

881325



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL LOMAS VERDES

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 NUMERO DE INCORPORACION 8813-25

**IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA QUE
 INVOLUCRE EJERCICIOS PSICOMOTORES Y
 ARTICULATORIOS EN LA CORRECCION DEL
 FONEMA /R/ EN SUS DOS FORMAS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
 P R E S E N T A :
LUZ MARGARITA GONZALEZ ESPINOSA

DIRECTOR DE LA TESIS: LIC. JUDITH COLLI PEON
 ASESOR DE LA TESIS: LIC MA. ANGELINA AGUILERA GOMEZ

NAUCALPAN, EDO. DE MEXICO

1993

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION -----	1
CAPITULO I.- LENGUAJE	
1.1- Definición de Lenguaje -----	6
1.2- Desarrollo del Lenguaje -----	8
1.3- Teorías del desarrollo del Lenguaje -----	14
1.4- Teorías de adquisición fonética -----	19
1.4.1- Teoría estructuralista -----	19
1.4.2- Teoría conductual -----	20
1.4.3- Teoría naturalista -----	21
1.4.4- Teoría cognitiva -----	22
1.5- Bases neurofisiológicas del Lenguaje -----	22
1.5.1- Dominancia Hemisférica -----	23
1.5.2- Mecanismos cerebrales de la actividad verbal -----	25
1.5.3- Producción del habla -----	33
1.5.4- Realización motora del lenguaje -----	34
1.6- Aparato Fonoarticulador -----	38
1.7- Transtornos del lenguaje y clasificación -----	
1.7.1- Transtornos del lenguaje -----	49
1.7.2- Defectos del Habla -----	50
1.7.3- Desórdenes de Articulación -----	51
CAPITULO II.- DISLALIA	
2.1- Dislalia: Definición y clasificación -----	54
2.1.1- Dislalia Evolutiva -----	57
2.1.2- Dislalia Audiógena -----	58
2.1.3- Dislalia Funcional -----	59
2.2- Frecuencia -----	63
2.3- Dislalia y problemas escolares -----	63
2.4- Síntomas -----	64
2.5- Diagnóstico Diferencial -----	66
2.5.1- Disartria -----	66
2.5.2- Dispraxia -----	68
2.6- Pronóstico -----	69
2.7- Clasificación de los fonemas del idioma Español -----	70
2.7.1- Fonemas vocales -----	74
2.7.2- Fonemas consonantes -----	77
2.8- Producción de los fonemas del idioma Español y sus respectivos defectos -----	74
2.9- Rehabilitación de la Dislalia -----	93
2.9.1- Métodos de tratamiento para la corrección de trastornos articulatorios -----	95
- Método tradicional	
- Método sensoriomotor	
- Método fonológico	
- Programa de casa	

CAPITULO III.- PSICOMOTRICIDAD	
3.1- Definición de Psicomotricidad -----	104
3.2 Desarrollo motor -----	108
3.3- Bases neurofisiológicas del movimiento y la postura-----	113
3.4- Componentes de la Psicomotricidad -----	124
3.4.1- Postura y posición -----	126
3.4.2- Percepción -----	126
3.4.3- Esquema corporal e Imagen corporal-----	129
3.4.4- Equilibrio y potencialidad corporal-----	132
3.4.5- Coordinación visomotora -----	133
3.4.6- Coordinación Dinámica General -----	134
3.4.7- Lateralidad corporal -----	134
3.4.8- Elaboración del tiempo -----	136
3.4.9- Relajamiento -----	137
3.5- Definición de Reeducción psicomotriz -----	142
3.6- Indicaciones para llevar a cabo una reeducación Psicomotora -----	143
 CAPITULO IV.- INTERRELACION ENTRE LA PSICOMOTRICIDAD Y EL HABLA -----	
	145
 METODO	
- Problema -----	156
- Hipótesis -----	156
- Sujetos de la investigación -----	156
- Variables -----	157
- Ambiente experimental -----	158
- Instrumentos de la investigación -----	159
- Material -----	159
- Diseño experimental -----	160
- Procedimiento -----	160
 RESULTADOS -----	165
 ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS -----	171
 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS -----	175
 GRAFICAS -----	176
 BIBLIOGRAFIA -----	179
 ANEXOS	
Programa -----	185

INTRODUCCION

El Lenguaje como parte de una cultura, es un sistema de signos que está en constante modificación, ya que éste es un fenómeno colectivo que implica un proceso de comunicación en el que un grupo vuelve a ponerse de acuerdo sobre su universo simbólico. dentro de la cultura en que nos desenvolvemos aprendemos distintas formas para comunicarnos, que son modificadas y renovadas dándose de esta manera un juego dialéctico entre las percepciones individuales y los acuerdos establecidos en la cultura. Es por ello, en parte que ajustamos nuestra forma de comunicarnos a la situación en que estamos (Rodriguez Elsa 1986).

Este proceso ocurre básicamente en interacción con otros seres humanos. Un niño va a aprender a través de su convivencia con otros; de esta manera los símbolos que le sirven para aprender a dirigir su comportamiento y actuar coherentemente con el mundo son, en gran parte, transmitidos a través de personas con las que convive (Rodriguez Elsa 1986).

El Lenguaje es una actividad humana sumamente importante; es un fenómeno cultural y social instalado sobre un desarrollo de funciones neurológicas y psíquicas, que permite a través de símbolos y signos entablar la comunicación con nuestros semejantes y con nosotros mismos (Quirós Julio 1986). Su desarrollo anómalo o uso incorrecto, es indicio de que las funciones anteriormente mencionadas se encuentran alteradas y es

importante tratarlas cuanto antes debido a que estos problemas significan una desventaja social que influye sobre la vida entera.

Debido a que las formas y usos de la lengua son socialmente aprendidos, una persona puede no entender a otra que hable su mismo idioma, si sus supuestos sobre temas apropiados y las funciones del habla son diferentes, como puede suceder en la escuela entre un maestro y un alumno de diferentes medios sociales o con diferentes formaciones y cuanto más, si existe un deterioro en el Lenguaje, ya que éste es un factor crucial en la transmisión de información como sucede en la educación.

Se sabe que el proceso de enseñanza aprendizaje se apoya en gran medida en el Lenguaje hablado y escrito. En una clase de educación primaria, enseñar y aprender comprenden actividades lingüísticas como pudieran ser: Exposición de tema, preguntar, discutir, resumir, repetir etc. Esto permite ver la importancia de un desarrollo adecuado del lenguaje. Si al contrario, Este presentara alteraciones, se identificarían toda una variedad de dificultades como serían Dispraxia, tartamudez, mutismo, afasia, dislalia, disglosia etc. En la gran mayoría de estos problemas de lenguaje, se ha indicado que las funciones motrices se encuentran perturbadas o retrasadas, considerando que el desarrollo del Lenguaje se encuentra estrechamente ligado al desenvolvimiento de las funciones del movimiento. Autores como Pilar Pascual (1988), Margarita Nieto (1984), Suzanne Masson (1985), Noemí Beneito (1986), Berruecos Ma. Paz (1982), Bernaldo de Quirós J. (1986),

Fabregat Ana Ma. (1986), Eisenson J. (1973) y otros, mencionan que existe una relación directa entre el grado de retraso psicomotor y el grado de retraso del Lenguaje.

Al respecto, Masson (1985), dice que los desórdenes motores que no responden de forma obligatoria al esquema neurológico tales como dificultades de integración del esquema corporal, del tiempo y del espacio podrían presentar consecuencias en el desarrollo ulterior de la inteligencia; así como también en el desarrollo de los medios de comunicación y de expresión. Así también, dicha autora señala que la comunicación se instaura en el nivel corporal por lo que los trastornos del esquema corporal, de lateralidad y de adaptación espacial y temporal conducen con frecuencia al niño a una dificultad o a una incapacidad para adquirir el simbolismo y la conceptualización en la edad esperada; los cuales preparan al niño para el Lenguaje oral y escrito.

Otra de la autoras que ha retomado este tema es Margarita Nieto (1984) la cual hace hincapié sobre la importancia del desarrollo de la motricidad en el desarrollo de la articulación. Dicha autora menciona que desde el momento en que un niño nace; succiona, mama, deglute y luego mastica, sopla y absorbe. Estas actividades que tienen por objeto alimentarlo y conservar su vida, van a proporcionar una ejercitación motriz previa a los movimientos articulatorios. Así mismo, señala que conforme van evolucionando las adquisiciones neuromotrices del niño como la

locomoción, el desarrollo de la noción corporal y espacial. el ritmo, la coordinación ojo-mano etc. se va preparando el aprendizaje de la lecto-escritura. Todo lo anterior, refiere que el desarrollo inadecuado de la motricidad viene a repercutir en el desarrollo del lenguaje.

Considerando que existe un gran porcentaje de niños que presentan dificultades en su articulación presentando Dislalia, trastorno que se identifica por la incapacidad para pronunciar o formar ciertos grupos de fonemas (Pascual Pilar 1988) y de haber observado la importancia del desarrollo psicomotor en el lenguaje, en esta investigación se ha sentido la necesidad de enfocar el tratamiento de la Dislalia no solo en orden a enseñar a articular, sino a desarrollar todo el aspecto psicomotor del paciente educando los patrones de movimientos adquiridos en forma errónea o simplemente no adquiridos, para facilitar la corrección de este problema del habla; ya que aunque dicho trastorno no reviste un carácter de gravedad y son muy positivas las opciones que se proponen para su corrección, si no se somete a un tratamiento adecuado, puede traer consecuencias negativas por la influencia que ejerce sobre la personalidad del niño y su adaptación social, así como en su rendimiento escolar. Por otra parte, en este trabajo también, se intenta proveer un marco de referencia respecto a la Dislalia, diagnóstico y tratamientos para resolverla así como la explicación de lo que implica una reeducación psicomotriz y componentes que la conforman para

finalizar con un análisis sobre la interacción existente entre ambos aspectos en un solo volumen. Esto se pretende realizar a través de un estudio de caso dirigido principalmente a una de las Dislalias mas comunes: el Pararotacismo consistente en sustituir el fonema /r/ o /rr/ por otros fonemas (Perello 1972 y Pascual P. 1988) tomando como apoyo en su corrección ejercicios psicomotores pudiendo ser dicho estudio retomado posteriormente por otros Psicólogos para ampliar este tema de gran importancia debido a la magnitud que alcanza.

I. LENGUAJE

1.1.- DEFINICION DE LENGUAJE

El hombre, ser social por naturaleza, tiene como principal vehículo de comunicación al Lenguaje, impregnando éste toda su vida, ya que de él se derivan transmisiones ideológicas, culturales y sociales. Al ser éste un proceso vital para el ser humano y sobre el cual se hablará a lo largo de esta investigación, es importante dar inicio estableciendo una definición de dicho término.

La forma más elemental de definir el concepto de Lenguaje es considerarlo "como un medio de comunicación entre organismos o miembros de una misma especie o como la facultad que permite representar, expresar y comunicar ideas o sentimientos por medio de un conjunto ordenado de signos (Enciclopedia de Educación Espec. 1985). Así también, Elsa Rodríguez (1986) retoma esta misma idea y dice que el Lenguaje es un sistema de signos que está en constante modificación ya que éste es un fenómeno colectivo que implica un proceso de comunicación en el que un grupo vuelve a ponerse de acuerdo sobre su universo simbólico; por esto mismo, el Lenguaje es cambiante.

De acuerdo a Piaget (1987), El Lenguaje es solo un medio que puede facilitar las etapas del Desarrollo Cognoscitivo, pero que no basta para producirlo. Así mismo, señala que este es solo una más de las representaciones simbólica que el niño integra, sin embargo, concuerda con los demás autores en calificarlo como un

proceso simbólico mediante el cual ó a través del cual se pueden expresar ideas; es decir, comunicar pensamientos.

Bloom y Lahey (En: Hallahan 1978) Definen al Lenguaje como un código para la representación de ideas del mundo a través de un sistema simbólico arbitrario. Así también, dichos autores establecen que la competencia comunicativa o el uso del Lenguaje para comunicar eficazmente, surge cuando hay una interacción entre el "Contenido" (semántica), la "Forma" (Sintaxis, fonología y morfología) y el "Uso" (pragmática) del Lenguaje.

Todas las definiciones anteriormente revisadas son aceptables en su totalidad. Sin embargo, para esta investigación se retomará la definición establecida por Quirós (1987). De acuerdo a este autor, el Lenguaje es un fenómeno cultural y social instalado sobre un desarrollo de funciones neurológicas y psíquicas que permite a través de símbolos entablar la comunicación con nuestros semejantes y con nosotros mismos.

Esta definición, incluye una temática similar a las anteriores en cuanto a que se considera al Lenguaje como un conjunto de símbolos y signos los cuales permiten entablar una comunicación expresando ideas o sentimientos; o aún más, se podría sintetizar mas las definiciones anteriores diciendo que el Lenguaje es un proceso de comunicación simbólica. No obstante, es de vital importancia recordar que dicho proceso se encuentra instalado sobre un desarrollo neurológico y que requiere de una adecuada maduración. Esto se considera importante ya que posteriormente se hablará de diversos transtornos de Lenguaje

incluyendo a la Dislalia, los cuales pueden ser originados por deficiencias en esta área. Así también, dicho autor establece que los aspectos Psico-socio-culturales influyen en el desarrollo adecuado del Lenguaje surgiendo como resultado de cualquier problema en estos aspectos, trastornos de Lenguaje funcionales. Finalmente, se definirá el término de Habla, ya que aunado al término anteriormente revisado en ocasiones dan lugar a confusiones.

De acuerdo a Melgar (1986) Habla, es la expresión oral del Lenguaje; de este modo, quedaría incluida dentro del concepto de lenguaje el cual es un concepto más amplio.

1.2- DESARROLLO DEL LENGUAJE

El estudio del Lenguaje es una de las áreas de investigación más activas del Desarrollo Infantil actualmente; debido quizás a que las aptitudes lingüísticas del niño se desarrollan con una gran rapidez. Así, se tiene que todos los niños de la mayoría de la culturas dicen sus primeras palabras cuando tienen de doce a dieciocho semanas de edad, y aproximadamente a los cuatro años también la mayoría habla con oraciones bien formadas (Mussem 1984). De esta forma, surge la siguiente interrogativa: Como se llevan a cabo estos avances? Pregunta a la cual se dará respuesta a continuación.

Resumiendo a Robert S. Siegler (1986) y a Patricia I. Meyers (1990), el Lenguaje se encuentra conformado por seis componentes: Fonología, Sintaxis, Semántica, Comunicación y Lingüística y morfología.

a) FONOLOGIA.- Concierne a la forma en la cual las personas producen sonidos significativos, así como la pronunciación correcta de las palabras. Esto es, se conoce a la Fonología como la "vestimenta exterior" del Lenguaje por ser el sistema de sonidos que vincula el mensaje, y se subdivide en dos categorías: fonética y fonémica. La primera, consiste en el estudio de cada uno de los sonidos del habla; mientras que la segunda se refiere a la ciencia que versa sobre los sonidos cuando tienen un significado en el Habla.

b) MORFOLOGIA.- Dicho término se refiere al estudio de la información sobre las palabras.

Los morfemas, constituyen las unidades más pequeñas del Lenguaje significativo; es decir, unidades que no se pueden dividir en unidades menores sin destruir su significado. Así, el análisis morfémico se refiere a los elementos léxicos o de vocabulario y a los signos gramaticales que se emplean en el Lenguaje para denotar la variedad de conceptos como la pluralidad, el tiempo de los verbos etc.

c) SINTAXIS O GRAMATICA.- La gramática implica la forma en la cual se ordenan las palabras y se designan tiempo y número dentro de las oraciones. Por lo general, dicho orden es fundamental para el significado del lenguaje.

d) SEMANTICA.- Es la parte que estudia el significado de las palabras o de otros signos; incluye las reglas que señalan como se relacionan signos y objetos. El significado envuelve

correspondencias entre las palabras particulares y frases por una parte y objetos particulares, propiedades y eventos por la otra.

e) COMUNICACION.- La Comunicación envuelve la forma en la que el resto del lenguaje es utilizado para transmitir o comunicar mensajes que quizás no estén presentes en el significado literal de las palabras como por ejemplo: Si se preguntara Sabes que hora es?, no se está buscando una respuesta de sí o no, aunque esta es la que debería ser respondida de acuerdo al significado literal de la oración.

f) LINGUISTICA.- Finalmente, la lingüística incluye los significados del lenguaje no concreto.

Es importante mencionar que existen otros conceptos fundamentales no exclusivamente fonológicos, ni semánticos, ni sintácticos los cuales son competencia y desempeño de acuerdo a Chomsky (En: Myers P. 1990).

COMPETENCIA.- Se refiere a las reglas gramaticales que todo hablante nativo de un idioma intuye o "conoce", pero que no sabría verbalizar o definir.

DESEMPEÑO.- Equivale al Habla y se refiere a las vocalizaciones que expresa el hablante y capta el oyente.

Estas seis partes, primeramente asumen roles prominentes en los diferentes puntos dentro del desarrollo; uno de ellos, la Fonología, tiene una gran importancia ya que los bebés antes

que puedan hablar inteligiblemente, ellos necesitan manejar la capacidad para realizar los sonidos lo mejor posible para poder decir lo que quieren decir. Para poder lograr esto, es importante mencionar que desde que tienen unas escasas semanas de nacidos los infantes poseen la habilidad impresionante para discriminar entre una gran variedad de sonidos. Asi tambien, son capaces de producir todos los sonidos que aparecen en cualquier lenguaje conocido; sin embargo, el niño se encuentra con la dificultad de no poder producir sonidos especificos cuando ellos quieren decirlos; pero a lo largo del desarrollo, esta habilidad se incrementa así como la habilidad de combinar estos sonidos con otros para producir las palabras.

Pero, Como desarrollan esta habilidad? Kaplan y Kaplan (1971) sugieren que este desarrollo incluye cuatro etapas:

1) LLANTO

El primer sonido que producen los infantes es el Llanto. Muchos padres en ocasiones distinguen el significado de estos ya sean de hambre, dolor, incomodidad; sin embargo, de acuerdo a investigaciones o datos, quizás dichos juicios se basen mas en lo que suelen saber de la situación que en los mismos sonidos (Mussem 1984 y Hallahan y Kauffman 1978)

2) ARRULLO O GORGOBEO

hacia el final del primer mes, los infantes realizan otros sonidos aparte del llanto. Estos sonidos son producidos por los

infantes situando sus lenguas cerca de la parte trasera de sus bocas alrededor de los labios.

3) BALBUCEO

Aproximadamente a los cinco o seis meses de edad, los infantes producen una gran variedad de sonidos. Estos incluyen sonidos de vocales como por ejemplo: "a", "o", "u" y consonantes como "d", "n", "m" así como combinaciones de ambas en sucesiones silábicas y otro tipo de sonidos fuertes con el fin de explorar su aparato vocal y para distraerse él mismo. En ocasiones, los niños balbucean cuando se encuentran solos o cuando se juega con ellos; pareciendo esta última como un balbuceo sociable (Hallahan 1978).

4) HABLA IMITADA O MODELO.

Cerca del final del primer año, la variedad de sonidos que el infante realiza decrece. Es decir, los infantes realizan más frecuentemente sonidos que ocurren en su lenguaje y poco a poco dejan de realizar sonidos que no ocurren.

PRIMERAS PALABRAS

Continuando con el desarrollo del Lenguaje y retomando a Siegler (1986), el niño aproximadamente al año de edad dice sus primeras palabras, al mismo tiempo en que aprende a caminar. Dichas palabras consisten a menudo en una sílaba duplicada como "mamá" y "papá". Dentro de las consonantes más comúnmente emitidas se encuentran la p, b, v, d, t, m, n y las vocales o, e, i.

Anterior a este tiempo, el niño ya ha empezado la exhibición y entendimiento de preguntas simples y órdenes. Posteriormente, durante el segundo año, el juego vocal continúa; el niño quizás articule cadenas de sílabas ininteligibles mezcladas con palabras ocasionalmente entendibles. Así también, puede presentar algunas veces ecolalia; es decir, que tiende a repetir lo que ha oído sin entenderlo.

Muchas de las palabras del niño son idiosincráticas o pobremente articuladas (holografía), ya que utiliza una única palabra que expresa una gran cantidad de significados. De cualquier forma, mas tarde, éste producirá frases de dos palabras, y es esto lo que marca el verdadero comienzo del desarrollo gramatical porque es la primera vez que al niño se le presenta la necesidad de ordenar palabras en sus sistemas.

Por lo común, los niños hablan primero de cosas conocidas y sus funciones, así como también se refieren a cosas que se mueven incluyendo sus propios actos y palabras que designen cosas importantes. El desarrollo de la habilidad de comunicación inicia tempranamente ya que los infantes son motivados por los adultos o niños mas grandes a escuchar para adquirir o adoptar el estilo conversacional conocido en el idioma inglés como "Motherese"; término que en el idioma español significa "Estrategias de la madre".

Después de los dos años de edad hasta los cinco o seis años, el lenguaje del niño se desarrolla rápidamente. El lenguaje holográfico es reemplazado por articulaciones mas aproximadas a

la sintaxis utilizada por los adultos cuando se hablan los unos a otros, y continúa con el aprendizaje de palabras nuevas así como su significado. Por la edad de los cinco o seis años, el Lenguaje del niño es prácticamente entendible para cualquier persona y se continúa incrementando el vocabulario. Así, al alcanzar esta la edad de ocho años, ya maneja todos los componentes fonémicos del Lenguaje (Es decir, la articulación de todos los sonidos del habla son correctos) y las características morfológicas (puede construir formas de palabras como plurales, tiempo de los verbos etc.).

1.3. TEORIAS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

Una descripción de la secuencia normal del desarrollo del Lenguaje de ninguna forma implica una explicación del "porqué" el Lenguaje se desarrolla de ese modo. El Lenguaje es una de las habilidades humanas más intrincadas; es por esto, que no es extraño el encontrarse conflictos entre las diversas teorías del Lenguaje así como debates recientes en relación a cuales son los mecanismos responsables de éste (Hallahan 1978).

A pesar de esto, aún actualmente se carecen de respuestas para responder a este "porqué", ya que ninguna de estas teorías es suficiente para explicar todos los fenómenos del desarrollo del Lenguaje; sin embargo, algunas de ellas han aportado fundamentos importantes para el mejor entendimiento del tema. No es la intención de esta investigación entrar en las controversias

que mantienen Psicólogos y lingüistas respecto a dichas teorías, si no la de aportar información referente a ellas así como sus postulados.

Cabe mencionar, que en todo enfoque teórico se discuten dos dimensiones: la base innata del lenguaje por una parte, y de las bases cognitivas en general. Ambas dimensiones como se mencionó anteriormente siguen estando insuficientemente analizadas en la actualidad y solo proporcionan una especie de telón de fondo a la adquisición del lenguaje, pero no pueden, en ningún caso, explicarlo por sí solas (Rondal 1988).

TEORIA DE LA IMITACION

Retomando a Mussem (1985) y resumiendo lo establecido en The Cambridge Encyclopedia of Language (1987), se tiene que uno de los principales representantes de esta teoría es Albert Bandura. Dentro de esta postura, la adquisición del lenguaje ha sido por mucho tiempo pensada como un proceso de imitación de una conducta modelo y de reforzamiento. Los niños aprenden a hablar desde el punto de vista popular que implica la imitación o copia de la articulación escuchada en torno a ellos y por ser sus respuestas fortalecidas por las repeticiones, correcciones y otras reacciones que los adultos proveen.

En años recientes, se ha esclarecido que este principio no explica todos los factores del Desarrollo del Lenguaje. Es cierto que los niños imitan en un gran porcentaje, especialmente en el

aprendizaje de sonidos y vocabulario ya que si no lo hicieran, no podrían adquirir su lengua materna, su vocabulario y una estructura gramatical sin percibir modelos; pero solo esta parte de la habilidad gramatical puede ser explicada de esta forma.

Existen dos tipos de evidencia comunmente utilizadas para fundamentar esta critica. Una se encuentra basada en el tipo de Lenguaje que los niños producen, y la otra en lo que ellos no producen. La primer evidencia se derivó de la forma en que los niños manejan los patrones gramaticales como la utilización de los plurales, singulares y el tiempo de los verbos, ya que ellos mismos tratan de trabajar o utilizar la forma adecuada dependiendo de la situación; y no precisamente lo aprenden a través de un proceso de imitación.

La otra evidencia, está basada en la forma en que los niños parecen ser incapaces de imitar perfectamente una construcción gramatical adulta aún exactamente cuando se le invita a hacerlo.

Por ejemplo:

Niño: Esta paleta esta rompida

Madre: No, di esta paleta está rota

Niño: esta paleta esta rompida

En relación a este punto, se puede observar que en ocasiones los niños no estan preparados para aprender reglas gramaticales en sus idiomas. Tal ejemplo, sugiere que la adquisición del Lenguaje es en esta ocasión más un problema de Maduración que de Imitación.

TEORIA DE SKINNER

En esta teoría, se intenta explicar la adquisición del Habla en función de la asociación de un estímulo y una respuesta (E-R), con recompensas y reforzamientos. Como su nombre lo indica, el principal representante es Skinner.

De acuerdo a dicha teoría, el Lenguaje se aprende mediante el Condicionamiento Operante y los reforzamientos selectivos de los sonidos y combinaciones de sonidos proporcionados por el ambiente. (Segal.E. 1977)

TEORIA COGNOSCITIVISTA

Dentro de esta teoría, se argumenta que la adquisición del lenguaje debe ser vista dentro del contexto del desarrollo intelectual del niño. De esta forma, las estructuras lingüísticas solo emergerán si las bases cognitivas ya están establecidas; por ejemplo: Antes de que los niños puedan utilizar estructuras de comparación como "El carro rojo es más grande que el azul", ellos necesitan primeramente haber desarrollado la habilidad conceptual para realizar juicios en relación al tamaño (The Cambridge Encyclopedia of Language 1987).

Al respecto, Jean Piaget uno de los principales cognoscitivistas y sus seguidores, fundamentan dicha teoría en dos aspectos. El primero es el crecimiento biológico, el cual es la base para las primeras conductas; y el segundo, los procesos

de la experiencia, ya que no es tanto la maduración como la experiencia la que define la esencia del desarrollo cognoscitivo. Así también, establecen varias etapas a través de las cuales se va a ir desarrollando el aspecto intelectual del niño; sin embargo, solo se hablará en esta parte del periodo sensoriomotor ya que es el que se encuentra mayormente relacionado al Desarrollo del lenguaje.

De acuerdo a Piaget, la Imitación, la cual constituye en el curso del periodo sensoriomotor, una especie de representación en actos materiales que aún no están en el pensamiento, juega un papel muy importante en la adquisición del lenguaje, ya que esta hace posible la imitación diferida (Gunsberg y Opper 1977).

La representación se libera entonces de las exigencias sensoriomotoras de la copia perceptiva directa para alcanzar un nivel intermedio independiente de su contexto. Es de esta manera, que el lenguaje naciente permite la evocación verbal de acontecimientos no actuales que se pueden representar con el pensamiento, hecho que se identifica en el periodo preoperacional cuando se desarrolla el pensamiento simbólico en el cual la palabra representa una imagen mental.

Es importante recordar que para Piaget el lenguaje es solo un instrumento para facilitar el desarrollo de las etapas cognoscitivas, y no un proceso independiente del cognoscitivo (Gunsberg y Opper 1977).

TEORIA DE CHOMSKY

De acuerdo a este lingüista, los seres humanos poseen una estructura innata llamada dispositivo para la adquisición del Lenguaje (DAL), el cual le permite al niño procesar el Lenguaje oído (entrada lingüística), construir reglas y comprender y generar un habla gramaticalmente correcta. Dicho DAL, tiene que valer universalmente y ser capaz de manejar cualquier idioma. Sin embargo, la hipótesis de un mecanismo innato del lenguaje es difícil de demostrar o refutar empíricamente, ya que se tendría que hablar también sobre los estudios de la estructura y funcionamiento del cerebro (Nelson 1973 y Mussem 1985).

1.4. TEORIAS DE LA ADQUISICION FONETICA

Así como existen Teorías que intentan explicar el porqué surge el Lenguaje, también existen Teorías que tratan de analizar el surgimiento fonológico específicamente. A continuación, se llevará a cabo una revisión de cada una de estas Teorías, así como la explicación de los principales postulados que las fundamentan (Curso de Transtornos de Articulación, Educación Continua, UNAM, 1990).

1.4.1. TEORIA ESTRUCTURALISTA

Dentro de los representantes de esta teoría se encuentran Jakobson y Moskowitz (1941) los cuales establecen los siguientes postulados:

- Los niños adquieren los fonemas en un orden universal: esto es, reconocen universales lingüísticos.

- La adquisición fonológica se inicia con el Balbuceo prelingüístico.

- El niño inicia la adquisición del Lenguaje propio a través de los contrastes (combinación entre vocales y consonantes) los cuales siguen secuencias desde las más simples hasta las más complejas como por ejemplo:

- . Vocal abierta (a) consonante labial (b-p)
- . Consonante labial/consonante nasal (p-m)
- . Vocal con consonante dental (t) etc.

- Así también, dicha adquisición fonológica comprende secuencias tónicas:

- . C V
- . C V C
- . V C V
- . C V C V

C=Consonante V= Vocal

- . ARCHIFONEMAS.- Palabras ya estructuradas

1.4.2. TEORIA CONDUCTUAL

Sus principales representantes son Mowrer (1960), Winitz (1969) y Olmsted (1966,1970). Dichos autores, ofrecen un modelo de Adquisición de los sonidos del habla en términos teóricos del aprendizaje, así como los siguientes fundamentos:

- Enfatizan la retroalimentación y modificación del balbuceo para llegar al modelo adulto del habla.
- Mencionan que el niño atiende a quien le cuida por lo que surge una identificación con esa o esas personas. De dicha identificación, se da como resultado una asociación entre afecto y Habla.
- El niño inicia la vocalización asociándola con algún valor reforzante primario.
- Posteriormente, se continúa con el reforzamiento selectivo de sonidos aproximados a los del adulto, hasta que se conforma el lenguaje.

1.4.3. TEORIA NATURALISTA O MODELO DE FONOLOGIA NATURAL

Esta teoría se encuentra representada por Stampe (1969,1973). Dicho autor, vino a cambiar el enfoque que se tenía en relación a la adquisición fonológica y aportó los siguientes fundamentos:

- Establece el "Modelo niño", el cual implica que lo que el niño dice es correcto para él.
- Menciona que las representaciones fonéticas del niño son resultado de la aplicación de un sistema innato a una representación fonológica abstracta.
- La unidad básica es la palabra. El niño aprende a decir primeramente palabras y posteriormente, perfecciona la producción de los fonemas.

- Los procesos fonológicos son utilizados por los niños para eliminar errores en su habla.
- El niño pasa por etapas a través de las cuales cambia sus procesos fonológicos.

1.4.4. TEORIA COGNITIVA

Esta teoría se encuentra representada por Macken y Ferguson (1983), y surgió de la teoría Estructural. Sus postulados son los que a continuación se exponen:

- Los niños son activos en el proceso de Adquisición fonológica así como en el del Lenguaje en general.
- Los niños adquieren reglas fonológicas en las palabras en las que ellos ponen mayor atención.
- Los niños son creativos porque utilizan los segmentos fonológicos que escuchan de formas nuevas.
- Los niños formulan hipótesis sobre su proceso fonológico comprobándolas y corrigiéndolas.

1.5 BASES NEUROLOGICAS DEL LENGUAJE

Retomando a Margarita Nieto (1984), se sabe que el centro funcional del Lenguaje lo constituye el Sistema Nervioso Central el cual rige todos los procesos referentes a la comprensión y expresión verbal.

En un principio, en el momento del nacimiento las funciones nerviosas son muy indiferenciadas; esto es, no se pueden analizar independientemente ya que aún son muy rudimentarias. Para que

éstas se vayan diferenciando poco a poco debe de transcurrir toda la infancia hasta que se estructuran y se coordinan adecuadamente. La exteriorización del sistema Nervioso se refleja en todo el comportamiento infantil, incluyendo en éste la evolución del Lenguaje hasta que se llega a su estructuración funcional.

