



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
PSICOLOGÍA

**EFFECTOS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE MARÍA PAZ  
BERRUECOS EN LA ARTICULACIÓN DE UN NIÑO CON  
PROBLEMAS DE LENGUAJE: ESTUDIO DE CASO.**

TESIS QUE PRESENTAN:

MIREYA LOTERO GARZÓN

LAURA ANGÉLICA TAPIA CHÁVEZ

PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

DE ESTUDIOS

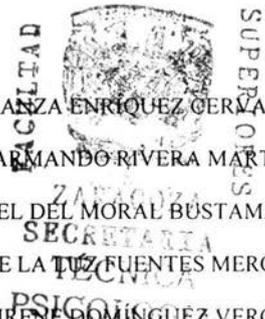
DIRECTOR DE LA TESIS: LIC. ESPERANZA ENRIQUEZ CERVANTES

REVISORES O TRIBUNAL: LIC. ARMANDO RIVERA MARTÍNEZ

LIC. MARÍA ISABEL DEL MORAL BUSTAMANTE

LIC. MARÍA DE LA LUZ FUENTES MERCADO

LIC. SOFÍA IRENE DOMÍNGUEZ VERGARA





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.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Es difícil que en un espacio tan pequeño pueda agradecer a tantas personas el apoyo, tiempo y enseñanza brindada durante mi formación profesional y que contribuyeron de alguna manera para lograr concluir esta meta.

Sin embargo, le doy las gracias a mis padres por haberme dado la vida, porque de no ser por ellos no estaría yo escribiendo esto.

A mi esposo por ser mi brazo derecho en los momentos difíciles y por apoyarme día a día a superarme como mujer y profesionista.

Y muy en especial a mis hijos que en todo momento pensé en ellos para lograr llegar hasta donde hoy me encuentro.

Los amo.

Atte. Mireya.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Mireya Otero Garzón

FECHA: 02 Marzo del 2004

FIRMA: 

Con infinito amor y agradecimiento a mis padres Beatriz y Evaristo.

A mis hermanos Mónica, Diana, Beatriz, Gabriela, José y Aidé por creer en mí.

A Elsy, Mariana, Alex y Beto que han alegrado mi vida.

A mis amigos, especialmente Sofía, Tania, Oliva, Augusto, César.

A la familia Polo por su confianza y apoyo, especialmente a usted Maru.

A mis compañeras y amigas del CENDI, Edel, Angélica, Nora, Lupita, Gloria, Nilcy, Sra.

Gloria y a la Maestra Guadalupe Mata por las facilidades y apoyo que me brindó.

A la Maestra María Isabel Rodal por apreciar mi trabajo.

Y a ti Aarón, por quien soy y existo.

Laura Angélica.

## INDICE

INTRODUCCIÒN.....	1
CAPITULO I	
LENGUAJE.....	3
DEFINICIÒN	
FUNCIONES.....	4
ADQUISICIÒN DEL LENGUAJE.....	5
ELEMENTOS DEL LENGUAJE	
PRAGMÀTICA	
SEMÀNTICA	
LÈXICO-GRAMATICAL.....	6
FONOLOGÌA	
ETAPAS DEL LENGUAJE	
ETAPA PRELINGUÌSTICA	
ETAPA DE LA PALABRA FRASE.....	10
INICIO DE ELABORACIÒN DE FRASES.....	11
ETAPA DE ENRIQUECIMIENTO.....	12
CAPITULO II	
ARTICULACIÒN.....	14
APARATO FONOAARTICILADOR.....	15
ARTICULACIÒN DE LOS FONEMAS.....	16
SONIDOS VOCÀLICOS	
CONSONANTES	

SINFONES	
ANOMALIAS DE LA ARTICULACION.....	21
TARTAMUDEZ	
AFASIA.....	22
AFASIA ADQUIRIDA	
AFASIA CONGENITA	
BALBUCIA	
DISFASIA INFANTIL	
DISFONIA	
DISLALIA.....	23
DISLALIA AFASICA	
DISLALIA ANARTRICA	
DISLALIA DISARTRICA	
DISLALIA EVOLUTIVA	
DISLALIA	
FUNCIONAL.....	24
DISLALIA AUDIOGENA	
DISLALIA ORGANICA	
DISLEXIA	
DISARTRIA.....	25
RETARDO ANARTRICO.....	26
RETARDO AFASICO	
RETARDO ALALICO	
RETARDO AUDIOGENO	
CAUSAS.....	28

HIPOXIA PERINATAL.....	29
CONSECUENCIAS EN LA ARTICULACIÒN.....	30
HIPOACUSIA.....	31
CAPITULO III	
PRUEBAS PARA EVALUAR LA ARTICULACIÒN.....	39
PRUEBA DE MARÌA MELGAR	
CAPITULO IV	
PROGRAMA DE INTERVENCIÒN DE MARÌA PAZ BERRUECOS.....	41
CAPITULO V	
METODOLOGÌA.....	43
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
JUSTIFICACIÒN	
HIPÒTESIS.....	44
OBJETIVO GENERAL	
OBJETIVOS PARTICULARES.....	45
MÈTODO	
VARIABLES.....	46
CAPITULO VI	
PROCEDIMIENTO.....	47
RECOPIACIÒN DE DATOS	
APLICACIÒN DEL PROGRAMA	

RESULTADOS.....	51
ANALISIS DE RESULTADOS.....	55
COMENTARIOS.....	58
PROPUESTAS Y LIMITACIONES.....	59
CONCLUSIONES.....	61
BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXOS.....	66

## INTRODUCCIÓN

Durante el desarrollo de todo ser humano existen complicaciones que determinan de alguna manera el desenvolvimiento, convivencia y algunas veces la aceptación social del individuo en el mundo que le rodea. Sin embargo, se sabe que el hombre es el único ser con la capacidad de razonar y hablar, siendo el lenguaje su herramienta principal para relacionarse con las demás personas.

Por lo que durante el período de estudio de la carrera de Psicología a pesar de revisar distintas vertientes igualmente interesantes, nos inclinamos hacia el área educativa, interesándonos particularmente en aquellos problemas que afectan el desarrollo del niño.

De hecho, al tener la oportunidad de trabajar con niños desde el tercer semestre de la carrera en las clínicas de la FES Zaragoza, comenzamos a desarrollar interés por los pacientes en edad preescolar que presentaban problemas relacionados con el lenguaje articulado.

A medida que avanzábamos, semestre a semestre, crecía aún más la inquietud de incursionar en esta área, lo cual nos llevó a elegir el tema de esta tesis, tomando un caso en particular al que tuvimos acceso gracias al apoyo de la psicóloga Esperanza Enríquez Cervantes, profesora de la FES Zaragoza, quien nos dio la oportunidad de trabajar con un niño de tres años de edad con problemas de lenguaje, el cual fue llevado por sus padres al Consultorio de especialidades Psicológicas.

Al realizar la entrevista inicial con sus padres, se conocieron algunos antecedentes que nos sugerían el origen de su problemática, así mismo se conocieron las expectativas y limitaciones del caso.

Se procedió a descartar algún daño fisiológico a través de revisiones médicas.

Al no encontrar algún daño cerebral severo o alteración en el aparato fono-articulador, se considera que la causa de la deficiencia de articulación del lenguaje es el sufrimiento de

hipoxia padecido durante el nacimiento así como la hipoacusia leve encontrada en el oído derecho del niño.

Debido a la edad del niño, decidimos aplicar la prueba de articulación de Melgar (1976) como primer instrumento para evaluarlo, ya que es una prueba a base de láminas que puede ser aplicada a niños de entre tres y seis años y medio.

Luego de observar los resultados, se procedió a buscar un programa de intervención que nos ayudara a resolver la problemática del niño. Aplicamos entonces, el programa de la pedagoga María Paz Berruecos, conocido como “La Terapéutica del Lenguaje” (1982). Fue elegido por estar basado en el método de asociación de imágenes y sonidos, es decir que por medio de dibujos el sujeto va aprendiendo la palabra o significado del objeto presente.

Este programa consta originalmente de tres unidades compuestas por objetivos diversos; de los cuales sólo aplicamos los que se ajustaron a la edad del niño ya que como último objetivo el programa inicia a éste a la enseñanza de la lectura.

Durante la aplicación del programa resultaba difícil mantener la atención del paciente durante las sesiones. Sin embargo, obtuvimos mejores resultados al elaborar de manera más atractiva los materiales.

Al finalizar el programa se realizó nuevamente la evaluación con la prueba de Melgar (1976), observando efectos positivos en la articulación del lenguaje del niño, y en su desenvolvimiento social.

Por lo que el propósito de este trabajo es enseñar al paciente en este caso un niño de tres años a articular palabras y frases por medio del programa de la Terapéutica del Lenguaje así como comprobar su efectividad para casos con características similares.

## CAPITULO 1

### LENGUAJE

#### DEFINICIÓN

Algunas personas utilizan los vocablos *habla* y *lenguaje* como sinónimos. Sin embargo, de acuerdo a Sausure (cit. en Azcoaga 1979)<sup>1</sup>, se distinguen dos componentes del mismo:

**LENGUA:** Conjunto de elementos que conforman el medio de comunicación de una sociedad.

**HABLA:** Fenómeno particular de los individuos ligado a la experiencia de cada uno y a los aspectos personales más que sociales.

En la Enciclopedia de la Psicología (1982), el *habla* “es una de las expresiones de la capacidad de relacionarse a nivel mental con el objeto receptor”.

Sin embargo, Melgar (1976) define a ésta como “la expresión oral del lenguaje”; así mismo Stetson citado por McDonald (1967) (Melgar, 1976), el *habla* “es una serie de movimientos que se tornan audibles”.

Entonces teniendo estas definiciones podemos decir que el habla es la expresión oral del lenguaje siendo ésta a su vez una de las manifestaciones particulares de cada individuo para relacionarse a nivel mental con el objeto receptor mediante una serie de movimientos que se tornan audibles para éste.

Launay y Massony (1989), definen al lenguaje como un sistema estructurado de símbolos arbitrarios mutuamente aceptados por una comunidad de seres humanos, utilizados para la comunicación.<sup>2</sup> Estos símbolos pueden ser transmitidos de forma verbal, oral, escrita o corporalmente.

<sup>1</sup> Azcoaga, J. Los retardos del lenguaje del niño. Argentina, PAIDOS, 1979.

<sup>2</sup> Launay, C., y S. Maissonny. Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño. Barcelona, Editorial Masson, 1989.

## ***FUNCIONES***

En la definición de *lenguaje* se observa claramente la función de comunicación que éste tiene. Sin embargo, de manera más específica se han mencionado las siguientes:

Richelle (citado en Adame 1985) menciona tres elementos: la expresión, la cognición y la conación.<sup>3</sup> El primero alude a la traducción de las emociones, el segundo a la aprehensión de la realidad y el tercero a la acción sobre otro. Se considera que para que exista la comunicación o conación han de cubrirse tres aspectos: la elocución, que hace mención a la actividad o conducta primaria de la persona que produce los sonidos. La evocación que se refiere a la actividad o respuesta de la persona a quien se dirige el lenguaje hablado, y la referencia o significado que es común a las dos personas.

Para Flores (1984) en la adquisición del lenguaje se centran tres funciones principales:

- La función apetitiva, que son las motivaciones y estímulos del medio.
- La función de realización, que depende de las posibilidades físicas, motrices y respiratorias para expresarse por medio de la palabra.
- La función ordenadora unida a las posibilidades mentales que permiten comprender los símbolos y el código.<sup>4</sup>

Margarita Nieto (1978) coincide con los autores aunque no nombre de igual manera las funciones y agrega además la función lúdica:

- Expresiva y emotiva, donde el niño desarrolla la capacidad de transmitir sus emociones y sentimientos.
- Fáctica, desarrollo de la capacidad para relacionarse con los interlocutores.
- Lúdica, el niño satisface su capacidad de juego.
- Simbólica, hace posible el paso del pensamiento concreto al abstracto.

---

<sup>3</sup> Adame Chávez, E. Perspectivas en el tratamiento de los problemas del lenguaje: Estudios del caso. Tesis profesional, Facultad de Psicología. UNAM, 1985.

<sup>4</sup> Flores, V. Problemas en el aprendizaje. México, LIMUSA, 1984.

- Social, hace posible la relación con los hablantes.
- Estructural, organiza la información del medio ambiente.
- Aprendizaje, el niño adquiere conocimientos por medio del vocabulario.<sup>5</sup>

## **ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE**

Es importante distinguir entre los conceptos desarrollo y adquisición del lenguaje. Ya que el primero profundiza en la evolución conjunta de este proceso con los demás, mientras que el segundo alude a la acción de alcanzar la manera de comunicarse, describiendo desde la forma más elemental hasta la más compleja que el ser humano alcanza.

A continuación se hace una descripción de las diferentes etapas del proceso de adquisición del lenguaje articulado, de acuerdo a lo explicado por varios autores consultados. No haciendo referencia a un enfoque en específico, más bien retomando aquellos aspectos que ayuden a realizar una descripción que explique de manera clara el proceso de cómo el niño adquiere la habilidad de comunicación con los demás.

## **ELEMENTOS DEL LENGUAJE**

Algunos autores distinguen diversos elementos que constituyen el desarrollo del lenguaje. Según Johnston y Johnston (1988), el orden en el cual estos elementos parecen llegar a un nivel razonablemente maduro de uso, se ha identificado como:

- 1) **PRAGMATICA:** El desarrollo de la pragmática consiste en la capacidad de crecimiento de los niños para usar el lenguaje efectivamente y hacer que hagan lo que ellos desean, se refiere al uso del lenguaje como una herramienta.
- 2) **SEMANTICA:** Analiza las relaciones conceptuales entre las palabras, la arbitrariedad y la ambigüedad del significado. La arbitrariedad se refiere a la falta de relación entre el

<sup>5</sup> Nieto Herrera, M. Evaluación del lenguaje en el niño. México, Editorial Porrúa, 1978.

vocablo y el objeto que simboliza. La ambigüedad consiste en que los términos no tienen un único significado.

- 3) *LEXICO-GRAMATICAL*: Rige el orden de las palabras en los enunciados, las leyes de la estructura de estos y las variaciones de tono y acento.
- 4) *FONOLOGIA*: Se refiere al sistema de sonidos del lenguaje. Aún cuando la fonología se identifica como la última área que llega a la madurez funcional, debe reconocerse que este sistema es el más temprano en el cual puede verse el comienzo del desarrollo apareciendo en la primera infancia (Oller, 1981, citado en Johnston y Johnston, 1988)<sup>6</sup>.

En el siguiente capítulo se abordará el concepto de articulación, que es necesario para comprender el desarrollo fonológico.

## **ETAPAS DEL LENGUAJE**

### ***ETAPA PRELINGÜÍSTICA***

Al nacer el niño no posee un lenguaje como sistema de comunicación. La reacción sonora de gritar o llorar es puramente mecánica.

Las primeras manifestaciones sonoras infantiles “sólo representan la coordinación refleja entre aspiración fuerte, una brusca aducción de cuerdas vocales y la resonancia buconasal”<sup>7</sup>. Sin embargo, al enfrentarse a su nuevo mundo el niño ha de manifestar sus necesidades primarias de alguna manera, como el llanto o los gritos. “El niño recién nacido manifiesta su displacer con gritos semejantes a vocales...”<sup>8</sup>

La sensación de placer es también una condición que determina la emisión de la voz del niño; por ejemplo, cuando acaba de comer o cuando descansa en los brazos de su madre, es entonces cuando pueden escucharse gorjeos, sonrisas y gruñidos.

<sup>6</sup> Johnston, E., A. Johnston. Desarrollo del lenguaje: lineamientos piagetianos. Buenos Aires, Médica Panamericana, 1988.

<sup>7</sup> Sagre, R. Tratado de foniatría. Argentina, PAIDOS, 1955.

<sup>8</sup> Nieto Herrera, M. Retardo del lenguaje. Sugerencias pedagógicas. México, Editorial Cedis, 1988.

Sin embargo, al tener mayor contacto con el medio, comenzará a recibir diversos estímulos, a los que reaccionará. Para Piaget (1980), estas manifestaciones sonoras son resultado de lo que él llama *contagio vocal*, que es la reproducción de ciertos sonidos que emite un bebé al escuchar los gritos o el llanto de otro<sup>9</sup>.

Pero principalmente recibirá como estímulo la voz de su madre, que va acompañada de ciertas gesticulaciones y determinada entonación, siendo ello un factor importante en los primeros intentos del niño de discriminar un sonido de otro.

*“También en ésta etapa cumple un señalado papel la comunicación gestual y la prosodia en el lenguaje de la madre que puede tener diversas tonalidades”*<sup>10</sup>.

Al tiempo que los niños reciben estos estímulos, comienzan a experimentar con su aparato vocal que se ejercita con las actividades de succión, deglución y llanto, y es entonces cuando éstos comienzan a emitir sonidos vocálicos acompañados de gesticulación y movimientos que son significativos para el adulto.

Para Johnston (1988), *la madresía* que no es más que la comunicación que la madre intenta con su hijo, es la que organiza la estructura del lenguaje<sup>11</sup>, y aunque ésta no lo explique todo, es realmente importante, ya que cuando la madre comienza a hablarle de manera fluida y con una variación de modalidades imperativas e interrogativas, fonéticamente sencillas para el niño, logra que éste intente producir sonidos como “respuesta”.

