



**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL**

**UNIDAD AJUSCO**

**INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA DE  
NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL EN EL  
ÁREA DE LENGUAJE ORAL EN EL INICIO DE  
INTEGRACIÓN DE LA EDUCACIÓN BÁSICA**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

**P R E S E N T A:**

**GABRIELA SARABIA CALZADA**

**ASESORA: CELIA ARAMBURU CEÑAL**

**MÉXICO D. F.**

**ABRIL, 2007**

## AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por darme  
la fuerza para continuar  
creciendo tanto emocional como  
profesionalmente.

A mi papá Antonio y  
mamá Isabel por todos  
los sacrificios que han  
hecho, por su apoyo,  
tolerancia y amor que me  
dan para poder seguir  
adelante, son mi fuerza.  
¡Gracias!

A todas mis amigas, amigos,  
que estudiaron compartiendo  
conmigo sus conocimientos y  
amistad en el trayecto de mi  
formación universitaria

A todos los maestros que  
hicieron posible mi  
formación profesional,  
sobre todo a mi asesora de  
tesis Celia por su  
paciencia, confianza,  
apoyo y seguridad que me  
ha brindado. ¡Gracias!

A mi “negrito”, Carlos por  
apoyarme, acompañarme y  
sufrido en este largo camino  
ya que a t  lado he podido  
levantarme de las caídas.

A mis amigas y compañeras  
del trabajo por alentarme a  
continuar con el proceso de  
este proyecto.

# INDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPITULO 1 Integración Escolar.	
1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Concepto de Integración.....	12
1.3 Fundamentos y Principios filosóficos de la integración escolar.....	16
CAPITULO 2 Necesidades Educativas Especiales (N.E.E.)	
2.1 La evaluación Psicopedagógica.....	21
2.1.1 Las adecuaciones curriculares.....	23
2.1.2 Tipos de adecuaciones curriculares.....	24
2.3 Trastornos neuromotores.....	31
2.3.1 Definición de parálisis cerebral.....	31
2.4 Etiología. ....	33
2.5 Identificación de niños y niñas con NEE en el ámbito escolar relacionados con la parálisis cerebral.....	36
CAPITULO 3 Lenguaje	
3.1 Desarrollo neuromotor, auditivo, psíquico y verbal normal.....	48
3.2 Desarrollo en el niño y niña con parálisis cerebral, alteraciones motoras relacionadas con la producción del lenguaje.....	55
3.3 Dislalia.....	58
3.3.1 La dislalia orgánica.....	62
CAPITULO 4 Método	
4.1 Primera fase: Evaluación Diagnóstica	
4.1.1 Planteamiento del problema.....	73
4.1.2 Sujeto.....	73
4.1.3 Antecedentes.....	73
4.1.4 Escenario.....	74
4.1.5 Instrumentos de evaluación psicopedagógica.....	75
4.1.6 Procedimiento.....	78
4.6 Informe de la Evaluación Psicopedagógica.....	80
4.2 Segunda fase: Diseño del programa de Intervención Psicopedagógica	
4.2.1 Proceso de intervención.....	86
4.3 Comparación de Resultados del pre-test y post-test del EDA.....	91
4.4 Actividades para la consolidación de la integración del niño.....	93
CONCLUSIÓN.....	95
RECOMENDACIONES.....	97
REFERENCIAS.....	99
ANEXOS.....	103

## RESUMEN

Este trabajo describe el caso de un niño de 4 años y 8 meses con parálisis cerebral espástica que estaba a punto de ser integrado a una escuela regular a nivel preescolar; el cuál presenta necesidades educativas especiales en el área de lenguaje oral especialmente; ya que este era poco entendible porque presentaba movimientos lentos e irregulares junto con problemas respiratorios y de fonación al momento de articular palabras.

Entonces el objetivo del proyecto era diseñar una intervención psicopedagógica en el área de lenguaje oral para mejorar la expresión cotidiana del niño. Para que se efectuara el programa de intervención se requirieron datos de los fonemas alterados que articulaba el niño; por lo que el instrumento aplicado tanto en la evaluación inicial como después de la intervención fue la propuesta de Miras y Fernández (1998) que es la Evaluación del Desarrollo Artulatorio. Esos resultados se compararon y se encontraron logros aunque muy lentos en el niño.

El programa de intervención se distribuyó en 16 sesiones distribuidas en 8 semanas contemplando la presentación de imágenes y juguetes; por lo que las actividades fueron lúdicas; es decir, fueron por medio de juegos. Es importante mencionar que para que se lograra el avance del pequeño fue esencial el apoyo de la familia; además de tomar en cuenta sus capacidades y no dificultades del niño.

## INTRODUCCIÓN

La integración escolar ha sido un campo en el cual no está abierto totalmente principalmente por los maestros y maestras, sin embargo con el tiempo se ha estado aceptando aunque en grupos muy reducidos. Tomando en cuenta que desde el gobierno de Juárez se ha ido tratando de integrar a las personas con necesidades educativas especiales (N E E) a una vida igualitaria de oportunidades para tener una vida lo más normal posible.

El presente trabajo tuvo como propósito valorar psicoeducativamente a un niño con parálisis cerebral; el cual presenta necesidades educativas especiales en el área de lenguaje oral y a punto de ser integrado al segundo año de nivel preescolar. Con esta problemática el niño necesitaba mejorar su articulación para que se le entendiera mejor en su expresión cotidiana.

Un punto muy importante a mencionar es que a las personas con deficiencia motórica no se les deben asociar con una deficiencia mental, por tanto, se busca que los niños y niñas con esta problemática participen en todas las actividades de su clase recibiendo los apoyos y adaptaciones necesarias para un mejor desarrollo; el cual debe estar orientado por medio de un trabajo individualizador, de normalización e integración.

Este trabajo está integrado por cuatro capítulos: en el primer capítulo se expone una breve investigación histórica de cómo se fue formando la atención para personas con N E E y cómo se ha ido vinculando con la escuela regular; además se expone la creación de escuelas de educación especial externa que atienden a niños con diferentes discapacidades. Con esta revisión se comenta sobre la integración educativa, la cual aborda fundamentos filosóficos, principios y términos que se relacionan con la integración educativa.

En el segundo capítulo se presenta la concepción de las necesidades educativas especiales, se describe qué es la evaluación psicopedagógica; es decir, el proceso inicial para identificar las N E E y qué tipo de adecuaciones requiere el niño o niña con las dificultades detectadas, ya sean de acceso; esto es, en las instalaciones de la escuela; como las específicas, que se refieren a los contenidos, la metodología, los propósitos y la evaluación del currículo.

Lo anterior se relaciona con la parálisis cerebral; así mismo, se habla de los tipos y características de esta dificultad neuromotora, las posibles complicaciones en el ámbito escolar, haciendo énfasis en el área de lenguaje; el cual está ampliamente explicado en el capítulo tres.

Continuando en el cuarto capítulo se expone la primera fase del trabajo; el cual, describe a nuestro sujeto y muestra el escenario donde se realizó esta investigación ya que fue en una estancia infantil para niños y niñas con discapacidad; ubicado en el Municipio de Atizapán de Zaragoza, Edo. de Méx.;

además de los instrumentos que fueron aplicados para realizar la evaluación psicopedagógica y el procedimiento que se siguió para recolectar la información para este proyecto.

Los resultados que proyectaron los instrumentos en la evaluación inicial fueron el punto de partida para poder realizar la intervención psicopedagógica la cual se expone en la segunda fase de la metodología.

En esta fase se encontraron muy marcadas las dificultades en el área de lenguaje oral del niño con parálisis cerebral; ya que este era poco entendible al articular las palabras y era urgente tratar este campo porque estaba a punto de ser integrado al segundo nivel de preescolar en agosto de 2005. Hay que mencionar que para realizar la evaluación e intervención, la derivación fue de la terapeuta que estaba a cargo del grupo en el que se encontraba el pequeño.

