



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA ²⁰⁴
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**APOYO PSICOLOGICO A NIÑOS
CON LABIO Y PALADAR HENDIDO
UNILATERAL COMPLETO**

**REPORTE LABORAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

presenta

MARIA ANTONIETA PAYAN PICASSO

**DIRECTOR DE REPORTE LABORAL
LIC. JOSE LUIS AVILA CALDERON**

**DIRECTOR DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA
DR. ARTURO BOUZAS RIAÑO**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Septiembre de 1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**APOYO PSICOLOGICO
A NIÑOS CON LABIO Y PALADAR HENDIDO
UNILATERAL COMPLETO.**

**REPORTE LABORAL
Que para obtener el título de
Licenciado en Psicología.**

Presenta:

MA. ANTONIETA PAYÁN PICASSO

**Director de Reporte Laboral
Lic. José Luis Avila Calderón.**

**Director de la Facultad de Psicología
Dr. Arturo Bouzas Riaño**

Septiembre, 1997

Dedicar a:

*Mi esposa y a mis hijas
Erick y Gaby*

A mi madre y a la memoria de mi padre

*A mis hermanas
Ana, Luz y Blanca*

Agradecimientos :

Al Dr. Luis Díaz Barriga, por invitarme a participar en el program.

Al Dr. Gilberto González Girón, por su gran apoyo.

A las psicólogas: Olivia, Remedios e Hilda Paredes, por su importante labor en apoyar a distancia, además de saber que se cuenta con colegas de calidad.

A mis hermanas: por la ayuda desinteresada y valiosa que siempre me han brindado. Con mi admiración.

A mi amiga Carmina Sánchez Regules, por su apoyo bibliográfico.

Al Lic. Miguel Luján, por su apoyo técnico.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	4
Bases teóricas que sustenta	4
la intervención psicológica:	
1. ¿Que es el lenguaje?	5
1.1 Adquisición del lenguaje	7
1.2 Bases neurológicas del lenguaje	13
1.3 Anatomía y Fisiología del lenguaje:	17
A) Sistema Respiratorio.	18
B) Sistema de Fonación.	25
C) Sistema de Resonancia.	30
D) Sistema de Articulación.	35
1.4 Resumen.	44
1.5 Tratamiento y Reeducción Fonética.	47
2. El trabajo interdisciplinario en el tratamiento de los niños con labio y paladar hendido.	49
3. Atención pre y post operatoria.	52
4. Atención en terapia psicológica.	57
III. PROCEDIMIENTO	61
IV. EVALUACIÓN.	71
V. ANÁLISIS DE RESULTADOS.	80
VI. CONTRIBUCIONES.	84
BIBLIOGRAFÍA.	
ANEXOS.	

RESUMEN

Se presenta un informe de la intervención realizada en un grupo de niños con labio y paladar hendido (unilateral completo) a comienzos de 1995, y cuyas edades fluctúan de los 2 años a los 13 años de edad y en diferentes etapas del tratamiento. Las características son altamente heterogéneas, por lo que el objetivo en cuanto a la terapia de lenguaje consistió en la articulación oral de palabras con un criterio de normalidad adecuado a su edad y basado en el desarrollo del niño y sus potenciales individuales. Se utilizaron técnicas de respiración fonéticas y orofaciales en su rehabilitación. Cabe resaltar que tanto el modelo de Piaget como el de Vygotsky relativos al lenguaje sirvieron de base. Esto en cuanto al apoyo terapéutico de lenguaje, dado que fueron tres áreas de incidencia psicológica.

Otra de las intervenciones consistió en el manejo terapéutico en grupo, esto es auxiliando la parte afectiva de los niños, como ya se hizo mención, son niños con características muy particulares por lo que el trabajo en esta área fue de acuerdo con su edad y desarrollo cognitivo, tomando como marco la Teoría de Jean Piaget del desarrollo del niño, y a partir de la cual se les dio terapia de apoyo.

Una tercera intervención vital, desde el punto de vista de las secuelas psicológicas, es el que deja el trauma quirúrgico en los niños con labio y paladar hendido, ya que son intervenidos en múltiples ocasiones. Para esto se incluyeron en el programa: orientación, información y capacitación a los familiares del

niño tomando en cuenta las implicaciones que tiene para el niño física y psicológicamente. Se conjuntó el trabajo de manera coordinada con los especialistas de anestesiología, cirugía, ortodoncia y personal involucrado en el momento de practicar la cirugía al niño.

Los objetivos del apoyo psicológico fueron:

- 1.- El tratamiento ortofonético, 2.- La reducción de la angustia en los pacientes y sus familiares, y 3.- El incremento de la autoestima del niño.

Conclusiones:

Son muchos y variados los motivos a los que debemos de atender en el quehacer profesional, tomando en cuenta que se careció del equipo interdisciplinario completo, de lugares más adecuados, más sin embargo se demostró en los resultados cambios representativos en el lenguaje, en su seguridad, en su integración en las relaciones interpersonales y en un mejor pronóstico post-operatorio.

I. INTRODUCCIÓN

Para referirnos al tema de los niños con labio y paladar hendido, es necesario entenderlo bajo una perspectiva de un problema multifactorial o poligenético, ampliamente investigado pero con escasos resultados acerca de la especificidad de su etiología. Embriológicamente se produce dentro del primer trimestre de embarazo, el embrión presenta en su extremidad superior el procencéfalo, debajo del cual se encuentra la cavidad bucal, limitada a los lados por los procesos nasales medio y laterales, separados por el surco nasomaxilar. La alteración se da en esta etapa causada por la falta de fusión de dichos procesos. Su patología se caracteriza por una deformación del tercio medio facial que involucra principalmente la región bucal y la pirámide nasal, trastornando la alimentación, fonación y deglución, en principio. Es un problema que no sólo atañe al Sector Salud también tiene trascendencia en la productividad de un individuo puesto que altera la comunicación con sus semejantes y el aprendizaje de la lecto-escritura, además de los efectos que provoca en la formación de su personalidad.

Alrededor del labio y paladar hendido, se tejen mitos, creencias y prejuicios a los que hay que enfrentar muy independientemente del problema en sí, algunos de ellos tan arraigados que retrasan su atención y manejo tempranos. Muchas son las limitantes y pocos los recursos de los que se dispone en su tratamiento integral. Se presenta alta incidencia a nivel mundial que no respeta razas, situaciones geográficas ni estatus socio-económico. Dentro de las malformaciones congénitas en México el labio y paladar hendido, ocupa el tercer lugar en frecuencia. Es un padecimiento que abarca el 15% de todas las malformaciones congénitas. El labio y paladar hendido se encuentra asociado también con otitis media.*

A través del contacto con los niños que tienen labio y paladar hendido se observa la importancia de la intervención del psicólogo dentro de los programas abocados al tratamiento del padecimiento. Si bien existen programas para la atención de los niños con labio y paladar hendido y que cuentan con un equipo de especialistas, no se ha tomado en cuenta el aspecto psicológico que el trauma quirúrgico representa en estos

* Infección del oído medio, serosa o purulenta, aguda o crónica. Dato sacado de: Jean A. Rodal-X S. "Trastornos del lenguaje" II. Ed. Paidós 1988, pag. 365

pacientes. Además del apoyo terapéutico en pro de su autoestima y el que se integren a la sociedad con menos desventajas.

El saber que son niños normales, y que pueden rehabilitarse dentro del desarrollo psico-pedagógico, con la capacidad para aprender como cualquier otro niño intelectualmente hablando, quiere decir que el trastorno de labio y paladar hendido no se encuentra asociado a discapacidad o incapacidad para aprender.

Bajo esta lente es vital la participación del psicólogo en su tratamiento integral además trabajando en forma conjunta dentro de un equipo multidisciplinario que incluya las áreas de: la cirugía maxilofacial, la ortodoncia, la pediatría, la otorrinolaringología, la genética, la epidemiología, la terapia de lenguaje, el trabajo social, entre otras.

Creo que está muy poco explotado el papel del psicólogo en éste tipo de alteraciones ya que no sólo implica un manejo en las repercusiones emocionales que se desencadenan en el transcurrir de su vida estigmatizada por el ambiente externo y la propia percepción de sí mismo. Como psicólogos contamos con la formación tanto en la apreciación clínica como en el manejo de técnicas, que combinadas nos dan mejor resultado en nuestra labor de apoyo correctiva o reeducativa.

En base a la experiencia se puede constatar que un problema tiene varias dimensiones, algunas a la vista, y otras más allá de la simple apariencia. Por lo que en el ejercicio clínico se tiene uno que enfrentar a varias de ellas para poder abordar un problema y dar mejores alternativas de solución que ayuden a entender al paciente con disfunciones en forma más completa. Si bien la terapia de lenguaje la debe desarrollar un terapeuta de lenguaje, como psicólogos la entendemos desde sus aspectos cognitivos, afectivos, sociales, conductuales y familiares, enfatizando la forma en que niño aprende, introyecta y llega al conocimiento. El entenderlo de manera integral hace posible valerse de todas las herramientas posibles y llevarlas a cabo en su atención. Es por eso que en el tema de investigación que nos ocupa se llevó a cabo un programa abarcando las siguientes áreas:

1) el lenguaje, 2) el trauma pre y post operatorio, y 3) el manejo psicoterapéutico del niño.

La primera y poco más extensa que las otras dos, se llevó a cabo la terapia de lenguaje, no sólo como una mera técnica sino entendida más allá de la simple mecanización del lenguaje, vista através de las posibilidades de un niño normal en su etapa de desarrollo y disposición al aprendizaje. Teniendo como prioridades la adquisición del lenguaje temprano, la anatomía funcional y neurológica en su articulación, el papel de la percepción, cognitiva y su expresión oral y/o escrita. El programa se dió en tres fases (inicial, intermedia a los seis meses y final a los 12 meses, en coordinación al calendario escolar de los niños), con la evaluación inicial, media y final de sus alcances dentro de la terapia. En el segundo y no menos importante, radico en la atención pre y post operatoria, en el manejo de las repercusiones que el padecimiento conlleva en su trance quirúrgico. Es importante entender que se expónen desde que nacen a enfrentar una realidad poco benevolente y altamente agresiva a su integridad física como mental. Fue vital involucrar a los padres del niño operado, así como a los especialistas antes y durante la intervención quirúrgica. Se dieron pláticas de sensibilización y de entrenamiento a los padres para el apoyo físico y afectivo del niño a operación. También se realizó la coordinación con los especialistas y personal auxiliar.

La tercera, prácticamente indispensable en forma paralela a los anteriores, teniendo en cuenta que parte de la gran ayuda en cualquier tratamiento és importante la disposición y la motivación a las cosas. En el programa se manejó la psicoterapia del infante con alteracion emocional secundaria a la lesión, dándola individual como en grupo de acuerdo con su edad y desarrollo. La terapia fué encausada a tratar el aspecto de agresiones externas (sociales), de relaciones interpersonales, la autoimágen, la autoestima y reforzando sus cualidades.

II. ANTECEDENTES

Bases Teóricas que sustentan el apoyo psicológico de los niños con labio y paladar hendido.

Para lograr el tratamiento más óptimo e integral de los niños con labio y paladar hendido es de suma importancia tomar en cuenta el enfoque multidisciplinario del problema, que surge inmediatamente que el niño nace. Todas las disciplinas tienen que ver de una o de otra manera en el manejo del niño con malformación de labio y paladar hendido.

Es también cierto que nos enfrentamos a una enorme variación del padecimiento, representando así un problema individual en algunas de sus áreas a tratar como son: la corrección quirúrgica, la dentición, la oclusión que resultan fácilmente delegadas al odontólogo al ofrecerles una atención de gran importancia a la alteración que presentan, así se podrían mencionar a cada uno de los especialistas aportando apoyo al niño con labio y paladar hendido. A ello se suma la carga psicológica que el niño y sus padres tienen que enfrentar, afectando su desarrollo inmediato y ulterior del niño.

La parte más extensa del reporte que se presenta es la intervención en la terapia de lenguaje, sin que ésto le reste importancia a la del manejo pre y post-operatorio y al apoyo en la terapia en grupo e individual.

Refiriéndonos a lo anterior en un inicio nos abocaremos al lenguaje y sus implicaciones en la rehabilitación de los niños con labio y paladar hendido, para lo cual comenzaremos 1. qué es el lenguaje ; cual es su definición, cómo se adquiere, cuál es su mecanismo 2. sus bases neurológicas ; la anatomía y fisiología del lenguaje involucrando los diferentes sistemas en su función , como son: el respiratorio, el de fonación, el de resonancia y la articulación, así como 3. su tratamiento y reeducación fonética.

1 .¿ Qué es Lenguaje?

Para entender el lenguaje es necesario en principio diferenciarlo de los conceptos del habla y comunicación, puesto que muchas de las veces se les utiliza en forma indiscriminada o en principio como conceptos idénticos, dado que son términos muy diferentes en su desarrollo y empleo.

El habla es definido como acto individual mediante el cual el hablante elige entre los signos virtuales que el sistema lingüístico ofrece, realizándolos en forma oral o escrita (Saussure 1967 , y la Lingüística Moderna) . Es un proceso el cual requiere de mucha precisión neuromuscular coordinada.

El lenguaje es definido como un medio de comunicación por el cual se expresan pensamientos y sentimientos a nuestros semejantes y a nosotros mismos en

cualquiera de sus formas, Saussure (op cit). El lenguaje tiene un sistema de comunicación verbal propio de un pueblo o nación o que es común a varios. Cada lenguaje hablado tiene sonidos específicos (fonemas +), y la combinación de éstos sonidos son las características de tal lenguaje.

La comunicación se define, como el proceso de participación en el uso e intercambio de ideas, necesidades y deseos.

El lenguaje constituye la prioridad exclusiva de la especie Homo-sapiens Aunque hay estudios que muestran ciertas formas de comunicación dentro de la Filogénia animal. La comunicación varía de especie a especie.

El lenguaje se puede definir estando asociado a la participación de un código o un sistema convencional para que el receptor tenga una dirección del uso arbitrario de símbolos, y reglas dirigidas de las combinaciones de éstos símbolos. En el campo de la psicolingüística se ha hecho mucho por clasificar las propiedades esenciales de la lengua. Noam Chomsky (Instituto de Tecnología de Massachusets) formuló la hipótesis de que las lenguas tienen dos clases de estructuras, las estructuras superficiales que se relacionan con las formas y secuencias particulares de las palabras en una lengua dada, y la "estructura profunda" un tipo más fundamental de organización o

+ Un acto de habla o expresión lingüística concreta puede ser analizado en una serie de unidades mínimas que Trabetskoy llama fonemas (mediados del presente siglo).

sintáxis que puede ser común a todas las lenguas. Para no perdernos de nuestro objetivo continuaremos con la comprensión del lenguaje y su adquisición en el transcurso del desarrollo del niño.

1.1 Adquisición del Lenguaje:

Puesto que el lenguaje es un medio de comunicación con nosotros semejante y de él depende que nos podamos expresar dentro de una sociedad comenzáramos por entenderlo desde su inicio. Cuando nacemos dependemos completamente de los cuidados maternos en todos aspectos, y es ahí donde las madres emplean todo un contexto para dar un significado a la voz. Dice Tarneaud 1956, "la voz es adquirida al nacer, en tanto que el lenguaje necesita varios años para aprenderse y organizarse"*. El niño con labio y paladar hendido siendo lactante el problema radica en la esfera oroalimenticia, por el impedimento anatomofuncional, en seguida su problemática se centra en la comunicación oral cuando es requerida en su desarrollo. De acuerdo con Piaget (1964) el período que va del nacimiento a la adquisición del lenguaje está marcado por un desarrollo excepcional.

* Tarneaud "Terapéutica vocal". Traducción del Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje. México, 1956. Pag. 14.

Aquí se ejerce la "asimilación sensorio-motriz" del mundo exterior inmediato en el transcurrir de los dieciocho meses a los dos años. Dice Piaget (ídem), la inteligencia aparece mucho antes que el lenguaje, esto quiere decir, antes que el pensamiento interior que supone el empleo de signos verbales, (el lenguaje interiorizado). Los niños con labio y paladar hendido pueden ser poseedores de una inteligencia dentro de todo el rango que se cuantifique, y el padecimiento no se encuentra asociado con retraso mental, pero sí algunos casos de paladar fisurado se pueden encontrar asociados secundariamente a un síndrome que vaya acompañado de retraso mental. Los niños con labio y paladar hendido tienen capacidad para aprender su idioma y los conceptos de enseñanza básica o superior, como cualquier otro.

Con la aparición del lenguaje en la primera infancia (de 2-7 años), el niño adquiere a través de éste, la capacidad de reconstruir sus acciones pasadas en forma de relato y de anticipar sus acciones futuras mediante la representación verbal. Y es aquí donde el niño con labio y paladar hendido presenta la problemática articularia del lenguaje, es evidentemente determinante en un futuro de su desarrollo ulterior. Aunque por otro lado existe la ventaja del bagaje cognitivo acumulado en el desarrollo que lo precedió, y es el que se aprovecho y retomó con los niños en terapia de lenguaje, siendo justificable la inclusión del

niño en ella desde los dos años de edad . Lejos de ésto, resultó ser una edad óptima e ideal , si hablamos de coordinar la terapia con el desarrollo del lenguaje franco del niño de acuerdo con los estadíos de Piaget (op cit) .

En base al modelo de Piaget (1995), " el pensamiento antecede al lenguaje ", donde hablaríamos de un determinante cognitivo. Y por otro lado la teoría de Vygotsky (1962) habla del "pensamiento y el lenguaje" como que tienen diferente origen genético y separadas sus curvas del desarrollo. Para Vygotsky el determinante principal en la adquisición del lenguaje del niño és su contexto social en el que se desarrolla.