*“La estimulación vocal se personaliza más cuando la madre (o todo adulto en su vez), busca responder al laleo del niño o intenta hacerlo reaparecer”*<sup>12</sup>.

Conforme el niño recibe éstos estímulos que además de ser sonoros son visuales y sensitivos, parece comenzar la discriminación entre éstos e incluso parece tener sus

<sup>9</sup> Piaget, Jean. La formación del símbolo en el niño. México, FCE, 1980.

<sup>10</sup> Sagre, Op. Cit.

<sup>11</sup> Johnston. Op. cit.

<sup>12</sup> Ibidem.

preferencias. Para Eimas (citado en Johnston 1988), los lactantes poseen una percepción categórica de los sonidos del habla "...incluso parecen tener expectativas de cómo van a ser tratados"<sup>13</sup>.

Una vez que han comenzado a distinguir sonidos, empiezan a involucrar las acciones con éstos y puede que estén percatándose de que el adulto hace algo en consecuencia de lo que él emite. Quizá sepan que hay que gritar o llorar para salir de la cuna y cuando escuchan el tono de su madre saben que vendrá la recompensa. Están comenzando a tener un sentido para la acción y pueden estar aprendiendo que ésta puede ponerse a partir de la expresión vocal.

Más tarde, cuando ya ha logrado cierta coordinación ojo-mano y se apodera de lo que está al alcance de él manipulando los objetos, es entonces cuando da el primer paso hacia la permanencia de estos. Cuando el niño se percata de que puede reproducir una acción motriz anticipando el movimiento, sus manifestaciones expresivas gestuales y mímicas "son acompañadas de gritos, balbuceos y sonidos vocales eufóricos"<sup>14</sup>.

Estas acciones motoras son también animadas por la madre, quien durante la interacción con su hijo en jugueteos como esconderse y preguntar dónde está el bebé y responder ¡aquí está!, ayuda a desarrollar en el niño el conocimiento de referentes y reproducción de la acción.

*"Los lactantes llegan a una mayor comprensión de la constancia de los objetos; empiezan a buscar un objeto que ya no está a la vista y a organizar secuencias lógicas para encontrarlo"*<sup>15</sup>.

Y es común que cuando el objeto aparece, existen manifestaciones verbales eufóricas también.

---

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> *Launay. Op. Cit.*

<sup>15</sup> *Johnston. Op. Cit.*

Como ya se ha mencionado estas verbalizaciones pueden aparecer en situaciones de placer o displacer para el niño. Estas emisiones en un principio son generalmente vocálicas, aunque no tengan un carácter gramatical. Se dijo también que el niño experimenta con su aparato fono-articulador, de tal forma que la postura de éste en un principio sea la más sencilla y que a medida que va madurando, las posibilidades de acomodación de sus órganos sea más específica facilitando la articulación de sonidos consonantes.

*“...los sonidos más tempranos del niño son vocálicos, y sólo comienza a emitir las consonantes cuando las contracciones de diferentes partes de su aparato vocal se hacen más definidas”<sup>16</sup>.*

Cuando el niño se ha percatado de su capacidad de acomodación de su aparato fono-articulador, y ha comenzado a seleccionar la producción de sonidos relacionados con objetos o situaciones entonces el jugueteo vocal se enriquece y ya no sólo depende de contracciones musculares que se presentan por situaciones de placer o displacer. Parece más bien existir una necesidad de darle una representación verbal a la acción, lo que constituye la fonación simbólica.

La adquisición de sonidos vocales y consonantes en un principio estaban sujetos a las propiedades de ciertos reflejos o estímulos visuales o auditivos. Sin embargo, el proceso de adquisición de significados comienza con la separación gradual de sonidos que ya por su intención en momentos específicos constituyen palabras de manera que las señales sensorperceptivas empiezan a ser sustituidas o representadas por otras verbales.

*“El juego vocal tiene todas las características y propiedades de lo innato hasta que las influencias del ambiente comienzan a transformarlo en actividad fónica”<sup>17</sup>.*

Y aunque al inicio de este proceso, el niño haga una generalización de sonidos y palabras,

---

<sup>16</sup> Nieto. Op. Cit.

<sup>17</sup> Launay. Op. Cit.

designando a varios objetos que tienen cierta relación el mismo vocablo o representación verbal, podría hablarse del inicio de la adquisición de significados. Puesto que existe la intención de nombrar un objeto y la generalización inadecuada no es más que el resultado de la escasez de recursos gramaticales.

#### **ETAPA DE LA PALABRA FRASE**

Aproximadamente entre los 12 y 18 meses el niño pronuncia sus primeras “palabras” que para algunos son solamente una impresión subjetiva a la que el adulto insiste en darle cierto sentido. Pero podría decirse que ahora el niño comienza a juntar ciertos sonidos acompañados también de gesticulación y acciones motrices que parecen señalar la existencia de un lenguaje, de la intención de decir algo.

Sin embargo, aún no utiliza todos los fonemas y aunque en éste período el niño aumenta de manera notoria su repertorio de palabras, aún utiliza la repetición de las terminaciones o de las sílabas mas fuertes de una palabra.

*“Ante una palabra bi o trisílaba redobla la sílaba fácil o última...las consonantes k,r,s,x son substituidas por una p,b labiales, ó d, t dentales”<sup>18</sup>.*

Las vocales complejas son reemplazadas por una vocal sencilla “*pie* se dice *pe*”. En este ejemplo, de acuerdo a Melgar (1976), se hablaría más que de un reemplazo, de una omisión<sup>19</sup>.

Tampoco desaparecen los gritos o los lloriqueos, aunque se presentan en situaciones más específicas y menos frecuentes. Según Cohen (citado en Launay 1989) sirven para expresar deseos o rechazos y las “palabras” para constatación e información. Lo cierto, es que la importancia de todos estos recursos radica en la relación que el niño establece con otros, así como en el estímulo para su desarrollo auditivo.

---

<sup>18</sup> *Ibidem*.

<sup>19</sup> Melgar M. Inventario experimental de articulación. México, Trillas, 1976.

En cuanto a la *madresía*, podemos hablar de un vocabulario más extenso y rico en términos de causalidad, lo que va estimulando la capacidad del niño para concentrar mayor tiempo su atención y el aumento de fonemas en su repertorio que a su vez le dará la posibilidad de formar sílabas y palabras sencillas.

Esta etapa se caracteriza por la ampliación de recursos fonológicos que no sólo se expresan en la adquisición de nuevos fonemas, sino en la capacidad de combinación en sílabas simples

Sin embargo, en sentido estrictamente semántico, estas expresiones son sólo aproximaciones a la construcción de frases, pero puede decirse que expresiones como *queromá* en vez de *quiero más* son a bien entendidas como dos palabras totalmente diferentes.

Visiblemente están en camino dos o más expresiones de una sola palabra en sucesión, aunque aún sin relación semántica.

#### ***INICIO DE ELABORACION DE FRASES***

La *madresía* ahora es más compleja, contiene oraciones más largas que incluyen elementos como los pronombres y los adjetivos.

El hecho de escuchar a su madre repetir nuevas frases y de tener capacidades motrices más complejas, le da posibilidad al niño de formular expresiones no sólo refiriéndose al aquí y ahora. Comenzará a manejar sus frases en función de pedir algo que desea, de rechazar algo que no, y para expresar querer hacer o no hacer algo, e incluso de cómo lo va a hacer.

Lo anterior nos hace pensar más claramente lo que en términos piagetanos es la relación entre el lenguaje y el desarrollo cognoscitivo, que ha estado presente, pero que ahora es más observable.

*“La conducta verbal permite la representación de muchos actos”<sup>20</sup>.*

*“El niño comenzará a experimentar con aquello que escucha de manera más constante y el hecho de poder caminar y manejar objetos le hace más fácil, experimentar con los sustantivos, artículos, adjetivos y algunos verbos”<sup>21</sup>, que harán que se formen expresiones con carácter de oración, tales como *bebé bonito, sopa caliente, etc.**

De tal manera que ahora el niño puede no sólo vivir en función de las acciones, sino realizarlas o pedir las, ya que está comunicándose con un lenguaje cada vez más próximo al que le rodea.

“El lenguaje permite al niño manejar diversos elementos y acciones de una vez”.

#### **ETAPA DE ENRIQUECIMIENTO**

Después de los tres años la madresía ya no funciona como antes. Ahora los niños generan estrategias más generales del aprendizaje del lenguaje adecuando sus recursos de comunicación a las situaciones en que se encuentra y en función de ello utiliza las palabras que sabe, no como un repertorio, sino como una construcción interna de lo que percibe. En esto juega un papel muy importante la imitación, ya no sólo fonológica, sino como organizador de su lenguaje para utilizar formas gramaticales “que no comprende pero que su lógica le hace adoptar”. (Launay, 1974)

Otra característica es la utilización constante de interrogantes que le da la oportunidad al niño de informarse de una manera más particular de lo que le rodea. Aunque la construcción de enunciados interrogativos algunas veces todavía carece de una lógica gramatical, si hay en ellas un contenido “abstracto”. Por ejemplo “¿Ellos son como el otro aunque sea mayor?” (Gesell 1940).

---

<sup>20</sup> Piaget, Jean, Op. Cit.

<sup>21</sup> Ibidem.

Alrededor de los cinco años las preguntas y respuestas se hacen más precisas y ya no solo con la finalidad de informarse. También comienza a hablar más de situaciones cotidianas como la cocina, el transporte, el almacén, etc.

Posteriormente y ya dentro de la convivencia en jardín de niños, el niño posee un bagaje gnosico-práxico como la noción de número, medida, correspondencia de elementos por color, tamaño, forma etc. Que se ven reflejados en el aspecto lingüístico donde hay ya un dominio del uso de oraciones que incluyen “las conjuntivas, así como la casi totalidad de formas de organización sintáctica adulta”<sup>22</sup>.

Ocasionalmente se presenta el monólogo, pero la comunicación que entabla no sólo con sus familiares sino con compañeros de escuela va dejando atrás esta práctica.

---

<sup>22</sup> Azcoaga, J, Op.cit.

## CAPITULO II

### ARTICULACIÓN

Se entiende por articulación al movimiento adecuado de los órganos articulatorios para producir un fonema específico (labios, mandíbula inferior, lengua y velo del paladar) (Corredera, 1980).

Para una adecuada articulación es necesario que estos elementos del aparato fonológico, actúen coordinadamente por medio de procesos sensorio-motrices que regulan su funcionamiento.

Nieto (1984), menciona que la función respiratoria se coordina con la emisión de la voz controlando la intensidad y duración del soplo espirado, según lo requiera el fonema, haciendo posible la educación funcional de la respiración, por medio de la nariz (inspiración) y la boca (expiración).

En la mecánica de la respiración, el aire pasa por la tráquea, boca y nariz. El aire sale libremente por la boca luego de haber pasado por las cuerdas bucales, cuando esto sucede se producen sonidos vocales. Otra clase de sonidos son los consonantes, que se emiten cuando el aire tropieza con obstáculos producidos por la lengua, la mandíbula o el paladar.

Las características de la articulación de los fonemas se definen por su punto y modo.

*El punto de articulación* señala los órganos que intervienen al producir los diferentes fonemas y el punto donde se ponen en contacto.

“Labios en los fonemas labiales, (p,b,m), lengua y dientes, en los fonemas linguales o alveolares (t,d,s,l,r,rr,n), la parte media de la lengua chocando con el paladar, en los fonemas palatales: ch, y, ñ) y el post dorso de la lengua chocando con el velo del paladar en los fonemas velares o guturales (g, j, k)”<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Nieto, H, Op.cit.

*El modo de articulación se refiere a la manera en que entran en contacto algunos fonemas produciendo así una explosión o siendo explosivos ( ejemplo: p, t, ch, k).*

Hay fonemas que a veces son explosivos y a veces fricativos, según la influencia de los fonemas con los que están en contacto: b, d y g.

La característica de sonoros y sordos se describe si en su producción interviene la vibración de las cuerdas vocales (sonoras) o si estas no intervienen (sordos).

## **APARATO FONOARTICULADOR**

Se conoce como aparato fono-articulador, al conjunto de órganos que intervienen en la producción de un sonido articulado, aunque los órganos tengan otras funciones primarias.

Éstos se clasifican de la siguiente manera:

- Cavidades infraglólicas: Corresponden al aparato respiratorio, cuyos órganos tienen como función primaria la oxigenación; pero en cuanto a su función en el aparato fonador, los pulmones proporcionan la cantidad de aire necesaria, que pasa por la tráquea para formar la corriente que producirá el sonido. Es en la expiración donde se realiza el sonido articulado. El diafragma, cumple con la función de presionar los pulmones para obtener la cantidad de aire mencionada.
- Cavidad Laringea: Constituye la zona de fonación; se localiza arriba de la tráquea y la forman una serie de cartílagos que envuelven a las cuerdas vocales, que en realidad son tendones. El espacio que queda entre estas se llama glotis. El sonido se produce al expulsar el aire pulmonar pasando por las cuerdas vocales, si al paso de estas las cuerdas vibran y se aproximan, el sonido articulado es sonoro, y si no vibran es sordo.
- Cavidades Supraglólicas: Filtra y modifica el sonido articulado en la laringe; y está integrada por tres cavidades: la faringea, la bucal y la nasal.

Para el niño pequeño los actos de succión, deglución y masticación le sirven como entrenamiento motor a su aparato fonológico-articulador. De manera que los niños que tienen algún problema en la ejecución de estos actos, requieren ser observados y atendidos para ayudarlos a vencer sus dificultades y así prevenir alguna consecuencia en el desarrollo en el lenguaje.

Según Corredera (1980), si los órganos articulatorios se encuentran en una etapa de adaptación y maleabilidad, y se colocan de manera equivocada, con el transcurso del tiempo se adquirirá el hábito de colocarlos de la misma forma cada vez que se desee repetir determinado fonema. Por ello es importante la corrección de este “mal hábito” a la brevedad posible evitando la mala postura de los órganos que intervienen en el proceso articulatorio.

## **ARTICULACION DE LOS FONEMAS**

### *SONIDOS VOCALICOS*

A.- Se produce con los labios abiertos y la lengua colocada en la línea media de la boca.

E, I.- Se producen con las comisuras labiales retraídas y la lengua colocada en la parte anterior de la boca.

O,U.- Se producen con los labios proyectados hacia delante, haciendo un círculo pequeño y la lengua en la parte posterior de la boca.

### *CONSONANTES*

#### **Fonema P**

Es una consonante bilabial sorda, se articula con los labios juntos y un poco fruncidos, y los incisivos un poco separados. La lengua toma la posición del fonema que le siga. El aire que se acumuló en la boca, hace presión sobre los labios. Al separar estos bruscamente dando

salida al aire y se produce el sonido “p”. Su defecto se denomina betacismo y aparece en escasas ocasiones, puede suceder que el niño no cierre los labios dejando salir el aire y haciendo el sonido fricativo.

#### **Fonema B**

Es una consonante bilabial oclusiva sonora. Se articula de la misma manera que la “p”, pero la tensión muscular labial es más débil y se da la vibración de las cuerdas vocales. Su defecto también se denomina betacismo y es poco frecuente. Puede suceder que el sonido se realice sin vibraciones, siendo el resultado el sonido “p”.

#### **Fonema T**

Es consonante linguodental, oclusiva sorda. Su articulación se lleva a cabo colocando entreabiertos los labios y los incisivos ligeramente separados. La punta de la lengua se apoya en la cara posterior de los incisivos superiores y sus bordes se apoyan en las arcadas dentales impidiendo así la salida del aire. Se separa bruscamente la punta de la lengua, que se sitúa detrás de los incisivos inferiores, produciendo así el sonido de esta letra. Su defecto se llama deltacismo, no es muy frecuente, pero si se da el caso de que el sonido no se haga vibrante, entonces se produce el sonido “d”.

#### **Fonema D**

Es linguodental, oclusiva sonora. La articulación de este fonema es semejante a la anterior, pero con vibración de cuerdas. Los labios permanecen entreabiertos, los dientes un poco separados. Cuando esta letra aparece al final, es fricativa. También se le llama deltacismo a su incorrecta articulación y se produce cuando se acompaña de vibraciones y se emite en su lugar la “t”.

#### **Fonema K**

Es consonante linguovelar, oclusiva sorda. Para articularla, los labios deben estar separados. La punta toca los alvéolos inferiores y la parte posterior se levanta, apoyando el

postdorso con fuerza contra el velo del paladar, realizando la oclusión que cierra la salida del aire espirado. Su defecto se llama kappacismo siendo frecuentes en las dislalias infantiles.

Generalmente es sustituido por “t”, al situar equivocadamente la lengua tras los incisivos, sin elevar la parte posterior.

#### **Fonema G**

Es una consonante linguovelar, oclusiva sonora, se articula como la anterior, pero con vibración de las cuerdas vocales. El ápice de la lengua apoyado en los alvéolos inferiores, tocando con el postdorso el velo del paladar. Sus defectos son los gammacismos, cuando el niño apoya la lengua en los alvéolos superiores, sustituye el sonido por “t” y si la apoya tras los incisivos superiores obtiene “t” o “d” en lugar de “g”.