Entonces, la prueba que se retomó de la evaluación inicial y aplicarla después de la intervención es la de Miras y Fernández (1998) titulada Evaluación del Desarrollo Articulatorio (EDA), para apreciar las dificultades y logros que se dieron en cuanto a la articulación de los fonemas alterados que emitía el niño. Para que se logre esta parte del procedimiento se compararán los resultados del pre-test y pos-test. Por último el trabajo incluye las conclusiones a las que se llegaron a través de los resultados arrojados por el programa realizado.

El enfoque teórico empleado para este trabajo es humanístico propiamente dicho centrado en la persona; el cual es un proceso en el que la persona participa activamente en el proceso de aprendizaje y desarrollo integral; es decir, se crean condiciones favorables que faciliten el desempeño de capacidades tanto intelectuales como emocionales. (Rogers, 1978)

En el caso de este trabajo, el enfoque me permitió detectar en la evaluación las habilidades y dificultades que presentaba el niño, además de diseñar la intervención con actividades lúdicas para que pudiera corregir la articulación de los fonemas alterados y se diera entonces, un aprendizaje significativo.

# CAPITULO 1 INTEGRACIÓN ESCOLAR

## 1.1 Antecedentes

Durante el gobierno del presidente Benito Juárez se inicio la educación pública en México: se remonta a la ley de instrucción publica de 1861 y en esta, el compromiso fue de no dejar desprotegidas a las personas con discapacidades, expidiendo los decretos que dieron origen a la escuela nacional para sordomudos en 1867 y a la escuela nacional para ciegos en 1870, vigente hasta la fecha (S.E.P y D.G.E, 1994).

En 1872 se expidió el reglamento que establecía la educación y asilo de ciegos de ambos sexos entre las edades de 6 a 16 años así como el programa a impartir. Posteriormente en 1880 se aprobó el reglamento para la enseñanza de sordomudos. Entre las aportaciones significativas se menciona la inclusión de la enseñanza de oficios hoy conocida como capacitación laboral. En ese mismo año se publicó el diccionario universal de señas para sordomudos y sordomudas. En 1915 se funda la primera escuela en el país para la educación de los niños y niñas con deficiencia mental, en Guanajuato.

En 1921 se crea la Secretaria de Educación Pública y se realiza el primer congreso del niño mexicano; dos años después en 1923 se crea el departamento de psicopedagogía e higiene escolar. Más tarde en 1925 se creó el servicio de anormales mentales en la escuela de orientación para varones y niñas.

Posteriormente en 1935 se incluyó en la Ley Orgánica de Educación un apartado referente a la protección de los anormales mentales por parte del estado. En 1936 se fundo el Instituto Nacional de Psicopedagogía, con una función prioritariamente investigadora, al que se adscribió el Instituto Médico Pedagógico. En el mismo año se creo la escuela para niños y niñas lisiados. Consecutivamente en 1937 se abrieron la clínica de conducta y la de ortolalia (emisión perfecta de cada palabra) con el objeto de realizar una evaluación interdisciplinaria y brindar atención medica especializada a los niños y niñas con problemas en el desarrollo o la conducta así como atención pedagógica a los niños y niñas con problemas de audición y lenguaje.

Después en 1941 se modificó la ley orgánica de educación posibilitando la creación de escuelas para la formación de maestros en educación especial. Consecutivamente en 1942 se instalaron grupos diferenciales en la escuela anexa a la normal de maestros. Luego en 1945 se hicieron algunas modificaciones en la escuela nacional de sordomudos, considerando que la educación de los sordos debería aproximarse a lo más posible de los niños y niñas normales (Ecurra y Molina, 2000).

En el periodo comprendido entre 1900 y 1950 predominó el concepto de modelo asistencial, donde al sujeto de educación especial se le considera un individuo que requiere de ayuda permanente; ya que se contemplaban a estas personas vulnerables que requieren además de educación, protección (Saad, 2000).

Entonces en el periodo comprendido entre 1950 y 1979, prevalece el Modelo Terapéutico, en donde se le da mayor énfasis a la rehabilitación y cobra auge la orientación psicométrica; éste dio lugar al periodo de patologización, donde la idea pedagógica de la época era formar grupos escolares homogéneos (Saad, 2000).

En diciembre de 1970 se crea por decreto presidencial la Dirección General de Educación Especial con lo cual se inician acciones sistematizadas para el desarrollo de la educación especial a nivel nacional. Con la expansión de la atención en rehabilitación en 1973, se firma un convenio entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la Secretaría de Educación Pública y el Desarrollo Integral de la Familia para la creación de más centros de rehabilitación y educación especial en los estados, con la finalidad de optimizar los recursos para brindar una atención integral en rehabilitación y educación; así como proveer los apoyos técnicos necesarios para los niños y niñas con trastornos neuromotores, de audición, de visión y con deficiencia mental.

Años después en 1979 se crean los grupos integrados siguiendo el modelo educativo, el cual guía los servicios de apoyo a la integración educativa y escolar en México. La escuela regular siempre ha sido pensada para alumnos y alumnas denominados “normales”, por lo que los alumnos y alumnas que no se encuentren dentro de la norma son segregados. La manera de dar respuesta a las necesidades de estos alumnos y alumnas ha variado con el tiempo.

Se implementaron en nuestro país, algunas aulas de educación especial dentro de la escuela regular, para los niños y niñas de primer año que repetían y presentaban problemas en la adquisición de la lecto-escritura, así como la implementación de escuelas que atendían a los niños y niñas en el turno alterno, si su problema era sólo de aprendizaje. Por otro lado, se crearon escuelas de educación especial que atendían a niños y niñas con discapacidades diferentes, desde los 45 días de nacidos; en los dos casos se observaba segregación y señalamiento por sus demás compañeros (as) y amigos (as).

Con el informe Warnock en 1978 (Aguilar, 1991), Inglaterra abre una nueva concepción hacia los niños y niñas con discapacidades, ya que se les denomina alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales, lo cual les permite acceder a una escuela regular para su formación y se dejó de lado el término de “deficiencias”. Desde esta nueva perspectiva el alumno y alumna pueden ser estimulados en las áreas que se consideren que son para el beneficio de él o ella y no es regalado por sus deficiencias.



En marzo de 1985 se promulga en nuestro país el “Decreto de Ordenación de la Educación Especial” siendo uno de los recursos la incorporación a la escuela del maestro/maestra de apoyo. Por primera vez se plantea el apoyo a la institución escolar: se trata de diseñar sistemas de apoyo para el conjunto de la escuela y no para el alumno o alumna en lo concreto. El maestro y maestra de apoyo es el elemento por excelencia para proporcionar los recursos necesarios “Sin embargo, tiene el peligro de convertirse en una pieza más de un sistema educativo inmovilista y poco “innovador” En este mismo sentido Blanco (1992), señala:

“La escuela tiene que flexibilizarse para que tenga cabida una diversidad de alumnos con diferentes intereses, motivaciones y capacidades para aprender, de esta manera el aula se constituye en un ámbito idóneo para experimentar y validar la teoría en la práctica, en este sentido como dice Stenhouse, 1981 cada aula es un laboratorio y cada maestro un científico. El maestro debe reflexionar sobre su práctica innovando y adaptando los presupuestos teóricos a su propia realidad, en la medida que el docente asuma este rol dinámico de constante búsqueda de soluciones. Podemos decir que la innovación educativa es una realidad en las aulas y no sólo es cuestión de teoría”

Es durante la década de los setenta, como se ha señalado anteriormente, que empieza a cobrar fuerza el concepto de necesidades educativas especiales; el cual se refiere al conjunto de medios como los profesionales, materiales, de ubicación, de atención al entorno, etc. Por tanto, es preciso instrumentar para la educación de los alumnos y alumnas, que por diferentes razones, temporalmente o de manera permanente no están en condiciones de evolucionar hacia la autonomía personal y la integración social con los medios que habitualmente están en la escuela.

En marzo de 1990 en Jomtien Tailandia, la UNESCO recomienda educación para todos y queda establecida por todos los países la declaración mundial sobre educación para todos.

