

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

"EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DEL LENGUAJE EN NIÑOS DEFICIENTES
MENTALES Y/O LESIONADOS CEREBRALES
DE 7 A 10 AÑOS DE EDAD

INFORME FINAL DE INVESTIGACION

PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD
DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Por:

SIGRID ELIZABETH OSORIO DE CRUZ
ANA SILVIA POLANCO DE BRAN
NORA LISSETTE MARTÍNEZ F.

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE

TERAPISTAS DEL LENGUAJE

EN EL GRADO ACADÉMICO DE CARRERA TÉCNICA

GUATEMALA, OCTUBRE 1997.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

13

T(1148)

C. 4

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
S E C R E T A R I A

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M-5, Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels. 4780780-4, 4780695, ext 480-1
Directos: 4780692, 4780219, fax 4780914
e Mail: USACPSIC@edu.gt
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 1443-85

CODIPs. 1098-97

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
INVESTIGACION

Noviembre 05 de 1997

estudiantes

IGRID Elizabeth Osorio Ruiz
SILVIA Polanco Cruz de Bran
LISSETTE Martínez Figueroa
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a
ustedes
el Punto OCTAVO (8o.) del Acta CUARENTA Y DOS NOVENTA Y SIETE
(42-97) de Consejo Directivo, de fecha 05 de noviembre del año
1997, que copiado literalmente dice:

OCTAVO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene
el Informe Final de Investigación titulado: "EFECTIVIDAD DE LA
TERAPIA DEL LENGUAJE EN NIÑOS DEFICIENTES MENTALES Y/O
DAÑADOS CEREBRALES DE 7 A 10 AÑOS DE EDAD", de la Carrera
Académica TERAPIA DEL LENGUAJE, realizado por:

| | |
|------------------------------------|----------------------------|
| <u>IGRID ELIZABETH OSORIO RUIZ</u> | <u>CARNET No. 17-14152</u> |
| <u>SILVIA POLANCO CRUZ DE BRAN</u> | <u>CARNET No. 17-14265</u> |
| <u>LISSETTE MARTINEZ FIGUEROA</u> | <u>CARNET No. 17-18131</u> |

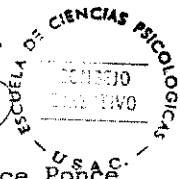
El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el
Licenciado Edgar Rolando Valle González y revisado por la
Licenciada Edith Ríos de Maldonado.

En base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA
IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de
graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo
para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación
profesional."

En consecuencia,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



CIEPs. 106197
REG. 1443/85

[Signature]
3-11-77

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Guatemala, 29 de octubre de 1,997.

INFORME FINAL

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
Edificio M-5, Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels. 4780790-4, 4780885, ext 490-1
Directos: 4789902, 4787219, fax 4789914
e Mail: USACPSIC@edu.gt
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS

RECIBIDO
29 OCT 1997
[Signature] 17:00 HORA

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Edith Ríos de Maldonado, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

"EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DEL LENGUAJE EN NIÑOS DEFICIENTES MENTALES Y/O LESIONADOS CEREBRALES DE 7 A 10 AÑOS DE EDAD"

CARRERA: TERAPIA DEL LENGUAJE

NOMBRE

SIGRID ELIZABETH OSORIO RUIZ DE CRUZ
ANA SILVIA POLANCO CRUZ DE BRAN
NORA LISSETTE MARTINEZ FIGUEROA

CARNE No.

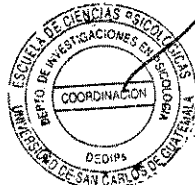
17-14152
17-14265
17-18131

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes, para obtener ORDEN DE IMPRESION.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
LICDA. EDITH RÍOS DE MALDONADO
COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA



ERDM/edr

c.c. Docente Revisor
Archivo

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M-5, Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels. 4780790-4, 4780895, ext. 450-1
Director: 4786902, 4787219, fax 4789914
e Mail: USACPSIC@edu.gt
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Guatemala,
29 de octubre de 1997.

LICENCIADA
EDITH RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADA RIOS:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle
que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACION,
titulado:

**"EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DEL LENGUAJE EN NIÑOS DEFICIENTES
MENTALES Y/O LESIONADOS CEREBRALES DE 7 A 10 AÑOS DE EDAD"**

CARRERA: TERAPIA DEL LENGUAJE

| <u>NOMBRE</u> | <u>CARNE No.</u> |
|--------------------------------------|------------------|
| SIGRID ELIZABETH OSORIO RUIZ DE CRUZ | 17-14152 |
| ANA SILVIA POLANCO CRUZ DE BRAN | 17-14265 |
| NORA LISSETTE MARTINEZ FIGUEROA | 17-18131 |

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos
establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito
DICTAMEN FAVORABLE, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Edith Maldonado
LICDA. EDITH RIOS DE MALDONADO
DOCENTE REVISOR



c.c. Archivo
Docente Revisor

Guatemala, 6 de Agosto de 1997

Señor
Lic. Ríos de Maldonado
Coordinador del Centro de
Investigaciones en Psicología
Experimental

Señor Ríos de Maldonado :

Por medio de este documento le permito informar a Ud. que he procedido a la asesoría del Informe Final del Proyecto de Investigación titulado :
"Eficacia de la Terapia del Lenguaje en Niños Deficientes Mentales y/o Lesionados Cerebrales,
de 5 a 10 años de Edad", trabajo previo a la obtención del Título de Terapeuta del Lenguaje,
elaborado por :

Elizabeth Osorio
Iviva Polanco Cruz
Christine Martínez

carnet 8314152
carnet 8314265
carnet 8318131

El trabajo en mención cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en
Psicología, por lo que considero procedente continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente



Lic. Edgar Rolando Valle González

Lic. Edgar R. Valle González
Psicólogo Colegiado No. 1273



cc.: Control Acad.
CIEPs.
Archivo

REG. 1443-85 (Reposición)

CODIPs. 112-87

**ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

4-5, Cda. Universitaria, zona 12
760790-4, 4760985, ext. 490-1
4769902, 4767219, fax. 4769914
GUATEMALA, CENTROAMÉRICA

DE APROBACION DE PROYECTO DE
INVESTIGACION Y NOMBRAMIENTO DE
ASESOR.

Abril 11 de 1997

Asesores:
A JEANNETH GARCIA URRUTIA Y
PANERAS
Escuela de Ciencias Psicológicas
Guatemala

Asesores:

Para su conocimiento y efectos, transcribo a ustedes el Punto
PRIMERO TERCERO (13o.) del Acta CERO CUATRO OCHENTA Y SIETE (04-
87) del Consejo Directivo de fecha 16 de enero de 1987, que
se transcribe literalmente dice:

PRIMERO TERCERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que
tiene el Proyecto de Investigación titulado: "EFECTIVIDAD DE
TERAPIA DEL LENGUAJE EN NIÑOS LESIONADOS CEREBRALES Y
DAÑADOS MENTALES", de la Carrera Técnica de TERAPIA DEL
LENGUAJE, presentado por las estudiantes:

- | | |
|-----------------------------------|---------------------|
| A JEANNETH GARCIA URRUTIA | CARNET No. 82-15183 |
| RIVADENEIRA ELIZABETH OSORIO RUIZ | CARNET No. 83-14152 |
| SILVIA POLANCO CRUZ | CARNET No. 83-14265 |
| RODRIGUEZ SOFIA DIAZ VASQUEZ | CARNET No. 83-15540 |
| A LISSETTE MARTINEZ FIGUEROA | CARNET No. 83-18131 |

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia
cumple los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de
Investigaciones en Psicología -CIEPs.-, resuelve aprobarlo y
nombrar como asesor al Licenciado Edgar Rolando Valle González."

Respectivamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Miriam Elizabeth Ponce
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
 CONSEJO DIRECTIVO
 S. A. C.
 SECRETARIA

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

M-5, Cda. Universitaria, zona 12
760790-4, 4760985, ext. 490-1
4769902, 4767219, fax. 4769914

GUATEMALA, CENTROAMERICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
Archivo

REG. 1443-85

CAPs. 573-85 (Reposición)

DE APROBACION SOLICITUD DE PROYECTO.

Abril 11 de 1997

diantes
JEANNETH GARCIA URRUTIA Y COMPANERAS
Escuela de Ciencias Psicológicas
Oficio

diantes:

su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted
el contenido VIGESIMO PRIMERO (21o.) del Acta TREINTA Y UNO OCHENTA
NCO (31-85) de Comisión Administradora de fecha siete de
abril de 1985, que copiado literalmente dice:

ESIMO PRIMERO: La Comisión Administradora conoce el oficio
CIEPs. 17-85 de fecha 24 de septiembre de 1985, enviado por
Dirección del Centro de Investigación en Psicología,
ordenando sobre la autorización emitida por dicho Organismo
rectoral para elaborar el Proyecto de Investigación, de acuerdo
a la descripción siguiente:

Investigación de Carrera Técnica TERAPIA DEL LENGUAJE

TITULO: "RETRASO LINGUISTICO POR LESION CEREBRAL Y
RETRASO MENTAL EN NIÑOS DE 4 A 6 AÑOS DE EDAD".

PONENTES: DORA JEANNETH GARCIA URRUTIA C. No. 82-15183
SIGRID ELIZABETH OSORIO RUIZ C. No. 83-14152
ANA SILVIA POLANCO CRUZ C. No. 83-14265
GLORIA SOFIA DIAZ VASQUEZ C. No. 83-15540
NORA LISSETTE MARTINEZ FIGUEROA C. No. 83-18131

PROPUESTO: Licenciado Edgar Rolando Valle González.
AUTORIZACION REVISADA POR: Licenciada Edith Ríos de
García.

En el acto anterior, la Comisión resuelve ratificar la autorización
del Centro de Investigación y, por lo tanto, las solicitantes
pueden continuar con los trámites subsiguientes, previo a su
matriculación profesional."

Finalmente,

"... Y ENSEÑAD A TODOS "



Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M.S. Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels. 4700700-4, 4700605, ext. 400-1
Directos: 4700602, 4700710, fax 4700914
e Mail: USAACPSIC@edu.gt
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 1443-85

CODIPs. 1070-97

4 de noviembre de 1997

Estudiantes
LA SILVIA POLANCO CRUZ y COMPANERAS
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señoras Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto CUARTO (4o.) del Acta CUARENTA Y UNO NOVENTA Y SEIS (41-97), de Consejo Directivo, de fecha 3 del mes en curso, el cual copiado literalmente dice:

CUARTO: El Consejo Directivo conoce oficio enviado por las estudiantes: Sigrid Elizabeth Osorio Ruiz, carnet 83-14152; Ana Silvia Polanco Cruz, carnet 83-14265 y Nora Lissette Martínez Figueroa, carnet 83-18131, integrantes de un grupo de trabajo de investigación con fines de graduación profesional de la carrera académica de Terapia del Lenguaje, adjuntando carta de renuncia de la estudiante Dora Jeanneth García Urrutia, carnet 82-15183 e informando que la estudiante Gloria Sofía Díaz Vásquez, carnet 83-15540 abandonó la carrera.

El Consejo Directivo, después de revisar la documentación respectiva.

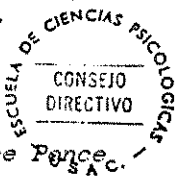
A C U E R D A :

- 1. **ACEPTAR LA RENUNCIA** de la estudiante Dora Jeanneth García Urrutia, carnet No. 82-15183. - - - - -
- 2. **EXCLUIR DEL GRUPO** de Graduación a la estudiante Gloria Sofía Díaz Vásquez, carnet 83-15540, debido a que abandonó la carrera en el año 1986. - - - - -
- 3. **AUTORIZAR A LAS ESTUDIANTES:** Sigrid Elizabeth Osorio Ruiz, carnet 83-14265; Ana Silvia Polanco Cruz, carnet 83-14265 y Nora Lissette Martínez Figueroa, carnet 83-18131 para que continúen los trámites de graduación profesional." - - - - -

Atentamente.

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Miriam Elizabeth Ponce
Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



ACTO QUE DEDICO

**A DIOS Y A LA VIRGEN MARÍA
POR GUARDAR MI CAMINO**

**A MIS PADRES
MANFREDO OSORIO Y ELIZABETH RUIZ DE OSORIO**

**A MI ESPOSO
JULIO ADOLFO CRUZ BRAN
POR SU AMOR Y APOYO**

**A MIS HIJOS
JULIO JOSÉ Y DIEGO ADOLFO
COMO UNA PEQUEÑA RECOMPENSA A SU ESPERA Y POR
LLENAR MI VIDA DE FELICIDAD Y TERNURA**

**A MIS HERMANOS
BORIS IVAN Y FLOR DE MARÍA
POR ESTAR EN TODO MOMENTO COMIGO**

**A MIS SOBRINOS
MICHELLE, JHOSELYNE, OSCAR, MARIA ELISA, Y GABRIELA,
CON CARIÑO FRATERNAL.**

ACTO QUE DEDICO

DIOS

MIS PADRES

MAX POLANCO MARTINEZ
MARÍA ANTONIETA CRUZ DE POLANCO

MI ESPOSO

JOSÉ ROBERTO BRAN CALDERÓN

MIS HIJITOS

MAX ROBERTO Y SILVIA ANTONIETA

LA MEMORIA DE MIS ABUELITOS

SIMON POLANCO MEDINA Y MARCELINA MARTÍNEZ DE POLANCO
HERMAN CRUZ DÍAZ Y MARÍA CRECENCIA RODRÍGUEZ BENAVENTE

MIS TIOS

HERNAN POLANCO MARTINEZ Y AURA MARINA MARROQUIN DE POLANCO
JULIO CRUZ NÁJERA Y VERA ELISA BRAN DE CRUZ

MIS HERMANOS

ALBA MIRIAM, OTTO RENÉ Y MARÍA ORALIA

MIS SOBRINOS.