1.5.1 DOMINANCIA HEMISFERICA O LATERALIZACION DEL LENGUAJE

Durante algunos años se había considerado que el lenguaje se localizaba en un hemisferio (generalmente el izquierdo) y que el otro carecía de él. Tal supuesto, si no es falso es al menos impreciso (Ardila A. 1984). Al respecto, resumiendo a Raul Calderón G. (1990) se sabe que los dos hemisferios cerebrales son asimétricos anatómicamente y funcionalmente. Así, el hemisferio cerebral izquierdo está especializado para el procesamiento del lenguaje hablado y escrito en prácticamente todas las personas diestras y en la mayoría de los zurdos. En cambio, otras funciones como la orientación en el espacio, la organización espacial de patrones no verbales, el procesamiento de la música, la integración prosódica del lenguaje y el acompañamiento mímico del mismo dependen predominantemente del hemisferio cerebral derecho. Esta especialización hemisférica se continúa desarrollando en forma progresiva durante la primera década de la vida.

La evidencia actual, indica que existe especialización hemisférica en el recién nacido lo cual ha modificado conclusiones

previas acerca de la lateralización del lenguaje durante el desarrollo. Ya no se acepta de acuerdo a este autor el desarrollo del lenguaje como un proceso de maduración en el que ambos hemisferios participan y el izquierdo finalmente domina. Ahora, todo parece indicar que desde el principio los procesos de lenguaje están lateralizados de la misma forma como lo estarán en el cerebro del individuo completamente maduro.

Distintos tipos de evidencia indican que la dominancia hemisférica para el lenguaje es un hecho genéticamente determinado, el cual está presente desde las fases más tempranas del desarrollo. Así, las habilidades de percepción del habla se desarrollan primariamente dentro del hemisferio cerebral izquierdo. En investigaciones realizadas, cuando a un recién nacido se le presentaba un estímulo hablado en un solo oído, los potenciales evocados auditivos resultantes eran mayores en el hemisferio cerebral izquierdo que en el derecho. Por su parte y en relación al tema, Kinsbourne y Hiscock (1977) establecen que el control del lenguaje del hemisferio cerebral izquierdo implica una inhibición de los procesos potenciales del lenguaje del hemisferio cerebral derecho, y suponen que una lesión masiva temprana del hemisferio cerebral izquierdo libera de dicha inhibición al hemisferio derecho. De acuerdo a dichos autores, ambos hemisferios pueden ser capaces de desarrollar el lenguaje en las etapas tempranas de la vida, puesto que prácticamente no existe diferencia significativa en estudios sobre el desarrollo

del lenguaje en niños con hemiplejía infantil derecha e izquierda. esto indica, que si el hemisferio cerebral izquierdo sufriera una lesión extensa en la vida temprana, el hemisferio cerebral derecho sería capaz de desarrollar el lenguaje, lo cual no sucede en los adultos. Así mismo, se sabe que ambos hemisferios tienen igual potencia para el desarrollo del lenguaje durante su desarrollo, pero el hemisferio izquierdo es superior al derecho en su capacidad para desarrollar habilidades sintácticas del lenguaje.

Resumiendo lo anterior, se puede observar que en relación a este tema, existen diversas investigaciones; así, se ha investigado que ambos hemisferios son importantes para el correcto desarrollo del lenguaje aunque sea el hemisferio izquierdo al que se le da mayor importancia por ser el encargado del procesamiento del Lenguaje escrito y oral.

1.5.2 MECANISMOS CEREBRALES DE LA ACTIVIDAD VERBAL

Primeramente es importante establecer que el lenguaje requiere del funcionamiento de Sistemas Sensoriales que transmiten la excitación captada por órganos receptores hasta los centros nerviosos que interpretan la información recibida. Es por esto, que la percepción en todos sus niveles (auditivo, táctil, gustativo y visual) juega un papel importante para el desarrollo de éste, ya que con la intervención de todas las percepciones se

van integrando los conceptos mentales referentes al significado de los signos verbales.

Por su parte, Rondal (1988) menciona que la emisión de sonidos requiere, al espirar, de una vibración particular de las cuerdas vocales acompañada de una ubicación adecuada de las diferentes piezas del aparato bucoaríngeo. Al respecto, varios nervios o pares craneanos aseguran la motricidad de éstos diversos elementos. A continuación, se describirá la actividad de cada uno de ellos.

Retomando a M. Nieto (1984), a Noback (1984) y a Rondal (1988), se sabe que existen 12 pares craneales los cuales son los siguientes:

- 1) OLFATORIO.- La olfacción junto con el Sistema Emotivo y Rinencéfalo, pueden alterar el proceso de regulación de la voz.
- 2) OPTICO.- Este par craneal, es un nervio sensorial, y su función se explora midiendo la agudeza visual. Dicha agudeza visual es importante para la producción del Habla ya que a través de la visión se aprenden las posiciones de salida del flujo vocal. A nivel del Lenguaje escrito, es importante para crear sistemas gráficos. Así mismo, a través de este tracto óptico, se crea la memoria ótica, la cual en unión con la memoria auditiva y las demás sensoriales apoyan la formación de conceptos de la palabra.

3) MOTOR OCULAR COMUN.- Controla los movimientos del ojo de elevación del párpado, apertura y cerradura del iris y del cristalino por lo que es muy importante dentro del proceso de la Lectura. En cuanto al habla se refiere, fija la atención en el hablante.

4) PATETICO.- Es primordial en la Lectura ya que permite la dirección de la mirada hacia abajo y hacia adentro.

5) TRIGEMINO.- Esta relacionado con los músculos masticatorios. En el recién nacido, éstos dotan a sus órganos bucales de las habilidad sensoriomotriz que mas tarde será básica para la realización del Habla.

6) MOTOR OCULAR EXTERNO.- Permite la movilidad ocular lo cual facilita la lectura.

7) FACIAL.- Es importante para la emisión de la voz y la articulación de sonidos labiales en el Habla ya que da movilidad a los músculos de la cara y permite una buena posición del orificio bucal.

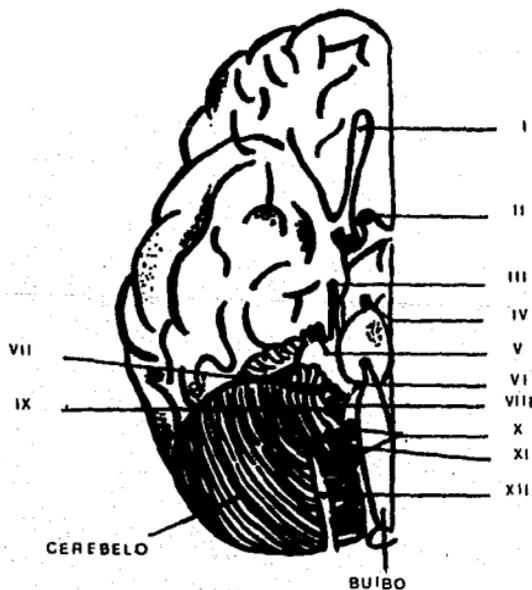
8) AUDITIVO.- Permite oír la producción de la voz y del Habla ya que abarca la rama coclear. Así mismo, se encuentra dicho par craneal relacionado con la rama vestibular encargada del equilibrio por lo que también controla la posición de la cabeza en el espacio, el equilibrio estático y dinámico de todo movimiento o cambio postural.

9) GLOSOFARINGEO.- Este nervio se encuentra relacionado con la sensibilidad de la faringe y la sensibilidad gustativa de la lengua

10) NEUMOGASTRICO.- Este par craneal mantiene una estrecha unión con el sistema Vago Simpático el cual funciona en la vida vegetativa especialmente en la respiración. Por otro lado, controla la laringe para la producción de la voz.

11) ESPINAL.- se encuentra implicado con el movimiento de los músculos esternocleido, mastoideo y trapecio en la movilidad de la cabeza.

12) HIFOGLOSO MAYOR.- Este par craneal, se encuentra a cargo del movimiento de la lengua, órgano importante que forma parte del aparato fonoarticulador en la producción del Habla.



LOCALIZACION DE LOS PARES CRANEALES

NOMBRES, FUNCIONES Y ORIGENES DE LOS PARES CRANEALES

NUMERO	NOMBRE	FUNCIONES	ORIGEN O TERMINACION CEREBRAL
I	Olfatorio	Olfato	Hemisferias cerebrales
II	Optico	Vision	Talamo
III	Oculomotor	Movim. oculares	Cerebro medio
IV	Patetico	Movim. oculares	Cerebro medio
V	Trigemino	Sens. cara y lengua Mov. masticatorios	Cerebro medio y puente, bulbo
VI	Motor ocular externo	Movim. oculares	Bulbo
VII	Facial	Movim. faciales	Bulbo
VIII	Auditivo	Audicion	Bulbo
IX	Glossofaringeo	Lengua y faringe	Bulbo
X	Neuogastro	Corazon, sangre vasos, visceras	Bulbo
XI	Espinal	Musculos del cuello y visceras	Bulbo
XII	Hipogloso	Musculos de la lengua	Bulbo

Hasta aquí, solo se ha hablado de los Pares Craneales los cuales son importantes en lo que al Lenguaje se refiere. Sin embargo, a continuación se especificará en las áreas a nivel Sistema Nervioso encargadas de la producción de este.

AREAS DEL LENGUAJE.

Específicamente hablando, los procesos del Lenguaje como son la Lectura, escritura y signos están principalmente localizadas alrededor de las fisuras de Silvio y Rolando y son las siguientes:

- La parte Frontal del Lóbulo Parietal a lo largo de la Fisura de Rolando, está principalmente envuelta en el proceso de sensación y quizás también, está conectado con las áreas de Habla y Audición a un nivel profundo.

- El Área enfrente de la Fisura de Rolando, está involucrado principalmente en la función motora y es relevante para el estudio del Habla y de la escritura.

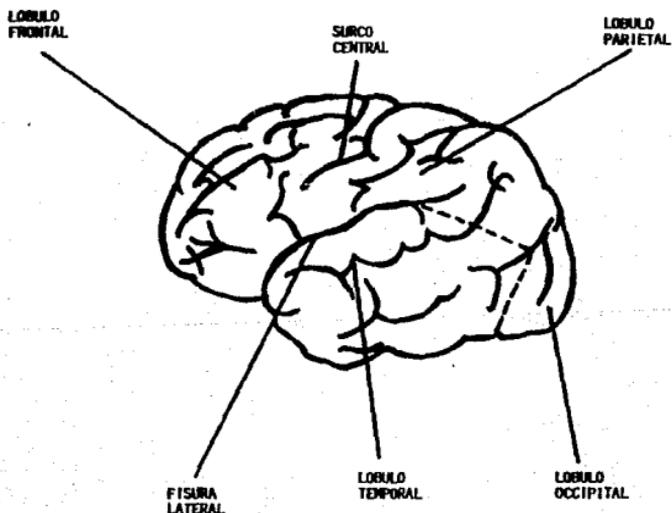
- El Área de Wernicke, localizada en la parte más elevada del Lóbulo Temporal y extendida hacia el Lóbulo Parietal juega un mayor papel en la comprensión del Habla.

- Dentro de la parte media del Lóbulo temporal, se encuentra el Área principal involucrada en la recepción auditiva. Así también, la parte baja del Lóbulo Frontal está fundamentalmente relacionada con la codificación del Habla. Esta parte recibe el nombre de Área de Broca.

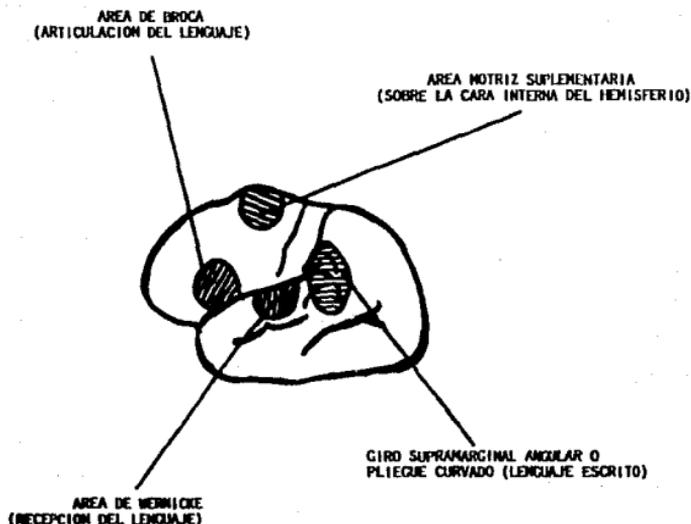
- Otra de las áreas relacionadas con el control motor de la escritura, se encuentra localizada a través de la parte trasera del Lóbulo Frontal y es conocida como el Centro de Exner en honor al neurólogo alemán Sigmund Exner.

- Se tiene también, que una parte de la región izquierda del Lóbulo Parietal esta implicado en el control de los signos manuales.

- Finalmente, el área localizada en la parte trasera del Lóbulo Occipital, es utilizado primordialmente para el proceso de Input visual.



VISION LATERAL DEL CEREBRO HUMANO QUE MUESTRA LOS LOBULOS Y LAS PRINCIPALES FISURAS UTILIZADAS PARA DESCRIBIR LAS AREAS DEL CORTEX CEREBRAL.



**AREAS ENCARGADAS DE LA REALIZACION
DEL LENGUAJE.**

En la vida real, un diálogo tan insignificante como: Como estas?, Bien gracias; se produce tan rápidamente que es muy fácil olvidar la complejidad de la planeación neurológica y la ejecución implicada en dicho proceso. Así, cualquier modelo de producción y comprensión del Lenguaje ya sea hablado, escrito o con signos, envuelve diversos pasos cada uno de los cuales tienen algún tipo de representación neural. A continuación, se dará una explicación de cada uno de los modelos de los tres niveles mencionados anteriormente analizando con un mayor detenimiento el nivel de la producción del Habla ya que es el que se encuentra ligado al tema principal de esta investigación: La Dislalia.

1.5.3 PRODUCCION DEL HABLA

Como se habia mencionado al principio de este rubro, la estructura básica de la articulación se cree que es generada en el área de Wernicke. Así también, dentro de la producción del Habla, una intención inicial de comunicación es seguida o quizás acompañada de alguna clase de conceptualización del mensaje. Habría así mismo que señalar el punto en el cual esta conceptualización es decodificada en estructura semántica y sintáctica del uso del Lenguaje utilizada por el hablante. Si la estructura va a ser hablada, quizás primeramente sea dada algún tipo de representación fonológica como por ejemplo sílabas, fonemas o distintas características.

Seguido de esto, sería utilizado un programa de control motor para coordinar la multiplicidad de signos que tienen que ser mandados a los músculos apropiados controlando las diferentes partes del tracto vocal. Mientras dicha actividad se lleva a cabo, esta es constantemente Auto - Monitoreada: La retroalimentación es recibida desde el oído, del tacto y de las sensaciones internas generadas por los movimientos de las partes del cuerpo (retroalimentación propioceptiva). Así también, quizás otro tipo de monitoreos internos se llevan a cabo, o secuencias análogas de eventos serían involucradas si la estructura fuera a ser escrita o con signos.

A continuación, se hablará particularmente de la realización motora del lenguaje ya que esta se encuentra vinculada al proceso del habla y ocupa un lugar importante en esta.

1.5.4 REALIZACION MOTORA DEL LENGUAJE

La motricidad es una de las manifestaciones importantes de la función nerviosa y no se puede desligar del proceso de la reproducción del habla. Dicha manifestación es el resultado final de la información recibida, ajustada por la regulación y motivación que le imprimen un sello particular de acuerdo a las características propias de cada individuo (Nieto Margarita 1984)

Revisando a Margarita Nieto (1984) se tiene que en el caso del habla, el movimiento realizado para llevar a cabo su realización es voluntario (ver capítulo de psicomotricidad) por lo que es controlado en la zona cortical frontal, la cual manda su mensaje a través de las vías eferentes que conectan los haces piramidales y extrapiramidales con otras zonas del cerebro, del cerebelo, bulbo raquídeo, tálamo, hipotálamo y médula hasta llegar finalmente a la placa motriz la cual permite realizar los cambios necesarios al impulso nervioso que excita la fibra muscular. Antes de continuar, es importante establecer que en la realización de cada acto motor interviene el sistema nervioso en conjunto por lo que el movimiento se regula también de acuerdo a la información recibida a través de los diversos sentidos y otras aferencias que transmiten estímulos diversos que describen la

noción corporal, la situación en el espacio, la efectividad, la emoción etc. Así también, la unidad motora del lenguaje actúa como un todo interviniendo el área de Broca localizada en el lóbulo frontal (zona 44 y 45) la cual constituye el analizador motor verbal de la corteza existiendo además un área motriz suplementaria, situada en la cara interna del hemisferio, adelante del lóbulo paracentral; cuya estimulación en uno y otro hemisferio provoca una vocalización.

Posteriormente, las vías eferentes conducen el impulso motor hacia los músculos del aparato fonarticulador, recibiendo múltiples estimulaciones durante su recorrido que permite la inhibición de actos innecesarios, la regulación y ajuste de la coordinación motora verbal de acuerdo a las aferencias bulbares respecto a la postura, el mesencéfalo, subtálamo y cerebelo los cuales coordinan la información sensorial que reciben interconectándola con los sistemas motores del cerebro (Morgan C.T 1977), la influencia del hipotálamo (encargado de las funciones vegetativas de la respiración), con la intervención del tálamo el cual se encuentra vinculado con la vida afectiva y emoción y con otros sistemas sensoriales que hacen posible la motricidad voluntaria que en este caso sería finalmente el Habla

Resumiendo lo anterior, se tiene que la producción del Habla se lleva a cabo en la forma en que se muestra en el siguiente diagrama:

ESTRUCTURA BASICA DE LA INFORMACION SE GENERA EN AREA DE WERNICKE.

LA INFORMACION SE ENVIA AL AREA DE BROCA Y SE REALIZA LA DESCODIFICACION.

EL PROGRAMA MOTOR ES ENVIADO AL AREA MOTORA ADYACENTE LA CUAL GOBIERNA LOS ORGANOS ARTICULATORIOS.

SE LLEVA A CABO LA PRODUCCION DEL HABLA.

COMPRESION DEL HABLA.

Los signos llegan hasta la corteza motora partiendo del oido; de ahí son transferidos al área adyacente de Wernicke en donde son interpretados.

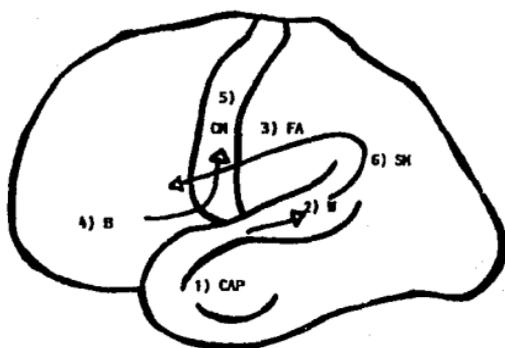


DIAGRAMA DEL MECANISMO CENTRAL PARA LA EXPRESION DE LA PALABRA OIDA.

- CUANDO SE OYE UNA PALABRA, ESTA SE RECIBE EN LA CORTEZA AUDITIVA PRIMARIA (CAP) PERO SIN ENTENDERSE AUN LA SEÑAL. LA SEÑAL ES PROCESADA EN EL AREA DE WERNICKE (W). SI LA PALABRA SE VA A HABLAR, CIERTA REPRESENTACION DE LA MISMA SE TRANSMITE A TRAVES DEL FASCICULO ARCUATO (FA) AL AREA DE BROCA. EN EL AREA DE BROCA (B) LA PALABRA EVOCA UN PROGRAMA DETALLADO PARA SU ARTICULACION. EL PROGRAMA ARTICULATORIO SE TRANSMITE AL AREA DE LOS LABIOS, LENGUA, LARINGE ETC. DE LA CORTEZA MOTORA (CM) PARA SU EMISION.

1.6 APARATO FOND-ARTICULADOR

Así como diversas partes del Sistema nervioso actúan para producir el lenguaje tanto escrito como oral, al articular, también intervienen varios sistemas o conjuntos de órganos que actúan coordinadamente a través de procesos sensorio-motrices que regulen su funcionamiento. Resumiendo a Pascual (1987), M.Nieto (1984), Corredera (1949) y Perello (1973), se tiene que éstos pueden ser divididos en cuatro grupos:

- 1).- Organos de la Respiración
- 2).- Organos de la Fonación
- 3).- Organos de la Articulación
- 4).- Sistema de Resonancia.

Dichos órganos son fundamentales para un habla correcta; si alguno de éstos se viera afectado, podría surgir como consecuencia un transtorno del Habla. A continuación, se llevará a cabo un análisis mas detallado de cada uno de los diversos órganos necesarios en la articulación del Lenguaje.

1.6.1 ORGANOS DE LA RESPIRACION

Los órganos encargados de la respiración son principalmente los pulmones los bronquios y la tráquea. La respiración esta encargada de dos funciones: Se encarga de la fonación, ya que se coordina con la emisión de la voz controlando su intensidad y duración de acuerdo a las necesidades del frasco y por otra parte, aporta el oxígeno neceserario a la sangre expulsando el

anhídrido carbónico la cual es una función necesaria en la conservación de la vida. Para los fines de dicha investigación, sólo se analizará la primer función, ya que el tema a tratar esta solo relacionado a la emisión de los fonemas.

La respiración de acuerdo a los movimientos pulmonares que suceden de manera regular y rítmica presentan tres tiempos:

- 1).- La entrada de aire o inspiración la cual es un movimiento activo,
- 2).- apnea o pausa y,
- 3).- La salida de aire o espiración la cual es un movimiento pasivo ya que solo requiere para su realización la relajación muscular y la acción de la gravedad que hace que todos los órganos vuelvan a su posición anterior.

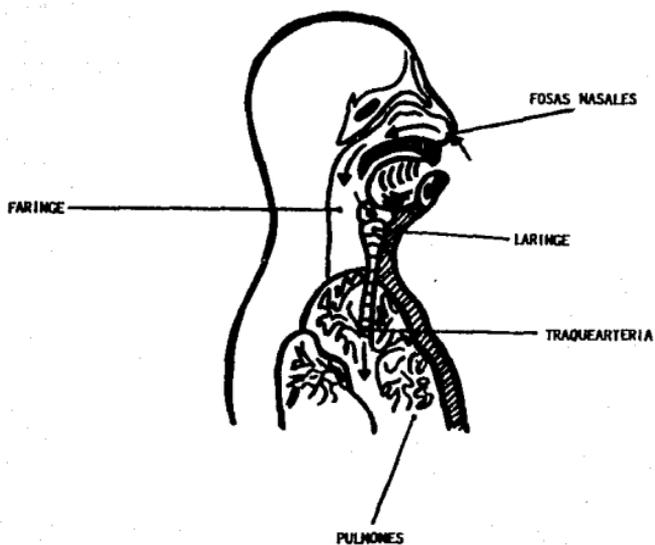
Así, se tiene que las vías normales por las cuales va pasando el aire son:

FOGAS NAALES--FARINQE--LARINQE--TRAQUEA--BRONQUIOS--PULMONES

Por el contrario, cuando se lleva a cabo la inspiración o la salida de la corriente o cuando se utiliza esta para articular los fonemas, el camino a seguir es el siguiente:

PULMONES--BRONQUIOS--TRAQUEA--LARINQE--PARTE DE LA FARINQE--BOCA

En el caso de fonemas como "m", "n" o "ñ", el aire pasará también por las fosas nasales.



CAMINO QUE RECORRE EL AIRE EN LA RESPIRACION

TIPOS DE RESPIRACION

Tomando en cuenta la movilidad de las diversas partes del aparato respiratorio, la respiración se puede clasificar en tres tipos:

RESPIRACION COSTAL SUPERIOR O CLAVICULAR.- este tipo de respiración se caracteriza por el abombamiento de la parte superior del torax, elevando la clavícula, los hombros y hundiendo el abdomen.

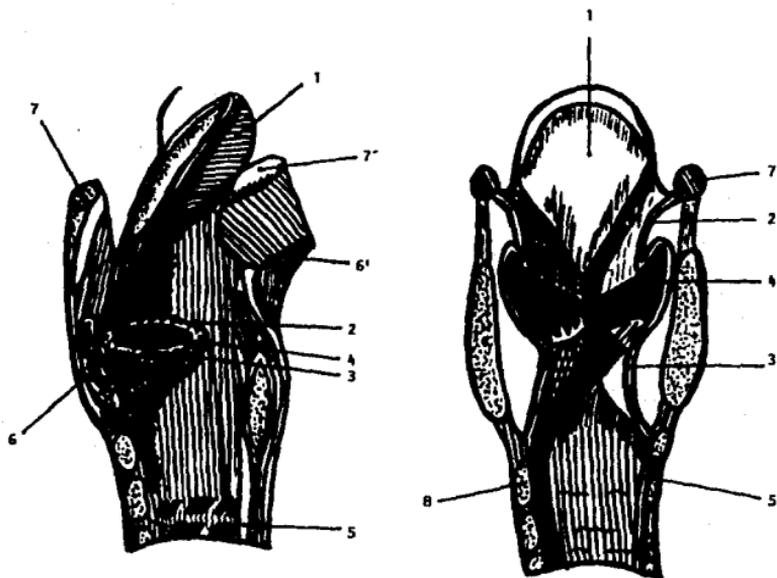
RESPIRACION ABDOMINAL O DIAFRAGMATICA.- En este tipo de respiracion, durante la inspiración, se abomba la parte anterior del abdomen por el descenso del diafragma el cual se hunde en la respiración. Por otro lado, la parte superior del torax permanece inmóvil.

RESPIRACION COSTO-ABDOMINAL.- Aquí se llevan a cabo los dos tipos de respiración anteriormente mencionadas; así mismo, existe una gran movilidad lateral de las costillas inferiores y de la parte superior del abdomen. Este tipo de respiración es el mas adecuado para la fonación.

La respiración es en general una actividad rítmica producida por una excitación espontánea cuyo estímulo es la composición química de la sangre.

1.6.2 ORGANOS DE LA FONACION

La fonación o producción de la voz se realiza en la laringe la cual se encuentra situada en la zona media anterior del cuello, en continuidad con la faringe y en la parte superior de la tráquea. Tiene la forma de una pirámide triangular truncada, cuya base esta dirigida hacia arriba; está separada de la faringe por la epiglotis y su vértice truncado se une a la tráquea. El tamaño de la laringe varía según el sexo y la edad, pero son independientes de la talla del individuo.



CORTE DE LA LARINGE

1.- EPIGLOTIS; 2.- CUERDA VOCAL SUPERIOR; 3.- CUERDA VOCAL INFERIOR;
 4.- VENTRICULO DE MORGAGNI; 5.- TRAQUEARTERIA; 6.- CARTILAGO TIROIDES
 CON SU ASTA SUPERIOR (6'); 7.- HUESO HIOIDES CON SU ASTA MAYOR (7');
 8.- CARTILAGO CRICOIDES.

La estructura interna de la laringe presenta tres zonas:

- 1) La zona Glótica que incluye las cuerdas o ligamentos vocales,
- 2) La Supraglótica o vestibulo laríngeo la cual es superior a la anterior y 3) La zona Infraglótica, subglotis ó inferior.

ZONA GLOTICA

Esta zona es fundamental ya que en ella se produce el sonido laríngeo. Observada desde la parte superior, presenta cuatro repliegues membranosos: dos superiores y dos inferiores. Los inferiores son los llamados cuerdas o ligamentos vocales los cuales son elementos fundamentales en la fonación y, las superiores a las que se les denominan "falsas cuerdas" siendo éstas menos gruesas que las primeras.

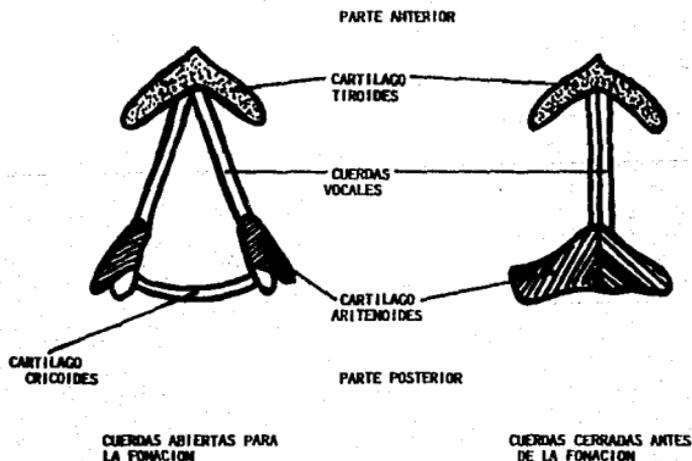
Entre ambos ligamentos inferiores queda un espacio vacío el cual recibe el nombre de Glotis. Este espacio se puede dividir en dos partes: Una anterior de forma triangular, llamada Glotis vocal o Interligamentosa, y la otra formada por el espacio que queda entre los cartilagos aritenoides que en la posición de descanso de la laringe, tiene una forma rectangular y se denomina glotis intercartilaginosa o respiratoria.

Los principales cartilagos que forman la laringe son:

- a) El cricoides.- Une a la laringe con la tráquea y tiene forma circular como de anillo. En él, están apoyados los otros cartilagos.
- b) El tiroides.- Forma la llamada "Nuez o manzana de Adán", se encuentra mas acentuada en el hombre que en la mujer y actúa como escudo protector de las cuerdas vocales.
- c) Aritenoides.- Son dos cartilagos colocados en la parte posterior y superior del Cricoides. Tienen forma de una pirámide triangular y su base apoyada en el cricoides, está formada por

dos salientes llamadas "Apófisis": una saliente interna o vocal llamada así porque en ella se incertan las cuerdas o ligamentos vocales correspondientes y otra extrema o muscular en donde se incertan algunos músculos.

Los cartilagos Aritenoides tienen un movimiento de rotación sobre el cricoides de tal manera que cuando la apófis muscular se mueve bajo la acción de los músculos dirigiéndose hacia adentro o hacia afuera, la apófis vocal en donde se incertan los ligamentos inferiores lo hace en sentido opuesto. Esto explica la acción muscular en la producción del sonido. Así también, estos cartilagos actúan en el momento de la deglución para impedir el paso de los alimentos a la laringe.



POSICION DE LAS CUERDAS VOCALES

1.6.3 ORGANOS DE LA ARTICULACION

La corriente de aire productora del sonido, pasa de la zona laríngea a la región laringo-faríngea y a la faríngea oral, donde se lleva a cabo toda la división del material fónico. Es en esta zona en donde se encuentran localizados los órganos productores de la articulación del sonido, siendo constituidos por los órganos bucales. Dichos órganos pueden ser clasificados en dos grupos:

1) ORGANOS ACTIVOS O MOVILES.

Este grupo de órganos, intervienen de forma activa durante la articulación de los fonemas; es decir, presentan una gran movilidad y están conformados por los labios, la lengua, las mandíbulas y el velo del paladar.

a) LABIOS.- Son uno de los órganos fonéticos más importantes ya que funcionan como un filtro para el sonido dependiendo de la variación de su abertura. Así también, son importantes para la correcta articulación de los fonemas bilabiales, los labiodentales y en la articulación de las vocales "o" y "u".

b) LENGUA.- Es el órgano más movable, y gracias a sus diferentes formas y posiciones se producen los distintos fonemas lingüodentales o dentales, lingüointerdentales, lingüoalveolares o alveolares, lingüopalatales o palatales.

c) VELO PALATINO.- Dicho órgano juega uno de los papeles más importantes en la articulación del Lenguaje. Así, cuando el velo falta, el habla se desorganiza totalmente ya que durante la fonación, el velo se eleva se engruesa o se dobla en ángulo recto variando el nivel o la forma dependiendo de los fonemas articulados.