En el desarrollo temprano Piaget y Vygotsky (op cit) , son similares en sus consideraciones. Poco después , cuando el niño comienza con el lenguaje se observan las teorías divididas . La línea de la teoría de Piaget (ídem) se concentra sobre el desarrollo cognitivo, y por otro lado Vygotsky (ídem) , se apoya ampliamente en la interacción del niño con su contexto social o medio ambiente , aunque no deja de lado el factor cognitivo en el aprendizaje del lenguaje.

De una o de otra forma los dos llegan a integrarse en explicar la adquisición del lenguaje a través del desarrollo temprano del niño. Pueden resultar altamente complementarios si observamos los modelos que a continuación se presenta . (ver, A, B , C y D). En ellos se observa la interacción dinámica que guardan un modelo con respecto al otro, integrándose y favoreciendo al lenguaje de manera ítegral.

A. Lenguaje



Pensamiento

El lenguaje se basa en ambos y es determinado por el pensamiento (determinismo cognitivo).

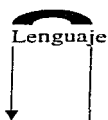
B. Lenguaje



Pensamiento

La cualidad del pensamiento es determinada por el lenguaje (determinismo lingüístico).

C.



Pensamiento

Inicialmente el pensamiento precede al lenguaje, sin embargo más tarde es influenciado por el lenguaje.

D.

Lenguaje



Pensamiento

El lenguaje y el pensamiento son independientes, sin embargo se relacionan compartiendo sus habilidades.

En la adquisición del lenguaje no se debe dejar de mencionar su mecanismo con respecto a la percepción, para lo cual mencionaremos la fases del lenguaje.

Fases del lenguaje .

1.) Fase receptiva.- es el momento en que es percibido el mensaje , visual o auditivo o audiovisual.

Los niños con labio y paladar hendido , cuentan con una percepción adecuada a los requerimientos de receptor.

2.) Fase expresiva.- es la articulación cuando se produce la palabra oral o escrita.

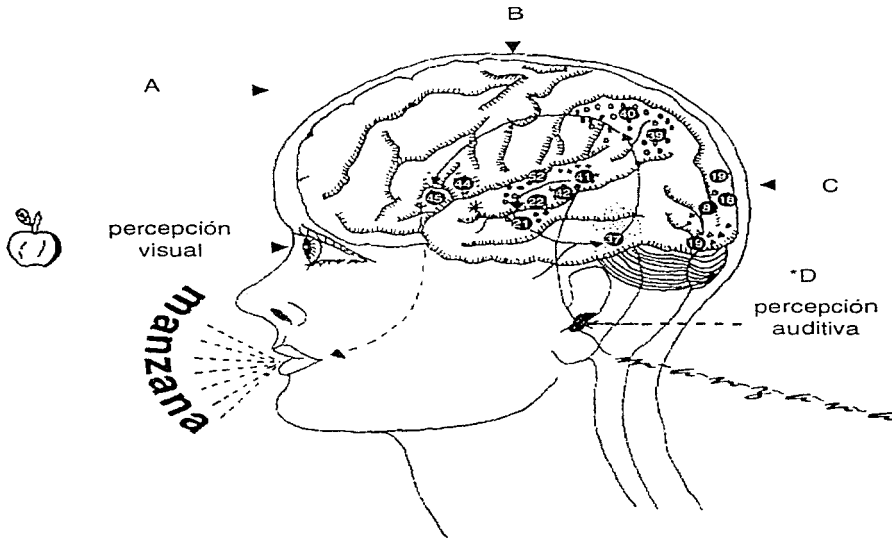
Los niños con labio y paladar hendido, se encuentran en franca desventaja por el defecto anatómico-funcional.

3.) Fase intermedia.- lapso intermedio entre las dos anteriores, cuando se forman las imágenes verbales y el pensamiento. Se producen evocaciones de experiencias previas, se realiza la comprensión y la elaboración de la emisión de la palabra del lenguaje propiamente dicho. (ver esquema 1)

Los niños con labio y paladar hendido , cuentan con la capacidad perceptual normal a su edad y desarrollo.

Antes de arribar en lo que implica la articulación en los niños con labio y paladar hendido se ha tenido en cuenta la neurofisiología y neuroanatomía del lenguaje sin ser extensos y considerando lo básico únicamente.

FORMACION DEL LENGUAJE ORAL



(VISTA HEMISFERIO IZQUIERDO)

1.- Percepción (Visual y Auditiva)
Zonas: 41, 42 y 52 y/o 18 y 19.

2.- Recuerdos (Evocación)

3.- Comprensión
Zonas: 37, 39 y 40

4.- Elaboración
Zonas: 39 y 40

5.- Expresión (Articulación Oral)
Zonas: 44 y 45

AREAS CEREBRALES

A- Frontal

B- Parietal

C- Occipital

D- Temporal*

1.2 Bases neurológicas del lenguaje.

Anatomía cerebral y neurofisiología del lenguaje :

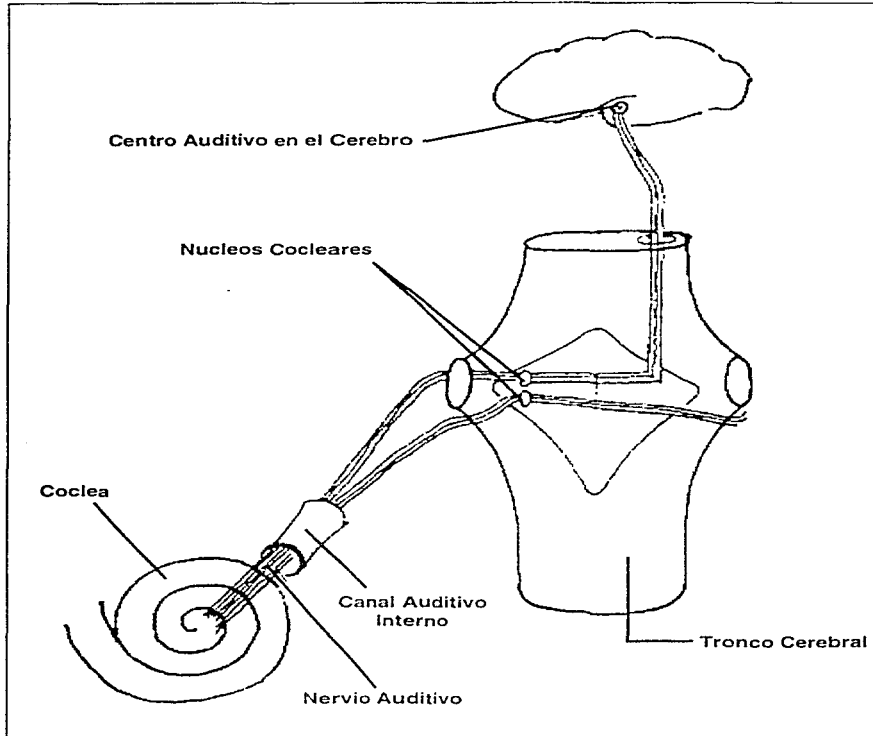
El Sistema Nervioso Central es el centro del mecanismo intelectual del Lenguaje, el cual se efectúa a través de procesos psico-sensorio-motores muy complicados que requieren de una coordinación perfecta para lograr la interpretación y producción de la palabra. (ver esquema 1.)

Vías de Conducción de Energía Nerviosa.

Las vías de conducción transmiten la corriente nerviosa de los órganos sensoriales a las zonas centrales de la corteza y de éstas a los órganos de ejecución, están formadas por una cadena de células y fibras que llevan a través de todo el sistema nervioso o parte de él, las impresiones sensitivas y su respuesta motriz o psíquica, destinada a producir determinado acto. Las células son elementos activos, centro de energía, y las fibras son elementos pasivos de función conductora (ver esquema 2).

Las vías de sensibilidad que intervienen mas directamente en el mecanismo fisiológico del lenguaje, son la auditivas y las ópticas (órganos sensoriales perceptuales). Las primeras se inician en las células cililares del órgano de Corti , donde recogen la impresión acústica y terminan en la parte media de la primera circunvolución temporal, centro cortical de audición (ver equema 2).

LAS VIAS NERVIOSAS CEREBRALES



La vía óptica empieza en la célula bipolar de la retina y termina en los labios de la cisura calcarina de la zona occipital de la corteza cerebral donde se interpretan los estímulos visuales.(ver esquema 1.)

Localización cerebral del lenguaje :

Paul Broca en 1861, quien demostró que la tercera circunvolución frontal es el centro indispensable en la producción del lenguaje articulado y determinó la "dominancia lateral", indicando que en los diestros el centro motor del habla se encuentra en el hemisferio izquierdo. De ahí que se denomine el Área de Broca o Centro de Broca.

Bastian en 1880, encontró áreas adicionales para la interpretación auditiva y visual de la palabra y centros que regulan la motricidad de la lengua y la mano. Primero en ilustrar las zonas especializadas de la corteza.

Wernicke 1874, descubrió el "centro auditivo" en la primera circunvolución del hemisferio dominante. Esta zona se denomina centro sensorial del lenguaje o de Wernicke y es donde se efectúa la interpretación del lenguaje.

Charcot (1951), agregó el descubrimiento de un centro de la escritura, localizado en el lóbulo frontal.

Alexander Luria (1951), divide la actividad de la corteza en "zonas básicas" y "zonas intermedias" las primeras controlan el funcionamiento integral del lenguaje.

mientras que las zonas intermedias sólo regulan determinadas fases del lenguaje. Pierre Marie (1906) , explica que el lenguaje es una función intelectual y que su desarrollo normal no depende de una porción determinada del cerebro.

Kurt Goldstein (1960), en Alemania, dice que cada proceso mental corresponde a un proceso dinámico que concierne a la corteza cerebral entera y que las funciones de una región específica no sólo está caracterizada por la influencia de sus estructura particular, sino de todo el proceso integral de la actividad mental. Su teoría entra en la Escuela Psicológica Gestalt.

En ésta breve revisión de los conceptos neurofisiológicos con respecto al lenguaje , es claro observar que algunos autores se inclinan por ser "localizacionistas" y los que no lo son. Pero llegan a un punto concordante de que existe una dinámica cerebral que controla la expresión del lenguaje en el ser humano y que además es lo bastante compleja como para definirla con un sólo concepto o teoría.

1.3 Anatomía y fisiología del lenguaje.

La articulación del lenguaje:

Puesto que el Sistema Nervioso es el centro que rige y coordina toda la actividad lingüística, los centros motores primarios y secundarios envían los impulsos motores a través de las vías de motilidad hasta los órganos de ejecución; la mano si se trata de la escritura y el aparato fono-articulador en el caso de la palabra oral. Por consiguiente es el encargado de la emisión de la palabra y está constituido por una gran variedad de órganos que se han agrupado en sistemas tomando en cuenta el papel fisiológico que desempeñan durante la fonación. Así que se describen a continuación:

- A) Sistema Respiratorio
- B) Sistema de Fonación
- C) Sistema de Resonancia
- D) Sistema de Articulación

A) Sistema Respiratorio.

Anatomía y Fisiología de la Respiración:

Para poder articular los fonemas, es indispensable que entren en actividad varios órganos: el de la respiración y el de la articulación. Las alteraciones en el lenguaje oral son la consecuencia de un funcionamiento anormal, defectuoso de uno o varios del conjunto de los elementos mencionados. Cualquier alteración en uno de ellos repercute en los otros.

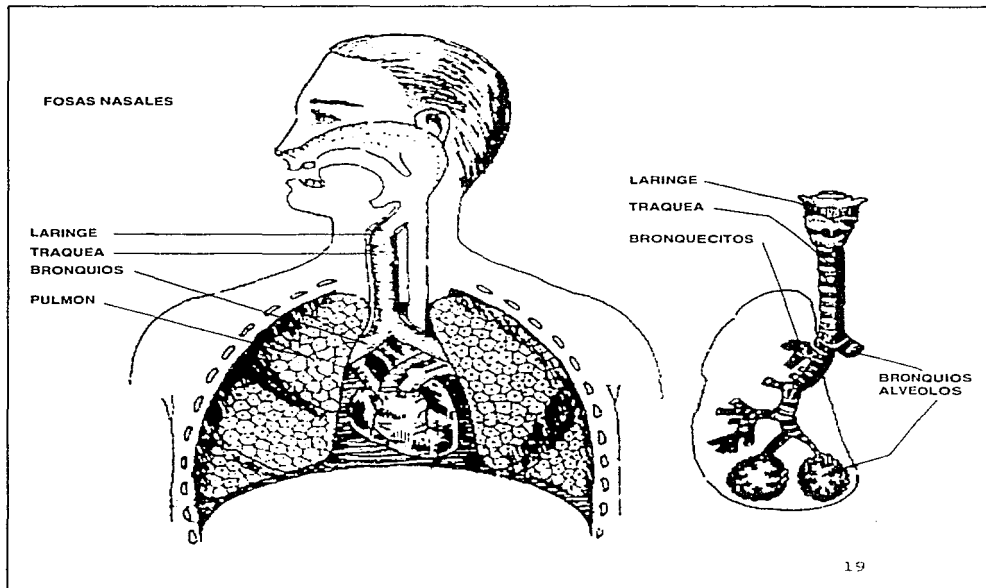
La función respiratoria es un elemento básico en la rehabilitación de los problemas de lenguaje, es por esto que inicialmente se le hace énfasis en lo que representa su buen funcionamiento.

Los órganos fundamentales de la respiración son: las fosas nasales, faringe, laringe, tráquea, bronquios y pulmones. (ver esquema 3.)

Acto Respiratorio.- En la inspiración, el aire debe pasar por las fosas nasales, verdadera vía de acceso fisiológico. Las fosas nasales están separadas entre sí, por el tabique de la boca por la bóveda ósea y el velo del paladar membranoso. El velo del paladar termina en la úvula; las fosas nasales poseen ciertos pliegues, los cornetes, que limitan a canales estrechos, los meatos. Según Tarneaud*, las fosas nasales tienen una función exito-refleja sobre los movimientos respiratorios y fonatorios. Cuando el aire llega a los pulmones, la hematosis + se produce en forma

*Canuyt, la voz
+ hematosis : (del griego aimátosis, de animatóo, cambiar de sangre).

APARATO RESPIRATORIO



Normal. A menos que existan , obstrucciones, deformaciones o simple mal hàbito, sean morfològicas, faciales, bucales o toràcicas ò bien fisiològicas y mentales.

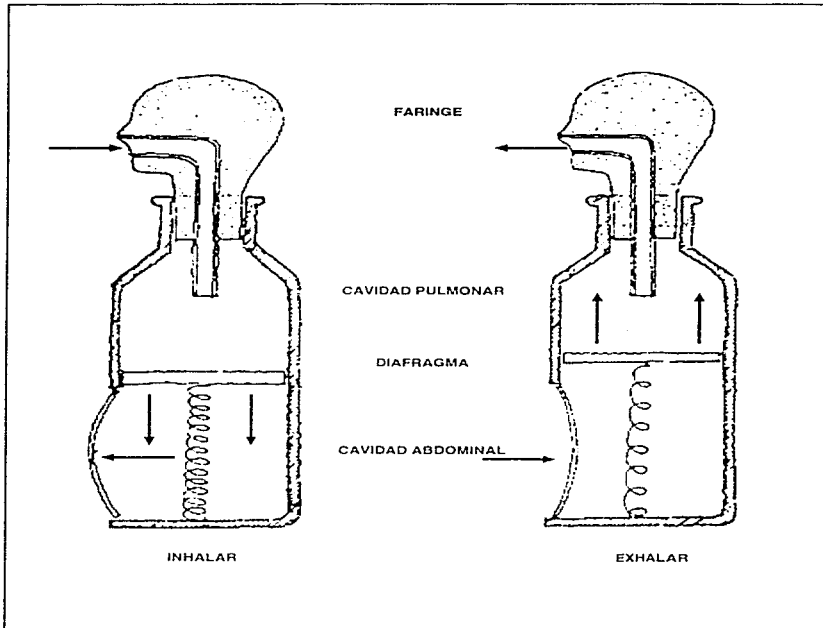
El movimiento respiratorio completo , comprende: la inspiraci3n (inhalaci3n) , entrando y saliendo aire de los pulmones. Tambi3n se dice que tiene tres tiempos: la ispiraci3n-pausa-espaci3n.

De los movimientos respiratorios , la inspiraci3n es la que tiene una funci3n mas activa, por lo que intervienen en ella mayor nùmero de mùsculos de los cuales el diafragma desempeña la funci3n mas importante, pues de este mùsculo va a depender esencialmente el dominio de las t3cnicas respiratorias. Algunos le llaman el mùsculo inspirador por excelencia , pues aumenta la capacidad pulmonar en su mayor grado . (ver esquema 4.)

En la espiraci3n o exhalaci3n lo ùnico que se necesita es relajarse. El proceso fisiol3gico de la respiraci3n es controlado por los centros respiratorios del sistema nervioso central. El centro respiratorio automàtico se localiza en la m3dula oblongada y regula la respiraci3n profunda; el cortical permite el control conciente de la respiraci3n superficial. Durante la fonaci3n el ritmo respiratorio està sujeto a un doble control simultàneo medular y cortical. Nos referiremos a los dos procesos descritos por Margaret Greene (1964)*.

* Margaret Greene . "The voice and it's disorders". Pitman Medical Ltd. London, Great Britain (1964).

ACCION DEL DIAFRAGMA EN LA RESPIRACION



Ritmo Profundo de la Respiración:

- 1) Para absorber oxígeno y arrojar gas carbónico.
- 2) Es involuntaria.
- 3) Se inspiran 500 c.c. en cada movimiento respiratorio.
- 4) La movilidad de los músculos respiratorios es mínima.
- 5) Se efectúan 15 inspiraciones por minuto.
- 6) La inspiración y la espiración son equivalentes en tiempo.
- 7) La respiración es nasal.
- 8) La respiración es ininterrumpida.
- 9) La espiración es ininterrumpida.
- 10) La presión aérea subglótica y el soplo espiratorio están a un mismo nivel.