MIS PRIMOS

BYRON DANILO POLANCO MARROQUIN Y VERITA CRUZ DE OSORIO

CON ESPECIAL CARÍÑO

ISABEL FIGUEROA DE POLANCO, VICTOR HUGO CHANG BRAN,
SHIRLEY GOMAR DE POLANCO, MARTHA LETONA DE RIVERA,
SILVERIO URIZAR Y MARIA CRISTINA MALDONADO DE URIZAR

MIS AMIGAS

GLORIA SOFIA DIAZ VASQUEZ, MARIA ESTHER GONZALEZ DE ALDANA
Y SOFIA HELENA MAZARIEGOS SOTO

MI INOLVIDABLE Y QUERIDISIMA AMIGA

ROSA ELENA JUÁREZ ORDOÑEZ (QEPD).

ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y A LA VIRGEN POR SU PROTECCION

MIS PADRES:

**JULIO CÉSAR MARTÍNEZ ARGUETA
LUZ FIGUEROA DE MARTÍNEZ
POR SU APOYO DURANTE MI FORMACIÓN**

A MI ESPOSO:

**LIC. ESTUARDO ESTRADA GONZÁLEZ
POR SU AMOR, COMPRENSIÓN Y APOYO**

A MIS HIJAS:

**ANNETH MARÍA E IRCY PAOLA
COMO UNA PEQUEÑA PRUEBA A LA ESPERA DURANTE MI
FORMACIÓN PROFESIONAL**

A MIS HERMANOS

LIC. ANA ELVIRA Y LIC. JULIO ROBERTO

A MI CUÑADA

LICDA. LONDY DE MARTÍNEZ

A MIS SOBRINOS

VÍCTOR, GABRIELA, PABLO Y MAGDA MARÍA

A MI FAMILIA

CON CARIÑO SINCERO

A MIS AMIGAS DE SIEMPRE, GRACIAS POR SU AMISTAD

LISTA DE PADRINOS

**LIC. MANFREDO OSORIO
T. S. ISABEL FIGUEROA DE POLANCO
LICDA. ANA ELVIRA MARTÍNEZ
AL LIC. EDGAR VALLE**

PRESENTACIÓN

La presente investigación constituye un esfuerzo por estudiar un aspecto de mucha importancia, el cual no ha sido suficientemente investigado en nuestro país, como lo es el tratamiento del lenguaje expresivo en niños con deficiencia mental y/o lesión cerebral.

Esta investigación pretende dar a conocer algunas características del niño deficiente mental y/o lesionado cerebral, así como lo relativo al desarrollo normal y anormal del lenguaje expresivo.

Se trabajó con una población de 30 niños deficientes mentales y/o lesionados cerebrales, comprendidos entre las edades de 7 a 10 años, en el Centro Psicopedagógico "Instituto Neurológico de Guatemala.

La investigación realizada se constituye en un estudio tipo panel, ya que se investigó el lenguaje expresivo antes y después del tratamiento correcto.

INTRODUCCIÓN

"LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DEL LENGUAJE EN NIÑOS DEFICIENTES MENTALES Y/O LESIONADOS CEREBRALES", se seleccionó como objeto de investigación, tomando como base las experiencias y observaciones obtenidas en los diversos centros de práctica con los que cuenta la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El objeto de estudio tiene relación directa con problemas relativos a las áreas motrices, sensoriales y adaptativas. El estudio de las alteraciones del niño con lesión cerebral y/o retraso mental afecta el proceso de integración, control del lenguaje expresivo y del aprendizaje en general, así como la falta de límites, inestabilidad emocional, inercia a los estímulos ambientales, lentitud en sus reacciones y otras tantas anomalías que afectan la integración, control del lenguaje expresivo y del desarrollo intelectual.

Como unidad de análisis se incluye una población de 30 niños con lesión cerebral y/o retraso mental, comprendidos entre los 7 y 10 años de edad, del centro psicopedagógico "Instituto Neurológico de Guatemala.

Se orienta a realizar un estudio tipo panel, ya que se realizó una evaluación antes-después del tratamiento correctivo.

Este estudio se seleccionó, pues está considerado de mucha importancia, ya que por medio del análisis de los resultados obtenidos, se está contribuyendo a enfrentar problemas relativos al retraso lingüístico

Producto de estos mismos resultados, se pretende informar de manera clara y sencilla, a médicos, maestros, trabajadores sociales, padres de familia y a la población en general, ya que se considera que con el esfuerzo interdisciplinario pueden llevarse a cabo programas informativos o de orientación, acordes a las necesidades de nuestro país y de las condiciones reales del medio guatemalteco.

Los objetivos que guiaron el desarrollo de esta investigación, incluyen:

- Demostrar la efectividad de la terapia del lenguaje, en niños con deficiencia mental y/o lesión cerebral.
- Demostrar la importancia que tiene la participación de la familia como fuente educadora en la vida del niño, incluyendo la actitud que muestran los padres al educar o corregir a sus hijos.
- Determinar las posibilidades de adaptación del niño deficiente mental y/o lesionado cerebral al medio social, por medio de la comunicación oral.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

LENGUAJE:

El lenguaje, está constituido por el conjunto de signos verbales por medio de los cuales el hombre expresa su pensamiento. Es la razón fundamental por la que los seres humanos crean cultura a través de sus diferentes formas de expresión.

1.1. ANTECEDENTES:

El origen del lenguaje humano, trata de dar a entender el papel social e individual del lenguaje desde sus inicios. Posiblemente la intuición, la emoción, el instinto de conservación y poco a poco la imitación causal, explica los primeros intentos de emisión fónica que por una interacción continua dio origen al lenguaje; que prosigue su curso constantemente.

Según la doctrina evolucionista, en el hombre histórico surgen los primeros sonidos laríngeos de carácter expresivo, por una necesidad social de comunicación. Tales sonidos se asociaban a ademanes y mímica.

La etapa lingüística superior consiste en el paso de la expresión espontánea de las emociones a las voces inarticuladas que serían para designar intencionalmente los objetos. Así, el pensamiento humano nacido junto con el lenguaje, permite la actividad cognoscitiva por medio de la palabra y facilita las relaciones del individuo con la sociedad.

De ahí la importancia individual y social de la comunicación verbal para el hombre, surgiendo finalmente la representación gráfica de la palabra y de los sonidos que la constituyen.

1.2. Desarrollo normal del lenguaje:

La evolución del lenguaje, va intrínsecamente unida al desarrollo de la motricidad de la afectividad y del desarrollo social del niño: Es un aspecto más del desarrollo global.

Pre-lenguaje, se constituye en la primera etapa y abarca el primer año de vida, no existe lenguaje propiamente dicho. La comprensión es muy vaga y su expresión se limita a risa, llanto y balbuceo; tienen lugar las primeras manifestaciones de comprensión de la palabra, ligadas a sus intereses biológicos, apareciendo los sonidos con gestos de gusto, sorpresa, agrado o molestia, acompañados del juego vocal, relacionados con su estrecho marco de vida.

Comienza ahora la etapa del "Primer nivel lingüístico", que va a culminar con la formación del lenguaje oral, de acuerdo a la etapa de evolución del pensamiento:

De los 12 a los 18 meses, el niño ya se desplaza solo y empieza a enfrentarse a las primeras medidas disciplinarias. Aumenta la gama de significados, señala objetos familiares, comprende órdenes sencillas como por ejemplo: "toma o dame". En lo expresivo se hace entender con monosílabos de carácter intencional, o también se observa en el niño un habla torpe e ininteligible, una jerga verbal acompañada de gestos que refuerzan el mensaje, -influyendo en este desarrollo el ambiente socio-cultural y el estímulo propiciado-; al final de esta

etapa, el niño es capaz de hacer combinaciones de dos palabras como sustantivos y verbos o verbo y adjetivo; alcanza una discriminación auditiva más fina, el desarrollo de la memoria auditiva y la discriminación fonética permite el desarrollo de nuevas palabras.

Hacia los dos años, comienza el período pre-operatorio, según Piaget: "En esta etapa la imitación cumple una función muy importante en el desarrollo del lenguaje, mediante el juego simbólico. El niño es capaz de evocar e imitar cualquier situación vivida, lo que va a dar lugar a la ampliación de significados. Empieza a diferenciar modos y tiempos verbales, contesta preguntas sencillas. Al final de esta etapa, el niño puede estructurar frases de tres o cuatro palabras, repite todo lo que oye y le gusta jugar con el lenguaje"¹.

"Hacia los tres años, en algunos casos se empieza la escolarización, lo que amplía su marco de relaciones. Continúa progresando en la construcción sintáctica y la comprensión.

Hacia los cuatro años habla continuamente y la perfección del lenguaje obtenida, le permite mejorar su marco de relaciones.

Pregunta "por qué", importante para la preparación del pensamiento lógico; ya que el niño entra en el período de las operaciones concretas; el manejo de las reglas sintácticas le permite comunicarse con el adulto.

Entre los cinco y seis años, irá perfeccionando los pequeños errores de articulación.

¹. Nieto Herrera, Margarita. "ANOMALÍAS DEL LENGUAJE". Pág. 3 - 4.

Si el niño ha adquirido correctamente el lenguaje oral, está en condiciones de acceder al tercer sistema de señales, (lenguaje escrito).

El vocabulario se enriquece con adjetivos, adverbios, pronombres y finalmente con las palabras de unión: preposiciones y conjunciones, lo que está relacionado con la asimilación de la oración, es decir con la estructura gramatical del idioma.

1.2.1. Patología:

El retraso lingüístico es una demora o retardo en el desarrollo de la estructuración lingüística y se refleja por medio del habla.

Las causas del retraso lingüístico se dividen en dos grupos: orgánicos y funcionales. Entre las causas de tipo orgánico, se incluyen la sordomudez, lesiones congénitas y enfermedades que afectan el sistema nervioso central. Entre las funcionales, la falta de incitación al aprendizaje, negativismo pronunciado, conflictos emocionales, métodos deficientes empleados por los padres en la enseñanza del lenguaje, poco desarrollo del lenguaje en casos de bilingüismo, sordomudez por parte de los padres, mellizos monocigóticos (en porcentaje no especificado), desnutrición, pérdida de los padres por fallecimiento o separación, conflictos psicológicos, audiomudez y autismo; habla infantil por parte de los padres hacia los hijos, conducta de los padres en el hogar (autoritarismo).

El retraso lingüístico puede deberse a muchas causas, en las que destacan las formaciones genéticas defectuosas del sistema nervioso central, que mientras más severa sea, son mayores las malformaciones encontradas a este nivel,

aunque el atraso o detención del desarrollo del sistema nervioso central, que da como causa la deficiencia mental, presenta trastornos del lenguaje en sus fases mecánicas, gramatical o ideomotriz; según Renato Segré, "No hay una relación directa entre la inteligencia y la articulación de la palabra, pues sujetos de inteligencia normal pueden tener alteraciones de la articulación y por el contrario, individuos intelectualmente inmaduros pueden hablar bien".

A nivel de la Corteza Cerebral, se dan las funciones propias del ser humano, ésta recibe el mensaje de los estímulos transmitidos a través de los sentidos, entre ellos el kinestésico, lo que por medio de un proceso inteligente determina la formación de automatismos fónicos, enriqueciendo naturalmente el lenguaje interno²

1.2.2. Desarrollo del habla.

1.2.2.1. Condiciones Normales.

El habla no es instintiva, es decir, el niño no la hereda. Lo que recibe de sus antepasados es la capacidad de emitir sonidos orales, pero aprende a organizar estos sonidos a fin de expresarse en un idioma determinado es algo que deberá adquirir.

El habla es la resultante de ciertas clases de estímulos que actúan sobre determinadas aptitudes físicas que el niño posee al nacer. Es ahí donde los padres y maestros deben dar un buen estímulo para el mejor desarrollo del habla.

². IBID. Pág. 4.

Lo mejor es considerar el desarrollo del habla por etapas, pero hay que tomar en cuenta que son edades promedio aproximadas, pues cada niño en particular, presenta variantes de importancia en su propio desarrollo, como en relación con su medio.

La etapa inicial en el desarrollo del habla abarca por lo común las primeras cinco o siete semanas de vida. Durante este período el niño grita involuntariamente por algún factor que lo perturba, como el hambre, el dolor, los ruidos intensos, la incomodidad, etc. Hacia el final de esta etapa, es posible que la madre llegue a distinguir entre algunos de estos gritos y sea capaz de determinar las razones a que obedecen algunos de ellos. El niño ha comenzado a emitir tonos vocales con diferencias más o menos significativas. Es conveniente que desde esta edad, los padres empiecen a propiciar el desarrollo del habla.

Al comienzo de la octava semana, el niño por lo general comienza a "gorjear". esta segunda etapa difiere de la primera en que el bebé parece advertir que está emitiendo sonidos. En los meses subsiguientes, el niño probablemente pronunciará la mayoría de los sonidos de su idioma y quizá algunos que no forman parte de su lenguaje convencional. Tales sonidos variarán en intensidad, tono y modulación. el pequeño adquiere poco a poco el control voluntario de estas variaciones, no para expresar algo determinado, sino porque al bebé le agrada variar los sonidos.

Este período del "juego vocal" va cambiando de carácter y aumenta en complejidad a medida que transcurren los meses.

Alrededor del quinto mes o incluso antes, es posible que el niño empiece a valerse de gritos para atraer la atención de los demás y para manifestar sus

sentimientos de un modo general: gruñidos de satisfacción, chillidos de deleite, etc. Comenzará probablemente por imitar sus propios sonidos.

Esta etapa de gorjeos o juego vocal, contiene la arcilla con la que ha de moldearse el habla, constituye uno de los períodos vitales en el desarrollo de una buena comunicación oral. El niño comprenderá que los sonidos son un medio de comunicarse.

Sin embargo el empleo de sonidos para transmitir sonidos específicos se da tras un largo proceso de selección y combinación de los sonidos en grupos orgánicos preestablecidos. Allí reside la importancia del período de los juegos vocales.