2) ORGANOS PASIVOS O FIJOS

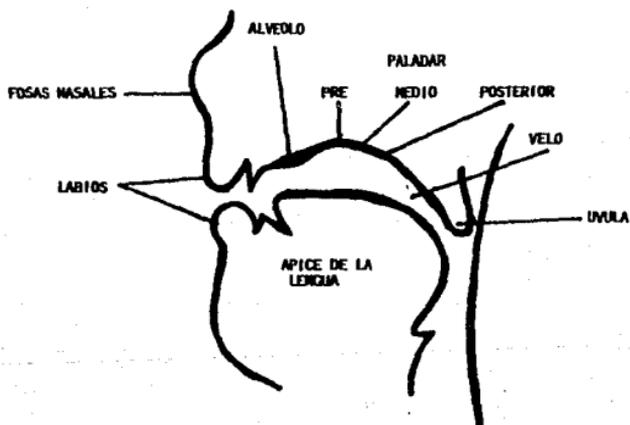
Como su nombre lo indica, estos órganos actúan de forma pasiva en la articulación; esto es, presentan muy poca movilidad. Dentro de este grupo quedan incluidos el el paladar, los alveolos, los dientes y las fosas nasales.

a) PALADAR.- El paladar constituye o está localizado en la parte superior de la cavidad bucal, y se encuentra dividido en dos zonas: La anterior ósea, conocida como paladar duro y la posterior llamada paladar blando. El paladar duro, se localiza detrás de los alveolos y esta dividido en dos partes: Prepaladar, medio paladar y post paladar. Así también, el paladar blando o velo del paladar se divide en la zona Frevelar y Postvelar. La región palatina presenta la forma de una bóveda separando las fosas nasales de la cavidad bucal.

b) ALVEOLOS.- Estos se localizan entre los incisivos superiores y al inicio del paladar duro. Son órganos importantes ya que al ponerse los alveolos en contacto con la lengua, se da la articulación de los fonemas alveolares (Ver clasificación de los fonemas).

c) **DIENTES.**- Los dientes son necesarios para la pronunciación de los fonemas labiodentales e interdentes ya que constituyen el punto de articulación. Es por esto, que la carencia de los mismos traen como consecuencia problemas articulatorios.

d) **FOSAS NASALES.**- Estas son importantes ya que al cerrarse los órganos articulatorios bucales y al pasar el aire a través del conducto nasal, se producen los fonemas nasales.



LOCALIZACION DE LOS ORGANOS OROFACIALES

1.7 TRANSTORNOS DEL LENGUAJE Y SU CLASIFICACION

La condición de gregario que tiene el ser humano así como el nivel alcanzado en su desarrollo histórico evolutivo, depende en gran medida del lenguaje a nivel verbal y más tarde de la Lecto escritura (J.Azcoga y otros 1987). Por otra parte, el individuo y

su ambiente se determinan recíprocamente ya que constituyen una unidad biológica, psicológica y social. En dicha unidad, ambas partes se condicionan e interactúan en constantes reajustes de modo que se hace inconcebible la existencia de una de ellas sin las otras. De esta forma, la comunicación verbal y la lecto-escritura que se basa en ella, resulta ser uno de los factores mas importantes que deciden acerca de esta unidad entre el individuo y su medio ya que como se estableció en el rubro de Definición de Lenguaje, a través de este se llevan a cabo transmisiones culturales y sociales entre el individuo y su medio circundante (Quirós 1986).

De acuerdo a lo anteriormente establecido es fácil comprender que cualquier anomalía en el lenguaje mas o menos significativa puede ocasionar frustraciones al detener esta temporal o permanentemente el entendimiento entre el impedido y la colectividad que lo rodea; esto es, se altera la unidad biopsicosocial del individuo M. Nieto 1983).

Referente a la información de los diversos tipos de anomalías o trastornos de lenguaje, ésta se ha visto en ocasiones limitada por falta de documentación amplia en un solo volumen; esto debido quizás a la extensión que alcanza el tema. Así tambien, la patología del Lenguaje es tan variada y compleja que un mismo trastorno puede estudiarse desde diferentes puntos de vista y, en cuanto a la terminología y clasificación de los trastornos, éstas pueden variar de un autor a otro lo cual dificulta la labor de investigación con respecto al tema.

En este capítulo se pretende exponer de una forma general las diversos trastornos del lenguaje existentes así como su clasificación retomando el punto de vista de algunos autores ya que debido a la delimitación del tema de investigación no se podría hablar ampliamente en relación a cada uno de ellos. Sin embargo, si se ampliará y se le dará una mayor importancia al Trastorno de Lenguaje llamado Dislalia.

Antes de dar inicio formalmente a dicho tema, es de suma importancia el establecimiento de la definición de este concepto.

1.7.1 TRANSTORNOS DEL LENGUAJE

De acuerdo a lo establecido en el Diccionario de Educación Especial (1985), las Anomalías, Alteraciones, Perturbaciones o Trastornos del Lenguaje son todas las diferencias de la "norma" en cuanto a grado, cantidad, calidad, tiempo y ritmo lingüístico que dificulten las posibilidades de "expresión" de las funciones de la comunicación lingüística, oral u escrita y que implica una deficiencia mas o menos duradera que afecta los aspectos intelectual, lingüísticos, de personalidad interfiriendo en las relaciones entre los individuos que forman una comunidad y en el comportamiento escolar, social y familiar de cada uno de los individuos que la padezcan. Así también, para Hallahan y Kauffman (1978), un Desorden de Lenguaje puede ser definido como "Un retardo en la habilidad de entender y expresar ideas; un retardo

que pone a las habilidades lingüísticas atrás del desarrollo de un niño en otras áreas como el desarrollo motor, cognitivo o social".

Las definiciones anteriormente mencionadas se refieren a trastornos de lenguaje en general; sin embargo, cabe mencionar que algunos autores no diferencian entre los términos de "Habla y Lenguaje" y otros sí lo hacen. Es por esto mismo, que en lo que respecta al tema a tratar se puedan encontrar términos como "Trastornos del Lenguaje" o "Defectos del habla" con sus respectivas definiciones y diferenciaciones. Debido a que en esta investigación si se estableció la diferencia entre ambos términos y, ya que la Dislalia recae en los trastornos del Habla específicamente, se definirá también dicho término así como el concepto de "Trastornos de la Articulación" incluido dentro del término anterior y relacionado aún más directamente con la Dislalia.

1.7.2 DEFECTOS DEL HABLA

Retomando a María Melgar (1976), se tiene que el defecto del habla es una diferencia de éste suficientemente notoria para llamar la atención y que puede interferir con la comunicación provocando con frecuencia problemas de adaptación a quien la padece. Por otra parte, Perkins (1971) establece que el Habla es defectuosa cuando ésta es ininteligible, sin gramática,

culturalmente o personalmente insatisfactorias o cuando se abusa de los mecanismos del Habla.

En otra de las definiciones, se establece que dicho concepto se refiere a los defectos o imperfecciones en la producción oral (verbal). Esto es, cualquier niño que habla de tal manera que distrae la atención de lo que intenta comunicar (mensaje) a como lo está diciendo (forma de producción), puede ser considerado como que tiene un "Habla defectuosa" (Eissenson 1973) Así, éstos se clasifican de la siguiente forma:

- 1) Defectos de Articulación,
- 2) Defectos de la Fonación (Producción de la voz)
- 3) Defectos de la fluencia (Tartamudeo y farfullero)
- 4) Disfunciones del lenguaje (habla demorada y afasia)

Para establecer la definición anterior, es importante retomar la edad cronológica del niño ya que en ciertas edades los defectos que se presentan son normales (ver desarrollo del lenguaje).

1.7.3 DESORDENES DE ARTICULACION

De acuerdo a Lawrence J. Turton (1975), los Desórdenes de Articulación implican una inhabilidad para desarrollar sistemas culturalmente aceptables de sonidos conocidos como "Sistema fonológico del Lenguaje". Dichos desórdenes son caracterizados más frecuentemente por:

- Inhabilidad para incorporar clases de sonidos (por ejemplo sonidos fricativos o sonidos individuales de esta clase como "s" o "f").
- Inhabilidad o Habilidad reducida para discriminar entre sonidos fonéticamente similares.
- Una inhabilidad por parte del niño para modificar sus producciones a través de un desarrollo normal o procesos fonológicos.

Analizando dichas definiciones, se tiene que existirá un trastorno del Habla cuando ésta se de en forma tal que entorpece la comunicación. Sin embargo, no hay que olvidar que dichos trastornos se encuentran incluidos dentro de los trastornos del Lenguaje y a su vez, los trastornos articulatorios se encuentran incluidos dentro de los trastornos del habla.

Un niño puede presentar un trastorno de lenguaje debido a la existencia de problemas auditivos, psicológicos o neurológicos. Algunos autores separan también como otro grupo a niños englobados bajo el rótulo de "Retardados mentales", aunque en realidad todos estos casos responden en última instancia a perturbaciones neurológicas o psicosociales (Quirós 1987). En base a lo anterior, y retomando a diversos autores como Perello (1973), Ma. Paz Berruecos (1982), Azcoaga (1987), Diccionario de Educación Especial (1985), se estableció la siguiente clasificación de los Trastornos del Lenguaje:

ESQUEMA DE CLASIFICACION DE LOS TRANSTORNOS DEL LENGUAJE

A) TRANSTORNOS DEL LENGUAJE QUE IMPLICAN ALTERACIONES EN EL NIVEL SIMBOLICO DE LA DESCODIFICACION Y DE LA CODIFICACION

1.- AFASIAS

Afasia de Broca o expresiva

Afasia de conduccion

Afasia receptiva o sensorial

2.- AGNOSIA

B) ALTERACION DEL HABLA

1.- DEFECTOS DE ARTICULACION

Disartrias

Dislalias

Dispraxia

Disglosia

2.- DEFECTOS DE FONACION: Produccion de la voz

3.- DEFECTOS DE LA FLUENCIA

Disfemia o tartamudez

Farfulleo

C) TRANSTORNOS DEL LENGUAJE NO ATRIBUIBLES A DISFUNCIONES O ANOMALIAS ESTRUCTURALES, PERO ASOCIADOS A OTROS PROCESOS

Con retraso mental

Con hipoacusia

Con trastornos psiquiatricos (mutismo)

De factores ambientales

II. DISLALIA

2.1 DEFINICION Y CLASIFICACION

Habiendo expuesto los diversos trastornos existentes del Lenguaje y su clasificación, este capítulo se enfocará a la revisión de la Dislalia, la cual es uno de los trastornos de Articulación que se presenta con gran frecuencia en la población infantil, y tema central de esta investigación.

El concepto de Dislalia de acuerdo al Diccionario de Educación Especial (1985), se divide en dos partes; la primera proviene del griego "Dys" que significa dificultad o trastorno, y el segundo "lalein" que significa palabra o habla. Como resultado de esto, se puede definir a la Dislalia como un Trastorno en la articulación de los fonemas, o bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por la sustitución de de estos por otros fonemas de forma impropia. Esto es, la Dislalia es una incapacidad para pronunciar o formar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas (Pilar Pascual 1988).

Por su parte, T. Corredera (1949), establece que a la alteración, sustitución u omisión de los fonemas en general se denomina como "Dislalia". Así mismo, J.E. Azcoaga (1987), menciona que el término "Dislalia" implica a las fallas de los puntos de articulación correspondientes a ciertos fonemas.

El Dr. J. B. de Quirós (1987), también retoma el tema y amplía la definición diciendo que se entiende por Dislalia el trastorno de pronunciación que no obedece a una patología central.

Finalmente, de acuerdo a Augusta Jellinek (1986), la Dislalia implica la incorrección en los sonidos o falta de éstos.

Como se puede observar, existe concordancia en lo que a la definición del concepto de Dislalia se refiere, ya que la mayoría de los autores acuerdan que ésta es un trastorno en la emisión de los fonemas; sin embargo, es importante complementar las definiciones anteriormente mencionadas y las cuales son totalmente válidas, con la que establece el Dr. Quirós dentro de la cual se dice que la Dislalia (A nivel orgánico. Ver clasificación de las Dislalias) no obedece a una patología central ya que esto ayudará posteriormente a establecer un diagnóstico diferencial entre ésta y otros trastornos del Habla como lo son la Disartria y la Dispaxia.

Cabe señalar que el fonema que es Dislático para un idioma puede ser correcto para otro. Así como ejemplo, se puede observar que el rotasismo velar (ver dislalias particulares) que es un trastorno de articulación en nuestro idioma, no lo es en el idioma francés. También se tiene que en nuestro idioma, la ausencia del fonema /r/ implica un problema de Dislalia; sin embargo, no lo sería en el idioma chino ya que se carece de dicho

fonema (Perello 1973). De esta forma, es importante siempre analizar el contexto social del idioma de cada país para poder establecer formas características de articulación (Corredera 1979 v P. Pascual 1988).

Retomando a P. Pascual (1988), se sabe que la Dislalia puede afectar a cualquier consonante o vocal. Así también, puede presentarse el defecto referido a un solo fonema o a varios en número indeterminado o afectar solamente a la asociación de consonantes.

De la forma que se presente, si el Lenguaje de un niño dislábico se encuentra muy afectado al extenderse a muchos fonemas, puede llegar a hacerse ininteligible e interferir como se mencionó anteriormente en la comunicación de éste y sus semejantes y provocar como resultado problemas de adaptación.

CLASIFICACION

La Dislalia puede ser originada por causas diversas. En base al origen de su producción, se lleva a cabo la clasificación de éstas, las cuales han variado a lo largo del tiempo. Dichas clasificaciones así como las de los transtornos del Lenguaje, varían de acuerdo a cada autor. Es por este motivo, que en esta investigación se decidió llevar a cabo una recopilación de diferentes clasificaciones y establecer una nueva en base a la revisión realizada.

Retomando a diversos autores como Pascual (1988), Azcoaga (1987), Corredera (1979), M. Nieto (1985), se tiene que la Dislalia puede ser clasificada de la siguiente forma:

- Dislalia Evolutiva
- Dislalia Funcional
- Dislalia Audiógena
- Dislalia Orgánica conocida como Disglosia. (No se llevara a cabo la explicación, ya que ahora se considera como un transtorno fuera de la Definición de la Dislalia)

A continuación, cada una de estas divisiones será analizada separadamente, estableciendo tanto las causas que las pueden originar como sus características.

2.1 .1 DISLALIA EVOLUTIVA

Durante la fase del desarrollo del Lenguaje infantil, sucede que el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha ya que aún no puede formar los estereotipos acústicos articulatorios correctos. Como resultado, el niño repite las palabras de forma incorrecta desde el punto de vista fonético por lo cual se podría hablar de una Dislalia al presentarse una articulación defectuosa (P. Pascual 1988).

Este tipo de Dislalia es considerada como "normal", ya que el niño va superando su problema conforme va madurando y evolucionando. Sin embargo, si dicho problema continúa presentándose mas allá de los cuatro o cinco años, se puede ya considerar como patológico. Este transtorno no requiere de un tratamiento especial como se podrá observar posteriormente con

los otros tipos de Dislalias, pero si es importante apoyar la maduración del niño hablándole de forma clara y adulta, no imitándole en sus defectos o tomándolos como una gracia, ya que el hecho de reforzar estos errores puede traer como consecuencia una pronunciación defectuosa o patológica.

2.1.2 DISLALIA AUDIOGENA

Para poder adquirir una correcta articulación, es necesario poseer una correcta audición ya que esta tiene una gran importancia en el desarrollo del Habla (Liublińskaia 1980); por consiguiente; la alteración del sentido sensorial mencionado, ocasionaría disturbios en la expresión verbal (Wethnall 1963). (en: Judith Colli 1984).

A las alteraciones de la articulación producidas por una audición defectuosa, se denomina como Dislalia Audiógena (P. Pascual 1988), ya que la Hipoacusia en mayor o menor grado impide la adquisición y el desarrollo del Lenguaje debido a la presencia de factores que lo obstaculizan (Perello 1973). Así, de acuerdo a Hallahan y Kauffman (1978), dichos factores serían los siguientes: a) Una inadecuada recepción de retroalimentación auditiva, b) una inadecuada recepción de reforzamiento verbal y, c) una inhabilidad para oír adecuadamente el modelo del Lenguaje adulto. Pero, Porqué estos factores alteran el Habla. Primeramente hay que considerar que el niño desde su nacimiento recibe una serie de sonidos ambientales que va integrando a su

repertorio verbal; parte de esos sonidos incluyen el lenguaje emitido por los adultos el cual el niño va identificando para posteriormente emplearlo al iniciar su verbalización.

El que el niño estructure su Habla cada vez mejor, depende o está en función del tipo de contingencias y correcciones que el adulto le dé para que su Habla se adecue a las formas y modelos gramaticales de la comunidad lingüística (Staats 1964). Es por esto, que la presencia de un transtorno de audición trae como consecuencia Problemas articulatorios o específicamente hablando, la presencia de Dislalia Audiógena.

La severidad de las alteraciones que se presentan en el Habla del niño disminuido auditivamente, dependerán de la intensidad de la pérdida del oído que presente y de la capacidad de éste para compensarla. Así también, es importante mencionar que en estos casos junto con la Dislalia se pueden presentar alteraciones de la voz y del ritmo que modificará la cadencia normal del Habla (P.Pascual 1988 y J.E Azcoaga 1987).

Para detectar con mayor exactitud este tipo de Dislalia, es primordial la realización de un examen audiométrico a través del cual se indicará la severidad de la pérdida para poder establecer si es que se requiere, de la aplicación de una prótesis auditiva que permita facilitar el tratamiento del Desarrollo del Habla.

2.1.3 DISLALIA FUNCIONAL

Este tipo de Dislalia consiste en un defecto en el desarrollo de la articulación del Lenguaje por una función anómala de los

órganos periféricos, provocando ausencia o alteración de algunos sonidos. Esto es, existe una incapacidad funcional (F. Pascual 1988). Es un error muy extendido el creer que las Dislalias son únicamente fruto de una deficiencia mental o de trastornos orgánicos; las estadísticas llevadas a cabo en diversos países, dan como resultado la existencia de una gran cantidad de niños "normales" dislálicos (Corredera 1949); sin embargo, el hecho de presentar este trastorno trae como consecuencia a los niños que la padecen un retraso escolar acompañado en ocasiones de alteraciones en el carácter como resultado de las burlas de los compañeros, o de su timidez al no poder hablar correctamente haciéndose retraídos, huraños o fácilmente irritables.

De acuerdo a P. Pascual (1988), se sabe que el niño dislálico en algunos casos sabe que articula mal, pero sus órganos bucofaciales no obedecen con la facilidad que él desea, por lo que no puede emitir el sonido correctamente ni corregirse por sí solo. Así mismo, existen ocasiones en las que el niño no distingue las articulaciones que emite bien y las que emite mal.

ETIOLOGIA DE LA DISLALIA FUNCIONAL

Existen diversas causas que pueden provocar este tipo de Dislalias; en algunas situaciones estas se pueden presentar aisladamente y en otras combinadas. Dentro de las causas que pueden ser determinantes en la dislalia funcional, se tienen las siguientes:

- 1) ESCASA HABILIDAD MOTORA.- ver capítulo 4

2) DIFICULTADES EN LA PERCEPCION DEL ESPACIO Y EL TIEMPO.-

Ver capitulo 4.

3) FALTA DE DISCRIMINACION AUDITIVA.- La Discriminación auditiva, es la habilidad para oír y distinguir un sonido o ruido entre los sonidos mas comunes del ambiente al igual que para diferenciar entre uno y otro, a los fonemas que forman una pareja minima, entendiendo por éste último término a la diferenciación que existe entre dos palabras por el cambio de un solo fonema; por ejemplo: peso - beso, cara - casa (M. P. Berruecos 1986).

Algunos niños presentan dificultades en la discriminación auditiva por lo que la incapacidad para discernir los intervalos entre dos sonidos, las diferencias de intensidad y las duraciones pueden provocar problemas en la exacta imitación de los fonemas oídos generando como consecuencia un problema de Dislalia. Es importante mencionar que esto no implica que el niño no oiga bien como en el caso de la Dislalia audiógena, solo existe un problema de diferenciación entre unos sonidos y otros (Azcoaga 1987).

4) FACTORES PSICOLOGICOS.- Cualquier tipo de trastorno afectivo puede incidir sobre el habla del niño trayendo como consecuencia que éste quede fijado en etapas anteriores impidiendo una adecuada evolución en su desarrollo. Retomando a Perello (1981) y a P. Pascual (1988), se tiene que dentro de los problemas afectivos, se encuentran los siguientes:

- Falta de cariño o rechazo

- Inadaptación familiar
- Celos ante la venida de un hermano pequeño
- Ambiente familiar desunido

5) FACTORES AMBIENTALES.- Se ha observado que los factores ambientales pueden ser causantes de Dislalias. Dentro de este rubro, quedan incluidos aspectos como la carencia de ambiente familiar ejemplificado con los niños huérfanos que viven en Instituciones, el nivel cultural del ambiente en el que se desenvuelve el niño ya que en diversas ocasiones la forma de articular es defectuosa en el medio en que éste se desarrolla, el bilinguismo ya que algunas veces no permite la fijación total de un idioma, y finalmente, se puede incluir también la sobreprotección de los padres o familiares la cual impide la adecuada maduración del niño, estableciéndose éste en etapas que ya debería haber superado (Pascual 1988).

6) FACTORES HEREDITARIOS.- Se ha observado de acuerdo a Gutzmann (en: Ferello 1977) que existe en algunos casos un factor hereditario innegable. Así, de acuerdo a dicho autor, existen varios casos de Dislalia del padre o en la familia paterna más que en la rama materna, encontrándose así el 4% de Dislálidos con antecedentes familiares.

7) BAJO COEFICIENTE INTELECTUAL.-La alteración del Lenguaje, comunmente es una manifestación en problemas de Deficiencia Mental. De esta forma, en estos casos no solo se hablaría de

Dislalia como un Trastorno, sino como un síntoma más el cual puede ser tratado aunque con posibilidades de reeducación más limitadas (Pascual P. 1988).

2.2 FRECUENCIA

Como se mencionó en un principio, las Dislalias se presentan con una gran frecuencia en la infancia. Al respecto, Sheridan (en: Perello 1973) encontró en una investigación realizada que en niños de cinco años de edad el 26% de niñas y el 34% de niños presentaban problemas de Dislalias. Así también, encontró que a este porcentaje disminuía un 15% y 26% en niños y niñas de 8 años de edad y en niños de 12 años, las Dislalias eran prácticamente nulas.

Por otra parte, Perello (1973) establece que las Dislalias constituyen del 50% al 70% de los trastornos que se presentan en un departamento de foniatria.

2.3 DISLALIA Y PROBLEMAS ESCOLARES

Es bastante común que niños con dificultades en la adquisición de la lectura y la escritura hayan presentado retraso en la adquisición del habla o disartrias, dislalias u otras perturbaciones del lenguaje hablado o de las funciones simbólicas del pensamiento y del lenguaje.

De acuerdo a Quirós (1984), es evidente que el retraso en la adquisición del habla comporta fallas en la memorización de los sonidos apropiados y de los movimientos articulatorios, y si se

toma en cuenta que la lectura se basa en una asociación visual y auditiva, por lo que cuando hay deficiencias en la retención de las imágenes auditivas se hace más difícil el reconocimiento de los símbolos gráficos visuales que procuran representarlas. Por otra parte, el retraso en la adquisición del habla impone una restricción de vocabulario lo cual afecta la lectura.

2.4 SINTOMAS

Normalmente, cuando se denotan problemas de Dislalias, se puede observar la presencia de los siguientes problemas:

1) SIMPLIFICACIONES.- Se denomina simplificación al error de articulación el cual consiste en facilitarse la emisión de los fonemas que conforman una palabra.

Tipos de simplificaciones:

- Supresión de la sílaba no acentuada o débil por ejemplo: en lugar de decir elefante, se dice fante.
- Duplicación o reeduplicación por ejemplo: la palabra tabaco se simplifica por babaco.
- Omisión de la consonante final por ejemplo: paz - pa
- Diminutización la cual es una regla fonológica utilizada por los niños para hablar con mayor fluidéz. gato - gatito
- Reducción del grupo consonántico por ejemplo: flo - for

2) SUSTITUCIONES.- Se conoce como sustitución al error de articulación en que un sonido es remplazado por otro. En ocasiones, el niño se siente incapaz de pronunciar un fonema o

fonemas específicos o sencillamente no puede pronunciarlos debido a problemas de percepción o discriminación auditiva y en su lugar emite otro que le resulte más fácil de articular o que escucha erróneamente (F. Pascual 1988). La sustitución puede presentarse al principio, en medio o al final de la palabra.

Tipos de sustituciones:

- Fonemas líquidos por vocales por ejemplo: flor - fior
- Sustitución de la vibrante por ejemplo: carro - cado
- Oclusivización, es el cambio de un fonema fricativo por uno oclusivo por ejemplo: sope - topa
- depalatalización que implica el cambio del fonema "ch" a un fonema oclusivo.
- Adelantamiento alveolar en el que como su nombre lo dice, existe un adelantamiento en la vocalización. copa - topa
- Atrasamiento alveolar como por ejemplo: dinero - kinero

3) PROCESOS DE ASIMILACION

- Armonía consonántica cambios de sonido de los fonemas por otro similar dentro de la misma palabra. Puede ser progresivo o regresivo como por ejemplo: guitarra - titarra
- Asimilación de sonoridad en la cual existe un cambio de fonemas sordos a sonoros manteniendo el punto de articulación por ejemplo: boca - poca

4) PROCESOS ADICIONALES

- Metátesis cuando existe un cambio de lugar de dos o mas fonemas
- Migración, cuando un sólo fonema cambia de lugar postre - proste

5) **DISTORSIONES.**- Se habla de un sonido distorsionado cuando éste se da de forma incorrecta o deformada, pero que tampoco es sustituido por otro fonema concreto, sino que su articulación se hace de forma aproximada a la correcta, pero sin llegar a serlo.

2.5 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La Dislalia debe diferenciarse de otros trastornos articulatorios semejantes; es por esto que el Diagnóstico Diferencial incluirá los trastornos de Disartria y Dispraxia.

2.5.1 DISARTRIA

En lo que ha Disartria se refiere, de acuerdo al Diccionario de Educación Especial (1985), ésta es la dificultad o trastorno en la articulación de la palabra o de los fonemas ocasionados por lesiones de las partes del Sistema Nervioso de tipo central que controlan los músculos de los órganos fonatorios. J.Ferello (1981) por su parte, establece que se presenta una Disartria cuando existen dificultades en la expresión del Habla debido a trastornos del tono y de los movimientos de los músculos fonadores como resultado de una lesión del sistema nervioso central. Así mismo, de acuerdo a la clasificación de Trastornos de Lenguaje llevada a cabo en determinó que la Disartria es una perturbación en la articulación originada por una lesión nerviosa de tipo central; definición con la cual se encuentra de acuerdo Ouirós (1987) ya que establece que el término Disartria proviene del griego "Dis" y "Arthrorum" que significan "sin emisión clara". Por lo tanto, la

Disartria es un trastorno de pronunciación teniendo su origen en una patología central. Dicho trastorno se caracteriza por la existencia de una evidente desarmonía entre los impulsos motores y los órganos o aparatos encargados de traducir esos impulsos en fonemas, palabras o pensamientos completos. Esto es, se afectan los aparatos coordinadores o el sistema motor del Lenguaje pues los órganos no obedecen con la rapidez funcional normal en algunos casos, negándose a entrar en contacto ya sea quedándose en máxima tensión, prolongando los fonemas o por el contrario, moviéndose con tal rapidez que apenas se bosquejan las posiciones articulatorias de tal forma que el lenguaje se torna incomprensible (Corredera 1949).

Retomando al Dr. Jorge Meneses (1987), se tiene que este sistema motor tiene su punto de partida en la vibración de las cuerdas vocales inferiores cuya tensión depende de la contracción de los músculos tiroaritenoides inervados por el nervio laríngeo inferior o recurrente, rama del neumogástrico. La corriente de aire que pasa a través de la hendidura de las cuerdas vocales transmite el sonido que es modificado en su trayecto al exterior por el espacio dejado entre la base de la lengua y el velo del paladar, entre la punta de la lengua y el paladar, entre la lengua y los dientes y entre los dos labios. De aquí que sean numerosos los músculos que intervienen y varios los nervios que regulan dicho mecanismo motor. Dentro de estos últimos, se encuentran principalmente el facial, el trigémino y el hipogloso (ver bases neurofisiológicas del Lenguaje).

Por otra parte, Goldman (1987) menciona que la Disartria es un trastorno del Habla causado por cambios patológicos del aparato neuromuscular encargado de la producción mecánica de la misma. Así, puede verse Disartria en caso de lesiones de la parte baja del tallo cerebral que afectan los nervios craneales encargados de la inervación motora del Habla o con alteración de las fibras corticobulbares que viajan desde la corteza hacia el tallo cerebral. R. Noback (1988) por otro lado señala que la Disartria es el resultado de la falta de coordinación de los músculos que intervienen al hablar. En consecuencia, el lenguaje es vacilante, confuso y explosivo parecido al lenguaje telegráfico.

De acuerdo a las definiciones analizadas, la diferencia entre la Disartria y la Dislalia estriba principalmente en cuanto a la localización de la lesión; esto es, en el primer trastorno existe una alteración a nivel central viéndose afectados como consecuencia, los músculos que intervienen al hablar. En el caso del segundo trastorno, se hace referencia a lesiones de tipo periférico.

2.5.2 DISPRAXIA

Retomando a Raúl Calderón (1990), se tiene que el Síndrome de Dispraxia verbal se caracteriza por una expresión verbal extremadamente deficiente disfluida con severo déficit en la articulación, asociada a una comprensión adecuada del habla. Los déficits oromotores que pudieran estar presentes no explican la restricción tan severa del habla. Las emisiones del habla son

cortas y con gran esfuerzo. El déficit en la expresión fluctúa desde un estado de casi mutismo hasta la capacidad de articular palabras y oraciones cortas, pero lo que enuncian está distorsionado por completo debido a errores en las secuencias articulatorias, lo que hace virtualmente ininteligible el habla. Los niños que presentan este trastorno pueden producir sonidos del habla en forma aislada, pero no de manera adecuada dentro del contexto de una palabra. De esta forma, la Dispraxia se diferencia de la Dislalia ya que en el primero no existen problemas en fonemas aislados y en el segundo si se pueden presentar tanto problemas en fonemas aislados, en sílabas, palabras o como consecuencia de lo anterior en la expresión verbal. Sin embargo, no alcanza la gravedad de la Dispraxia. Así también, ésta última se encuentra incluida dentro del trastorno del Lenguaje conocido como "Disfasia del Desarrollo".

2.6 PRONOSTICO

Con una adecuada inteligencia, una adecuada audición, un tratamiento seleccionado correctamente de acuerdo a las necesidades del sujeto y tiempo de varios meses, se considera que es siempre posible la curación completa de la Dislalia Funcional. Al respecto, Perello (1981), señala que mucha gente tiene la falsa idea o creencia de que muchos trastornos desaparecen espontáneamente lo cual no es así, sobre todo a partir de los siete años ya que el problema se afianza aún más, no permitiendo que el niño pueda corregirse él mismo. El esperar que el problema desaparezca por sí solo, obstaculizaría el desarrollo adecuado de éste.

2.7 CLASIFICACION DE LOS FONEMAS DEL IDIOMA ESPAÑOL

Antes de continuar, se considera de vital importancia analizar la clasificación de los diversos fonemas que conforman al idioma Español, los cuales son producidos al entrar en juego los órganos encargados de la articulación.

Retomando a Jaime M. Jiménez (1986), si se toma como punto de referencia la articulación de los fonemas, éstos se pueden clasificar en:

- a) **BILABIALES** (p, m, b).—Los cuales son producidos por los labios al mantener cerrada unos instantes la salida del aire.
- b) **LABIODENTALES** (f).—Cuando el sonido se produce al friccionar el aire en el espacio existente entre los incisivos superiores y el labio inferior, al que tocan.
- c) **DENTALES** (t, d).—Producidos cuando la punta de la lengua se apoya en la cara interna de los incisivos superiores.
- d) **INTERDENTALES** (s).—En este caso, el sonido surge al encontrarse la lengua situada entre las arcadas dentales, tocando ligeramente los incisivos superiores.
- e) **ALVEOLARES** (s, n, l, r).—La punta de la lengua se apoya en los alveolos de los incisivos superiores.
- f) **PALATALES** (ll, ch, ñ, y).—Cuando el predorso de la lengua toca el paladar. La punta de la lengua puede quedar libre

g)VELARES (c, k, q, g, j).-Producidos al apoyarse el post-dorso de la lengua en el velo del paladar.