#### **Fonema F**

Es una consonante labiodental fricativa, sorda. Se coloca el labio inferior bajo el borde de los incisivos superiores y levantando ligeramente el labio superior, dejando escapar el aire entre los dientes y el labio. No es frecuente su defecto, sin embargo si no se colocan bien los dientes el resultado puede ser “s”.

#### **Fonema S**

Es consonante lingualveolar, fricativa, sorda. Se entreabren los labios y se retiran un poco las comisuras hacia los lados; los dientes ligeramente separados y el ápice de la lengua apoyado en los alvéolos de los incisivos inferiores, dejando una pequeña abertura redondeada. Los sigmatismos o defecto de articulación de ésta son muy frecuentes, ocasionados por la mala postura de la lengua o de los dientes y labios.

#### **Fonema Y**

Es una consonante linguopalatal, fricativa sonora. En su articulación los labios permanecen entreabiertos y los incisivos ligeramente separados. El dorso de la lengua se pega a la parte

media y anterior del paladar duro., dejando en el centro un pequeño canal por donde corre el aire. Si se apoya excesivamente la lengua, puede no articularse bien.

### **Fonema J**

Es consonante linguovelar, fricativa sorda. Los labios y los dientes permanecen entreabiertos. La lengua se ensancha, estando su parte anterior en contacto con los alvéolos de los incisivos inferiores. Su defecto se llama jotacismo, este puede darse al levantar demasiado la lengua.

### **Fonema CH**

Este fonema es linguopalatal, africado sordo. Para su articulación, los labios avanzan hacia delante y se separan un poco entre sí dejando ver los dientes, ligeramente separados. Su defecto se produce si se sitúa la lengua tras los incisivos inferiores, sustituyéndolo por “s”.

### **Fonema L**

Es lateral linguoalveolar, sonoro y para su articulación los labios permanecen entreabiertos y los dientes algo separados permitiendo ver la cara posterior de la lengua cuyo ápice se apoya en los alvéolos de los incisivos superiores y sus bordes en las encías quedando a ambos lados una abertura lateral por donde sale el aire fonador, que al chocar con la cara interna de las mejillas, las hará vibrar. El defecto de esta consonante se llama lambdacismo.

### **Fonema R**

La consonante “r” es un fonema vibrante simple, linguoalveolar, sonoro. Se articula con los labios entreabiertos, permitiendo ver la cara inferior de la lengua levantada hacia el paladar.

### **Fonema RR**

Consonante vibrante múltiple, linguoalveolar sonora. Los órganos de la articulación se colocan como en el fonema anterior, pero con vibraciones de la punta de la lengua, formando repetidas oclusiones contra los alvéolos. Los defectos en la articulación de este fonema son los mismos que en la “r”.

### **Fonema M**

Es un fonema nasal, bilabial sonoro. Su emisión se lleva a cabo uniendo los labios con una tensión muscular media, la suficiente para impedir la salida del aire a través de ellos. El ápice de la lengua se apoya tras los incisivos inferiores y el resto de la misma queda extendida a lo largo de la boca. El velo del paladar desciende permitiendo la salida del aire por las fosas nasales mientras las cuerdas vocales vibran. Defectos en su articulación se dan al entreabrirse los labios, con lo cual el aire escapa, obteniendo “b” en lugar de “m”, a esto se le llama mitacismo.

### **Fonema N**

Esta consonante es nasal, linguoalveolar sonoro. Para la articulación de éste, los labios y los dientes permanecen ligeramente entreabiertos. Los bordes de la lengua se adhieren a los molares superiores en su cara interna, el dorso toca una parte del paladar y el ápice se une a los alvéolos superiores cerrando así la parte central de la cavidad bucal e impidiendo la salida del aire por la boca. Sus defectos no son muy comunes, sin embargo, algunas veces es sustituido por la “m”.

### **Fonema Ñ**

Es nasal, linguopalatal sonoro. Se articula con los labios ligeramente entreabiertos y los dientes casi juntos. El dorso de la lengua se apoya contra el paladar duro comenzando el contacto desde los alvéolos de los incisivos superiores.

### *SINFONES*

Se denominan sinfonos a aquellos grupos fónicos en que aparecen dos consonantes seguidos de una vocal. Es lo que en la prueba de Melgar (1976) se llaman mezclas. El fonema intermedio, recibe el nombre de líquido (l ,r), éstos se “licuan” con otros que se

llaman licuantes (p, b, f, t, d, g, c). Con éstos se forman los sinfones siguientes: pr, br, fr, tr, dr, gr, cr, pl, bl, fl, gl, cl.

La ausencia de los sinfones o de la consonante líquida es común en las dislalias, diciendo “gobo”, por globo, por ejemplo. También es frecuente que se cometa el error de sustituir esta consonante intermedia por otra, sobre todo en el caso de la “r” que representa mayor dificultad.

### **ANOMALÍAS DE LA ARTICULACIÓN**

Dentro del lenguaje articulado se encuentran deficiencias que afectan de manera importante la capacidad de comunicación con los demás. En muchas ocasiones, estas deficiencias provocan un retraso en el lenguaje que pueden deberse a un nivel bajo de inteligencia, a una audición insuficiente, a una baja estimulación dentro y fuera de casa; lo que provoca además un lenguaje poco desarrollado, entre otros.

Sin embargo, estos problemas en su mayoría hacen su aparición después de los tres años de edad (etapa en la cual el niño entra al preescolar) y es aquí entonces, cuando los padres observan y comparan a su pequeño con los demás. En algunas ocasiones de hecho, los padres se rehúsan a aceptar que el niño tiene algún problema por todo lo que implica el proceso de evaluación y aceptación dentro de la sociedad.

Por ello, a continuación se presentará una clasificación de diversos trastornos que afectan el desarrollo del lenguaje. Esta clasificación se realizó en base a la información obtenida de varios autores:

#### **TARTAMUDEZ**

Alteración funcional de la afluencia verbal, caracterizada por repeticiones, pausas y prolongaciones fonémicas silábicas de sujetos que no demuestran progresivos daños orgánicos encefálicos o sensoriales, ni en los órganos de la articulación o de la resonancia.

### *AFASIA*

Pérdida o alteración de la capacidad para emplear el lenguaje, causada por daños cerebrales. Este término se utiliza para designar trastornos de la función simbólica que afectan la comunicación, la comprensión oral y escrita.

### *AFASIA ADQUIRIDA*

Pérdida parcial o total del lenguaje por lesión cerebral adquirida a consecuencia de traumatismo craneal.

### *AFASIA CONGÉNITA*

Síndrome poco frecuente y que hace referencia al niño que no desarrolla el lenguaje oral o presenta habla limitada después de los cuatro años, sin que dicha ausencia pueda explicarse por deficiencias auditivas, motrices, intelectuales o lesiones. Recibe también el nombre de audio mudéz (cuando existe comprensión verbal).

### *BALBUCENCIA*

Trastorno asociado a la tartamudez, se encuentra en personas que tienen dificultad para formular correctamente el lenguaje, apareciendo construcciones ilógicas, detenciones inoportunas, repeticiones etc.

### *DISFACIA INFANTIL*

Déficit, sin origen lesional comprobable, que añade al retraso cronológico, dificultades específicas para la estructuración del lenguaje en cuanto a construcción de enunciados y utilización de los verbos. Permanece la ecolalia, no se pueden manejar correctamente los pronombres personales y es difícil recordar enunciados largos.

### *DISFONIA*

Alteración de la voz, ligada a una respiración insuficiente o mal coordinada con la fonación, la disfonía suele ser resultado de factores anatómicos y factores funcionales difíciles.

Se caracteriza por voz ronca, grave, con altibajos en el tono.

También existe la rinofonía, que ocurre por la obstrucción del aire en las cavidades nasales (tono nasal de la voz) o por abertura que es cuando el cierre del velo del paladar es insuficiente (tono gangoso).

#### *DISLALIA*

Fallas de los puntos de articulación en ciertos fonemas. Frecuentemente se ven afectados los puntos de articulación de “r” y de “s”. La etiología de la dislalia no está muy clara, sin embargo parece hacer relación con las dificultades motrices, sobre todo en la ejecución de movimientos finos y rápidos.

#### *DISLALIA AFASICA*

Se caracteriza por sustituciones de un fonema por otro vecino, con similitud fonética, por deficiencia analítica o sintética en la diferenciación auditiva fonética. Otro rasgo son las sustituciones, agregados y omisiones en la combinación silábica por alteraciones fisiopatológicas.

#### *DISLALIA ANARTRICA*

Se caracteriza por deformaciones, sustituciones u omisiones de fonemas. Así como transposición silábica por mal ordenamiento de la frecuencia de los movimientos.

#### *DISLALIA DISARTICA*

La espasticidad, incoordinación y las parálisis y paresias en los músculos que intervienen en el habla, dan lugar a fallas en los puntos y en los modos de articulación.

#### *DISLALIA EVOLUTIVA*

Se le denomina así, cuando en la fase de desarrollo del lenguaje, el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha, de formar los estereotipos acústico articulatorios correctos; como consecuencia de ello, repite palabras de forma incorrecta fonéticamente. Sin embargo, estas dificultades pueden superarse y de no ser así, sólo se considerarían un problema si pasa de los cuatro o cinco años.

#### *DISLALIA FUNCIONAL*

Es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje, por una función anómala de los órganos periféricos en la que se dan las anomalías propias de la dislalia sin que existan trastornos o modificaciones orgánicas en el sujeto, sino tan solo una incapacidad funcional. La dislalia funcional puede darse en cualquier fonema, pero la más frecuente es la sustitución, omisión o deformación de la “r”, “k”, “l”, “s”, “z” y “ch”.

Su etiología es variada, sin incluir lesiones en el sistema nervioso central. Entre las causas se encuentran: escasa habilidad motora; el desenvolvimiento del lenguaje está estrechamente ligado a las funciones del movimiento, es decir, de la motricidad fina, que está comprometida directamente con la articulación. Existe por tanto relación estrecha entre el retraso motor y el del lenguaje.

#### *DISLALIA AUDIOGENA*

La audición es un elemento crucial en el desarrollo del lenguaje. El niño que no escucha nada, difícilmente emitirá algún sonido y el niño que escucha poco o mal tendrá defectos en la articulación.

La falta de comprensión o discriminación auditiva de los fonemas, ocasiona que durante el proceso imitativo no haya una diferenciación en la reproducción de los fonemas.

#### *DISLALIA ORGANICA*

Su etiología como lo indica su nombre, es orgánica, es decir lesiones del sistema nervioso que afectan el lenguaje, o alteraciones de los órganos del habla, tales como malformaciones anatómicas. Dentro de este rubro entra la dislalia audiógena, ya que está motivada por una alteración o déficit sensorial.

#### *DISLEXIA*

Es una alteración perceptiva cognoscitiva, que dificulta la adquisición de la lecto-escritura. Si el niño no ha llegado a un nivel de maduración en el aspecto fonológico, difícilmente lo hará en el lenguaje escrito.

### *DISARTRIA*

Es la incapacidad para realizar correctamente el movimiento o postura requeridos para la articulación de un fonema. Las causas pueden ser por una parálisis o malformación ósea o muscular de los órganos articulatorios.

A continuación se presenta un cuadro en el cual se condensa la información antes dada:

Trastorno o Anomalia	Característica
Afonías y disfonías infantiles	Enronquecimiento de la voz y sensaciones dolorosas.
Dislalias funcionales	Ausencia o alteración de algunos fonemas.
Tartamudez	Brusca interrupción del habla.
Disfemias	Marcado deterioro de la fluidez verbal caracterizado por repeticiones y/o prolongaciones de elementos del habla.
Rinolalias	Alteración de algunos fonemas o ausencia total de ellos.
Disfasia	Déficit del lenguaje oral.
Afasias infantiles	Alteración del lenguaje.
Hipoacusia y Sordera	Audición deficiente.

Azcoaga (1979), hace referencia a una clasificación diferente a la antes presentada, ya que él no habla de ellas como “patologías”, sino como simples retardos que algunas personas tienen durante el desarrollo del lenguaje.

#### *RETARDO ANARTRICO*

Tiene origen neurológico, resultado de una acción patógena sobre el cerebro infantil. Las formas más leves comprometen el desarrollo de la elocución del lenguaje, constituyendo un retardo simple. Las formas más graves se manifiestan como mudéz y dejan secuelas en el aspecto gramatical. Es muy difícil la articulación del fonema *r*.

#### *RETARDO AFÁSICO*

Es un trastorno en la organización y desarrollo del lenguaje que afecta a la comprensión verbal. La elocución del menor es aparentemente normal, no así el aspecto semántico el cual tiene mayores dificultades, a menudo no se encuentra la palabra adecuada.

#### *RETARDO ALALICO*

Su origen es psicógeno, se caracteriza por un déficit de las funciones cognitivas que impiden o limitan la adquisición de conocimientos y el desarrollo y plenitud del pensamiento y la conducta social del afectado.

#### *RETARDO AUDIOGENO*

En este se distinguen las hipoacusias graves congénitas y las hipoacusias de grado moderado. En las primeras la pérdida auditiva es muy severa o total. Las de grado moderado son aquellas en las que por el grado de su déficit se ubican dentro del orden de los 60, 70 u 80 decibeles. En estos casos el llanto y el grito no muestran diferencias con las del niño normal, pero en el juego vocal se observa falta de modulación y musicalidad y este puede extinguirse antes de que se realicen los estereotipos motores verbales.

Algunos de los errores de articulación se sitúan en el terreno fonológico, porque implican errores observados en la pronunciación de los fonemas o sonidos que forman las palabras, los cuales en muchas ocasiones pueden manifestarse en forma de omisión (ausencia de un

sonido en una palabra hablada), sustitución (reemplazar un sonido por otro), distorsión (sonido que se aproxima a la palabra original) y/o adición (sonido que es añadido a cualquier parte de la palabra). Corredera (1980), menciona que los problemas de sustitución u omisión de los fonemas en general, se les denomina *dislalias*. Estas dislalias según el autor, las adquiere el niño cuando él observa cómo habla la gente que le rodea, escuchando y tratando de hablar lo que oye.

Sin embargo, sus órganos no obedecen con la facilidad que él desearía, produciéndose así alteraciones en su lenguaje por insuficiencia funcional natural.

Estas dislalias están ligadas al aprendizaje normal del lenguaje y pueden corregirse paulatinamente con observaciones basadas fundamentalmente en imágenes acústicas, es decir, que el niño modificará su lenguaje siempre y cuando las personas que viven a su alrededor utilicen un lenguaje normal y común, además de que sean insistentes con el niño deficiente para una correcta pronunciación de los fonemas. Ya que en muchas ocasiones suele ocurrir que el niño al estar aprendiendo a hablar comete errores y uno como adulto en vez de corregir la mala articulación de la palabra se la refuerza provocando un incorrecto aprendizaje de pronunciación de la palabra.

Ejemplo:

Correcta pronunciación = **globo**

Error = **bobo-gobo**

Francescato (1971) y Nieto (1978), consideran que la presencia de los errores de articulación es normal durante el desarrollo del habla infantil, sin embargo, si persisten más allá de los seis años de edad, son signos de deficiencias en el habla.

Sin embargo, cualquiera que sea la anomalía es imprescindible primero realizar una evaluación multidisciplinaria en la que se integren todos los estudios efectuados al paciente

por este equipo; los cuales serán de gran ayuda para así determinar el diagnóstico y a su vez, para elegir el tratamiento o programa adecuado a seguir.

Tomando esto en cuenta, la Dra. Ma. Paz Berruecos (1982), nos muestra como sería la integración del diagnóstico multidisciplinario:

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

ENTREVISTA PERSONAL. CLÍNICA.	HISTORIA MÉDICAS.	EVALUACIONES PSICOLÓGICAS.	EVALUACIONES PSICOPEDAGÓGICAS	EVALUACIONES PEDAGÓGICAS.
ESTUDIO PSICOSOCIAL. ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	NEUROLÓGICO. AUDIOLÓGICO. OFTAMOLÓGICO. PSIQUIÁTRICO.	PRUEBAS OPERATIVAS. ESTUDIO PSICOMÉTRICO. ESTUDIO PSICOPROYECTIVO.	PRUEBAS PSICOLINGÜÍSTICAS. PRUEBAS PRUEBAS PRECEPTUALES.	ANTECEDENTES ESCOLARES. PRUEBAS NIVEL PEDAGÓGICO. OBSERVACIÓN DIRECTA EN EL AULA.

## CAUSAS

Como ya se ha hecho referencia, existen diversas causas que provocan dichas anomalías del lenguaje, incluyendo el articulado. Estas pueden ser un nivel bajo de inteligencia, audición insuficiente, sufrimiento fetal, anomalías en el sistema nervioso, También afectan factores ambientales, tales como la falta de incitación al aprendizaje, ausencia de estimulación de parte de los padres, escasa socialización, etc.

Aunque en el apartado anterior se menciona dentro de las anomalías del lenguaje a continuación se describirá como mayor detalle a la hipoacusia así como a la hipoxia perinatal, ya que éstas pueden situarse en este caso como posibles causas de la deficiencia presente en el niño; dado que durante la entrevista la madre dio como diagnóstico medico la

hipoxia sufrida durante el nacimiento del niño así como la hipoacusia leve detectada en el oído derecho mediante una evaluación realizada (ver anexos 1 y 3).