Posteriormente en 1993 se elabora el Proyecto General para la Educación Especial en México, cuyos puntos esenciales son los de terminar con un sistema de educación paralelo, operar con el modelo educativo, establecer una gama de opciones para la integración educativa y operar bajo los criterios de la nueva concepción de calidad educativa; el cual dice:

“La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como aquellos con aptitudes sobresalientes. Procurará atender a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones con equidad social. Tratándose de menores con discapacidad, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular. Para quienes no logren esta integración, la educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva, para lo cual se elaborarán

programas y materiales de apoyo didáctico necesarios.” (Escurra y Molina, 2000)

En 1994 con la declaración de Salamanca en la conferencia mundial sobre las necesidades educativas especiales se difundió en todo el mundo este concepto y se da importancia a la etapa de sensibilización en cuanto a la reorientación de los servicios de educación especial, en tres modalidades de atención; Unidades de Servicio de Apoyo a la Escuela Regular (U.S.A.E.R.), Centros de Atención Múltiple (C.A.M) y Unidades de Orientación al Público (U.O.P).

Las Unidades de Servicio de Apoyo a la Escuela Regular son aquellas que operan en las escuelas regulares de educación básica; su finalidad es trabajar cooperativamente con el personal administrativo y académico de las mismas, dentro del aula regular para facilitar la integración de los menores con necesidades educativas especiales, con o sin discapacidad. Esto es con la finalidad de guiar al personal docente de la escuela en lo concerniente al manejo de los niños y niñas con necesidades educativas especiales y dar orientación a los padres y madres de familia; estas unidades están conformadas por un equipo interdisciplinario como: director (a), maestro (a) especialista, trabajador (a) social y psicólogo (a).

Los Centros de Atención Múltiple dan atención psicopedagógica en turno alterno a aquellos niños y niñas que requieren apoyos específicos, o adicionales y brindan atención a niños y niñas con diversas discapacidades como la auditiva y visual; además de estimulación temprana entre otras, los cuales no pueden ser integrados en la escuela regular. Es escolarizada y se trabaja con base en el currículum de la educación básica, su organización ofrece atención desde educación inicial a niños y niñas desde 45 días de nacidos, educación preescolar, primaria especial, educación y capacitación para el trabajo hasta los 20 años de edad.

Entre sus propósitos está promover la inclusión a la escuela regular de aquellos alumnos y alumnas que puedan desenvolverse adecuadamente en la misma y dar apoyo para el logro de tal cometido, ofreciendo orientación al personal de estas escuelas, así como orientación a los padres y madres de familia.

La atención en CAM busca el desarrollo de todo el potencial del niño y niña, en todas las áreas. La actividad escolar se lleva a cabo en un ambiente rico en oportunidades de aprendizaje, estimulante y adecuando a la edad de los alumnos y alumnas. Considerando las altas expectativas sobre el desempeño y logro de los alumnos y alumnas, se busca que el personal de los centros comparta los propósitos y las bases técnicas que fundamenten el trabajo en los CAM. La atención tiene cierto carácter transitorio, ya que se pretende la integración de los menores a los servicios regulares (S.E.P, 2002).

En los casos de los menores que completan su educación en los CAM, se les promueve para capacitarlos y más tarde insertarlos al área laboral de acuerdo a las habilidades de cada persona para impulsarlos hacia el máximo desarrollo en su autonomía, autocuidado y de aprendizaje de los conceptos escolares básicos.

En todo momento, el propósito de CAM es la integración de sus alumnos y alumnas al ámbito educativo, social y familiar, por lo que será de gran valor que las actividades generen un sentimiento de pertenencia a la comunidad y establezcan nexos entre los (as) alumnos/alumnas y la gente con quien conviven diariamente.

Las Unidades de Orientación al Público atienden a todas las personas que así lo solicitan para recibir orientación de las diferentes discapacidades (visual, auditiva, motora, intelectual y autismo); así como de las necesidades educativas especiales y de los servicios educativos existentes que atienden a esta población. Está encargado de orientar a los padres y madres de familia, a los maestros y maestras y a la comunidad en general en torno al proceso de integración educativa (S.E.P, 2002).

Por parte de los Centros de Atención Psicopedagógicas de Educación Preescolar (CAPEP) tiene como propósito proporcionar servicios de evaluación y diagnóstico interdisciplinario a los alumnos y alumnas de los jardines de niños oficiales que presenten problemas en su adaptación al proceso educativo; así como dar atención psicopedagógica a quienes muestren dificultades en el aprendizaje, en el lenguaje o en su desarrollo psicomotriz.

En el caso de la estancia infantil en donde se realizó este trabajo; es dependiente del sistema DIF en Atizapan de Zaragoza; el cuál fue fundada el 7 de septiembre de 1997, que en aquel tiempo era la administración del Presidente Municipal Carlos Madrazo y su esposa la C. Rebeca Pimienta de Madrazo.

Esta estancia infantil fue la primera a nivel nacional en su género; la cual sigue brindando atención a niños y niñas con diferentes discapacidades tanto físicas como intelectuales; desde los 45 días de nacidos hasta los 11 años de edad. El objetivo que plantea la estancia infantil es brindar a los niños y niñas con capacidades diferentes una atención de calidad para un mejor desarrollo de sus habilidades y capacidades para facilitar su integración social.

Las terapias que ofrece son: estimulación temprana, terapia física, masoterapia, terapia de aprendizaje en la cual también se ven las áreas de comunicación, psicomotricidad, coordinación visomotora y actividades de la vida independiente; además próximamente se pondrá en función el área hidromasaje.

Como se ha podido ver a lo largo de la historia se han utilizado diferentes términos para referirse a las personas con alguna deficiencia física, sensorial o a quienes presentan graves problemas de aprendizaje o de conducta. La mayoría de estos términos son rígidos, por lo que actualmente se usan otros que valoran más

la condición de cada persona que su discapacidad. Verdugo (1995), señala que el enfoque actual es más humanista, ya que es necesario que desaparezcan las etiquetas y la clasificación para que se busque lograr una integración de estas personas. Es por ello que el siguiente apartado se referirá al concepto de integración.

## 1.2 Concepto de Integración

La integración consiste en que los niños y niñas con discapacidad y con dificultades de aprendizaje tengan acceso al mismo tipo de experiencias que el resto de su comunidad. Se busca su participación en todos los ámbitos (familiar, social, escolar, laboral) y por tanto la eliminación de la marginación y la segregación. El objetivo de la integración es unificar el proceso de formación integral de los niños y niñas con discapacidad en forma dinámica y participativa, aceptando sus limitaciones y valorando sus capacidades. Se brinda así a cada persona la posibilidad de elegir su propio proyecto de vida (D.G.E.E, 1991).

La N.A.R.C. (National Association for Retarded Citizens, E.E.U.U.) define la integración educativa como una filosofía o principio de ofrecimiento de servicios educativos que se pone en práctica mediante la provisión de una variedad de alternativas instructivas y de clases que son apropiadas al plan educativo para cada alumno y alumna, permitiendo la máxima integración instructiva, temporal y social entre alumnos y alumnas deficientes y no deficientes durante la jornada escolar normal (García, 2000).

Según García (2000), la integración educativa implica mantener a un niño o niña excepcional con sus compañeros no excepcionales en el ambiente menos restrictivo en el que pueda satisfacer sus necesidades. Para esto se requieren programas y servicios educativos flexibles que fluyan en un continuo y que permitan al niño (a) con discapacidad integrarse en cualquier punto de este continuo cada vez que sea necesario.

En 1980 se publicó un documento en el que se plantea una nueva aproximación conceptual y se habla de tres niveles diferentes: (García, 2000)

- Deficiencia
- Discapacidad
- Minusvalía

Lo que se pretende con esta clasificación es facilitar la adopción de criterios comunes y reducir la variedad de terminologías. Se habla de deficiencia cuando hay una pérdida o anomalía de alguna estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, este término se utiliza cuando los niveles alcanzados por los niños y niñas son insuficientes respecto a la demanda colectiva o individual;

como por ejemplo encontramos a débiles visuales, hipoacústicos, con parálisis cerebral, entre otros.