Por otra parte, si se atiende a las vibraciones de las cuerdas vocales, los fonemas se dividirán en:

1)SONOROS (a, e, i, o, u, b, d, g, l, ll, m, n, ñ, r, y).-Los cuales se pronuncian haciendo vibrar las cuerdas vocales. Así, el sonido se superpone al emitido en la articulación del fonema.

2)SORDOS (resto de los fonemas).-En este caso, las cuerdas vocales no intervienen en la pronunciación del fonema.

Finalmente, si se toma en cuenta la forma de articular, los fonemas pueden ser:

a)VIBRANTES (r, rr).-Al vibrar la punta de la lengua una o varias veces como consecuencia del juego alternante entre presión del aire y oclusión lingual.

b)NASALES (m, n, ñ).- Cuando el aire es expulsado por las fosas nasales, al estar obturado la salida por la boca.

c) LATERALES (l, ll).- Producidas al apoyarse la lengua en los incisivos superiores, por lo que el aire sale lateralmente.

d) OCLUSIVAS (p, b, g, t, c, k, q).- Producidas en el momento en el momento en que los órganos que intervienen en la articulación impiden la salida del aire. Así, al deshacer la oclusión, se produce una ligera explosión.

e) FRICATIVAS (j, f, s, z, b, ge, gi, y d en ocasiones).- Dichos fonemas se caracterizan por un ruido de rozamiento al salir el aire como resultado de no estar los órganos articulatorios en contacto completo.

f) AFRICADAS (ch, y).- Cuando los órganos articulatorios impiden una salida del aire que luego se deshace suavemente.

Habiendo analizado las diversas clasificaciones de los fonemas, se pasará al estudio individual de los fonemas.

2.8 PRODUCCION DE LOS FONEMAS DEL IDIOMA ESPAÑOL Y SUS RESPECTIVOS DEFECTOS

En este apartado, se describirá la forma adecuada de emitir tanto de las vocales como de las consonantes. Así también, se explicará los defectos mas frecuentes que obstaculizan dicha pronunciación, ya que de dicho conocimiento va a depender en gran parte el tratamiento para su corrección aunado al de la clasificación de los fonemas, retomando a autores como Perello (1972), Corredera (1949), P.Pascual (1988), J.M. Jiménez (1986) para llevar a cabo dicha revisión.

Cabe mencionar que la descripción de los fonemas /r/ y /r~/ se han dejado hasta el final, ya que siendo éstos los fonemas a tratar en esta investigación, se realizará una descripción mas detallada aunando a ésta, sugerencias para su corrección.

2.7.1 FONEMAS VOCALES

En la pronunciación de las vocales el aire sale por la boca sin encontrar resistencia de ningún órgano. La posición de la lengua en combinación con la abertura de la boca originará los distintos fonemas.

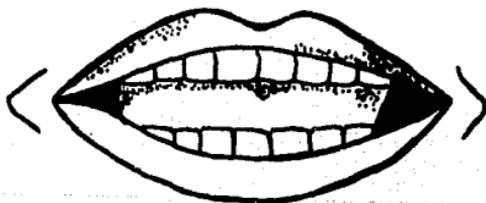
FONEMA /a/

La boca se encuentra entreabierta, la lengua se extiende entre la arcada dentaria con el dorso ligeramente elevado.



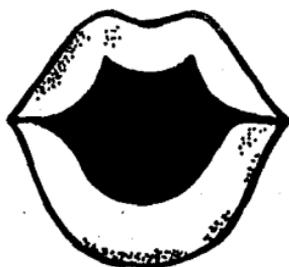
FONEMA /e/

Los labios entreabiertos dejan ver los dientes. La lengua se apoya en la cara interna de los incisivos inferiores. El dorso se eleva, llegando a tocar el velo del paladar a la altura de los molares.



FONEMA /o/

Los labios se contraen formando una abertura ovalada. La boca está un poco más cerrada que en la /a/. La punta de la lengua toca la base de los incisivos inferiores y el dorso se eleva ligeramente.



FONEMA /u/

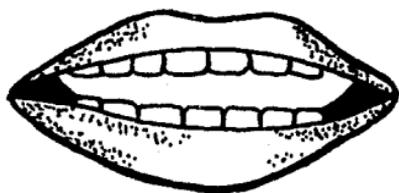
Los labios se aproximan aún más que para articular el fonema /o/ y se alargan. La lengua se retrae hacia el fondo y se eleva sin llegar a tocar el velo del paladar.



FONEMA /i/

Los labios presentan una abertura alargada que deja ver los dientes muy próximos, sin llegar a tocarse. La punta de la lengua se apoya en la cara interna de los incisivos inferiores y se

eleva hasta tocar con su dorso el paladar, dejando un estrecho canal por donde escapa el aire. Las vibraciones que emite este fonema son sensibles con la mano apoyada en el cráneo.

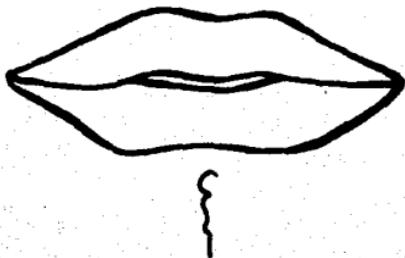


2.7.2 FONEMAS CONSONANTES

FONEMA /b/

Características: Bilabial (oclusivo o fricativo)

El defecto de su pronunciación se denomina betacismo. Para pronunciar dicho fonema correctamente, los labios se encuentran algo contraídos; se acompaña de contracciones laríngeas.

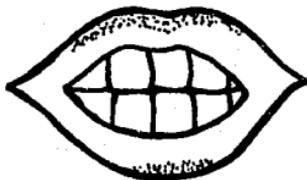


mismo tiempo, hace entrar en acción a la glotis, sustituye el fonema /c/ por el fonema /g/.

Fonema /ch/

Características: Palatal, sorda (africada)

Su correcta articulación implica que la lengua esté apoyada en el paladar. Las mandíbulas se separan ligeramente, y en el centro se produce un ligero escape de aire que después se hace violento



Defectos

- Al colocarse la punta de la lengua detrás de los incisivos inferiores y al no apoyar el dorso contra el paladar, sustituye dicho fonema por el fonema /s/.

Fonema /d/

Características: Interdental, sonora (oclusiva o fricativa)

Su defecto se denomina delatamiento. Se articula al mantener las mandíbulas entreabiertas, apoyando la punta de la lengua sobre la parte inferior de los incisivos superiores. Se deja salir el aire entre los incisivos superiores y la punta de la lengua.

Defectos

- El niño articula el fonema sin vibraciones laringeas, sustituyendo dicho fonema por el fonema /p/.
- Todo o parte del aire sonoro sale por las fosas nasales por lo que el niño articula un fonema parecido al fonema /m/

Fonema /c/, /q/, /k/

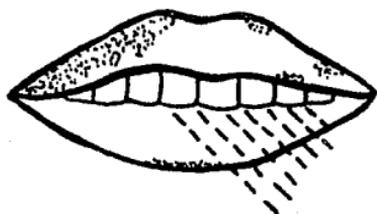
Característica: Velar, sordo (oclusivo)

El defecto de este fonema se conoce como kappacismo. Para su correcta pronunciación, el postdorso de la lengua se eleva hacia el velo del paladar que impide la salida del aire. El fonema se origina al provocarse una ligera explosión.



Defectos

- El niño levanta la punta de la lengua, apoyándola en los incisivos superiores, en lugar de llevar la parte posterior contra el velo, sustituyendo el fonema /c/ por /t/.
- Se unen los labios sustituyendo el fonema por la /p/.
- Al no cerrar totalmente el pasaje de la corriente aérea y, al



Defectos

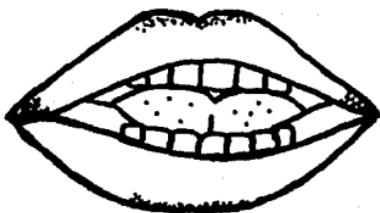
- Cuando se arquea la lengua, tocando sus bordes parte de la arcada dental superior dando un fonema parecido a la /s/ o compuesto por los dos /f/ y /s/ a pesar de que los labios y dientes están colocados en posición correcta.

FONEMA /g/

Características: Velar, sonoro (oclusivo o fricativo)

Su defecto de pronunciación se denominan gammacismos. Para articularlo adecuadamente, se tiene que colocar la punta de la lengua detrás de los incisivos inferiores y en un punto más abajo. El dorso, por el contrario, se eleva hasta apoyarse en el velo del paladar.





Defectos

- Cuando no se producen vibraciones laringeas, se sustituye el fonema /d/ por /t/ o /z/
- Cuando se hace presión con la punta de la lengua contra el borde de los incisivos superiores, saliendo lateralmente el aire, lo cual trae como resultado la sustitución por el fonema /l/.
- Cuando se levanta la base de la lengua y se coloca el ápice de ésta detrás de los incisivos inferiores, sustituyendo el fonema por la /g/.

FGNEMA /F/

Características: labiodental, sordo (fricativo)

Su correcta emisión se lleva a cabo de la siguiente forma: los incisivos superiores tocan el labio inferior dejando escapar una suave corriente de aire.

Defectos

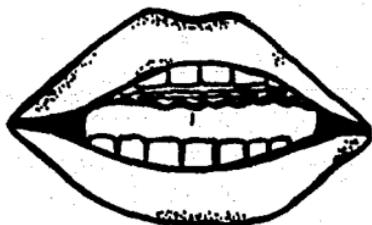
- Cuando se apoya la punta de la lengua en la protuberancia de los incisivos superiores sustituyendo el fonema /g/ por el fonema /l/.

- Cuando no se acompaña de vibraciones laríngeas la corriente del aire espirada, saliendo ésta en forma continua sustituyéndose el fonema /g/ por /j/ o en forma explosiva, sustituyendolo por /c/.

FONEMA /j/

Características: Velar, sorda (fricativa)

Su defecto se conoce como jotacismo. Su adecuada emisión requiere la colocación de la punta de la lengua al mismo nivel que el de los incisivos inferiores; El dorso se prolonga casi horizontal hasta llegar al velo del paladar, no quedando la corriente del aire interrumpida.



Defectos

- Cuando se levanta la parte posterior de la lengua y se aplica contra el velo del paladar impidiendo la salida continua del aire cambiando la /j/ por la /c/ fuerte.

- Cuando se acompaña el fonema de vibraciones laringeas cambiando la /j/ por la /g/.

FONEMA /l/

Características: Alveolar, sonoro (lateral)

Sus defectos se denominan lambdacismos. Para pronunciarla, se debe colocar la punta de la lengua apoyada contra los alveolos de los incisivos superiores. El aire sale por las aberturas laterales produciendo una vibración.



Defectos

- Cuando se cierra la abertura lateral, tocando los molares con los bordes de la lengua impidiendo de esa manera la salida del aire por la boca. El velo del paladar desciende, y la corriente aérea escapa por la nariz motivo por el cual se da la sustitución del fonema /l/ por el fonema /n/.

FONEMA /m/

Características: Bilabial, sonoro (nasal)

Los defectos de dicho fonema se conocen como mitacismos. Su correcta emisión se lleva a cabo colocándo los labios cerrados, saliendo el aire por las fosas nasales.



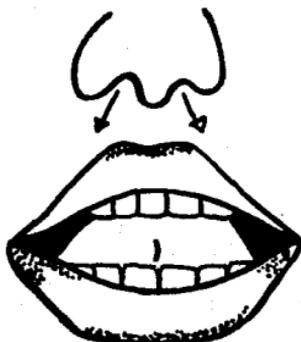
Defectos

- Cuando los labios se entreabren en el momento de pronunciar el fonema /m/, permitiendo la salida de parte o todo el aire, dando un fonema semejante a la /b/ o a la /p/.

FONEMA /n/

Características: Alveolar, sonoro (nasal)

Su adecuada articulación se realiza al apoyar la punta de la lengua en los alveolos superiores; en este caso, el aire es obligado a salir por las fosas nasales.



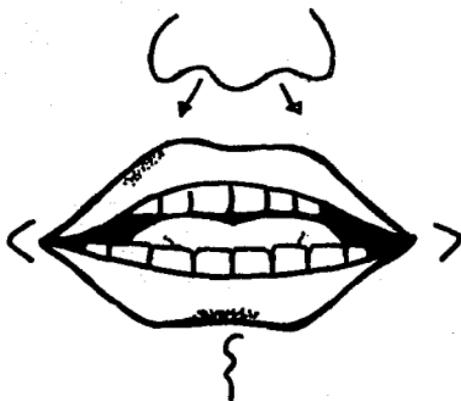
Defectos

- Cuando se separan los bordes de la lengua de los molares, permitiendo la salida lateral bucal de una parte del aire, sustituyendo el fonema /n/ por el fonema /l/ o la salida frontal, sustituyéndose por el fonema /d/.
- Cuando se unen los labios y no se apoya la punta de la lengua contra las protuberancias alveolares superiores sustituyendo la /n/ por la /m/.

FONEMA /n/

Características: Palatal, sonoro (nasal)

Su correcta emisión se lleva a cabo de la siguiente forma: El dorso de la lengua está firmemente adherido al paladar, quedando la punta libre y tocando los incisivos inferiores.



Defectos

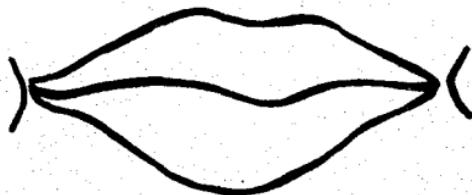
- Cuando el dorso de la lengua no toca e paladar, haciéndolo únicamente la punta y sus bordes que se apoyan en la cara interna de los molares por lo que el fonema /n/ es sustituido por el fonema /n/.

- Cuando se sustituye la /n/ por los fonemas /d/o /t/.

FONEMA /p/

Características: Bilabial, sordo (oclusivo)

Su defecto se conoce también como betacismo. El sonido adecuado de dicho fonema se produce al expulsar el aire entreabriendo los labios de una forma rápida.



Defectos

- Cuando se entreabren los labios permitiendo la salida continua del aire, semejándose a un fonema /b/ sin vibraciones laríngeas. de esta forma, el fonema se hace fricativo en lugar de oclusivo.

FONEMA /s/

Características: Alveolar, sordo (fricativo)

Los defectos se conocen como sigmatismos. La correcta articulación se produce al apoyar los bordes de la lengua en los alveolos de la arcada dentaria superior, dejando una pequeña abertura en el centro de la lengua que permite la salida del aire.



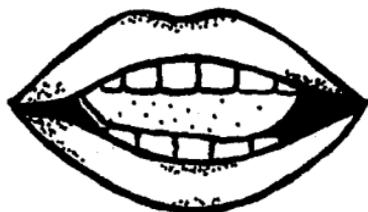
Defectos

- El ceceo, cuando se coloca la punta de la lengua entre los incisivos sustituyendo la /s/ por la /z/ o la /c/

FONEMA /t/

Características: Dental, sordo (oclusivo)

Sus defectos articulatorios se denominan también como deltacismos. Para su articulación, la lengua se apoya en los incisivos superiores, dejando escapar el aire con brusquedad.



Defectos

- Cuando se producen vibraciones laríngeas y se coloca la punta de la lengua en la base de los incisivos superiores sustituyendo el fonema /t/ por /d/.

FONEMA /y/

Características: Palatal, sonoro (africado)

La articulación correcta se lleva a cabo de la siguiente manera: El dorso de la lengua se apoya sobre el paladar dejando la punta de la lengua caer sobre los incisivos inferiores. La lengua realiza una ligera presión sobre el paladar al tiempo que permite una fricción.



FONEMA /r/ y /r̄/

Este fonema se presenta frecuentemente alterado a causa de su delicado mecanismo de articulación ya que es el sonido más difícil de pronunciar del lenguaje humano (Ferello 1981). De acuerdo a porcentajes citados, entre el 20 por ciento y el 35 por ciento de los dislálicos presentan dicho problema (J. M. Jiménez 1986). Así también, de acuerdo a Ferello (1973), se encuentran dislalias en estos fonemas en el 43 por ciento de los casos.

FONEMA /r/

Características: La consonante /r/ es un fonema vibrante simple, linguoalveolar sonoro oclusivo.

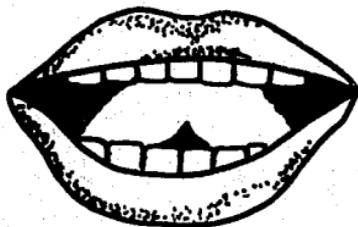
Sus defectos son denominados rotacismos. Se articula con los labios entreabiertos, permitiendo ver la cara inferior de la lengua levantada hacia el paladar. Los bordes laterales de la misma se apoyan en las encías y molares superiores, impidiendo así la salida lateral del aire y la punta toca los alveolos de los incisivos superiores. El aire se acumula en la cavidad formada por la lengua y el paladar. Al pronunciar el fonema, el ápice de la lengua se separa momentáneamente y al desaparecer la breve oclusión sale el aire en forma de pequeña explosión, que se puede percibir al colocar el dorso de la mano frente a la boca. Se da entonces una vibración pasiva de la lengua, producida por la presión de la corriente del aire espirado, que actúa sobre ella.

Cabe mencionar, que la regulación del tono muscular de la lengua es el dato más importante y el que suele crear la dificultad en la pronunciación tanto de este fonema como del fonema /r~/ (P. Pascual 1988).

FONEMA /r~/

Características: La consonante /r~/ es vibrante múltiple, lingualveolar, sonora y oclusiva.

Sus defecto, también recibe el nombre de rotacismos. Para su emisión, los órganos articulatorios se colocan como en el fonema /r/, la diferencia estriba que en este caso la punta de la lengua vibra repetidas veces, al formar varias oclusiones contra los alveolos. El ápice de la lengua hace presión sobre la protuberancia alveolar, pero la presión del aire vence su resistencia permitiendo la salida de la corriente aérea. La resistencia lingual hace volver a la lengua a su posición primitiva, repitiéndose nuevamente el mismo movimiento con gran rapidéz, dando lugar a la salida del aire en pequeñas explosiones.



Defectos

Como se mencionó anteriormente, los problemas relacionados a ambos fonemas, se denominan rotacismos y es frecuente encontrarlos en la Dislalia de tipo funcional. Así también, cuando se presenta la sustitución por otros fonemas, se aplica el nombre de pararrotacismos.

El rotacismo puede ser denominado de diversas formas de acuerdo al lugar donde el fonema /r/ o /r~/ defectuoso es formado las cuales son las siguientes:

ROTACISMO LABIAL.- El cual se origina cuando la vibración se da en los labios y no en la lengua o entre el labio inferior y los incisivos superiores; sin embargo, este tipo de rotacismo es poco frecuente.

ROTACISMO INTERDENTAL.- Se da cuando la lengua se sitúa entre los dientes, vibrando en contacto con los incisivos superiores produciendo un sonido ceceante.

ROTACISMO BUCAL.- el aire es desviado lateralmente entre la lengua y las mejillas, haciendo vibrar éstas últimas sustituyendo la /r/ o la /r~/ por el fonema /l/.

ROTACISMO VELAR.- es producido por las vibraciones del paladar blando, articulando el dorso de la lengua contra él produciendo el sonido del fonema /g/

ROTACISMO UVULAR. - Se le considera como una variedad del rotacismo velar y se presenta cuando la vibración se da en la úvula o campanilla trayendo como resultado el sonido de la /r/ francesa.

CORRECCION

Ante todo, se debe realizar un análisis completo tanto de articulación como del Habla espontánea del niño en cualquier tipo de terapia de articulación para comprobar si el niño puede en algún contexto emitir correctamente el fonema. En caso afirmativo, se recomienda trabajar a partir de ellas. Si no, elegir aquellos vocablos en los que la articulación sea lo más parecida. Así mismo, es importante seleccionar el tipo de tratamiento a seguir y sobre los cuales se hablará mas adelante.

Cabe mencionar que en ocasiones será necesario iniciar el tratamiento con un programa de ejercicios bucofaciales principalmente de la lengua si existiese alguna deficiencia en éstos, ya que hay que recordar que el mecanismo articulatorio de la /r/ y de la /r^/ se basa en movimientos de la lengua (Perello 1981 y J. M. Jiménez 1986).

Por otra parte, se recomienda trabajar primeramente con el fonema /r/ y posteriormente con el fonema /r^/ en caso de que se presenten problemas en ambos ya que el primero presenta un mecanismo articulatorio de menor grado de dificultad que el segundo.

PRONOSTICO

De acuerdo a Ferello (1981), la corrección de estos problemas va a depender de la habilidad de la lengua, de la voluntad del paciente y de su aplicación y constancia. En general, es un fonema que requiere muchas sesiones para corregirse

2.9 REHABILITACION DE LA DISLALIA

Para llevar a cabo tanto la integración de un diagnóstico completo como el tratamiento adecuado de un paciente dislético, primeramente se requiere de una valoración para la cual en ocasiones es necesaria la participación de diversos especialistas que integran un equipo interdisciplinario y cada uno de los cuales deberá llevar a cabo la exploración de acuerdo a su especialidad (González V. M. 1979). Dentro de dicho equipo comúnmente se encuentran los siguientes especialistas:

a) CIRUJANO MEDICO

Es el responsable de realizar el tratamiento quirúrgico necesario para construir las malformaciones que impiden al paciente la correcta articulación del lenguaje.

b) ORTODONCISTA

El cual da apoyo al corregir posibles malas implantaciones dentarias que impiden provocar defectos articulatorios.

c) OTORRINOLARINGOLOGO

El cual es el encargado de elaborar el reporte del estudio

anatómico de nariz, boca y garganta evitando y tratando las infecciones de vías respiratorias y del oído.

d) AUDIÓLOGO

Realiza el estudio audiológico para cuantificar la audición del paciente.

e) NEUROLOGO

El cual es útil en la localización de trastornos del Sistema Nervioso que se manifiestan en trastornos articulatorios.

f) TRABAJADORA SOCIAL

La cual investiga el nivel socio-económico en el que se desenvuelve el paciente, así como también se encarga de enlazar a la familia, escuela y especialistas.

g) PEDIATRA

El cual lleva a cabo la anamnesis con el fin de detectar las influencias hereditarias y del medio ambiente como posible etiología del problema.

h) PSICÓLOGO

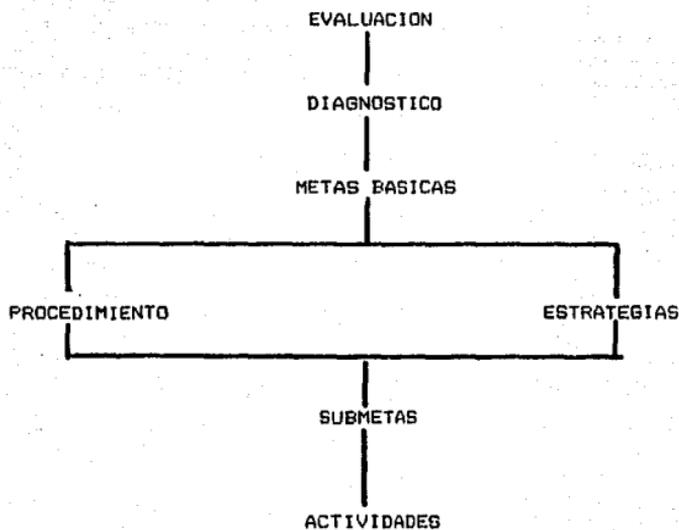
Evaluando aspectos relacionados a la personalidad del paciente, Coeficiente Intelectual, nivel de madurez, articulación, trastornos motores y, ante la ausencia de un terapeuta del lenguaje, encargado también de planear y ejecutar

el programa educativo rehabilitatorio basado en la integración diagnóstica llevada a cabo con el apoyo de los diversos especialistas para detectar las necesidades del paciente.

2.0.1 METODOS DE TRATAMIENTO UTILIZADOS PARA LA CORRECCION DE PROBLEMAS ARTICULATORIOS

Existen diversos métodos disponibles para corregir los diferentes tipos de problemas articulatorios. El éxito de estas terapias dependen en un gran porcentaje de la selección adecuada de metas y estrategias de enseñanza, es decir, que el método utilizado lleve al niño a producir un Habla inteligible dentro y fuera de la terapia y en la motivación de los pacientes Bedore Lisa (En: Curso de Transtornos de Articulación 1990).

Para realizar lo anterior, es importante llevar a cabo una evaluación completa para posteriormente elegir el método indicado al tipo de problema que se presenta. Al respecto, Fey M. (1986), propone un plan para la correcta selección tanto del método como de las metas a cumplir y las actividades a realizar lo cual se resume en el siguiente esquema.



PLAN A SEGUIR PARA EL TRATAMIENTO DE TRANSTORNOS ARTICULATORIOS

A continuación, se expondrán los métodos de corrección, utilizados en problemas articulatorios, describiendo sus características principales, sus ventajas y limitaciones (Curso de trastornos articulatorios 1990).

METODO TRADICIONAL

El método tradicional fué descrito por Van Riper e Irwin en 1958. Dicho método es el más útil y flexible para utilizarse en una gran variedad de casos; sin embargo, es recomendable principalmente para niños que presentan trastornos articulatorios leves ya que como su corrección se enfoca a nivel de fonema, el tratamiento para niños con un Habla casi ininteligible sería muy largo respecto a su duración. El método se encuentra fundamentado en la teoría de retroalimentación, enfatizando la importancia que tiene la retroalimentación auditiva específicamente.

Dentro de este método se postulan tres pasos importantes para llevar a cabo la corrección de trastornos articulatorios los cuales se explicarán a continuación:

ENTRENAMIENTO AUDITIVO

Durante este nivel, el niño aprenderá a reconocer la imagen auditiva del fonema a corregir (fonema meta) para que posteriormente él mismo pueda llevar a cabo comparaciones entre su producción errónea y la imagen auditiva correcta del fonema a tratar para llegar a la modificación adecuada de éste. Lo

anteriormente mencionado se puede realizar siguiendo cuatro pasos principales:

1) Primeramente, se llevará a cabo el entrenamiento auditivo retomando la imagen auditiva del fonema meta en una forma aislada.

2) A continuación, el entrenamiento auditivo será realizado a nivel de palabra; esto es, el fonema meta se encontrará incluido en palabras y no a nivel aislado utilizando el bombardeo auditivo.

3) Se llevarán a cabo ejercicios de identificación en los cuales el niño tendrá que comparar la imagen auditiva del fonema meta con el de otros fonemas.

4) Finalmente, se realizarán ejercicios de discriminación auditiva entre la producción errónea y correcta del fonema meta para que el niño sea capaz de identificar la producción adecuada.

ENTRENAMIENTO DE PRODUCCION

Durante este nivel, se pretende que el niño practique la producción del fonema meta en diversos contextos los cuales implican que el fonema se encuentre localizado al inicio, en medio o al final de la palabra ya sea acompañado de vocales o consonantes. Es importante mencionar, que esto se llevará a cabo iniciando primero con ejercicios simples para posteriormente incluir ejercicios más complejos hasta llegar a la emisión del fonema en oraciones o Habla conectada.

GENERALIZACION

Este nivel es una continuación de las anteriores ya que implica la práctica del fonema meta en el Habla espontánea. Para que esta generalización sea adecuada, Van Ripper e Irwin recomiendan que no se continúe con la comparación entre la emisión incorrecta que el niño presentaba y la que ha adquirido.

METODO SENSORIOMOTRIZ

Este método fue descrito por Mc Donald en 1969 para el tratamiento de niños con trastornos de articulación ocasionados por problemas motores específicamente.

Dicho autor, establece que la unidad básica del Habla es la sílaba y no el fonema como se postulaba en el método tradicional ya que trabajar así es poco eficiente y muy tardado. De acuerdo a este método, existen tres etapas para llevar a cabo la corrección de los trastornos articulatorios.

ETAPA I

Durante esta etapa, el niño aprende a sentir los movimientos que produce al emitir los diversos fonemas sin incluir los fonemas en los que se presenta una producción errónea. Para llevar a cabo lo anterior, se recomienda evaluar al niño a través de preguntas similares a las siguientes: Donde tocaba tu lengua?, Se movía esta para adelante o para atrás?, Como estaban colocados tus labios? etc. Se retoman fonemas en los que el niño no presenta problemas ya que esto facilita el tratamiento porque son

patrones fonéticos correctamente establecidos. Es importante enfatizar que dichos ejercicios se llevarán a cabo con la utilización de diversas combinaciones silábicas como sería por ejemplo: "dada"; "bebe"; para posteriormente alternar vocales como por ejemplo: "didu" y finalmente alternar también las consonantes como por ejemplo: "desa".

ETAPA II

En esta etapa, el niño aprende el patrón sensoriomotriz del fonema meta. Para poder apoyar lo anterior, es importante seleccionar contextos en los cuales el niño produzca dicho fonema correctamente a través de evaluaciones profundas e iniciar la práctica primeramente exagerando los movimientos articulatorios que son requeridos en la emisión del fonema meta para lograr el establecimiento de la imagen quinestésica o sensoriomotriz de éste. En caso de no existir palabras con sentido en las que el niño puede emitir correctamente el fonema meta pero sí en palabras sin sentido, se iniciará el aprendizaje del patrón fonológico a través de sílabas; si no existiera ningún contexto ya sea en palabras con sentido o sin sentido, entonces se tendría que retomar el uso de otro método para poder establecerlo.

ETAPA III

Esta etapa se inicia cuando el patrón fonológico del fonema meta ya se encuentra establecido y solo se desea llevar a cabo la generalización de éste en otros contextos nuevos.

METODO FONOLOGICO

Este método fué propuesto por Hodson y Paden (1983) para niños que por sus transtornos articulatorios severos presentan un Habla totalmente ininteligible. Dichas autoras establecen que los niños requieren del aprendizaje de nuevos patrones fonológicos que sustituyen a los procesos fonológicos inadecuados, y es a través de este método como se pueden adquirir dichos procesos de una forma menos lenta (esto en relación a los métodos de tratamiento anteriores).

El método de Procesos fonológicos incluye aspectos tanto del método tradicional como del método sensoriomotor ya que utilizan la estimulación auditiva, y le dan importancia a la imagen kinestésica de los fonemas. Sin embargo, aunque este método utiliza fonemas, solo los utiliza para representar los diversos patrones fonológicos y no para establecer o corregir el fonema en sí. De este modo, en dicho método se establece lo siguiente:

- Como la adquisición fonológica es lenta, es importante trabajar en ciclos en lugar de trabajar con fonemas aislados ya que esto llevaría mucho tiempo.
- Es importante también incluir en las sesiones de terapia bombardeos auditivos para el establecimiento de la imagen auditiva del fonema meta que representa el patrón fonológico que se enseñará al niño.
- Se utilizarán contextos fonéticos en los cuales el niño pueda emitir el patrón fonológico a tratar; esto es, se apoyará la

terapia con "palabras claves" para facilitar la producción del proceso o los procesos fonológicos adecuados.

- Se establecerá la imagen kinestésica que el niño asociará a la imagen auditiva lo cual se llevará a cabo a través del bombardeo auditivo.

- Es importante el establecimiento de metas para conformar adecuadamente los ciclos iniciando el tratamiento con los patrones mas inmaduros para pasar posteriormente a los mas maduros; para lo cual es importante después de las evaluaciones realizadas, llevar acabo el análisis de la edad en la que se adquieren las diversas habilidades fonológicas. Al final de cada uno de estos ciclos, se llevará a cabo una evaluación periódica para poder determinar en un momento dado si se está llevando el proceso de generalización correcto.

PROGRAMA DE CASA

Este tipo de programas se recomiendan solo para niños con tanstornos articulatorios ligeros o para apoyar la generalización al término de los tratamientos anteriormente mencionados. Este tipo de tratamiento lo llevan a cabo los padres de familia o las personas encargadas del paciente siendo dirigidos o bajo la instrucción del terapeuta. Es importante mencionar, que los padres de familia no deberán presentar ningún problema en su Habla. Asi mismo, se apoyará la terapia por medio de "palabras claves".

III. PSICOMOTRICIDAD

3.1 DEFINICION DE PSICOMOTRICIDAD

Que es el cuerpo?

Quizás esta pregunta parezca simple en una primera instancia sin embargo, para poder llegar a la concepción de lo que es el cuerpo humano, tuvieron que transcurrir muchos años.