## **HIPOXIA PERINATAL**

“El término hipoxia se utiliza para denominar el aumento de la tensión del bióxido de carbono en sangre y tejidos del cuerpo del neonato”<sup>24</sup>.

Hay varias causas que dan origen a la hipoxia:

- a) Compresión del cordón umbilical. “La compresión del cordón umbilical interrumpe el flujo sanguíneo de la madre hacia el producto, produciendo una diferencia significativa entre la cantidad de sangre que debe haber en los vasos umbilicales y la existente. Al igual que en el caso anterior, el estiramiento corto o excesivo del cordón, así como enroscamientos en el cuello, obstaculizan la circulación feto materna.

La administración de analgésicos y anestésicos administrados a la madre durante el embarazo o durante el parto, con el fin de disminuir las molestias o acelerar la expulsión del parto, pueden afectar a este, atravesando la placenta y pasando a la circulación fetal. Actuando sobre el sistema nervioso del producto, deprimiéndolo y dificultando su adaptación extrauterina.

Contracciones uterinas excesivamente fuertes. Como resultado de ello, aumenta la concentración de bióxido de carbono en la sangre del feto, presentándose exceso de ácido en la sangre (acidosis respiratoria) y disminuyendo el potencial de hidrógeno en ésta (ph), siendo casi inevitable un daño cerebral o inclusive la muerte<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Lewis, T. Obstetricia. México, 1994. El manual moderno.

<sup>25</sup> *Ibidem*.

## CONSECUENCIAS EN LA ARTICULACIÓN

Los segmentos encefálicos humanos, la corteza y las vías piramidales desarrollan sus funciones aproximadamente al comienzo de la segunda mitad del embarazo. Durante éste y en el momento del parto, factores tales como trastornos en la irrigación sanguínea o falta de oxígeno en el sistema nervioso del producto, pueden producir “un daño en los pares craneales VII (regulación de los músculos faciales, tales como la capacidad de arrugar la frente, cerrar los ojos, silbar, desviar la boca de un lado a otro), X (también llamado vago y que si se afecta puede causar ronquera y dificultad para el habla y la deglución) y XII (hipogloso, regulador de movimientos de la lengua, si se ve afectado puede producir desviación de la lengua hacia un lado y como resultado lenguaje confuso)”, de los cuales se requiere la acción común para todos los movimientos necesarios para una correcta pronunciación de consonantes y vocales, es decir, la articulación.<sup>26</sup>

Los trastornos del habla en el ámbito articulatorio, se relacionan con la incapacidad motora de origen cerebral, los cuales se asocian con la mímica y los gestos. Estos trastornos corresponden a :

- “Rigideces que son idénticas o variables, algunas veces muy intensas y otras veces nulas y que pueden implicar a todos los músculos que contribuyen a la fonación.
- Movimientos involuntarios espáticos o atetosis, es decir movimientos lentos serpenteantes e irregulares de manos y dedos impidiendo que el cuerpo se sostenga en una postura”.<sup>27</sup>

En el niño espático, sobreviene fácilmente un trastorno de articulación (disartría), de modo que el habla resulta confusa, ininteligible y gangosa, debido a que los grupos musculares inervados por los pares mencionadas ven inhibida su coordinación fina, por espasmos análogos a los de la musculatura de los miembros.

---

<sup>26</sup> Clayton, L. Diccionario Médico Enciclopédico. México, 1994. El manual moderno.

<sup>27</sup> Cahuzac, M. Op.cit.

En el caso de la anartria (pérdida de la potencia motora para hablar con claridad) el defecto del habla es causado por espasticidad (movimiento súbito involuntario o contracción muscular que causa rigidez y aumento del reflejo mandibular). Cuando el niño sufre de ataxia, el habla es irregular, rápida, alta y sacudida.

## **HIPOACUSIA**

Se dice que el lenguaje se aprende a través de nuestros sentidos, pensamientos y experiencias con el mundo. Por lo que la vía habitual por la que se adquiere el lenguaje es a través del sentido de la audición, siendo el oído el órgano principal.

Por lo tanto, los niños que presenten una deficiencia auditiva no desarrollarán una práctica del lenguaje normal, sino es con ayuda de un programa o aparato especial encauzado a corregir las deficiencias del lenguaje.

Los niños con oído normal articulan su primera palabra aproximadamente al primer año de vida, aunque es probable que lo hagan desde el primer día de su nacimiento ya sea de manera consciente o inconsciente. Los niños con deficiencias auditivas se caracterizan porque atraviesan como todo niño normal las primeras fases de risa, llanto y balbuceo de forma relativamente natural, pero no pueden sin embargo, pasar a la siguiente fase que se refiere a la comprensión del lenguaje hablado, es decir, el desarrollo de un lenguaje receptivo.

### **Actitudes de un niño normal**

1er. mes de vida: cierra los ojos ante ruidos intensos.

2-3 mes de vida: laleo más rico en contenido sonoro.

5-6 mes de vida: se asusta cuando alguien habla fuerte, ríe en voz alta, deja de llorar cuando escucha sonidos conocidos, juega más con juguetes sonoros que con aquellos no sonoros.

7-9 mes de vida: se orienta perfectamente ante ruidos del ambiente. Balbucea imitando.

12 meses de vida: responde al ser llamado; grita para despertar la atención de los demás, sacude la cabeza como diciendo que no, dice frases de una sola palabra.

La deficiencia de la percepción de los sonidos tiene efectos en el desarrollo del lenguaje, pero también altera las relaciones con el medio. No obstante, los sujetos cuya audición es deficiente, pueden desenvolverse dentro del mundo social como cualquier persona, la única diferencia radicaré en que lo hará con algunas deficiencias de articulación.

La sordera o hipoacusia, se define como la disminución de la capacidad auditiva, alterando la percepción de los sonidos sea cual sea su grado; teniendo su origen en acontecimientos prenatales, perinatales, postnatales y en el desarrollo de la niñez temprana. Esta disminución del nivel de audición de una persona se encuentra por debajo del umbral normal, es decir, inferior a los 20 dB (decibelios), puede ser reversible o permanente. Algunas de las causas pueden ser: enfermedades virales de la madre o del niño, traumatismo craneoencefálico, trauma acústico, exposición a ruidos intolerables o medicaciones ototóxicas.

#### *Conducta del hipoacúsico*

12-18 meses de vida: no perfecciona el balbuceo, no hay indicios de que vaya a hablar.

No balbucea pero grita frecuentemente.

No le molestan los ruidos fuertes.

Es desatento y desobediente.

Mira la cara de quien le habla.

Arrastra los pies; no dice papá ni mamá.

En la escuela es distraído pide que le repitan lo que dice el maestro.

Presenta dislalias.

Entiende otra cosa respecto de lo que se le dijo.

Gusta más de los juegos que de las actividades de estudio (no entiende lo que se le enseña).

Las sorderas se van a clasificar en relación a distintos parámetros según el grado de hipoacusia (página de Internet: Servicio Quirúrgico, 2003):

Normoacusia: umbral < 20 dB

Hipoacusia leve: umbral de 20 – 40 dB

Hipoacusia moderada: umbral de 40 – 70 dB

Hipoacusia profunda: umbral > 90 dB

Para establecer correctamente estos parámetros es necesario realizar unas pruebas que midan exactamente el umbral auditivo. Estas pruebas se conocen como *audiometrías*; las cuales se basan en la respuesta que da el niño ante la percepción de diferentes señales sonoras emitidas y controladas por un evaluador. Existen varios tipos de audiometrías:

**Audiometría de refuerzo visual:** se emplea con niños pequeños menores a los tres años a quienes les es difícil explicar las características de las otras pruebas audiométricas.

**Audiometría tonal:** se utiliza con niños mayores de tres años. Evalúa el funcionamiento de la vía ósea, conductiva y neural. En ésta se entrena al niño para escuchar cierto sonido y dar una respuesta inmediata. Estos sonidos se emiten en distintas frecuencias e intensidades valorando así los decibéles perdidos.

**Audiometría del habla o logaudiometría:** están basadas en el habla como estímulo sonoro. Su utilización permite diagnosticar cómo el niño percibe los distintos sonidos del habla. Esta prueba está constituida por distintas palabras o frases seleccionadas que se presentan en diferente intensidad.

**Impedanciometría:** mide complicaciones en la membrana timpánica <sup>28</sup>.

Cada una de estas pruebas denotarán la gravedad de pérdida auditiva clasificando así a las hipoacusias en los siguientes tipos:

---

<sup>28</sup> Clayton, L. Op.cit.

Hipoacusia leve – Sólo aparecen problemas de audición con voz baja y ambiente ruidoso.

Hipoacusia moderada – Se aprecian dificultades con la voz normal, apareciendo problemas en la adquisición del lenguaje y en la producción de sonidos.

Hipoacusias graves – Sólo se oye cuando se grita o se usa amplificación; no desarrollándose el lenguaje sino es con ayuda.

Hipoacusias profundas – La comprensión es prácticamente nula e incluso con amplificación, no produciéndose un desarrollo espontáneo del lenguaje. (Delgado, 2002)

Además de esto, el grado de pérdida auditiva es otra de las dimensiones fundamentales que influirán decisivamente como ya lo vimos en el apartado de los niños sordos, no sólo en las habilidades lingüísticas sino también en las cognitivas, sociales y educativas.

Sin embargo, existen varias clasificaciones sobre la Hipoacusia. La siguiente se encontró en la página de Internet “servicio quirúrgico”; en ella se clasifica a la hipoacusia según la edad de aparición de la sordera.

Según en esta página la hipoacusia se divide en:

Prelocutiva: la sordera aparece antes de la adquisición del lenguaje. Por lo que es difícil la estructuración de éste en ausencia de estímulos auditivos, haciendo que el niño se apoye en medios o sistemas especiales para su aprendizaje.

Perilocutiva: aparece cuando los niños comienzan a hablar pero aún no saben leer.

Postlocutiva: aparece después de la adquisición del lenguaje hablado y del aprendizaje de la lectura.

La edad de comienzo de la sordera es una importante variable, ya que cuando la pérdida auditiva se produce de los dos-tres años, los niños han adquirido una cierta competencia en el lenguaje oral y una extensa experiencia con los sonidos que influyen posteriormente en el desarrollo de sus habilidades lingüísticas. Por lo que cuando se pierde después de los tres

años se debe intentar mantener el lenguaje oral ya aprendido, enriqueciéndolo a partir del conocimiento que ya posee el niño en ese momento sobre el lenguaje.

Ahora bien, para determinar con exactitud la etiología o causa de la sordera, es importante tomar en cuenta la edad de pérdida auditiva así como si hubo algún posible trastorno antes o después del nacimiento y que se asocie así mismo, con esta deficiencia.

Hay dos tipos de causas: las de base hereditaria y las adquiridas. Las hereditarias o genéticas pueden manifestarse desde el nacimiento (llamadas sorderas precoces) o bien aparecer progresivamente a lo largo de la vida del individuo (tardías). Están determinadas genéticamente.

Las adquiridas tienen una tendencia mayor a estar asociadas a otras lesiones o problemas, especialmente cuando son producidas por anoxia perinatal, incompatibilidad de RH o rubéola; además pueden deberse a agentes tóxicos, virus o medicación que actúa sobre el oído interno, la vía auditiva o la corteza cerebral auditiva.

Por lo que según en el momento en el que actúan serán:

Prenatales: durante la gestación la madre presente algunas enfermedades como la rubéola.

Perinatales: durante el nacimiento (las que aparecen en algunas parálisis cerebrales infantiles).

Postnatales. Después del nacimiento por meningitis, sarampión, ictericia neonatal grave, etc.

Según el nivel de la lesión, la hipoacusia se puede clasificar en:

Hipoacusia de transmisión o conductiva: la lesión está en el oído externo y medio (pabellón, conducto auditivo externo, membrana timpánica, caja del tímpano o cadena de huesecillos). Se produce por un aumento de la resistencia al paso de las vibraciones acústicas. La pérdida máxima es de 60 dB y no se asocia con alteraciones en la

comprensión de la palabra. En el caso de la hipoacusia de conducción, una causa frecuente del padecimiento es la formación excesiva de cerumen que periódicamente obstruyen el conducto. Así como la introducción de cuerpos extraños, que es muy común en los niños pequeños.

Hipoacusia de percepción: también llamada hipoacusia neurosensorial ya que la afección se produce a nivel del oído interno (coclea) y del nervio auditivo. Aquí el grado de sordera puede alcanzar más de 90 dB de umbral auditivo. Generalmente proviene de trastornos congénitos o adquiridos del oído interno (sistema vestibulo coclear).

Hipoacusia mixta: en este tipo de hipoacusia se asocia un problema de transmisión con uno de percepción.

Hipoacusia central: la lesión se localiza en la corteza cerebral y el estímulo auditivo no se interpreta como tal; existen graves problemas de comprensión de la palabra.

Hipoacusias no orgánicas: aparecen en el contexto de problemas psiquiátricos como la neurosis histérica.

Sin embargo, sea cual sea la clasificación de las sorderas o hipoacusias, es importante se detecten a tiempo. Para ello a continuación se expondrá un apartado en el cual se incluyen las características que determinan la presencia de deficiencia auditiva en el niño según Lafon (1987):

En los primeros meses

- ausencia de reacción a los ruidos.
- Sueño demasiado tranquilo.
- Reacciones positivas a las vibraciones y al tacto.

De 3 a 12 meses

- sonidos emitidos no melódicos.
- Ausencia de articulación.

- Instalación de una comunicación gestual de designación.

#### De 12 a 24 meses

- ausencia de palabra articulada.
- niño inatento a lo que no cae dentro de su campo visual.
- emisiones vocales incontroladas.

#### De 24 a 36 meses

- retraso de la palabra.
- gran dificultad de articulación.
- trastornos del comportamiento de relación.
- dificultades motrices de situación.

#### En la sordera adquirida

- regresión de la expresión vocal.
- deterioro de la palabra articulada.
- modificación del comportamiento (agresividad y sobresaltos, sobre todo de noche).

No obstante, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de alguna manera prevendrán, en cualquier situación que el sujeto se desarrolle como cualquier otro niño.

Así mismo, es importante que se cuente con el apoyo y aceptación de la familia ante el hecho de que uno de los suyos tiene problemas en este caso el de la audición; ya que si no es de esta manera se afectará aún más al sujeto, no sólo sus relaciones afectivas sino además sus intercambios comunicativos y por ende la estructuración de más y nuevas relaciones sociales.

Por lo tanto, la posibilidad de recibir una atención educativa y psicológica desde el momento en que es detectada la sordera, garantizará un desarrollo más satisfactorio para quien la padece.

Potencial evocado o respuesta evocada: Se usa para determinar los umbrales del sonido requeridos para producir una respuesta del tallo encefálico. Esta técnica es computarizada y se usa generalmente en individuos, especialmente niños que no pueden ser probados de otra manera.

### CAPITULO III

#### PRUEBAS PARA EVALUAR LA ARTICULACIÓN

Independientemente del enfoque que se utilice para estudiar la articulación, es muy importante para la aplicación de cualquier tratamiento realizar una evaluación previa a la aplicación de algún programa.

En el estudio de cualquier problema de lenguaje existen dos niveles que son la evaluación y el tratamiento.

Algunos autores han diseñado diversas pruebas para evaluar la articulación, estas varían de acuerdo a la manera de abordar el proceso del lenguaje de cada autor.

Un procedimiento propuesto por Johnson, Darley y Sprinters Bach (1963), consiste en relatar cuantos sonidos emite el niño; esto se lleva a cabo con ayuda de los padres, ya que se realizan registros del habla espontánea del pequeño. Sin embargo, este procedimiento podría resultar muy largo, debido a la espera de que exista la emisión de sonidos.

Otro método es el que se basa en la limitación. Este consiste en que el aplicador pronuncie ciertas palabras y el alumno lo repita (García y Velásquez 1978)<sup>29</sup>.

Melgar (1978), propone la evaluación con láminas. Estas contienen imágenes de objetos que representan los sonidos de interés. El aplicador muestra las láminas que producirán respuestas espontáneas con palabras que contienen el sonido deseado. Este procedimiento resulta atractivo para los niños, ya que observan la representación pictórica de las palabras.

Este inventario está compuesto por cincuenta y seis sustantivos comunes en la conversación cotidiana del habla española, de los cuales prueba diecisiete sonidos consonantes, doce mezclas de consonantes y seis diptongos; utilizando como material de estímulo, treinta y cinco tarjetas de cartón blanco que contienen dos o tres dibujos que representan las palabras

---

<sup>29</sup> García H. Y Porras, M.P. Programa de actividades para mejorar la articulación del lenguaje en niños de edad preescolar para trabajarse fuera del consultorio. Tesis Profesional, Facultad de Psicología. UNAM, 1996.

empleadas. Además esta prueba se puede aplicar a niños de entre tres y seis años y medio de edad.

Se incluye además, un apéndice para anotar la información vital y una hoja de resultados en la que se registran los datos de cada niño: edad, escuela, fecha y nombre. (anexo 5)

Resultados de la investigación de Melgar (1976), demuestran que los avances más grandes en adquisición fonémica tiene lugar entre las edades de los tres y los cuatro años de edad.