Ritmo Superficial de la Respiración:

- 1) Para hablar.
- 2) Es voluntaria.
- 3) Se inspira de 1,500 a 2,000 centímetros cúbicos en cada movimiento respiratorio.
- 4) La movilidad de los músculos respiratorios aumenta y los músculos accesorios asumen una función activa.
- 5) Se realizan menos de 15 inspiraciones por minuto.

- 6) La espiración se prolonga más que la inspiración.
- 7) La respiración es bucal.
- 8) La respiración se interrumpe por el movimiento de la laringe y las cuerdas vocales. También se interrumpe accidentalmente en el suspiro, el bostezo el llanto, el estornudo, la tos y el hipo.
- 9) La espiración se interrumpe o se prolonga según las necesidades del fraseo y puntuación del discurso.
- 10) La presión aérea subglótica varía para regular el volúmen de la voz.

Hay cinco tipos principales de respiración conectadas con la fonación:

- De predominancia intercostal
- De predominancia abdominal
- De predominancia clavicular
- De sostén o apoyatura

La respiración abdominal predomina en el hombre y la torácica en la mujer.

El diafragma es el músculo inspirador por excelencia, pues aumenta la capacidad pulmonar en su mayor grado.

Los principales músculos inspiradores están situados en la paredes del abdomen ellos son: el recto mayor, los oblicuos mayor y menor y el transversal del abdomen.

El perímetro torácico es de 9 a 14cms. en el adulto y de 6 a 9 cms. en el niño.

Los ejercicios respiratorios mas fáciles se realizan para adquirir el hábito de respirar fisiológicamente mediante una educación apropiada. Es de suma importancia corregir vicios y alteraciones en el acto de respirar adecuadamente (fisiológicamente). No es de ningún modo "tiempo perdido". sino todo lo contrario, puesto que el acto de respirar no se puede interrumpir en la intención de corregir fallas en éste. El precio de cambiar un mal hábito por uno correcto, es la ejercitación continua y el establecimiento de un nuevo hábito.

En los niños con labio y paladar hendido, és el punto de partida . determinante si lo tomamos como prerrequisito en la rehabilitación del lenguaje.

En los ejercicios se tiene que tomar en cuenta:

- 1) La posición del niño.- de pie , el cuerpo aplomado, los brazos a los costados, el torso en posición vertical, sin exageración.
- 2) La forma de respirar.- inspiración nasal y espiración bucal, ésta debe ser regular y continua llenando la base de los pulmones y haciendo descender el diafragma. (ver esquema 4).
- 3) La duración de cada ejercicio.- Varía en la inspiración y la espiración, aproximadamente de 6 a 8 segs. en el primer movimiento, de 2 a 3 segs. en la retención del aire y de 8 a 10 segs. la espiración.
- 4) El número de veces que éstos se haran repetir de seis a diez veces cada ejercicio.

En los niños con labio y paladar hendido , se utiliza además la técnica aérea en la fonetización . De tal manera que tienen que aprender a soltar el aire con el fonema a repetir , procurando que siempre sea en la exhalación bucal. La técnica fono-respiratoria parecida a la utilizada en la educación eufónica del canto . Algunos autores la llaman "soplo espiratorio bucal".

B) Sistema de Fonación:

Anatomía y Fisiología de la Laringe.

La laringe es el órgano de fonación . Es un órgano impar , asimétrico, situado en el cuello , en la parte anterior. Tiene forma de una pirámide triangular truncada, cuya base esta dirigida hacia arriba ; comunica con la faringe, de la que la separa la epiglótis y su vértice truncado se une a la traquearteria. (ver esquema 5).

La conformación interna de la laringe tiene tres zonas: las cuerdas o ligamentos vocales (zona glótica), la supraglótica y la infraglótica. Todas ellas conforman el aparato Infrarresonador. La zona glótica es fundamental o mas importante, dado que allí se produce el sonido laríngeo. Presenta dos pliegues membranosos dos superiores llamados "falsas cuerdas" , y dos inferiores llamados cuerdas o ligamentos vocales. (ver esquema 6).

En los niños con labio y paladar hendido , se utiliza además la técnica aérea en la fonetización . De tal manera que tienen que aprender a soltar el aire con el fonema a repetir , procurando que siempre sea en la exhalación bucal. La técnica fono-respiratoria parecida a la utilizada en la educación eufónica del canto . Algunos autores la llaman "soplo espiratorio bucal".

B) Sistema de Fonación:

Anatomía y Fisiología de la Laringe.

La laringe es el órgano de fonación . Es un órgano impar , asimétrico , situado en el cuello , en la parte anterior. Tiene forma de una pirámide triangular truncada, cuya base esta dirigida hacia arriba ; comunica con la faringe, de la que la separa la epiglótis y su vértice truncado se une a la traquearteria. (ver esquema 5).

La conformación interna de la laringe tiene tres zonas: las cuerdas o ligamentos vocales (zona glótica), la supraglótica y la infraglótica. Todas ellas conforman el aparato Infrarresonador. La zona glótica es fundamental o mas importante, dado que allí se produce el sonido laríngeo. Presenta dos pliegues membranosos dos superiores llamados "falsas cuerdas", y dos inferiores llamados cuerdas o ligamentos vocales. (ver esquema 6).

EL ESQUELETO LARINGEO

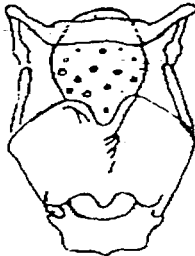
HUESO HIODES

ASTA SUPERIOR
DEL TIROIDES

TIROIDES

ASTA INFERIOR
DEL TIROIDES

TRAQUEA



VISTA ANTERIOR

EPIGLOTIS

PROMINENCIA DEL
TIROIDES LLAMADA
"MANZANA DE ADAM"

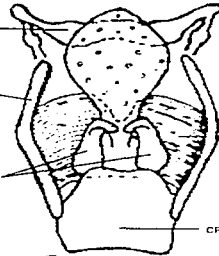
CRICOIDES

HIODES

ASTA SUPERIOR
DEL TIROIDES

ARITENOID

TRAQUEA



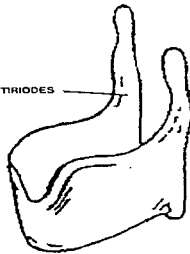
VISTA POSTERIOR

EPIGLOTIS

TIROIDES
CORNICULADOS

CRICOIDES

TIROIDES



EPIGLOTIS



CRICOIDES

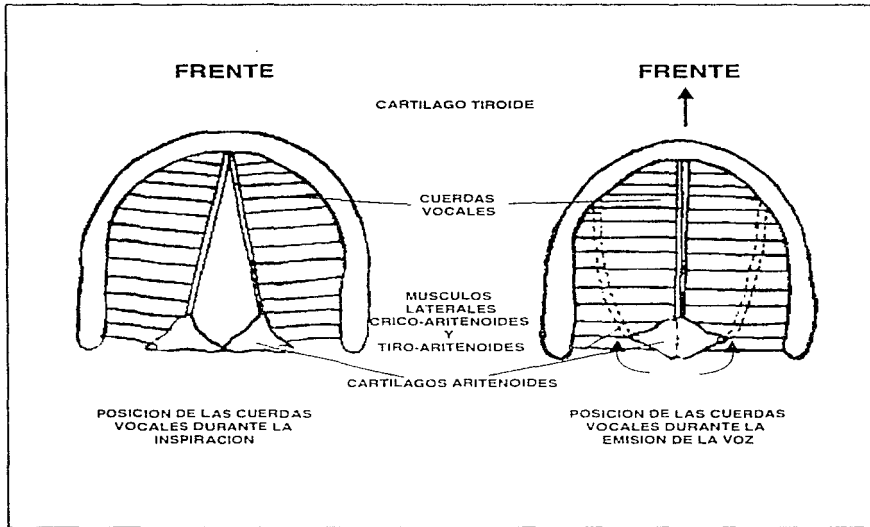
CORNICULADOS



ARITENOIDES

CARTILAGOS DE
LA LARINGE

VISTA ESQUEMATICA DE LA PARTE SUPERIOR DE LA LARINGE, MOSTRANDO LAS POSICIONES DE LAS CUERDAS VOCALES



La acción de los músculos laríngeos.

Posee dos clases de músculos: los extrínsecos a las partes próximas a ella, y los intrínsecos o propios de la laringe. Según Jackson (1962)*, las funciones de la laringe son: respiratorias, circulatorias, fijativas, protectoras, emocionales y fonatorias. Tomando en cuenta que sirve de pasaje al aire y produce el sonido laríngeo que recibe el nombre de voz. La voz es producida por la corriente de aire arrojada por los pulmones que llegan a la laringe con suficiente presión y encontrando tensas las cuerdas vocales, chocan contra ellas y las hace vibrar dando lugar a un tono fundamental, al que se van a agregar posteriormente otros armónicos en las zonas de resonancia.

Para que el sonido se produzca es necesario:

- 1) Que la corriente de aire tenga una presión suficiente, dada por los músculos espiradores, para separar las cuerdas vocales de su posición de descanso.
- 2) Que el orificio glótico esté suficientemente cerrado, es decir, que las cuerdas vocales se aproximen, bajo la acción de los músculos constrictores, dejando un estrecho pasaje al aire.

* Jackson Chevalier. "Laryn Diseases". Macmillan Co. New York U. S. A. (1962).

Cualidades de la voz :

a) La intensidad .- que depende de la fuerza de la corriente del aire espirado, de la longitud de la cuerda vocal y de su constitución. Acústicamente depende la mayor o menor amplitud de la vibración u oscilación pero no de su número.

b) El tono o altura .- es más agudo o más grave . La voz es más grave en el hombre que en la mujer.

c) La duración o cantidad .- Todo sonido requiere de un mínimo de duración. "los sonidos se aproximan o alejan de él -de ése mínimo- según la mayor o menor rapidéz con que se habla"+. La cantidad varía con el estado emocional, el hábito, la edad, etc. y de acuerdo con principios fonéticos determinados, que corresponden a la fonética dinámica.

d) El timbre .- es la propiedad que permite distinguir los sonidos de distintos instrumentos, aunque se produzca en el mismo tono y con igual intensidad.

El sistema de fonación es sólo una parte de los procesos indispensables en el lenguaje; su misión es la de producir voz , controlar su calidad , tono, modulación e inflexión durante el discurso oral o en el canto.

+ Navarro Tomás , Pronunciación Española .

C) Sistema de Resonancia .

Anatomía y Fisiología:

Está formado por la faringe, las fosas nasales, y la boca.

Los órganos modificadores y amplificadores del sonido.

El Aparato Resonador: Suprarresonador

Parte superior de la laringe

Faringe

Paladar (duro y blando)

Boca

Fosas nasales

Huesos Huecos del cráneo. (ver esquema 7 .)

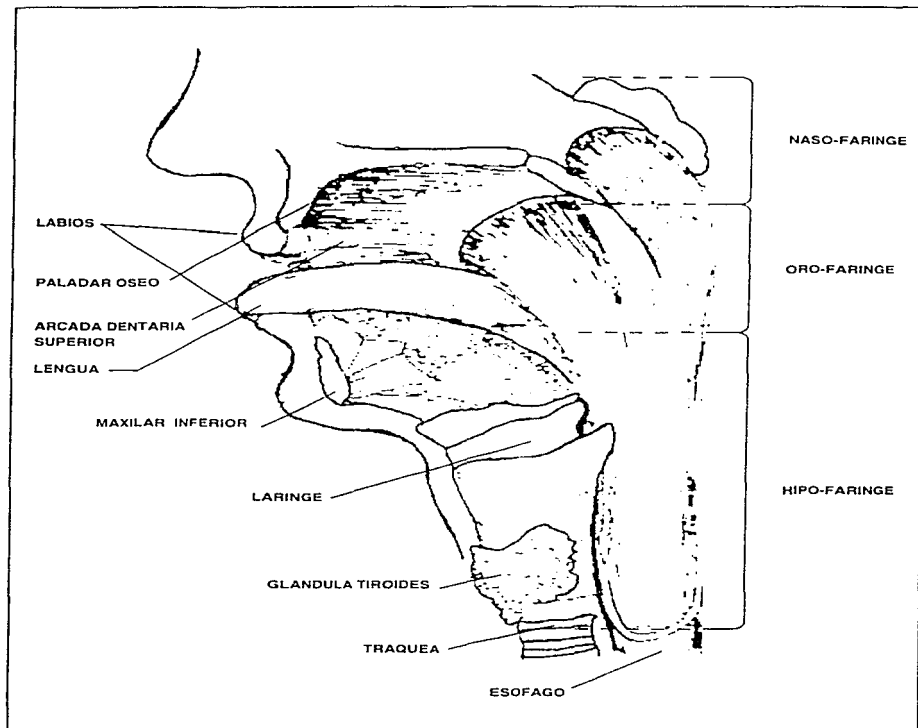
De ellos depende el timbre de la voz, cualidad característica , que da personalidad a la misma.

En esa caja de resonancia donde las perturbaciones adquieren gran importancia desde el punto de vista fonético y articulador , pues los elementos que integran la boca forman el Aparato Articulador.

La faringe se separa de la cavidad bucal durante la deglución y fonación, al elevarse el velo del paladar o paladar blando.

La cavidad bucal está constituida por un esqueleto óseo muy incompleto y por partes blandas.

SISTEMA DE RESONANCIA



El paladar (cuya formación ocurre generalmente entre la décima semana y los tres meses de embarazo), consta de una parte dura óseo cartilaginosa y una parte blanda (el velo del paladar) y está revestido en toda su superficie por una mucosa.

El velo del paladar es una lámina móvil músculo-membranosa que hace continuación a la bóveda palatina. Los músculos del paladar son: el palato-etafilino que va de la espina nasal posterior a la punta de la úvula y es elevador de la úvula; el periestafilino externo que desempeña la función de tensor del velo del paladar, el glosostafilino, constrictor del istmo de las fauces y el faringoestafilino, elevador de la faringe, hace bajar el velo del paladar y cirra el istmos de las fauces. Los nervios de la lengua son de dos clases: sensitivos y motores. Los sensitivos provienen del ligual, del glosofaríngeo y de un filete del laríngeo superior (las terminaciones de éste último están al nivel del tiroides, por el cuello).

Como parte del sistema de resonancia , la lengua adopta la forma y posición debidas a fin de darle a la cavidad bucal la forma y dimensiones convenientes según la calidad tonal del sonido que va a emitirse, lo que sólo se hace posible por la gran facilidad propia de este órgano para cambiar de forma y posición.

El sistema de resonancia, constituido por las cavidades faríngeas, nasal y palatina, provee los tonos secundarios que le dan a la voz humana las cualidades armónicas individuales.

La faringe permite el paso del aire tanto en la inspiración como en la espiración. Cuando los sonidos son nasales permite el paso del aire espirado por la rinofaringe y por la acción de sus músculos puede cambiar su forma ensanchándose o alargándose según la calidad del sonido que vaya a emitirse.

Las fosas nasales son otros órganos resonadores de gran importancia que tienen las siguientes funciones: respiratorias y olfativas; siendo parte de su resonancia la emisión de los fonemas nasales (m, n, ñ) al permitir el paso del aire por ésta vía en la emisión. Es característico de los niños con labio y paladar hendido.

El velo del paladar se eleva durante la deglución y la fonación (a excepción de la producción de los fonemas nasales), impidiendo el pasaje del aire hacia la nariz. Se contrae en mayor o menor grado según la altura tonal del fonema y su forma de emisión.

Como parte del sistema de resonancia, la lengua adopta la forma y posición debidas a fin de darle a la cavidad bucal la forma y dimensiones convenientes según la calidad tonal del sonido que va a emitirse, lo que sólo se hace posible por la gran facilidad propia de este órgano para cambiar de forma y posición. En los niños con labio y paladar hendido (unilateral completo)+, no existe tal mecanismo debido a

+ Fisura ó hendidura que abarca labio, paladar duro y blando, de uno de los lados izquierdo o derecho. Nomenclatura de Karnaham y Stark 1987. Del libro de diseño para niños con labio y paladar hendido.

la ausencia o abertura del labio, paladar duro y paladar blando. Cuando no ha sido estimulados en el lenguaje tanto sus músculos internos (paladar duro y blando), como los músculos externos (labio y faciales), éstos se encuentran dormidos, no han sido ejercitados, mucho menos se han adquirido los mecanismos articulatorios del habla.

La lengua, en estado de reposo es ancha, blanda y ocupa completamente la cavidad bucal. Sus movimientos se clasifican en extrínsecos e intrínsecos. Los primeros son los cambios de lugar: elevación, descenso, movimientos hacia adelante y hacia atrás. Los intrínsecos son los cambios de forma de la lengua y son seis:

- 1.- Prolongación, por contracción del músculo lingual transverso.
- 2.- Acortamiento, por contracción de las fibras longitudinales.
- 3.- Encogimiento transversal, al contraerse las fibras transversas.
- 4.- Achatamiento y ensanche, cuando se contraen las fibras verticales.
- 5.- Movimiento de lateralidad, por contracción del estilo-gloso y de las fibras longitudinales de un solo lado.
- 6.- Encorvadura de la lengua a manera de canal, lo que se realiza al en contrarse los genioglosos, estiloglosos, lingual superior y glosoglosos actuando todos en forma coordinada.