Se afirma de una discapacidad cuando, debido a la deficiencia, hay restricción o ausencia de ciertas capacidades necesarias para realizar alguna actividad dentro del margen que se considera "normal" para el ser humano. Representa e indica las consecuencias de la deficiencia en cuestión del rendimiento funcional y de la actividad del individuo.

Se dice que es una minusvalía cuando la situación es desventajosa para determinados individuos como consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desarrollo de lo que es considerado normal desde el punto de vista de los demás.

Al conceptuar a los alumnos y alumnas como niños y niñas con necesidades educativas especiales estamos diciendo que sus dificultades, para aprender, no dependen sólo de ellos o ellas, sino que tienen un origen interactivo con el medio.

Las necesidades educativas especiales aparecen cuando un alumno o alumna presenta un ritmo para aprender muy distinto al de sus compañeros y compañeras y los recursos disponibles en su escuela son insuficientes para apoyarlo en la adquisición de los contenidos establecidos en los planes y programas de estudio; por lo tanto, requiere de recursos mayores o diferentes que pueden ser: (García, 2000)

- a) Profesionales: maestro y maestra de apoyo, especialistas;
- b) Materiales: mobiliario específico, prótesis, material didáctico;
- c) Arquitectónicos: construcción de rampas y adaptación de distintos espacios escolares;
- d) Curriculares: adecuación de las formas de enseñar del profesor / profesora, de los contenidos e incluso de los propósitos del grado.

Las necesidades educativas especiales son relativas, por que surgen de la dinámica que se establece entre las características personales del alumno / alumna y de las respuestas que recibe de su entorno educativo. Es por ello, que cualquier niño o niña puede llegar a tener necesidades educativas especiales y no sólo aquél con discapacidad. Hay niños y niñas con discapacidad ya sea visual, motórica o auditiva que asisten a clases regulares y no tienen problemas para aprender, mientras que hay niños y niñas sin discapacidad que sí los tienen.

En el caso de los niños y niñas que presentan parálisis cerebral, las necesidades educativas especiales más frecuentes son: la accesibilidad a espacios e uso de instrumentos de alta tecnología, implementación de tratamientos rehabilitadores centrados en la manifestación de las lesiones y en

cuestiones curriculares; estas se deben adaptar en los objetivos, metodologías, actividades de aprendizaje y evaluaciones; principalmente.

Entonces llegamos a que no todos los niños y niñas con discapacidad tienen necesidades educativas especiales, ni todos los niños y niñas sin discapacidad están exentos de ellas, ya que éstas pueden ser temporales o permanentes; si un niño o niña tiene dificultades serias para acceder al currículo puede requerir apoyo por un tiempo o durante todo su proceso de escolarización.

Ahora bien, la integración educativa constituye un esfuerzo por generar las condiciones que permitan que los niños y niñas aprendan de acuerdo con sus potencialidades. Para Iván Escalante (citado en García, 2000), la integración es sinónimo de inclusión; es decir que no existe ninguna diferencia para él ya que la inclusión e integración conceptos abarcan lo mismo, a pesar de la polémica que desatan estos dos conceptos. Por tanto la integración educativa es entonces:

- Una consecuencia del derecho de todos los niños y niñas a educarse en ambientes normalizados.
- Una estrategia de participación democrática.
- Una filosofía o principio de ofrecimiento de servicios educativos.
- La puesta en práctica de una variedad de alternativas instructivas
- La permanencia en el aula regular del niño y niña con necesidades educativas especiales, junto con otros niños y niñas sin estas necesidades.
- Un compromiso por parte de la escuela y del docente de buscar las condiciones necesarias para que el niño y niña pueda acceder al currículo o realizar adecuaciones curriculares.
- La unificación de los sistemas educativos regular y especial.
- Una estrategia que busca que el niño y niña con necesidades educativas especiales se integre a nivel académico, social y de comportamiento.
- Una política para elevar la calidad de la educación de todos los niños y niñas.

Con respecto a la inclusión García (2000), comenta los siguientes aspectos:

- Que todos los niños y niñas asistan a las mismas escuelas, con los servicios y apoyos necesarios para alcanzar un buen aprendizaje
- Que las necesidades particulares de cada estudiante se satisfagan en un ambiente integrador.

Este movimiento coincide en lo esencial con los conceptos de integración educativa de las personas que requieren los servicios de educación especial e implica un cambio en: (García, 2000)

- La forma de entender las deficiencias
- La concepción de la educación especial
- Las modalidades educativas que se ofrecen a estos alumnos y alumnas
- La concepción del desarrollo humano
- La escuela, que debe plantear de manera distinta sus objetivos, su organización, su metodología, así como la evaluación promoción de sus alumnos y alumnas
- La forma y los criterios de evaluación de los servicios psicopedagógicos
- Los recursos que el sistema educativo actual proporciona
- La formación inicial y permanente del profesorado

Con respecto a este último es necesario que el maestro y maestra conozca y comprenda:

- Que el niño o niña con necesidades educativas especiales está en su clase por que se considera que es un mejor espacio educativo en comparación con el de las escuelas segregadoras para que el niño o niña pueda asimilar modelos de relación lo más aceptado para la sociedad en la que vivimos.
- Que el alumno o alumna integrados no representa más trabajo para el maestro y maestra, sino que implica un trabajo distinto.
- Que el alumno o alumna integrado (a) no perjudica el aprendizaje del alumno y alumna sin necesidades educativas especiales y que no aprende menos, sino que aprende de manera distinta, pudiendo beneficiar con ellos a los demás alumnos y alumnas.
- Que una de sus funciones es proporcionar a los alumnos y alumnas situaciones en las que puedan asimilar cultura. De esta forma, el maestro o maestra deja de ser exclusivamente un transmisor de la misma.

Es muy posible que cualquier maestro o maestra con algunos años de experiencia haya tenido en su clase algún alumno o alumna con muchas dificultades para aprender y que haya puesto en práctica ciertas estrategias para ayudarlo. Para estos maestros y maestras la presencia de los niños y niñas con necesidades educativas especiales no es una novedad.

Sin embargo, podría ser que lleguen a sentirse angustiados por la responsabilidad que implica las necesidades de dichos niños y niñas debido a que

hay veces que tanto los padres y madres como los propios maestros y maestras se crean expectativas de las cuales no siempre son las que esperan de los niños y niñas que presentan estas necesidades.

La diversificación de la práctica educativa es difícil al principio, por lo que se busca que los maestros y maestras estén más preparados para las nuevas demandas y que al aumentar su efectividad disfruten de su trabajo, que no sientan estresada la labor que implica atender a estas necesidades educativas especiales.

El cambio que se espera de los maestros y maestras tiene que ir acompañado necesariamente de cambios en las autoridades educativas, en el centro escolar, en su relación con sus compañeros/compañeras y en su vinculación con los padres y madres de los alumnos y alumnas; es decir, es necesaria la participación de este equipo para que los niños y niñas puedan superar las necesidades educativas especiales que presentan.

Por lo tanto, el maestro o maestra no debe afrontar la integración solitario (a) y aislado (a) en sus clases. Como se ha mencionado dicho el ideal es que, más que maestros y maestras integradores (as), haya escuelas integradoras. El maestro o maestra debe recibir apoyo de sus compañeros y compañeras, del director/directora, del personal de educación especial, de las familias y de las autoridades educativas.

El maestro y maestra deberán reflexionar e integrar a sus esquemas referenciales la noción de currículo y de adecuaciones curriculares así como una nueva concepción de la función de la evaluación; en el caso de la parálisis cerebral las decisiones más relevantes en la atención educativa deberán ser flexibles. Para ello el maestro o maestra tienen que tener en cuenta en todo momento los fundamentos y principios de la integración escolar.

A continuación se comentarán las bases filosóficas que dan pie a pensar que la integración e inclusión tiene que ver en un movimiento político y social.