Los griegos, quienes fueron los primeros filósofos del cuerpo establecieron una concepción dualista en la que consideraban que el hombre estaba conformado de cuerpo y alma, y era esta última la que dominaba. Dicha concepción, es la que ha marcado por siglos nuestra educación: esto es, lo fundamental de la acción educativa debía dirigirse al espíritu, en tanto la parte que se refería al cuerpo solo se dirigía a mantener la salud.

La importancia del cuerpo y del movimiento, cobraron relevancia en nuestro siglo ya que se advirtió la relación estrecha que existía entre éste y el medio ambiente. (Noemi Beneito 1986).

El cuerpo siente y actúa a partir de centros de integración neurológicos, afectivos y organiza la conducta; y de acuerdo a la relación de este con los demás, va estructurando su proceso de individualización (Mila Demarchi J. 1986)

En base a estas observaciones, surgió el término de Psicomotricidad establecido de acuerdo a diversas investigaciones

realizadas por Dupré, el cual aparece en patología como el primer enunciador de la "ley de psicomotórica que domina toda la neuropsiquiatría infantil. Dicho autor en el año de 1907, partiendo de sus estudios sobre Debilidad Mental y Debilidad Motriz, estableció dicho término poniendo de relieve la estrecha relación existente entre las anomalías psíquicas y las anomalías motrices . Este hecho fué el que dió inicio al surgimiento de numerosas investigaciones tanto en el campo de la Neurología, Psicología Infantil, Pedagogía y Psicopatología que han demostrado la importancia del papel de la Psicomotricidad en la organización de la personalidad del niño. (Maigre y Destrooper 1986, Diccionario de Educación Especial 1985).

Una vez establecida la idea de relacionar cuerpo y mente, a partir de entonces muchos han querido redefinir y precisar el término de Psicomotricidad adecuándolo, a sus puntos de vista . Por esto mismo, y para un mejor entendimiento del tema es importante revisar las diversas definiciones que han intentado explicar y establecer el área de estudio que abarca dicho concepto.

En base a un análisis lingüístico de la etimología de la palabra Psicomotricidad, ésta queda dividida en dos componentes: "Psico" y "Motricidad". El primero se refiere a la actividad psíquica tanto cognitiva como afectiva; y el segundo, incluye la función motriz; es decir, hace referencia al movimiento (Diccionario de Educación Especial 1985). Uniendo ambos

componentes, se tiene que la Psicomotricidad estudia la influencia del movimiento en la organización psicológica general ya que asegura el paso del cuerpo anatomofisiológico al cuerpo cognitivo y afectivo.

De acuerdo a Noemí Beneito (1986), la Psicomotricidad es la Educación de la sensibilidad receptiva a través del movimiento para reencontrar el equilibrio armonioso de todo ser, no separando más cuerpo y espíritu. Así también, J. Defontaine (1980) revisa el tema estableciendo que el movimiento humano comprende dos grados: Uno que concierne a la ejecución del movimiento y está ligado a mecanismos localizados en el cerebro y en el Sistema Nervioso el cual es la "Motricidad", y el otro que comprende la puesta a punto del movimiento conocido como "Psicomotricidad". Es decir, la Psicomotricidad es el cuerpo con sus aspectos anatómicos, mecánicos y locomotores, coordinándose y sincronizándose en el espacio y en el tiempo para emitir y recibir significados y ser significantes.

El término Psicomotricidad es ambiguo; sin embargo, F. Ramos (1979) lo define como "El conjunto de comportamientos tónico posturales tanto intencionados como involuntarios". En dicha definición, se puede observar que se habla de movimientos o actividades involuntarias o intencionadas; por lo que es importante establecer que en esta investigación solo se aceptará dentro de lo que implica el término de Psicomotricidad, la actividad voluntaria e intencionada, ya que como lo establece

Harrow (1978) "La característica peculiar categorizada dentro del Dominio Psicomotor consiste en que se trata de actos voluntarios observables ya que la noción psicomotora connota el hecho de que la mente está involucrada en determinado movimiento, lo que significa que este debe ser voluntario y que debe tener un propósito".

En otra de las definiciones revisadas sobre Psicomotricidad, se establece que ésta es el área que estudia la relación entre los movimientos y las funciones mentales e indaga la importancia del movimiento en la formación de la personalidad y en el aprendizaje, y se ocupa de las perturbaciones del proceso para establecer medidas educativas y reeducativas (Durivage 1986).

Por otra lado, Stamback (1978) define a la Psicomotricidad como una rama de la Psicología referida a una de las formas de adaptación del individuo al mundo exterior: La Motricidad. La Psicomotricidad desde este punto de vista, se ocuparía del rol del movimiento en la organización psicológica general, estableciendo las conexiones de la psicología con la Neurofisiología.

Habiendo revisado diversas definiciones en relación a la Psicomotricidad, es posible encontrar un nexo común a todas en el hecho de plantean como unidad el movimiento y la vida mental; por lo que se puede resumir que la Psicomotricidad es esencialmente la educación del movimiento que procura una mejor utilización de

las capacidades psíquicas y que ésta ha tenido el mérito de devolver al movimiento su significado psicológico.

3.2 MADURACION DEL DESARROLLO MOTOR

Retomando a Mussem (1985), se sabe que las diversas habilidades motoras que aparecen durante el primer año de vida, se cuentan entre los signos mas evidentes de crecimiento y desarrollo del infante. El desarrollo motor, que se refleja a través de la capacidad del movimiento ocurre como resultado de la oportunidad para utilizar el cuerpo aunado a los cambios biológicos los cuales incluyen la maduración del Sistema Nervioso y el crecimiento de los huesos y los músculos así como la evolución del tono. A continuación se analizará cada uno de estos cambios para clarificar el tema.

Referente a la Maduración del Sistema Nervioso o mielinización de las fibras nerviosa, se siguen dos leyes: La Cefalocaudal (de la cabeza al glúteo) y la Proximo distante (del eje a las extremidades). Dichas leyes, explican porqué el movimiento en un principio es tosco, global y brusco.

Por otra parte, en relación al tono, este sirve de fondo sobre el cual surgen las contracciones musculares y los movimientos; por lo tanto, es responsable de toda acción corporal y además es el factor que permite el equilibrio necesario para efectuar diferentes posiciones (Le Boulch 1971). Estableciendo una definición, se tendría que el tono muscular es la actividad muscular sostenida que prepara para la actividad

motriz fásica. Así mismo, para Wallon (1979), el tono es el sostén sobre el que se forman las posturas, las actividades y esta en estrecha relación con la sensibilidad propioceptiva.

Todo lo que el niño vive, lo hace a través del tono; así, este tiene un papel en la toma de conciencia de sí y en la edificación del conocimiento del mundo y de los demás. Esto es, es la base de la comunicación (Diccionario de Educación Especial 1985 v Durivage J. 1986).

La evolución del tono se lleva a cabo de la siguiente forma: El recién nacido presenta una actitud de flexión; el tono de los flexores supera al de los extensores tanto en miembros superiores como inferiores. Así, después del nacimiento se manifiesta una hipertonía de los miembros (aumento del tono); es decir, éstos están pegados al cuerpo, y una hipotonía del tronco.

Progresivamente hacia los tres años, el tono se modifica y adquiere mas consistencia lo cual da mayor agilidad a los miembros, aunque todavía los movimientos continúan frenados por falta de regulació tónica. De esta forma, en esta edad se pueden observar dos aspectos por medio de los cuales continúa la evolución del tono: Uno ligado a la tipología del niño y otro ligado a la edad (Durivage 1986).

Habiendo analizado los aspectos biológicos necesarios para el desarrollo de las habilidades motrices, se hablará a continuación sobre las diversas etapas o fases a través de las

cuales van evolucionando dichas habilidades. Las edades en que aparecen, varían ligeramente. Algunos niños las obtendrán primero y otros después; una leve desviación de dichas edades no indica que un niño sea precoz o retrasado ya que existen diversos factores que también influyen en el logro de las habilidades motoras como lo pueden ser los cambios biológicos sobre los cuales se habló con anterioridad o la estimulación que cada niño recibe de su medio ambiente circundante.

Cabe también mencionar que el número de fases o etapas del Desarrollo motor va a aumentar o disminuir de acuerdo a los diversos autores que hablen en relación al tema; sin embargo, no varían enormemente en cuanto a la secuencia que sigue la evolución de las diferentes habilidades motoras. Para la investigación que se lleva a cabo, y por considerar que son las más completas, se retomarán las clasificaciones establecidas por Ajuria Guerra y Osterrieth.

De acuerdo a Ajuria Guerra (1973), el Desarrollo motor se puede observar en tres fases:

- 1) La primer fase, abarca del nacimiento a los seis meses. Dicha etapa se caracteriza por una dependencia completa de la actividad refleja especialmente de la succión. Aproximadamente a los tres meses, el reflejo desaparece debido a estímulos externos que incitan el ejercicio y provocan una posibilidad más amplia de acciones así como el inicio de los movimientos voluntarios.

2) La segunda fase, inicia desde los seis meses y se explava hasta la edad aproximada de cuatro años. Durante esta etapa, surgen nuevas posibilidades del movimiento, se observe una movilidad mas grande que se integra con la elaboración del espacio y del tiempo. Dicha organización continúa estrechamente ligada con la del tono y la maduración.

3) La última fase abarca de los cuatro a los siete años y corresponde a la automatización de las habilidades motrices que como se habla dicho, forman la base necesaria para futuras adquisiciones.

Por su parte, Osterrieth (1981), establece que el Desarrollo motor evoluciona a través de cinco estadios los cuales son los siguientes:

1) Primer estadio (0 a 15 meses de edad)

En dicha fase, el recién nacido inicia la adquisición de ciertas cualidades motoras, sensitivas afectivas e intelectuales específicamente humanas que enriquecerá en estadios posteriores. Así también, el niño comienza a organizar los diferentes aspectos psicomotores por medio de la repetición de acciones. Durante este estadio, la maduración se reduce a movimientos incoordinados y espasmódicos masivos que se irán organizando de acuerdo a las dos leyes de maduración: ley cefalocaudal y ley próximo distal.

En lo que se refiere al Esquema corporal, éste solo incluye a la zona oral y a la información propioceptiva que el niño recoge espontáneamente de su cuerpo. Dicha información, poco a

poco pierde importancia y el movimiento y la acción del propio sujeto pasa a ocupar un primer plano. La individualización de las partes del cuerpo aún no existen así como tampoco una actividad exploratoria de éste, de tipo manual.

Por otro lado en lo que respecta a la organización del espacio próximo, éste se lleva a cabo con el control de la mirada y la mano, y el niño realiza el juego ejercicio.

2) Segundo estadio (1 a 3 años de edad).

Anteriormente, el pensamiento estaba ligado a la acción; sin embargo, al inicio de esta fase, se iniciará la separación de uno con respecto al otro. La adquisición de la marcha ofrece al niño una dimensión diferente de lo que le rodea y por tanto un mayor dominio de la temporo-espacialidad. Así también, el movimiento provoca en el niño un gran placer por lo que éste tiende a buscarlo; finalmente, se da inicio al juego simbólico.

3) Tercer estadio (3 a 6 años de edad).

Durante esta fase, el niño comienza a dominar cada vez más la marcha, la carrera y las actividades manipulativas; por lo mismo, el movimiento es más libre, espontáneo y armónico. Así mismo, el niño empieza a imitar todo lo que ve y oye, y surge la orientación temporo-espacial desde el punto de vista de los demás.

Normalmente al final de esta fase, el niño se inicia en la vida escolar y junto a esta, comienza el sometimiento a normas sociales y al contacto entre iguales. Se realiza el juego

simbólico y continúa presentándose el juego ejercicio; así también, surge el juego con establecimiento de reglas.

4) Cuarto estadio (6 a 9 años de edad)

En este estadio, la espontaneidad motora que presentaba el niño empieza a desaparecer ya que se topa con restringencias del medio ambiente en cuanto a la libertad de su movimiento se refiere. Por otro lado, lleva a cabo actividades de resistencia y coordinación precisa; en relación al esquema corporal, se inicia la diferenciación y análisis de los diversos segmentos corporales.

Durante esta fase, se abre aun más la brecha existente entre el pensamiento y la acción; se da comienzo a la utilización del pensamiento operativo, a la capacidad de autocritica y surge la reversibilidad; es decir, el pensamiento rebasa la impresión sensorial del momento coordinándola con impresiones anteriores.

5) Quinto estadio (9 a 12 años de edad)

En los niños que atraviesan esta etapa, se presenta un control preciso de la motricidad tanto gruesa como fina. Al finalizar esta fase, surge el pensamiento formal y el esquema corporal se encuentra formado en su totalidad.

3.3 BASES NEUROFISIOLÓGICAS DEL MOVIMIENTO Y LA POSTURA

Revisando a Ganong F. W. (1988), se tiene que la actividad motora somática depende, en última instancia del patrón y la frecuencia de descarga de las motoneuronas espinales y de las neuronas homólogas en los Núcleos motores de los Nervios

Craneales. Estas neuronas, que son las vías finales comunes para el músculo esquelético, son bombardeadas por impulsos de un inmenso conjunto de vías. Existen muchas conexiones que llegan a cada motoneurona espinal del mismo segmento espinal. Numerosas conexiones suprasegmentarias también convergen sobre estas células, en parte a través de interneuronas y en parte a través de las neuronas del sistema eferente gamma para los husos musculares y de regreso por las fibras aferentes para la médula espinal. Es la actividad integrada de estas múltiples contribuciones y de los niveles medular, bulbar, mesencefálico y cortical lo que regula la postura del cuerpo y hace posible los movimientos coordinados.

Analizando cada una de estas partes de una forma muy general, se tiene que los impulsos que convergen sobre las motoneuronas sirven a tres funciones semidistintivas: Llevan a cabo la actividad voluntaria habilidosa: ajustan la postura del cuerpo para proveer un fondo estable al movimiento y coordinan la acción de los diferentes músculos para hacer que los movimientos sean suaves y precisos.

Los patrones de actividad voluntaria están planificados dentro del encéfalo y las órdenes son enviadas a los músculos a través de los sistemas Piramidal, el cual se encarga del movimiento habil y fino; y del Extrapiramidal encargado de los movimientos mas burdos y de la postura. El cerebelo y sus conexiones, están encargados de coordinar y suavizar el

movimiento; y finalmente, este junto con los ganglios basales y el tálamo participan en la iniciación del movimiento voluntario a través de la corteza motora.

Como se mencionó anteriormente, esta explicación se ha llevado a cabo a nivel general; sin embargo, y por considerarse de vital importancia para un mejor entendimiento del tema, a continuación se analizarán por separado cada uno de estas partes fundamentales para llevar a cabo el movimiento ya que este es una de las bases de la Psicomotricidad.

CORTEZA Y VIAS MOTORAS

En primera instancia, se hablará de las vías motoras localizadas en la Corteza Cerebral, ya que en ésta así como en los ganglios basales y en las partes laterales de los hemisferios cerebelosos se originan los comandos para los movimientos voluntarios.

Revisando a Noback (1984), se sabe que la Corteza Cerebral es el manto gris del cerebro la cual ha sido dividida en cierto número de áreas de acuerdo con patrones o criterios funcionales y estructurales. Muchas de éstas áreas tienen un papel en la actividad motora; así también, dichas regiones reciben su principal estimulación directa del tálamo y de otras áreas corticales. Las áreas motoras a su vez, proyectan impulsos a través de cierto número de vías descendentes hacia muchos núcleos subcorticales y a través de fibras de asociación y comisurales del cuerpo calloso a muchas otras áreas de la corteza cerebral.

AREA MOTORA PRIMARIA

Una de las áreas de la corteza relacionada con la actividad motora es el área motora primaria llamada a menudo Corteza motora. Dicha área se encuentra localizada en el área 4 de acuerdo a la división de Broadmann y se encarga del control de los movimientos de la musculatura voluntaria.

CORTEZA PREMOTORA

La corteza premotora comprende las áreas 6 y 8 de Broadmann en la superficie lateral del hemisferio. En ciertas condiciones la estimulación de la primer área provoca contralaterales o contrarios, diferentes a los movimientos precisos que se obtienen de la estimulación del área 4; es decir, acciones generalizadas como volver la cabeza y los ojos hacia un lado, movimientos de torsión del tronco y flexión general, o extensión de las extremidades. La estimulación del área 8, origina movimientos coniugados de los ojos hacia el lado opuesto.

AREA MOTORA SUPLEMENTARIA

Las respuestas motoras evocadas por la estimulación eléctrica de esta región, son en su mayor parte movimientos bilaterales de naturaleza tónica o postural; estas respuestas son suaves y sobrepasan durante un corto tiempo la duración de la estimulación. La estimulación puede también evocar la vocalización y movimientos finos del pulgar y de los demás dedos y de toda la mano.

CORTEZA PREMOTORA
CONTROLA LA COORDINACION
MUSCULAR COMO EL BALANCEO
DE LOS BRAZOS AL CAMINAR

AREA MOTORA
SUPLEMENTARIA

CORTEZA MOTORA
CONTROLA LOS MUSCULOS
VOLUNTARIOS

CORTEZA SOMATOSENSORIAL
RECIBE Y ANALIZA LOS IMPULSOS
SENSORIALES QUE PROVIENEN DE
TODO EL CUERPO

AREA DE BROCA
(SOLO EN EL HEMISFERIO
IZQUIERDO), CONTROLA LOS
MUSCULOS INVOLUCRADOS EN
EL HABLA.

CEREBELO

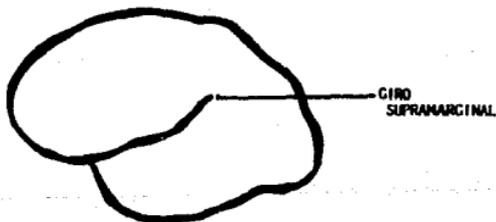
TALLO CEREBRAL

CORTEZA MOTORA
(CEREBRO VISTO DESDE ARRIBA)

LOCALIZACION DE LAS AREAS MOTORAS

AREA DE ASOCIACION SENSORIAL

La corteza de asociación sensorial, tiene un papel en la actividad motora sutil; los daños en la corteza de asociación somestésica (giro supramarginal) pueden conducir a una apraxia sensorial en la que el individuo es capaz de llevar a cabo en forma separada los movimientos de determinada secuencia pero no los puede realizar voluntariamente en el orden adecuado. El sabe qué y como se debe ejecutar esa secuencia de movimientos pero no posee la capacidad de llevarlos a cabo en una forma voluntaria. Por ejemplo, el sujeto puede explicar el uso de un destornillador, pero ante la orden de utilizarlo se inmoviliza y no realiza la acción.



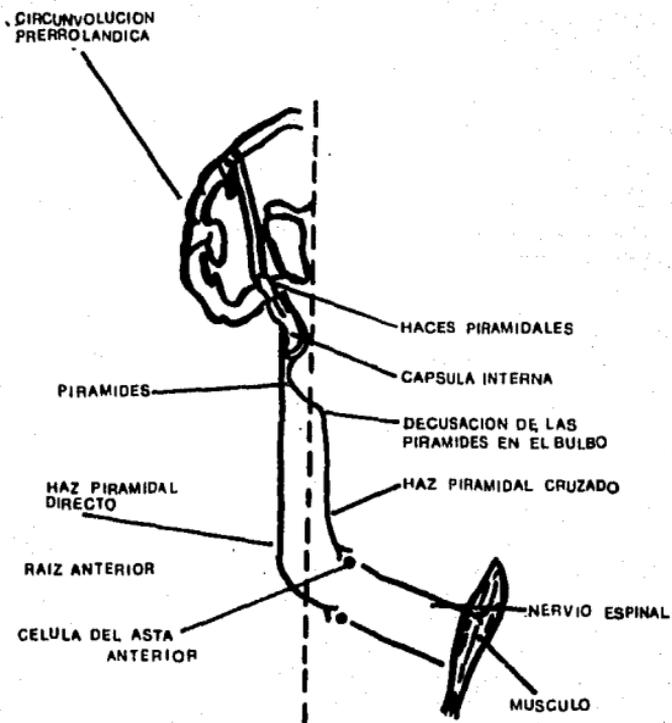
Hasta aquí, se han analizado a nivel general las principales áreas de la Corteza cerebral. Sin embargo, cabe mencionar también que existen otras pequeñas partes o áreas relacionadas con el movimiento. Se sabe por ejemplo, que la estimulación de la corteza frontal anterior localizada por debajo del área 6 causa movimientos de los ojos; es probable que este campo visual

frontal este relacionado con la integración de los movimientos oculares, pero los detalles de como funciona son desconocidos. Así también, la estimulación del lóbulo occipital cerca de la corteza visual también causa desviación conjugada de los ojos hacia el lado opuesto (movimiento de ambos ojos en la misma dirección), y la estimulación de un área adyacente a la corteza visual también causa movimiento de las orejas.

SISTEMA PIRAMIDAL

El sistema piramidal, se origina en las áreas corticales y comprende los tractos corticoespinal y cortico medular. Dichos tractos piramidales se encargan esencialmente de los movimientos distros voluntarios; actúan como la vía mas importante por lo cual el individuo selecciona los movimientos principales de toda su actividad así como en la contracción de los músculos individuales.

Las fibras nerviosas que forman las pirámides en el bulbo raquídeo, por lo cual reciben el nombre de sistema piramidal, descienden a la cápsula interna desde la corteza cerebral. Cerca de un 80% de ellas cruzan la línea media en la decusación de las pirámides para formar el fascículo piramidal cruzado; las fibras restantes, descienden como el fascículo piramidal directo cruzándose poco antes de su terminación.



SISTEMA PIRAMIDAL

En el hombre, por lo menos el 10% de los axones piramidales establecen conexión sináptica directo con las motoneuronas.

SISTEMA EXTRAPIRAMIDAL

Este sistema está compuesto de una red continua de sistemas neurales que incluyen núcleos, circuitos de retroalimentación y

vías descendentes. en general, este sistema incluye entre otras estructuras y circuitos a la corteza cerebral, los núcleos basales, algunos núcleos talámicos, el mesencéfalo, el bulbo raquídeo y a médula espinal.

El sistema extrapiramidal está involucrado en la actividad motora estereotipada de naturaleza postural y refleja. Sus coordinadas expresiones motoras básicas son consideradas como reacciones motoras primitivas. Así, dicho sistema proyecta estímulos descendentes que actúan sobre los grupos neuronales de la médula espinal para producir respuestas reflejas simples. También mantiene los actos reflejos espinales en un estado de alerta y listos para cualquier eventualidad; así mismo, este sistema proporciona una base que utiliza el sistema piramidal para expresar sus actividades ya que éste último puede ponerse en contacto con el sistema extrapiramidal a través del tracto córtico medular.

GANGLIOS BASALES

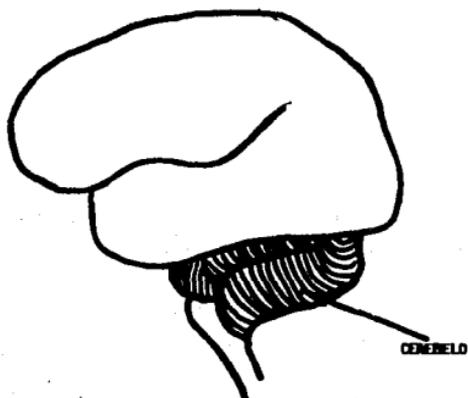
El término "ganglios basales" es generalmente aplicado al núcleo caudado, al Putamen y al globus pallidus (a los dos primeros en ocasiones se les denomina cuerpo estriado y al último núcleo lenticular) y a las estructuras núcleo subtalámico, sustancia nigra y núcleo rojo.

Las interconexiones de estos núcleos son complejas. A cada lado existe una proyección extensa desde la corteza motora, la corteza premotora y otras partes de la corteza cerebral hacia el cuerpo estriado. Así también, llegan impulsos adicionales desde los núcleos talámicos de la línea media.

Se ha determinado que los ganglios basales participan en la planeación y programación de los movimientos o de manera más amplia, en los procesos por medio de los cuales el pensamiento abstracto se convierte en acción voluntaria. De esta forma, los ganglios descargan por el tálamo hacia la corteza motora y las vías corticoespinales brindan la vía final común hasta sus neuronas motoras.

CEREBELO

El cerebelo se encuentra situado atrás de los principales sistemas sensitivos y motores en el tallo cerebral como se puede observar en la figura que a continuación se presenta.



El cerebelo es una estructura compleja en extremo, que presenta una multitud de conexiones internas y externas. En general, su función consiste en actuar en la regulación de estructuras corticales y subcorticales. Recibe impulsos aferentes de todos los sentidos y mantiene conexiones recíprocas con las estructuras piramidales y extrapiramidales. Así, una de las aportaciones principales del cerebelo es la de recibir información procedente de los sentidos somáticos y del vestíbulo.

Por otra parte, llegan también al cerebelo impulsos procedentes de muchas áreas del córtex cerebral; éste a su vez, envía también fibras a estas áreas, por lo que el cerebelo

juega un papel importante en la coordinación de la actividad de grupos musculares. Es importante establecer que el cerebelo por sí mismo no constituye un sistema motor, pero su papel como se mencionó anteriormente consiste en coordinar la información sensorial que recibe e interconectarla con los sistemas motores; esto es, como regulador o modificador de las actividades motoras sin controlar por él mismo o directamente éstas funciones.

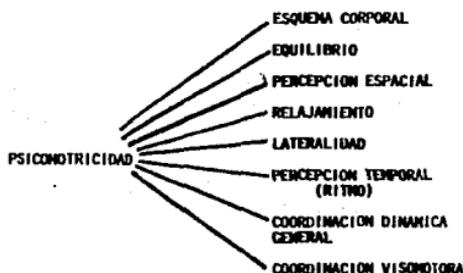
3.4 COMPONENTES DE LA PSICOMOTRICIDAD

Tan difícil como encontrar una definición de psicomotricidad de unánime aceptación, es llegar a un acuerdo en relación a lo que se considera como sus componentes.

Que significa esto?, de acuerdo a Ana Ma. Fabregat (1986) cada persona logra en su desarrollo un estilo motor propio compuesto de diferentes elementos que definen la forma de realización de los actos motores. Estos elementos o variables es lo que se llamarían componentes de psicomotricidad; dichos elementos pueden estar clasificados dependiendo de cada autor. Sin embargo, una de las clasificaciones más completas es la que realizaron Picq y Vayer (1977) los cuales llevaron a cabo la siguiente agrupación de los componentes de la psicomotricidad:

- 1) Esquema corporal
- 2) Conductas motrices de base (equilibrio, coordinación dinámica general y coordinación viso-manual)
- 3) Lateralidad y coordinación neuromotriz

4) Conductas perceptivo-motrices (organización y estructuración espacial y temporal.



COMPONENTES DE LA PSICOMOTRICIDAD

Para esta investigación se retomará dicha clasificación por ser los componentes agrupados en ella los que se evaluarán a través del test psicomotor de Ozeretsky. Al respecto, debe quedar claro que el hecho de que se expliquen cada uno de los componentes aisladamente, no significa que cada uno de ellos se encuentre ajenos a los demás. Por el contrario, debe entenderse que la psicomotricidad está conformada por cada uno de estos actuando como un todo. A continuación se analizará la importancia y el papel que juega cada uno de ellos. Cabe mencionar que se incluyó a la imagen corporal como un componente más cuya diferenciación con el término de esquema corporal se llevará a cabo posteriormente.

3.4.1 POSTURA Y POSICION

En primera instancia, se hará referencia a las definiciones de los términos postura y posición los cuales son parte importante del movimiento. Así también, es primordial analizar dichos términos ya que la psicomotricidad se ocupa del estudio del movimiento como se mencionó anteriormente y este es uno de los temas a tratar en la actual investigación.

De acuerdo a Quirós (1987), la postura es la actividad refleja del cuerpo con respecto al espacio y se encuentra estructurada sobre el tono muscular. Los reflejos, pueden hacer intervenir músculos, segmentos corporales o todo el cuerpo. El niño pequeño antes de adquirir el equilibrio, adopta únicamente posturas; es decir, su cuerpo reacciona de manera refleja a los múltiples estímulos del medio.

Cuando la postura que se adopta es la habitual de la especie, para una edad determinada y se ha establecido por reiteraciones o aprendizaje es más correcto hablar de "posición" más que de postura. Sin embargo, algunos médicos utilizan ambos términos como sinónimos.

3.4.2 PERCEPCION

Desde el momento de la gestación el hombre mantiene una estrecha relación con el medio ambiente, ya que es capaz de sentir y captar sensaciones que llegan desde el exterior. Así al nacer, éste se convierte en receptor de todo lo que le ofrece

el medio, teniendo la capacidad de percibir sensaciones auditivas, visuales, táctiles y otras. De esta forma, sus sentidos se van enriqueciendo de experiencias que, al irse incrementando, formarán una maduración en el sujeto apta para desenvolverse y desarrollarse en la vida (Ambrosi Rodriguez Carmen 1984).

Para poder entender la definición del término "Percepción", es importante analizar otro concepto que se encuentra íntimamente relacionado al primero, el cual es "sensación". De acuerdo a Ambrosi Rodriguez C. (1984) las sensaciones son los canales básicos a través de los cuales la información sobre los fenómenos del mundo exterior y el estado del organismo llega al cerebro, dándole al hombre la posibilidad de orientarse en el medio circundante así como en relación al propio cuerpo. Dichas sensaciones, permiten percibir las señales y reflejar las propiedades y atributos de las cosas del mundo exterior y son por lo tanto, la fuente esencial del conocimiento para que posteriormente se lleve a cabo el desarrollo psíquico de la persona.

Por otro lado, la Percepción es un concepto con una gran variedad de significados ya que en primera instancia se refiere a una característica innata y adquirida a la vez; así también, se puede hablar de percepción sensoriomotriz concepto que está ligado al estudio del movimiento. En esta investigación, se hará

referencia a éste último ya que juega un papel primordial en la elaboración del esquema e imagen corporal así como del concepto de espacio y tiempo.

Según se establece en El Diccionario de Educación Especial (1985), la Percepción es un proceso de codificación organizativo e interpretativo de los datos sensoriales. Así también, se puede definir como el conjunto de operaciones preliminares de reducción de los datos sensoriales por medio de los cuales la información es codificada de un modo más sencillo.

Por su parte, para Durivage (1986) la percepción es una manera de tomar conciencia del medio ambiente. Dicho autor menciona también que la percepción sensoriomotriz es el conjunto de estimulaciones visuales, táctiles y auditivas. De esta forma, el niño seleccionará las que necesite para integrarse en alguna actividad que implique a la psicomotricidad.

Otra de las definiciones respecto a la definición de percepción, corresponde a Ambrosi (1984) la cual dice que la percepción es la capacidad de integrar e interpretar las impresiones sensoriales correlacionándolas con impresiones previas, en un conjunto coherente y con significado.

Cabe aclarar, que la sensación surge primero para posteriormente dar paso a la percepción; esto es, primero se recibe la información y después ésta se integra, se interpreta y se le da un significado.

3.4.3 ESQUEMA CORPORAL E IMAGEN CORPORAL

Los términos de Esquema e imagen corporal, aluden al concepto que tiene una persona de su cuerpo y de sí mismo; sin embargo, de acuerdo a diversos autores, cada uno tiene connotaciones específicas. Para evitar cualquier tipo de confusión, se analizarán a continuación ambos conceptos.

En un principio Henry Head (En: Quirós 1987) estableció el concepto que se reconocería actualmente como "Esquema corporal". Así, en general, dicho término de acuerdo a Zapata y Aquino (1979), implica aquellas representaciones mentales que tenemos de nuestro propio cuerpo. Esta imagen, se integra con impresiones interoceptivas, propioceptivas y exteroceptivas; es decir, con información de las vísceras, de la posición corporal (músculos, tendones, ligamentos y articulaciones), kinestésica y percepciones de la sensibilidad de nuestra piel (táctiles, dolorosas, de presión, térmicas etc.).

Por otra parte, Dyrivage (1986) hace referencia a la importancia del Esquema corporal y establece que éste es la representación más o menos global o específica y diferenciada que tiene de su propio cuerpo el niño. Dicho esquema corporal, constituye un elemento de base indispensable para la construcción de su personalidad; así mismo, Wallon (1979) menciona que en la evolución del esquema corporal en el niño surge primero el área del cuerpo (imagen corporal) luego la del mundo y por último la de la mente.