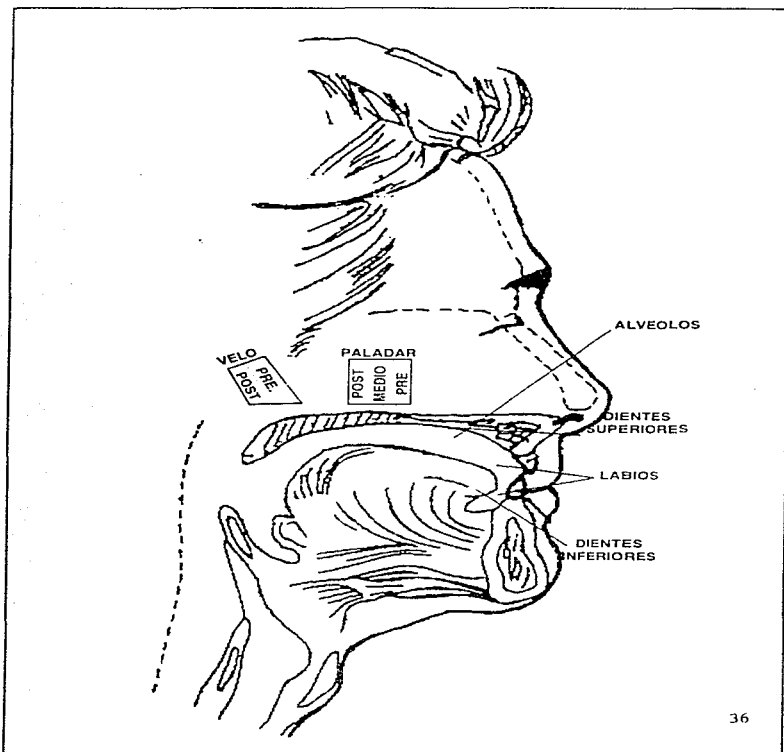
D) Sistema de Articulación.

Anatomía y Fisiología:

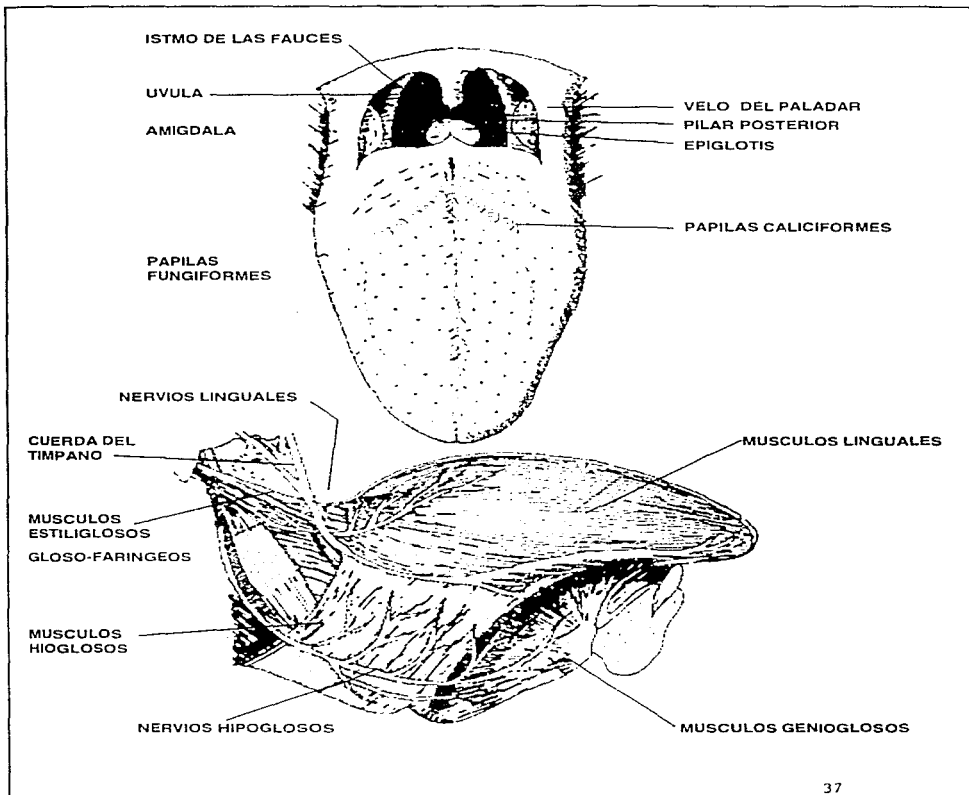
El sistema de articulación está formado por el paladar, la lengua, los labios, las mandíbulas, las arcadas dentarias y los músculos faciales. (ver esquemas 8 y 9) Los labios, además de las funciones vegetativas, de succión, contención de saliva etc., son también órganos fonéticos importantes, y como también en la articulación de los fonemas vocales -no en todos-, y en los fonemas consonantes p, m, f, y v. Por lo que es importante cualquier alteración ya que impediría sus movimientos normales. En el caso de los niños con labio y paladar hendido en todas sus formas de alteración excepto en sólo labio fisurado.

El labio y paladar hendido, corrientemente llamado labio leporino, antiguamente se le denominaba "hocico de liebre", que consiste en la persistencia de la o las fisuras que se dan en el embrión durante su formación en la vida intrauterina. Como ya se mencionó anteriormente, la malformación se sucede entre el séptimo y el décimo mes de gestación. En la octava semana, las prolongaciones palatinas se acercan entre sí en la línea media, se fusionan y forman el paladar secundario. Hacia adelante, las crestas experimentan fusión con el paladar primario triangular, y el agujero incisivo puede considerarse el detalle mediano de separación entre los paladares primario y secundario. El tiempo en que se fusionan las prolongaciones palatinas, y el tabique nasal crece hacia abajo y se une con la superficie cefálica del

SISTEMA DE ARTICULACIONES



LA LENGUA



paladar neoformado (ver esquema 10 fig. A). Esto no sucede con el labio y paladar hendido unilateral completo y (incluyéndolos todos los tipos). Dado que tal proceso no se llega a desarrollar y completar debido a los factores desencadenantes ya citados antes (ver esquema 10 fig. B).

Martinet (1939) y la Doble Articulación.

Martinet (ídem) dentro de sus aportaciones determinó las tres unidades que conforman un sistema lingüístico: lengua, habla y norma, el primero como el sistema general, el habla como la realización individual del hecho concreto de comunicación lingüística y la norma como el conjunto de convenciones que determinen la comunicación.

André Martinet (ídem) publicó, varios planteamientos sobresalientes, dentro de los cuales el análisis de la lengua, en el cual estableció: el principio de la doble articulación, la cual incluye las denominadas primera articulación y segunda articulación. La primera se encuentra al nivel de la lengua en donde es posible combinar unidades dotadas de significado (signos) para integrar mensajes en la cadena del habla, en tanto que la segunda corresponden los elementos sin significado (sílabas y fonemas) que pueden articularse para integrar elementos con significado.

Textos { Los niños son los hombres
del futuro; la humanidad debe
considerarlos su más preciado tesoro...

enunciados { Los niños son los hombres del futuro

Primera

articulación palabras { Los niños

morfemas { niñ-os

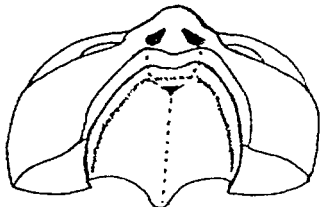
sílabas { ni-ños

Segunda

articulación

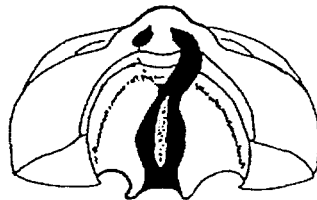
fonemas { /n/, /i/, /ñ/, /o/, /s/

PRESENTACION
INTERNA NORMAL
DEL PALADAR



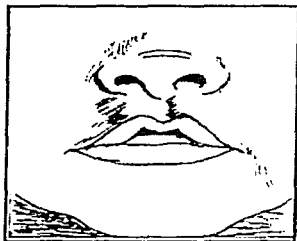
A

PRESENTACION
INTERNA HENDIDO
UNILATERAL



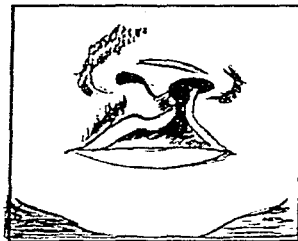
B

PRESENTACION
EXTERNA NORMAL
DEL PALADAR



A

PRESENTACION
EXTERNA HENDIDO
UNILATERAL



B

Un acto de habla o expresión lingüística concreta puede ser analizado en una serie de unidades mínimas que la fonética tradicional denominaba sonidos del habla y que Trubetskoy* (mediados del siglo XX), llama fonemas. Cada lengua está integrada por un número determinado de fonemas que difieren entre sí a partir de ciertos rasgos fonéticos esenciales que permiten su identificación.

En una descripción fonológica se deben aclarar todos los rasgos distintivos de cada fonema; así mismo se debe de indicar qué tienen en común.

Trubetskoy (ídem), admite la clasificación tradicional de las vocales en lo que respecta al punto y el modo de articulación, es decir, de acuerdo con sus rasgos de localización y el grado de abertura; pero agrega un tercer rasgo, el de resonancia, que considera además el contraste nasal y no nasal de éste tipo de fonemas.

A las consonantes las clasifica de acuerdo con sus rasgos de localización, grado de cierre o constreñimiento (oclusivas, continuas, tensas, flojas, geminadas, no geminadas) y sus grados de resonancia (orales y nasales).

También diferencia los rasgos vocálicos y consonánticos, establece una distinción más en los fonemas: los rasgos prosódicos, los cuales no caracterizan a un fonema una consecuencia de éstos, opuesta a otra secuencia. La más común de estas series o secuencias es la sílaba.

* Nicoláz Trubestkoy junto con Román Jakobson y Serge Karsevski, fundaron la Escuela Fonológica de Praga, a mediados del siglo XX.

Las diferencias u oposiciones más notables entre las sílabas son: débilmente acentuadas , fuertemente acentuadas; largas, cortas , con golpe de glotis, sin él... de ahí que los rasgos de acentuación o cantidad se consideren rasgos prosódicos.

El lingüista norteamericano L. Bloomfield (1933), concibió los fonemas no como sonidos, sino como meros rasgos sonoros agrupados en haces que los hablantes de la lengua están capacitados para distinguir dentro de la secuencia sonora del habla.

Fonética y Fonología :

Fonema viene del griego phonó-sonido . Uno cualquiera de los elementos del lenguaje.

La fonética es una rama científica que estudia los sonidos del lenguaje (entre otros) desde un punto de vista articulatorio y acústico; se propone determinar las características físicas de la fonación , y la ciencia en la que se inserta es la física. En general, incluye los sonidos del habla.

La fonología en cambio , se interesa más en las variaciones de significado (sustancia) que corresponden a los cambios de los sonidos del habla; de ahí que la fonología se considere como una rama de otra ciencia : la lingüística.

Por eso, cuando en lingüística se habla de sonidos es conveniente observar si son estudiados como entidades físicas que se describen sin conocimiento previos de la lengua correspondiente o si se entiende a las diferencias o similitudes que

presentan cuando funcionan en el sistema de la lengua; en el primer caso estaremos ante una descripción fonética y en el segundo ante una descripción fonológica. Para el presente reporte sólo tomaremos en cuenta a la fonética.

1.4 La Articulación de los sonidos del habla : en resumen.

La producción del sonido articulado es, como ya dijimos anteriormente, voluntario y se debe a una causa psíquica: el cerebro, desde su centro nervioso, emite una descarga neuromotriz por medio del nervio recurrente, que hace comprimir el diafragma sobre los pulmones; éstos expulsan el aire para la fonación. La misma señal produce el acercamiento o alejamiento correspondiente en las cuerdas vocales para que, al paso de la corriente de aire originada simultáneamente en los pulmones se realice la vibración que constituye el sonido vocal o la voz. Por consiguiente la voz se produce debido a la vibración regulada de las cuerdas vocales en la laringe. El modo de vibración a su vez, depende del grado de tensión que también tiene que ver con el tono del sonido que se produce. El sonido es amplificado o modificado en las cavidades que le sirven de resonadores, como la cavidad nasal, por ejemplo, que además dice Tarneaud (1956), tiene una función exitorrefleja sobre los movimientos respiratorios y fonatorios.

El mecanismo más sencillo es la interrupción de la corriente de aire pulmonar mediante los labios; éstos forman una barrera para que al abrirla ocurra una "explosión" (término usado por Saussure en oposición al cierre, que llamó "implosión"). Es por esto que las primeras fonetizaciones que ocurren en el bebé consistan en un juego de implosión-explosión repetidas veces hasta que se estructura el lenguaje en sus primeras palabras como son papá y mamá etc..

El habla se integra con sucesivos estallidos de sonidos de longitud variable y ésta sólo se interrumpe en puntos en que el hablante se detiene a tomar aliento, como en el enunciado de André Martinet en sus análisis histórico-fonológicos, del principio de la economía, que se basa en la tendencia humana de obtener el máximo efecto posible con el mínimo esfuerzo. Como en el caso de la energía articularia, la ley del menor esfuerzo determinaría muchos de los cambios fonéticos en el sistema.

Los llamados sonidos del habla son en realidad abstracciones convencionales hechas por el fonetista, quien segmenta las corrientes continuas de sonido al analizarlas a partir de ciertos criterios que le permiten delimitar cada uno de los elementos sonoros.

El número de sonidos del habla reconocibles como unidades distintas está determinado por el número de posiciones y combinaciones de los órganos de fonación; un cambio de posición de dichos órganos puede percibirse como una variable articularia; por eso algunas variables pueden conservar un mismo valor semántico a pesar de las distintas posiciones de los órganos de la fonación.

Considerando las práxias (una buena ejecución del sistema fono-articulador) ó apraxias (una mala ejecución del sistema fono articulador).

Algunas veces las variables articularias sí afectan el significado. Las deficiencias articularias pueden deberse a cualquiera de éstos factores; fisiológicos, falta

de estimulación, defectos anatómo-funcionales ,psicológicos. Como el que aquí nos atañe, el niño con fisura labio-palatina. Los niños con éste defecto, cursan con voz "nasal" o "rinolalia abierta" (llamado así por Kussmaul), puede ser total o parcial, el velo palatino puede también faltar , ser corto, estar dividido o afectando también la úvula bífida, o estar paralizado. Es por ello que se presentan alteraciones funcionales y fonéticas, que afectan al ser desde su nacimiento variando en su gravedad o afección de un niño a otro. Como el niño no puede succionar correctamente, ni deglutir, pues los líquidos son arrojados por la nariz, es necesario colocarle el alimento en la parte posterior de la lengua lo que determina una alimentación anormal, afectando su esfera oroalimenticia. Por lo general son niños débiles de bajo peso y vitalidad disminuída. La comunicación de la boca con las fosas nasales provoca también una inflamación crónica, que propagándose por la trompa de Eustaquio, afecta la audibilidad del niño, provocándole Otitis media (infección del oído medio).Desde el punto de vista de la fonación , provoca un defecto general en lenguaje . La voz tiene una resonancia nasal, que afecta a todos los fonemas excepto la m, n y ñ por ser éstos fonemas nasales.

1.5 Tratamiento y Reeducción Fonética :

En el caso de el labio y paladar hendido , el tratamiento ha incluido , tanto el aspecto de las técnicas fonéticas, como el desarrollo del niño en su contexto familiar y escolar como estimulantes del lenguaje.

A los niños con labio y paladar hendido , que han sido intervenidos quirúrgicamente se le denomina estafilorrafia si de trata sólo del velo palatino y uranoestafilorrafia+ en el caso de la división total .

En la reeducación fonética .- se considera que debe ser consistente y prolongada hasta que desaparezca la voz nasal.Y en su caso quitar vicios de lenguaje adquiridos durante el desarrollo en ausencia de terapia.

La reeducación fonética consiste en :

- i).- Ejercicios para movilizar el velo palatino.
- 2).- Ejercicios respiratorios.
- 3).- Ejercicios para la fonación y la articulación.

+ De la combinación uranorrafia y estafilorrafia. Uranorrafia, del gr.: uranos = paladar, y raphé = sutura. Estafilorrafia del gr.: estaphilé = úvula.

Los ejercicios de movilizar el velo palatino es con el objeto de que realice su función normal de separar las fosas nasales de la faringe bucal, cuando se articulan fonemas bucales, pueden realizarse en forma combinada con los ejercicios fonéticos y respiratorios. Además podemos agregar la sensibilización gestual, para que resulte lo mas natural y efectivo. Existen ejercicios respiratorios con aparatos y sin ellos. Los ejercicios fonéticos, de acuerdo con las experiencias de Passavant* y Czernad** es sobre la presión que ejerce el velo palatino sobre la pared faríngea, cuando se articulan las vocales, y que en orden decreciente es i, u, o, e, a. La elevación en el mas alto grado, es cuando se articula la i, y va disminuyendo hasta llegar a la a***.

El tratamiento integral es longitudinal y de seguimiento. Algunos dicen que la terapia de lenguaje comienza a los 3 años de edad, cuando ya han sido operados del paladar. Sin embargo ésto sería si se tratase de el aspecto quirúrgico, no así del aspecto cognitivo en el desarrollo del pensamiento, como ya se trató con anterioridad.

* De la oclusión de la faringe en el acto de la palabra.

** La acción del velo del paladar en la emisión de las vocales puras.

*** **Para comprobarlo, Czernak toma un pequeño alambre fino y dobla sus dos extremos en ángulo recto y en el mismo plano. Uno de los extremos, provisto de una pequeña bola de cera, es introducido por la nariz del niño, de tal manera, que la pequeña bola llega a estar en contacto con el velo del paladar. La otra extremidad pende, en forma de indicador, delante de la boca. Se pronuncian entonces en el orden indicado, las vocales a, e, o, u, i; el indicador de eleva cada vez más en los períodos correspondiente, llegando en la i a su mayor altura. Y en el orden inverso el indicador baja a su máxima al llegar a a". De Meyer, Los órganos de la palabra.

2. El tratamiento interdisciplinario en el niño con labio y paladar hendido :

Es de suma importancia abordar el trabajo de equipo en la atención a los niños con labio y paladar hendido , porque el problema tiene muchas áreas que corregir tanto físicas como psicológicas y además atenderlas desde su nacimiento y todo lo que implique su desarrollo global.