### 1.3 Fundamentos y Principios Filosóficos de la Integración Escolar

Tras un estudio en el Reino Unido, Warnock y un grupo de expertos publican, en 1978, el informe Warnock (Aguilar, 1991). Lo reportado en dicho informe rompe el paradigma de los esquemas en esa época sobre la educación especial. Enfatizando que el nivel de desarrollo y aprendizaje de cada persona depende sólo de su capacidad y naturaleza, sin embargo, el informe puntualiza que el aprendizaje depende de las experiencias de aprendizaje que se le faciliten al sujeto.

Por lo tanto, se implican las interacciones del sujeto con su entorno físico y social, los objetivos de la educación han de ser los mismos para todos (as) los (as)



ciudadanos (as). Es en ese informe en donde aparece por primera vez el concepto de necesidades educativas especiales.

Los principales fundamentos filosóficos en los que se basa la integración educativa son:

➤ Respeto a las diferencias

En toda sociedad existen rasgos comunes como diferentes entre cada ser que la conforman. Las diferencias se deben a diversos factores, unos externos y otros propios de cada sujeto; pueden considerarse un problema que se resolvería homogeneizando a los individuos, o como una característica que enriquece a los grupos humanos. Por ejemplo no todos y todas tenemos las mismas necesidades, algunos o algunas pueden tener más que otros, a esta visión obedecen amplias reformas de los últimos años congruentes con una sociedad cada vez más heterogénea que establecen la necesidad de aceptar las diferencias y de poner al alcance de cada persona los beneficios y oportunidades para tener una vida normal. (Toledo, 1981)

➤ Derechos humanos e igualdad de oportunidades

El simple hecho de existir y pertenecer a la sociedad hace que todos y todas tengamos derechos y obligaciones; de su cumplimiento y respeto para el bienestar de la humanidad. Una persona con discapacidad, al igual que el resto de los ciudadanos y ciudadanas tiene derechos fundamentales, tal es el caso de una educación de calidad. Es por ello que debemos concebir primero, como personas y segundo como sujetos y algunos con educación especial; es decir, todos somos humanos, pero con diversas habilidades. Por lo tanto la integración educativa es un derecho de cada alumno y alumna con el que se busca igualdad de oportunidades para ingresar a la escuela. (García, 2000)

➤ Escuela para todos

En el artículo primero de la Declaración Mundial sobre Educación para todos va más allá de la garantía de que todos los alumnos y alumnas tengan acceso a la escuela; sino que también se relaciona con calidad. Para lograr ambos propósitos es necesaria una reforma profunda del sistema educativo; es decir, que la escuela reconozca y atienda a la diversidad (García, 2000). Entonces una escuela para todos sería aquella que:

➤ Se asegura que todos los niños y niñas aprenden, sin importar sus características

➤ Se preocupa por el progreso individual de los alumnos y alumnas, con un currículo flexible que responda a sus necesidades

➤ Cuenta con los servicios de apoyo necesarios

- Reduce los procesos burocráticos
- Favorece una formación o actualización más completa de los maestros y maestras.
- Entiende de manera diferente la organización de la enseñanza. El aprendizaje es un proceso que construye el propio alumno y alumna con su experiencia cotidiana, conjuntamente con los demás (García, 2000).

Con respecto a esto algunos principios generales que guían la operación y desarrollo de los servicios educativos para la integración educativa son la normalización, la integración, la sectorización y la individualización de la enseñanza mismos que a comentaremos a continuación.

Normalización: lo que interesa resaltar aquí es que la normalización implica proporcionar a las personas con discapacidad los servicios de habilitación o rehabilitación y las ayudas técnicas para que alcancen tres metas esenciales:

- Una buena calidad de vida
- El disfrute de sus derechos humanos
- La oportunidad de desarrollar sus capacidades

Integración: consiste en que las personas con discapacidad tengan acceso al mismo tipo de experiencias que el resto de su comunidad. Se busca su participación en todos los ámbitos (familiar, social, escolar, laboral) y por tanto la eliminación de la marginación y la segregación. Su objetivo es cooperar al proceso de formación integral de las personas discapacitadas en forma dinámica, aceptando sus limitaciones y valorando sus capacidades. Se brinda así al individuo que elija su propio proyecto de vida.

Sectorización: implica que todos los niños y todas las niñas puedan ser educados y recibir los servicios de apoyo necesarios cerca del lugar donde viven. Para ello deben descentralizar los servicios educativos.

Individualización de la enseñanza: se refiere a la necesidad de adaptar la enseñanza a las necesidades y peculiaridades de cada alumno y alumna, mediante adecuaciones curriculares.

Ahora bien, para que se logre con mayor eficacia este trabajo se debe retomar una visión humanística; que enfocada en la educación, sería centrada en el alumno y alumna; con este pensamiento teórico hay que recordar que aunque las personas tienen limitaciones; también pueden explotar sus habilidades para conseguir su propio desarrollo e integrarse.

Con respecto a lo anterior, se busca que la persona se haga conciente de sus problemas y por lo tanto, resolverlos para superarse; para ello debe contar con

la ayuda de los maestros y maestras para facilitarle el acceso al aprendizaje, para convertirlo en significativo en los niños y niñas con necesidades educativas especiales. Es por ello que los maestros y maestras deben ser comprensivos y combinar varios factores como son: la motivación e intencionalidad; es decir, que las cosas se pueden hacer planificándolas.

En síntesis; en este capítulo se ha visto que a lo largo del tiempo la transformación que se ha llevado en México para integrar a los niños y niñas con diferentes capacidades al ámbito educativo. Así mismo se ha revisado la concepción de integración para diferentes autores, además de los fundamentos y principios filosóficos en los que se apoya la integración educativa.

Por tanto, se ha llegado a la conclusión de que es importante mencionar, que para que se logre la inclusión de los niños y niñas a nivel social, es fundamental la integración escolar la cual debe incluir la reflexión, programación e intervención psicopedagógica; además de ofrecer las condiciones y el apoyo que precise el desarrollo de las posibilidades de cada alumno y alumna.

Entonces, la integración escolar es importante ya que es la que proporciona conceptos básicos que le pueden ser útiles a los niños y niñas con o sin discapacidad para aplicarlos a la vida cotidiana; siendo entonces, un aprendizaje significativo que permita un mejor desarrollo y autorrealización.

Por lo anterior, considero que el enfoque humanístico podría tener mayor éxito en nuestro país, porque podría servir para que las personas descubrieran en sí mismas las capacidades y potencialidades que puedan desarrollar.

La integración está encaminada a ofrecer calidad educativa a todos los niños y todas las niñas, con o sin discapacidad, en su desarrollo; para ello se requiere no discriminarlos; esto está respaldado en el Artículo 41 de la actual Ley General de Educación la cual dice:

“La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como aquellos con aptitudes sobresalientes. Procurará atender a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social” (Ecurra y Molina2000).

Por lo tanto, en la integración para las personas con necesidades educativas especiales se busca abarcar áreas tanto en la salud, recreación, deporte y educación; así como en los asuntos laborales; con el objetivo de que tengan estas personas autonomía mínimo en su vida cotidiana.,

En el siguiente capítulo se revisará de manera más detallada las necesidades educativas especiales y las adecuaciones curriculares que deben tomarse en cuenta para lograr que el alumno y alumna estén sujetos a un proceso educativo integrador.

## CAPÍTULO 2 NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (N. E. E.)

Es oportuno señalar cómo ha cambiado el término de “discapacidad” por el concepto de necesidades educativas especiales. Al respecto, Coll, Palacios y Marchesi (citados en García, 2000), indican que un niño o niña tiene necesidades educativas especiales cuando presenta dificultades mayores que el resto de los alumnos y alumnas para acceder a los aprendizajes que se determinan en el currículo que le corresponde por su edad (bien por causas internas, por dificultades o carencias del entorno sociofamiliar o por una historia de aprendizaje desajustada), necesitando para compensar dichas dificultades, adecuaciones de acceso o adaptaciones curriculares significativas en varias áreas de ese currículum.