Debido a que la prueba es sencilla y atractiva para el niño por las imágenes presentadas se eligió ésta como instrumento de evaluación previo a la aplicación del programa de intervención.

## CAPITULO IV

### PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Un programa de intervención es un instrumento que tiene por objetivo generar cambios favorables en un individuo

El programa de intervención de la doctora María Paz Berruecos está diseñado para corregir anomalías de lenguaje, entre éstas se encuentran los problemas de articulación. Su propósito consiste en lograr que los alumnos lleguen a desempeñarse eficazmente en la sociedad.

Este programa consta de tres unidades, la primera de ellas tiene la finalidad de desarrollar la discriminación auditiva y que la articulación de los fonemas sea lo más precisa posible y quizá alcanzar el agrupamiento de los mismos para la formación de sílabas. La siguiente unidad persigue que el alumno se haga consciente de lo que representan fonéticamente las grafías, iniciándolo así a la formación de oraciones bímembres sencillas.

En la tercera unidad se busca que el alumno logre la incorporación del lenguaje aprendido al uso espontáneo del mismo, ejercitando así, la comprensión de la lectura básica

Berruecos (1982) menciona que para iniciar el trabajo del programa se debe estar consciente de que un niño de tres años difícilmente podría desempeñarse en un proceso formal de enseñanza-aprendizaje.

Sin embargo McGinnis (1963), que es de quien toma Berruecos (1982) el método original de asociación en el que basa "la Terapéutica del Lenguaje", menciona que previos a la aplicación de un programa, se deben realizar juegos sensoriales. Entre estos deben incluirse ejercicios de coordinación gruesa y fina, juegos de imitación, postura, juegos de coordinación ojo-mano, y de atención. También insistía que de ser posible el niño asistiera al jardín.

Otra recomendación de McGinnis en Berruecos (1982), era aplicar la Terapéutica en sesiones cortas con frecuencia de dos veces a la semana en grupos pequeños, o de ser posible de manera individual.

Se puede concluir que de acuerdo a lo anterior, así como a la revisión del contenido de la primera unidad del programa “la Terapéutica del Lenguaje”, es factible su aplicación en un niño de tres años y cuatro meses de edad que asista al jardín de niños. Y de acuerdo a los aspectos revisados en el apartado de adquisición del lenguaje, en los que se muestra la importancia tanto del aspecto sensorio motriz y estimulación social se cree pertinente la aplicación de un programa que abarca estos elementos. “La Terapéutica del lenguaje” toma en cuenta estos al describir que basa su acción en lo mencionado por Piaget en cuanto al significado y la significación de la realidad hecha por el individuo. Así mismo McGinnis (en Berruecos 1982) basa su método de asociación en los preceptos Piagetanos de que los preconceptos ( primer periodo del desarrollo del pensamiento) son las nociones que el niño liga a los primeros signos verbales. Se trata, pues, de esquemas situados entre el esquema sensorio motor y el concepto.

Las dos siguientes unidades no se aplicarán debido a los requerimientos que establece el programa y que de algún modo no corresponden a las características del alumno.

Por lo que los objetivos que se trabajarán con el niño junto con las actividades se muestran en el Anexo 6.

## CAPITULO V

### METODOLOGÍA

#### *PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA*

¿Existe un aumento en la articulación de palabras de un niño con problemas de lenguaje ocasionado por hipoxia perinatal e hipoacusia superficial al aplicar el programa de María Paz Berruecos?

#### *JUSTIFICACION*

Se sabe que existen diversos conceptos de lenguaje y que diferentes autores toman en cuenta factores distintos para explicarlo, tales como el innatismo o el entorno social.

Para Piaget (1977), la representación simbólica del objeto constituye el elemento crucial de la comunicación. Lo anterior indica que existe una distinción en cuanto al lenguaje y el habla. Siendo esta última, sólo la capacidad para producir sonidos a través de la adecuada colocación correcta de los órganos articulatorios para la producción de fonemas. En cambio, el lenguaje es no sólo la capacidad de producción, sino la representación simbólica del objeto denominado con una palabra.

El desarrollo del lenguaje ha sido abordado por diversos autores quienes lo describen en etapas o estadios en los cuales se enuncian las características de una evolución correcta del lenguaje articulado de acuerdo a la maduración del niño. Sin embargo, en ocasiones se muestran deficiencias que pueden ser secuelas de padecimientos varios, tales como problemas durante el embarazo, parto y/o congénitas.

Estas deficiencias pueden provocar anomalías en cualquier área o función del organismo del individuo; por ejemplo, ausencia del lenguaje, habla limitada, errores de articulación, etc, siendo estos los llamados trastornos de lenguaje.

No obstante, para identificar cada anomalía es necesario realizar una serie de pasos que nos lleven a determinar posibles causas. Por lo que el procedimiento que se lleve a cabo para determinarlo, la manera de evaluar la gravedad y el tratamiento que se aplique al paciente será esencial para corregir su deficiencia.

Es importante mencionar que para llegar a una conclusión acerca de qué o cuál programa aplicar así como el de si es necesario hacerle alguna adaptación o modificación de acuerdo a las capacidades del sujeto, primero se recomienda realizar una evaluación médica si es necesario, así como valorar con instrumentos aquello que se haya observado pueda tener anomalías y por lo tanto pueda arrojar datos importantes para elegir el tratamiento a seguir.

En el caso de la articulación se aplicará la prueba de María Melgar. Y el programa para su corrección y estimulación será el de María Paz Berruecos que utiliza el método de asociación. Este abarca desde la práctica de emisión de sonidos aislados, postura adecuada de los órganos articulatorios hasta la articulación de palabras y frases sencillas, acompañadas del sonido y representación visual, vinculando las imágenes presentadas con el sonido que la representa, de tal forma que el niño adquiera la representación simbólica y logre la articulación al mismo tiempo (ver anexo 6).

#### *HIPOTESIS*

Dado lo anterior, se puede decir que: Si se aplica el Programa de María Paz Berruecos el cual se utiliza para resolver problemas de lenguaje a un niño con deficiencias en la articulación, entonces después de terminada la aplicación se notará un aumento favorable en los ítems de la Prueba de Melgar.

#### *OBJETIVO GENERAL*

Aplicar un programa de intervención que permita la articulación de palabras a un niño aumentando sus posibilidades de comunicación verbal.

### *OBJETIVOS PARTICULARES*

- Conocer el proceso de adquisición del lenguaje.
- Y, demostrar que el psicólogo puede aportar o modificar puntos a los programas de acuerdo a las necesidades del paciente.

### *METODO*

Descripción: Sujeto de sexo masculino de tres años, el primero de dos niños en su familia. Asiste a una escuela de Estimulación temprana. Emite solo sonidos aislados y algunos fonemas pero sin integrarlos como palabras y frases, se comunica a señas. Su madre refiere posible hipoxia perinatal y problemas de oído.

A la edad de dos años siete meses se le realizó una tomografía de cráneo que no reporta datos anormales (Anexo 2). Además, se le practicó en la clínica AUDI un examen de oído en donde el diagnóstico reporta hipoacusia superficial con integridad en la vía auditiva derecha y audición normal en oído izquierdo (Anexo 3).

Posteriormente se le manda a realizar una valoración a la Unidad Multiprofesional de Atención Integral “Benito Juárez”, en la que se reporta pares craneales normales, agudeza auditiva conservada y fuerza muscular normal, así como ninguna lesión anatómica oral presente (Anexo 4).

El nivel socioeconómico se puede clasificar como medio. Según la entrevista y las observaciones hay una buena integración familiar y convivencia con el niño, aunque no se platica mucho entre los miembros de la familia. También durante la entrevista (Anexo 1) se menciona que existen familiares cercanos al padre del niño que han tenido dificultades para el lenguaje, hablando correctamente casi hasta los cinco años.

### *Descripción de Sesión:*

Las sesiones se llevaron a cabo en el consultorio de Especialidades Psicológicas, donde se colocaba al niño en una silla, una de las psicóloga se ponía frente a él mostrando cada una de las tarjetas, mientras la otra registraba cada conducta observada, sonido o palabra emitida. El material se colocaba en un estante y se sacaba conforme se iba a utilizar.

Los materiales podían ser láminas con ilustraciones dibujadas o recortadas, cuaderno de onomatopeyas, cassetes, grabadora, lápiz, papel, hojas de registro (Anexo 11) y algunos juegos como la lotería de sonidos (instrumentos musicales). Así como algunas de las tarjetas de la prueba de Melgar y algunas fotografías de su familia.

### *VARIABLES:*

La variable independiente son los ejercicios que se aplicaron en cada sesión del programa de María Paz Berruecos durante una hora tres veces a la semana; la variable dependiente son las respuestas obtenidas correctamente en cada sesión.

**Diseño:** Se utilizó un diseño AB, no reversible. Castro (1975), menciona que el nivel de comparación A corresponde a una clase de respuesta estable y sensible, la cual se puede obtener mediante un procedimiento meramente observacional o manipulativo. Generalmente después de un periodo de transición, se obtiene un cambio de respuesta estable en la fase B. No se considera posible una reversión, ya que si el cambio a respuestas deseables ha sido favorable, ésta es evidentemente innecesaria.

## CAPITULO VI

### PROCEDIMIENTO

#### *RECOPIACIÓN DE DATOS*

Se aplica una entrevista a los padres en los que se incluye una ficha de identidad, historia clínica, prenatal, estudio socioeconómico, relaciones familiares y especificación de la causa por la que acuden. Se lleva a cabo una revisión de reportes médicos que se le han hecho al niño.

Posteriormente se lleva a cabo un primer encuentro con el niño, presentándonos y apoyándonos en juegos para establecer el *raport* y captar su atención para comenzar a observarlo y a aplicar los instrumentos de evaluación.

Se realizó la prueba de Melgar para explorar los problemas de articulación en la cual se tuvo solo un acierto en los sonidos a prueba y algunas emisiones de sonidos aislados, ausencia total de emisión de mezclas y diptongos. Se aplicó también la prueba de repertorio correspondiente a la edad del niño, obteniendo resultados favorables en la comprensión de instrucciones, aunque cabe aclarar que las ordenes eran dadas de manera enfática al mover los labios.

Se anexó a esta información un estudio realizado al niño en la Clínica Multiprofesional “Benito Juárez” donde el diagnóstico no reporta ninguna anomalía, sin lesión anatómica oral presente, ni funcionamiento cardio-pulmonar patológico; una tomografía de cráneo sin alteraciones morfológicas y un estudio de oído que reporta sin embargo, hipoacusia superficial con integridad de la vía auditiva derecha.

#### *APLICACIÓN DEL PROGRAMA*

En la fase A de este estudio, se obtuvo un registro de la línea base de una lista de palabras que contenían todos los fonemas correctamente emitidos de acuerdo a la prueba de

articulación de Melgar (1976). Esto se llevó a cabo en dos sesiones, la primera para establecer rapport y entrevista con los padres, y la segunda sesión se ocupó para la aplicación de la prueba.

En la fase B se aplicaron los ejercicios del programa de Berruecos (1982). Durante 24 sesiones con una duración de 45 a 60 minutos, distribuyendo los objetivos contenidos en las dos primeras unidades del programa de la siguiente manera. Las tres primeras sesiones abarcaron los siguientes objetivos:

- a) Discriminar sonidos ambientales comunes. Se le hacía escuchar sonidos grabados (Ejemplos: la sirena de un carro, el timbre de un teléfono, el ruido de la licuadora, el llanto de un bebé, entre otros) y se le ponían tarjetas sobre la mesa para que el niño señalara aquello que producía el sonido.
- b) Seguir órdenes sencillas: Se le daban 10 ejemplos de órdenes sencillas (párate, guarda silencio, acércate, aplaude, etc.) verbalmente y se registraba cuantas seguía adecuadamente.
- c) Imitará movimientos y bailará al ritmo de melodías. Se le ponían varias melodías (canciones de Cri-Cri, propuestas por la misma Berruecos) y se realizaban movimientos que él tenía que imitar y bailar.

Debido al desempeño del niño, en estos objetivos se creyó pertinente concluirlos en tres sesiones y pasar al siguiente objetivo.

De la sesión cuarta a la décima sesión.

- c) Imitará movimientos y bailará al ritmo de melodías infantiles.
- d) Jugará imitando distintas onomatopeyas (anexo 7) y ruidos ambientales, identificados con sílabas comunes o fonemas varios. Se le proporcionaba un cuaderno de onomatopeyas

en el cual él trataba de imitar el sonido, cuando no lo lograba identificar e imitar, la psicóloga hacía el sonido y él lo repetía.

- e) Aprenderá a nombrar e imitar el sonido de ciertos animales (perro, gato, pollito, vaca, gallo, etc.), cosas (ruido de una licuadora, timbre del teléfono, ruido de un avión, sirena de un carro, llanto de un bebé, entre otros) y personas (mamá, papá, hermano, bebé, etc.) que le rodean. Para ello se le presentan tarjetas con campos semánticos (anexo 8) de personas, animales y objetos que le eran familiares pudiendo nombrar los que se le hicieran más fácil, los que no, la psicóloga le decía el nombre y él tenía que tratar de imitarlo.

De la sesión once a la dieciséis :

- f) Aprenderá a imitar fonemas aislados. Se le presentan tarjetas con dibujos que ilustran la postura correcta de dientes y labios (Anexo 9). La psicóloga repetía el fonema y él lo imitaba.
- g) Se iniciará en la emisión de expresiones contenidas en enunciados unimembres y bimembres (Anexo 10). Se le presentan tarjetas con dibujos y fotografías con expresiones faciales y corporales que eran emitidas por la psicóloga y luego imitadas por el niño.

De la diecisiete a la veintitrés:

- h) Se iniciará en la emisión de expresiones contenidas en enunciados unimembres y bimembres.
- i) Se iniciará en la emisión de palabras completas. Se le presentarán tarjetas de objetos, personas y animales y la psicóloga dirá su nombre, él tratará de imitarlo.

Entre estas imágenes se incluyen algunas de la imágenes de la prueba de Melgar (1976).

Sesión veinticuatro

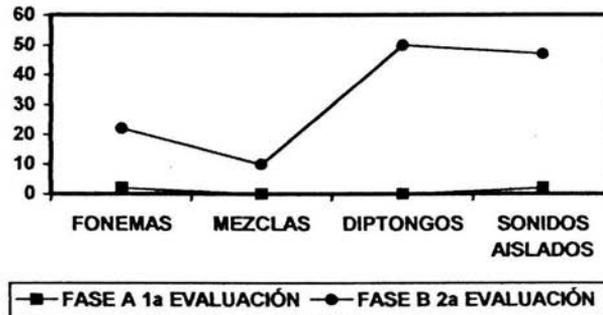
Se le aplicará la prueba de Melgar (1978) para hacer una comparación con la que se hizo antes de aplicar el programa y después de aplicar éste.

## RESULTADOS

En los porcentajes del examen de articulación, para la fase (A) y experimental (B) se observa un incremento en el apartado de fonemas (F) del 2% al 20%, es decir un 18 %.

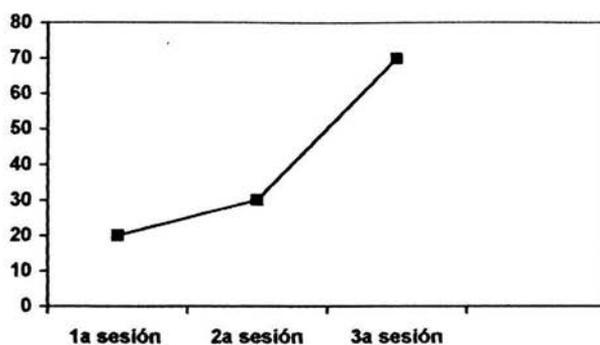
Para el apartado de mezclas (M), aumentó del 0% al 10 %. En cuanto a los diptongos del 0% al 50% , y en emisión de sonidos aislados del 2% al 45%, es decir un aumento del 43% (ver gráfica 1).

Gráfica 1 Prueba y Post-prueba de Melgar



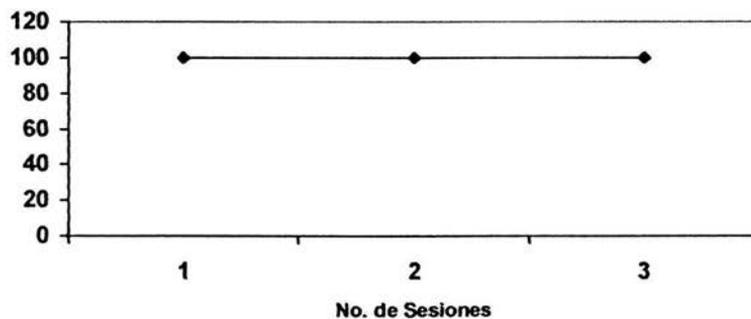
Los porcentajes de las respuestas en discriminación de sonidos, se observan en la gráfica 2 y son los siguientes: En la primera sesión se obtuvo un 20% de respuestas correctas, mientras que en la última un 70%, aumentando un 50%.