Para poder entender mejor primero tomaremos en cuenta el área de corrección anatómico-funcional y los especialistas que se requieren para tal efecto . Muchos son los programas abocados a su atención, tanto nacionales como internacionales , porque hay que destacar nuevamente que es un trastorno de alta incidencia , ya que se reportan de labio y paladar hendido (unilateral) de 1:1000 casos (1996). En las zonas endémicas de México hablamos de una estadística general incluyendo todos los tipos de fisuras, a 1:700 casos reportados (1996). La generalidad de los programas coinciden con la intervención de los siguientes especialistas:

Por ejemplo la Universidad de Iowa Hospital & Clinics, proporciona los siguientes servicios. Dentro del tratamiento está contemplada la familia .

-Coordinador Clínico.- Explicando las funciones de la Clínica y el tiempo que se llevará el tratamiento así como sus objetivos.

-Cirujano Plástico/Ortolaringólogo .- Explica la necesidad y la regulación del

tratamiento y suministros que alcanza en sus cuidados que necesita.

-Genetista Pediatra.- Discute la Historia Familiar y explica las estrategias teniendo otro niño con labio y paladar hendido.

-Enfermera.- Asiste con los problemas de alimentación prepara a la familia y al niño para la cirugía y suministra apoyo o soporte.

-Trabajadora Social.- Asiste en lo concerniente y relativo al costo de los cuidados y también cuando la familia estaba recuperándose.

-Audiólogo.- Aplica Test auditivos y sugerencias del tratamiento requerido.

-Patólogo del Lenguaje.- Explicaciones del habla y el desarrollo del lenguaje. Suministra un plan de terapia de lenguaje, de requerirlo.

-Dentista Pediátrico.- Revisa y da tratamiento odontológico.

-Ortodoncista.- Se coordina en el plan terapéutico acorde con el cirujano maxilo facial.

-Cirugía oral y maxilofacial.- Lleva a cabo el tratamiento reconstructivo de la hendidura maxilar y/o facial.

-Protesis maxilofacial.- Dispositivo insertado dentro de la boca, una especie de clausura para ayudar al habla.

-Psicología Pediátrica.- Contempla un plan terapéutico abarcando al niño y a sus familiares. Ayuda a la aceptación y terapia de apoyo en beneficio de la autoestima del niño.

En otros programas también se incluyen al epidemiólogo, al otorrinolaringólogo, entre otros. En el presente reporte, la intención no es revisar cada uno de los programas, mas sin embargo entender en su generalidad lo que un programa ofrece o lo que puede ofrecer si es bien encausado. Uno de los programas con que cuenta México es el Instituto Nacional de Pediatría S. S., por ello ha formado la "Clínica de Labio y Paladar Hendido", el cual consta de :

- Cirujía Maxilofacial
- Pediatría
- Odontopediatría
- Higiene Mental , Psicología y Psiquiatría
- Terapia de Lenguaje
- Trabajo Social
- Otorrinolaringología
- Análisis Químicos
- Personal auxiliar como : enfermeras especializadas.

El Instituto Nacional de Pediatría, cuenta con un folleto editado desde 1972 por el entonces Hospital Infantil de la IMAN, actualmente Instituto Nacional de Pediatría S. S., viene siendo utilizado como una eficiente guía para los padres de los niños con fisuras faciales.

3. La atención pre y post operatoria.

El sistema en que fueron atendidos los niños con labio y paladar hendido en el presente reporte, se dió en el siguiente orden :

Los pacientes de primera vez son capturados por el Dr. Díaz Barriga en su consulta y posteriormente se les cita en la próxima campaña para ser revisados por los cirujanos y a la vez seleccionados para ser operados.

El criterio es dar prioridad a los niños mas pequeños , puesto que la necesidad más inmediata del hombre es la alimentación y posteriormente la comunicación. De tal manera que se ve afectada la esfera oroalimenticia de manera fisiológica como psicológica. Es obvio que el niño no recibe una alimentación normal o adecuada durante su etapa de lactante. Por otro lado no se cumple con las demandas de el bebé y se vé alterado su desarrollo, complicandose las cosas . Es por ésto que los niños más pequeños son a los que se les dá la preferencia como candidatos para ser operados .

Para ser intervenidos tanto los de primera vez como los que ya han sido operados debieron ser canalizados por el Ortodoneista , revisados por el Pediatra y haberse realizado los análisis correspondientes.

Dos o tres días antes de ser operados, se citan a los padres a las pláticas que tienen como finalidad informar, adiestrar y bajar la tensión durante la situación pre y post operatoria , de tal manera que haya mejor cooperación tanto de los padres como de

los niños en la transición quirúrgica y en la recuperación tanto física como mental del paciente. El objetivo básicamente surgió después de revisar un trabajo sobre "Experiencias traumáticas corporales dramatizadas en la psicoterapia de niños psicóticos". XXIX Nacional de Psicoanálisis. Guadalajara Jal. México. Dic.1990.

La fisura labio-palatina representa en éstos niños más que un defecto, un problema en su alimentación, en el habla, estigmatizados socialmente al generarse en el trance traumático al ser operados varias veces, a lo largo de su desarrollo desde el nacimiento hasta que se dan de alta quirúrgicamente. Las condiciones quirúrgicas han cambiado muchos hasta nuestros tiempos, y en antaño personalidades como Jhon Snow en 1847 y Collins en 1865 recomendaban su corrección con éter y cloroformo, en tanto que cirujanos como Ferguson en 1852 y Warren (1867) condenaban el uso de la anestesia general, así como la operación en niños, dada la alta mortalidad (40-50%). A medida que las técnicas quirúrgicas fueron mejorando, se logró una reducción importante de la mortalidad, siendo de 4% 1953 y a partir de 1959 menor del 1%.

Es motivo de controversia la edad en que debe llevarse a cabo el cierre del labio hendido, así como la fisura palatina; edades que varían para la corrección del primero desde los primeros días del recién nacido hasta los 2, 4 ó 6 meses en tanto que para el paladar hendido, desde los 18 meses hasta los 3 años dependiendo

de las condiciones socioculturales, así como el estado de salud en que se encuentra el niño y de la presencia o no de otras malformaciones congénitas asociadas. Otras opiniones se inclinan por reparar la fisura labial en los primeros días de vida, siempre y cuando se trate de un recién nacido a término con un peso normal y sin malformaciones congénitas asociadas que asuman un mayor riesgo.

Hasta el año 1969 se reconocían 50 síndromes asociados con labio y paladar hendido, aún cuando en años posteriores se han mencionado hasta 154 la importancia de este hecho radica en que las malformaciones de otros aparatos y sistemas como el cardiovascular, renal y musculoesquelético modifican y complican el manejo pre, trans y postoperatorio, que ya por sí mismo resulta complicado, traumático y lacerante para el niño y sus familiares.

Los síndromes que con mayor frecuencia se asocian al labio y paladar hendido son : Pierre Robin que consiste en : micrognatía y paladar blando hendido . Otro es el de Treacher-Collins, en el cual existe hipoplasia malar y mandibular, malformación de los pabellones auriculares, microstomía o macrostomía, paladar hendido y malformaciones cardíacas ocasionales, por mencionar algunos.

En el programa de atención a los niños con labio y paladar hendido.

Se manejaron niños con ausencia de algún síndrome y en condiciones normales fuera del padecimiento que implica su alteración. Los niños con malformaciones de labio y paladar hendido pueden estar afectados en diversos grados : desde el labio hendido incompleto unilateral , hasta el labio y paladar hendido bilateral, extendiendo entre ambos diversos grados de la lesión , por lo que para obtener una reparación total es necesario someter al paciente a varios actos quirúrgicos. La corrección de la fisura palatina se lleva a cabo a partir de los 18 a 24 meses de edad. Otras cirugías, como corrección de ala nasal, elongación de columnelas y colgajos faríngeos se realizan cuando el paciente está en la etapa escolar o aún en la adolescencia. En el programa fueron seleccionados y organizado el día y hora de su operación, me coordiné con el anestésista, el cirujano y el personal que iba a intervenir, con el fin de comunicarles las características del paciente y el manejo que era conveniente desde el punto de vista psicológico. Los niños siempre llevan un gafete con sus datos para que cualquiera que no los conociera les diera un trato más individual y personalizado. La idea del gafete en primera instancia, surgió por la necesidad de que el equipo de Cirujanos de Texas se percataran de los datos del niño en cirugía para entablar empatía de entrada con el niño, puesto que no siempre son los mismos cirujanos que los operan y el inconveniente del idioma

(inglès). Ha dado mejor resultado desde entonces, los padres reportan que se observan menos intranquilos que en ocasiones pasadas a los niños que van a ser sometidos a cirugía.

A los padres y familiares se les entrenó para que se organizarán y no dejarán al paciente ni de día ni de noche, con el fin de que el niño tuviera la confianza y tranquilidad de que sería cuidado, atendido y protegido antes, durante y después de haber sido operado, de tal forma que menguara su sufrimiento y quedar con la sensación de confort por la atención de la que fué objeto. Estas medidas se llevaron a cabo las tres últimas campañas.

4. Atención en terapia psicológica.

Es básicamente los cimientos de cualquier intromisión de tratamiento, dado que si consideramos que la disposición es importante para cooperar o no a ciertos requerimientos. La terapia la encontramos mezclada en un momento pre y post operatorio, en un momento de estimulación del aprendizaje del lenguaje oral y en una aceptación de sí mismo y sus posibilidades.

Si tomamos como parámetro que éstos niños son presas de un sin fin de secuelas que arrastra su padecimiento, no solo el dolor físico sino también el dolor afectivo del rechazo social y en ocasiones el familiar. La encrucijada aquí es el deterioro que sufren en el autoconcepto. Para ello la importancia que le da Williams James (1989) en el estudio del autoconcepto de sí mismo reside en la aportación de un punto de vista dinámico y en el carácter multidimensional del concepto de sí mismo.

Sus cuatro proposiciones: el "sí mismo material", - referido al cuerpo y posesiones, con respecto a los niños encontramos que su esquema corporal se encuentra alterado por la malformación que padece, se ven como "defectuosos".

El "sí mismo social" que proviene de las relaciones con el entorno en especial con personas significativas. Encontramos como las más significativas a los padres surgiendo como de mayor importancia la figura materna.

La relación entre madre-hijo, suele verse conflictuada por tal acontecimiento

inesperado. La madre, y también el padre se ven consternados, cuando descubren que el bebé no completó su desarrollo intrauterino, también lo ven como "defectuoso" en primera instancia. Ya en épocas históricas antiguas eran sacrificados al nacer. Posteriormente al nacimiento, comienza la lucha de aceptación y rechazo. La relación entre madre e hijo se ve truncada, si la madre no ha sido tratada en terapia, no se va a establecer la "relación simbiótica" propia e íntima de ésta relación, no se identifican ampliamente y el bebé sufre la angustia de tal alejamiento por parte de la madre. Además no vivencia su oralidad al ser amamantado por la madre lo que le provoca muy posiblemente también angustia. Posteriormente es importante la locomoción y el lenguaje. Gradualmente la socialización se convierte en un determinante importante. Por lo que encontramos repercusiones en su ámbito social como: aislamiento social, rechazo social, a veces son niños escondidos, producto de prejuicios, retraídos socialmente, son blanco burlas y agresiones por parte de adultos u otros niños con los cuales llegue a convivir, son vistos a través de explicaciones, producto de mitos y creencias como: "se lo comió la luna", "lo besó la luna", etc.

Los padres entran en una situación de duelo: primero niegan tal situación no lo aceptan, se cuestionan todo el tiempo "por que a ellos", "porque su hijo" posteriormente entran en una fase de depresión agobiados por la culpa y el

sentimiento de rechazo profesado hacia su hijo, terminando con la aceptación y enfrentamiento del problema a solucionar. Cuando esto no se dio existen problemas en el seno familiar, de pareja y el propio niños ya está predeterminado por el rechazo y el abandono.

La dinámica familiar se torna difícil y alterada, hay un cambio total del panorama en las relaciones intrafamiliares. Suelen descuidar al niño o bien sobreprotegerlo. También pueden darse recriminaciones por parte de los progenitores del niño, cuando uno de ellos es portador genético del trastorno. La problemática que pudiera existir en la familia, ahora se vuelca sobre el niño "defectuoso", sirviendo muchas de las veces como "chivo espiatorio". El "sí mismo espiritual", que comprende las facultades, disposiciones e intereses etc., éstos que consideran como propios. Para los niños con labio y paladar hendido, su mayor deseo es ser como los otros niños ... normales.

Algunas veces ellos mismos se cuestionan o fantasean su condición, esto va a variar de acuerdo con sus propias características individuales y su capacidad para afrontarlas. Es importante fijarnos que siempre se van a sentir diferentes o los van a hacer sentir diferente los que le rodean.

El sí mismo "puro ego", que son los sentimientos de identidad y continuidad (L'Ecuyer 1985). También en el desarrollo su percepción de sí mismos se vé afectada por la espera de ser corregidos funcional y estéticamente, es un

punto que entorpece su estructura de identidad, lejos de ello se sienten incompletos y frustrados. En contraste con las ganas de verse bien y hablar bien mantienen la angustia de ser sometidos a constantes tratamientos quirúrgicos. Las repercusiones en el ámbito escolar son muchas, comenzando por el lenguaje distorsionado. El aprendizaje es difícil por la falta de comunicación y el poco tiempo del que disponen los maestros para su manejo. Constantemente se enfrentan a la frustración de sus posibilidades limitadas. Terminan siendo relegados dentro de un salón de clases. Su avance es lento, y muchas de las veces tienen que repetir el año escolar, lo que repercute en su autoestima.

Conclusión :

Nos encontramos ante una panorámica amplia y longitudinal de tratamiento integral. Lo anterior obliga a considerar el problema del niño con labio y paladar hendido en un inicio, de un abordaje preventivo -lo que quiere decir, desde que nace- a uno consolidatorio en la intención del manejo del tratamiento integral concluido hasta la adolescencia. Es por eso que en la perspectiva psicológica no hay límites en su atención ya sea clínica, educativa y socialmente. El psicólogo es un eslabón imprescindible en el tratamiento intradisciplinario

III. PROCEDIMIENTO

Los niños con labio y paladar hendido se encuentran en circunstancias difíciles dada su condición anatomofuncional (ya por demás referida), lo cual constituye un problema en sus dimensiones clínicas, familiares y sociales. Como se mencionó en la introducción es un problema que aqueja en primera instancia al Sector Salud, posteriormente al contexto social, y hasta gubernamental en la atención preventiva de un individuo productivo para su país y para él mismo.

Córdoba no es la excepción en la atención a los niños con labio y paladar hendido. Existen en su atención el Hospital Regional de Río Blanco que da tratamiento a 25 pacientes cada mes y la Clínica de Labio y Paladar Hendido A. C. de Monterrey (CLIPA), que intervienen quirúrgicamente a 30 pacientes cada campaña en la ciudad de Córdoba Veracruz, son las únicas Instituciones que proporcionan la atención en forma altruista.

CLIPA, nos apoya en la atención quirúrgica, a lo largo de 12 campañas en las cuales ha realizado 390 operaciones. Encabeza y dirige al equipo de cirujanos el Dr. Avelarso Arizpe, especialista en Cirugía Maxilofacial y Postgraduado en Japón, cada campaña fue coordinada por el

Dr. José Luis Díaz Barriga, especialista en Ortodoncia que ejerce en la ciudad de Córdoba.

El Dr. Luis Díaz Barriga me solicitó diera terapia de lenguaje a los niños con labio y paladar hendido, ya que no podían la cuota por sesión, además de tener un avance lento, además no contaban con una estructura de grama encaminado a atenderlos en las circunstancias de los niños.

El tiempo requerido para el tratamiento integral de cada niño con labio y paladar hendido, se extiende del nacimiento hasta más o menos los 16 años de edad promedio, o bien cuando su esquema de tratamiento individual se encuentre completo en todos sus aspectos. Es una intervención a largo plazo y de seguimientos de tipo longitudinal. En el presente reporte sólo se tomaron en cuenta a aquellos niños que fueron más perseverantes en sus terapias.

A continuación se expone lo realizado en el tiempo que duró el plan terapéutico de un año (de 1996-1997) con 10 pacientes en terapia de lenguaje, en psicoterapia y en el manejo pre y post operatorio.

Para llevar a cabo la intervención mas efectiva en la terapia de lenguaje se seleccionó un grupo de 10 niños. Los cuales fueron escogidos por su asistencia. A este grupo se le denominó "Grupo Inicial", por ser el primer grupo control. Dado que anteriormente no se hacia por falta de formalidad en la terapia por parte de los padres de los niños.

SUJETOS

Las características son altamente heterogéneas :

- Tres niñas y siete niños de 2 años a 13 años de edad y con un rango de escolaridad que va de maternal a secundaria .
- Con antecedentes entre dos y siete operaciones en su historial clínico .
- Cinco de ellos carecen de piezas dentales.
- En cuanto a su inteligencia , cuatro dentro del rango Normal y dos por debajo de él .
- En lo que respecta a su capacidad de aprendizaje, solamente uno presentó problemas (de lateralidad).

- El tipo de trastorno es de labio y paladar hendido unilateral completo (Clasificación de Kernaham y Stark ,1987) presentándose en todos ellos.
- En lo concerniente a su aspecto anatomofuncional , seis con cierre total del paladar duro y blando, y cuatro con placa proctodónica (para funcionar en la terapia de lenguaje).
- Ocho de los niños presentaba hipoacusia media.
- Su nivel socioeconómico es bajo.
- Todos son de escasos recursos económicos y bajo su nivel cultural. (ver anexo 1).

MÉTODO

ESCENARIO :

Para los fines de la terapia de lenguaje se utilizaron dos lugares :

1o. Al inicio sólo se contaba con una sala de espera de un hospital particular (Sanatorio Huerta, en Córdoba).

Descripción del lugar.- Espacio abierto (de 3 x 2 ms.2 aproximadamente) con dos sillones colectivos , muy iluminado (luz natural y artificial), con estímulos ambientales de otras personas alrededor y ruidos.