Por otra parte Guajardo (1998), define el término como una pretensión de asimilar la interactividad social que se gesta entre los agentes y su realidad escolar, por lo que la propia discapacidad no es una causa de las N. E. E. sino las consecuencias sociales de ésta.

Las necesidades educativas especiales se relacionan, de manera directa, con el cómo se realice la formulación del currículum, la gestión escolar, la política escolar, la justicia de las colectividades y los derechos individuales. Las necesidades individuales son aquellas en las que se hace necesaria alguna modificación extraordinaria y diferente en cuanto al resto del grupo; éstas se derivan de las dificultades de aprendizaje las cuales pueden ser transitorias o permanentes (Blanco, 1992).

Al hablar de este concepto, se hace referencia a que todos los niños y niñas, a lo largo de su educación, pueden presentar dificultades para aprender. Estas dificultades, como se ha mencionado, pueden ser transitorias o permanentes y oscilar en un continuo de poco a muy significativas. La atención a estas necesidades consiste en adecuar el sistema educativo a las necesidades de todos (as) los niños y niñas, proporcionándoles los apoyos específicos para su aprendizaje. Es necesario señalar que no sólo se requieren técnicas para integrar al aula regular, sino que es indispensable partir de un cambio fundamental de concepción, tanto del aprendizaje y la enseñanza, como de las relaciones sociales que se dan en la escuela (Saad, 2000).

Entonces, en la integración educativa implica educar a niños y niñas con y sin necesidades educativas especiales en el aula regular, con el apoyo necesario. Ahora bien, el trabajo educativo con los niños y niñas que presentan necesidades educativas especiales, implica la realización de una evaluación psicopedagógica para que se hagan las adecuaciones pertinentes con la finalidad de que puedan tener acceso al currículo regular (Bless, 1996).

En el caso de la parálisis cerebral esta evaluación además de ser realizada por psicólogos, pedagogos y trabajadores sociales también debe ser efectuada por logopedas, médicos y fisioterapeutas debido a los problemas de salud, motores y de lenguaje que presentan estos niños y niñas.

Es por ello que a continuación se hará referencia de lo que es y pretende la evaluación psicopedagógica, para que podamos formar una valoración sobre lo que está ocurriendo con los niños y niñas con necesidades educativas especiales; es decir, que se detecte el problema para que desde ahí se adopten determinadas decisiones educativas. Esto se sustentará por medio de un informe psicopedagógico donde se plasma aquello que se ha evaluado y las decisiones tomadas al respecto.

## 2.1 La Evaluación Psicopedagógica.

Los maestros y maestras deben reflexionar e implementar nuevas técnicas para que los niños y niñas con necesidades educativas especiales accedan a la enseñanza y aprendizaje; un instrumento importante es la evaluación psicopedagógica.

La evaluación psicopedagógica es un concepto que implica el establecer unos objetivos, recoger información, analizarla, interpretarla y valorarla por medio de los datos obtenidos para tomar decisiones educativas respecto a los alumnos y alumnas evaluados; esto en relación al contexto familiar y escolar, por lo que es necesario evaluar el perfil de cada niño o niña de competencia y desarrollo actual (García, 2005).

Es por ello que hay que tener en cuenta que lo que se busca es detectar las necesidades educativas especiales de los alumnos y alumnas para abordar el proceso de enseñanza y no de destacar las limitaciones que pudieran tener.

Entonces la evaluación psicopedagógica es un proceso que tiene como centro de interacción lo que se da entre la situación actual del alumno o alumna y su contexto educativo (especialmente escolar) en orden al desarrollo de las capacidades de aquél que constituye los objetivos generales de la enseñanza (es decir, sus capacidades cognitivas, psicomotrices, de interacción social, etc.).

García (2005), señala que para realizar este proceso, la información que debe suministrar la evaluación psicopedagógica se organiza en tres apartados:

1. Información sobre el alumno o alumna que sea relevante para la intervención educativa.

2. Información sobre el entorno familiar y escolar en el que se desenvuelven, resaltando los aspectos del contexto que puede favorecer o dificultar el proceso de enseñanza aprendizaje.

3. Determinación de la situación curricular en la que el alumno o alumna se encuentra.

Con respecto al contenido del informe de valoración psicopedagógica será el siguiente: (García, 2005)

➤ Evaluación Relativa al alumno:

Se debe realizar una síntesis de los aspectos del desarrollo personal del alumno relevantes para la intervención educativa: historial académico y sobre el desarrollo general (biológico, psicomotor, intelectual, emocional, social, nivel de comunicación-lenguaje).

También se debe contemplar el nivel actual de competencia curricular: esto es lo que conoce o sabe hacer el alumno y alumna en relación al currículum del aula. En relación a la programación centro-aula, a las áreas curriculares y a la temporalización. Asimilación y utilización de los contenidos conceptuales, procedimentales o actitudinales alcanzados por el alumno y alumna en las diferentes áreas del currículum. La evaluación de la competencia curricular pasaría por tres momentos: el primero es la determinación de las áreas que precisan evaluación, el segundo es la evaluación ordinaria por parte del profesorado y el tercero es la evaluación en profundidad de las áreas afectadas (asistida por el orientador). Los aspectos a evaluar dentro de la competencia curricular pueden versar sobre:

➤ Dominio de técnicas instrumentales: lenguaje oral (vocabulario, entonación y construcción de frases), lenguaje escrito (grafía, ortografía y composición), lectura (comprensión, velocidad y madurez lectora) y aprendizajes lógicos-matemáticos (numeración, cálculo y resolución de problemas).

➤ Habilidades tecnológicas: método de trabajo y técnicas de trabajo.

➤ Conocimientos específicos en determinadas áreas: capacidades y contenidos.

De igual modo se debe tomar en cuenta el estilo de aprendizaje y motivación para aprender: condiciones físicas-ambientales más adecuadas, tipo de agrupamiento preferido (individual, pequeño grupo o gran grupo), lenguaje en el que prefiere presentar la información (oral, manipulativo, simbólico, figurativo), estrategias de aprendizaje que emplea (analíticas o sintéticas), contenido y

actividades que le interesan, capacidad de atención, reacción a aspectos novedosos y estructura motivacional (intrínseca o extrínseca).

➤ Evaluación Relativa al Contexto:

Se evaluarán los aspectos del entorno socio-familiar y del entorno escolar que resulten relevantes para la toma de decisiones curriculares.

Sobre el contexto del aula: evaluación social (agrupamiento, organización de las tareas, relaciones.) y evaluación académica (objetivos, contenidos, recursos, tiempo). Pertinencia de la programación en relación al alumno y pertinencia de las interacciones.

Sobre el contexto del centro: existencia y adecuación del Proyecto de Centro, ideología, contexto organizativo, contexto didáctico, clima institucional.

En cuanto al contexto socio-familiar se debe contemplar:

- Con respecto al alumno: autonomía en el entorno, medio de comunicación, interacciones familiares, rol, aficiones, etc.
- Con respecto a la familia: hábitos y pautas educativas, actitudes y expectativas ante el niño, conocimiento de su problemática.
- Con respecto al entorno social: recursos de que dispone y posibilidades educativas del mismo.

En el caso de la parálisis cerebral la evaluación psicopedagógica va a permitir determinar un conjunto de necesidades educativas específicas; el cual es el punto de partida para definir la forma de escolarización más adecuada para cada niño y niña con esta complicación; por lo que es importante hablar de adecuaciones curriculares.

### 2.1.1 Las Adecuaciones Curriculares

Las adecuaciones curriculares son una propuesta de trabajo que acerca a los alumnos y alumnas al desarrollo de sus potencialidades, respetando sus capacidades y limitaciones para la construcción del aprendizaje.

De este modo la acción docente viene a ser el elemento esencial que influye directamente sobre el desarrollo y el aprendizaje de todos los niños y niñas en el contexto escolar.