Al repetir constantemente los sonidos, el niño adquiere mejor control sobre los mismos y aprende a dar forma a diferencias de tono, intensidad, modulación y articulación cada vez más sutiles.

Al escucharse a sí mismo, y a los demás, adquiere una mayor discriminación y así puede seleccionar los sonidos necesarios para la comunicación. Los padres ejercen un papel importante pues además de la estimulación que deben brindar al niño, deben darles afecto y seguridad, pues de lo contrario tenderá a retardar su progreso en el aprendizaje del habla.

La tercera etapa en el desarrollo del habla consiste en un proceso gradual hasta llegar a las palabras y oraciones. El habla significativa no se logra sino después de alcanzar un cierto grado de madurez y aún así se desarrolla paulatinamente.

1.2.3. Irregularidades en el desarrollo del habla.

"Se considera que el desarrollo de la facultad de hablar corresponde al término medio general, cuando el bebé emplea palabras aisladas a los 12 meses; es capaz de combinar dos palabras alrededor de los 21 meses, y emplea oraciones breves a los dos años. A continuación, se indica el promedio de palabras utilizadas a diferentes edades:

ETAPAS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE

| EDAD EN AÑOS | PALABRAS |
|--------------|-------------|
| 0 - 1 | 10 - 20 |
| 1 - 2 | 100 - 300 |
| 2 - 3 | 600 - 1000 |
| 4 - 5 | 1540 - 1870 |
| 4 - 5 | 1500 - 2000 |
| 5 - 6 | 2560 |

De acuerdo a los datos presentados en la tabla anterior, se puede observar que de 0 a 1 año se establece la etapa prelingüística, caracterizada como expresión primaria, incluyendo el llanto, gorgoros, balbuceos y juego vocal.

De 1 a 2 años, se establece el lenguaje inicial

De los 2 a 3 años, se establece la estructuración del lenguaje, y presenta dificultad con los fonemas R, L, S, los cuales son sustituidos por otros.

Ha de tomarse en cuenta que los anteriores son promedios, ya que el desarrollo individual tiene grandes diferencias.

En los niños pequeños, son dos las clases principales de anomalías que se dan en el desarrollo del habla. La primera consiste en un retardo en la adquisición del habla. La segunda es una falta de inteligibilidad adecuada o en casos menos graves, una articulación inexacta de algunos sonidos.

En el caso de un niño normal en todos sus aspectos: dentición, caminar, peso, etc., cabe esperar que hable alrededor de los dos años y medio o tres años. Si no emplea algunas palabras aisladas a los 15 ó 16 meses, debe prestarse una atención especial para estimular su actividad verbal. Por lo tanto no ha de considerarse a un niño como retardado en el desarrollo del habla antes de estas edades. Lo anterior, tiene validez tan solo para niños cuyo crecimiento anterior ha sido completo y normal.

Existen numerosas condiciones que pueden contribuir a postergar el comienzo del desarrollo del habla y su progreso, extendiendo el tiempo necesario más allá de los límites de lo normal para un niño determinado. Una lesión de nacimiento a menudo comporta la aparición tardía de muchas actividades incluso **el habla**.

El segundo tipo de irregularidad, se refiere a la inteligibilidad y precisión de los sonidos y palabras que emite. Estudios realizados con numerosos grupos de niños, demuestran que hasta los cinco, seis o siete años de edad, muchos de ellos no pronuncian todos los sonidos con precisión.

Si a los cuatro años el habla continúa siendo una jerga, o si media un impedimento físico como lesión cerebral, retraso mental, etc., deberá buscarse ayuda especializada.

A medida que el niño crece suele presentarse otra deficiencia, que es la repetición frecuente de sílabas, palabras, frases y oraciones; pero esto no es ninguna anomalía, sino que es frecuente entre los dos y los seis años de edad.

Existen muchas causas para el retraso en el habla, y a menudo se encuentran niños con bajo nivel de inteligencia, lesiones congénitas y otras anomalías que afectan el sistema nervioso central y a menudo ocasionan una percepción inadecuada.

Las lesiones cerebrales sufridas al nacer o a muy temprana edad, pueden producir la coordinación deficiente propia de la lesión del cerebro, la parálisis de los músculos que actúan al hablar o la insuficiencia perceptiva y expresiva. El aprendizaje del habla en estas condiciones se convierte en una tarea sumamente ardua y por lo general requiere un tratamiento especial³.

1.3. DISARTRIA.

"Este Término significa defecto en la articulación de las palabras. Anartria es la ausencia total de articulación".

Las alteraciones patológicas en la articulación de las palabras puede manifestarse en forma de omisión, sustitución o distorsión de los fonemas, lo cual afecta la inteligibilidad del discurso. Al decir cuando un error de articulación debe

³. Wendel, Jhonson. "PROBLEMAS DEL HABLA INFANTIL". Pág. 46.

ser considerado como disartria, es necesario comparar el lenguaje espontáneo de la persona examinada con los puntos y modos de articulación de una región.

Después de los tres años pueden considerarse como casos patológicos aquellos en que se encuentren múltiples disartrias y "jergas" que hagan el lenguaje ininteligible.

La disartria central, es una anomalía de la articulación, debida a una lesión orgánica del neuroeje.

1.3.1. Etiología.

La etiología de las disartrias centrales, comprende lesiones orgánicas del sistema nervioso central en las vías piramidales y extrapiramidales, en el bulbo raquídeo, en el cerebelo, en los centros secundarios de motricidad, comprendiendo también lesiones difusas de la corteza cerebral que no afectan en especial las áreas corticales del lenguaje.

El daño orgánico al que se atribuye la causa de las disartrias puede deberse a traumas, enfermedades del embarazo, factor R. H., accidentes del parto o neonatales, enfermedades corticales bulbares o cerebelosas.

1.3.2. Sintomatología.

Los errores de articulación pueden consistir en omisión, sustitución de los fonemas, pero a estos síntomas suelen agregarse otros, tales como cierta falta de habilidad motriz de los órganos de articulación, movimientos involuntarios o falta

de control voluntario de los movimientos finos, indispensables en la emisión de palabras.

En otras ocasiones se observan fallas en las asociaciones auditivo verbales, sin existir ningún problema aparente en el sistema de audición. en estos casos sustituyen o cambian fonemas de sonido parecido y antes de dar el diagnóstico definitivo es conveniente una exploración audiométrica.

Cuando las alteraciones de la articulación coinciden con los errores del dictado, de la escritura espontánea, y de la lectura, puede tratarse de una disartria central, pero solo después de un estudio neurológico se podrá confirmar o rechazar el diagnóstico.

Cuando las disartrias centrales se asocian a anomalías respiratorias de resonancia y de voz, constituyen el cuadro clínico de la disartrofonía.

Otro aspecto muy importante es la descripción y estado general de la evolución lingüística del niño, observando si coincide con su edad cronológica o con el grado de maduración psicomotora alcanzado.

A estos síntomas se pueden agregar alteraciones de la conducta, tales como fallas en la coordinación motriz general, su sentido del ritmo, en su atención, en su afectividad, en la falta de control emocional, etc."⁴.

⁴. Nieto Herrera, Margarita. Op. Cit. Pág. 171.

CAPITULO II

DAÑO CEREBRAL.

2.1. Definición.

La parálisis cerebral es un síndrome complejo con bases neurológicas, caracterizado por la impotencia funcional de un grupo de procesos motores que adquieren defectos invalidantes. Se define como un desorden cualquiera en la función motora, tal como parálisis, debilidad, falta de coordinación, movimientos involuntarios, se origina por fallas en los centros motores del cerebro.

2.2. Etiología.

Siendo la anoxia el común denominador de la lesión, las causas que pueden producirla son principalmente:

2.2.1. Causas congénitas.

Se incluye la incompatibilidad de grupos sanguíneos de los progenitores, deficiencia de los genes o del plasma de genes o del plasma germinativo, alcoholismo de los padres.

2.2.2. Causas Prenatales.

Cuando durante el embarazo se encuentran enfermedades infecciosas de la madre, dietas deficientes, avitaminosis, y lesiones.

2.2.3. Causas Perinatales.

Incluye lesiones ocasionadas en el momento del nacimiento, uso de fórceps, parto acelerado, y prematurés.

2.2.4. Causas Postnatales.

Traumatismos, infecciones, encefalitis, meningitis, etc.

Todos los factores antes mencionados, pueden causar lesiones más o menos severas en diversas zonas del sistema nervioso central, que van a originar anomalías motrices invalidantes, características de la parálisis cerebral infantil.

2.2.5. Síntomas.

Los síntomas clínicos más comunes en los cinco tipos puros de parálisis cerebral infantil, son principalmente:

- 2.2.5.1. **Espástica.** Aumento del tono muscular y de los reflejos.
- 2.2.5.2. **Tónicas.** Disminución del tono muscular, aumento o disminución de los reflejos (pueden haber movimientos involuntarios).
- 2.2.5.3. **Distónica o rígida.** Aumento del tono muscular y reflejos normales.
- 2.2.5.4. **Atetosis.** Aumento o disminución del tono muscular, movimientos involuntarios y reflejos normales.
- 2.2.5.5. **Ataxia:** No hay disminución del tono muscular, desórdenes del equilibrio; puede haber atonía y los reflejos pueden ser normales o disminuidos.

CAPITULO III

EL LENGUAJE DEL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL.

"El retraso lingüístico que presentan estos niños se define como la ausencia de estructuración semántica a consecuencia de incapacidad para usar razonablemente el lenguaje.

En más o menos el 65% de los casos de daño cerebral, se presentan problemas del lenguaje, variando desde errores mínimos de articulación, hasta la imposibilidad absoluta para mover los órganos del lenguaje, hasta volver la palabra ininteligible.

La dificultad del lenguaje que presenta el niño con daño cerebral, depende en gran medida del tipo de Daño cerebral en particular. Por ejemplo: el espástico, con su excesiva tensión muscular y sus súbitos espasmos, tiende a producir un lenguaje explosivo interrumpido por largas pausas. El atetósico con sus movimientos involuntarios produce un lenguaje extraordinariamente variable. Los casos leves pueden presentar sólo pequeñas fallas de la articulación, mientras que los graves no hablan en absoluto. Se observa que la falta de control de la cabeza y la imposibilidad de deglutir con el resultado de sialorrea, agravan los problemas del lenguaje de los atetósicos. El paciente atáxico produce un habla incoordinada y carente de ritmo".⁵

"La evaluación detallada del lenguaje del niño con daño cerebral, muchas veces resulta imposible porque no es estable, pues varía en todo momento según el grado de espasticidad del instante, lo cual en si se rige en parte por la posición

⁵. Maissonny, Borel. "TRASTORNOS DEL LENGUAJE, LA PALABRA Y LA VOZ EN EL NIÑO". Pág. 40.

del cuerpo en el espacio en ese momento en particular y en parte por la intensidad de los estímulos que llegan del ambiente. Es importante que al trabajar con el problema de daño cerebral se encare el problema en su totalidad y no aislado en cualquiera de sus partes⁶.

3.1. Clasificación de los trastornos.

a) Hipertonía:

“Consiste en un aumento del tono, especialmente en los musculosa. “El niño hipertónico, debido a una musculatura demasiado rígida, se siente impulsado a forzar y maltratar su voz y por lo tanto, es necesario atirantar su faja abdominal, que tiende hacia adelante durante la formación.

Si tiene un temperamento exuberante, los esfuerzos serán todavía más intensos. Por todos estos motivos, la voz se torna ronca, agrietada y frecuentemente agravada.

b) Hipotonía.

Entre la sintomatología existe una deficiente adaptación postural y discriminación de las actividades espontáneas, descartándose la deficiencia mental como causa. La cuádruplejía hipotónica puede considerarse como un probable origen común de la hipotonía en la primera infancia.

⁶. IBID. Pág. 401.

c) **Espasticidad.**

En la espasticidad, el trastorno del tono, la rigidez muscular será siempre igual a sí misma. Con el mismo grado y una misma rapidez de estiramiento del músculo para la movilización activa o pasiva. Nos encontramos por tanto, en presencia de una dificultad permanente que entorpece en grado sumo el movimiento activo o pasivo, donde el músculo considerado es el antagonista. Una movilización muy lenta y suave posibilitará vencer la hipertonía siempre que el músculo no halla sido todavía atacado en una fibrosis secundaria.

La espasticidad se hace evidente cuando se intentan movimientos voluntarios y es pronunciado por la hipertonía y los reflejos hiperactivos. El niño espástico no puede desempeñarse con facilidad y control normal; el esfuerzo que realiza se hace patente o es capaz de iniciarlo porque el movimiento normal está bloqueado por el espasmo muscular. Se caracteriza por la creciente resistencia al movimiento pasivo rápido. En general aumentan los reflejos tendinosos profundos y pueden presentarse espasmos cuando se trata de una espasticidad pura; difícilmente quedan afectados los músculos de la boca, la lengua y la faringe. El lenguaje espásticos en este caso se desarrolla muy defectuosamente. Los movimientos involuntarios hacen que el habla sea disrítica, con una respiración inconsistente y con espasmos en la palabra; en otras ocasiones estos problemas hacen que el habla sea inconstante y poco inteligible provocando angustia, lo que bloque por completo su fonación.

d) **Atetosis.**

Esta enfermedad fue descrita como síndrome por el neurólogo norteamericano William A. Hammond. Empieza en edad temprana y se

Puede acompañarse de un bloqueo en el maxilar en posición aritmética, ya que los labios se dirigen hacia un lado.

e) Ataxia.