**Gráfica 2 Porcentaje de Discriminación de Sonidos**



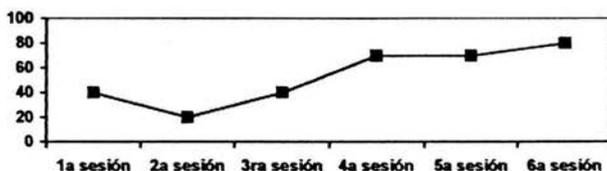
Durante las sesiones de seguimiento de órdenes ( ver gráfica 3), el resultado siempre fue del 100%.

**Grafica 3  
Porcentaje de Discriminación de Órdenes**



En el trabajo de onomatopeyas se observó un incremento favorable del 40%, entre la primera y última sesión (gráfica 4).

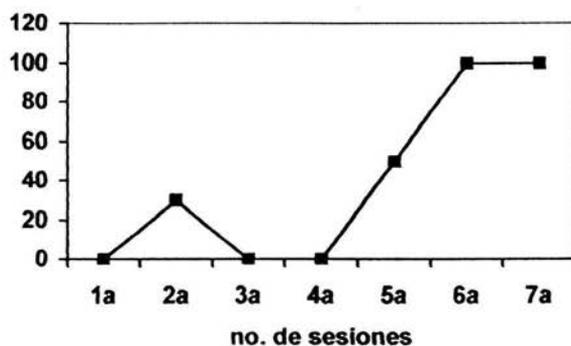
**Gráfica 4 Porcentaje de Emisiones Correctas de Onomatopeyas**



En las emisiones de palabras de campos semánticos (sustantivos), se observa inicialmente un 0%, luego aumentó al 30%. Sin embargo en la sesión 4 y 5 de este tema, se refleja un decremento que va hasta el 0%, este se presentó cuando se trabajó con campo semántico de ropa que incluía sustantivos con mezclas (blusa, playera) y otras palabras que se le dificultaban al niño.

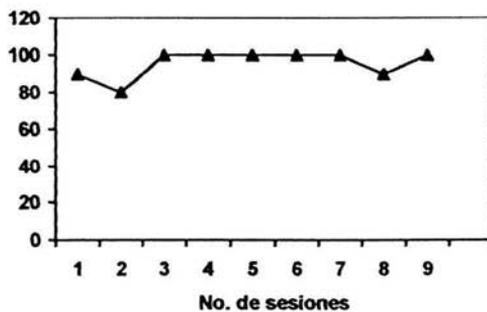
Es por ello que se trabajó en las siguientes sesiones con estos sustantivos hasta llegar a un 100% de incremento (ver gráfica 5).

**Gráfica 5 Porcentaje de Emisiones de Campos Semánticos**



En cuanto a la emisión de sonidos aislados hubo solo un 10% de aumento (gráfica 6).

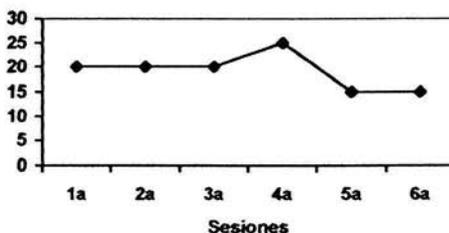
**Gráfica 6 Porcentajes de Emisión de Sonidos Aislados**



En palabras emitidas en la presentación de tarjetas se obtuvo una constante del 20 al 30%. Sin embargo considerando los resultados de la prueba de Melgar (1976) se observa un

incremento considerable de una total ausencia de emisiones a un aumento del 30% (ver gráfica 7).

**Gráfica 7 Porcentaje de Palabras Emitidas**



#### **ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

Las diferencias encontradas entre la primera prueba de Melgar y la segunda aplicación, permiten ver resultados positivos, no sólo de manera cuantitativa, sino también cualitativamente ya que era evidente que existían problemas de articulación, más aún de emisión de cualquier sonido. Sin embargo, el niño durante la presentación de las 35 tarjetas que integran la prueba, daba a entender a señas la utilidad del objeto o dónde se colocaba éste, haciendo referencia a su cuerpo.

El resultado obtenido en el apartado de discriminación de sonidos, arroja datos importantes, ya que de acuerdo a lo observado en sesiones previas el niño no atendía demasiado a los sonidos de su entorno, a excepción de sonidos demasiado conocidos como el llanto de su hermano y la voz de su madre al pronunciar su nombre.

Se cree que el trabajar con sonidos del medio ambiente resulta benéfico y estimulante ya que éstos se encuentran también dentro de su hábitat natural; además si se vinculan con imágenes de aquello que produce el sonido se obtendrán mejores resultados, ya que esto

demonstró generar un mayor interés en el niño, que en repetidas ocasiones de manera espontánea reproducía el sonido de carros, sirenas o agua, cuando escuchaba el sonido fuera del consultorio.

Definitivamente este apartado resulta básico para seguir con los siguientes. El seguimiento de órdenes fue impactante, ya que el niño siempre realizaba la acción que se le pedía, cabe aclarar que en la primera sesión se acompañaron éstas de imágenes que representaban la orden, sin embargo, en las dos siguientes sesiones no se hizo así y el resultado fue el mismo.

El trabajo de onomatopeyas fue otro apartado con mayor número de respuestas correctas y que cualitativamente, puede decirse que el niño trabajaba más gustoso, ya que manifestaba con gestos y señas al iniciar la sesión querer trabajar con las imágenes y los sonidos de animales. Cuando él lograba reproducir el sonido escuchado, entonces se mostraba sonriente y eufórico emitiendo sonidos y gritos.

Se observa que quizá el interés pudo perderse un poco al comenzar a trabajar con campos semánticos de objetos, aunque conocidos para él, tal vez no tan atractivos. Se piensa también que el decremento que hubo en éste apartado en las sesiones intermedias del mismo, se debe a que ya no se trataba de imitar el sonido de algún animal o cosa, que finalmente es un juego de representación para el niño, sino de mencionar el nombre completo, que es más complicado, de un objeto y que por supuesto a todo niño pequeño siempre le agrada más jugar a ser un “pollito” haciendo “pío, pío” , que decir “blusa” o “pantalón” etc.

Cabe destacar además, que el niño realizaba los movimientos de los animales en el trabajo con onomatopeyas.

La emisión de palabras, en resultados estrictamente cuantitativos no resulta sorprendente, no así de manera cualitativa, ya que no se llevó desgraciadamente, un registro de la emisión espontánea en cada sesión.

Dadas las características del trabajo, no fue posible aplicar un análisis estadístico, ya que es un estudio de caso, imposible de considerar como muestra representativa de una población, dejando los resultados a un nivel descriptivo, sin restar por ello importancia a los resultados obtenidos, ya que se muestra que con la aplicación de un programa y la creatividad que el psicólogo tenga para adaptarlo a las necesidades del niño, este puede evolucionar de manera positiva.

## COMENTARIOS

Para un niño de tres años es difícil mantener la atención durante espacios largos de tiempo. Sin embargo, el contenido del programa aplicado permitió establecer una buena relación entre psicólogas y el pequeño. Lo cual favoreció además, para obtener una mejoría en su articulación. Resultado que se refleja no sólo en el lenguaje sino en la manera en que se desenvuelve en su entorno. Lo anterior además de ser observado en el consultorio, sus padres lo mencionan diciendo que su hijo se esfuerza en su hogar por expresarse verbalmente y ya en menor grado a señas. Así mismo, su desarrollo motor en general mejoró, ya que camina con más seguridad sin tropezar y sin perder el equilibrio.

Es importante mencionar que el hermano menor del paciente, un varón de dos años, presenta ausencia de lenguaje, es decir, se encuentra aún en el período de balbuceo, por lo que a pesar de considerar como causas la hipoxia y la hipoacusia que tiene Andrés, se considera que el factor social y hereditario son muy importantes.

Después de concluir con la aplicación del programa de Ma. Paz Berruecos y haber realizado la segunda evaluación, se continuó trabajando con el niño repitiendo algunas de las actividades ya realizadas, lamentablemente tuvo que dejar de asistir dado que su mamá iba a tener a su tercer hijo.

Es probable, que si el programa hubiera continuado por un período mayor, se obtendrían mejores resultados, quizás no sólo en la articulación, sino en la formación de enunciados bimembres como lo señalan las unidades posteriores del mismo.

Sin embargo la ausencia o presencia de algunos otros eventos o variables tales como: los padres, la familia, madurez y tareas asignadas en casa, no pudieron ser controladas dado que por la naturaleza del estudio que no era de laboratorio sino de un solo caso y en un hábitat natural, no se conoce a ciencia cierta en que medida pudieron haber afectado.

## PROPUESTAS

A pesar de los beneficios obtenidos con la aplicación del programa de Ma. Paz Berruecos, se considera que deben tomarse en cuenta los siguientes aspectos en cuanto al contenido de este:

Debe hallarse una manera menos rígida de aplicarse, es decir, que psicólogo y alumno realicen actividades conjuntamente, para que así el niño sienta la sesión como un juego y no como la hora de la “escuela”.

Se considera importante que los padres pudieran involucrarse más, por lo que se propone buscar tareas que se asignen a ellos, que sean sencillas y que tengan estrecha relación con los objetivos y actividades del consultorio.

Una propuesta más sería extender las sesiones que abarcan a la discriminación de sonidos para el caso de niños con problemas de audición, por muy leves que parezcan.

Y no sólo ello se pueden incluir sesiones también de percepción visual en el caso de niños que tienen problemas de este tipo, ya que cualquier cosa que no se encuentre bien en el desarrollo del niño puede ser un factor de retraso o alteración del lenguaje articulado.

## LIMITACIONES

La primera limitación fue el darnos cuenta que a pesar de contar con cierta información del tema, el manejo de este era sumamente difícil, ya que ambas estábamos de acuerdo en no queremos abocarnos a una teoría, y tener incertidumbre sobre el resultado de la investigación.

Otra limitación fue la aplicación de pruebas para poder conocer mejor la problemática del niño, pues la mayoría era para niños de mas de cuatro años, al igual que los programas.

La falta de recursos materiales y la lejanía que por diversas circunstancias se dio entre un domicilio y otro de las que realizamos el trabajo, también influyó para el retraso del trabajo, así como los horarios de trabajo de ambas.

## CONCLUSIONES

Al finalizar este estudio se concluye lo siguiente:

- 1) A pesar de que los programas ya aplicados en una población, tienen sus limitaciones, es tarea del psicólogo encontrar recursos que apoyen los objetivos del programa, así como buscar que éstos cubran las necesidades del paciente.
- 2) Pueden haber muchas causas que originen un problema de articulación en el lenguaje, como en este caso la hipoxia y la hipoacusia.
- 3) La hipoacusia, a pesar de que algunos autores la clasifican dentro de la problemática en sí del lenguaje es más bien una causa.
- 4) Se considera que los problemas de lenguaje pueden ser considerados como tales después de los cuatro años, sin embargo este trabajo demuestra que puede trabajarse antes de ello.
- 5) El factor social, y en este caso la estimulación de los padres, representa un factor muy valioso para prevenir y corregir cualquier anomalía del desarrollo del ser humano.
- 6) Los estudios de caso, si bien no pueden generalizarse, ofrecen a las investigaciones psicológicas datos importantes, contribuyendo a la especialización de los terapeutas.
- 7) Cuando existe un daño a una edad muy temprana, es conveniente dirigir los esfuerzos a la implementación de programas de estimulación y rehabilitación, que a conocer de fondo la causa del daño, sobre todo después de una evaluación en donde no se detectaron alteraciones significativas.
- 8) El objetivo general del estudio se cumplió, quizá no puede hablarse de que el niño tiene un amplio repertorio, pero se observa el avance cuantitativa y cualitativamente, es decir el niño es capaz de comunicarse articulando varias palabras y formando algunas frases cortas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adame Chávez, E. 1986. Perspectivas en el tratamiento de los problemas del lenguaje: Estudio de caso. Tesis Profesional. Facultad de Psicología. UNAM.
- Acosta, M.V. y cols. 1996. La evaluación del lenguaje: teoría y práctica del proceso de evaluación de la conducta lingüística. Malago. Editorial: Aljibe.
- Airmand, P. Y Morgon, A. 1986. Aproximación metodológica a los trastornos del lenguaje del niño. Barcelona. Editorial: Masson.
- Azcoaga J.E. 1976. Los retardos del lenguaje en el niño. Argentina. Editorial: Paidós.
- Azcoaga J. E. 1983. Neurolingüística y fisiopatología. Buenos Aires. Editorial: Paidos.
- Brain, L. 1978. Alteraciones del lenguaje. Argentina. Editorial: Médica Panamericana
- Brann, A. Y Dykes, F. 1977. Efectos de la asfixia Intrauterina sobre el Neonato al Término. México. Clínica de Perinatología.
- Bee, H. 1978. El desarrollo del niño. México. Editorial: Harla.
- Berruecos, M. P. 1982. La terapéutica del lenguaje. México. Prensa Médica Mexicana.
- Breckenridge, M.E Y Nesbih, M. 1969. Crecimiento y desarrollo del niño. México. Editorial: Interamericana.
- Cahuzac, M. 1985. El niño con trastornos motores de origen cerebral. Argentina. Editorial: Médica Panamericana.
- Castro, L. 1978. Diseño Experimental sin Estadística. México. Editorial: Trillas.
- Castañeda, R. 1988. Evaluación de la adquisición de la articulación en niños de 3-7 años, el método de unidad fonémica. Tesis Profesional. Facultad de Psicología. UNAM.
- Clayton, L. 1997. Diccionario Médico Enciclopédico. México. Editorial: El Manual Moderno.

- Corredera Sánchez , T. 1949. Defectos de la dicción infantil. Buenos Aires. Editorial: Kapeluz.
- Díaz del Castillo, M. 1988. Pediatría Perinatal. México. Editorial: Interamericana.
- Flores, V.C. 1984. Problemas en el aprendizaje. México. Editorial: Limusa.
- García, H Y Porras, M. 1996. Programa de actividades para mejorar la articulación del lenguaje en niños de edad preescolar para trabajarse fuera del consultorio. Tesis Profesional. Facultad de Psicología. UNAM.
- Gessell, A. 1940. Psicología Evolutiva de 1 a 16 años. Argentina. Ediciones Paidós.
- Harris, G.M. 1973. Enseñanza preescolar del lenguaje en el niño sordo. Barcelona. Editorial: Científica-Médica.
- Harrison, T. 1986. Principios de Medicina Interna. Vol.1. México. Editorial: Mc Graw-Hill.
- Horlock, B. E. 1992. Desarrollo del niño. México. Editorial: Mc Graw-Hill.
- Johnston, E. B. Y Johnston, A.V. 1988. Desarrollo del Lenguaje: Lineamientos Piagetanos. Buenos Aires. Editorial : médica Panamericana.
- Kempe H.; Silver K. Y Donough O' Brian. 1988. Diagnóstico y tratamiento pediátricos. México. Editorial: El Manual Moderno.
- Launay, C. Y Maisonnay, S. B. 1989. Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño. Barcelona. Editorial: Masson.
- Lewis, T., Chamberlain, G. 1994. Obstetricia. México. Editorial: El Manual Moderno.
- Marchesi, A. 1993. El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos. Madrid. Editorial: Alianza.
- Mc Lennan, E. 1977. Compendio de Obstetricia. México. Editorial: Interamericana.
- Melgar, M. 1976. Inventario Experimental de articulación. México. Editorial Trillas.
- Nieto Herrera, M. 1978. El niño disléxico. México. Editorial: Fournier.
- Nieto Herrera, M. 1978. Evaluación del lenguaje en el niño. México. Editorial: Porrúa.

- Nieto Herrera, M. 1987. Anomalías del lenguaje y su corrección. México. Editorial: Porrúa.
- Nieto Herrera, M. 1988. Retardo del lenguaje. Sugerencias pedagógicas. México. Editorial: Cedis.
- Oleron, Pierre. 1981. El niño y la adquisición del lenguaje. Editorial: Morata.
- Papalia Diane, E. Y Wendras, O. 1983. Desarrollo Humano. México. Editorial: Mc Graw-Hill.
- Piaget, J. 1980. La Formación del símbolo en el niño. México. Editorial: Fondo de Cultura Económica.
- Piaget, J. 1977. El lenguaje y las operaciones intelectuales. En la obra: Introducción a la Psicolingüística. Argentina. Editorial: Nueva Visión.
- Petersdorf, R. 1983. Principios de Medicina interna. Vol 1. Edición sexta. México. Editorial: Mc Graw-Hill.
- Petrovski, A. 1977. Psicología General. La Habana, Cuba. Editorial: Pueblo y Educación.
- Sagre, R. 1982. Tratado de Foniatria. Argentina. Editorial: Paidós.
- Sánchez A.G. 1992. Notas de Foniatria y Fonología. México. Editorial: Trillas.
- Torres M. S. y colaboradores. 1995. Deficiencia auditiva: aspectos psico-evolutivos y educativos. Málaga. Editorial: Aljibe.
- Ulbricht, W. 1987. Neurología pediátrica. Argentina. Editorial: Panamericana.
- Velásquez, E. Y Gamiz, L. 1982. Análisis del desarrollo, evolución y tratamiento de problemas de articulación del lenguaje en niños preescolares. Morelia, Michoacán. Tesis profesional.
- Otorrino: La sordera. Servicio quirúrgico.
- <http://www.alfinal.com/orl/oriabien.shtml>. 12/07/02.

Trastornos del lenguaje: Asociación el camino.