Estas adecuaciones constituyen la estrategia educativa para alcanzar los propósitos de la enseñanza: cuando un alumno (a) o grupo de alumnos y alumnas necesitan algún apoyo adicional en su proceso de escolarización. Estas adecuaciones deben tomar en cuenta los intereses, motivaciones, habilidades y necesidades de los alumnos y alumnas con el fin de que tengan un impacto significativo en su aprendizaje dependiendo de los requerimientos específicos de cada alumno y alumna, se pueden adecuar las metodologías de enseñanza, las actividades de aprendizaje, la organización del espacio escolar, los materiales didácticos, los bloques de los contenidos y los propósitos.

Al diseñar las adecuaciones curriculares, los maestros y maestras deben establecer ciertas prioridades basándose en las principales necesidades del alumno y alumna definidas mediante la evaluación psicopedagógica.

Para establecer estas prioridades, los maestros y maestras se pueden basar en los criterios que propone Puigdemívol (1996), que son:

- Criterio de compensación
- Criterio de autonomía/ funcionalidad
- Criterio de probabilidad de adquisición.
- Criterio de significación
- Criterio de variabilidad
- Criterio de preferencias personales
- Criterio de adecuación a la edad cronológica
- Criterio de transferencia
- Criterio de ampliación de ámbitos

Las características particulares del alumno y alumna definen cuál o cuáles criterios debe priorizar el profesor y profesora, con el apoyo del personal de educación especial y de los mismos padres y madres de familia. A continuación se comentan más detalladamente los tipos de adecuaciones y algunas características.

### 2.1.2 Tipos de Adecuaciones Curriculares

Las adecuaciones curriculares varían según las posibilidades de los alumnos y alumnas, algunas son adaptaciones poco significativas, que no afectan de manera fundamental lo previsto en el proyecto curricular ni la programación para el grupo-clase. Estos cambios pueden incluir las actividades, los materiales a emplear y las estrategias metodológicas a utilizar. En otros casos son significativas, ya que afectan no sólo al cómo hay que enseñar y evaluar sino al qué y cuándo es preciso hacerlo.



En cuanto a esto no hay que olvidar dos elementos importantes que son por un lado el maestro / maestra y por el otro el currículo para adaptarlo a las necesidades de cada niño y niña

El primer elemento que se refiere al maestro y maestra de grupo son la parte fundamental para realizar las adecuaciones curriculares ya que con apoyo del personal de educación especial, debe decidir los ajustes que el niño y niña requiere.

Hay que aclarar que las adecuaciones curriculares no son un regalo que se le da “al que le cuesta aprender”; es decir, de hacer fácil o empobrecer los contenidos; sino, que es una propuesta de trabajo que respeta las diferencias de cada persona que está aprendiendo, considerando el modo de construir de cada alumno y alumna para acceder a los contenidos.

El segundo elemento referente al currículo se expone en dos direcciones las cuales contempla:

- Las adaptaciones de acceso al currículo y
- Las adaptaciones curriculares específicas

Las adaptaciones de acceso al currículo consisten en las modificaciones o provisión de recursos materiales especiales como de comunicación y equipamiento específico que van a facilitar a los alumnos y alumnas con alguna limitación a acceder al aprendizaje del currículo ordinario. Estas adecuaciones van encaminadas a:

- Las instalaciones de la escuela
- El aula
- Apoyos personales para los niños y niñas con necesidades educativas especiales.

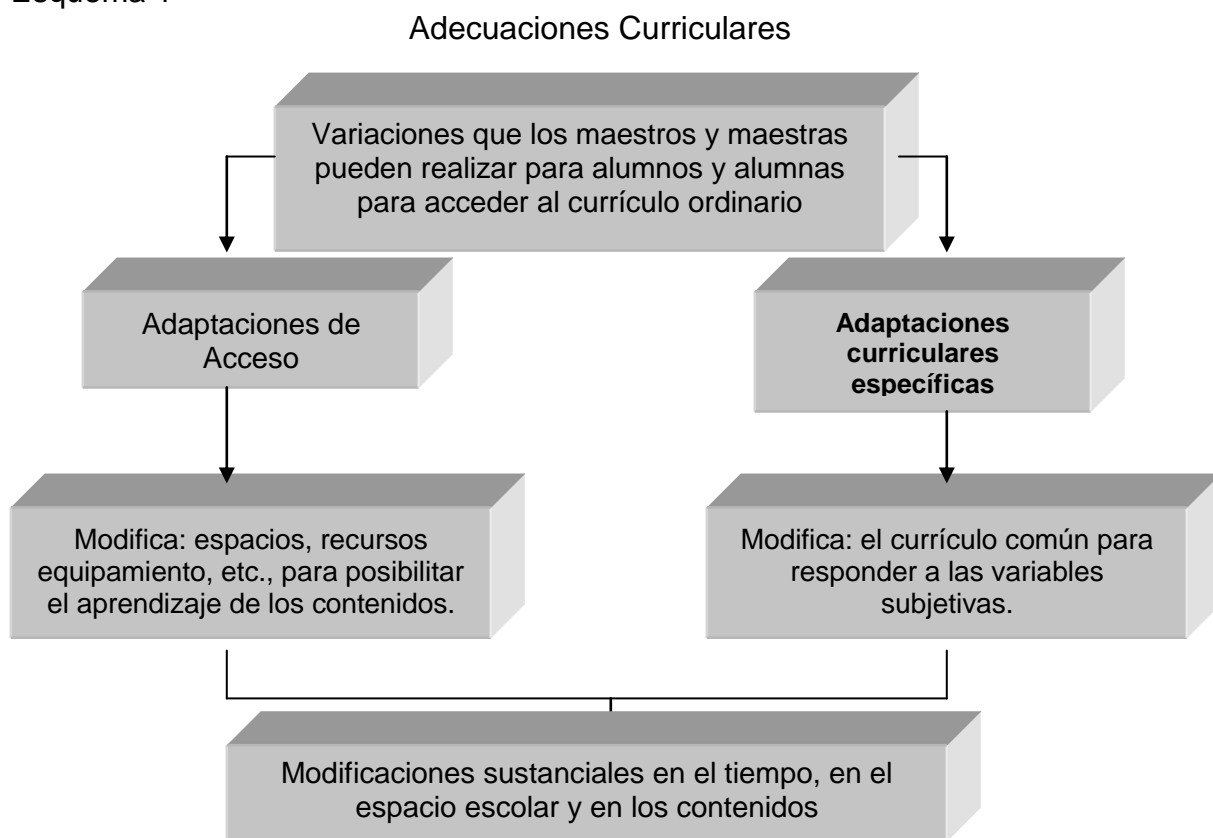
Las adaptaciones curriculares específicas son el conjunto de modificaciones que se realizan del currículo común para responder a las diferencias individuales de los alumnos / alumnas.

Estas adecuaciones se exponen en:

- La metodología
- En la evaluación
- En los contenidos
- En los propósitos

Lo antes mencionado se presenta el siguiente cuadro.

Esquema 1



Fuente: Borsani Ma. José, 2001: 45

Ahora bien tratando específicamente al alumnado con discapacidad motórica, discapacidad visual y auditiva estas adaptaciones curriculares nos van a servir estratégicamente para facilitar una atención educativa adecuada y equilibrar las siguientes dificultades con las que generalmente estos alumnos / alumnas se encuentran: (Gallardo y Salvador, 1999)

- Dificultades para la accesibilidad y desplazamiento por las dependencias del centro.
- Imposibilidad para mantener una postura adecuada durante la realización de las tareas escolares.
- Problemas en la manipulación y dificultades en la comunicación.
- Trastornos de aprendizaje

A continuación se comentan aquellas adaptaciones relacionadas con la discapacidad motórica

## ➤ Adaptaciones Curriculares de Centro

Dentro de las adaptaciones de acceso al currículo encontramos que este apartado se refiere a las barreras arquitectónicas que se han de modificar en el contexto educativo, para ello se debe hacer un análisis previo, para ver tanto las características y necesidades que presentan los alumnos y alumnas con discapacidad motora, como de la evaluación de las condiciones actuales del contexto para responder a estas necesidades. Estos cambios irán facilitando el acceso al centro, pasando por:

- La adaptación personalizada de los materiales escolares habituales, y
- La introducción de materiales más específicos.