Por su parte, Carmen Ambrosi (1983) define el concepto de esquema corporal diciendo que éste se deriva de experiencias táctiles y sensaciones que surgen del cuerpo. A través de dicho esquema, se regula la posición de los diferentes músculos del cuerpo y el equilibrio de este. De acuerdo a Jean Le Boulch (1986), la etapa del "cuerpo percibido" corresponde a la organización del esquema corporal. Así también, dicho autor explica que anterior a este periodo, el concepto carece de fundamento en la medida en que describe una actividad perceptiva cuyo desarrollo sólo es posible una vez alcanzada la maduración de la función de interiorización, la cual es una función perceptiva que implica la posibilidad de desplazar la atención desde el entorno hacia el propio cuerpo para lograr así la toma de conciencia (imagen corporal). Resumiendo lo anterior, Le Boulch (1984) establece que esquema corporal puede definirse como una intuición global o conocimiento inmediato de nuestro cuerpo sea en estado de reposo o en movimiento en función de la interrelación de sus partes y, sobre todo de su relación con el espacio y los objetos que le rodean.

En relación al concepto de Imagen corporal, Carmen Ambrosi (1983) menciona que éste es la idea que se tiene de sí mismo a nivel corporal; dicho conocimiento se deriva de sensaciones interoceptivas y propioceptivas incluyendo la impresión continua que una persona tiene de sí misma.

Como se expresó anteriormente, muchos autores utilizan los términos anteriormente definidos como sinónimos. Sin embargo, dentro de esta investigación se considerará que, cuando se hable de Imagen corporal, se hará referencia a la noción o idea que tiene una persona de sí mismo corporalmente hablando sin haber establecido una relación entre éste y el mundo. Cuando dicha relación entre la idea del propio cuerpo y el mundo se establezca y el niño puede llevar esa idea o representación a la mente, entonces se utilizará el término de esquema corporal.

Retomando a Durivage (1985) el desarrollo del esquema corporal inicia desde el nacimiento con los reflejos innatos del niño y las manipulaciones corporales que recibe de su madre. Estos contactos llegan a través de las sensaciones y percepciones tanto táctiles y auditivas como visuales. Durante esta fase, el niño vive su cuerpo como algo difuso, indiferenciado de los otros cuerpos. En relación a esto Piaget menciona que el cuerpo es vivido como un objeto que no se distingue de los otros como un objeto entre los otros y, en un principio, no es permanente. Poco a poco el infante realiza actos más voluntarios que aportan nuevas sensaciones y situaciones.

Esta elaboración recibe un nuevo impulso con la imitación, primeramente en forma posturo-motriz, que permite la emergencia de un nuevo sentimiento de unidad corporal (Añuriaguerra 1973). La imitación supone cierto conocimiento de sí mismo, de las posibilidades de control de los movimientos propios y de la otra

persona como modelo. Así también, la percepción de una persona, término sobre la cual se habló anteriormente, provoca una imagen mental que permite a su vez la imagen diferida.

3.4.4 EQUILIBRIO Y POTENCIALIDAD CORPORAL

De acuerdo al Diccionario de educación especial (1985), el equilibrio es la función mediante la cual parte del mismo, se mantiene constantemente en una posición correcta u ortostática gracias a una serie de reflejos con los que se modifica el tono muscular con el fin de oponerse a cualquier inclinación que amenace la estabilidad.

Por su parte para Quirós (1986), la definición clásica de equilibrio establece que el estado de un cuerpo cuando distintas y encontradas fuerzas que obran sobre él se compensan anulándose mutuamente. así, desde el punto de vista biológico, la posibilidad de mantener posturas, posiciones y actitudes indica la existencia de equilibrio.

Retomando a Quirós nuevamente, se tiene que el equilibrio se organiza sobre las siguientes bases:

- 1) sobre la sensibilidad profunda, suministrada por los propioceptores.
- 2) el vestíbulo (órgano del equilibrio localizado a nivel del oído interno)
- 3) la visión, siendo éstas informaciones coordinadas por el cerebelo.

Unicamente cuando el equilibrio está logrado, se puede pensar en el desarrollo de la destreza motriz en lo que a la supervivencia de la especie y en la incorporación de verdadero caudal de información se refiere. Es decir, esto implicaría al equilibrio útil o posición la cual permite los aprendizajes naturales. Sin embargo, de acuerdo a dicho autor, el empleo de objetos e instrumentos, el lenguaje no condicionado, el desarrollo de la creatividad y los aprendizajes superiores, requieren algo más que el equilibrio útil; necesitan de lo que se conoce como "Potencialidad Corporal" la cual se define como la inhibición de las informaciones corporales a nivel del plano de la conciencia (corteza cerebral) para abrir los canales que requieren estas adquisiciones, y puede llegar a ser independiente del equilibrio útil.

3.4.5 COORDINACION VISOMOTRIZ

La coordinación visomotriz consiste en la acción de las manos (u otra parte del cuerpo) realizada en coordinación con los ojos (Durivage 1986). Dicha coordinación se considera como un paso intermedio a la motricidad fina. Así también, de acuerdo a Ambrosi R. Carmen (1983), la coordinación visomotora es la habilidad para coordinar la visión con movimientos del cuerpo o partes del mismo. El desarrollo de ésta en los niños, parte de movimientos finos con material objetivo, todo esto aunado a un nivel concreto para después pasar a un nivel gráfico por medio de trazos y coloreado.

3.4.6 COORDINACION DINAMICA GENERAL

Retomando a Durivage (1986), se tiene que la coordinación dinámica general exige la capacidad de sincronizar los movimientos de diferentes partes del cuerpo. Así por ejemplo, para la ejecución de salto, brincos, marometas, se requiere de la ejecución de un gesto dinámico que pone en juego los aspectos ligados a las praxias. Así también, interviene el ritmo a través de la regularización del movimiento. Resumiendo, este tipo de ejercicios consisten en ubicar al niño en una situación de búsqueda ante una tarea global en cuya presencia encontrará un modo de respuesta por ajustes progresivos posibilitando, de esta manera, el descubrimiento de una nueva praxia (Jean Le. Boulch 1986).

3.4.7 LATERALIDAD CORPORAL

De acuerdo a Durivage (1986), la lateralidad es el conjunto de predominancia laterales a nivel de los ojos, manos y pies. Dicha lateralización, es el resultado de una predominancia motriz del cerebro presentándose sobre los segmentos corporales derecho e izquierdo.

La lateralización depende de dos factores: Del desarrollo neurológico del individuo y de las influencias culturales que recibe. Por su parte, Quirós (1987) establece que la lateralidad corporal está dada por distintas estructuras y no solo por un hemisferio cerebral ya que además del cerebro, intervienen en ella los vestíbulos, la sustancia reticulada, el cerebelo y aún

el reflejo monosináptico de Sherrington y su opuesto el de Laporte y Loyd, ambos bajo la influencia del medio socioambiental. Así también, Quiros menciona que la lateralidad prevalente de las extremidades está determinada por la existencia de un tono y una fuerza mayores de un lado del cuerpo y mejores posibilidades de destreza entendiéndose por esta mejor direccionalidad y precisión del movimiento, y su adecuación más apropiada a la distancia. Por consiguiente, la lateralidad corporal depende de distintos niveles del Sistema nervioso central. La prevalencia lateral, se produce como consecuencia del accionar del cuerpo sobre el medio; es decir, "de adentro hacia afuera", incluso en los aspectos sensoriales ya que se debe actuar sobre el medio de alguna manera, lo que permite recibir, a su turno la influencia de dicho medio sobre el cuerpo. Esta influencia del medio determina "preferencias corporales" que pueden o no coincidir con la prevalencia lateral.

NIVELES DE LA LATERALIDAD CORPORAL

Dentro de la lateralidad de un miembro influyen diversos factores siendo algunos de los más importantes el tono muscular, la posibilidad de realizar acciones voluntarias eficaces, la mayor fuerza, coordinación precisión y eumetría del movimiento. Sobre dichos elementos actúa el medio imponiendo tácita o expresamente un mayor trabajo a ese lado, por lo que no se puede descuidar el concepto de sistema funcional cuando se habla sobre la lateralidad corporal.

3.4.8 ELABORACION DEL TIEMPO

La noción temporal es primordial para el desarrollo de los estados físicos y se fundamenta en los fenómenos de la memoria, que implica de hecho una cierta idea del pasado, a la cual nos permitimos agregar la posibilidad de referirla al futuro en cuanto a acciones a desarrollar después (Aguayo G.C 1984)

De acuerdo a Durivage (1986), la elaboración del tiempo surge en la etapa sensoriomotriz. Existe un tiempo vivido ligado al sueño y a la vigilia, al hambre y a la comida, al organismo y a la acción concreta, por lo que existen tantos tiempos como acciones. Dichos hechos que se perciben por medio de los cambios, forman los elementos básicos para la elaboración del tiempo.

La integración temporal se empieza a organizar con la función simbólica; es decir, el tiempo vivido va a reelaborarse en el plan de la representación con la ayuda del lenguaje, llegando a las nociones de orden y duración.

La comprensión de la sucesión cronológica de los acontecimientos, su conservación y las relaciones que establecen señalan el paso a la etapa operatoria. La sucesión de hechos tiene un ritmo en el cual se pueden distinguir dos aspectos principales que se diferencian entre sí y a la vez se complementan:

- Ritmo interior.- Es orgánico, fisiológico como la respiración, la marcha etc.

- Ritmo exterior.- Como por ejemplo: el día y la noche, acontecimientos observados en la vida cotidiana etc.

Así, de acuerdo a Durivage, el ritmo participa en la elaboración de los movimientos especialmente en la adquisición de los automatismos.

RITMO

El ritmo es la distribución de sonidos o ruidos estructurales en fracciones iguales que se repiten en una sucesión ordenada y periódica. Toda educación del sentido rítmico tiene sus raíces más profundas dentro de la actividad motriz del niño ya que la percepción del ritmo incluye generalmente reacciones motrices (Ambrosi R.C 1983)

3.4.9 RELAJACION

El campo de la reeducación Psicomotriz practicada por el psicoreeducador debe incluir la relajación neuromuscular por lo que se considera importante realizar una revisión en lo que a este tema se refiere.

El término relajación, se ha introducido desde algún tiempo en el vocabulario corriente e incluso comercial. Es una práctica actualmente muy en boga que se ha convertido en necesidad para algunos dada las condiciones en que se desarrolla la vida en este mundo dinámico y un tanto angustiado (Loudes J. 1978).

De acuerdo a Defontaine (1982), la Relajación es la acción

de provocar el relajamiento de la tensión de los músculos para obtener un reposo completo. Es decir, la relajación busca a través de acciones voluntarias una distensión muscular o disminución del tono para alcanzar el reposo físico y psíquico.

De acuerdo a Loudes (1978) y Defontaine (1982), Con la Práctica de la relajación se busca entonces la atenuación o la desoerición de las reacciones de hipertonia muscular, lo cual provoca a su vez una distensión en la esfera psíquica. Dicho de manera más simple:

- La relajación concede un estado de sedación muscular y mental de efectos bienhechores:

a) Psicológicamente, da la posibilidad de soportar el trabajo y afrontar las preocupaciones o las dificultades con un máximo de serenidad.

b) Físicamente, permite una mejor distribución del trabajo muscular.

c) El estado de relajación produce produce modificaciones mensurables en las funciones vegetativas. Así, se puede observar que la temperatura baja, el calor de la piel aumenta

d) Finalmente, la relajación es un medio de conseguir una buena educación de la actitud, de facilitar la percepción del propio cuerpo y el control de la respiración, todo ello obtenido a un esfuerzo de atención interiorizada.

TECNICAS

Las teorías básicas de la relajación se presentan como las teorías psicósomáticas. Su finalidad es la unidad del ser.

Los métodos de relajación se apoyan principalmente en la noción de tensión relacionada con el tono. Son técnicas dirigidas hacia el sector tensional y tónico de la personalidad, utilizando varios medios. Estos métodos son muy numerosos actualmente; sin embargo, los principales pueden dividirse en tres grupos según los establecido por Loudes (1978) y Defontaine (1982).

1) **MÉTODOS GLOBALES:** Basados en enfoques psicoterápicos procedentes de la teoría de la hipnosis (Schultz). Estos métodos son los que consideran el proceso de la relajación de un modo sintético y global, situando en primer plano el aspecto concentrativo y mental; utilizando principalmente técnicas autohipnóticas.

De esta forma, la decontracción muscular no es más que un medio o un punto de apoyo con miras a obtener un relajamiento psicológico, una distensión mental.

2) **MÉTODOS ANALÍTICOS O DE BASE NEUROFISIOLÓGICA:** Estos métodos tienen como objetivo la relajación de la musculatura o reducción del tono, no por técnicas de concentración mental, sino por la educación del sentido muscular; es decir, a través de una reeducación de las sensaciones musculares en una toma de conciencia de las modalidades del funcionamiento muscular en el

conjunto tensión - relajación, que conduce a un control de la inhibición tónica voluntaria. Cabe mencionar que aquí la fase de contracción es solamente una fase previa, destinada a evaluar y enfatizar la fase de concentración que le sigue.

A continuación, se explicara brevemente el Método de relajación progresiva de Jacobson el cual queda incluido dentro de los métodos de bases neurofisiológicas utilizado para adultos y el de Wintrebert el cual es una mezcla entre los dos tipos de métodos además de ser aplicables a niños y adolescentes.

METODO DE JACOBSON

Dentro de dicho método se pretende que el paciente alcance el reposo excluyendo la sugestión como en el caso de los métodos globales. De esta forma, el paciente se entrena en la observación de sus propios esquemas de tensión y en la relación de los mismos, para lograr a cabo lo anterior, se proponen dos fases:

- a) Una fase dirigida a la relajación general encaminada a disminuir el tono
- b) Una fase de relajación diferencial con el fin de poner en juego la tensión funcional mínima necesaria para acometer la acción deseada

METODO DEL MOVIMIENTO PASIVO ADAPTADO A LOS NINOS, DE WINTREBERT

Resumiendo a Maigre y Destrooper (1985) y a Defontaine (1982), se sabe que este método fué creado frente al hecho evidente de que los métodos de relajación utilizados en el adulto

no son aplicables a los niños. De esta forma, Wintrebert creó una técnica de relajación basada sobre el contacto y la movilización pasiva. Dicho método se compone de dos fases:

1) La regulación del tono por movimientos pasivos.- Dentro de la cual se intenta movilizar pasivamente los diferentes segmentos de los miembros superiores y después de los inferiores a través de un movimiento lento y repetido consiguiéndose posteriormente un estado de relajación.

Seguido de esto, se pasa a una etapa intermedia durante la cual, con contactos leves, se hace en cierto modo el recorrido del cuerpo del niño y se le dan consignas verbales: Piensa en tu mano que está extendida y otras.

2) Readaptación de los movimientos.- Dentro de esta fase, se toman en consideración dos etapas: a) Etapa de los movimientos activos en la cual el niño ejecuta movimientos con tiempos largos: Siempre tendido, con los ojos cerrados, levanta los diferentes segmentos de sus miembros y después los deja caer a peso sobre el colchón. Aquí, es importante denotar el estado de distensión o relajamiento que acompaña al ejercicio. b) Finalmente, se continúa con la etapa de adaptación de los gestos a la vida cotidiana en la que el niño ya habituado a este tipo de ejercicios, se le ayuda a conseguir una relajación muscular en actitudes que adopta normalmente en su vida.

Cabe mencionar que este último método es el que se utilizará para la elaboración de los ejercicios de relajación. Así también

es importante denotar que existen más técnicas o métodos; sin embargo por ser éstos muy extensos solo se llevó a cabo el análisis general de dos de los métodos más utilizados.

CONDICIONES PARA LLEVAR A CABO LA RELAJACION

La relajación se debe practicar en una sala suficientemente grande, aunque no demasiado, a fin de facilitar la interiorización. Así mismo, la temperatura debe ser agradable y constante, la luminosidad no debe ser exagerada (se recomienda recorrer las cortinas del salón o mantener una luminosidad tenue).

Por otra parte, es recomendable la utilización de un tapiz o alfombra o colchoneta para amortiguar la caída de los segmentos y permitir el sentir el contacto del cuerpo con cualquiera de ellos.

Para finalizar, la relajación puede situarse al principio de la sesión como ejercicio y tomarla al término como sedación. De este modo, puede evidentemente situarse cuando la necesidad lo requiera; sin embargo, no debe durar más allá de los 10 o 15 minutos. no se debe dirigir a un grupo importante de niños y se debe desarrollar en completa calma o silencio absoluto (Loudes 1978).

3.5 DEFINICION DE REEDUCACION PSICOMOTRIZ

La reeducación Psicomotriz es una terapéutica original, neurofisiológica y psicofisiológica en su técnica, psicológica en

su objetivo, destinada a actuar por medio del cuerpo sobre las funciones mentales y comportamentales perturbadas (Masson S. 1985).

Partiendo de la vertiente motora y corporal de acceso más fácil, se propone actuar sobre el psiquismo con el fin de permitir al sujeto una mejor facultad de adaptación; la personalidad de éste se afirma y se adapta tanto más fácilmente cuanto mejor conozca su cuerpo, lo acepte de mejor grado y pueda así interpretar mejor el medio que lo rodea y responder de manera más adecuada.

3.6 INDICACIONES PARA LLEVAR A CABO UNA REEDUCACION PSICOMOTRIZ

De acuerdo a Suzane Masson (1985), las indicaciones de la reeducación psicomotriz son muy amplias. Normalmente, ésta es siempre aplicable sin acarrear ningún peligro. Se dirige evidentemente a los enfermos, niños o adultos y también puede ser incluida como profilaxis en su forma educativa en sujetos normales o subnormales a lo largo de su evolución, y cuyo desarrollo psicomotor no siempre se realiza espontáneamente.

En la mayoría de los casos se dirige a cada sujeto como un caso particular ya que cada uno tiene su propia personalidad así como diferentes posibilidades instrumentales, neurofisiológicas, problemas afectivos, potencial evolutivo y ambiente familiar o social. es por estos motivos, que la reeducación psicomotriz se deberá adaptar a cada persona.

Por otra parte, se tiene que la reeducación Psicomotriz se debe elaborar en base a exámenes médicos, evaluaciones psicológicas y no solamente en la evaluación motora va que al inventariar un solo aspecto, se pueden dejar fuera síntomas que no expresen el fondo del problema, por lo cual, no se debe perder el tiempo pensando que al curar un síntoma se cura al enfermo o se soluciona el problema que se esté presentando. será necesario pues, llevar a cabo una evaluación que permita juzgar el grado de maduración neurológica, psicomotriz, coeficiente intelectual, así como tener una relación precisa de las condiciones de vida del paciente y de sus relaciones con la familia, de su comportamiento en la escuela, de su inserción social, y cualquier otro tipo de prueba requerida de acuerdo a la situación. Así, en el caso específico de esta investigación se aunó a las evaluaciones anteriormente mencionadas una prueba de articulación, el cual es el problema a corregir con apoyo de una reeducación psicomotriz.

Resumiendo lo anterior, la terapia de reeducación psicomotriz será relacional según el tipo de problema de que se trate. Toda la gama es posible, desde una psicoterapia analítica de base corporal que solo puede ser aplicada por un especialista experimentado, al aprendizaje puro, suficiente para un sujeto con trastornos no graves. Sin embargo, este aprendizaje debe realizarse en una atmósfera afectiva de calidad que suscite una vivencia real y agradable e incite al sujeto a que se anime a expresarse y a proseguir los ejercicios que deben ser repetidos con frecuencia para ser eficaces.

4. INTERRELACION ENTRE PSICOMOTRICIDAD Y HABLA

La Reeducción Psicomotriz se introdujo solo muy paulatinamente en los Centros e Institutos Pedagógicos o Psicopedagógicos. El papel principal fué reservado en un principio para los problemas psicológicos y pedagógicos, con las reeducaciones de carácter netamente escolar como la reeducación de las dislexias y disortografías. Sin embargo, la necesidad de esta reeducación se ha hecho sentir también, en casos de trastornos bien caracterizados como los de lenguaje, trastornos afectivos, tics, dislexias y disortografías anteriormente mencionadas en los que antes de emprender las reeducaciones especializadas (o conjuntamente con ellas), se ha revelado que era más ventajoso y que se ganaba tiempo abordando el problema de un modo más general (G.B Soubirán, P. Mazo 1980). Así, es más lógico enseñar a relajar las grandes masas musculares de los miembros y del tronco, antes de exigir una acción más precisa sobre los pequeños grupos musculares que gobiernan la escritura o la palabra; o es más lógico precisar las nociones de esquema corporal y orientar mejor a un niño en su propio cuerpo antes de enseñarle a discriminar una letra "d" de una "b", o también más lógico objetivar el espacio y el tiempo, separándolos en un pequeño número de pasos a gestos, antes que abordar el estudio del cálculo.

Soubirán y Maro (1980), mencionan que las inestabilidades excesivas hacen a menudo imposible también toda psicoterapia o toda reeducación de otro trastorno: de palabra, afectivo, aprendizaje. Sólo la Reeducación Psicomotriz permite un modo de tomar a tales inestables y abrir el camino a las otras terapias aportando una tranquilización, un comienzo de organización de un organismo completamente anárquico hasta entonces; es decir, la Reeducación Psicomotriz si bien no puede reemplazar ciertas terapias, puede mejorar sensiblemente el comportamiento del niño, o en todo caso, le permite disponer de sus medios reales o desarrollándolos.

En relación al habla, aunque no sea posible encontrar datos patentes de un déficit neurológico específico o de una implicación motórica como correlato etiológico de la mayor parte de los niños con deficiencia de ésta, existe un gran número de datos que indican que la imagen general del desarrollo de habilidades motoras es menos favorable en el caso de las personas que muestran deficiencias en el habla que en la población en general (Berry y Eissenson 1956).

Dentro de las investigaciones que intentaron comprobar lo anterior, se encuentra la de Bילו (1949) el cual aplicó una serie de test que medían habilidades motoras a niños con defectos del habla (tartamudos y con deficiencias en la articulación). Estos niños oscilaban en edad de los nueve a los 18 años. Así, se aplicaron dichos tests a un grupo control formado por niños de

habla normal. La ejecución de dichos test, implicaba la utilización de un ritmo adecuado, coordinación y fuerza muscular.

En los resultados arrojados por esta investigación se pudo observar que aproximadamente las dos terceras partes de los niños con problemas del habla eran inferiores a los niños de habla normal en lo que se refería a las habilidades motoras.

Por su parte, Albright (1942), comparó a 31 estudiantes universitarios sin problemas de articulación y 36 con deficiencias articulatorias evaluándolos con test de habilidades motoras y de articulación fonética, obteniendo como resultado que los estudiantes con déficit en la articulación eran inferiores al grupo control en su capacidad motórica.

James L. Carrol (1989) retomando el tema, llevó a cabo un estudio para observar la relación existente entre los desórdenes articulatorios y las habilidades visomotoras. Para realizar lo anterior, se utilizó a un grupo de niños con un rango de edad de 6 años 4 meses a 13 años con una edad promedio de 8 años y con problemas articulatorios funcionales, sin presencia de problemas auditivos, y sin ninguna evidencia de dificultades académicas significativas. Así mismo, el grupo control sin problemas articulatorios fue seleccionado con las mismas características de edad, sexo, el mismo maestro y grado estando en este caso conformado el grupo por 19 niños y 15 niñas sin presencia de

anomalías estructurales del mecanismo oral. En ambos grupos, los estudiantes fueron blancos y con un nivel socioeconómico perteneciente a Clase media.

Para determinar la ausencia o presencia de trastornos articulatorios se utilizó el Test articulatorio de Goldaman - Fristoe (1972) y para determinar problemas visomotores, el Test de Diagnostico Perceptual de Minnesota revisado (Fuller, 1982). Los resultados, mostraron que la ejecución del grupo de niños con problemas articulatorios fué significativamente pobre a comparación de la de los niños del grupo control por lo cual dichos autores sugieren incluir no solo el tratamiento de la articulación sino también un entrenamiento en el plan individualizado para desarrollar la articulación correcta.

Aunado a las investigaciones anteriormente mencionadas, se encontraron los siguientes datos referentes a la importancia que tienen diversos componentes de la psicomotricidad en lo que al habla respecta.

Quiros (1987), establece que la retroalimentación y la retroacción son importantes para el habla. Así mientras la retracción informa por medio de la vía de retorno principalmente somestésica de que manera se van produciendo las distintas secuencias de dichos actos motores una vez obtenido el resultado final que en este caso es la fonarticulación, éste retroalimenta a su vez el circuito por medio de la percepción auditiva de este

resultado. Así, en el caso del Habla, mientras la retroacción supone el retorno de informaciones específicas respecto de los mismos impulsos motores, la retroalimentación se establece sobre múltiples asociaciones perceptuales, de las que resulta predominante (en el ejemplo mencionado) la audición. Lo importante es que las asociaciones perceptuales multisensoriales de acuerdo a dicho autor son las que definitivamente permiten la retroalimentación interna y externa. Así también, Quirós (1987), establece que la adquisición del habla como aprendizaje superior logra realizarse sobre la base de la exclusión del plano de conciencia de una cantidad de informaciones corporales (o exteriores) transmitidas a través del cuerpo. Así mismo, dice que el sistema postural es el que permite la incorporación de aprendizajes básicos que pueden llegar (cuando se dan las condiciones apropiadas) hasta la adquisición del lenguaje (dentro del cual se encuentra conformada el Habla). Es por esto, que el sistema postural debe ser cuidadosamente estudiado para permitir la interpretación de muchos síntomas que suelen aparecer en la patología del Lenguaje y del Aprendizaje, ya que todos los elementos que intervienen directa o indirectamente en el sistema postural, o que permiten la aparición del Lenguaje incluyendo al Habla, actúan en forma de circuitos "motoricosensoriales" conformando verdaderos circuitos de acción-retroacción-retroalimentación.

Finalmente, dicho autor señala que en toda actividad motora nueva actúan los niveles superiores del sistema nervioso central. En la medida en que la actividad motora puede ser automatizada, esos niveles superiores pueden ser empleados para otros aprendizajes, sean o no motores: , en tanto que la actividad motora puede cumplirse satisfactoriamente de manera automática, el conocimiento tendrá mejores y mayores posibilidades de progreso.

En un comienzo, la actividad psicomotriz es importantísima para el conocimiento. Más tarde, cuando el conocimiento de algo ya está establecido, también ese conocimiento es utilizado en la procura de nuevos logros. Un ejemplo de esto es la adquisición del lenguaje. Inicialmente, el lenguaje es aprendido por el ser humano mediante actividades exteriores (motrices) e imitaciones condicionadas pero luego se transforma en una acción mental.

De acuerdo a González V. M (1979), las condiciones que precisan una correcta articulación del Habla implican una adecuada función respiratoria, un cierto nivel de madurez psicomotriz; una adecuada discriminación auditiva, una adecuada agilidad bucofacial y una adecuada Percepción. Así, los trastornos articulatorios generalmente no aparecen aislados, sino que forman parte de una constelación de síntomas motivados por distintas causas, como consecuencias de las cuales aparece la dificultad de expresión.

De esta forma, el desenvolvimiento del lenguaje, está estrechamente ligado al desenvolvimiento de las funciones del movimiento; esto es, la motricidad fina entra en juego directamente en la articulación del habla. Es por lo anterior, que si existiera un retardo en la primera, el habla se vería afectada también. En relación a esto, Pilar Pascual (1989), menciona que los defectos articulatorios desaparecerían si se fuera desarrollando al mismo tiempo la motricidad, ya que el niño irá adquiriendo la agilidad y coordinación de movimientos que precisa para hablar correctamente. De ahí la necesidad de enfocar el tratamiento no solo en orden de enseñar a articular, sino a desarrollar todo el aspecto psicomotor del paciente educando los movimientos aunque no sean inmediatamente utilizados en la articulación de la palabra.

Getman (En: Quirós 1967 y Robert N. Singer 1972) desarrollo una teoría visomotriz en la que se otorgaba un gran significación a la visión como base del aprendizaje. De esta forma, estableció un modelo visomotor en el cual se describen las secuencias del desarrollo motor y perceptivo en el ser humano. De acuerdo con éste autor, cada etapa o nivel es alcanzado a medida que el nivel anterior es superado.

ETAPAS DEL MODELO VISOMOTOR DE GETMAN

1) SISTEMA DE RESPUESTA INNATA

Basado en las respuestas biológicamente determinadas que trae el niño recién nacido consigo como por ejemplo: Los reflejos

tónico cervicales, de sobresalto a la luz, de prensión, estatokinético etc.

2) SISTEMA MOTOR GENERAL

Dentro del cual se desarrollan acciones como gatear, caminar, correr, saltar, deslizarse y saltar sobre un pie. Getman menciona que cuando dicha área o etapa no se consigue establecer, los resultados se exteriorizan como torpezas y fallas en la coordinación motriz.

3) SISTEMA MOTOR ESPECIAL

Se refiere al desarrollo de la adecuada relación entre ojo y mano, mano y pie, voz y relaciones gestuales

4) SISTEMA MOTOR OCULAR

Relacionado con las habilidades oculares que incluyen los movimientos sacádicos, fijación visual sobre un objeto, seguimiento de un objeto con ambos ojos y movimiento libre.

5) SISTEMA MOTOR DEL HABLA

El cual lleva implícito la integración auditiva, interjuego entre visión y procesos lingüísticos, habilidades de balbuceo, habla imitativa y habla original.

6) SISTEMA DE VISUALIZACION

Aunque Getman no establece una relación como tal entre motricidad y lenguaje, al analizar su modelo se puede observar

que para poder lograr o llegar al nivel en el cual se incluye el sistema motor del habla se requiere en primera instancia de un control de la motricidad gruesa, y que de no ser así se puede presentar como consecuencia una deficiencia motora incluyendo el nivel dentro del cual se incluye el sistema motor del habla.

De acuerdo a Azcoaga (1975), el desarrollo del lenguaje se encuentra en estrecha relación con la edad evolutiva del niño, que no ha de corresponder necesariamente a la edad cronológica. De este modo, un retraso en el desarrollo estatomotor o psíquico va siempre acompañado de una evolución retardada o incompleta del Lenguaje. Así mismo, señala que un lenguaje sin perturbaciones sólo puede producirse cuando un niño presenta un desarrollo físico normal y unas funciones sensoriales íntegras ya que el lenguaje exige la capacidad de oír, ver, el sentido muscular tanto motor como kinestésico, la capacidad de efectuar movimientos voluntarios y el intelecto adecuado.

Por su parte, Suzanne Masson (1985) establece que los desórdenes motores que no responden de forma obligatoria a lesiones neurológicas como dificultades del esquema corporal, tiempo y espacio pueden traer problemas en el desarrollo ulterior de los medios de comunicación y expresión. Así, cuando existen trastornos psicomotores, éstos conducen con frecuencia al niño a una dificultad o incapacidad para adquirir el simbolismo y la conceptualización en la edad esperada aunque no exista una deficiencia mental. De este modo, a través de la psicomotricidad

se trata de hacer concebir por medio de ejercicios concretos el símbolo utilizable por la mente y de preparar para la comunicación simbólica gracias a la verbalización de ejercicios propuestos que preparan el lenguaje oral y escrito.

Finalmente, Jean Piaget (1987), Wallon y Aiuriaguerra (en: Maigre y Destrooper 1986), en sus obras hacen mención de la importancia que tiene un adecuado desarrollo del control motor para el desarrollo correcto del lenguaje. Así, en la obra de Wallon se encuentra el punto de partida de la noción fundamental de unidad funcional: es decir, de unidad biológica de la persona humana donde psiquismo y motórica no constituyen ya dos dominios distintos, sino más bien representan la expresión de las relaciones reales del ser y del medio. Toda su obra ha intentado mostrar la importancia del movimiento en el desarrollo psicológico del niño, y ha puesto en evidencia que, antes de utilizar el lenguaje verbal para hacerse comprender, el niño hacía uso en un principio de de los gestos; esto es, movimientos en conexión con sus necesidades y situaciones surgidas de su relación con el medio.