Prácticamente un lugar expuesto a varios distractores. Tres meses de uso.

2o. Los otros meses restantes del tratamiento se llevaron a cabo en el

Colegio Médico, en el salón de sesiones.

Descripción del lugar.- Es un espacio cerrado (de 5 x 10 ms.2), con luz artificial adecuada, con gran acústica, con mesabancos individuales para veinte niños y sus madres, aislado de ruidos y de otros distractores en el ambiente de la terapia.

MATERIALES

- Un espejo
- Un vaso desechable transparente
- Papel de diferente grosor.
- Silbatos
- flautas
- Popotes
- Una cámara de video.

PROCEDIMIENTO

Normalmente , para que un niño aprenda su lenguaje natal es indispensable que la madre le hable constantemente hasta que el niño asocie las palabras y les dé un significado, ésto sucede con los niños en edades tempranas . Con apoyo en lo anterior se llevó a cabo también

en niños mayores para que los padres fungieran como coterapéutas de lenguaje de sus hijos. Es por ésto que en la clase colectiva siempre se dió la terapia de lenguaje en presencia de los padres de los niños, chicos y grandes.

Objetivo general .- Rehabilitar a los niños con labio y paladar hendido a través del tratamiento ortofónico y psicológico necesarios.

Objetivos particulares .- La reeducación de cada uno de los niños , de acuerdo a sus características particulares de la malformación a tratar.

Descripción de variables :

Variable Dependiente.

La emisión correcta de los fonemas y articulación de los vocablos (expresión de palabras de sus generales).

Variable Independiente.

Programa de tratamiento integral (terapia de lenguaje, apoyo pre y post operatorio y apoyo psicoterapéutico), para niños con labio y paladar hendido.

Variable Atributiva.

Las características particulares de cada niño, la técnica respiratoria y la técnica ortofónica de la posición-tipo (op cit) Tobias Corredera Sánchez, 1949, pags. 72-149.

La terapia de lenguaje a un año se dividió en dos fases :

1a. FASE : Consistió en 3 etapas de 16 sesiones.

Clase colectiva en la que se reunieron a los niños con sus padres durante una hora, con las metodologías siguientes :

- 1.- Respiraciones (inhalación nasal, exhalación bucal). En 8 sesiones.
- 2.- El gasto respiratorio en 6 sesiones.
- 3.- Los niños repitieron los fonemas en espejo (cara a cara, niño-terapeuta) en tono claro y audible. Repitiendo después del terapeuta y solos.
- 4.- Repitieron los sonidos de los fonemas, pero también los nombres de los fonemas (para gesticular y soltar los músculos faciales implicados en el habla).
Para la emisión de los sonidos fonéticos se utilizaron objetos, actitudes y dibujos relacionados con el sonido del fonema a repetir.
Para ejercitar los músculos faciales se repitieron los nombres de los fonemas observando al terapeuta (por imitación).
Antes de cualquier ejercicio se prepara al niño con masajes en paladar , (usando guantes desechables) y también alrededor de la boca.
- 5.- Al terminar las clases se llevó a cabo el cotejo individual y se marcaron pautas a seguir en casa, dos semanas (14 días). Marcando en una hoja de registro las veces que se llevó a cabo el ejercicio (ver anexo 3).

- masajes previos.
- corrigiendo en lo posible cuando el niño lo diga mal articulado, sin forzarlo, sólo corregir sin presionar.
- se sugirió que fuéase frente al espejo en lo posible.

2a. FASE : 8 sesiones.

La terapia en ésta fase se centró en la emisión correcta de las siguientes palabras , como son sus generales :

- su nombre
- su edad
- su grado escolar

Se escogieron éstas palabras con el fin de que por lo menos tuvieran una comunicación lo mas clara posible de su identidad.

También dentro de la segunda fase se integró el aspecto pre y post operatorio.

Atención pre y post operatoria

Se tomaron en cuenta las siguientes medidas :

- Pláticas preoperatorias a familiares de los niños con labio y paladar hendido, para lo cual los contenidos de los temas versaron sobre. Información acerca del problema de sus hijos, en términos claros y accesibles , específicamente dirigida a padres y familiares.
- Se sensibilizó para una mejor comprensión del niño expuesto a constantes intervenciones quirúrgicas.
- Se capacitaron en la eficacia de medidas preparatoria médico-psicológicas en beneficio del infante.
- Se contestaron dudas y se apoyaron propuestas que beneficiaran su actuación.

Las pláticas se han llevado a cabo cada campaña quirúrgica y el contacto con los especialistas en cirugía, anestesiología y personal involucrado en el momento de la intervención quirúrgica.

Psicoterapia para niños con labio y paladar hendido.

Otro de los aspectos manejado dentro de las dos fases fué el de la psicoterapia de apoyo individual y en grupo.

Se les ayudó a elevar la autoestima en casos requeridos, a través de la psicoterapia de apoyo , la cual tuvo como finalidad enfrentar al niño a su situación con ventajas , ventajas que se darían en su corrección funcional del habla , en su apariencia. en técnicas de mejorar su lenguaje. Además de encausarlos a llevar una vida "normal" como cualquier otro niño . Se les manejó el control de las agresiones y burlas de que fueron objeto, haciendo más fuerte la estructura de su yo y sus capacidades.

Las sesiones de psicoterapia colectiva fueron cuatro aunque otras veces se dieron en forma individual.

Se les dió seguimiento en la evolución de sus autoconcepto manteniendo el contacto con los familiares y maestros del niño.

Se dió orientación a las problemáticas de origen académico y nervioso.

También se trataron los problemas familiares, de pareja y de trastornos en la dinámica familiar , que no tan solo afectó al niño con labio y paladar hendido sino a otros miembros de la familia (hermanos).

IV. EVALUACIÓN

De entrada se llevó a cabo su Historia Clínica referente a su problema (ver anexo 2) y, posteriormente se llevó a cabo una valoración psicométrica de inicio a la terapia de lenguaje. Y, como se dijo en el procedimiento se cotejó en dos fases más sus avances de acuerdo al entrenamiento previo en respiraciones, fonetización y articulación.

Instrumentos y técnicas evaluativas :

- a) Test Bender (Viso-Motor).
- b) Test Raven (Inteligencia abstracta).
- c) Revisión de las respiraciones adecuadas y gasto respiratorio.
- d) Cotejo del perfil fonético y vocablos.
- e) Hoja de Registro de Frecuencias (# de veces que practicó el niño en su casa. (ver anexo 3).
- f) Revisión del autoestima del niño reportado por familiares y otros especialistas dentro del programa.

Propósitos evaluativos de cada técnica.

- a) Se les aplicó un test gestáltico viso-motor para obtener su nivel de madurez en relación con su edad cronológica. Se llevó a cabo en forma individual. El objetivo fué saber si había algún trastorno a nivel perceptual que pudiera interferir en la terapia de lenguaje. (control de

la variable). También se era congruente su madurez perceptivo-motora con su inteligencia. (ver anexo 4).

- b) Se utilizó el Raven por ser una prueba con estandarización universal, no tomando en cuenta su desempeño académico, dadas sus circunstancias del niño a tratar. Se aplicó en forma individual. El objeto fué descartar algún problema de retraso mental. Obtener su coeficiente de inteligencia. (ver anexo 4).
- c) Se evaluó la función respiratoria adecuada al lenguaje en el tratamiento de los niños con labio y paladar hendido (inhalación nasal exhalación bucal). También el gasto respiratorio en la emisión del lenguaje.
- d) Se evaluó su perfil fonético en base a su sonido y a su nombre del fonéma .

Labiales p, b, m

Labiodentales f

Linguodentales t, d

Alveolares l, n, r, rr

Dentales s

Palatales ch, ll, ñ

Velares g (suave), j, c (sonido fuerte).

Se evaluó la emisión correcta de los sonidos fonéticos arriba descritos.

Se evaluó la emisión correcta de los vocablos de su nombre, edad y grado escolar.

e) La hoja de registro, se diseñó para propiciar (no precisamente registrar), una conducta de responsabilidad hacia la terapia de lenguaje, que se familiarizaran con los ejercicios y que adoptaran dentro del hábito de lo cotidiano la fisiología de las respiraciones, también para no dejar dormir lo visto en clase, además de reforzarlo. El mecanismo normal de la respiración en la ejecución del lenguaje es, cambiar un hábito alterado por otro normal.

Se optó por la hoja también para llevar un control de los ejercicios de los fonemas hechos en casa, así como de las gesticulaciones.

La hoja de registro tuvo de un 50% a un 75% de cumplimiento formal (entregar la hoja con sus marcas de los ejercicios hechos en casa).

Independientemente de el cumplimiento estricto o no de la hoja , se vieron cambios significativos los 14 días transcurridos antes de la sesión, reportando los padres el comportamiento durante ese tiempo y preocupados por que el niño fuera al corriente de lo requerido en la terapia.

f) Lo reportado por los padres y familiares del niño.

Los padres del niño indicaron tener más acercamiento con el niño y observaron que se volvió más "travieso", expresivo con los que le rodean, menos inseguro al hablar con los demás. Por otro lado dijeron que van a la escuela motivados, y que no tienen gran problema para aprender y relacionarse con sus compañeros. Es lo reportado en lo general del grupo de terapia.

Los padres se comportaron más tranquilos y confiados durante las intervenciones quirúrgicas, puesto que antes era importante la angustia que presentaban al llevar a su hijo a las operaciones.

Su apariencia desaliñada y de escasa higiene también cambió.

En la escuela su comportamiento fué más seguro que el anteriormente reportan los maestros.

Lo reportan otros especialistas en el tratamiento con los niños.

Que se ha facilitado el manejo ortodóncico y odontológico, por la disposición y participación de los niños. Dijeron que su expresión oral es de mejor calidad. También mencionaron que los padres siguieron mejor las indicaciones del tratamiento.

Los especialistas de cada campaña quirúrgica, también refieren cambios en el avance de los niños con respecto a su lenguaje y disposición a las

revisiones de los especialistas en cirugía , así como un mejor manejo y pronóstico durante las operaciones. También los padres se observaron más interesados en el tratamiento de sus hijos, dijeron los especialistas.

La evaluación se llevó a cabo en tres fases :

FASE INICIAL.

FASE INTERMEDIA (a los seis meses).

FASE FINAL (a los doce meses).

Fase Inicial.

- Los resultados del Bender de acuerdo con la calificación de Koppitz, fueron: dos niños inmaduros en relación con su edad cronológica.

Un caso detectado con problemas de lateralidad.

Siete niños con un coeficiente de madurez de acuerdo con su edad cronológica.

- En el Raven : ocho resultaron con un coeficiente de inteligencia abstracta de Normal Promedio para su edad cronológica.

Sólo dos por debajo del Rango de Normal para su edad cronológica.

Se dió una correlación adecuada del resultado del Bender con el Raven con respecto a las posibilidades de aprendizaje de los niños.

Tres de los niños no van a la Escuela uno por pequeño y dos por no

poderse comunicar. Actualmente ingresarán a la escuela el próximo período escolar.(ver anexo 4)

Inicialmente comenzaron en un rango de 18.75% a 75% en la emisión correcta de fonemas.(ver anexo 15)

Los resultados más importantes en ésta fase a considerar fueron la mecanización de las respiraciones. Por lo que se dió un tiempo considerable para alcanzar lo suficiente para comenzar con el entrenamiento de los fonemas.

Es importante mencionar que la apariencia y el cuidado de los niños no era el adecuado (sucios, mal vestidos, y con un trato poco digno).

El grado escolar de los niños: tres en Kinder, uno en 2o. de primaria , uno en 3o. de primaria, uno en 6o. de primaria y uno en 1o. de secundaria. (ver anexo 4).

Los padres mencionaron que los maestros tenían problemas con los niños en el aprendizaje debido a la dificultad para comunicarse.

Fase Intermedia. seis meses.

Los progresos en la terapia de lenguaje fueron de acuerdo con sus características heterogéneas, de un rango que va del 37.5% al 81.25% , observandose un avance con respecto a la fase inicial.

La estimación de los resultados en la terapia de lenguaje fué representado

en su avance individual. (ver anexos del 5 al 14 gráfica de logro individual). La apariencia y el cuidado de los niños se incrementó en la calidad de vida con respecto al inicio (más limpios , mejor vestidos, el trato más cordial por parte de los padres). Tan importante fué que se observaron efectos contraproducentes en la dinámica familiar con los hermanos de los pacientes ,ya mencionados anteriormente.

La conducta de los niños en general se tornó participativa, motivada por sus propios logros, el apoyo terapeutico y la comprensión de sus padres. Se redujeron las demandas escolares .

Fase Final, doce meses.

Los logros en la terapia de lenguaje adquirieron significancia en un rango de 43.75% al 100% en la emisión correcta de los fonemas.(ver gráfica general , anexo15) .

En un caso se cumplieron los objetivos de la terapia de lenguaje al 100% de lo requerido. Por otro lado comenzaron problemas familiares y coincidiendo con su pubertad (niña de 11 años).

En algunos casos el incremento de la emisión correcta no se dió por los inconvenientes anatomofuncionales, sin dejar de ser ésto un tropiezo en el aprendizaje cognitivo de los niños.

En general los avances fuéron representativos en corto plazo.

OBSERVACIONES .

Es curioso que en dos de diez niños el pronóstico carece de mejores frutos debido a que muchas de las veces los niños que padecen una malformación la custodia y crianza son fácilmente delegados a otro pariente o dejados en otras manos. Desde ahí el niño ya lleva desventajas en el tratamiento, es un niño rechazado. Se vió claramente la dificultad de encauzar al niño en estas condiciones para motivarlo en su rehabilitación. Se dió seguimiento en uno de los casos con psicoterapia de duelo a la madre del niño y se reintegrara con el niño.

Otra situación que llamó la atención fué el hecho de que algunos de los hermanos de los pacientes tuvieran conductas de imitación al trastorno de lenguaje para llamar la atención de sus padres, repercusión que se dió en un caso, para lo cual el hermano del paciente entró en tratamiento psicológico reeducativo y de reintegración al seno familiar con su realidad. Otro caso de un hermano sólo fué a nivel de conducta de rebeldía para llamar la atención de los padres.

En éste grupo la tendencia a la necesidad de llamar la atención los hermanos de los pacientes se dió en hermanos menores que ellos.

En general las madres se observaron mas integradas con el niño, hablaban con mayor entusiasmo de los logros de sus hijos.

En un caso hubo problemas para la escritura y todavía poco avance en el lenguaje. Es una niña adoptada, con un historial de abandono por los padres , quedando al cuidado de la madrastra, una persona al parecer muy positiva , la cuida y la atiende lo suficiente dentro de sus posibilidades. La niña se observa con una apariencia que no corresponde a una niña normal de su edad (pálida, con problemas de nacimiento en una de sus piernas), no hay la motivación necesaria para salir adelante en corto tiempo, en conclusión la niña cursa por una situación de depresiva crónica.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

V. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Se pudo observar de acuerdo con los resultados en la terapia de lenguaje que los alcances fueron mayores a lo esperado en términos generales.

En particular los objetivos se cumplieron significativamente en algunos casos.

La respuesta de los niños fue sorprendente al transcurrir el tiempo de la terapia de lenguaje.

Una observación importante en los resultados se debió a que fue en aumento la motivación hacia la terapia de lenguaje.

Cuanto más avanzaban en su desempeño el esfuerzo era mayor, y decían estar "contentos por hacerlo mejor".

Se incluyó dentro de la terapia de lenguaje a la niña de 2 años que de acuerdo a la teoría de Piaget, (1964) se encontraba dentro del parámetro de adquisición del lenguaje. Dice Piaget (op cit). "el lenguaje, en primer lugar, permite al sujeto explicar sus acciones, le facilita simultáneamente el poder reconstruir el pasado, y por tanto evocar en su ausencia los objetos hacia los que se han dirigido las conductas anteriores y anticipar las acciones futuras, aún no ejecutadas, hasta sustituirlas a veces únicamente por la palabra sin llevarlas nunca a cabo. Este es el punto de

partida del pensamiento, concluye". Los resultados en la niña pequeña lo constataron al apreciar su desempeño y logros a un año, llamando la atención que en la sesión no participaba, pero su madre decía que en casa repetía todo lo visto en la terapia, por lo que se deduce que su aprendizaje se dió a nivel de las estructuras del pensamiento preoperatorio (Piaget, opcit).

Al observar el perfil del avance de cada niño nos percatamos de el grado de eficiencia de la técnica terapéutica y valorarla en tiempo y ajustes inmediatos a la detección.

En pocos casos su avance fué escaso debido a causas inherentes a la terapia ya que cursaban con problema ortodóncicos severos o de inestabilidad emocional.

Los avances en todas las áreas tratadas, se dieron simultáneamente, se aprovecharon los logros de los niños para reforzar su autoestima con ayuda indispensable de sus familiares y maestros. Esto pasó también en la atención preoperatoria y postoperatoria, trabajando en quipo con la colaboración responsable de los padres.

Se tomaron en cuenta las repercusiones dentro del ámbito familiar para dar alternativas de manejo en la dinámica para reintegrar a los hermanos en la misma calidad de atención que al niño con labio y paladar hendido, lo cual

redundará en una relación mas equilibrada hacia todos los miembros de la familia, sin dejar de lado las repercusiones dinámicas hacia dentro del sistema familiar.

De acuerdo a lo visto en el comportamiento del niño y en la relación con sus padres, ya no se observan como "anormales". Ya no los aislan, los tienen mejor presentación, la atención de un niño normal como cualquier hermano.

En el ámbito escolar disminuyeron los problemas reportados por los maestros de los niños. Predominando el problema de lectura y de escritura sólo en un caso (al cual se le dio seguimiento). Empezaron a llevar a los niños que no asistían por prejuicios y falta de comunicación necesaria aprender en el grado escolar requerido.

