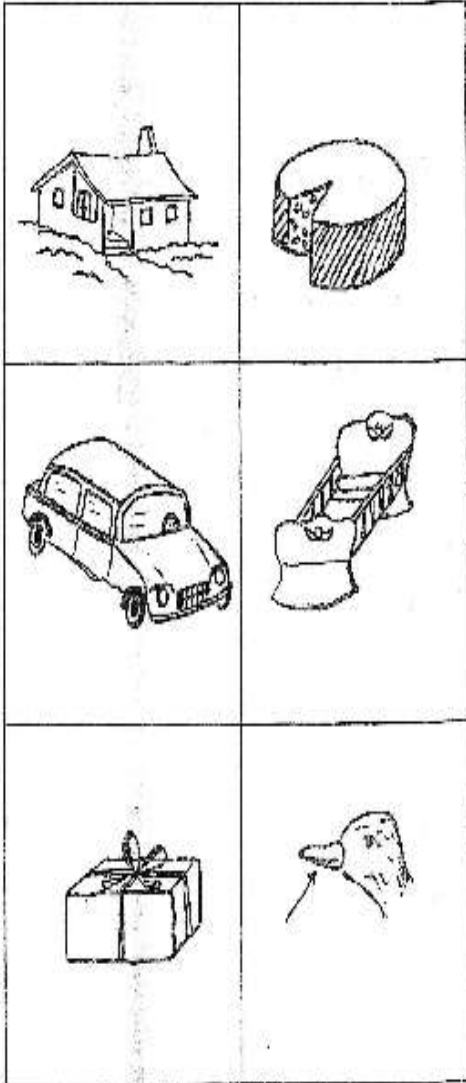
/T/



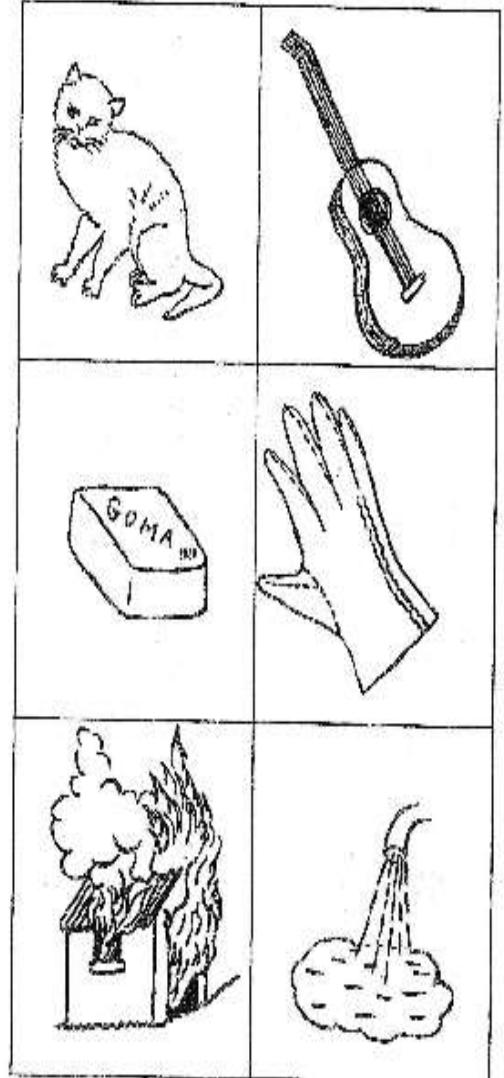
/D/



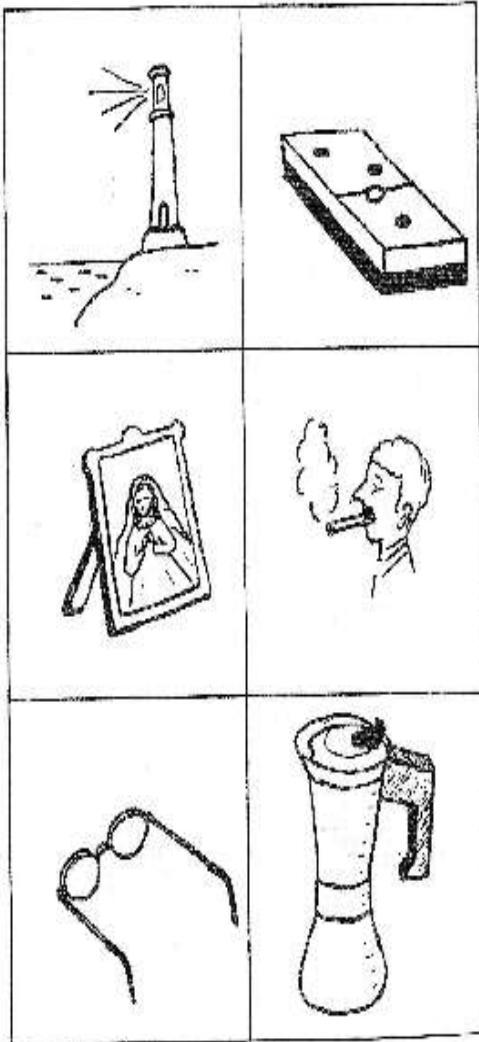
/K/



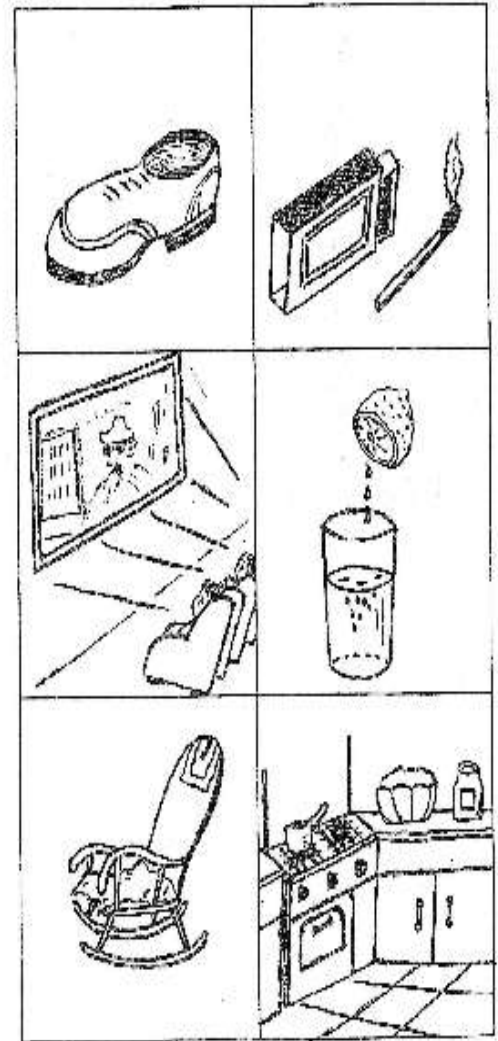
/G/



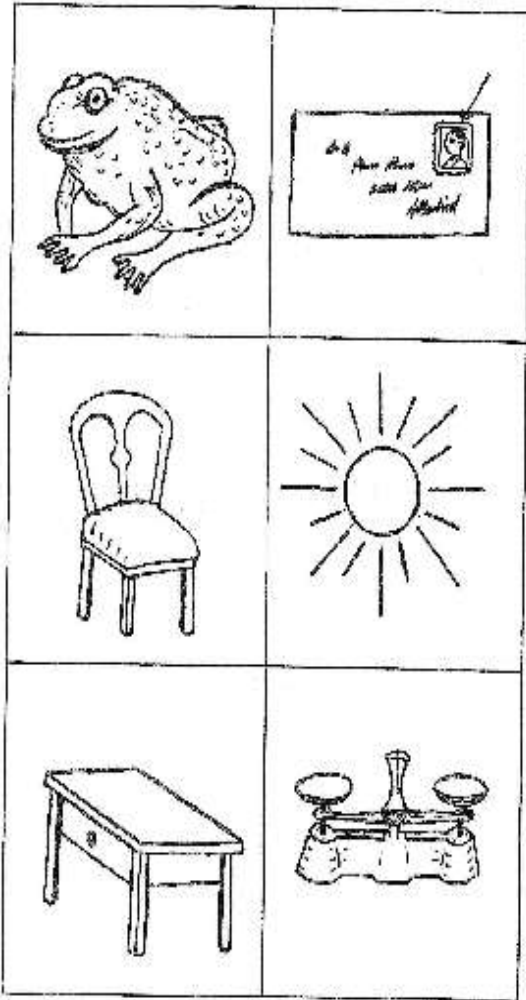
/F/



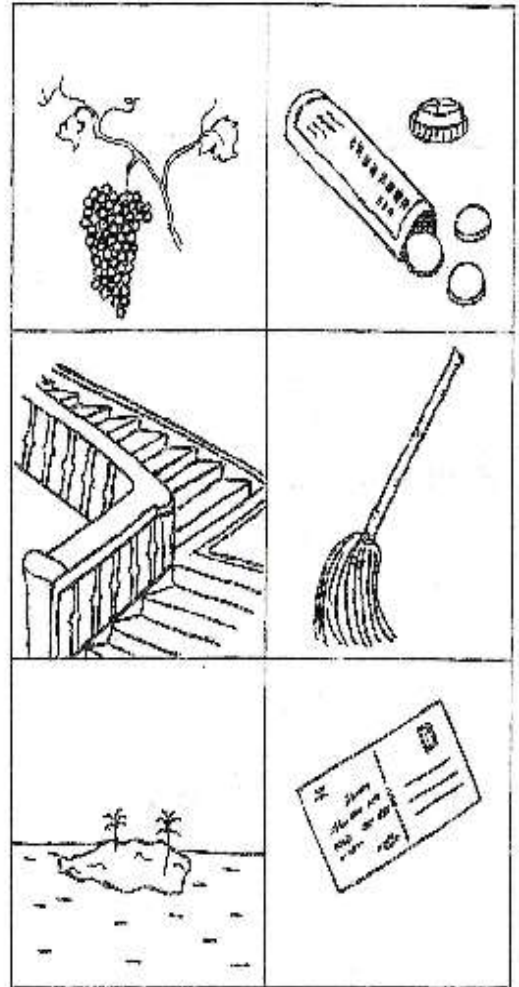
/Z/



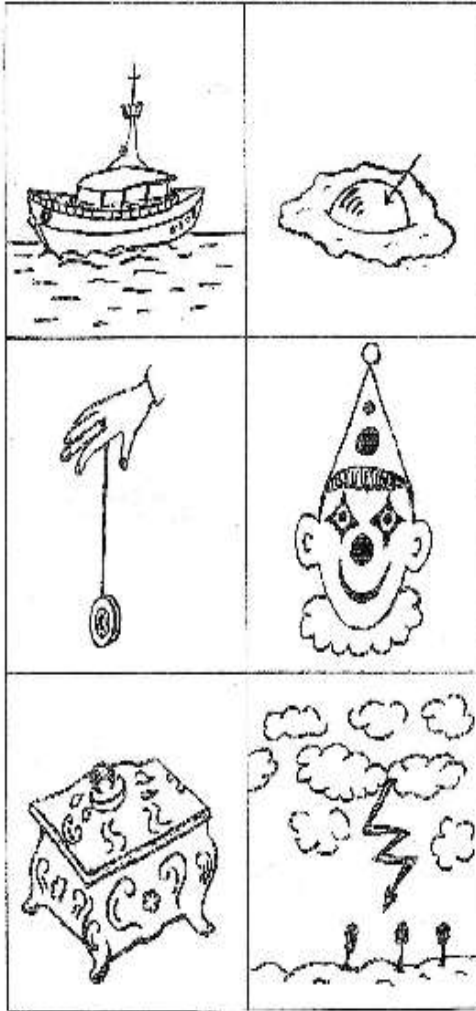
/S/



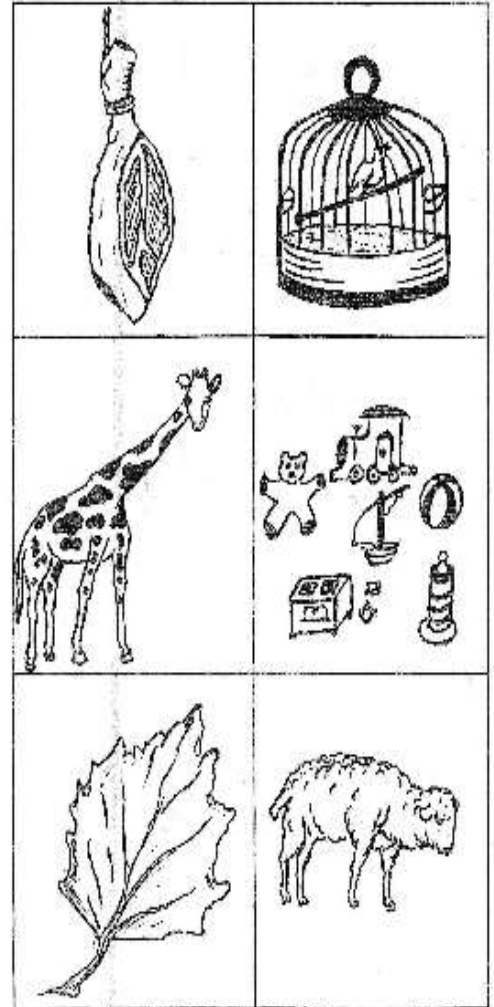