Según citación de los autores Borel, Gessell y Catherine, Barbath, y Nieto existen causas comunes en la ataxia ya que se debe a una lesión cerebelosa y se manifiesta por falta del equilibrio y coordinación. La ataxia pura es rara en los casos de daño cerebral. La ataxia para el tono muscular siempre es subnormal, lo que hace que los movimientos se tornen muy incontrolados. Sin embargo en muchos casos que a menudo se clasifican como atáxico, el tono muscular varía desde la hipertonía hasta la hipotonía. En el lenguaje de los atáxicos se observan fallas en la coordinación neofónica, habla lenta, fallas en el ritmo, modulación inconsistente combinada con monotonía en la inflexión vocal, lenguaje ininteligible vocales nasales; en las características sobresalientes en este tipo de pacientes así como la flacidez e hipotonía muscular de los órganos de articulación.

f) Tremor.

Los temblores son excepcionales en cuanto a la dirección de oportunidad de movimiento, pueden estar relativamente intactas. Según Gessell, Merani y Nieto los temblores son finos y rápidos, con una modalidad rítmica regular; pueden ser constantes, aparecer o aumentar con la actividad voluntaria. La postura el porte y el tono son generalmente normales dado que la incapacidad se limita a las extremidades superiores. Es habitual que los temblores y ataxias leves permitan la acción pero perturban su cumplimiento eficaz.

Se observa en el lenguaje tremórico un habla incoordinada, escondida, carente de ritmo, acompañado con nasalidad, con modulación inconsistente y respiración arrítmica, adición de las cuerdas vocales, articulación deformada, haciendo ininteligible el lenguaje.

g) Mixta.

Es una combinación de todos los síntomas clínicos que afectan la base de los desórdenes del habla, por lo consiguiente el problema del lenguaje es más severo y forma una unidad insoluble.

h) No clasificada:

Es aquella que presenta gran variedad de formas clínicas porque no se define realmente el padecimientos de los desórdenes del habla⁷.

⁷. Nieto Herrera, Margarita. Op. Cit. Pág. 243.

CAPITULO IV

4. RETRASO MENTAL.

4.1. Definición.

Los modelos adaptativos biomédicos y socioculturales representan dos enfoques fundamentales para la definición conceptual del retraso mental. Los partidarios del retraso biomédico insisten en la presencia de cambios básicos en el cerebro como condición sine qua non para el diagnóstico. Los defensores del modelo de adaptación sociocultural, destacan el funcionamiento social a las normas aceptadas. El enfoque sociopsicológico se centra en la alteración del desarrollo en la lactancia y los años preescolares, en las dificultades de aprendizaje en la edad escolar y en la mala adaptación sociovocacional de la edad adulta.

El retraso mental se refiere al funcionamiento intelectual significativamente por debajo de lo normal, que tiene lugar en forma simultánea con déficit de conducta adaptativa y se manifiesta durante el período de desarrollo. El DSM-III considera como retraso mental: Un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, que produce o está asociado con defectos o alteraciones de conducta adaptativa que tienen inicio antes de los 18 años.

Durante los primeros años de la alteración en el desarrollo, el ritmo de maduración o de adquisición de diversas actividades sensoriales y motoras suele proporcionar datos para diagnosticar deficiencia mental. Así, los retardos o las fallas en la evolución progresiva de la movilidad, lenguaje, control de la evacuación de la vejiga y el intestino, y la capacidad de interactuar con otros niños, revelan indicios del trastorno.

"El concepto clínico de la Oligofrenia viene de Kraepelin y Pinel, su tratamiento médico pedagógico se remonta a Itard, Seguín, Binet y Simon y otros; han aumentado con sus estudios el caudal de conocimientos sobre la patología de la deficiencia mental en sus aspectos médico, clínico y pedagógico.

La oligofrenia, deficiencia mental, amnesia, son algunos de los términos que se han empleado para designar el estado deficitario de la inteligencia, que afecta a toda la personalidad y que según lo explica Gessell, representa una reducción o empobrecimiento de la potencialidad del crecimiento a consecuencia de lo cual la velocidad de maduración está retardada y el nivel máximo que alcanza la conducta descendido³

Los niños retardados mentales congénitos son lentos tanto en su desarrollo mental como en lo físico, no pueden levantar la cabeza, sentarse y caminar a su debido tiempo, manifiestan escasez, demoras y distorsiones en su lenguaje y en su pensamiento, todo ello en relación directa con el daño encefálico que padecen.

El concepto de la deficiencia mental debe abarcar además las consecuencias directas de la falta de desarrollo psicobiológico de estos seres en el aspecto social y educativo.

El criterio social se refiere al pronóstico de que el deficiente mental siempre mostrará falta de inteligencia e independencia en la lucha por la vida. En el aspecto educativo, estos niños requieren de métodos especiales y según el grado de retraso que presentan, los más profundos evolucionarán muy poco, por lo que

³ Consultar Fuente Referencial. Gessell, Arnold. "DIAGNÓSTICO DEL DESARROLLO". Págs. 143 - 144.

se les ha llamado "no educables o entrenables" y sólo los catalogados como "educables" serán los que puedan aprovechar más los beneficios de la educación.

4.2. Niveles de Retraso Mental.

El DSM-III-R, establece criterios diagnósticos de retraso mental, siendo los siguientes: A) Capacidad intelectual por debajo del promedio: Cociente intelectual de 70 o inferior. B) Déficit o deterioros concurrentes en la capacidad adaptativa: en la eficacia personal del niño para conseguir el rendimiento esperado por su edad y grupo cultural, en áreas como habilidades sociales y responsabilidad personal, comunicación, habilidades para resolver problemas cotidianos, independencia personal y autosuficiencia. C) Comienzo antes de los 18 años.

A partir de los criterios establecidos, existen cuatro niveles de gravedad que reflejan el grado de deterioro intelectual, lo cual se describe a continuación:

| NIVELES DE GRAVEDAD | COCIENTE INTELECTUAL |
|---------------------|----------------------|
| Leve | de 50-55 a 70 |
| Moderado | de 35-40 a 50-55 |
| Grave | de 20-25 a 35-40 |
| Profundo | por debajo de 20-25 |

NIVEL LEVE: Corresponde a la categoría pedagógica "EDUCABLE". Pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante el período preescolar. Aquí se agrupa al 85% de la población con retraso mental. Tienen deterioro mínimo en las áreas sensoriomotrices, por lo que es difícil distinguirlos de los niños normales, lo que obliga a establecer el diagnóstico en una edad más avanzada. Pueden vivir perfectamente adaptados a su comunidad, de forma independiente, en apartamentos supervisados, o en viviendas agrupadas.

NIVEL MODERADO: Equivale a la categoría de "ENTRENABLE", agrupa al 10% de la población. Pueden mantener conversación y aprender habilidades de comunicación durante el período preescolar. Se benefician de entrenamiento profesional, con supervisión mejorada pueden cuidarse a sí mismos; aprendizaje de habilidades sociales y laborales; los que siguen estudios son incapaces de progresar más allá del segundo grado. Aprenden a viajar en forma independiente por lugares familiares. En la vida adulta contribuyen a su propio mantenimiento, efectuando trabajos que no requieren gran habilidad, bajo supervisión. Se adaptan a la vida comunitaria, aunque normalmente viven en grupos de viviendas protegidas.

NIVEL GRAVE: (Del 3-4% de la población). Durante el período preescolar se observa un desarrollo motor pobre; el niño adquiere pocas o nulas habilidades verbales. Aprenden hábitos de conversación y de higiene. Se familiarizan con el alfabeto y el cálculo elemental, pueden leer y entender algunas palabras con valor de "supervivencia". En la vida adulta pueden hacer tareas sencillas bajo estrecha supervisión; se adaptan a la vida en comunidad.

NIVEL PROFUNDO: (Del 1-2% de esta población). Durante los primeros años muestran capacidad mínima para el funcionamiento sensoriomotriz. Requieren un entorno altamente estructurado, con ayuda y supervisión constantes y una relación personalizada con la persona encargada de su cuidado. El desarrollo motor, la autonomía y las habilidades de comunicación pueden perfeccionarse con entrenamiento. La mayoría vive en régimen de cuidados intermedios o con sus familias. Algunos practican tareas sencillas bajo atenta supervisión.

1.3. Etiología.

De manera general, el retardo mental puede ser de origen prenatal, neonatal y postnatal.

- a) Entre las prenatales: Enfermedades infecciosas de la madre, especialmente la varicela, perturbaciones del factor R. H., radiación, consanguinidad, edad avanzada de los padres, alcoholismo, etc.
- b) Anormalidades en el alumbramiento o connotables: falta de oxígeno en el encéfalo y obstrucción respiratoria debido al parto dificultoso, hemorragia cerebral, nacimiento prematuro, uso de anestésicos o del instrumental requerido, Ejem. forceps.

- C) Causas posteriores al parto o postnatales: Subdesarrollo encefálico, infecciones sifilíticas, hidropesía de la cabeza o hidrocefalia, encefalitis, meningitis, intoxicación química, saturnismo (intoxicación química por plomo o ciertos productos químicos), traumatismos craneales, deficiencia de la nutrición o anomalías, sobre todo de la hipófisis (glándula que regula el crecimiento) y de la glándula pineal, etc.

SINTOMATOLOGÍA:

Los síntomas a que se refiere la Asociación Americana de Deficiencia Mental son las siguientes: Bajo nivel de maduración, reducida capacidad de aprendizaje y desajuste social, que puede presentarse solo o relacionado con el bajo nivel de su funcionamiento intelectual. Según la Comisión Francesa de Nomenclatura y Clasificación de Jóvenes Inadaptados (LAGACHE), los deficientes mentales presentan las siguientes características: Deficiencia global de la personalidad, retraso acentuado en la esfera intelectual, evolución lenta de su desarrollo psicomotor. Lo que tienen en común las dos descripciones es que ambas hacen hincapié en que el retardo es global y que se acentúa en el aspecto intelectual.

De una manera general, se pueden clasificar los síntomas de la deficiencia mental en **psíquicos, somáticos y neurológicos.**

Entre los psíquicos, el predominante es la disminución congénita o adquirida de la inteligencia a una edad temprana. La debilidad de juicio crítico, la influencia y sugestión se ven aumentadas en actividades pueriles. La falta de sentido ético, es otra característica propias de la deficiencia mental. Se muestran alteraciones en el conocimiento subjetivo, la afectividad, el juicio moral, la percepción sensorial y el lenguaje o sea, que la deficiencia no se observa únicamente en la esfera intelectual,

sino que abarca toda la personalidad del individuo. A estos síntomas se puede agregar la conducta psicótica o antisocial.

En el aspecto somático, los síntomas pueden ser de muy diversa naturaleza, tales como ciertas características constitucionales acentuadas: asimetrías faciales, microcefalia, hidrocefalia, macrocefalia, o síntomas provocados directamente por traumatismo.

Los síntomas neurológicos pueden ser accesos convulsivos o cuando se presenta la deficiencia mental unida a la parálisis cerebral o a la afasia, presenta características comunes de estos padecimientos.

Clínicamente, las distintas formas de oligofrenia son de gran interés en el estudio neuro psiquiátrico de la deficiencia mental, pero por no querer desviarnos del tema principal, se mencionarán las principales formas peculiares de la oligofrenia: el mixoedema y cretinismo, causados por trastornos metabólicos, síndrome de Down, causado principalmente por anomalías cromosómicas.

De acuerdo al objeto de estudio de esta investigación, y a los objetivos que guiaron el desarrollo de la misma, se planteó la siguiente hipótesis de investigación:

"LA TERAPIA DEL LENGUAJE ES EFICAZ EN EL NIÑO CON LESIÓN CEREBRAL Y/O RETRASO MENTAL".

VARIABLE MANEJADA:

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DEL LENGUAJE.

Proceso objetivo a través del cual se logra incrementar el desarrollo de habilidades para la emisión del lenguaje articulado.

INDICADORES:

- Órganos fonoarticuladores.
- Patrones respiratorios.
- Lenguaje oral expresivo.
- Vocabulario.
- Sífonos y fonemas.
- Capacidad de atención.
- Capacidad perceptiva.
- Orientación témporo-espacial.
- Motricidad fina y gruesa.

CAPITULO V METODOLOGÍA

5.1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Para la conformación de la muestra objeto de investigación, fue necesario utilizar la técnica de muestreo intencional o de juicio, ya que se trabajó solamente con aquellos sujetos que cumplieran las características o requisitos previamente establecidos:

- 30 niños comprendidas entre los 7 y 10 años de edad.
- Estar diagnosticados como deficientes mentales y/o lesionados cerebrales.
- Sujetos de educación en el Centro Psicopedagógico Instituto Neurológico de Guatemala.

Estos niños asisten al Centro Psicopedagógico Instituto Neurológico de Guatemala, en jornada matutina, durante el período comprendido de 7:30 a 1:00 P. M., quienes son atendidos por educadoras especiales, en los niveles alto educable (recibiendo orientación e higiene personal) los del nivel más bajo, reciben educación física y educación musical. Dependiendo del nivel en que se encuentren y las necesidades propias de cada niño, algunos reciben fisioterapia y terapia del lenguaje.

Pertencen al estrato socioeconómico medio y medio bajo, por lo cual las cuotas a pagar en el Instituto Neurológico de Guatemala, van en relación directa con su dicha categoría o estrato, determinado por la trabajadora social.

Adicionalmente el Instituto Neurológico de Guatemala, trabaja con Escuela para Padres, involucrándolos en la educación de sus hijos.

6.2. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recopilación de la información que permitiera la comprobación o desaprobación de la hipótesis, fue necesario realizar un estudio tipo panel (medición antes y después del proceso de aplicación de la terapia del lenguaje), por medio de las siguientes pruebas:

TEST DE MECANISMO DEL HABLA: Para evaluar la estructura y funcionamiento de los órganos fonarticuladores.

TEST DE ARTICULACIÓN: Para la evaluación de la pronunciación de fonemas.

El proceso evaluativo se realizó en forma individual y permitió conocer que áreas del lenguaje hablado más afectadas.

6.3. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

a) Test de Articulación.