En el campo quirúrgico, todavía se está trabajando, puesto que los resultados obtenidos no son los suficientemente satisfactorios, debido muy posiblemente a que no se tiene contacto con el mismo especialista cada vez que se llevan a cabo las campañas. Si bien, algunos niños que han sido hospitalizados, aun por periodos cortos y para tratamientos no dolorosos muestran un patrón de sueño alterado cuando ingresan a casa.

También reaccionan con pánico cuando se les deja solos, sólo por unos minutos. De alguna manera culpan a sus padres por haberlos abandonado

en el hospital, aunque en la actualidad ésto ha disminuído con la cooperación de los padres y la importancia que se le ha dado al aspecto pre y post operatorio. El hecho de que los padres no dejaran solo al niño brindándole una estancia mas agradable y cariños en su atención, contribuyó a atenuar la experiencia traumante. Se trató en lo posible que el anestesista estableciera rapport con el niño y un trato amable, para lo que se les manejó un gafete con su nombre y edad en el que se pudiera basar el especialista en su trato. Dado que algunos de los especialistas son extranjeros con idioma inglés. Pudo haber resultado un inconveniente pero hasta ahora no se ha valorado concienzudamente. Después de todo sí ayudaron las medidas y los niños se observaron más tranquilos y seguros al igual que sus padres. Se observaron mejores resultados en la recuperación de los niños.

Prevenir és la solución, anticiparse a los hechos nos dá un mejor resultado.

VI. CONTRIBUCIONES

El grupo expuesto aquí nos brinda resultados tangibles y objetivos a pesar de su reactiva medición con características heterogéneas. A reserva de perfeccionar en un futuro inmediato las técnicas ortofónicas utilizadas. No obstante fueron de gran apoyo como inicio formal de la terapia de lenguaje (dado que antes no se había estructurado como grupo, y su asistencia era esporádica y consecuentemente el trabajo terapéutico se daba irregular). Es bueno saber que si el presente trabajo no contribuyó ambiciosamente en los resultados, si despertó muchas inquietudes y descubrimientos que facilitarán un trabajo posterior sobre el tema. A continuación se mencionan algunas de éstas ventajas.

- La cooperación de los padres, a la terapia de lenguaje, en la atención pre y post operatoria, y en la atención afectiva hacia el niño aumentando su calidad en la relación con él.
- La atención ortodóncica requerida por cada niño.
- La atención quirúrgica necesitada en su momento de tratamiento.
- La atención odontológica.
- El seguimiento periódico en su tratamiento integral en forma coordinada de acuerdo a los recursos del programa.

- **Que el grupo en particular fué en su mayoría participativo en las terapias. Con un nivel de madurez perceptual adecuado a su edad y desarrollo.**
- **Que el pronóstico de la meta a alcanzar en el tiempo que duró el tratamiento a un año fueron muy cercanos a la realidad de los resultados.**
- **La experiencia en el presente reporte de los niños con labio y paladar hendido unilateral completo, se encontró una correlación de la terapia de lenguaje con el nivel de atención para cada niño y las ventajas que tiene sobre su reeducación en el tratamiento del lenguaje. A reserva de perfeccionarlos en un futuro inmediato se presentan los siguientes, como propuesta :**

1).- Nivel Preventivo: de recién nacido a los 2 años de edad.

Método: Estimulación temprana.

- a) Entrenamiento a la madre, altamente significativa en ésta etapa de su desarrollo.

2).- Nivel Preventivo-Educativo : de los 2 años a los 3 años de edad.

Método: Reeducativo Temprano.

- a) Entrenamiento a los padres, enfatizando la relación madre-hijo.
- b) Introducción a la terapia de lenguaje colectiva y/o individual.

Corrigiendo vicios de lenguaje en forma inmediata. Utilizando las técnicas ortofónicas.

3).- Nivel Reeducativo: de los 3 años a los 4 años de edad.

Método: Correctivo.

a) Entrenamiento a los padres.

b) Introducción a la terapia de lenguaje colectiva y/o individual.

Utilizando las técnicas ortofónicas.

c) Terapia de lenguaje en la articulación de palabras (vocablos propios de su edad y desarrollo).

4).- Nivel Reeducativo Tardío: de los 4 años a los 6 años de edad.

Método: Correctivo.

a) Entrenamiento a los padres.

b) Introducción a la terapia de lenguaje colectiva y/o individual.

Utilizando técnicas ortofónicas.

c) Terapia de lenguaje en la articulación de las palabras (vocablos de acuerdo a su edad y desarrollo).

d) Apoyo en la lecto-escritura .

e) Quitar vicios de lenguaje ya establecidos, como también enseñarlo a escucharse diferente, y evitar posibles problemas en la escritura.

f) Contacto con los educadores del niño.

5).- Nivel Correctivo- Tardío : de los 6 a los 8 años de edad.

Método: Correctivo.

a) Entrenamiento a los padres.

b) Intruducción a la terapia de lenguaje colectiva y/o individual.

Utilizando las técnicas orofónicas.

c) Terapia de lenguaje en la articulación de palabras (vocablos propios de su edad y desarrollo).

d) Apoyo en lecto-escritura.

e) Quitar vicios de lenguaje ya establecidos, como también el escucharse diferente, y evitar posibles problemas en la escritura.

f) Buscar la sustitución del hábito "gangoso" por uno normal.

g) Contacto con los profesores del niño.

Desventajas:

Las limitaciones se observaron al revisar todas las alternativas que no se llevaron a cabo en la intervención terapéutica, algunas de ellas son:

- **No contar con el equipo interdisciplinario más completo en el tratamiento integral. Dejando carencias.**
- **No contar con la valoración de estudios de gabinete, y facilitar y brindar mayor calidad al tratamiento.**
- **No contar de inicio con una Historia Clínica puntual en el tipo de padecimiento.**
- **El que los niños en general radicaban lejos del lugar de las terapias.**
- **El no contar con un lugar específico para las terapias, en un inicio.**
- **Comenzar sola y la necesidad de abarcar todo lo detectado.**
- **La falta de recursos y de tiempo no fueron lo suficientes para cubrir las expectativas en tiempo y número de sesiones.**

Son sólo algunos de los inconvenientes en el camino del tratamiento que se les ofreció.

El tipo de alteración con la que nacen los niños con labio y paladar hendido, determina un gran número de factores que van a intervenir como consecuencia de su situación: en el aspecto físico, alimentario, de relaciones interpersonales, en el aprendizaje del habla, de la lecto-escritura, en su

autoconcepto, en su apariencia, en su autoestima, el sentirse rechazados debido a prejuicios sociales, mitos y creencias. Y lo que es peor, que no son niños afectados en sus facultades mentales, ni en sus afectos, ni del dolor aunado a la necesidad de ser corregidos físicamente, etc...

REFLEXIONES :

Es muy vasto el campo de trabajo del psicólogo con éstos pacientes.

Una alteración nos lleva a otra y a otra, formando una cadena de causa-efecto. Son aspectos que se contemplan en los textos como generalidades, pero que poco detallan en sus efectos colaterales, algunos de ellos son los siguientes :

- 1) El impacto que provoca el nacimiento de un niño con labio y paladar hendido, en la relación madre-hijo. El rechazo inconsciente, el abandono inconsciente, etc... En tal caso el abordaje terapéutico oportuno (Psicoterapia Breve y de Emergencia) a la madre, propiciará un mejor pronóstico para el niño en su futuro desarrollo.
- 2) Los efectos que tiene sobre los padres, la aceptación y el rechazo del niño con labio y paladar hendido. Estamos hablando de la etapa de duelo de los padres del niño con labio y paladar hendido. Cuando no es atendida (en caso de ser manejada con psicoterapia del duelo) es muy posible que sobrevengan conflictos de pareja o intrafamiliares

y se quedan con la no aceptación (la negación), ó la culpa.

- 3) La necesidad de un tratamiento integral y coordinado del equipo interdisciplinario en el tratamiento de los niños con labio y paladar hendido y que cada uno de los especialistas lo haga con ética profesionalismo . Dentro del campo multidisciplinario los psicólogos tenemos un campo bastante amplio e importante en el tratamiento integral de éstos niños. La labor tanto del área educativa como la de la clínica se conjuntan de manera armoniosa para apoyar con mayor eficacia y calidad al tratamiento intradisciplinario . Por otro lado creo que las áreas experimental, neurofisiológica y social, contribuirían también en pro de tal calidad .

Sin duda alguna resulto de gran ayuda el trabajo psicológico en la terapia reeducativa , puesto que no sólo se vio al niño como un aprendiz , sino también desde su aspecto profundamente psicológico del desarrollo del niño en sus diferentes etapas y disposición al aprendizaje. Fue muy enriquecedor encontrar resultados que nos dejan en una posición mas optimista en el apoyo a éstos niños con un mejor pronóstico . en lo académico y en lo afectivo.

Dentro de lo enriquecedor de la experiencia en la investigación con los niños con labio y paladar hendido, surgieron inquietudes para futuras

líneas de investigación entre ellas están:

- La atención psicoterapéutica oportuna a la madre del niño con labio y paladar hendido, de ser posible al nacer el bebé detectado con la malformación.
- La atención oportuna a los padres del recién nacido con labio y paladar hendido, en la elaboración del "duelo", y sus posibles efectos en el desarrollo futuro del niño.
- Conjuntar investigaciones de diferentes programas en el manejo del tratamiento del niño con labio y paladar hendido, con el fin de revisar su etiología más específicamente y poder tener una visión a futuro de medidas preventivas a mediano plazo.
- Llevar a cabo una revisión actualizada de los programas abocados al tratamiento de labio y paladar hendido, en red nacional e internacional para compartir experiencias, técnicas y resultados. Tal información nos permitirá a futuro coincidir en códigos de información internacional de un manejo estadístico y epidemiológico.
- Poder tener una Historia Clínica compartida en los puntos claves que pueda arrojar la información obtenida por cada especialista en su área de tratamiento, de tal forma que permita contar con un censo estadístico del paciente con labio y paladar hendido.

En suma, tenemos que hacer algo porque los niños con labio y paladar hendido, sienten y se percatan de su problemática. Para el psicólogo educativo y clínico puede resultar importante saber que se puede hacer mucho por éstos niños en el ejercicio profesional ... es el reto.



Tenemos un problema

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Corredera Sánchez Tobías, 1949. Defectos de la dicción infantil. Ed. Kapeluzz.
- 2.- Nieto Herrera Margarita, 1977. Anomalías del lenguaje y su corrección. Editor y distribuidor Fco. Méndez Oteo, Librerías de Medicina.
- 3.- Dr. Nava Segura José, 1979. El lenguaje y las funciones cerebrales superiores. 1a. Edición al cuidado del autor.
- 4.- Langman Jean, 1969. Embriología Médica. 2a. Ed. Interamericana.
- 5.- Sánchez Azuara Gilberto, 1983. Notas de fonética y fonología. Ed. Trillas.
- 6.- Huffstätt A. J. C., 1981. Malformaciones congénitas. Editorial El Manual Moderno.
- 7.- Rondal Jean A.- Seron Xavier, 1988. Trastornos del lenguaje II. Ed. Paidós.
- 8.- Chausid Joseph G. y Mac. Donald Joseph J., 1972. Neuroanatomía correlativa y neurofisiología funcional. 2a. Ed. Manual Moderno.
- 9.- Piaget Jean, 1985. Seis estudios de psicología. Ed. Origen Planeta.
- 10.- Owen Robert E. Jr., 1995. Language development and introduction. 4a. Edición.
- 11.- Vinajeras Enrique, 1987. Tratamiento integral de los pacientes con fisura labio-palatina. Ed. Impresiones Modernas.
- 12.- Questions and answers about cleft lip and palate service. Internet Microsoft.
- 13.- For Further questios contact: The cleft lip/palate service. The University of Iowa Hospital and Clinics.
- 14.- Cleft lip and palate. I Epidemiology. Welcome/ColOfMed/text/Cleft Lip Palate. html. File last updated: may 14,1995.
- 15.- Joanne Green, 1996. Incidenca de fisuras entre razas. Widsmile.org/responders/ws-104.txt.
- 16.- De Sasseur Ferdinand, 1967. Curso de lingüística general. Ed. Lozada S. A. Buenos Aires.
- 17.- Chomsky Noam, 1977. Estructuras sintácticas. 9a. Ed. Siglo XXI.
- 18.- Williams James, 1989. Principios de psicología. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- 19.- Kelerstein Chapper Dan. Posibles efectos del auto-concepto con el desarrollo del SIDA. " Tesis Licenciatura Z5053.08. UNAM, 111, 1991.

ANEXOS

ANEXO 1

TABLA DESCRIPTIVA

S	Sexo	Edades	Piezas Dentarias	Placa Proctod.	Hipoacusia Media	# de Operaciones	Cierre del Paladar	Nivel Socio-Económico
1	♂	de 2 a 3 años	todas	sin	no	2	no	bajo
2	♂	de 4 a 5 años	todas	sin	si	2	no	bajo
3	♂	de 4 a 5 años	todas	con	si	2	no	bajo
4	♂	de 5 a 6 años	todas	sin	si	2	si	bajo
5	♂	de 5 a 6 años	sin 4	con	si	4	no	bajo
6	♂	de 5 a 6 años	sin 1	sin	si	2	si	bajo
7	♀	de 8 a 9 años	sin 2	con	si	4	no	bajo
8	♂	de 9 a 10 años	sin 4	sin	si	4	si	bajo
9	♀	de 11 a 12 años	todas	sin	si	7	si	bajo
10	♂	de 13 a 14 años	sin 3	sin	no	6	no	bajo

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA
(Para niños con labio y paladar hendido)

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____ sexo (F) (M)
Fecha y Lugar de Nacimiento: _____ Edad _____
Escolaridad: _____ Escuela: _____
Lugar que ocupa dentro de sus hermanos si los tiene: _____
Número de Operaciones: _____ A que edad fue la 1a. _____
la 2a. _____ la 3a. _____
4a. _____ 5a. _____ 6a. _____
7a. _____ 8a. _____ cuantas?
Nombre del padre: _____ Ocupación _____
Nombre de la madre: _____ Ocupación _____
Dirección _____ tel: _____
Fecha de Entrevista _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Alguien de su familia tiene o tuvo el padecimiento? (SI) o (NO) parentesco? _____
línea paterna _____
línea materna _____
Fueron atendidos?(SI) o (NO) Porque? _____

GENERALIDADES :

Persona que trae al niño por primera vez? _____
Parentesco? _____
Como se enteró de este tipo de atención? _____
Que actitud han tomado los padres, desde la detección del problema? Prejuicios? Cuales? _____

Cuando se enteraron del problema? _____

Qué tipo de información tiene al respecto? Mitos y Creencias. _____

Conoce otros casos que no hayan sido atendidos? _____

ANTECEDENTES PRE Y POST NATALES :

Cual era la situación de la familia al encontrarse la madre embarazada del niño en estudio?
Explique _____

Se había planeado tener el niño?(SI) (NO), el padre. _____

(SI) (NO), la madre. _____

De cual sexo preferían que fuera? _____

EMBARAZO:

A que edad se embarazó? _____

Qué edad tenía el padre? _____

Consanguinidad de los padres? _____

PRIMER TRIMESTRE :

Sabía que estaba embarazada? (SI) o (NO) _____

Cuándo se enteró que estaba embarazada? _____

Hubo problemas de aborto? (SI) (NO) , Porque? _____

Tomó algo? _____

Visitó al Dr. _____ Cuantas veces? _____

Cuál fue el criterio del Médico acerca del producto? _____

Tomó algun medicamento? (SI) (NO) Cual? _____

- Vitaminas A B C D

- Alcohol

- Fármacos (tranquilizantes)

- Fármacos (Anfetaminas)

- Farmacodependencia (Marihuana)

- Farmacodependencia (cocaína)

- Farmacodependencia (Cemento , Aguarrás , Tiner, Resistol)

- Farmacodependencia (otros, cuales)

- Medicamento para hongos

- Tes (Cuales hierbas)

Otros _____

Inginó alguno en el momento de la concepción? Ud y/o su pareja y cual? _____

ENFERMEDADES :

- RUBEOLA

- QUE TIPO DE VIRUS

- DIABETES

- OTROS

HA SIDO EXPUESTA A:

- R X

- INSECTICIDAS

- OTROS

-

SEGUNDO TRIMESTRE :

Desarrollo Intrauterino _____

Visitas al Ginecólogo _____

Manejo del embarazo _____

Criterio Médico acerca del producto _____

TERCER TRIMESTRE :

Criterio Médico acerca del producto _____

Fecha y decisión del tipo de Parto _____
Porque? _____

PARTO :

Con Partera _____

Con Médico _____

El producto fué a término? _____ meses. Si no, porque? _____

Prematuro cuantos meses? _____ Peso al nacer _____ kg.

Natural _____ Utilización de Forceps _____

Cesárea _____ Hubo sufrimiento fetal? _____

Otros _____

RELACION MADRE-HIJO:

Cuál fué la primera impresión de la madre al ver al bebé? _____

Lo aceptó inmediatamente? _____ Tardó _____

Todavía le cuesta trabajo aceptarlo? _____

Se siente culpable? _____

Tuvo problemas con su esposo por éste hecho? _____

Cree que su vida cambió por éste hecho? _____

Cómo define a su hijo (a)? _____

ALIMENTACION:

Se alimentó del pecho o biberón, porque? _____

Razón para haber escogido otro método? _____

Cuándo se le quitó el pecho definitivamente? _____

Cuándo el biberón? _____

Cómo ha sido el apetito del menor hasta el presente? _____

Desnutrició? _____

EVOLUCION PSICOMOTRIZ:

DESARROLLO DEL LENGUAJE:

Ha padecido de problemas del oído? Explique cuales. _____

Hace cuanto tiempo?o actualmente? _____

Evolución del Lenguaje _____

Tipo de Comunicación actual _____

Especifique el tipo de Trastorno del Lenguaje _____

Ha tenido Terapia? _____

Donde? _____

Cuando? _____ Cuanto tiempo? _____

Porqué lo abandonó? _____

DESARROLLO MOTOR :

Como son sus movimientos en general en la actualidad? _____

Cómo ha sido a través de su crecimiento, explique _____

Cuáles han sido y cuáles son sus actividades físicas preferidas : _____

A que edad caminó? _____

Gateó? _____

A que edad en bicicleta? _____

A que edad a nadar? _____

Cómo es su destreza manual? _____

Colabora en actividades domésticas? _____

CONTROL DE ESFINTERES:

Cuándo empezó a educarlo para que fuera al baño? _____

Cuándo para obrar? _____

Qué métodos utilizó para educarlo? _____

Cuándo logró su control total? _____

Actualmente presenta enuresis? _____

AREA DEL SUEÑO :

Duerme bien? _____

No, desde cuando lo presenta? _____

Horas promedio _____

Ha sido o es inquieto al dormir? _____

Presenta resistencia al ir a la cama? _____

Con quien duerme? _____ en la misma cama?