/S/



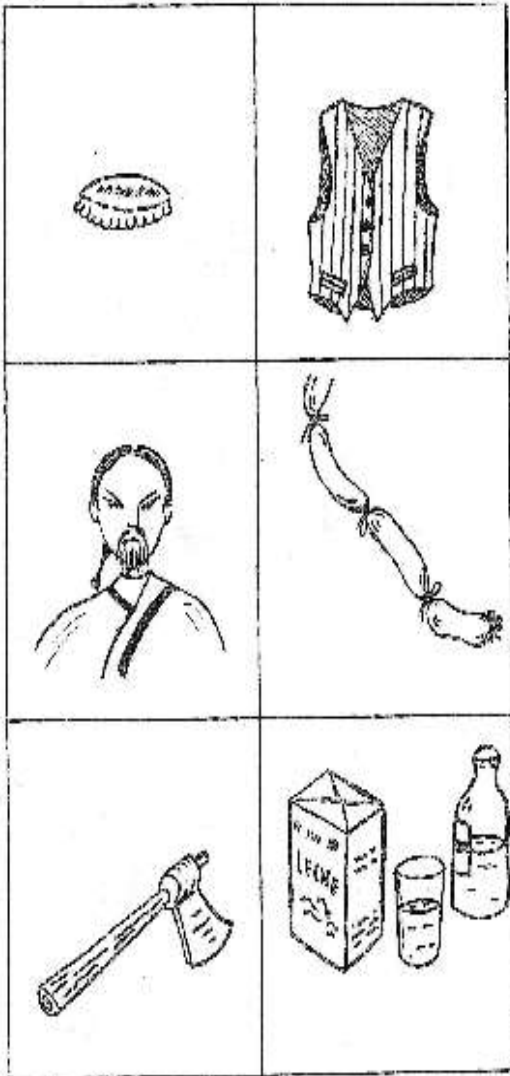
/Y/



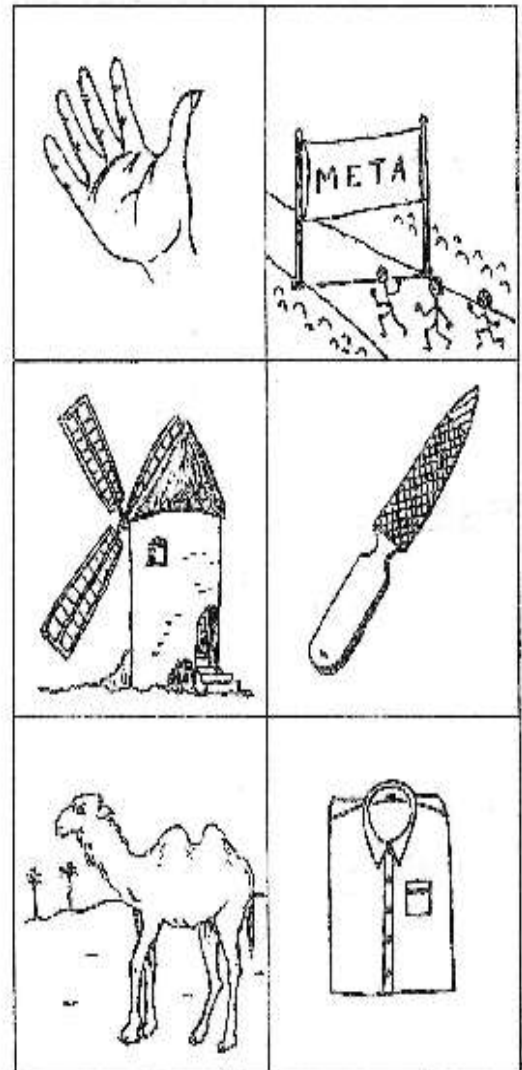
/J/



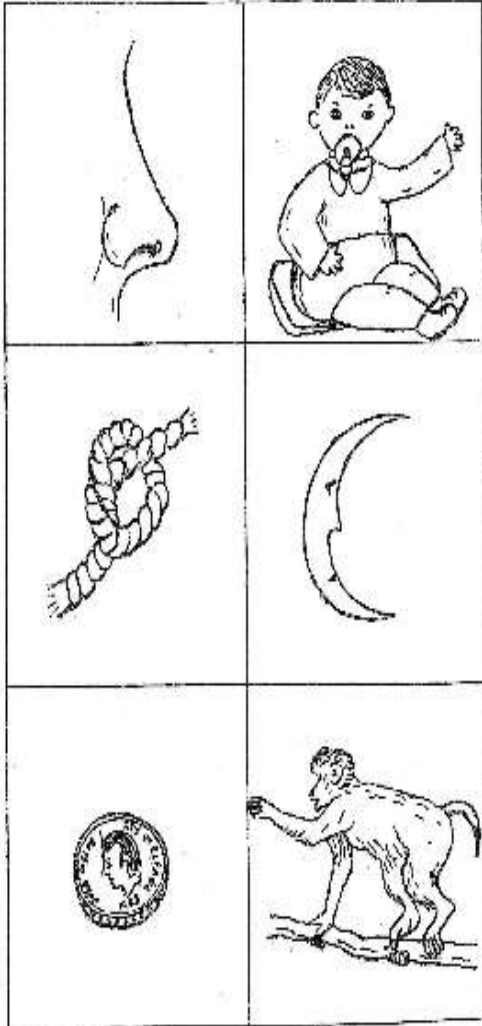
/CH/



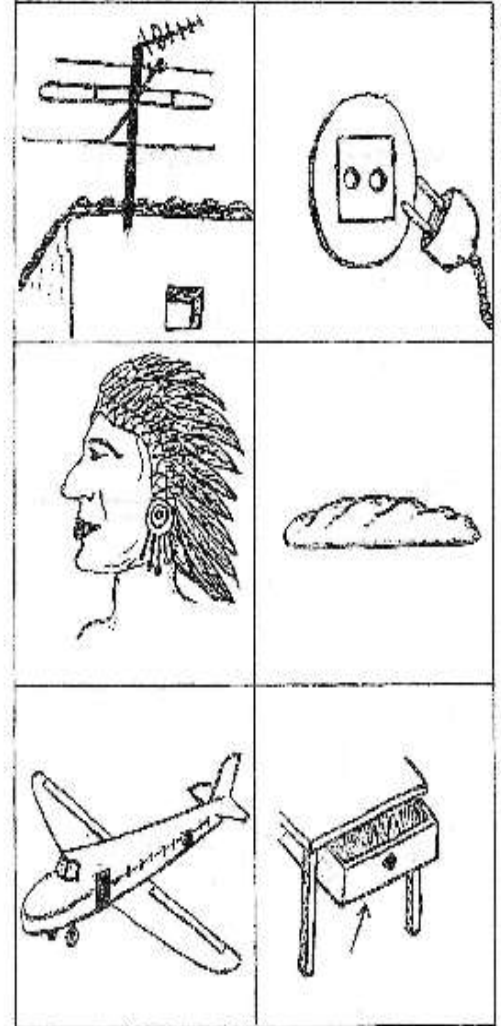
/M/



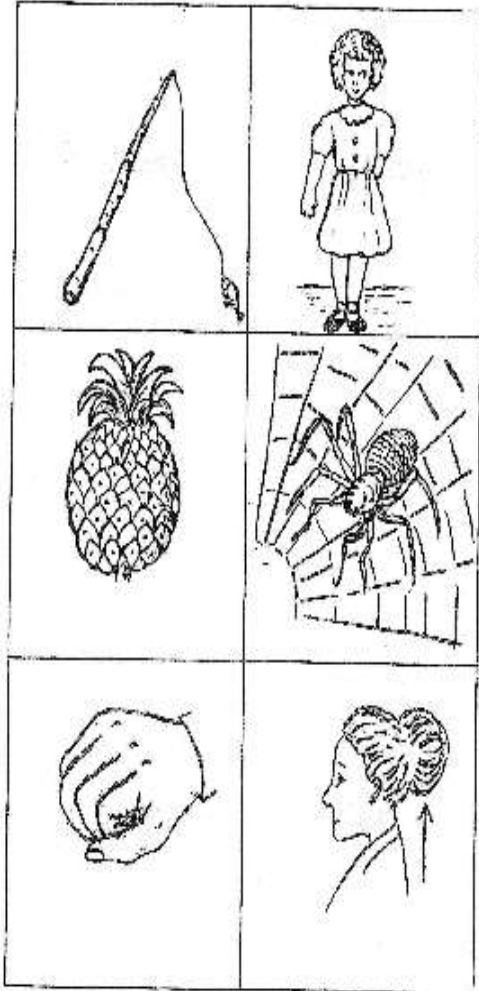
/N/



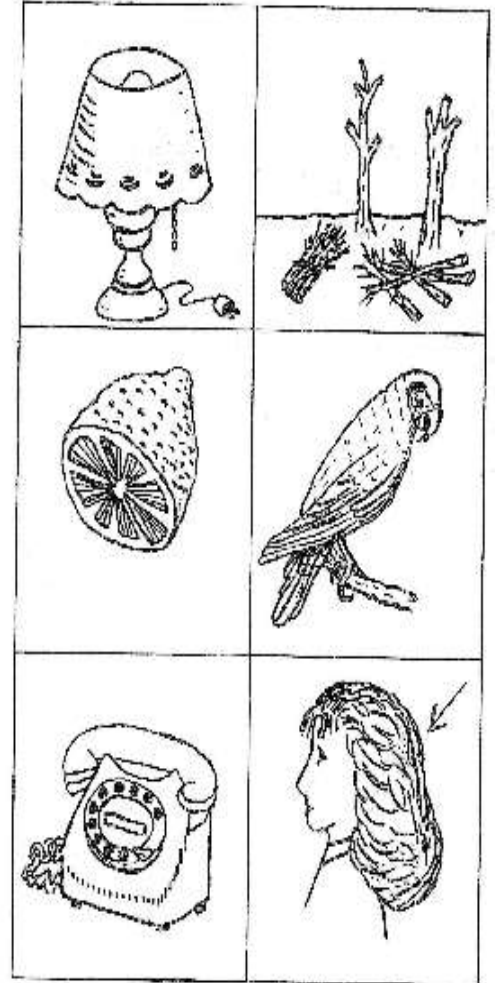
/N/



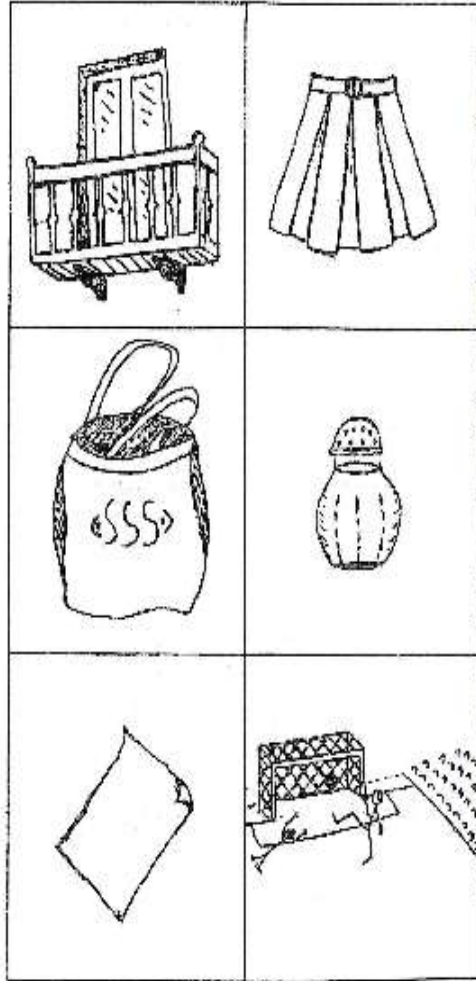
/N/