Test utilizado para evaluar la pronunciación de los fonemas, diagnosticando en cual de ellos hay mayor problema. Se constituye como test concreto y sin cambios, consta de 150 tarjetas con dibujos que representan palabras que evalúan los fonemas en sus tres posiciones (inicial, media y final). Es muy llamativo y fácil de evaluar. Se le pide al niño que observe el dibujo y diga el nombre de lo que ve, tiene un perfil en el que está inscrita la palabra correcta y el fonema a evaluar en sus tres posiciones. Esta prueba se considera muy objetiva, y motiva al niño, ya que las figuras están adaptadas al medio y son fáciles de reconocer. Su forma de evaluar es la siguiente:

SUSTITUCIÓN: Si reemplaza un sonido correcto por uno incorrecto.

OMISIÓN: Es la ausencia de un sonido en la palabra hablada.

ADICIÓN O INSERCIÓN: Cuando agrega un sonido que no pertenece a la palabra que pronuncia y que puede ser añadido en cualquier parte de ella.

DISTORSIÓN: Cuando produce en sonidos que se aproxima al fonema correcto pero que no resulta exacto, ni se encuentra en el sistema fonológico.

b) Test del Mecanismo de Habla.

Sirve para evaluar el funcionamiento de los órganos fonoarticuladores y su organización. El material a utilizar es, su perfil, en el que se va describiendo lo correcto e incorrecto de la estructura de los órganos y su funcionamiento. Se observa los labios, posición normal de los dientes, lengua, fauces, úvula, mecanismo de respiración, etc.

El material a utilizar es: El perfil, una linterna, baja lenguas, pajillas, cerrillos.

PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS:

- Fue necesario establecer contacto con la Dirección del Centro Psicopedagógico Instituto Neurológico de Guatemala, para obtener la autorización correspondiente y poder realizar el trabajo de campo, siendo necesario explicarle los propósitos de esta investigación.
- Revisión de expedientes para seleccionar los niños que reunieran los requisitos previamente establecidos (entre 7 y 10 años de edad, con diagnóstico de deficiencia mental y/o lesión cerebral).
- Establecimiento de rapport con los niños seleccionados.

- Evaluación inicial para establecimiento de diagnósticos, a través de la aplicación de los instrumentos seleccionados (test de articulación y test de mecanismo del habla).
- Formulación del programa de tratamiento específico a los problemas o limitaciones encontradas (ver plan de tratamiento).
- Aplicación individual del programa de terapia de lenguaje acorde a las limitaciones encontradas en el proceso evaluativo.
- Evaluación final para determinar el nivel de progreso adquirido por cada niño, posterior al proceso aplicación del programa correctivo de terapia del lenguaje.
- Evaluación de los alcances y limitaciones encontrados en el proceso.

CAPITULO VI

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan cuadros de los principales datos recabados a través del trabajo de campo y su respectivo análisis, de lo cual se infiere la comprobación de la hipótesis de investigación, la cual fue formulada de la siguiente forma:

“LA TERAPIA DEL LENGUAJE ES EFICAZ EN EL NIÑO CON LESIÓN CEREBRAL Y/O RETRASO MENTAL”.

CUADRO No.1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ACUERDO A RANGO DE EDAD

| EDAD CRONOLÓGICA | FRECUENCIAS OBSERVADAS | % |
|------------------|------------------------|------|
| 7 años | 2 | 6.67 |
| 8 años | 1 | 3.33 |
| 9 años | 9 | 30 |
| 10 años | 18 | 60 |
| TOTAL | 30 | 100 |

De los datos presentados, 18 casos, corresponden al 60% de la población valuada, con edad cronológica de 10 años.

En segundo lugar se encuentran 9 casos que hacen un total de 30% de la población, localizados en la edad cronológica de 9 años.

De los datos anteriores, se observa que el 56.67% de la población investigada corresponde a 17 casos de sexo masculino y 43.33 restantes, 13 casos, corresponden al sexo femenino.

| MASCULINO | % | FEMENINO | % |
|-----------|-------|----------|-------|
| 17 | 56.67 | 13 | 43.33 |

CUADRO No.2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO

En cuarto y último lugar, 10% de la población, con un total de 3 casos, corresponde al problema de Retraso lingüístico moderado, secundario a lesión cerebral.

CUADRO No.4
PROBLEMAS OBSERVADOS DESPUÉS DE LA APLICACIÓN
DEL PROCESO DE TERAPIA DEL LENGUAJE EN NIÑOS
DEL INSTITUTO NEUROLÓGICO DE GUATEMALA
Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTES.

| No. DE CASOS | PROBLEMAS | PORCENTAJES |
|--------------|--|-------------|
| 10 | RETRASO LINGÜÍSTICO MODERADO, SECUNDARIO A LESIÓN CEREBRAL. | 33 |
| 5 | RETRASO LINGÜÍSTICO LEVE, SECUNDARIO A LESIÓN CEREBRAL. | 16.67 |
| 7 | RETRASO LINGÜÍSTICO MODERADO, SECUNDARIO A SÍNDROME DE DOWN. | 23.33 |
| 3 | RETRASO LINGÜÍSTICO LEVE, SECUNDARIO A SÍNDROME DE DOWN. | 10% |
| 2 | RETRASO LINGÜÍSTICO LEVE, SECUNDARIO A RETRASO MENTAL. | 6.67 |
| 2 | SIN PROBLEMAS DE ARTICULACIÓN, SECUNDARIO A LESIÓN CEREBRAL. | 6.67 |
| 1 | SIN PROBLEMAS DE ARTICULACIÓN, SECUNDARIO A RETRASO MENTAL. | 3.33 |
| 30 | | 100 |

De acuerdo con los datos de este cuadro, posteriormente a la aplicación de la terapia de lenguaje en niños del Instituto Neurológico de Guatemala, se observa que el mayor porcentaje de la población, se localiza a nivel de retraso lingüístico moderado, secundario a lesión cerebral; haciendo un total de 10 casos y un porcentaje correspondiente al 33% de la población total.

En segundo lugar, se puede observar que el 23.33% de la población, con un total de siete casos, se ubican a nivel de retraso lingüístico moderado, secundario a síndrome de Down.

El tercer lugar corresponde al 16.67%, equivalente a cinco casos, ubicados en el nivel de Retraso Lingüístico leve, secundario a lesión cerebral

En cuarto lugar, se ubican dos casos de retraso lingüístico leve secundario a retraso mental, con un porcentaje correspondiente al 6.67%.

Por último se puede observar que dos casos que corresponden al 6.67% y un caso correspondiente al 3.33% del total de la población investigada, se encuentran sin problemas de articulación, secundarios a lesión cerebral en el primer caso y a retraso mental en el segundo caso.

NOTA: A simple vista pareciera que el cuadro No.3 refleja más severidad en relación al cuadro No.4 (refiriéndose ambos a la misma población), sin embargo a pesar de que el cuadro No.4, tiene mayores divisiones, demuestra menos severidad del problema.

En tercer lugar se observan dos casos, que corresponden al 6.67% de la población, localizados en los 7 años de edad cronológica y por último se observa un caso, que corresponde al 3.33% de la población total, con 8 años de edad cronológica.

En cuarto y último lugar, 10% de la población, con un total de 3 casos, corresponde al problema de Retraso lingüístico moderado, secundario a lesión cerebral.

CUADRO No.4
PROBLEMAS OBSERVADOS DESPUÉS DE LA APLICACIÓN
DEL PROCESO DE TERAPIA DEL LENGUAJE EN NIÑOS
DEL INSTITUTO NEUROLÓGICO DE GUATEMALA
Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTES.

| No. DE CASOS | PROBLEMAS | PORCENTAJES |
|--------------|--|-------------|
| 10 | RETRASO LINGÜÍSTICO MODERADO, SECUNDARIO A LESIÓN CEREBRAL. | 33 |
| 5 | RETRASO LINGÜÍSTICO LEVE, SECUNDARIO A LESIÓN CEREBRAL. | 16.67 |
| 7 | RETRASO LINGÜÍSTICO MODERADO, SECUNDARIO A SÍNDROME DE DOWN. | 23.33 |
| 3 | RETRASO LINGÜÍSTICO LEVE, SECUNDARIO A SÍNDROME DE DOWN. | 10% |
| 2 | RETRASO LINGÜÍSTICO LEVE, SECUNDARIO A RETRASO MENTAL. | 6.67 |
| 2 | SIN PROBLEMAS DE ARTICULACIÓN, SECUNDARIO A LESIÓN CEREBRAL. | 6.67 |
| 1 | SIN PROBLEMAS DE ARTICULACIÓN, SECUNDARIO A RETRASO MENTAL. | 3.33 |
| 30 | | 100 |

De acuerdo con los datos de este cuadro, posteriormente a la aplicación de la terapia de lenguaje en niños del Instituto Neurológico de Guatemala, se observa que el mayor porcentaje de la población, se localiza a nivel de retraso lingüístico moderado, secundario a lesión cerebral; haciendo un total de 10 casos y un porcentaje correspondiente al 33% de la población total.

En segundo lugar, se puede observar que el 23.33% de la población, con un total de siete casos, se ubican a nivel de retraso lingüístico moderado, secundario a síndrome de Down.

El tercer lugar corresponde al 16.67%, equivalente a cinco casos, ubicados en el nivel de Retraso Lingüístico leve, secundario a lesión cerebral

En cuarto lugar, se ubican dos casos de retraso lingüístico leve secundario a retraso mental, con un porcentaje correspondiente al 6.67%.

Por último se puede observar que dos casos que corresponden al 6.67% y un caso correspondiente al 3.33% del total de la población investigada, se encuentran sin problemas de articulación, secundarios a lesión cerebral en el primer caso y a retraso mental en el segundo caso.

NOTA: A simple vista pareciera que el cuadro No.3 refleja más severidad en relación al cuadro No.4 (refiriéndose ambos a la misma población), sin embargo a pesar de que el cuadro No.4, tiene mayores divisiones, demuestra menos severidad del problema.

CUADRO No.5

**PRINCIPALES PROBLEMAS DE LENGUAJE (A NIVEL FUNCIONAL)
ENCONTRADOS EN LA POBLACIÓN INVESTIGADA, ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN
DE LA TERAPIA DEL LENGUAJE, EN NIÑOS DEL INSTITUTO NEUROLÓGICO DE
GUATEMALA**

| No | ANTES | % | DESPUÉS | % |
|----|--|------|--|------|
| 1 | No articula | 3.33 | Sustituye r/r, c/j y distorsión dr. | 3.33 |
| 2 | Distorsión en diptongos y poca emisión en todos los sinfonos. | 3.33 | Distorsión en diptongo ñi, omisión r, l, b, c, t. | 3.33 |
| 3 | Sustituye S/L. C/L. C/t. omite y distorsiona o, r, s, g, y todos los sinfonos. | 3.33 | Sustituye c/t. | 3.33 |
| 4 | Fonemas en su mayoría con sustitución y distorsión, ecolalia. | 3.33 | Sustituye rr/j, fr/fl. | 3.33 |
| 5 | Omisión s, n, l y distorsión en sinfonos. | 3.33 | Sustituye dr/g, r/d. | 3.33 |
| 6 | No tiene lenguaje receptivo y expresivo. | 3.33 | Sustituye r/r. c/g. Distorsión dr. | 3.33 |
| 7 | Poco lenguaje expresivo, sustituye diptongos y distorsiona fonemas. | 3.33 | Sustituye s/ch, v/d, b/l. | 3.33 |
| 8 | No articula. | 3.33 | Sustituye s/ch, c/t, f/s. gr/g. | 3.33 |
| 9 | No articula. | 3.33 | Omite s, bl, fl, pl, fr, tr. | 3.33 |
| 10 | Sustitución y omisión de sinfonos. | 3.33 | Omisión de r en posición media, sustituye br/bl. | 3.33 |
| 11 | Lenguaje pausado, problemas de omisión de r y sustitución de todos los sinfonos. | 3.33 | Sustitución de k/t, br/bl, dr/dl. | 3.33 |
| 12 | Sustitución y distorsión en fonemas, sinfonos y diptongos. | 3.33 | Sustituye r/d, vl, r/d, c/j. pl/dl, gr/fl. | 3.33 |
| 13 | Lenguaje expresivo limitado y ecolalia. | 3.33 | Lenguaje claro y espontáneo. | 3.33 |
| 14 | Ecolalia, lenguaje expresivo limitado. | 3.33 | Lenguaje estructurado y espontáneo. | 3.33 |
| 15 | Distorsión en la mayoría de los fonemas. | 3.33 | Sustitución de c/g, v/d, pl/fl, r/l, k/t, cr/cl, fr/fl, cr/gl. | 3.33 |
| 16 | No articula. | 3.33 | Sustitución de k/j. | 3.33 |
| 17 | No articula. | 3.33 | Sustitución de g/f, s/f, v/d, omite sinfonos. | 3.33 |
| 18 | Omisión, distorsión y sustitución de fonemas y | 3.33 | Sustitución de g/d, s/ch, | 3.33 |

| | sinfonos. | | omisión de r final. | |
|----|--|------|---|------|
| 19 | Poca emisión de fonemas y distorsión en su mayoría, no espontaneidad. | 3.33 | Sustitución de n/h, r/d, pr/pl, c/g, tr/tl, r/s. Adición del fonema s al final de algunas palabras. | 3.33 |
| 20 | No articula. | 3.33 | Omisión del fonema l, sustitución de r/s. | 3.33 |
| 21 | Distorsión en todos los fonemas, sinfonos y diptongos, voz nasal. | 3.33 | Sustitución de dr/r, rr/j, j/g. | 3.33 |
| 22 | Ecolalia, respiración invertida, distorsión en todos los fonemas. | 3.33 | Sustitución br/bl, dr/dl. | 3.33 |
| 23 | No articula. | 3.33 | Omite s, dl, fl, tr. sustitución de r/s. | 3.33 |
| 24 | No articula. | 3.33 | Sustituye b/d, s/d, r/d, invierte algunos diptongos. | 3.33 |
| 25 | Distorsión de sinfonos, omisión de pr y tr, y sustitución en la mayoría de fonemas. | 3.33 | Sustituye l/j. Y/ch, n/m. | 3.33 |
| 26 | No articula. | 3.33 | Omite g, gl, invierte diptongos. | 3.33 |
| 27 | Habla infantil, distorsión y omisión en todos los sinfonos. | 3.33 | Sustituye pr/pl. | 3.33 |
| 28 | Sustituye d/y, r/d, l/d, distorsiones tr, gl, bl, poco lenguaje, se expresa con frases cortas. | 3.33 | Sustituye dr/g. | 3.33 |
| 29 | Distorsión y sustitución de algunos fonemas y ecolalia. | 3.33 | Lenguaje claro y espontáneo. | 3.33 |
| 30 | Distorsión de sinfonos, omisión de gr, dr, y sustitución en la mayoría de fonemas. | 3.33 | Sustituye n/h, b/d, n/m, rr/j. | 3.33 |

El cuadro anterior permite observar la forma en que evolucionaron los problemas de articulación, asociados a lesión cerebral, trastorno mental, y Síndrome de Down encontrados antes y después de la aplicación de la terapia del lenguaje, en los niños del Centro Psicopedagógico, Instituto Neurológico de Guatemala.