<http://members.fortunecity.com/camino2001/trastornos%20%20lenguaje.htm>. 04/06/02.

Trastornos específicos de la pronunciación: Asociación el camino.

<http://members.fortunecity.com/camino2001/Tr.pronunciación.htm>. 04/06002

# ***ANEXOS***

## Anexo 1

### Consultorio de Especialidades Psicológicas

#### Entrevista

Fecha: 08 Abril del 2000  
Entrevistador(es): Mireya Otero Garzón

#### I. FICHA DE IDENTIDAD.

NOMBRE DEL PACIENTE: Andrés Tovar Pérez  
¿CÓMO LO LLAMAN EN SU CASA? Andrés  
EDAD: tres años  
SEXO: Masculino  
FECHA DE NACIMIENTO: 28 de Marzo de 1997  
DOMICILIO: Poniente 22 #405 Col. Perla Cd. Nezahualcoyotl Edo. De Méx.  
TELEFONO: 57-42-44-07  
ESCOLARIDAD: Ninguna

#### II. HISTORIA SOCIOECONÓMICA.

OCUPACIÓN DEL PADRE: Comerciante  
DE LA MADRE: Ama de casa  
ESCOLARIDAD DEL PADRE: Tercer grado de Secundaria.  
DE LA MADRE: Concluí el segundo año de secundaria.  
INGRESO MENSUAL: PADRE: Aproximadamente \$ 2000 MADRE: Ninguno  
OTROS: -----  
EGRESOS MENSUALES: ALIMENTACIÓN: \$700 VESTIDO: \$700 RENTA: Casa propia  
AGUA: \$600 anuales LUZ: \$100 bimestral TRANSPORTE: \$640  
DIVERSIÓN: No sabe EDUCACIÓN: Todavía no  
OTROS: -----

#### III. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE.

1. MOTIVO DE LA CONSULTA: Problemas de lenguaje en el paciente.
2. PERSONA QUE LO TRAE (EN CASO DE SER DIFERENTE AL PADRE O LA MADRE EXPLIQUE):  
Ambos padres.
3. FECHA DE APARICIÓN DEL PROBLEMA: Cuando tenía dos años de edad.
4. ¿CÓMO SE HA TRATADO DE RESOLVER?: Llevándolo a Terapia de Estimulación Temprana y a Tratamiento Psicológico.
5. ¿CÓMO HA EVOLUCIONADO? Ha evolucionado de ser un niño pasivo a ser un niño activo
6. SIGNOS Y SÍNTOMAS.  
a) NIVEL AFECTIVO

NERVIOSO (era)      DISTRAÍDO (más o menos)      SENSIBLE (x)      AMABLE (x)  
AGRESIVO (a veces)      TIMIDO ( )      ANSIOSO ( )      OTROS: -----

**b) NIVEL VERBAL.**

RENUENTE A CONTESTAR (x)      SILENCIOSO ( )      EXPLÍCITO (más o menos)  
VERBALIZACIÓN EXCESIVA ( )      GROSERO ( )      TARTAMUDEZ ( )      REPETITIVO ( )  
OTROS: Exigente y gritón.

**c) NIVEL FÍSICO.**

APAIEENCIA PERSONAL ASEADO (x)      NO ASEADO ( )  
MALFORMACIONES FÍSICAS ( )  
POSTURAS INADECUADAS ( )  
DIESTRO ( )      ZURDO (x)

**IV. HISTORIA CLÍNICA.**

1. ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO: Gripe, anginas e infecciones del estómago.
2. ¿HA TENIDO TEMPERATURA MAYOR A LOS 40 GRADOS? No.  
¿CUÁNTAS VECES? -----  
ESPECIFIQUE. -----  
FECHA DE LA ÚLTIMA VEZ: -----
3. ¿HA TENIDO CONVULSIONES? No.  
¿CUÁNTAS VECES? -----  
ESPECIFIQUE. -----  
FECHA DE LA ÚLTIMA VEZ: -----
4. ¿HA SUFRIDO GOLPES FUERTES EN LA CABEZA? Una vez se cayó de las escaleras.
5. TIENE O HA TENIDO PROBLEMAS EN:  
MARCHA (x) LENGUAJE (x) OIDO (x) VISTA ( )

**-DESARROLLO MOTOR-**

1. CONTROLA EL CUELLO, SOSTIENE LA CAVEZA: SI (x) NO( )
2. ¿SONRIE ESPÓNTANEAMENTE? SI (x) NO ( )
3. ¿A QUÉ EDAD SE SENTÓ SOLO? A los siete meses de edad.
4. ¿A QUÉ EDAD GATEÓ? No gateó.
5. ¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A CAMINAR? Al año diez meses.
6. ¿A QUÉ EDAD SUBIÓ Y BAJÓ ESCALERAS SOLO? Empezó subiéndolas a gatas pero a los tres años lo hizo completamente.
7. ¿A QUÉ EDAD CORRIÓ? A los dos años.
8. ¿PUEDE COMER SOLO? Sí puede.
9. HABILIDAD MANUAL OBSERVADA: BUENA ( ) REGULAR (x) MALA ( )

MUY TORPE ( ) INCAPAZ ( )

10. ¿TROPIEZA O CAE CON FRECUENCIA? Tropezaba ahora ya no. Tuvo que usar zapatos ortopédicos para corregir este problema.

**-LENGUAJE-**

1. ¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A BALBUCEAR? A los siete u ocho meses.
2. ¿A QUÉ EDAD PRONUNCIÓ SUS PRIMERAS PALABRAS? Al año dijo papá y mamá, pero dejó de hablar cuando nació su hermano Julián.
3. ¿A QUÉ EDAD DIJO SUS PRIMERAS FRASES? A los tres años dos meses.
4. CALIDAD DEL LENGUAJE: NORMAL ( ) TELEGRÁFICO ( ) JERGA (x) ECOLAICO ( )  
OTROS: -----

**-CONDUCTUAL-**

1. HORARIO DE SUEÑO: De 10 pm. a 8 am.
2. ¿CON QUIÉN DUERME EL PACIENTE? Solo.
3. NECESITA ALGO ESPECIAL PARA DORMIRSE: Un pañal de tela o un trapito.
4. ¿SE MUEVE MUCHO, HABLA O LLORA CON FRECUENCIA? Se mueve poco y cuando no se siente bien es cuando llora.
5. ¿DESPIERTA CON FRECUENCIA? No.
6. ¿HACE BERRINCHES, LLORA O ES MUY AGRESIVO? De vez en cuando.  
¿EN QUÉ OCASIONES? Cuando no hay caricaturas.  
¿QUÉ HACE USTED? Le explico porque.
7. ¿CUÁL ES SU HORARIO DE ALIMENTACIÓN? Desayuno a las 8 de la mañana; Almuerzo 11 am.; Comida a la 1 pm.; Colación 4 pm.; Merienda a las 7 pm. y Cena antes de dormir como a las 9 de la noche.
8. ¿ACEPTA TODO TIPO DE ALIMENTOS? Hay cosas que no le gustan.
9. ¿QUÉ HACE CUANDO NO QUIERE COMER? Nada, porque sé que en otro horario pide de comer.
10. ¿CUÁLES SON SUS GOLOSINAS FAVORITAS? Ninguna.
11. ¿TIENE BUEN APETITO? Sí, por lo regular.
12. ¿SE CHUPA EL DEDO O ALGÚN OBJETO? Sólo para dormir.
13. ¿HAY ALGO QUE LE CAUSE MIEDO AL NIÑO? No.

**-CONTROL DE ESFÍNTERES-**

1. ¿A QUÉ EDAD COMENZÓ A AVISAR? Todavía no avisa está en proceso de.
2. ¿CÓMO LE ENSEÑA? Cuando empieza a bailar o en el horario que le toca lo llevo al baño.
3. ¿CÓMO LO CORRIGE CUANDO LE GANA? Le explico que debe avisar.
4. ¿ACTUALMENTE SE HACE DEL BAÑO EN EL DÍA O EN LA NOCHE? Sí.
5. ¿QUÉ HACE USTED CUANDO ÉSTO SUCEDE? Nada, le explico.

6. ¿SE TOCA O JUEGA CON SUS GENITALES? Sí.

7. ¿QUÉ HACE USTED? Lo dejo.

#### V. HISTORIA ESCOLAR.

1. ¿ASISTIÓ AL KINDER? No. El niño va a una escuela especial en donde le dan Estimulación.

2. ¿A QUÉ EDAD ENTRÓ A LA PRIMARIA? -----

3. ¿A REPETIDO ALGÚN GRADO ESCOLAR? -----

4. ¿REALIZA SUS TAREAS? -----

5. ¿CÓMO SE LLEVA CON SUS COMPAÑEROS EN LA ESCUELA, TIENE QUEJAS CONSTANTES DE SU CONDUCTA? Se lleva bien con todos.

7. ¿PARTICIPA EN ACTIVIDADES COLECTIVAS EN LA ESCUELA? Regularmente no.

#### VI. HISTORIA PRENATAL Y PERINATAL.

1. NÚMERO DE EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE: Ninguno.

2. ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO SE EMBARAZÓ? 28 años.

3. ¿SE DESEABA EL EMBARAZO? Sí.

4. DURACIÓN DEL EMBARAZO: 42 semanas

5. ¿SE ALIMENTABA BIEN? Sí.

6. ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO; ESPECIFIQUE: Infección en los riñones.

7. ¿RECIBIÓ TRATAMIENTO MÉDICO O SE AUTORRECETO? No, recibí tratamiento.

8. MEDICAMENTOS QUE UTILIZÓ DURANTE EL EMBARAZO; ESPECIFIQUE: Binotal 500.

9. PROBLEMAS EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO; ESPECIFIQUE: Ninguno.

10. ¿EL PARTO FUE NORMAL O POR CESAREA? Normal.

11. ¿TUVO LA ATENCIÓN NECESARIA? No.

12. ¿SE UTILIZARON FORCEPS? No.

13. CALIFICACIÓN DEL APGAR: 7.8.

14. ¿EN DONDE SE ALIVIO? En una Clínica particular llamada SAM.

15. ¿EL BEBÉ LLORÓ INMEDIATAMENTE AL NACER? No.

16. ¿HUBO ALGUNA LESIÓN OBSERVADA? Falta de Oxígeno.

17. ¿FUERON NECESARIOS CUIDADOS ADICIONALES? Sí, estuvo un día más en el Hospital en el área de observación.

18. ¿EL BEBÉ FUE DEL SEXO DESEADO? Sí.

19. TIPO DE ALIMENTACIÓN: PECHO (x) BIBERON ( ) OTROS:

20. ¿RECHAZÓ EL PECHO MATERNO? No.

21. EDAD DEL DESTETE: Hasta los diez meses de edad.

22. ¿TUVO PROBLEMAS CON SU ALIMENTACIÓN? VÓMITOS (x) DIARREAS ( )

#### VII. RELACIONES DE LOS PADRES CON EL NIÑO.

1. TIEMPO QUE DEDICA CADA UNO AL NIÑO: PADRE: Un rato

MADRE: todo el día.

2. TEMAS QUE CON MAYOR FRECUENCIA CONVERSAN CON EL NIÑO: De todo.

3. ACTITUD DE LOS PADRES ANTE LAS TRAVESURAS DEL NIÑO:

AMENAZAS ( ) GOLPES ( ) ENCIERRO ( ) OTROS: Depende de las travesuras lo regañamos y le explicamos.

4. ¿COOPERA EN NIÑO EN LOS TRABAJOS DOMÉSTICOS? Sí.

5. LE HAN PROPORCIONADO AL PACIENTE INFORMACIÓN ACERCA DE:

EL ORIGEN DE LA VIDA (ESPECIFIQUE) No.

DE LA MUERTE: No, todavía está muy pequeño.

DEL SEXO: No.

6. ¿QUÉ PREMIOS Y RECOMPENSAS UTILIZAN PARA ESTIMULAR SU CONDUCTA? Aplausos y palabras bonitas.

7. ¿ESTÁN AMBOS PADRES DE ACUERDO EN QUE EL NIÑO ASISTA AL CONSULTORIO Y RECIBIR EL TRATAMIENTO ADECUADO? Sí.

8. DESCRIBA UN DÍA COMPLETO EN LA VIDA DE SU HIJO: Se levanta, prende su televisión, desayuna, juega un rato conmigo o con la persona que esté con él y su hermano. Almuerza, va a la terapia de E. T.; llegamos y come. Ve la televisión otro rato, a veces se duerme, juega, ve la televisión: Cuando llega su papá cenan juntos, juegan un rato y después se va a dormir.

9. ¿CÓMO ES LA RELACIÓN DEL NIÑO CON LAS DEMÁS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA? Es amistoso.

10. ¿CÓMO ES EL COMPORTAMIENTO DE LOS DEMÁS ANTE EL PROBLEMA DEL NIÑO? Lo tratan como cualquier niño normal; no establecen diferencias.

### VIII. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

ANT. PATOLÓGICOS DE ABUELOS PATERNOS: Ninguno.

ANT. PATOLÓGICOS DE ABUELOS MATERNOS: Ninguno.

POR PARTE DEL PADRE: Tres de sus primos del paciente por parte de su papá, presentan problemas de lenguaje. Uno de sus primos tiene siete años y apenas empieza a hablar; otro de cinco años, al igual que el de siete apenas comienza a hablar y por último uno de tres años no habla todavía.

POR PARTE DE LA MADRE: Solamente una de sus hermanas que camina hasta los dos años de edad.

**NOTA:** Es importante mencionar que el hermano menor del paciente que tiene un año y medio de edad, presenta ausencia completa del lenguaje comunicándose con los demás por medio de sonidos no específicos.

**IX. ESPECIFICACIÓN DEL PROBLEMA.**

1. ¿CUÁL ES EL PRINCIPAL PROBLEMA DEL NIÑO? DESCRIBA SOLO EL PRINCIPAL DE MANERA OBJETIVA Y CONDUCTUAL: El lenguaje. A su edad no ha podido hablar normalmente.
2. ¿QUÉ HIZO USTED CUÁNDO SE PRESENTÓ EL PROBLEMA? Lo empezamos a llevar con médicos para que le dieran el tratamiento adecuado a su problema.
3. ¿QUÉ HACEN LOS DEMÁS ANTE LA INCAPACIDAD DEL NIÑO (A)? Con señas le dan todo.
4. ¿EXISTEN ALGUNAS CONDUCTAS QUE SON DE SU AGRADO EN EL NIÑO? Sí, que es cariñoso, besucón y obediente.
5. ¿CUÁLES SON LAS CONDUCTAS QUE NO SON DE SU AGRADO? Los berrinches y que es muy exigente.
6. ¿CUÁNDO EL HACE ALGO POSITIVO CÓMO SE LE PREMIA? Con aplausos, caricias y palabras bonitas.
7. ¿CUÁNDO HACE ALGO NEGATIVO CÓMO SE LE REPRIME? Con un regaño.
8. ¿QUÉ COSAS LE AGRADAN MUCHO AL NIÑO? Su trapito, que lo apapachen, la televisión, jugar con los niños y que lo saquen a pasear.
9. ¿QUÉ COSAS LE DESAGRADAN MUCHO? Que no le den las cosas rápido y que no le hagan caso.
10. ¿QUÉ ESPERA DEL TRATAMIENTO? Que se recupere de acuerdo a su capacidad y que sepa valerse por sí mismo.



**CLINICA MEDICA SANTA ROSA, S.A. DE C.V.**

CALLE 7 No. 104, COL. PANTITLAN, C.P. 06100 MEXICO, D.F.  
TELS. 558-91-70, 558-83-03, 758-12-95, 758-12-39

PACIENTE: ANDRES TOVAR PEREZ  
DR. DAVILA  
ESTUDIO: TOMOGRAFIA DE CRANEO

FECHA: 10-07-99

ANEXO 2

SE REALIZA ESTUDIO SOLICITADO EN FASE SIMPLE Y CON CORTES AXIALES DESDE LA BASE DEL CRANEO A SU CONVEXIDAD OBSERVANDOSE:

TEJIDOS B LANDOS SUPERFICIALES SE MUESTRAN DE VOLUMEN Y DENSIDAD NORMAL.

LA FOSA ANTERIOR MUESTRA AMBAS ORBITAS CON MORFOLOGIA NORMAL Y DENSIDAD HOMOGENEA,, LA REGION FRONTAL BASAL SE MUESTRA DE VOLUMEN Y DENSIDAD NORMAL.

LA FOSA MEDIA MUESTRA LA REGION SELLAR, SUPRASELLAR Y AMBOS LOBULOS TEMPORALES BASALES DE VOLUMEN Y DENSIDAD NORMAL.

LA FOSA POSTERIOR SE MUESTRA UNA LESION HIPODENSE REDONDA DE 8MM LOCALIZADA EN LA REGION PONTOCEREBELOSA DEL LADO DERECHO CUYA DENSIDAD ES DE -55 U.H. EL CUAL CORRESPONDE A LIPOMA.

LAS CISTERNAS DE LA BASE SE MUESTRAN CON AMPLITUD NORMAL ASI COMO EL CUARTO VENTRICULO.

EL PARENQUIMA CEREBRAL MUESTRA SU DENSIDAD HOMOGENEA, CON ADECUADA DIFERNCIACION DE LA SUSTANCIA GRIS Y BLANCA.