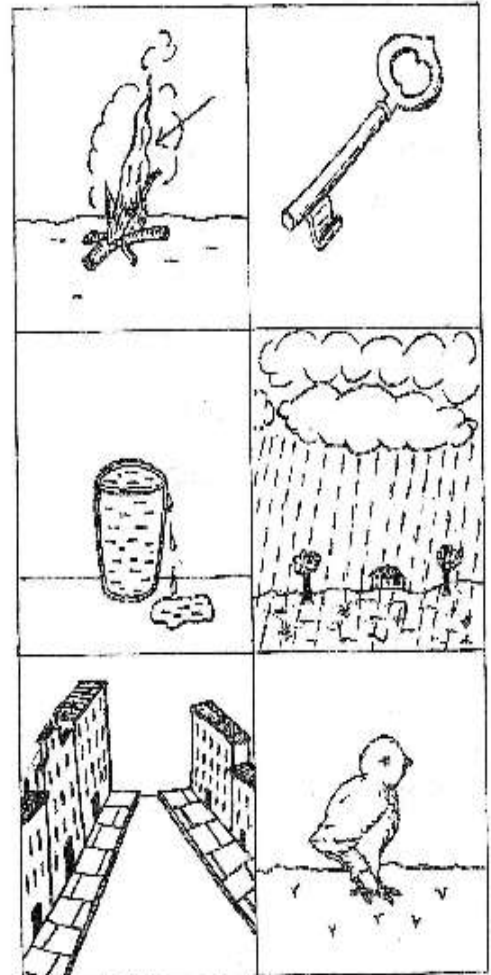
/L/



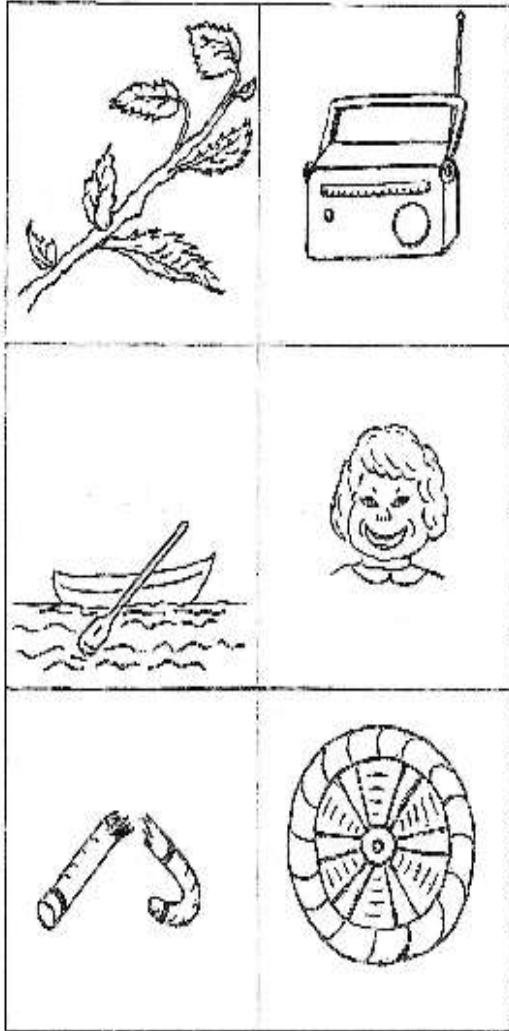
Л/



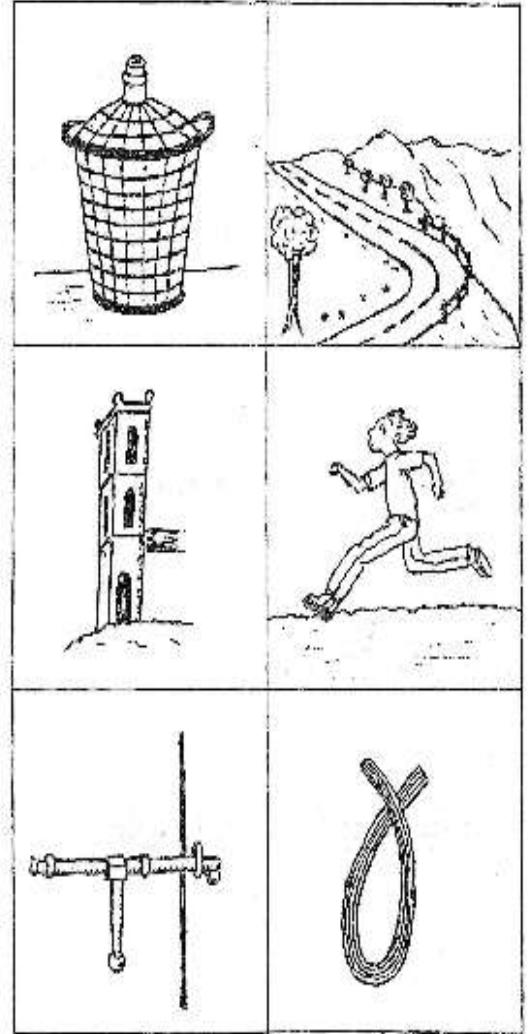
ЛЛ/



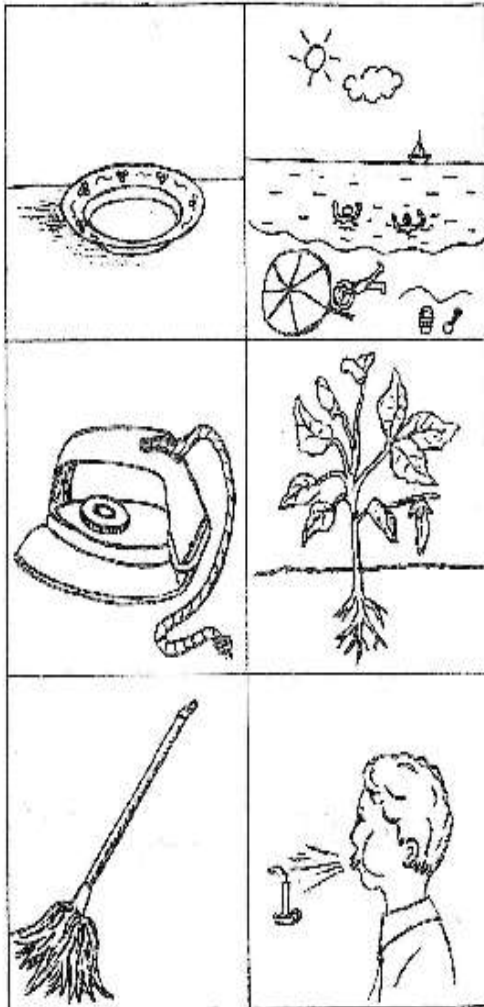
/RR/



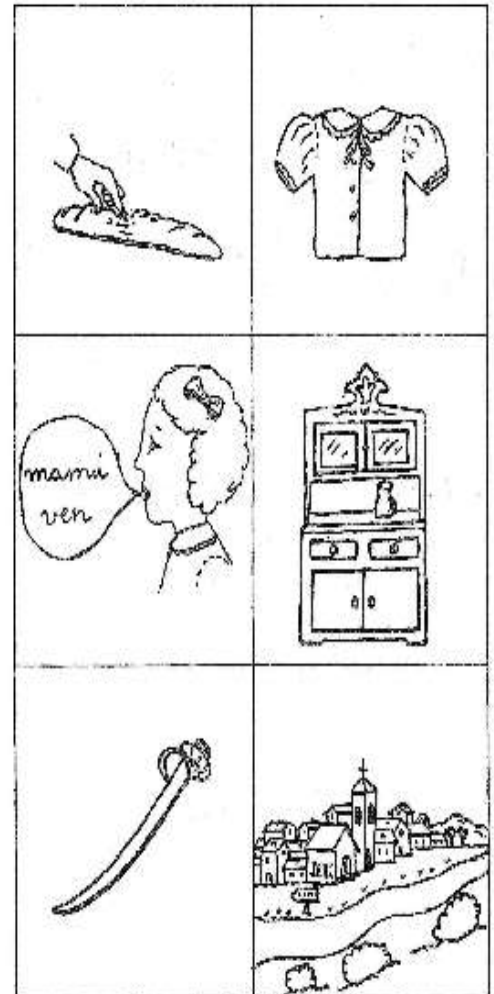
/RR/



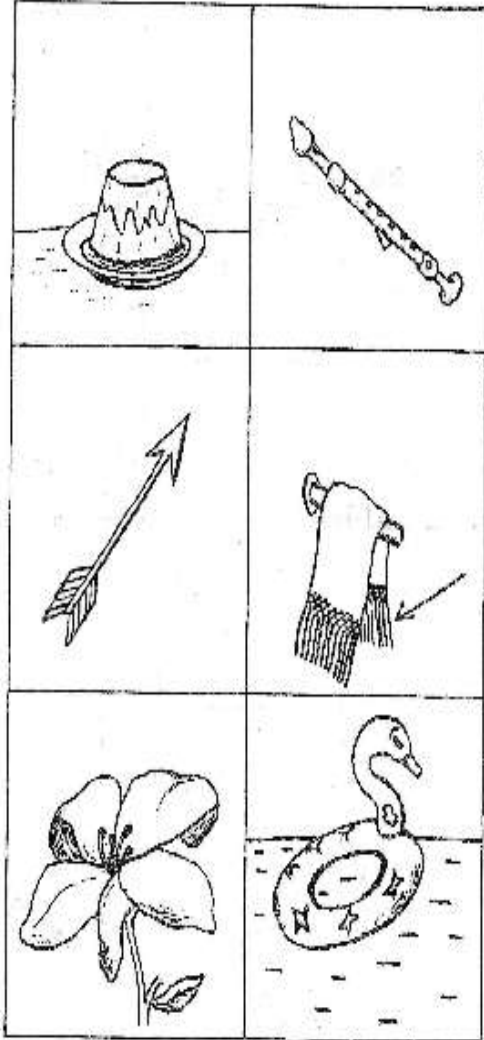
/PL/



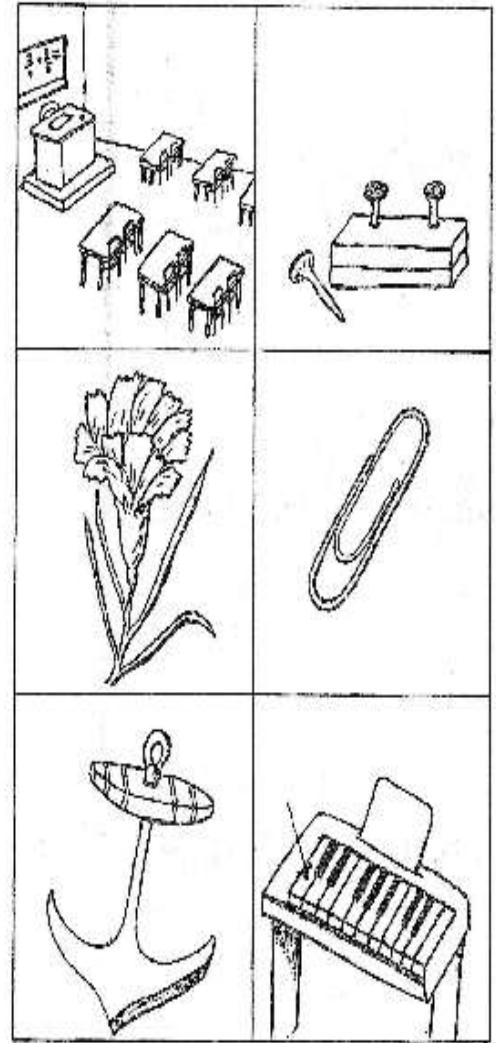
/BL/



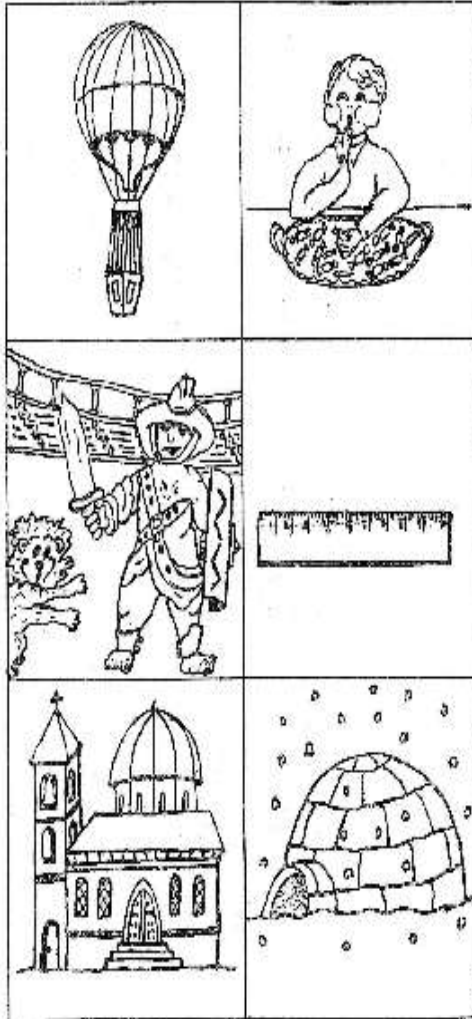