Ha tenido o tiene miedo a dormir solo? _____

Es sonámbulo? _____

Habla durante el sueño? _____

Dice tener pesadillas?
cuales? _____

Llora dormido? _____

Tiene miedo a ir a algún lado de la casa solo? _____

Tiene miedo a algo especial? _____

ESCOLARIDAD :

A que edad se le llevó por primera vez al Kinder o a la Escuela? _____

Cómo reaccionó? _____

Cuál ha sido su aprovechamiento escolar en los diferentes grados? _____

Superior o Inferior a sus capacidades? _____

De existir problemas escolares, mencione claramente cuales : _____

Cómo se relaciona con sus compañeros de la Escuela? _____

Cómo se relaciona con sus maestros? _____

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD :

Le gustaba al menor abrazar a su madre desde los primeros meses? _____

A otras personas? _____ Respondía con gusto cuando sus padres se acercaban
o abrazaban? _____

Cuando otras personas se acercaban? _____

A qué edad se sonrió por primera vez? _____

Al sonreír reconocía a la madre? _____

A qué edad notó que mostraba reacción de miedo frente a extraños? _____

Qué tan intensamente expresaba sus sentimientos cuando era pequeño? _____

Y en la actualidad? _____

Cómo reacciona o reaccionaba a diferentes edades, cuando se le negaba algo? _____

Y en la actualidad? _____

Qué tan frecuentemente presenta berrinches? _____

Y en la actualidad? _____

se golpea la cabeza contra el piso? _____ Lo hace en la actualidad? _____

Cómo expresa su ira o agresión? _____

Qué hacen los padres cuando hace berrinches? _____

Cómo describe el carácter de su hijo (a) en la actualidad? _____

PATRONES DE JUEGO :

Qué juguetes prefiere? _____

en la actualidad cuáles? _____

A qué juega? _____

Qué cosas o actividades le interesan? _____

Le gustan los animales? _____ que animales prefiere? _____

Ha mostrado crueldad hacia algun animal? _____

DISCIPLINA :

En las diferentes edades, quien ha sido responsable de su conducta del menor? _____

Quién ha impuesto las órdenes? _____

Cómo se hacen obedecer los padres del menor? _____

Qué castigos utilizan? _____

Cómo reacciona el menor cuando se le castiga? _____

RELACIONES INTERPERSONALES :

Quién se relaciona con el menor en forma mas cercana? _____

Cómo se relaciona el menor con sus padres? _____

Cómo se relaciona con sus abuelos? _____

Cómo se relaciona con sus hermanos? _____

Ha tenido nana o alguien que lo cuide en especial? _____ quien?
cómo se relaciona con ella? _____

Tiene amigos? _____

Cómo se relaciona con ellos? _____

Tiene un "mejor amigo"? _____

En actividades escolares participa? _____

En actividades sociales participa? _____

En qué actividades religiosas participa? _____

EVENTOS SIGNIFICATIVOS :

Qué cosas importantes han ocurrido durante la vida del menor? _____

Separaciones? _____

Están o han estado separados los padres? _____

Desde cuando? _____
Porqué? _____

Cómo reaccionó el menor? _____

Han habido decesos importantes en la familia? _____

De quiéne? _____

qué efectos tuvieron sobre el menor? _____

Observaciones: _____

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO: Al comienzo del Tratamiento. _____

TRATAMIENTO Y EVOLUCION :

FECHA _____
AREA _____
ENCARGADO DEL AREA _____
REPORTADO POR _____
INFORME _____

ANEXO 3

HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL

NOMBRE: _____

FECHA: _____

#	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

#	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

ANEXO 4

TABLA DE EVALUACION

S	Bender	Raven	Escolaridad	Pronóstico y tratamiento
1			no va	A 2 años y cotejo periódico
2	inmadurez		no va	A 2 ó 3 años y cotejo periódico
3	inmadurez		no va	A 2 y medio ó 3 años y cotejo periódico
4	normal	término medio (normal)	3º kinder	A 1 año escolar y cotejo periódico
5	normal	término medio (normal)	3º kinder	A 2 año y cotejo periódico
6	normal	término medio (normal)	3º kinder	A 1 año escolar y cotejo periódico
7	lateralidad	término medio (normal)	2º de Prim.	A 2 años y cotejo periódico
8	normal	por debajo del término medio	3º de Prim.	A 1 año escolar y cotejo periódico
9	normal	término medio (normal)	6º de Prim.	De 3 a 6 meses y dar de alta
10	normal	por debajo del término medio	1º de Sec.	A 1 año ó año y medio y cotejo

ANEXO 5

GRAFICA INDIVIDUAL DE LOGROS ALCANZADOS EN LAS DIFERENTES FASES

Fonemas:

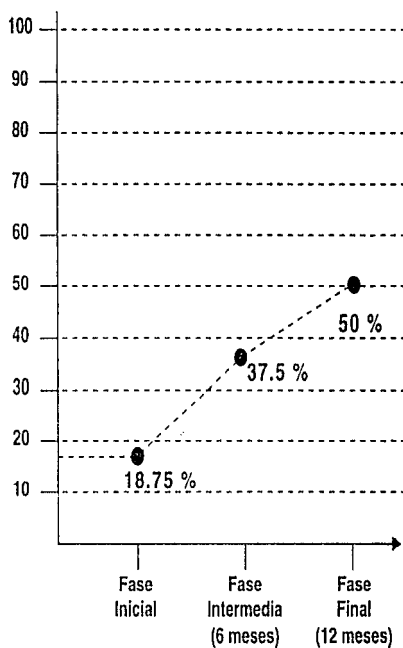
p, b, m,

f, t, d,

l, n, r, rr,

s, ch, ll

s, j y c



• L U

• ♂

• 3⁶/₁₂ años

• no va a la escuela

ANEXO 6

GRAFICA INDIVIDUAL DE LOGROS ALCANZADOS EN LAS DIFERENTES FASES

Fonemas:

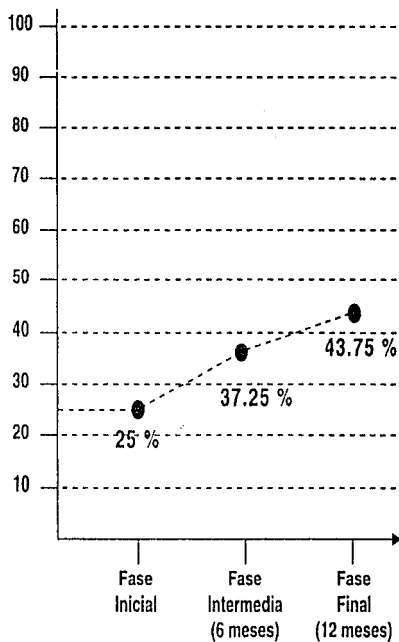
p, b, m,

f, t, d,

l, n, r, rr,

s, ch, ll

s, j y c



• Y H

• ♂

• 5²/₁₂ años

• no va a la escuela

ANEXO 7

GRAFICA INDIVIDUAL DE LOGROS ALCANZADOS EN LAS DIFERENTES FASES

Fonemas:

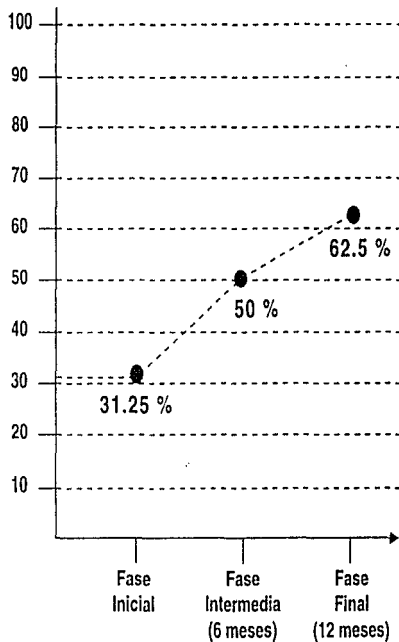
p, b, m,

f, t, d,

l, n, r, rr,

s, ch, ll

s, j y c



• J U

• ♂

• 5⁶/₁₂ años

• no va a la escuela

ANEXO 8

GRAFICA INDIVIDUAL DE LOGROS ALCANZADOS EN LAS DIFERENTES FASES

Fonemas:

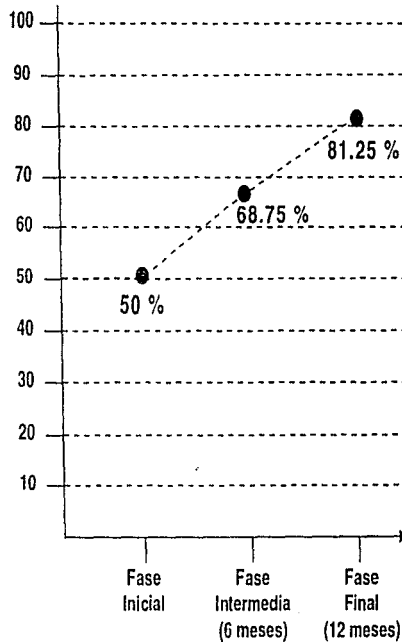
p, b, m,

f, t, d,

l, n, r, rr,

s, ch, ll

s, j y c



• M I

• ♂

• 5⁰/12 años

• 3^º kinder

ANEXO 9

GRAFICA INDIVIDUAL DE LOGROS ALCANZADOS EN LAS DIFERENTES FASES

Fonemas:

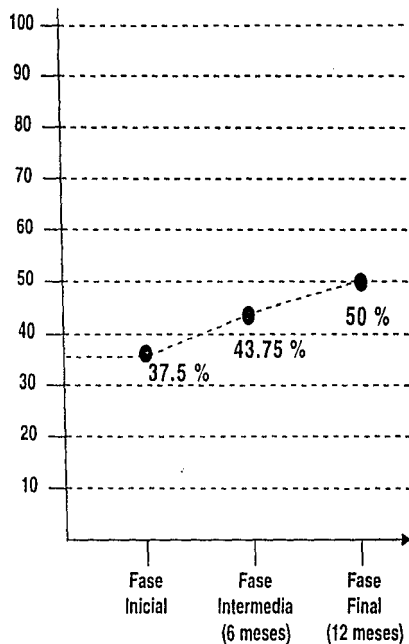
p, b, m,

f, t, d,

l, n, r, rr,

s, ch, ll

s, j y c



• F J

• ♂

• 6 años

• 3º Kinder

ANEXO 10

GRAFICA INDIVIDUAL DE LOGROS ALCANZADOS EN LAS DIFERENTES FASES

Fonemas:

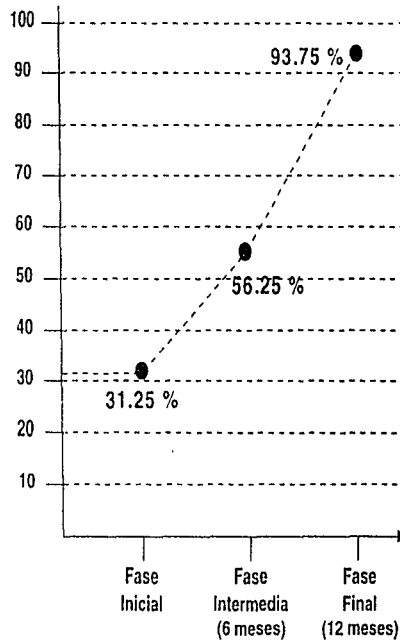
p, b, m,

f, t, d,

l, n, r, rr,

s, ch, ll

s, j y c



• R O

• ♂

• 6 años

• 3º Kinder

ANEXO 11

GRAFICA INDIVIDUAL DE LOGROS ALCANZADOS EN LAS DIFERENTES FASES

Fonemas:

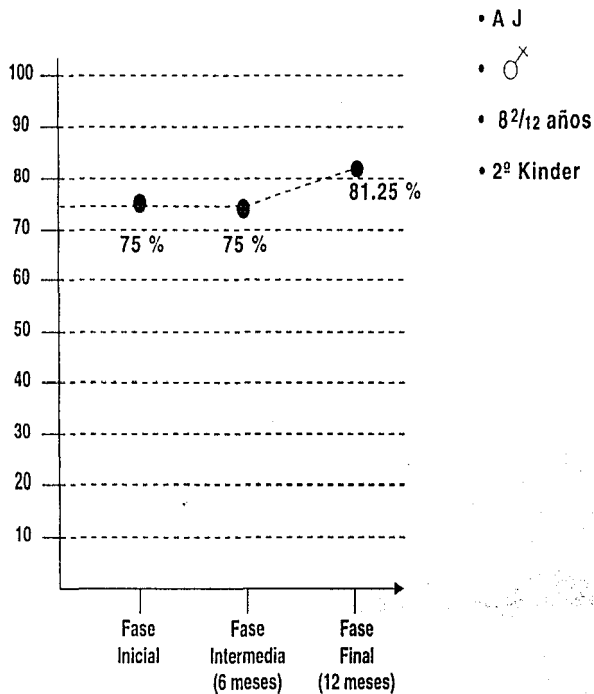
p, b, m,

f, t, d,

l, n, r, rr,

s, ch, ll

s, j y c



ANEXO 12

GRAFICA INDIVIDUAL DE LOGROS ALCANZADOS EN LAS DIFERENTES FASES

Fonemas:

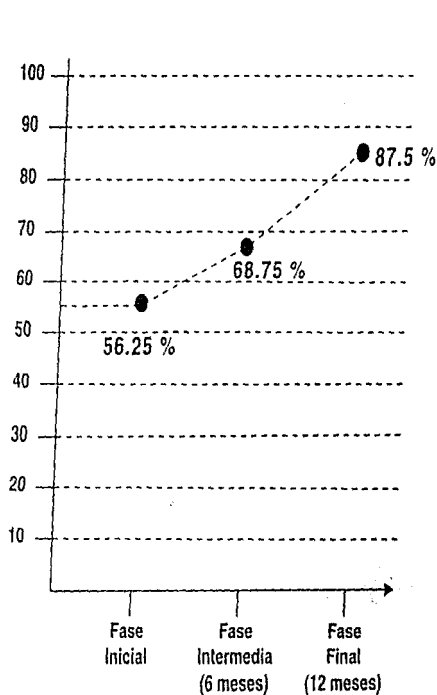
p, b, m,

f, t, d,

l, n, r, rr,

s, ch, ll

s, j y c



• J O

• ♂

• 10 años

• 3ª de Primaria

ANEXO 13

GRAFICA INDIVIDUAL DE LOGROS ALCANZADOS EN LAS DIFERENTES FASES

Fonemas:

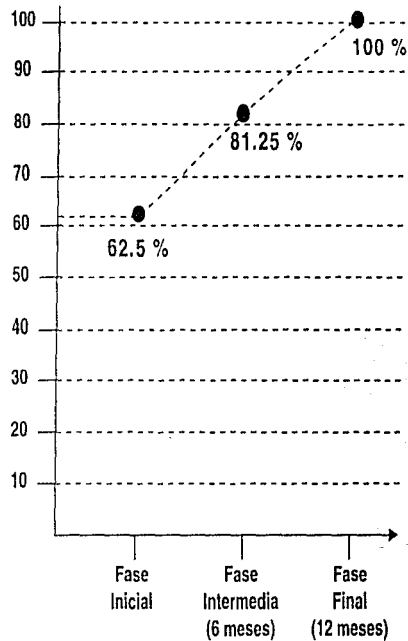
p, b, m,

f, t, d,

l, n, r, rr,

s, ch, ll

s, j y c



• M A

• ♂

• 12 años

• 6º de Primaria

ANEXO 14

GRAFICA INDIVIDUAL DE LOGROS ALCANZADOS EN LAS DIFERENTES FASES

Fonemas:

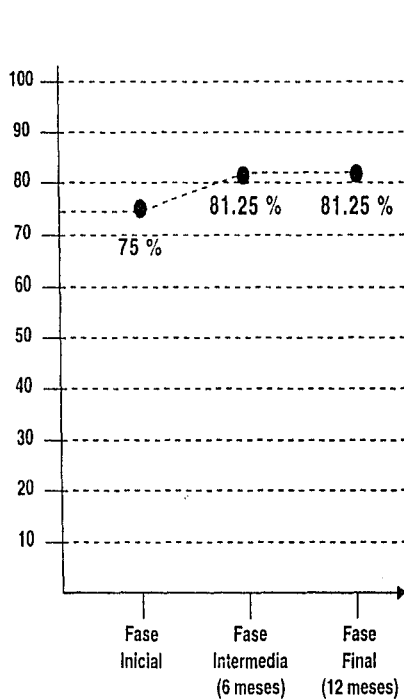
p, b; m,

f, t, d,

l, n, r, rr,

s, ch, ll

s, j y c



- A J
- ♂
- 13 años
- 1º de Secundaria

ANEXO 15

GRAFICA GENERAL DE LOS AVANCES DE 10 SUJETOS EN LA EMISION DE FONEMAS CORRECTOS