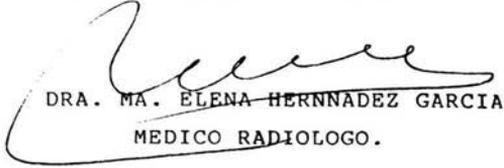
LOS NUCLEOS DE LA BASE Y TALAMOS SE MUESTRAN CON MORFOLOGIA NORMAL Y DENSIDAD HOMOGENEA.

LOS VENTRICULOS LATERALES SE MUESTRAN CON AMPLITUD NORMAL AL IGUAL QUE EL TERCER VENTRICULO.

LAS CISURAS Y CIRCUNVOLUCIONES SE MUESTRAN CON AMPLITUD NORMAL.

ID. ESTUDIO CON DATOS DE LIPOMA EN REGION PONTOCEREBELOSA DERECHA RESTO DEL ESTUDIO SIN ALTERACIONES MORFOLOGICAS

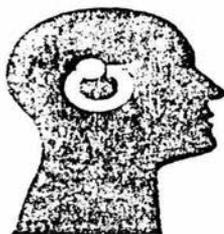
A T E N T A M E N T E :

  
DRA. MA. ELENA HERNNADEZ GARCIA  
MEDICO RADIOLOGO.

79.2

CENTRO DE ESTUDIOS  
AUDIOLOGICOS

ANEXO 3



AUDI quir

NOMBRE: Andres Tovar Perez

FECHA: 14/julio/99

ESTUDIO EFECTUADO: Potenciales Evocados

MEDICO TRATANTE: Dr. Guillermo Dávila Gutierrez

DURANGO 290 CONS. 308

COL. ROMA

C.P. 06700

211 6356 EXT. 4308 y 553 5354



FECHA: 20/Julio/99

ANEXO 3

NOMBRE: Andres Tovar Perez EDAD: 2 años

HISTORIA CLINICA:

Paciente masculino de 2 años 3 meses de edad que acude a estudio por presentar falta de equilibrio algiacusia y probable hipoacusia.

POTENCIALE EVOCADOS:

A 40dB.

Oido Derecho: Curva de configuracion normal con amplitud de las ondas y tiempo de latencia dentro de rangos normales.

Oido Izquierdo: Curva con baja amplitud de las ondas III y V y tiempo de latencia normales.

A 60dB. (2)

Curva de configuracion normal con tiempo de latencia de las ondas y amplitud en rangos normales.

IMPRESION DIANOSTICA:

En oido Derecho presenta hipoacusia superficial con integridad de la via auditiva y en oido izquierdo presento audicion normal con integridad de la via auditiva.

LI.COM. HUM.

VO.bo.

L. ELIZABETH QUIROZ CORTES

Explorador: JulioQ.Z.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MEXICO

UNIDAD MULTIPROFESIONAL DE ATENCION INTEGRAL  
"BENITO JUAREZ"

Ciudad Nezahualcoyotl Edo. de Méx. A 04 de septiembre de 2000

Nombre: Andrés Tovar Pérez | Edad: 3 5/12 años

Se trata de Andrés preescolar masculino de 3 años 5 meses de edad, el cual cuenta con el antecedente de ser producto de parto distócico. Acude para valoración médica por presentar trastornos del lenguaje. Actualmente se encuentra conciente, inquieto, cooperador a la exploración física, con marcha normal, posición libremente escogida, sin facie característica, con Glasgow de 15; con función de pares craneales sin alteraciones; con agudeza auditiva conservada; fuerza muscular sin datos anormales. Sin lesiones anatómicas orales aparentes. Presenta alteraciones en la emisión de los fonemas. Cardiopulmonar sin datos patológicos. Resto de exploración normal.

DX: DISLALIA



*[Handwritten signature]*  
ATENTAMENTE  
DR. SALVADOR CRUZ GARRIDO



## ANEXO 5

### EXAMEN DE ARTICULACIÓN DE SONIDOS EN ESPAÑOL HOJA DE CALIFICACIÓN MELGAR

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_  
 ESCUELA: \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_

CALIFIQUE COMO SIGUE: SUSTITUCIÓN, p/F, OMISIÓN, -x, DISTORSIÓN, p, ADICIÓN, ESCRIBA LA PALABRA (ejem. Tigare en vez de tigre)

Targetón		Sonido sujeto a prueba	Lista de palabras	1 - I	2 - M	3 - F	Sonido añadido	Adición
1		(m)	Mesa, cama					
2		(n)	Nuez, mano, botón					
3		(b)	— pulito —					
4		(p)	Pelota, mariposa					
5		(s)	Sabón, ojo, rey					
6		(b)	Uña, bebé					
7		(k)	Casa, boca					
8		(g)	Gato, serape					
9		(f)	Fico, elefante					
10		(y)	Llave, papano					
11		(d)	Deck, caradule, me!					
12		(l)	Luna, bola pastel					
13		(r)	— arrete, collar					
14		(rr)	Raton, perro					
15		(t)	Teléfono, patín					
16		(ch)	Chupón, cuchara					
17		(s)	Zapato, vaso, lápiz					

Targetón		Mezclas						
18		(bk)	Bana					
19		(kl)	Clavos					
20		(fl)	Flor					
21		(gl)	Globo					
22		(pl)	Plato					
23		(lr)	Libro					
24		(kr)	Cruz					
25		(kl)	Cocodrilo					
26		(fr)	Fresa					
27		(gr)	Ugri					
28		(pr)	Prado					
29		(tr)	Tren					

Targetón		Diptongos						
30		(ao)	loda					
31		(oa)	Perca					
32		(oo)	Leonito					
33		(ie)	De					
34		(ua)	Guate					
35		(oe)	Huevo					

Ocupación de los padres \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa el niño en la familia (hijo único, mayor, menor, etc.) \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_ Investigador \_\_\_\_\_

ANEXO 6

Programa de Intervención  
La Terapéutica del Lenguaje  
De María Paz Berruecos

Objetivo general (primera unidad): el alumno logrará la descodificación auditiva e iniciará la codificación verbal.

Objetivos específicos	Actividades	Material	Número y Duración de Sesiones
a) el alumno discriminará sonidos ambientales comunes b) describirá ordenes sencillas. c) discriminará diferentes ruidos de ambiente d) imitará o cantará melodías con las maestras.	Se le presentarán al alumno sonidos de objetos de uso diario, tales como el de la licuadora, de un carro, etc. Y se le enseñarán canciones infantiles sencillas.	- Objetos de uso diario e instrumentos musicales. - Discos o cassettes con tonadas infantiles.	3 ses. por semana con duración de 15 min. Por objetivo.
e) marcará el ritmo de las partes de su cuerpo, las memorizará aunque no articule las palabras de la canción. f) jugará imitando distintas onomatopeyas y ruidos ambientales, identificados con sílabas comunes o fonemas varios g) aprenderá a nombrar ciertos animales, cosas, personas y colores del ambiente.	Se le presentarán al niño cantos varios indicándole siga el ritmo con alguna parte de su cuerpo; ejemplo: aplaudir, mover la cabeza al ritmo de la melodía, etc. Se le presentará el cuaderno de onomatopeyas indicándole que las	- Cantos vanos. - Cuaderno de onomatopeyas. - Discos o cassettes. - Cuaderno de campos semánticos.	6 ses. (2 semanas) con duración de 15 minutos por objetivo

<p>h) Repetirá y memorizará en cuanto sea posible rimas y poemas infantiles.</p>	<p>imite. Se le presentará el cuaderno de campos semánticos pidiéndole que nombre las cosas u objetos que se le muestren. Se le enseñarán pequeñas poesías pidiéndole que las repita.</p>	<p>- Poesía infantil.</p>	
<p>i) Aprenderá a imitar fonemas aislados. C) Realizará ejercicios silábicos de acuerdo con su problema específico, hasta formar un vocabulario básico de sustantivos concretos. j) El niño aprenderá a discriminar fonemas (i) auditivamente. k) Se iniciará en la articulación de interjecciones de enunciados unimembres y bimembres fáciles y significativos</p>	<p>Se le presentarán diferentes fonemas indicándole que los imite. Se le presentará el cuaderno para la formación de palabras realizando ejercicios silábicos. Se le presentará el cuaderno de expresiones para que el niño las imite y las identifique.</p>	<p>- Cuaderno de fonemas. - Cuaderno de ejercicios silábicos. - Cuaderno de expresiones. - Cuaderno de fonemas iniciales.</p>	<p>12 ses. (Cuatro semanas) con duración de 15 minutos por objetivo para los incisos i y c. 3 ses (una semana) con duración de 15 minutos por objetivo para los incisos j y k.</p>

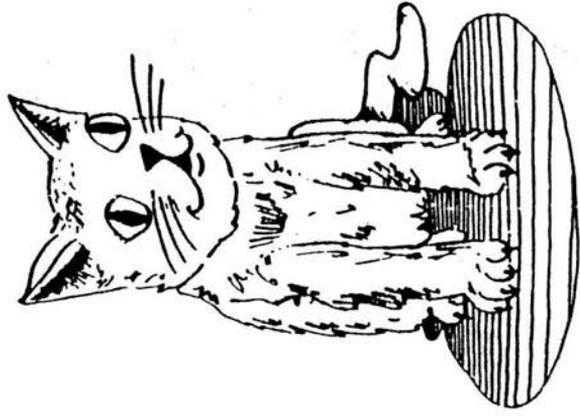
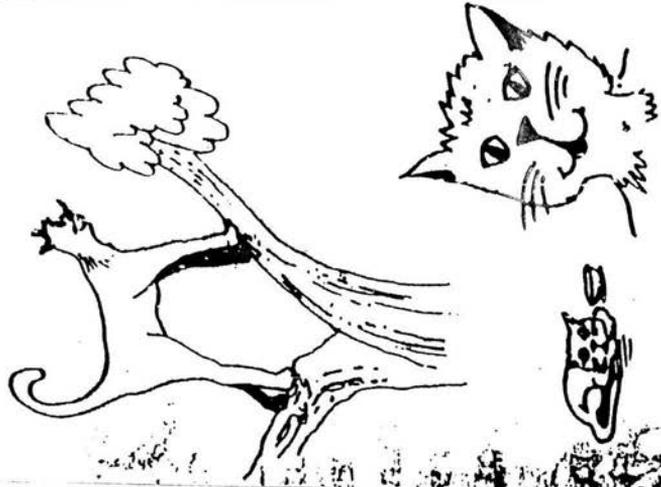
Objetivos generales (segunda unidad): el alumno afianzará la descodificación auditiva y desarrollará la codificación verbal.

Iniciará la descodificación visual y la descodificación escrita.

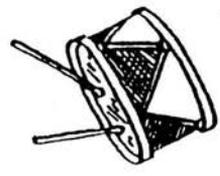
Nota: para esta unidad se volverán a aplicar los objetivos i) y c) \*

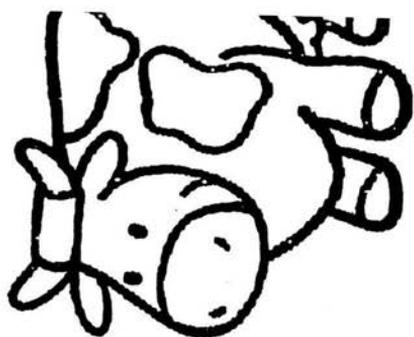
Objetivos específicos	Actividades	Material	Número y Duración de Sesiones.
<ul style="list-style-type: none"> <li>l) el alumno aprenderá la articulación de los fonemas, continuos e iniciales de cada palabra ilustrada y después los fonemas iniciales no prolongables.</li> <li>a) el alumno deberá identificar grafías aisladas, articulando el fonema con el correspondiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se le mostrará al niño el cuaderno de fonemas para que repita el sonido de lo que observa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>cuaderno de fonemas iniciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 ses. En dos semanas. De 15 min. Por objetivo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>b) aprenderá a unir dos o más fonemas partiendo de los continuos o prolongables a los no continuos e interrumpidos.</li> <li>D) sabrá sintetizar y analizar visual, motora y auditivamente cada palabra, a través de los siete pasos didácticos del método.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realizarán ejercicios silábicos uniéndolos dos o más fonemas. Se le presentarán a l niño objetos diversos, tarjetas y recortes reemplazando el nombre de lo que en ellos se ilustra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuaderno para realizar ejercicios silábicos.</li> <li>Cuaderno para la formación de palabras a través de ejercicios silábicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 ses. En dos semanas con duración de 15 minutos por objetivo</li> </ul>

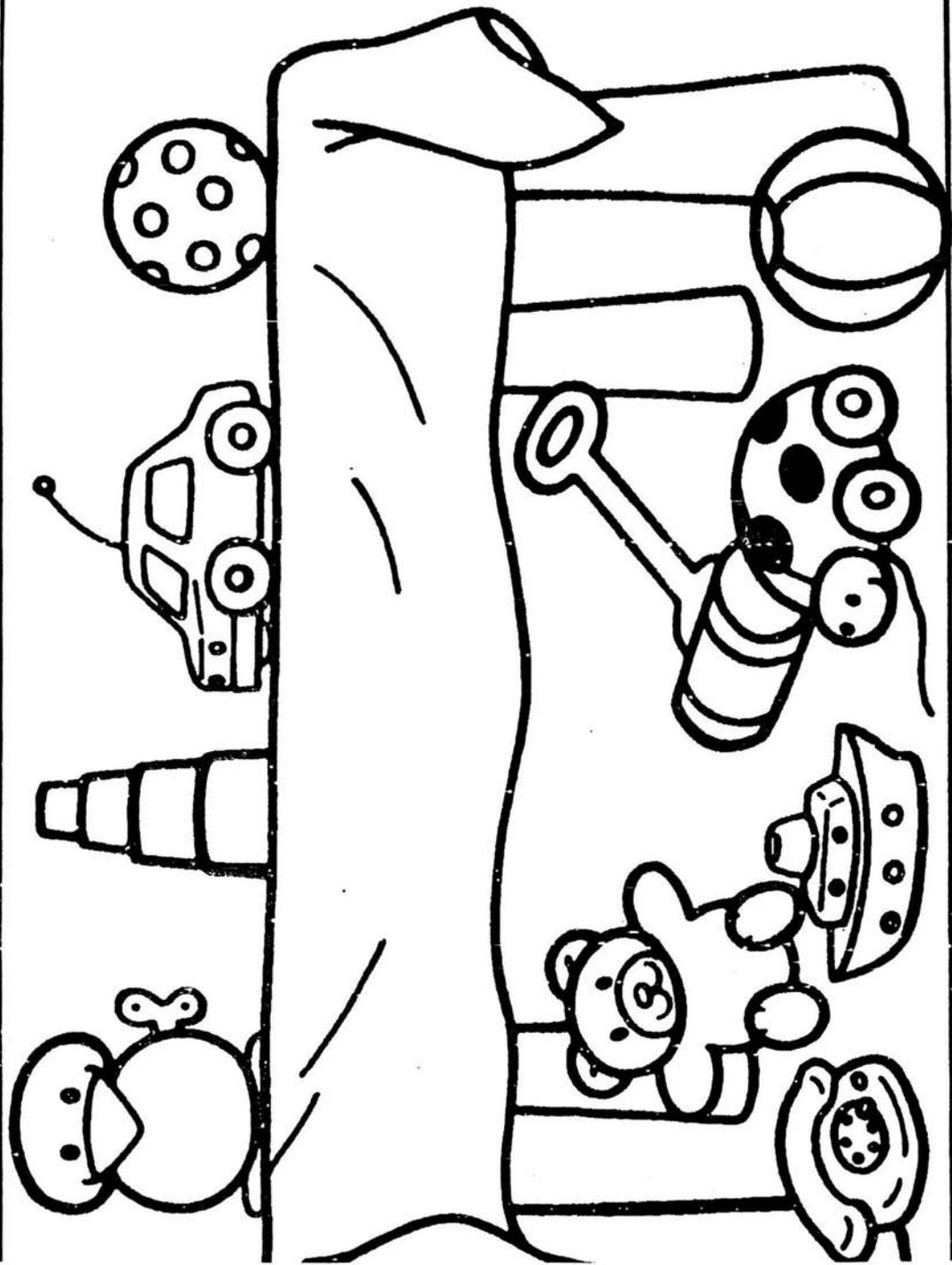
**OBSERVACIÓN:** Para algunos objetivos se les calificó de acuerdo a que de diez ejemplos dados, si los diez repetía o ejecutaba de cualquier forma el objetivo era cubierto en un 100 % y así sucesivamente para cada caso; ya que en algunos objetivos, las actividades a realizar correspondían de entre 17 a 35 palabras o ejemplos.



miau







a



a

a

a

a

m



m

m

m

m



¡Ay!



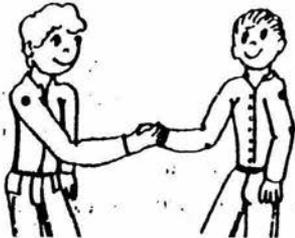
¡Ay!



¡Ay!



¡Ay!



ANEXO 11

HOJA DE REGISTRO POR SESIÓN

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Responsables: \_\_\_\_\_ Número de sesión: \_\_\_\_\_

Objetivos	Actividades	Forma en que Discrimina	Evaluación	Observaciones