CUADRO No.6
PROBLEMAS ORGÁNICOS ENCONTRADOS AL EVALUAR
MECANISMOS DEL HAZLA, EN NIÑOS CON LESIÓN CEREBRAL, TRASTORNO MENTAL
Y SÍNDROME DE DOWN, DEL CENTRO PSICOPEDAGÓGICO INSTITUTO NEUROLÓGICO
DE GUATEMALA.

| | | |
|----|--|------|
| 1 | Dientes con diastema, amígdalas inflamadas, orofaringe angosta. | 3.33 |
| 2 | Órganos articuladores normales. | 3.33 |
| 3 | Orofaringe angosta, dientes con diastema, mala función de los labios. | 3.33 |
| 4 | Dientes con diastema, amígdalas inflamadas, orofaringe angosta, respiración poco profunda. | 3.33 |
| 5 | Incisivos superiores faltantes, poco movimiento lingual, amígdalas inflamadas, paladar ojival. | 3.33 |
| 6 | Amígdalas atrofiadas, úvula grande, orofaringe angosta. | 3.33 |
| 7 | Órganos articuladores normales. | 3.33 |
| 8 | Diastema, amígdalas inflamadas. | 3.33 |
| 9 | Dentadura rotada y cariada, mal funcionamiento de labios. | 3.33 |
| 10 | Úvula desviada a la izquierda, orofaringe angosta. | 3.33 |
| 11 | Dentadura rotada y cariada y paladar ojival. | 3.33 |
| 12 | Mal funcionamiento de labios, dientes rotados, orofaringe angosta y pilares inflamados. | 3.33 |
| 13 | Mala oclusión dental, úvula bifida y desviada a la derecha. | 3.33 |
| 14 | Orofaringe angosta, mala oclusión dental, úvula irritada, pilares inflamados, amígdalas atrofiadas, mal patrón respiratorio. | 3.33 |
| 15 | Dientes rotados con caries, paladar angosto, úvula pequeña, pilares y amígdalas inflamadas, respiración dificultosa. | 3.33 |
| 16 | Amígdalas inflamadas, úvula desviada a la izquierda, pilares inflamados, lengua asimétrica, mal patrón respiratorio. | 3.33 |
| 17 | Mal funcionamiento de la lengua, respiración invertida, faltan incisivos superiores. | 3.33 |
| 18 | Orofaringe angosta, úvula atrofiada, dientes rotados y faltan piezas dentales. | 3.33 |

| | | |
|----|--|------|
| 19 | Dientes rotados, amígdalas inflamadas, paladar ojival, mal función lingual, macroglosia. | 3.33 |
| 20 | Mala estructuración y funcionamiento de los labios, mal patrón respiratorio, macroglosia. | 3.33 |
| 21 | Mal funcionamiento de labios, mala oclusión, amígdalas inflamadas, macroglosia, úvula desviada. | 3.33 |
| 22 | Mal funcionamiento de labios, amígdalas inflamadas, pilares irritados, orofaringe angosta y macroglosia. | 3.33 |
| 23 | Cavidad oral reducida, macroglosia, voz nasal. | 3.33 |
| 24 | Macroglosia, dientes rotados y caries, paladar ojival, protuberancia maxilar inferior. | 3.33 |
| 25 | Macroglosia, orofaringe angosta, dentadura rotada y flotantes, amígdalas inflamadas. | 3.33 |
| 26 | Macroglosia, dientes rotados, amígdalas atrofiadas. | 3.33 |
| 27 | Pilares cortos, macroglosia. | 3.33 |
| 28 | Orofaringe angosta, dientes con caries. | 3.33 |
| 29 | Pilares cortos. | 3.33 |
| 30 | Paladar ojival, orofaringe angosta, macroglosia, amígdalas inflamadas. | 3.33 |

El cuadro anterior, refleja los principales problemas a nivel orgánico, encontrados antes y después del proceso de aplicación de la terapia del lenguaje en Niños del Centro Psicopedagógico, Instituto Neurológico de Guatemala.

ANÁLISIS CUALITATIVO:

De acuerdo a los objetivos que condujeron el desarrollo de esta investigación y a la hipótesis formulada, se seleccionaron a los niños que llenaran los requisitos establecidos, luego se procedió a realizar una evaluación tipo panel, antes-después, a través de la aplicación de las pruebas: Test de mecanismo del habla y Test de articulación. Este proceso evaluativo se realizó en forma individual. Los diagnósticos iniciales encontrados fueron los siguientes:

- Quince casos de retraso lingüístico severo secundario a lesión cerebral
- Tres casos de retraso lingüístico moderado secundario a lesión cerebral
- Nueve casos de retraso lingüístico severo asociado a síndrome de Down
- Tres casos de retraso lingüístico moderado secundario a retraso mental.

Posteriormente se procedió a la aplicación de un plan de tratamiento correctivo del lenguaje, utilizando como técnicas específicas:

1. Gimnasia de los órganos fonarticuladores
2. Desarrollo y estimulación de adecuados patrones respiratorios
3. Desarrollo y estimulación del vocabulario
4. Desarrollo y estimulación de sífonos y fonemas
5. Desarrollo y estimulación de la capacidad de atención
6. Desarrollo y estimulación de la capacidad perceptiva
7. Desarrollo y estimulación de relaciones témporo-espaciales
8. Desarrollo y estimulación de la motricidad fina y gruesa

El procedimiento llevado a cabo para la aplicación del tratamiento, fue el siguiente:

- En forma individual, se brindó atención específica, dependiendo de la severidad del problema encontrado.
- En forma grupal, se procedió la aplicación de la terapia del lenguaje expresivo, agrupándolos por categoría diagnóstica.

El tratamiento para la estimulación del lenguaje expresivo, se llevó a cabo durante el término de un año escolar, en tres sesiones por semana, los días lunes, miércoles y viernes, en horario comprendido de 9:00 A. M. a 12:00 M.

Finalizado el proceso de aplicación de la terapia de lenguaje expresivo, se procedió a evaluar nuevamente a los niños sometidos a proceso de terapia, a fin de establecer diferencias antes y después del tratamiento, encontrándose que éstos evolucionaron de acuerdo a la forma siguiente:

- Diez casos de retraso lingüístico moderado secundario a lesión cerebral
- Cinco casos de retraso lingüístico leve secundario a lesión cerebral
- Siete casos de retraso lingüístico moderado secundario a síndrome de Down
- Tres casos de retraso lingüístico leve secundario a síndrome de Down
- Dos casos de retraso lingüístico leve, secundario a retraso mental
- Dos casos sin problema de articulación secundario a lesión cerebral
- Un caso sin problema de articulación secundario a retraso mental.

Los treinta niños evaluados antes y después del tratamiento, evolucionaron positivamente, ya que disminuyó la severidad de sus problemas, lo cual puede observarse a través de los cuadros No.3 y 4. Los resultados observados a simple vista podrían parecer un incremento de las patologías, sin embargo denotan menor severidad de la problemática encontrada, por lo cual se procedió a la aceptación de la hipótesis de investigación: "La terapia del lenguaje es eficaz en

el niño con lesión cerebral y/o daño cerebral", ya que de retraso lingüístico secundario a lesión cerebral o asociado a síndrome de Down, de severo evolucionaron a moderado, y los moderados evolucionaron a retraso leve; además se presentó el apareamiento de la categoría niños sin problemas de articulación.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES:

1. Se aceptó la hipótesis formulada de la siguiente forma: "La terapia del lenguaje es eficaz en el niño con lesión cerebral y/o daño cerebral", ya que se observó una evolución positiva en los niños evaluados antes y después de la aplicación del proceso correctivo de terapia del lenguaje, lo cual se evidencia en el análisis presentado, ya que de retraso lingüístico secundario a lesión cerebral o asociado a síndrome de Down, de severo evolucionaron a moderado, y los moderados evolucionaron a retraso leve.
2. Se pudo determinar que los niños con problemas lingüísticos, secundarios a retraso mental o lesión cerebral, necesitan ser estimulados en todas las áreas del desarrollo.
3. En lo relacionado al lenguaje de niños con problemas secundarios a trastorno o lesión cerebral, se comprobó la necesidad de brindar tratamiento correctivo, durante el término mínimo de un año, para obtener resultados favorables.
4. Los problemas orgánicos que se encontraron al evaluar el mecanismo del habla en niños con Retraso mental o Lesión cerebral, son determinantes para la recuperación y desarrollo del lenguaje, ya que éste repercute funcionalmente, en la adquisición del lenguaje expresivo aceptable.
5. No existe tratamiento preventivo del lenguaje para este tipo de población, sin embargo se considera que el niño que inicia el tratamiento más temprano, obtendrá resultados mayormente favorables.

6. Es evidente que los resultados obtenidos se deben a la eficacia del proceso de aplicación de la terapia del habla, lo cual no hubiera sido posible sin el apoyo y participación del trabajo realizado por los padres de familia, ya que la mayor parte del tiempo de la vida del niño se desarrolla a nivel de su núcleo familiar y el logro alcanzado también es producto del trabajo de reforzamiento que los padres de familia realizaron con sus hijos.

RECOMENDACIONES:

1. Concientizar a padres de familia de los niños del Instituto Neurológico de Guatemala, de la importancia que tiene el lenguaje expresivo como medio de integración y aceptación dentro de la sociedad guatemalteca, a través de sistemas de información que la Dirección del Instituto Neurológico de Guatemala, considere pertinentes.
2. Que la Dirección del Instituto Neurológico de Guatemala, a través del grupo de maestros que allí laboran, den a conocer a padres de familia, la necesidad de que cada niño debe recibir un tratamiento del lenguaje específico a su problemática.
3. Que las autoridades de diversas instituciones vinculadas a la atención y tratamiento de niños con problemas o discapacidades mentales, incluyan en sus programas de trabajo, programas orientados a la rehabilitación del lenguaje, que sean accesibles económicamente, a la población guatemalteca que sufre este tipo de disfunciones.
4. Se recomienda a los padres de familia de los niños con discapacidades mentales, asistir puntualmente a sus citas, para evitar interferencias en el tratamiento de rehabilitación del lenguaje de sus hijos discapacitados.
5. Es necesario realizar investigaciones como ésta en otras instituciones y con población que reúna las mismas características, con lo cual se lograrán obtener datos generales para la población guatemalteca.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cruikshank, William M. "EL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL EN LA ESCUELA, EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD". Editorial Trillas, México, D. F. 2da. Edición 1987.
2. De Ajuriaguerra, J. **MANUAL DE PSIQUIATRÍA INFANTIL**. Editorial Masson, Barcelona - México 1,983.
3. Johnson, Wendell. **PROBLEMAS DEL HABLA INFANTIL**. Editorial Kapeluz, Buenos Aires, 1,973.
4. Kolb, C. Lawrence. **PSIQUIATRÍA CLÍNICA MODERNA**. La Prensa Médica Mexicana, S. A. México 1,983.
5. Nieto Herrera, Margarita E. **EXPLORACIÓN DEL NIVEL LINGÜÍSTICO EN EDAD ESCOLAR**. México D. F. 1,984.
6. Nieto Herrera, Margarita E. **ANOMALÍAS DEL LENGUAJE Y SU CORRECCIÓN**. México D. F. 1,987.
7. Paz Berruecos, María y Paulina Sánchez Gavito. **EL ADIESTRAMIENTO AUDITIVO EN EDADES TEMPRANAS**. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S. A. 1,986.
8. Paz Berruecos, María. **LA TERAPÉUTICA DEL LENGUAJE**. Ediciones Científicas, La Prensa Médica Mexicana, S. A. 1,986.
9. Solomon, Philip y Vernon Patch. **MANUAL DE PSIQUIATRÍA**. Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V. México 1,976.
10. Vallejo Nájera, J. A. **INTRODUCCIÓN A LA PSIQUIATRÍA**. Editorial Científico-Médica 1,979.
11. Whittaker, James O. **PSICOLOGÍA**. Editorial Interamericana, 1,977.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
NIVEL TÉCNICO: TERAPIA DEL LENGUAJE
GRADO: SEGUNDO
DOCENTE: T.L. MERCEDES ARENALES.

EXAMEN DEL MECANISMO DEL HABLA.