Por otro lado, Piaget, denota que la actividad motora y la actividad psíquica no son realidades extrañas. Sin embargo, esta unidad funcional adquiere una significación distinta. Antes de continuar, cabe mencionar que Piaget es un lógico y no se interesa tanto en la unidad del ser como en la explicación de los fenómenos implicados en la organización de las funciones

cognoscitivas en el niño; sin embargo, el periodo sensoriomotor uno de los estadios establecidos por él, es considerado como punto de partida para la construcción de las funciones cognoscitivas incluyendo al lenguaje a través del dinamismo motor.

El papel de la función tónica ha sido desarrollado por Ajuriaquerra, convirtiendo así a la psicomotricidad o psicomotórica en el primer modo de comunicación con el mundo alrededor de sí. Así mismo, menciona que la aprehensión del espacio, conciencia del cuerpo, no son funciones aisladas, abstractas o yuxtapuestas, sino que una y otra están abiertas y representan posibilidades de acción para nosotros mismos y son medios del conocimiento del mundo.

Siendo patólogo, Ajuriaquerra describe a partir del estudio de ciertas perturbaciones psicomotoras el estrecho lazo que existe entre psicomotórica y su asociación al desarrollo del gesto y del lenguaje. Para remediar estos trastornos, dicho autor y sus colaboradores han propuesto una reeducación psicomotora como actualmente se intenta llevar a cabo en esta investigación.

METODOLOGIA

PROBLEMA:

Que relación existe entre la utilización de ejercicios de psicomotricidad aunado a ejercicios de articulación y la facilitación de la corrección del fonema /r/ en sus dos formas?

HIPOTESIS ALTERNA

Si se utilizan ejercicios de psicomotricidad aunados a ejercicios de articulación, en un solo programa entonces se facilitará la corrección del fonema /r/ en sus dos formas.

HIPOTESIS NULA:

Si se utilizan ejercicios de psicomotricidad aunados a ejercicios de articulación, no se facilita la corrección del fonema /r/ en sus dos formas.

SUJETOS:

Niño de 8 años de edad, nacionalidad mexicana de sexo masculino, proveniente de la escuela oficial Petroquímica dentro de la cual cursa el segundo grado de Primaria.

Se eligió a dicho sujeto de la lista de espera del Servicio de Educación Especial por presentar las características requeridas para dicha investigación las cuales eran: Edad de 7 u 8 años y la presencia de Dislalia funcional específicamente en los fonemas /r/ y /r^/: es decir Dislalia de tipo rotacismo bucal.

VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE

Unidad de ejercicios Psicomotores dentro de los cuales se incluyen ejercicios respiratorios, de equilibrio, de equilibrio después de una acción, relajamiento, ejercicios viso-motores y ejercicios de cuadrípedia para reforzar la adquisición del equilibrio.

Dicho Unidad fue elaborado a partir de la evaluación de motricidad aplicada al sujeto (Test de Ozeretsky). El objetivo meta, era incrementar las habilidades motoras del sujeto de acuerdo a su edad cronológica para facilitar a través de estas la corrección del rotacismo bucal.

VARIABLE DEPENDIENTE

La emisión correcta del fonema /R/ en sus dos formas: /r/ y /r^/. El primer caso, es un fonema vibrante simple, sonoro y linguoalveolar cuya articulación se lleva a cabo con los labios entreabiertos, permitiendo ver la cara inferior de la lengua levantada hacia el paladar; los bordes laterales de la misma, se apoyan en las encías y molares superiores impidiendo la salida del aire, y la punta toca los alveolos de los incisivos superiores. El aire se acumula en la cavidad formada por la lengua y el paladar. Al momento de emitir el fonema, al ápice de la lengua se separa momentáneamente y al desaparecer la breve oclusión, el aire sale en forma de pequeña explosión dándose una vibración pasiva de la lengua producida por la presión de la corriente de aire.

En el segundo caso, se trata de un fonema vibrante múltiple también linguoalveolar y sonoro. Los órganos de la articulación se colocan en la misma posición que en el caso anterior; la diferencia estriba en que la punta de la lengua vibra repetidas veces, al formar varias oclusiones contra los alveolos. El ápice de la lengua hace presión sobre la protuberancia alveolar, pero la presión del aire vence su resistencia permitiendo la salida de la corriente aérea. La resistencia hace volver a la lengua a su posición primitiva repitiéndose nuevamente el mismo movimiento con gran rapidéz dando lugar a la salida del aire en pequeñas explosiones.

VARIABLES EXTRANAS

Inasistencias, enfermedad tanto del sujeto como del terapeuta.

AMBIENTE EXPERIMENTAL

La presente investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Educación Especial de la Universidad del Valle de México Plantel Lomas Verdes en el cubículo No. 8 con una superficie aproximada de 4 mts. cuadrados, así como en la Cámara de Gesell la cual cuenta con una superficie de aproximadamente 50 mts. cuadrados. Como algunos ejercicios requerían de mayor espacio, también se utilizó el Patio situado a un costado del Centro de Educación Especial con una superficie aproximada de 60 mts. cuadrados.

INSTRUMENTOS:

Fase de pre-evaluación y Post-evaluación.- El sujeto de 8 años de edad fué evaluado en las áreas de Motricidad, utilizando la prueba de Ozeretsky revisión Guilmain, en el área Intelectual utilizando el test Wisc R, el área de personalidad con apoyo del test de Apercepción Temática para niños y el H.T.P. Así también, para descartar problemas orgánicos, funcionales y de inmadurez, se utilizó el test Gestáltico Visomotor de Loretta Bender y para evaluar la parte de articulación se aplicó el Diagnóstico de Articulación. Así mismo, se llevó a cabo la aplicación de la entrevista Psicopedagógica establecida por el Servicio de Educación Especial Educación Especial.

Para el post-evaluación, se utilizaron únicamente los test de Psicomotricidad y articulación.

MATERIAL:

- Entrevista Psicopedagógica
- Test de Ozeretsky
- Test Gestáltico Vismotor de Loretta Bender
- Wisc R

Para entrenamiento Psicomotor y de Articulación:

- Miel o mermelada, serpentinas, 6 velas, bas de jabón, 2 pelotas de unicel pequeñas, un cronómetro, cuerdas, monedas, una pelota mediana, una pelota pequeña, espejo del tamaño suficiente para que el niño se vea completamente la cara así como la del terapeuta, abatelenguas, colchonetas, masking tape, una silla pequeña o un banco, 7 aros grandes de plástico.

DISEÑO EXPERIMENTAL

Se utilizó un Diseño Reversible A B A, en el cual la Fase A consistió en la detección del problema, llevando a cabo la aplicación de una batería de pruebas cuyos resultados indicaban que el sujeto presentaba un problema de rotacismo bucal; es decir, presentaba una emisión incorrecta de los fonemas /r/ y /r~/ al sustituirse por el fonema /l/.

Durante la fase B, se incluyó la VI que consistió en la aplicación de los ejercicios de psicomotricidad. Así, dicha fase se dividió en las siguientes sub etapas:

- 1.- Unidad de ejercicios de psicomotricidad
- 2.- Ejercicios psicomotores aunados a ejercicios bucofaciales
- 3.- Unidad de articulación (corrección del fonema /r/ y /r~/)

Finalmente, la fase A2, implica la reevaluación de la articulación y psicomotricidad.

Cabe mencionar que el cambio de sub fases se dará en la medida en que las evaluaciones parciales establecidas en dichos programas alcancen los criterios sucitados para cada uno de ellos:

- Unidad de Psicomotricidad: Una ejecución adecuada a la edad cronológica del sujeto (8 años de edad, en base a la prueba de Ozeretsky).
- Articulación: 100% de aciertos en la evaluación (Prueba de Articulación)
- Ejercicios bucofaciales preparatorios: Adecuada ejecución de los ejercicios indicados.

PROCEDIMIENTO

EVALUACION.- De la lista de espera del S.E.E Lomas Verdes se eligió a un sujeto de 8 años de edad el cual cursaba el segundo grado de primaria por presentar los requisitos antes mencionados con el fin de ser evaluado. De esta forma, durante la primera sesión se llevó a cabo la Entrevista Psicopedagógica con la madre del niño, así como la aplicación de la prueba articuladora para corroborar que el paciente presentara exclusivamente problemas de rotacismo.

A partir de lo anterior, se procedió a aplicar el resto de las evaluaciones de la siguiente forma:

- Bender para descartar problemas orgánicos y funcionales y C.A.T para obtener datos de la personalidad del sujeto y descartar problemas afectivos graves. (2 sesión)
- Wisc R para establecer el nivel intelectual del sujeto y descartar problemas de retardo mental. (3 sesión)
- Test de Ozeretsky para corroborar la existencia de problemas motores. (4 sesión)

TRATAMIENTO

Una vez realizada la evaluación, se llevó a cabo la elaboración del programa en el cual se incluyeron tres unidades: De ejercicios de Psicomotricidad, ejercicios orofaciales preparatorios y ejercicios articulatorios para la corrección del fonema /r/ en sus dos formas: simple y múltiple. Posteriormente, se dió inicio al tratamiento el cual se realizó de la siguiente forma: a partir de la sesión 6, se dió inicio a las sesiones de

entrenamiento las cuales tuvieron una duración de dos horas asistiendo el niño en horario de Lunes y Jueves de 16:00 a 18:00 horas. Así, el entrenamiento quedó dividido en cuatro fases. La primer fase abarcó de la sesión 6 a la sesión 108. En ésta se inició la Unidad de psicomotricidad realizando durante las sesiones ejercicios respiratorios, de equilibrio, equilibrio después de una acción, cuadrípedia finalizando con ejercicios de relajamiento, con la previa explicación y muestra de su correcta realización por parte de la psicóloga. de este modo, para poder continuar con el programa y pasar a ejercicios mas complejos en las diversas áreas a reeducar, el paciente tenía que cumplir con los criterios de evaluación establecidos para cada ejercicio.

Una vez niveladas las habilidades motoras acorde a la edad cronológica del sujeto, se dió inicio a la Unidad de ejercicios bucofaciales preparatorios tomando en cuenta que esta con la unidad anterior forman parte de un programa general.

Así los ejercicios de la primer unidad se catalogarian dentro de lo que se refiere a motricidad gruesa y los últimos a motricidad fina. Dicha unidad, incluyó principalmente ejercicios de la lengua tanto externos como internos, (Sesión 108 a 117). Así como en el programa anterior, también se establecieron requisitos para evaluar cada uno de estos ejercicios.

Finalmente, se dió paso a la Unidad de articulación para trabajar directamente con el fonema afectado. Para llevar

a cabo dicho tratamiento, se utilizó el método Sensoriomotriz descrito por McDonal (1969) ya que era el que más se adecuaba a la problemática del paciente.

Las etapas en las cuales se divide dicho método se llevaron a cabo de la siguiente manera:

- En la primer etapa, se enseñó al niño a sentir los movimientos que produca al emitir los fonemas en los cuales no presentaba ningún problema los cuales fueron específicamente la /m/ y la /l/ utilizando combinaciones silábicas. Todo esto se realizó a través de preguntas como las siguientes: Tu lengua está colocada arriba o abajo?, Que más tocaba tu lengua?, Y tus labios como estaban?.

- En la segunda etapa, se inició el aprendizaje del patrón sensoriomotriz del fonema meta el cual en este caso fue el fonema /r/ y el fonema /r^/. Llevando a cabo la evaluación del lenguaje espontáneo, se encontró que el niño solamente podía pronunciar el fonema /r/ en la palabra clave "andururi", por lo cual se empezó la práctica de dicho fonema a través de esta palabra exagerando inicialmente los movimientos articulatorios para su producción. Posteriormente, se trabajó con la generalización del fonema en otros contextos. Una vez adquirido el fonema, el tratamiento se enfocó a la adquisición del fonema /r^/ para lo cual se retomó el método anterior. Al no existir en este caso ningún contexto en donde el niño pudiera emitir dicho fonema, se inició la

realización de ejercicios que se asemejaban al motor de un carro (trrrr) siempre acompañados del fonema /t/ inicial ya que así se le facilitaba la emisión al niño en los cuales también se exageraban los movimientos articulatorios requeridos para su producción; así mismo, se utilizó el fonema /r/ solo y entre vocales como apovo, de forma similar a los ejercicios anteriores. Al adquirir el niño el fonema, se dió paso a la generalización de éste en contextos nuevos.

Cabe mencionar, que el niño pudo pronunciar el fonema /r/ en la palabra "horizontal" durante el periodo en el cual se estaba trabajando con la Unidad de Psicomotricidad de ejercicios gruesos; es decir, sin haberse iniciado la Unidad de articulación; al obtener el paciente una mayor conciencia de sus movimientos a través de los ejercicios de relajamiento específicamente; sin embargo, se observó cierta dificultad para emitir dicho fonema en otras palabras. Así también, es importante establecer que la generalización se exigió se llevara a cabo en la casa del paciente bajo la supervisión de los padres de familia y no sólo durante la terapia.

Para finalizar, se llevó a cabo la aplicación de un Posttest en el cual se incluyó la evaluación Psicomotora y de articulación.

RESULTADOS

En relación a la etapa de evaluación del sujeto, los resultados arrojaron los siguientes datos:

En la valoración de Articulación, se presentan Dislalias de tipo rotacismo bucal, sustituyendo los fonemas vibrantes simple y múltiple por el fonema /l/ al principio, en medio y al final de la palabra y en sílfones aislados.

En cuanto a la valoración del Test Gestáltico Visomotor de Loretta Bender, se encontraron las siguientes características: Dificultad de cierre, remarcamiento y colgamiento, rasgos que denotan a un Sujeto normal el cual no presenta problemas de daño orgánico, funcionalidad o percepción.

Dentro del Area Intelectual, los datos obtenidos de la prueba de Inteligencia Wisc R, muestran a una persona con un CI total de 110 el cual dentro de la clasificación de Wechsler se encuentra en un nivel de Brillante; denotándose que es un Sujeto mas teórico que práctico.

Por otra parte, se observan puntuaciones altas en los subtest de Semejanzas y Vocabulario lo cual implica que éste posee un tipo de pensamiento abstracto, con una adecuada dotación natural y manejo del lenguaje. Así también, se observa que el sujeto se maneja más por razonamiento que por impulsos denotando una adecuada capacidad de autocrítica y heterocrítica, de planeación, análisis y síntesis, discriminación y percepción.

Finalmente, el sujeto obtuvo puntuaciones bajas en los subtest de Información y Claves lo cual indica que el sujeto maneja por debajo de sus capacidades la imitación, memoria inmediata y que su acervo cultural se encuentra disminuido.

En el Area afectiva, los resultados arrojados por los Test C.A.T y H.T.P denotan a un sujeto con una adecuada dinámica familiar, en la cual se muestra la existencia de una comunicación idónea en relación a la figura materna. Así también, la figura paterna es percibida como proveedora de necesidades afectivas. Por otra parte, se observa la existencia de problemas en las relaciones interpersonales debido quizás a la problemática presentada por el paciente (Dislalia).

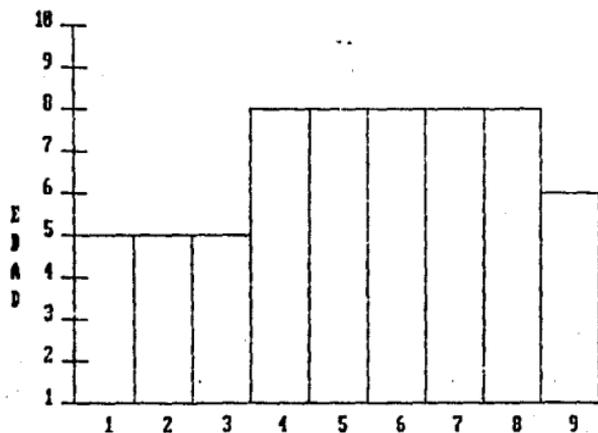
En los resultados de la evaluación Psicomotora obtenidos a través del Test de Ozeretsky se observa que el sujeto se encuentra dos años por debajo de su edad cronológica en lo que respecta al subtest de control respiratorio. Así también, se muestra un atraso de tres años en el subtest de coordinación estática o equilibrio y problemas de coordinación visomotora. La ejecución en el resto de los subtest se encontró acorde a la edad cronológica del niño (Gráfica No.1).

En relación a los resultados obtenidos en la etapa de reevaluación denotan que la ejecución del sujeto en lo que respecta a los componentes de la psicomoridad se desarrolló acorde a su edad cronológica (8 años) de acuerdo a lo establecido en el Test de Ozeretsky (Gráfica No. 2). Así mismo,

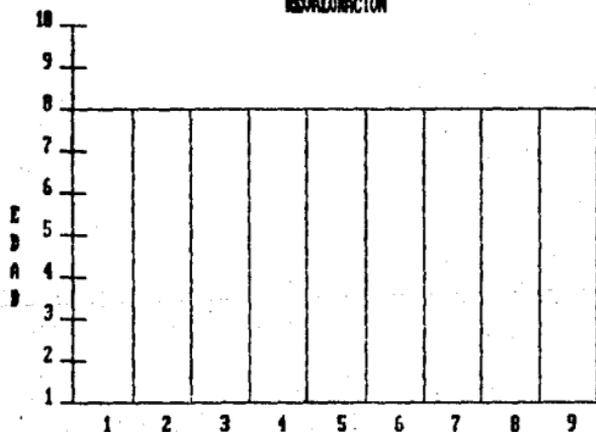
se observó la total corrección del Problema de Dislalia ya que el niño al finalizar la investigación emitía adecuadamente el fonema /r/ en sus dos formas en todo tipo de contextos abarcados por la evaluación de articulación. (Gráfica No. 4)

Por otro lado, en la Gráfica No. 5 y 6, se puede observar que el tiempo de duración requerido para el tratamiento articulatorio es corto de acuerdo al número de sesiones trabajadas en relación al periodo de duración de los ejercicios psicomotores.

PRIMERA EVALUACION



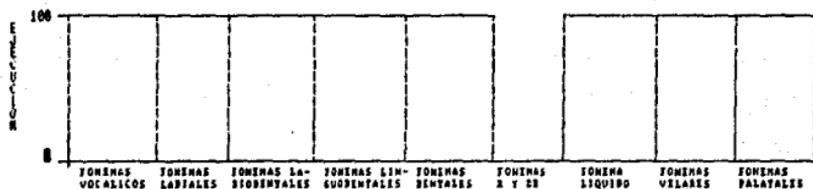
REVALORACION



SUBTEST DE LA PRUEBA COZLETSKY

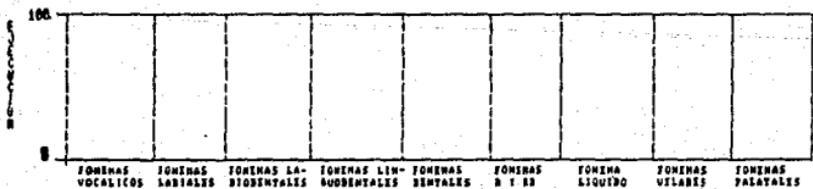
- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| 1) COORDINACION ESTATICA | 6) TEST DE RAPIDEZ |
| 2) COORDINACION DE LAS MANOS | 7) ORGANIZACION EN EL ESPACIO |
| 3) COORDINACION DINAMICA GENERAL | 8) TIEMPO |
| 4) VELOCIDAD | 9) RESPIRACION |
| 5) MOVIMIENTOS SIMULTANEOS | |

GRAFICOS 3 Y 4



CLASIFICACION DE LOS FONEMAS DEL DIAGNOSTICO DE ARTICULACION

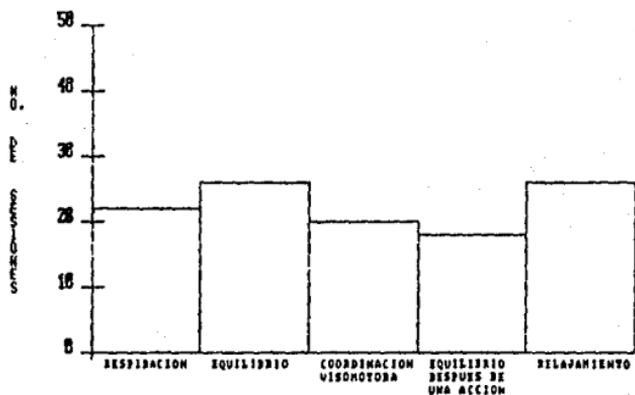
PRIMERA EVALUACION



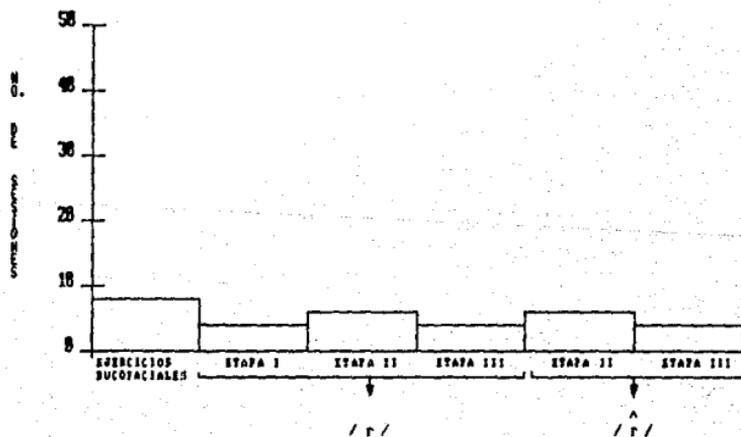
CLASIFICACION DE LOS FONEMAS DEL DIAGNOSTICO DE ARTICULACION

POST-EVALUACION

GRAFICAS 5 Y 6



COMPONENTES DEL PROGRAMA PSICOMOTOR TRABAJADOS



COMPONENTES DEL PROGRAMA DE ARTICULACION TRABAJADOS

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el Post-test los cuales implican la corrección del trastorno dislalico y la adecuada ejecución psicomotora del niño de acuerdo a sus edad cronológica se pueden atribuir a la intervención de la Variable Independiente; es decir, al apoyo encontrado en la utilización de ejercicios psicomotores a través de los cuales el sujeto obtuvo bases para incrementar el control corporal o de sus movimientos para posteriormente esto permitirle también un un adecuado control de sus órganos bucofaciales y a su vez facilitar la corrección de su problema de rotasismo, ya que el habla y la motricidad se encuentran relacionadas entre sí como lo sustenta Quirós (1987); el cual establece que el lenguaje oral es aprendido por el ser humano mediante actividades exteriores (motrices) e imitaciones condicionadas convirtiéndose posteriormente en una acción mental. Dicha postura, es también apoyada por autores como Suzanne Masson (1985), Margarita Nieto (1984), González Valdivia (1979). Así también, Azcoaga (1975), menciona que un lenguaje sin perturbaciones solo puede producirse en sus primeros momentos cuando un niño presenta un desarrollo físico normal y unas funciones sensoriales íntegras. Esto significa que el lenguaje tanto oral como escrito exige la capacidad de oír, ver, un sentido muscular tanto motor como kinestésico, la capacidad de efectuar movimientos voluntarios y un adecuado intelecto.

Por su parte, autores como Piaget, Ajuriaguerra y Wallon (En: Maigre y Deestropier 1986) señalan la importancia de la actividad motora para el adecuado desarrollo del lenguaje. Así, no sería raro el encontrar trastornos o problemas en el lenguaje tanto oral como escrito al verse afectada la motricidad tanto en el caso específico del paciente con el cual se trabajó en esta investigación como en los sujetos con problemas articulatorios incluidos en las investigaciones realizadas por Bilto (1949), Albright (1942), Carroll (1989), en los cuales se observaron disminuciones motoras. De esta forma, al utilizar como apoyo en un programa de articulación ejercicios psicomotores se observó que el paciente a lo largo del desarrollo de dicho programa desde la sesión 6 a la sesión 10B, incrementó el control y el conocimiento de su cuerpo a través de ejercicios de relajamiento, coordinación dinámica general o equilibrio después de una acción y equilibrio. Esto mismo, trajo como resultado una mayor movilidad de la lengua, labios y un adecuado control respiratorio requeridos para la correcta emisión del fonema /r/ en sus dos formas, la cual en un principio se evaluó como incorrecta.

Lo anterior también sustenta lo establecido por Soubiran y Mazo (1980), ya que estos autores señalan que es más lógico enseñar al niño a controlar y relajar las grandes masas antes de exigir una acción más precisa sobre los pequeños grupos musculares siendo en este caso los músculos fonadores a través de los cuales se lleva a cabo la articulación y lo establecido por Pilar Pascual (1989), denotando que los defectos articulatorios

desaparecerían si se desarrollara paralelamente al tratamiento de éstos la motricidad ya que el niño irá adquiriendo la agilidad y coordinación de movimientos necesarios para hablar correctamente.

Cabe mencionar, que la duración del tratamiento para la corrección del rotasismo se llevó a cabo en un corto periodo de tiempo en comparación a la duración del tratamiento en otras Instituciones dedicadas a esa labor y tomando en cuenta la edad del niño ya que a la edad de ocho años, los Transtornos Dislálicos se encuentran mas arraigados Perello (1973).

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Se ha observado a lo largo de esta investigación que existe un gran porcentaje de niños que presentan Dislalias, trastorno de articulación que afecta áreas como la socialización y educativas al verse afectada la comunicación. Así también, se ha encontrado que en la mayoría de los sujetos con dicho problema se denotan deficiencias motoras.

Retomando lo anterior, se concluye lo siguiente:

- Se considera importante apoyarse de un programa psicomotor que facilite la corrección del rotacismo (que incluye la inadecuada emisión del fonema /r/ en sus dos formas ya que se requiere de un gran control del tono muscular de los órganos fonadores y respiratorio para articularlo. Así, en esta investigación se comprobó la hipótesis en la cual se establece que al trabajar con este tipo de ejercicios a través de los cuales se pretendió incrementar el conocimiento y el control del cuerpo en general, se facilitaría la adquisición de la articulación adecuada del fonema anteriormente mencionado realizando un estudio de caso.

- Es importante la elaboración de un diagnóstico completo de cada niño que presenta un Trastorno de Articulación incluyendo una evaluación motora ya que esto permitirá detectar que aspectos están generando el problema lo cual a su vez permitirá llevar a cabo un tratamiento pluridimensional.

- Se considera necesario que los especialistas dedicados al tratamiento del lenguaje en general se preparen en todos los aspectos ya que la extensión del tema así lo exige.

- Se concluye que las investigaciones en relación a Psicomotricidad y lenguaje específicamente en nuestro país son escasas ya que no se le ha dado la importancia requerida al tema, principalmente en lo que ha psicomotricidad se refiere en comparación con otros países.

Por otro lado, las sugerencias que se desprenden de esta investigación son las siguientes:

- Llevar a cabo un mayor número de estudios respecto al tema de investigación ya que como se mencionó anteriormente, son muy pocas las que existen.

- Realizar investigaciones similares a las de Bilito y otros, utilizando una evaluación completa en lo que a motricidad respecta, en la cual incluya la valoración de todos los componentes ya que algunos autores toman en cuenta solo uno de ellos; es decir, evalúan a sujetos con problemas articulatorios por ejemplo únicamente en el aspecto visomotor sin tomar en cuenta los demás.

- A nivel de prevención se sugiere como lo indica Jean Le Boulch (1986) el dedicar una parte del horario escolar a la Educación Psicomotriz, utilizando el movimiento como medio educativo asociado a las materias escolares lo cual no implicaría modificar

los programas escolares sino tan solo aprovechar el contenido de la Educación Física que hoy se practica en las escuelas para adecuarla a las auténticas necesidades del niño, ya que este medio educativo no verbal es un vehículo irremolazable para agudizar algunas percepciones, desarrollar determinadas formas de atención y desencadenar ciertos procesos mentales.

- El ampliar el estudio de la Psicomotricidad no solo como apoyo para la corrección de problemas articulatorios, sino también en el campo de los problemas de aprendizaje ya que el lenguaje escrito se puede ver afectado también por problemas motores como lo retoman diversos autores: Getman, Kephard, Marion Potts y otros.

Para finalizar, se considera que a través de este trabajo se logró aportar lo siguiente:

- El concientizarse de la gran importancia que tiene el movimiento para el desarrollo adecuado del niño.
- Incrementar el conocimiento respecto a los temas de la Dislalia, diagnóstico y tratamiento y Psicomotricidad en un solo volumen.
- La aportación de un método nuevo que se apoya de la Psicomotricidad para intentar facilitar la corrección no solo de rotasismos, sino de otros problemas de lenguaje.

BIBLIOGRAFIA

Ardila Alfredo
Neurolinguística. Mecanismos cerebrales de la actividad verbal.
Editorial Trillas, 1984

Ambrosi Rodríguez Carmen
Importancia de la estimulación perceptual en el niño
Dislállico
Tesis profesional, SEP, Escuela Normal de Especialización, 1983

Aguayo Gómez C.
Importancia de la Psicomotricidad en la recuperación
de niños con problemas de Lenguaje
Tesis Profesional, SEP, Escuela Normal de Especialización, 1984

Ajuria Guerra J.
Manual de Psiquiatría Infantil.
Toray Masson, Barcelona, 1973

Azcoaga J.E, Bello J.A y otros
Los retardos del lenguaje en el niño
Editorial Paidós, 1987

Beneito Noemí
la Psicomotricidad
Revista del Instituto de Investigaciones Educativas
No. 22, 1986

Bernaldo de Quirós J., Schragar
Lenguaje, aprendizaje y psicomotricidad
Editorial Médico Panamericana,
No. 9, Serie del Centro Médico de Investigaciones
Fonológicas y audiológicas, 1987

Bernaldo de Quirós J.
Trastornos del lenguaje en el niño,
Revista de Psicología Educativa
UNAM, 1986

Bernaldo de Quirós J.
Enfoque terapéutico de los trastornos del lenguaje
en el niño.
Revista de Psicología Educativa
UNAM, 1986

Berruecos Ma. Paz
La terapéutica del Lenguaje
Edic. Científica, la Prensa Médica Mexicana, 1982

Bilto E. W

A comparative study of certain physical abilities of children with speech defects and children with normal speech
Journal of speech and hearing disorders
Vol. 17, 1952

Calderón González Raúl

El niño con Disfunción cerebral
Editorial Limusa Noriega, 1990

Castro Luis

Diseño experimental sin estadística
Editorial Trillas, 1984

Colli Peón Judith

Establecimiento del lenguaje en un niño hipoacúsico
Tesis profesional, Facultad de Psicología
ENEP Iztacala, UNAM, 1984

Curso: Evaluación y tratamiento de Desórdenes de Articulación
Centro de Educación Continua, Facultad de Psicología,
UNAM, 1990

Corredera Sánchez Tobías

Defectos en la dicción infantil
Editorial Kapeluz, Buenos Aires Argentina,
1979

Cuenca Faustino, Rodao F.

Como desarrollar la Psicomotricidad en el niño
Narcea Ediciones, 1986

Defontaine Joel

Manual de Psicomotricidad y Relajación
Editorial Masson Barcelona, 1982

Diccionario Enciclopédico de Educación Especial

Editorial Santillana, 1985

Fleming James W.

Perceptual motor programs
The psychomotor Domain Movement behaviour
1972

Durivage Johanne

Educación y Psicomotricidad
Editorial Trillas, 1986

Eisenson J.