/FL/



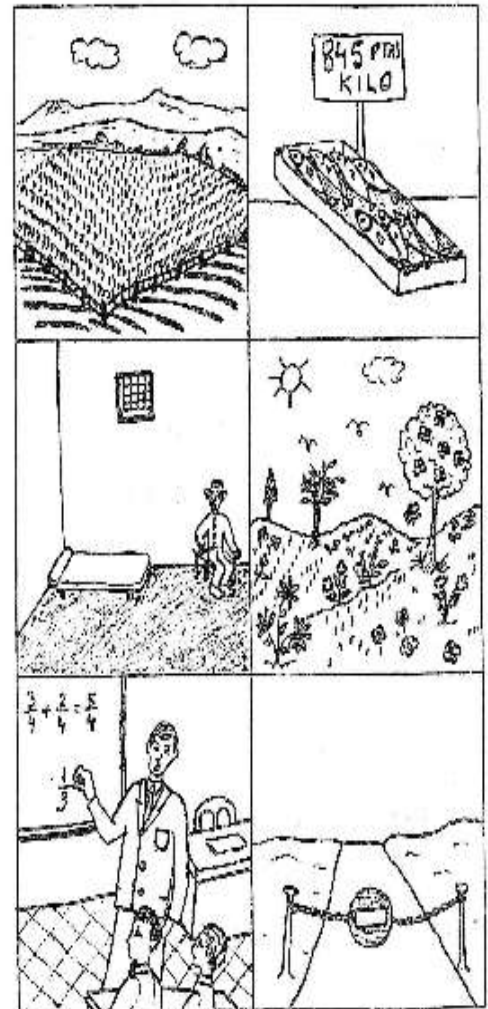
/CL/



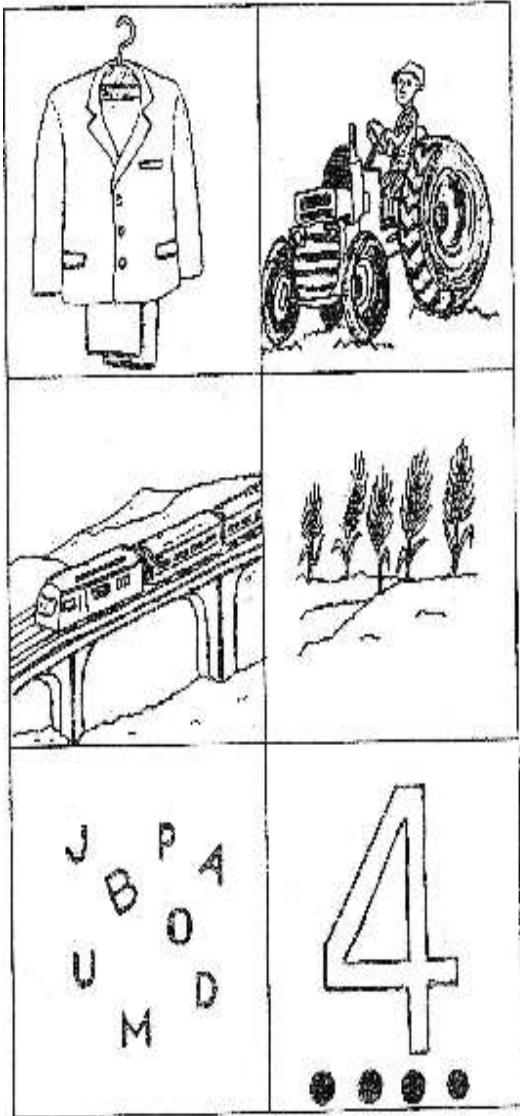
/GL/



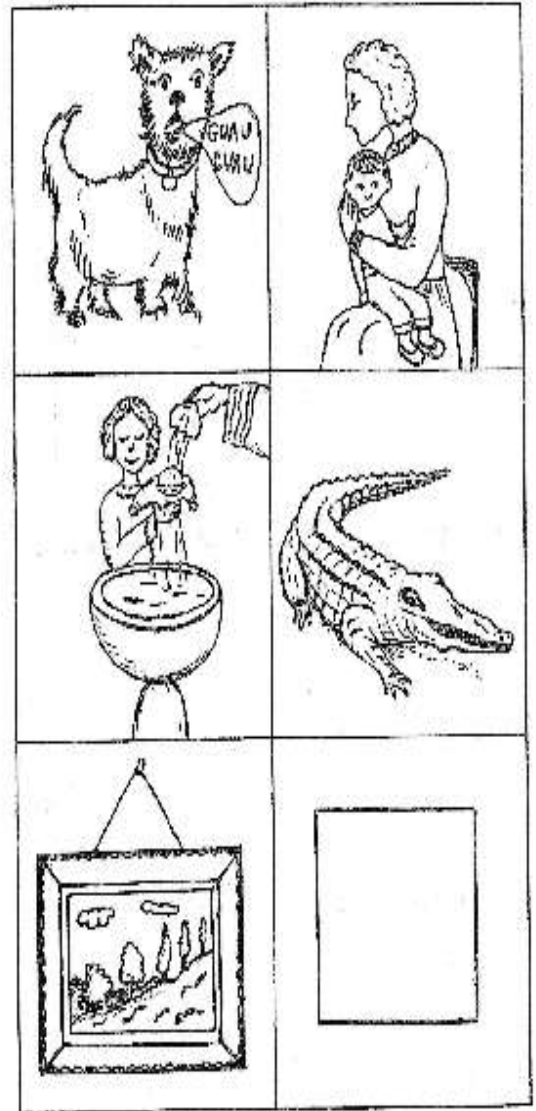
/PR/



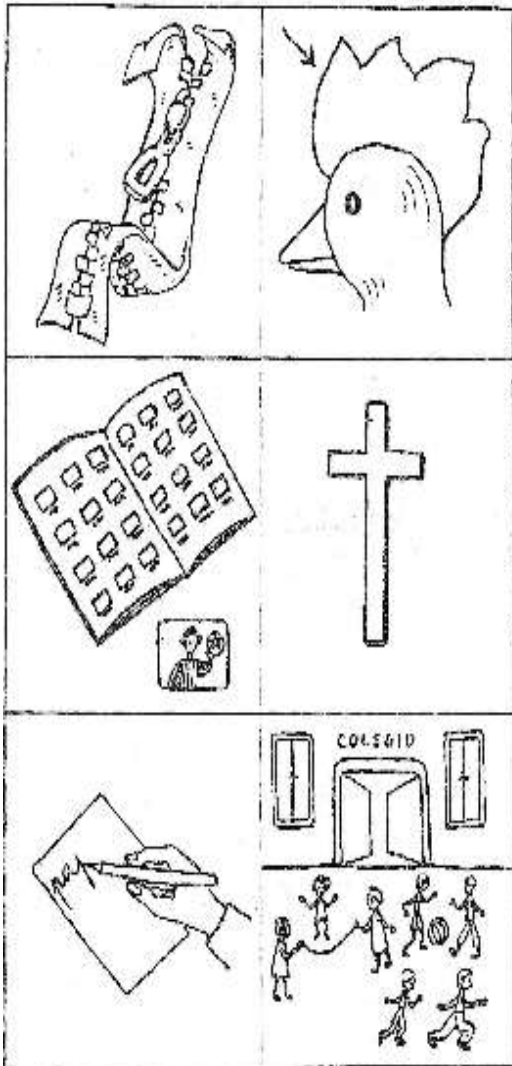
/TR/



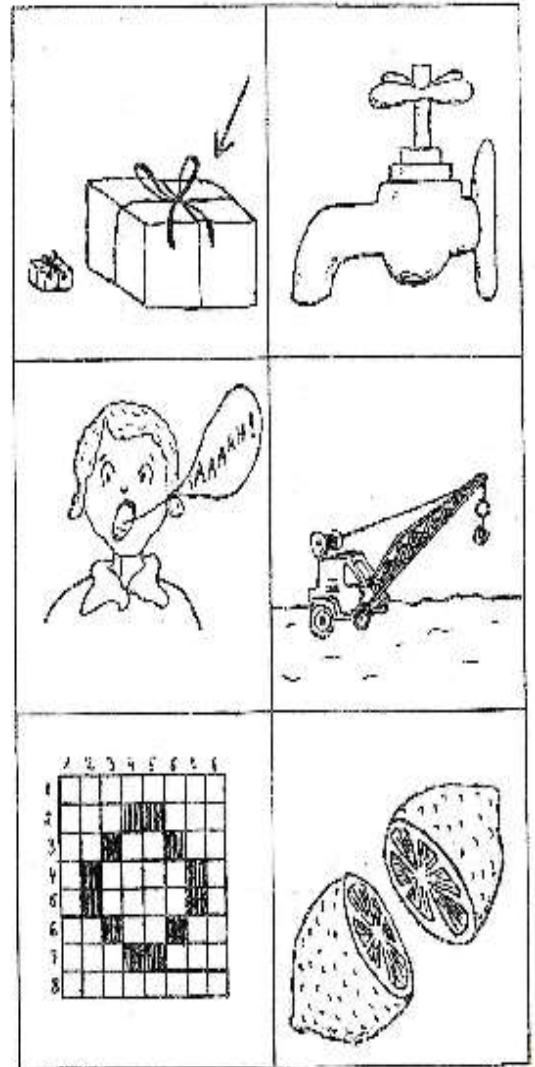
/DR/



/CR/



/GR/



Tomado de Pascual Orozco (1995).

Anexo 6 Cuestionario Para La Detección Temprana de Alteraciones Motoras

CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS alteraciones motoras

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ CIAL: _____ Fecha de cumplimentación: _____

Centro: _____ Código del centro: _____

Maestro o maestra que lo cumplimenta:

(Señalar con una «X»)

Ítems/aspectos	Buena (1)	A veces (2)	Frecuentemente (3)
MOVILIDAD Y MANIPULACIÓN			
1. Presenta autonomía en sus desplazamientos en el centro escolar			
2. Se desplaza de forma estable, no suele caerse			
3. Sube y baja escaleras de forma autónoma			
4. Puede hacer uso de sus manos (coger, soltar, tapar/destapar)			
5. Puede utilizar el material didáctico de uso común (lápices, ceras, pinceles, tijeras, punzón...)			
CONTROL POSTURAL			
6. No lleva aparato ortopédico que le impide sentarse en cualquier silla			
7. Presenta movimientos coordinados			
8. Tiene buen control de tronco y se mantiene sentado correctamente en una silla de clase			
9. Su baja talla no le impide acceder de forma independiente al mobiliario (mesa y silla) y a los materiales			
AUTONOMÍA PERSONAL			
10. Tiene control de esfínteres			
11. Los hábitos de aseo, vestido y alimentación son acordes a su edad			
12. Sus limitaciones motrices no condicionan sus posibilidades de expresión verbal			
13. Puede acceder al centro de forma independiente			
14. Puede hacer uso independiente del baño			
OBSERVACIONES			

PUNTUACIÓN CÁLCULO _____

OBSERVACIONES

Fdo.: el tutor o la tutora