NOMBRE _____ EDAD: _____ SEXO _____
EXAMINADOR _____ FECHA: _____ EXP.No. _____

LABIOS:

1. ESTRUCTURA

Tocan cuando los dientes de arriba y de abajo hacen contacto

SI _____ NO _____

2. FUNCIÓN

Pueden sobresalir: SI _____ NO _____

Pueden retraerse unilateralmente, Izquierdo: SI _____ NO _____

Derecho: SI _____ NO _____

Pueden retraerse bilateral: SI _____ NO _____

Número de veces que puede vibrar los labios 5 segundos:

Prueba 1 _____ Prueba 2 _____ Prueba 3 _____

Más que lo ordinario _____ Ordinario _____

3. Habla adecuada: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

DIENTES:

4. ESTRUCTURA:

Oclusión normal _____ Mala oclusión _____

Explicar _____

Relación anteroposterior de los incisivos normal _____

Mezclados _____

Los dientes de arriba y abajo aparecen en contacto _____

No están en contacto _____ Relación vertical de los incisivos; normal _____

Dientes en posición abierta _____ dientes en posición cerrada _____
 Continuidad del filo de los incisivos y cúspides: Normal _____
 rotada _____ Mezclada _____ faltan dientes _____ dientes superiores _____
 Supernumerarios _____
 Si falta la continuidad, identifique los dientes complicados y describa la naturaleza de la desviación:

3. LENGUA:

A. ESTRUCTURA

Tamaño con relación a los arcos dentarios: muy grande _____ apropiada _____
 muy pequeña _____ Simétrica _____ Asimétrica _____

B. FUNCIÓN:

La lengua puede rizarse arriba y hacia atrás; SI _____ NO _____
 No. de veces que puede tocar el cordón alveolar anterior con la punta de la lengua sin sonido en 5 segundos:

Prueba 1 _____ Prueba 2 _____ Prueba 3 _____ Más de lo ordinario _____
 Ordinario _____ Menos de lo ordinario _____
 Limitaciones del frenillo lingual:
 No. limitaciones _____ Algo limitado _____
 Muy limitado _____

C. ADECUACIDAD POR HABLA

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

4. MECANISMOS DEL PUNTO VELOFARINGEO:

A. ESTRUCTURA

PALADAR BLANDO

Intacto _____ Normal _____ Hendido _____ y reparado _____
 Simétrico _____ Asimétrico _____
 Longitud: satisfactorio _____ corto _____ muy corto _____
 Úvula: Normal _____ Bífida _____ desviada del centro a la derecha _____
 a la izquierda _____ ausente _____

OROFARINGE:

Profunda: Poco profunda _____ Normal _____ Profunda _____
 Ancho: _____ Angosto _____ Normal _____

B. **FUNCIÓN:**
PALADAR BLANDO:
Movimiento durante formación prolongada del fonema /a/ Nada _____
Algo _____ Mucho _____
Si existe algo de movimiento, la cantidad es igual en ambas mitades _____ más de la mitad derecha _____ más en la mitad izquierda _____

OROFARINGE:
Movimiento musical de las paredes faringeadas laterales durante la fonación del fonema /a/ nada _____ algo _____ mucho _____

CIERRE VELO FARINGEO:
Puede apagar un fósforo: Si _____ No _____
Puede tomar en pajillas: Si _____ No _____
Número de veces que puede decir /ka/ en 5 segundos.
Prueba 1 _____ Prueba 2 _____ Prueba 3 _____
Más que lo ordinario _____ ordinario _____ menos que lo ordinario _____
Número de veces que puede decir /P A T A K A/ con las ventanas nasales cerradas:

Prueba 1 _____ Prueba 2 _____ Prueba 3 _____ Más que lo ordinario _____ ordinario _____ menos que lo ordinario _____
Promedio de la rapidez por segundos de decir /P A T A K A/: ventanas nasales cerradas _____ Ventanas nasales abiertas _____
proporción _____
Adecuación para el habla: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

5. **FAUCES:**

A. **ESTRUCTURA**

AMÍGDALAS: normales _____ abultadas _____ atrofiadas _____
Ausentes _____

PILARES: normales _____ cicatrizados _____ inflamados _____
ausentes _____ más que lo ordinario _____ ordinario _____ menos que lo ordinario _____

B. **FUNCIÓN:**

Movimiento posterior durante la fonación del sonido /a/
Nada _____ algo _____ Mucho _____

C. **ADECUACIÓN PARA EL HABLA:** 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

6. MECANISMO DE LA RESPIRACIÓN:

A. FUNCIÓN

INSPIRACIÓN: Profunda e inaudible _____ profunda audible _____ poco profunda _____

Movimientos de la respiración: rítmicos _____ hace tirones _____

Movimientos de los hombros durante el habla: Nada _____ Algo _____ mucho _____

Puede jadear rápidamente por 5 segundos Si _____ No _____

Puede gritar: Si _____ No _____

Número de segundos que puede prolongar el fonema /a/ después de una inspiración profunda: Prueba 1 _____ Prueba 2 _____ Prueba 3 _____ Más que lo ordinario _____ Ordinario _____ Menos de lo ordinario _____

B. ADECUACIÓN PARA EL HABLA

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

7. SUMARIO Y EVALUACIÓN:

A. Especifique las desviaciones que ha considerado como significativas:

GRADO DE 4 _____

GRADO DE 3 _____

GRADO DE 2 _____

Relacione estas desviaciones a sus observaciones probando el habla del paciente.

También relacione estas desviaciones al programa futuro de Terapia del Lenguaje.

| | | | |
|----------|--|--|--|
| R | | | |
| RR | | | |
| SINFONES | | | |
| PR | | | |
| DR | | | |
| CR | | | |
| BR | | | |
| FR | | | |
| TR | | | |
| GR | | | |
| PL | | | |
| BL | | | |
| PL | | | |
| CL | | | |
| GL | | | |

CONCLUSIONES: _____

RECOMENDACIONES: _____

PLAN DE TRATAMIENTO Y APLICACIÓN DE LA TERAPIA DEL LENGUAJE PARA CORREGIR LAS DEFICIENCIAS ENCONTRADAS EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN INICIAL DE NIÑOS CON RETRASO MENTAL Y/O LESION CEREBRAL.

Este proceso para el desarrollo del lenguaje expresivo, se llevó a cabo durante el término de un año, tres sesiones por semana, los días lunes, miércoles y viernes en horario comprendido de 9:00 a 12:00 horas

AREA A ESTIMULAR: ÓRGANOS FONOARTICULADORES.

OBJETIVO: Ejercitar en el niño sus órganos fonoaarticuladores mejorando su articulación.

EJERCICIOS A DESARROLLAR:

1. LABIOS.

- Protuir los labios.
- Proyectarlos de abajo-arriba.
- Vibrar los labios.
- Abrir los labios, unirlos y proyectarlos al frente.
- Tracción del labio superior hacia abajo, con la ayuda del labio inferior.
- Separar de los incisivos el labio superior y el inferior, utilizando el dedo pulgar y el índice.
- Estirar los labios hacia abajo y hacia arriba, con el dedo pulgar.

2. LENGUA.

- Introducir el dedo índice en la boca del niño y pedirle que haga fuerza con la cara anterior de la lengua.
- Mover la lengua de derecha a izquierda.
- Vibrar la lengua.
- Meter la lengua y sacarla rápidamente.
- Poner una paleta a 2 cms. de la lengua e indicarle al niño que trate de tocarla con la punta de la lengua.
- Poner al niño a silvar, para que la lengua se doble y se mantenga en movimiento.
- Colocar miel en el paladar del niño y pedirle que la toque con la punta de la lengua.
- Colocarle miel alrededor de la boca para que la toque con la lengua.

MATERIALES INDISPENSABLES:

Paletas, miel, bajalenguas.

PROCEDIMIENTO:

El terapeuta y el niño se sitúan frente a un espejo y realizan los ejercicios mencionados anteriormente.

AREA A ESTIMULAR: Patrones respiratorios.

OBJETIVO: Ejercitar órganos respiratorios para adecuarlos y lograr una mejor respiración.

EJERCICIOS A DESARROLLAR:

- Inspiración nasal, lenta, regular y completa.
- Retención del aire.
- Respiración silbando suavemente y luego fuertemente.
- Espiración nasal, cortada, sin inspirar nuevamente, en 3 ó 4 aspiraciones, hasta agotar el aire de reserva.
- Inspiración nasal, moviendo las alas de la nariz.
- Apagar una vela, soplando con fuerza el aire.
- Hacer pompas de jabón.
- Lenguaje oral expresivo.
- Soplar un cono sobre la mesa.
- Soplar papeles que se colocarán sobre la mesa.
- Soplar agua con una pajilla.
- Soplar pitos de todas clases.

PROCEDIMIENTO:

Terapeuta y paciente efectuarán los ejercicios cinco veces cada uno.

MATERIALES:

Pajillas, pitos, papeles.

AREA DESARROLLO Y ESTIMULACIÓN DEL VOCABULARIO.

OBJETIVO: Lograr una mejor estructuración y enriquecimiento del vocabulario del niño.

EJERCICIOS A DESARROLLAR:

- Enseñar figuras al niño para que él las identifique.
- Nuevamente se le presentan las fichas, indicándole el nombre de cada una de ellas, para que el niño repita.
- Contarle cuentos de acuerdo a su nivel y que posteriormente el repita lo que se le quedó.
- Mostrar láminas y que el niño describa lo que ve.
- Enseñar al niño figuras de animales y hacerle los sonidos respectivos de cada uno de ellos.
- Que el niño imite el sonido de cada animalito que se le ha mostrado.
- Preguntar al niño qué cosas hay en su casa.
- Enseñarle los nombres de las personas que conviven con él.

MATERIALES:

Láminas, libros de cuentos, animalitos plásticos, hojas de papel, crayones.

AREA: Estimulación de sinfonos y fonemas.

OBJETIVO: Mejorar el lenguaje expresivo del niño, a través de la pronunciación correcta de fonemas y sinfonos.

EJERCICIOS A DESARROLLAR:

- Doblar la punta de la lengua hacia arriba y hacia atrás, con ayuda de los incisivos superiores.
- Doblar la punta de la lengua hacia abajo y hacia atrás, con ayuda de los incisivos inferiores.
- Doblar la lengua en sentido anteroposterior, hasta unir los bordes con ayuda de los labios.
- Llevar la punta de la lengua hacia arriba, estando el resto de ella en sentido horizontal.
- Colocar la punta de la lengua entre los labios y hacerlos vibrar con rapidez.
- Con la punta de la lengua, golpear suavemente la protuberancia alveolar superior.
- Con la punta de la lengua, rozar rápidamente la protuberancia alveolar superior.
- Con la punta de la lengua, rozar rápidamente la protuberancia alveolar hacia adentro, con la cara superior y hacia afuera con la cara inferior.
- Pronunciar la, la, la,..... rápidamente.
- Articular los fonemas t, d, t, d, t, d..... con rapidez. De igual manera t,l, t,l, t,l.
- Indicar la posición tipo, con la espátula, señalando el punto de contacto de la lengua con el paladar. Con la punta de la lengua, golpear la protuberancia alveolar, primero sin voz, y después con ella.

- Hacer notar que cuando se pronuncia la R, las mejillas no vibran, como sucede con la L. Para ésto, apóyese el dorso de la mano del niño en la mejilla y pronunciar, alternativamente la R y la L.
- Colocar el dorso de la mano frente a la boca, articular las dos formas y hacer notar la pequeña explosión de la R, que no se produce cuando es el fonema L, para ésto se oprimen las mejillas contra los molares impidiendo la salida lateral del aire.
- Pronunciar rápidamente tra, tra, tra... trara, trara, trara, trarara, trarara, tra, rara...
- Colocar la punta de la lengua como para articular la T, pero que no la emita, haciendo en cambio ra, ra.

PROCEDIMIENTO: Terapista y paciente realizarán los ejercicios frente al espejo.

MATERIAL:
Espejo, espátula.

AREA A ESTIMULAR: Capacidad de atención.

OBJETIVO: Incrementar la atención del niño para un mejor desarrollo de las actividades.

EJERCICIOS A DESARROLLAR:

- Que el niño indique que observa a su alrededor.
- Completar figuras.
- Agrupar objetos por color, forma y tamaño.
- Identificar sonidos de instrumentos.
- Mostrarle láminas y que diga que observa.
- Enseñarle dibujos y que diga que es lo que les falta.
- Enseñarle las partes de la figura humana y que las señale en su cuerpo, en el de otra persona, en un muñeco y en una figura de papel.
- Enseñarle los colores, a través de plasticinas, pelotas, papeles, trozos, etc.
- Contarle un cuento y que luego trate de contarlo.

PROCEDIMIENTO:

Enseñarle al niño como realizar las actividades, luego paciente y terapeuta las harán juntos y posteriormente se espera que el niño trate de hacerlas.

MATERIALES:

Figuras, papel de color, pelotas, pandereta, chinchín, pitos, muñeco, plasticina, trocitos.

AREA A ESTIMULAR: Capacidad perceptiva.

OBJETIVO: Que el niño reconozca algunas propiedades físicas de los objetos.

EJERCICIOS A DESARROLLAR:

- Presentar al niño varios objetos de diversos tamaños, pidiéndoles que señalen o tomen los más grandes, los más pequeños, o medianos.
- Mostrar al niño tres objetos iguales pero de diferentes colores sobre una mesa. Posteriormente enseñar al niño figuras iguales a las que están en la mesa y pedirle que traiga el que más se le parezca.
- Se reparte entre los niños varias figuras de plástico diferentes, tales como florecitas, cubitos, palitos, etc., luego se indica que se reunirán todas las figuras que sean iguales y el niño deberá depositar la que él posee.
- Repartir a los niños varias fichas de diferentes colores y luego pedirle que una las que sean iguales.
- Repartir botones de diferente forma, tamaño o color y pedir al niño que las reúna de acuerdo a esas diferencias.

PROCEDIMIENTO: Por medio de los ejercicios antes mencionados, se espera que el niño perciba las características de los objetos como son el tamaño, la posición y la forma.

MATERIALES

Figuras geométricas o caprichosas, figuras plásticas de cubos, palitos, tronquitos, florecitas, botones, fichas.

AREA A DESARROLLAR: Orientación témporo-espacial.

OBJETIVO: Lograr en el niño una mejor ubicación espacio-tiempo.