Defectos del Habla: Naturaleza causas y correcciones.
Revista de Psicología de los niños y jóvenes marginales
Prentice Hall International, 1973

Fabregat Ana Ma.
Psicomotricidad, concepto y componentes
Anales de la Facultad de Educación
Vol. 9, 1986

Fey. M
Lenguaje intervention with young children
Boston: Colege Hill Press, 1986

Ganong William F.
Psiquiatría General
Editorial manual Moderno, 1988

García Martínez Ana S.
La importancia de la Psicomotricidad dentro del área de Deficiencia Mental
Tesis profesional, Facultad de Psicología, UNAM, 1983

González valdivia M
Problemas de Articulación en el niño en edad escolar
Tesis profesional, SEP, Escuela Normal de Especialización, 1979

H. Lenneberg Erick
Fundamentos Biológicos del Lenguaje
Editorial Madrid, 1967

Hallahan, D.P. y Kauffman O.M.
Exceptional children. Introduccion to Special Education
Prentice Hall, Series in Special Education, 1978

James I. Carroll
Visual motor ability of children with articulation disorders
erceptual and motor skills
Vol. 69, 1989

La Educación psicomotriz en la Educación Especial
Dirección Especial de Educación Especial, SEP, 1986

Le Boulch Jean
La educación por el movimiento en la edad escolar
Editorial Paidós, Educación Física fundamentos
1986

Le Boulch Jean
La educación Psicomotriz en la escuela primaria
Editorial Paidós, Psicomotricidad, 1984

López Jornet Higinio
Escala básica de Psicomotricidad
Revista de Psicología y Pedagogía aplicadas
Vol. XVI, No. 31, 1985

- Loudes J.
Educación Psicomotriz y actividades físicas
Editorial Científico Médica, 1978
- Maigre A. Destrooper J.
La Educación Psicomotora
Editorial Morata, 1985
- Masson Suzane
La reeducación Psicomotriz y el examen psicomotor
Editorial Gedisa, Psicomotricidad, 1985
- Melgar de González Ma.
Como detectar al niño con problemas del Habla
Editorial Trillas, 1976
- Mila Demarchi Juan L.
Psicomotricidad
Punto 21 Revista de Educación, SEP,
No. 37, 1986
- Morgan C. T
Psicología Fisiológica
Editorial MacGraw Hill, 1977
- Mussen, conger y Kagan
Desarrollo de la personalidad del niño
Editorial Trillas, 1985
- Myers Patricia I.
Métodos para educar niños con dificultades en el aprendizaje
Editorial Noriega Limusa, 1990
- Nieto Herrera Margarita
Anomalías del lenguaje y su corrección
Fco. Méndez Otero, Editor y distribuidor
México, D.F, 1983
- Noback Charles
Sistema Nervioso Humano, Fundamentos de neurobiología
1984
- Osterrieth P.
Psicología Infantil
Editorial Morata, 1981
- Pascual Pilar
La Dislalia; naturaleza, diagnóstico y rehabilitación
CEPE, 1988

Perello Jorge, Ponces Vergé J.
Transtornos del Habla
Audiofonología y Logopedia VIII,
Editorial Médico Científica, 1973

Piaget. J
La formación del símbolo en el niño
Editorial Fondo de cultura económica, 1987

Picq Louis y Pierre Vayer
Educación Psicomotriz y Retraso mental
Editorial Científico Médica, Barcelona 1969

Ramos. F
Introducción a la Práctica Psicomotriz.
Pablo del Río Editor, Madrid, 1979

Rodriguez Elsa
Lenguaje y Educación
Perfiles Educativos
No. 34, CASE, CISE, UNAM, Octubre, Noviembre, Diciembre, 1986

S. Siegler Robert
Children's thinking
Editorial Prentice Hall, 1986

Stambak M.
Tono y Psicomotricidad. El desarrollo psicomotor de la primera infancia
Pablo del Río Editor, 1978

Soubirán G.B y Mazo F.
La reeducación psicomotriz y los problemas escolares
Editorial Médica y Técnica S.A, 1980

The Cambridge Encyclopedia of Language
Crystal Cambridge, Cambridge University Press, 1987

Wallon
La evolución psicológica del niño
Editorial Psique, Barcelona, 1979

Zapata O. y Aquino F.
Psicopedagogía de la motricidad. etapa del aprendizaje escolar
Editorial Trillas, 1979

OBJETIVO GENERAL

AL TERMINO DEL PROGRAMA EL NINO COORDINARA ADECUADAMENTE LA MOTRICIDAD GRUESA, SUS MOVIMIENTOS BUCOFACIALES PREPARATORIOS Y LA ARTICULACION DE LOS ORGANOS OROFACIALES LO CUAL LE PERMITIRA EMITIR ADECUADAMENTE EL FONEMA /R/ EN SU FORMA SIMPLE Y MULTIPLE

OBJETIVOS PARTICULARES

I AL TERMINO DE LA FASE, EL NINO COORDINARA ADECUADAMENTE SU MOTRICIDAD GRUESA LO CUAL LE FACILITARA POSTERIORMENTE EL DESARROLLO CORRECTO DE LA MOTRICIDAD FINA

II AL TERMINO DE LA FASE EL NINO COORDINARA SUS MOVIMIENTOS OROFACIALES PREPARATORIOS LOS CUALES INCLUYEN EJERCICIOS LINGUALES TANTO EXTERNOS COMO INTERNOS PERMITIENDOLE ASI UNA CORRECTA ARTICULACION

III AL TERMINO DE LA FASE EL NINO COORDINARA SU ARTICULACION EMITIENDO CORRECTAMENTE EL FONEMA /R/ EN SUS DOS FORMAS: SIMPLE Y MULTIPLE PERMITIENDOLE ASI UN HABLA ADECUADA

EJERCICIOS DE PSICOMOTRICIDAD

OBJETIVO PARTICULAR: Al término de la unidad, el niño coordinara adecuadamente su motricidad gruesa la cual incluye ejercicios de respiración, equilibrio, equilibrio después de una acción, visomotores, y relajamiento lo cual le facilitara posteriormente la adquisición de la motricidad fina

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
<p>1.1 Al término de las actividades, el niño reproducirá los ejercicios respiratorios indicados controlando la salida y entrada del aire lo cual le facilitara la coordinación de sus órganos bucofaciales</p>	<p>1.1.1 El niño realizara la inspiración y espiración nasal lenta y profunda. Para facilitar el ejercicio, se le pedira al niño que continúe la inspiración hasta que ya no pueda más, cuando a mayor cantidad de aire, siendo igual durante la espiración dando la impresión de que debe salir el aire en su totalidad a la vez que se le oye salir ligeramente el estomago. En todo caso, se le explicara que para realizar el ejercicio se debe indicar tanto el pecho como el estomago durante la inspiración</p> <p>1.1.2 El niño al realizar la inspiración nasal lenta y profunda retendrá el aire por un tiempo de: a) 2 seg. b) 4 seg. respirando por la boca rápida y continuamente</p> <p>1.1.3 El niño al realizar la inspiración nasal lenta y profunda, retendrá el aire por un tiempo de 4 seg. espirando por la boca en 2 tiempos hasta sacar el aire sin llevar a cabo entre estos ninguna inspiración</p>		<p>2/3 oportunidades correctas</p> <p>1/3 oportunidades correctas para cada ejercicio</p> <p>2/3 oportunidades correctas</p>	<p>. Que realice el ejercicio rápidamente. . Que no inspire y espire completamente el aire.</p> <p>. Que no retenga el aire el tiempo establecido . Que expire por la nariz</p> <p>. Dejar salir el aire en un tiempo o en tiempos no señalados</p>

EJERCICIOS DE PSICOMOTRICIDAD

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
	<p>1.1.4 El niño soplara sobre su propia mano: a) hacia fleje b) hacia fuerte</p> <p>Para que el niño identifique la diferencia entre ambos tipos de soplar, el educador soplara previamente sobre la mano del niño demostrando cuando se lleva a cabo cada inciso</p>		<p>2/3 oportunidades correctas para cada ejercicio</p>	<p>Que controle la salida del aire provocando un soplo no indicado</p>
	<p>1.1.5 El niño al soplar empujara una pelota de unicel a la largo del tubo de la cámara de Deswell</p>	<p>. Una pelota de unicel pequeña</p>	<p>2/2 oportunidades correctas</p>	<p>Que empuje la pelota sin soplar</p>
	<p>1.1.6 El niño al soplar la llama de una vela colocada a la altura de su boca a una distancia de 15 cm. la apagara. Posteriormente, se incrementara el numero de velas colocando una tras otra hasta apagar 4 velas a la vez.</p>	<p>. 4 velas . 1 vela alta para colocar las velas</p>	<p>2/2 oportunidades correctas para cada ejercicio</p>	<p>Que no apague todas las velas que se colocan</p>
	<p>1.1.7 El niño al soplar sobre la llama de una vela colocada a la altura de su boca a una distancia de 15cm. sin llevar a apagarla</p>	<p>. 1 vela . una alta para colocar la vela</p>	<p>1/2 oportunidades correctas</p>	<p>Que apague la llama</p>

EJERCICIOS DE PSICOMOTRICIDAD

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
	<p>1.1.8 El niño al soplar a través de una serpiente:</p> <p>a) la desbarata totalmente</p> <p>b) desbarata solamente la mitad</p>	<p>• Un pañete de serpentina</p>	<p>2/2 oportunidades correctas para cada ejercicio</p>	<p>• Que en el golpe b permita la salida total de la serpiente</p>
<p>1.2 Al finalizar las actividades el niño realizará ejercicios de cuadrupedia lo cual facilitara la ejecución adecuada de los ejercicios de equilibrio</p>	<p>1.1.9 El niño al soplar a través del arce movera la burbuja sin dejarla salir totalmente</p>	<p>• Juego de Burbujas de Jabon</p>	<p>3/3 oportunidades correctas</p>	<p>• Que deje salir la burbuja</p>
	<p>1.2.1 El niño pateara sobre la cuerda hacia adelante y hacia atras sucesivamente colocando las pies e las manos en el suelo</p>	<p>• 1 cuerda</p>	<p>2/2 oportunidades correctas</p>	<p>• Tocar la cuerda con las manos e los pies • Perder el equilibrio</p>
	<p>1.2.2 El niño con la mirada hacia arriba caminara hacia atras apoyando sus extremidades libremente flexionadas en el suelo</p>		<p>2/2 oportunidades correctas</p>	<p>• Caerse o perder el equilibrio</p>
	<p>1.2.3 El niño parara con debajo de: a) una mesa b) e las piernas del vecinador apoyando sus extremidades libremente flexionadas en el suelo</p>	<p>• Una mesa alta</p>	<p>2/2 oportunidades correctas para cada ejercicio</p>	<p>• Perder el equilibrio</p>

EJERCICIOS DE PSICOMOTRICIDAD

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
	<p>1.2.4 El niño desara por encima de el redondador el cual esta su- brevenida con las ma- nos en el suelo, ap- oyando sus extremidades liberando la flexionada en el piso</p> <p>1.2.5 El niño caminara con las manos estanda los pies sostenidos por el redondador a manera de carretilla una dis- tancia de 3 mts. a) Con la cabeza levanta- da b) Con la cabeza baja</p> <p>1.2.6 El niño al apoyar las manos en el suelo impulsara la yemas de- dedos separada de la in- terior, hacia arriba y doras la espalda poste- riormente en el mismo orden</p> <p>1.2.7 El niño se des- plazara con las manos en el suelo estanda las piernas extendidas y los pies sobre una si- lla</p>	<p>1 silla de tamaño regular</p>	<p>2/2 oportuni- dades correctas</p> <p>2/2 oportuni- dades correctas para cada ejer- cicio</p> <p>2/2 oportuni- dades correctas</p> <p>2/2 oportuni- dades correctas</p>	<p>- Perder el equilibrio</p> <p>- dejar caer totalmen- te los brazos por el desajuste del peso del cuerpo sin haber recorrido la distancia establecida</p> <p>- Que no logre levan- tar las piernas - Que pierda el equi- librio</p> <p>- Que los brazos se- paran el suelo comple- tamente al vencerlos el peso del cuerpo</p>

EJERCICIOS DE PSICOMOTRICIDAD

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
1.2 El niño al finalizar las actividades realiza ejercicios de equilibrio según indicaciones lo cual le permitirá mantener una adecuada posición corporal	1.2.1 El niño se desplazara con las manos sobre una línea y los pies apoyados en el suelo a ambos lados de dicha línea: a) hacia adelante b) hacia atrás	- Masking tape o 1 yes para trazar la línea	2/2 oportunidades correctas para cada ejercicio	- Perder el equilibrio - Salirse de la cuerda
	1.2.2 El niño se desplazara con los pies y las manos apoyados sobre la cuerda a) hacia adelante b) hacia atrás	- 1 cuerda larga	2/2 oportunidades correctas para cada ejercicio	- Salirse de la cuerda - Perder el equilibrio
	1.2.3 El niño caminará parado sobre la cuerda hacia adelante: a) con referencia visual b) sin referencia visual	- 1 cuerda larga	2/2 oportunidades correctas para cada ejercicio	- Salirse de la cuerda - Balancearse - perder el equilibrio
	1.2.4 El niño parará desplazará el peso del cuerpo hacia: a) La pierna derecha b) La pierna izquierda		2/2 oportunidades correctas para cada ejercicio	- Perder el equilibrio - Balancearse
	1.2.5 El niño al flexionar el tronco hacia adelante elevará la pierna horizontalmente a) hacia adelante b) hacia atrás		2/2 oportunidades para cada ejercicio	- Balancearse - perder el equilibrio

EJERCICIOS DE PSICOMOTRICIDAD

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
1.4 Al finalizar las actividades el niño realizará ejercicios de asociación y control con el fin de integrar las respuestas visuales y motoras que le faciliten posteriormente el control de sus movimientos	1.4.1 El niño manipulará una pelota con las manos: a) la sostendrá entre las palmas de ambas manos unidas b) Con el dorso de ambas manos unidas	1 pelota de hule pequeña	2/2 oportunidades correctas para cada inciso	. Tirar la pelota al suelo
	1.4.2 El niño pasará la pelota de una mano a otra por diversas partes del cuerpo: a) alrededor del muslo b) alrededor de la cintura c) alrededor del cuello	. 1 pelota pequeña de hule	2/2 oportunidades correctas para cada ejercicio	. Dejar caer la pelota
	1.4.3 El niño aventará la pelota de una mano a otra en un pequeño recorrido	. 1 Pelota de hule pequeña	2/2 oportunidades	. No cazar la pelota . Dejar caer la pelota
	1.4.4 El niño al lanzar la pelota hacia arriba la recogerá tres veces en el suelo: a) vez b) veces c) veces	. 1 pelota de hule pequeña	2/2 oportunidades para cada inciso	. No recoger la pelota después del No. de botas señaladas . Dejar caer la pelota después de haberla recogido
	1.4.5 El niño al lanzar la pelota hacia arriba la cambiará antes que toque el suelo con ambas manos	. 1 pelota pequeña de hule	2/2 oportunidades correctas	. Dejar que la pelota rebote en el suelo

EJERCICIOS DE PSICOMOTRICIDAD

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
<p>1.3 Al término de las actividades el niño realizará ejercicios de equilibrio después de una acción (Coordinación dinámica general) lo cual incrementará su capacidad para integrar la acción de los miembros en la realización de movimientos dirigidos</p>	<p>1.4.7 El niño rebotará la pelota: a) Con las dos manos b) con una mano 3 veces consecutivamente</p>	<p>. 1 pelota de tamaño mediano</p>	<p>2/2 oportunidades para cada ejercicio</p>	<p>. Dejar de rebotar la pelota sin cubrir el 50% de golpes indicados</p>
	<p>1.4.8 El niño rebotará la pelota mientras camina: a) En línea recta b) En zig-zag c) alrededor de la pelota</p>	<p>. 1 pelota de tamaño regular</p>	<p>2/2 oportunidades correctas para cada inciso</p>	<p>. Dejar escapar la pelota durante el recorrido</p>
	<p>1.4.9 El niño al caminar botará la pelota pasando de la posteriormente al rebotador donde toques el suelo. Llevará a cabo la misma actividad</p>	<p>. 1 pelota de tamaño regular</p>	<p>2/2 oportunidades correctas</p>	<p>. Dejar de botar la pelota durante el recorrido . No coger la pelota lanzada por el rebotador</p>
	<p>1.5.1 El niño caminará sosteniéndose dentro del aro: a) Parado con dos pies b) Con un pie c) En cuclillas</p>	<p>. 1 aro grande de plástico</p>	<p>2/2 oportunidades correctas para cada inciso</p>	<p>. Quedar fuera del aro</p>
	<p>1.5.2 El niño al correr saltará antes de llegar al aro cayendo dentro del mismo: a) Con los dos pies b) Con un pie c) En cuclillas</p>	<p>. 1 aro grande de plástico</p>	<p>2/2 oportunidades correctas para cada ejercicio</p>	<p>. Perder el equilibrio al caer dentro del aro . Salirse del aro</p>

EJERCICIOS DE PSICOMOTRICIDAD

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
	1.5.3 El niño al pararse frente al arco saltará dentro del mismo cayendo con dos pies	. 1 arco grande de plástico	2/3 oportunidades correctas	. Perder el equilibrio al caer dentro del arco
	1.5.4 El niño al saltar sobre un banco sacará: a) dentro del arco b) delante del arco c) atrás del arco	. 1 banco pequeño . 1 arco grande de plástico	2/2 oportunidades para cada ejercicio	. Perder el equilibrio al caer dentro del arco
	1.5.5 El niño al correr saltará por los 5 arcos colocados uno tras otro a) alternando los pies b) saltando con los pies juntos	. 5 arcos grandes de plástico	2/2 oportunidades correctas para cada ejercicio	. No pasar por alguno de los arcos . Perder el equilibrio al saltar dentro de los arcos
	1.5.6 El niño al correr saltará los 4 arcos colocados en zig-zag en el suelo: a) alternando los pies b) saltando con los pies juntos	. 4 arcos grandes de plástico	2/2 oportunidades correctas para cada ejercicio	. No saltar por alguno de los arcos . Perder el equilibrio
	1.5.7 El niño saltará por encima del resaca con el cual se concentrará su equilibrio con las manos en el suelo		2/2 oportunidades correctas	. Tropezarse o caerse

EJERCICIOS DE PSICOMOTRICIDAD

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
<p>1.6 Al finalizar las actividades el niño controlara su tono muscular lo que le permitira alcanzar el respeto fisico y psiquico</p>	<p>1.5.8 El niño saltara el brazo levantado a la altura del hombro del reeducador el cual se apoyara sentado en el suelo</p>		<p>2/2 oportunidades correctas</p>	<p>. Cuerpo por encima del brazo . Perder el equilibrio después del salto</p>
	<p>1.5.9 El niño saltara cuerdas colocadas: a) a una misma altura de 30 cms. b) a diferentes alturas con un maximo de 40 cms. una tras otra dejando un espacio de aproximadamente 40 cms.</p>	<p>. 5 cuerdas a pedales de regate de aproximadamente 1 mt5. de largo</p>	<p>2/2 oportunidades correctas para cada inclinación</p>	<p>. Perder el equilibrio durante los saltos . Tropezarse con las cuerdas</p>
	<p>1.6.1 El niño al recostarse sobre la colchoneta en posición decubito dorsal con las extremidades extendidas nombrara las partes de su cuerpo que estén en contacto con la colchoneta</p>	<p>. Una colchoneta individual . Cámara de Gessell con una iluminación tenue</p>	<p>100%</p>	<p>. Nombrar partes de su cuerpo que no estén en contacto con la colchoneta</p>
<p>1.6.2 El niño al recostarse sobre la colchoneta en posición decubito dorsal con las extremidades extendidas mantendra su estado de distracción (relajado) en un estado de concentración: a) su brazo derecho e izquierdo b) su pierna derecha e izquierda</p>	<p>. 1 colchoneta individual . Cámara de Gessell con una iluminación tenue</p>	<p>100%</p>	<p>. No mantenerse en el estado indicado</p>	

EJERCICIOS BUCOFACIALES PREPARATORIOS

OBJETIVO PARTICULAR: Al término de la unidad, el niño controlara sus movimientos bucofaciales preparatorios los cuales incluyen ejercicios linguales tanto externos como internos permitiéndole así una adecuada articulación

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
2.1 Al término de las actividades, el niño realizará los movimientos linguales externos indicados rectificando así su tono muscular.	2.1.1 El niño al abrir la boca, sacara y retirara la lengua lo máximo posible 3 veces sucesivamente seguidas de un descanso: a) A ritmo lento b) A ritmo rapido	. Espejo . Abateleguas	3/3 oportunidades correctas para cada ejercicio	. Que el niño no cumpla con la cantidad de veces establecidas . Que pierda el ritmo.
	2.1.2 El niño al abrir ligeramente la boca, sacara la lengua lo máximo posible de forma que solo aparezca la punta entre los labios	. Espejo . Abateleguas	3/3 oportunidades correctas	. Que muestre los dientes o la lengua completa
	2.1.3 El niño al abrir la boca sacara la lengua manteniendola inmóvil en posición horizontal durante un lapso de 4 seg. seguidos de un descanso	. Espejo . Abateleguas	3/3 oportunidades correctas	. Que suba o baje la lengua . Que no se cumpla el tiempo establecido
	2.1.4 El niño al mover la lengua la dirigira hacia arriba o hacia sucesivamente apoyando la punta en el centro de los labios superior e inferior 4 veces seguidas de un descanso: a) A ritmo lento b) A ritmo rapido	. Espejo . Abateleguas	3/3 oportunidades correctas	. Que toque el centro de los labios superior e inferior con otra parte de la lengua . Que pierda el ritmo . Que no se cumpla con el numero de veces establecidas
	2.1.5 El niño al mover circularmente la lengua sacara toda la superficie de los labios 3 veces consecutivas seguidas de un descanso	. Espejo . Abateleguas	3/3 oportunidades correctas para cada ejercicio	. Que omita alguna parte de la superficie de los labios durante el movimiento preparatorio incompleto

EJERCICIOS BUCOFACIALES PREPARATORIOS

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
	<p>2.2.4 El niño al abrir la boca toca con el apice de la lengua los alveolos superiores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo • Abalenguas • miel o mermelada <p>Colocada en los alveolos con el fin de facilitar el ejercicio</p>	<p>2/3 oportunidades correctas</p>	<p>No tocar la parte indicada</p>

OBJETIVO PARTICULAR: AL TERMINO DE LA UNIDAD EL NIÑO COORDINARA SU ARTICULACION
 ENTENDIDO CORRECTAMENTE EL FONEMA /r/ EN SUS DOS FORMAS
 SIMPLE Y MULTIPLE PERMITIENDOLE ASI UN HABLA ADECUADA

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
3.1 Al termino de las actividades el niño reproducirá sílabas que contengan los fonemas /r/ y /r/ con el fin de correlacionar los movimientos de sus órganos orofaciales y sus sonidos	3.1.1 El niño reproducirá sílabas que contengan los fonemas /r/ y /r/ frente al espejo respondiendo posteriormente a las preguntas formuladas por el recordador en relación a la posición de sus órganos orofaciales, del lugar y la fuerza de la salida del aire al emitir dichos fonemas	• Espejo • Abatelenguas	90%	• No responder correctamente las preguntas
3.2 Al termino de las actividades el niño producirá el fonema /r/ en sus dos formas: simple y múltiple	3.2.1 El niño al pronunciar la palabra anunciada frente al espejo emitirá de forma exagerada el fonema /r/ estableciendo la imagen sensoriomotriz del mismo. Se llevará a cabo el mismo ejercicio con la palabra horizontal. El recordador formulará preguntas referentes a la posición de los órganos orofaciales al emitir dicho fonema	• Espejo • Abatelenguas	90% para cada palabra	• No exagerar el fonema meta • No emitir el fonema meta en ninguna circunstancia
	3.2.2 El niño emitirá correctamente el fonema /r/ estableciendo su imagen sensoriomotriz a través del apoyo en juegos de memoria que incluya el fonema meta con el fin de regular la emisión de dicho fonema en otros contextos	• Memorama de figuras que contengan el fonema meta	90%	• No emitir el fonema meta en la mayoría de las palabras

EJERCICIOS ARTICULATORIOS PARA LA ADQUISICION DEL FONEMA
/R/ EN SUS DOS FORMAS

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
	<p>3.2.3 El niño al emitir el sonido "rrr" similar a la onomatopéya del motor de un carro pronunciará el fonema /r/ exagerándole para establecer la imagen sensoriomotriz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo • Abat lenguas 	80%	. Que al emitir el fonema no lo prolongue
	<p>3.2.4 El niño al emitir sílabas que contengan el fonema /r/ exagerando la pronunciación del mismo para establecer la imagen sensoriomotriz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo • Abat lenguas 	90%	. Que al emitir el fonema no lo prolongue
	<p>3.2.5 El niño emitirá correctamente el fonema /r/ al leer palabras que incluyan dicho fonema con el fin de generalizar su pronunciación en otros contextos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abat lenguas • Lista de 20 palabras que incluyan el fonema /r/ al principio, en medio o al final de la palabra u en sílabas 	90%	. Que no vibre la lengua en forma múltiple
	<p>3.2.6 El niño producirá correctamente el fonema /r/ en sus dos formas al mencionar el nombre de diversos objetos en los que se incluyen ambos fonemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 10 objetos como: dibujos de una rana, perro, serpiente, color rojo y otros 	100%	. Que no se observe la discriminación en la emisión de ambos fonemas

EJERCICIOS BUCOFACIALES PREPARATORIOS

OBJETIVO PARTICULAR: Al término de la unidad, el niño controlara sus movimientos bucofaciales preparatorios los cuales incluyen ejercicios linguales tanto externos como internos permitiéndole así una adecuada articulación

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
<p>2.1 Al término de las actividades, el niño realizar los movimientos linguales externos indicados verificando así su tono muscular.</p>	<p>2.1.1 El niño al abrir la boca, sacara y metera la lengua lo maximo posible 2 veces sucesivamente seguido de un descanso: a) A ritmo lento b) A ritmo rapido</p>	<p>- Espejo - Abatelenquas</p>	<p>2/3 oportunidades correctas para cada ejercicio</p>	<p>- Que el niño no cumpla con la cantidad de veces establecidas - Que pierda el ritmo.</p>
	<p>2.1.2 El niño al abrir libremente la boca, sacara la lengua lo maximo posible de forma que solo aparezca la punta entre los labios</p>	<p>- Espejo - Abatelenquas</p>	<p>2/3 oportunidades correctas</p>	<p>- Que muestre los dientes o la lengua completa</p>
	<p>2.1.3 El niño al abrir la boca sacara la lengua manteniendola horizontal durante un lapso de 4 seg. seguidos de un descanso</p>	<p>- Espejo - Abatelenquas</p>	<p>2/3 oportunidades correctas</p>	<p>- Que suba o baje la lengua - Que no se cumpla el tiempo establecido</p>
	<p>2.1.4 El niño al mover la lengua la dirigira hacia arriba y hacia sucesivamente apoyando la punta en el centro de los labios superior e inferior 4 veces seguidas de un descanso: a) A ritmo lento b) A ritmo rapido</p>	<p>- Espejo - Abatelenquas</p>	<p>2/3 oportunidades correctas</p>	<p>- Que toque el centro de los labios superior e inferior con otra parte de la lengua - Que pierda el ritmo - Que no se cumpla con el numero de veces establecidas</p>
	<p>2.1.5 El niño al mover libremente la lengua tocara toda la superficie de los labios 2 veces consecutivas seguidas de un descanso</p>	<p>- Espejo - Abatelenquas</p>	<p>2/3 oportunidades correctas para cada ejercicio</p>	<p>- Que omita alguna parte de la superficie de los labios dejando así el movimiento parcial o incompleto</p>

EJERCICIOS BUCOFACIALES PREPARATORIOS

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
<p>2.2 Al término de las actividades el niño realizará movimientos linguales internos según indicaciones con el fin de facilitar posteriormente la correcta emisión del fonema /p/ en su forma simple y múltiple</p>	<p>a) a ritmo lento b) a ritmo rápido</p>			
	<p>2.1.6 El niño al sacar la lengua recargará el dorso sobre el labio superior haciéndola vibrar a manera de trompetilla</p>	<p>. Espejo . Abajalenguas</p>	<p>3/3 oportunidades correctas</p>	<p>. Que no vibre el labio superior llevándolo a cabo solo la expulsión del aire</p>
	<p>2.2.1 El niño al abrir fuertemente la boca doblará su lengua hacia arriba quedando esta detenida por los incisivos superiores. Así la impulsará con fuerza hacia adelante sin dejarla salir durante un lapso de 1 seg. seguido de un descanso</p>	<p>. Espejo . Abajalenguas</p>	<p>3/3 oportunidades correctas</p>	<p>. Que permita la salida de la lengua por no detenerla con los incisivos superiores . Que no se cumpla con el tiempo indicado</p>
	<p>2.2.2 El niño al dirigir su lengua a los lados de la boca apoyará la punta en el conlir de la nariz interna de las narillas derecha e izquierda 3 veces sucesivamente seguido de un descanso</p>	<p>. Espejo . Abajalenguas . Niel o servietada colocada en las narinas de las narillas para facilitar el ejercicio</p>	<p>3/3 oportunidades correctas</p>	<p>. Que no se cumpla con el número de ejercicios establecidos</p>
<p>2.2.3 El niño al mover su lengua pasará la punta a lo largo del paladar de atrás hacia adelante y de adelante hacia atrás sucesivamente sin despegarla</p>	<p>. Espejo . Abajalenguas . Niel o servietada colocada en el paladar para facilitar el ejercicio</p>	<p>3/3 oportunidades correctas</p>	<p>. Despegar la punta de la lengua durante el ejercicio</p>	

EJERCICIOS BUCOFACIALES PREPARATORIOS

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
	<p>2.2.4 El niño al abrir la boca tocará con el apice de la lengua los alveolos superiores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Espejo - Abajalenguas - piel o servilleta colocada en los alveolos con el fin de facilitar el ejercicio 	<p>3/3 oportunida- des correctas</p>	<p>No tocar la parte indicada</p>

OBJETIVO PARTICULAR: AL TERMINO DE LA UNIDAD EL NIÑO COORDINARA SU ARTICULACION
 ENTENDIENDO CORRECTAMENTE EL FONEMA /r/ EN SUS DOS FORMAS
 SIMPLE Y MULTIPLE PERMITIENDOLE ASI UN HABLA ADICUAM

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	ERRORES
3.1 El termino de las actividades el niño reproducirá palabras que contengan las fonemas /r/ y /r/ con el fin de correlacionar los movimientos de sus órganos orofaciales y sus sonidos	3.1.1 El niño reproducirá sílabas que contengan las fonemas /r/ y /r/ (frente al espejo respondiendo posteriormente a las preguntas formuladas por el recordador en relación a la posición de sus órganos orofaciales del lugar y la fuerza de la salida del aire al emitir dichos fonemas	. Espejo . Abastilenqueas	90%	. No responder correctamente las preguntas
3.2 El termino de las actividades el niño producirá el fonema /r/ en sus dos formas: simple y múltiple	3.2.1 El niño al pronunciar la palabra anabastilenqueas frente al espejo emitirá de forma exagerada el fonema /r/ estableciendo la imagen sensoriomotriz del mismo. Se llevará a cabo el mismo ejercicio con la palabra horizontal el recordador formulará preguntas referentes a la posición de los órganos orofaciales al emitir dicho fonema	. Espejo . Abastilenqueas	90% para cada palabra	. No exagerar el fonema /r/ . No emitir el fonema /r/ en ninguna circunstancia
	3.2.2 El niño emitirá correctamente el fonema /r/ estableciendo la imagen sensoriomotriz a través del apoyo en apoyo de palabras que incluya el fonema /r/ con el fin de correlacionar la emisión de dicho fonema en otros contextos	. Hojita de figuras que contengan el fonema /r/	90%	. No emitir el fonema /r/ en la mayoría de las palabras

EJERCICIOS ARTICULATORIOS PARA LA ADQUISICION DEL FONEMA

/r/ EN SUS DOS FORMAS

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACION	EXIGENCIAS
	<p>3.2.3 El niño al emitir el sonido "error" similar a la ocomatopoea del motor de un carro pronuncia el fonema /r/ exagerando para establecer la imagen sensoriomotriz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo • Abatelenguas 	80%	<ul style="list-style-type: none"> • Que al emitir el fonema no lo prolongue
	<p>3.2.4 El niño al emitir sílabas que contengan el fonema /r/ exagerando la pronunciación del mismo para establecer la imagen sensoriomotriz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo • Abatelenguas 	90%	<ul style="list-style-type: none"> • Que al emitir el fonema no lo prolongue
	<p>3.2.5 El niño emite correctamente el fonema /r/ al leer palabras que incluyen dicho fonema con el fin de generalizar su pronunciación en otros contextos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abatelenguas • Lista de 20 palabras que incluyen el fonema /r/ al principio, en medio y al final de la palabra y en sífonemas 	90%	<ul style="list-style-type: none"> • Que no vibre la lengua en forma múltiple
	<p>3.2.6 El niño produce correctamente el fonema /r/ en sus desfonemas al mencionar el nombre de diversos objetos en los que se incluyen ambos fonemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 10 objetos como: dibujos de una rana, perro, serpiente, color rojo y otros 	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Que no se observe la discriminación en la emisión de ambos fonemas