EJERCICIOS A DESARROLLAR:

- Enseñar al niño las diferencias entre el día y la noche, preguntándole que actividades realiza en ese tiempo.
- Que el niño aprenda a diferenciar el día que se descansa y el día que asiste a la escuela.
- Ubicar hoy, ayer, mañana.
- Preguntar al niño qué hace cuando siente frío.
- Preguntar al niño qué hace cuando siente calor.
- Que el niño reconozca lo frío, palpando un pedazo de hielo.
- Enseñarle los horarios de comida.
- Enseñar al niño las direcciones siguientes: atrás, adelante, arriba, abajo.
- A través del uso de una pelota, indicarle que la tire hacia arriba, hacia abajo, adelante, etc.
- Golpear la cara anterior y posterior de los incisivos superiores, rápidamente, con la punta de la lengua.

PROCEDIMIENTO:

A través de actividades lúdicas que el niño siga las instrucciones.

MATERIALES

Dibujos, recortes, pelotas.

AREA A DESARROLLAR: Motricidad fina y gruesa.

OBJETIVO: Estimular la coordinación psicomotora del niño para un mejor desarrollo de sus actividades.

EJERCICIOS A DESARROLLAR:

- **Pasar las hojas de una revista.**
- **Rasgar papel.**
- Pintura de dedos.
- Insertar clavos en un tablero.
- Recortar figuras de una revista y luego pegarlas, con ayuda de la terapeuta.
- Pegar pedacitos de papel de colores en un círculo.
- Modear con plastilina, siguiendo el modelo de la terapeuta.
- Recortar líneas rectas, curvas y quebradas.
- Abotonar y desabotonar.
- Cortar pajillas y luego hacer un collar con éstas.
- Arrugar papel.
- Hacer nudos con tiras de lana.
- Trazar una línea sobre el piso y que el niño camine sobre ella.

- Brincar en un pie.
- Correr.
- Subir y bajar gradas, colocando un cascabel en su zapato, para que preste mayor interés y motivación en lo que hace.
- Jugar pelota.
- Saltar cuerda.
- Subir y bajar los brazos.
- Aplaudir y llevar el ritmo con sus pies y cabeza.

PROCEDIMIENTO:

Inicialmente el niño y la terapeuta realizan los ejercicios, luego el terapeuta guiará al niño para que esto lo desarrolle solo.

MATERIALES

Revista, papel periódico, pintura de dedos, crayones, cuerda, pajillas, lana, plasticina, pelota.

GLOSARIO

AFASIA: (Carencia de la palabra)

Son trastornos complejos que alteran el lenguaje en cuanto a su comprensión, expresión y elaboración del pensamiento y que poseen las siguientes características

- 1) Ser producidas por lesiones focales de la corteza o del centro oval.
- 2) No se condicionados por trastornos motores o sensitivos, sensoriales primarios, de orden paralítico o anestésico, ópticos o acústicos. Son compatibles por consiguiente con la integridad de las funciones motoras y sensitivas, y de las percepciones elementales.
- 3) Ir acompañados en grado variable por elementos apráxicos y agnósticos.
- 4) Ir siempre asociados por trastornos más o menos profundos de la actividad intelectual, y en particular del pensamiento abstracto y sintético que pueden ser factores concomitantes o simples repercusiones de los trastornos del lenguaje.

ANOXIA O ANOXEMIA: (Sinonimia-Introversión)

El enrarecimiento de oxígeno que se origina en las asfixias por óxido de carbono, ahorcadura, estrangulación, descompensación cardíaca o rarefacción por la altitud, pueden ocasionar trastornos psíquicos. La anoxia producida en un recién nacido con ocasiones de un parto difícil puede ser causa de lesiones cerebrales indelebiles, generadores de epilepsia o de padecimientos neurológicos o de retraso mental.

ATAXIA:

No hay disminución del tono muscular, desórdenes de equilibrio, puede haber atonía y los reflejos pueden ser normales o disminuídos.

ATEROSIS:

Aumento o disminución del tono muscular, movimientos involuntarios y reflejos normales.

ARTICULACIÓN:

Se basa en el mecanismo de las respuestas condicionadas y demuestra de que los primeros sonidos se asocian con sonidos producidos por adultos y cómo luego se asocian con los objetos.

AUDIOMUDEZ:

Insuficiencia o retraso notable del lenguaje hablado, en adolescentes con audición normal y suficiente inteligencia, a quienes se designa a veces por "oyentes mudos". Jakes Ley, ha subrayado la importancia de las funciones gnósticas y práxicas en la integración de la función del lenguaje hablado, y demuestra que, si bien el déficit primario en la audiomudez afecta el lenguaje oral, lo desborda ampliamente y se hace acompañar de otras manifestaciones de la serie gnóstica y práxica.

AUTISMO: (Sinonimia Introversión).

Polarización de toda la vida mental del sujeto hacia su mundo interior y pérdida de contacto con el mundo circundante. El enfermo vive con su mundo familiar de sus deseos, angustias, sensibilidades e imaginación; esta son para él sus únicas realidades, el mundo exterior no es más que una apariencia o por lo menos es un mundo que carece de conexión con el suyo propio. Tal actitud hace que el paciente sea impenetrable e incomprensible. El autismo infantil precoz, afección autónoma, que aparecería a veces desde los primeros años y acarrearía la incapacidad de establecer relaciones normales con el medio ambiente, por lo que induciría a pensar en un retraso o una sordera. Estos niños "en su concha" tienen una memoria discordante, necesidades de rutina en su comportamiento e indiferencia aparente ante los circundantes. Los padres de estos niños suelen ser inteligentes, pero excesivamente dados a la abstracción.

AVITAMINOSIS:

Carencia de vitamina en el cuerpo.

CRETINISMO:

Con este nombre se conoce a un estado de degeneración psíquica y de retraso mental que se halla en relación con una insuficiencia tiroidea, revelada casi siempre por la presencia de un bocio, a veces de bastante volumen, que va creciendo con la edad. El cretino es de talla pequeña y su infantilismo se prolonga durante mucho tiempo, a veces incluso durante muchos años, o toda la vida. La cabeza es de volumen normal, o un poco reducida; es de tipo braquicéfalo, la frente es estrecha y el rostro suele estar surcado de arrugas, la mímica es poco expresiva, la dentición defectuosa y sometida a una caries precoz. El sistema piloso es poco desarrollado, la piel es seca. Existe una lentificación general en la actividad.

DISTORSIÓN:

Alteración sufrida por una onda determinada al atravesar un sistema transmisor o reproductor.

EGOCENTRISMO:

Disposición mental que mueve a algunos individuos a referirle todo a ellos, y a no abordar los problemas que se les plantean sino desde su punto de vista estrictamente personal, con menosprecio de los intereses vecinos o del interés general. Estos sujetos carecen total del sentido altruista.

ENCEFALITIS:

Se da este nombre a todo proceso inflamatorio que afecte el encéfalo, sea agudo o crónico, difuso o localizado, primitivo o secundario, debe diferenciarse de la encefalosis, que son procesos degenerativos propiamente.

ENCEFALOPATÍA:

Enfermedad del encéfalo, lesiones traumáticas del cerebro que se acompañan de alteraciones psíquicas.

ESPASMOS:

Es traducido por crisis súbitas de contracciones tónicas bruscas, simétricas, que ponen en juego los músculos del tronco y de los miembros, duran casi un segundo y se reproducen con frecuencia variable.

ESPÁSTICO:

Es un aumento del tono muscular y de los reflejos.

FIJACIÓN:

Adhesión intensa de la libido de una persona, a un objeto, a un estado del desarrollo psicosexual.

GENÉTICA:

Ciencia que estudia la herencia de los organismo y de modo de transmitirla.

HIDROCEFALIA:

Es el aumento de masa del líquido cefalorraquídeo en las cavidades cerebrales, ya por hipersecreción, ya por retención a causa de la impermeabilidad de los orificios comunicantes. En un adulto la hidrocefálea se manifiesta por el síndrome de hipertensión arterial, craneal, pero donde los huesos del niño todavía no están soldados, la distensión intraventricular acarrea un aumento considerable de la caja craneal (cráneo encefálico) y es costumbre llamar hidrocéfalos a tales sujetos.

INERCIA:

Actitud contraria a la actividad. Existe en todos los organismos y es análoga a la perseveración y la rigidez. Se acepta actualmente la existencia de un factor inercia.

INFANTILISMO:

Características propias de la infancia que siguen apareciendo en la edad adulta, cuando normalmente deberían haber desaparecido.

KINESTESIA:

Es una modalidad de la sensibilidad que informa sobre los movimientos de los diferentes segmentos corporales.

LENGUAJE:

Medio de comunicación entre individuos a través de un sistema de símbolos.

PUERILIDAD:

Así como la palabra puerilismo sirve para designar una transformación global, que afecta a toda la personalidad. El término puerilidad no se aplica más que a

ciertos conceptos, gestos, reacciones o actitudes que se producen en sujetos de comportamiento aparentemente normal y hacer resaltar su pobreza, su ingenuidad y su reflexión. Consiste en un rasgo esencial de ciertos débiles mentales, de numerosos comportamientos neuróticos y es también un síntoma que se revela en algunos casos de deterioro intelectual (demencias simples, seniles).

PSICOSIS:

Término general que designa las afecciones mentales más graves, sobre todo las características por una alteración global de procesos patológicos de una persona.

PSIQUISMO:

Funcionamiento psíquico, opuesto al funcionamiento físico, corporal o somático.

OLIGOFRENIA:

Término que designa todos los estados de insuficiencia mental en la infancia. Es muy corriente y corresponde a lo que hasta estos últimos años se designa en Francia como "Retraso Mental".

RIGIDEZ:

Falta de elasticidad en las funciones psíquicas.

RETRASO LINGÜÍSTICO: (Hipolalia).

Es un retraso en la expresión verbal condicionado por factores de carácter funcional, psicosomático o ambiental.

SATURNISMO:

Es una intoxicación con fijación electiva en la substancia gris y la frecuencia de las reacciones meningeas (meningitis saturnina), con espasmos vasculares cerebrales tan frecuentes en esa intoxicación. Así como eclipses cerebrales y los accidentes convulsivos, precedido siempre con un aumento de cefaleas, produciendo en algunos casos por la parálisis general saturnina, debido a la hipertensión.

SÍNDROME DE DOWN: (Mongolismo, Trisomía 21).

Descrito por Seguin (1884) bajo el nombre de "Idiocracia Furfuracea", por Langon Down (1866) bajo su nombre actual. El mongolismo es la primera encefalopatía que ha podido atribuirse a una aberración cromosómica, por Lagune Cautier y Turpin (1959). Clínicamente a una debilidad profunda se asocian -cuatro por lo menos- de los signos clínicos siguientes presentes, desde el nacimiento: pliegue palmar transversal único, quinto dedo plegado, manos cortas y espesas, aberturas palpebrales oblicuas hacia arriba y afuera, tercer párpado o epicanto en el ángulo interno del ojo, lengua desprovista de surco medio y arrugada (lengua escrotal) dientes mal colocados, paladar estrecho y ojival, branquicefalea (ausencia de la protuberancia occipital del cráneo).

SINTAXIS:

Ciencia que da las reglas para el orden de la construcción de las frases.

SORDOMUDEZ:

Sordera congénita o precoz que ha impedido la adquisición normal del lenguaje.

ÍNDICE GENERAL

| CONTENIDO | PÁG. |
|---|------|
| Presentación | 2 |
| Introducción | 3 |
| CAPÍTULO I | |
| LENGUAJE | 5 |
| 1.1. Antecedentes | |
| 1.2. Desarrollo normal del lenguaje | 6 |
| 1.2.1. Patología | 8 |
| 1.2.2. Desarrollo del habla | 9 |
| 1.2.3. Irregularidades en el desarrollo del Habla | 12 |
| 1.3. Disartria | 14 |
| 1.3.1. Etiología | 15 |
| 1.3.2. Sintomatología | |
| CAPÍTULO II | |
| DAÑO CEREBRAL | |
| 2.1. Definición | 17 |
| 2.2. Etiología | |
| CAPÍTULO III | |
| EL LENGUAJE DEL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL | 20 |
| 3.1. Clasificación de los trastornos | 21 |
| CAPÍTULO IV | |
| RETRASO MENTAL | |
| 4.1. Definición | 27 |
| 4.2. Niveles de retraso mental | 29 |
| 4.3. Etiología | 31 |
| PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS | 33 |
| CAPÍTULO V | |
| METODOLOGÍA | |
| 5.1. Selección de la muestra | 35 |
| 5.2. Técnica de recolección de datos | 36 |
| 5.3. Descripción de los instrumentos utilizados | 38 |
| CAPÍTULO VI | |
| PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS | 39 |
| CUADRO No.1 | |
| DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ACUERDO A RANGO DE EDAD | |

| | |
|---|----|
| CUADRO No.2 | |
| DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO | 41 |
| CUADRO No.3 | |
| PROBLEMAS OBSERVADOS ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE TERAPIA DEL LENGUAJE | 42 |
| CUADRO No.4 | |
| PROBLEMAS OBSERVADOS DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE TERAPIA DEL LENGUAJE | 44 |
| CUADRO No.5 | |
| PRINCIPALES PROBLEMAS DEL LENGUAJE ANTES Y DESPUÉS | 46 |
| CUADRO No.6 | |
| PROBLEMAS ORGÁNICOS ENCONTRADOS AL EVALUAR EL MECANISMO DEL HABLA | 48 |
| ANÁLISIS CUALITATIVO | 50 |
| | |
| CAPÍTULO VII | |
| CONCLUSIONES | 53 |
| RECOMENDACIONES | 55 |
| BIBLIOGRAFÍA | 56 |
| | |
| ANEXOS | 57 |
| EXAMEN DEL MECANISMO DEL HABLA | 61 |
| TEST DE ARTICULACIÓN | 62 |
| PLAN DE TRATAMIENTO Y APLICACIÓN DE LA TERAPIA DEL LENGUAJE | 64 |
| GLOSARIO | 71 |