Los elementos de acceso están constituidos por los recursos personales y materiales de un centro y son fundamentales, ya que una buena adecuación entre las necesidades de los niños y niñas y la adecuación del contexto puede llegar a tener un equilibrio en las adaptaciones en los elementos básicos de currículo (MEC, 1990).

En relación con los profesionales especializados como: logopedas, fisioterapeutas y cuidadores con el equipo de trabajo que intervienen en los centros cuando escolarizan alumnos y alumnas con discapacidad motora se tiene que resaltar la importancia de la cooperación interdisciplinaria de una organización interna que defina y coordine las funciones de cada profesional.

Por otro lado, en las adaptaciones de acceso en los elementos materiales es primordial sobre todo para las personas con alguna discapacidad motora, ya que se hacen adaptaciones de los accesos de aulas, espacios, material didáctico y mobiliario para que se pueda acceder al centro, además se deben tener los medios que ayuden a que los alumnos / alumnas accedan libremente y se comuniquen e interactúen en el mismo. Ahora bien, dentro de estos tipos de adaptaciones se encuentran:

- Las adaptaciones y materiales para facilitar la movilidad en el centro.
- Materiales que facilitan el desplazamiento
- Materiales y adaptaciones para facilitar el control postural
- Materiales y adaptaciones para facilitar la manipulación
- Materiales y adaptaciones para facilitar la comunicación
- Materiales específicos de fisioterapia y
- Adaptaciones en el material didáctico

El primer punto como se ha mencionado anteriormente se refiere a quitar las barreras arquitectónicas y la posibilidad de instalar ascensores, elevadores de escaleras, rampas antideslizantes; así como la colocación de barras fijas para apoyarse en lugares estratégicos como por ejemplo en los baños con 5cm de diámetro, cambio de material y textura a una distancia de 120 cm. antes y después de las escaleras las barras de apoyo que deberán ser de preferencia de acero inoxidable, cromado o de aluminio; en caso de no haber la suficiente altura o espacio para la colocación de las rampas se podrían poner plataformas elevadoras. Además de que las puertas sean más anchas para permitir de forma más fácil el paso de las personas que utilizan las sillas de ruedas; estas condiciones son recomendadas por el Programa de Desarrollo Educativo (Poder, 1995-2000).

Con referencia a los materiales que facilitan el desplazamiento nos encontramos con los andadores, gateadores y arrastradotes: los más comunes podrían ser las sillas eléctricas; estos aparatos permiten a los (as) alumnos / alumnas moverse sin peligro en el aula de manera autónoma.

Para facilitar el control postural se encuentran las mesas escolares de altura regulable que permitan que el tablero con distintas posiciones, sillas escolares adaptadas incluso con apoya cabezas, separador de piernas, reposapiés y elementos de cinchaje; e incluso asientos para suelo como las de espuma dura, al igual de los asientos para acoplar a los sanitarios.

Los materiales y adaptaciones para facilitar la manipulación se aconsejan para las puertas y el área del comedor de los centros. En cuanto a que las puertas se pueden colocar puertas corredizas, mesa de comedor con altura de 60 cm. y se dispondrán de platos, vasos y cubiertos adaptados a las diferentes modalidades manipulables de los (as) alumnos y alumnas que lo requieran con discapacidad motriz.

Los materiales y adaptaciones para facilitar la comunicación podemos encontrarnos con tableros que recogen la información gráficamente como el puntero, señalizados o indicador luminoso, máquina de escribir electrónica portátil, material Bilis y el sistema de comunicación por intercambio de figuras.

### ➤ Adaptaciones curriculares en el aula

La adecuación o adaptación curricular es un trabajo de equipo que planifica, tiene un seguimiento y todos (as) los (as) especialistas junto con la familia deben estar comunicados entre sí para adecuar ese programa educativo. Algunos aspectos importantes son:

a) La disposición física del aula.

La accesibilidad para desplazarse libremente, comunicarse, manipular y cooperar con y como los demás depende de las características individuales de cada niño y niña es por ello que se deben mantener las siguientes condiciones:

- El mobiliario debe estar dispuesto para trabajar tanto en grupos grandes como pequeños, al igual que individualmente; es decir, que halla espacio suficiente en el cual el niño o niña pueda desplazarse bien ya sea gateando, con silla de ruedas o con el andador.
- Que el alumno o alumna cuente con el material didáctico a su alcance, ya sea en anaqueles o muebles bajos de tal manera que pueda alcanzarlos.
- La utilización de mobiliario adaptado, para ello se debe tener en cuenta las características de control postural; es decir el control de cabeza, de tronco, de las piernas y movimientos. Para que se pueda adaptar tanto el asiento como la mesa en la que trabajará el niño y niña.

b) La presentación de los materiales y de las tareas.

Esto está condicionado por las características del alumno y alumna en cuanto a sus capacidades manipulativas y de movilidad, teniendo en cuenta:

- La postura del niño y niña cuando está sentado, ya que cuando está en una posición correcta se considera la amplitud de su campo visual, de los movimientos de sus brazos y de la capacidad de manipulación.
- Los materiales serán de plástico antideslizantes sobre la mesa, tanto los escolares como los del comedor principalmente, ya que si el niño y niña presenta movimiento involuntarios no tendrán daños con los materiales.
- Es conveniente presentarle materiales al niño o niña de manera contraria al que se da la inclinación si presenta asimetría en la cabeza, esto a fin de no fomentar mayor grado de asimetría entre el cuerpo y la cabeza; es decir, si el niño o niña recarga su cabeza más de un lado que en el centro del cuerpo, hay que presentarle los materiales al lado contrario de donde se recarga para corregir la postura de la cabeza y tenga una simetría adecuada con el cuerpo.

c) Las adaptaciones del material didáctico

Se refiere a la capacidad manipulativa de los alumnos y alumnas con discapacidad motora las cuales consisten en introducir pequeños cambios como mayor engrosamiento de la superficie, colocar pivotas de diferentes tamaño y grosor, imanes, bases antideslizantes, etc. Sería aconsejable que los lotes de material

general que llegan a los centros estuvieran preparados de modo que resultara rápida la colocación de estas adaptaciones.

En otros casos será necesario compensar las dificultades de manipulación de alumno y alumna mediante materiales específicos entre los que destacamos: los útiles de escritura se adaptarán cuando la presión de la mano no es suficiente para utilizar un lápiz o un bolígrafo normal, para ello se aumenta su diámetro acoplándolos en: tubos de plástico, tubos de espuma, tubos de goma ondulada, “pelotas de golf” y acopladores para dedos.

También resulta de gran interés utilizar los materiales (letras, numerosos y figuras) sobre pizarras magnéticas cuando no se pueden utilizar los útiles de escritura. La máquina de escribir y el ordenador también resultan de gran utilidad con sus respectivas adaptaciones (Gallardo y Salvador, 1994).

Otros materiales didácticos también adaptados son los cuentos de imágenes en madera con anillos que permiten pasar las hojas sin que se doblen. El dedal de goma antideslizante facilita el paso de las hojas de los libros y se puede colocar en uno o varios dedos. Las tijeras adaptadas pueden estar diseñadas para ser manejadas con toda la mano, o bien estar provistas de arandelas para fijar los dedos de la mano.

Los conmutadores de presión para juguetes de pilas facilitan a los niños y niñas muy pequeños con problemas manipulativos una mejor participación en actividades lúdicas y un esfuerzo positivo hacia los movimientos que realiza. Así entonces, se tendrán en cuenta los siguientes criterios (MEC, 1990).

- Todo el material adaptado debe acercarse lo más posible al material normal. En edades tempranas habrá que cuidar mucho que este material sea tan motivador, que incite al niño y niña a utilizarlo voluntariamente. Por ejemplo, utilizar coches de arrastre para los desplazamientos por el patio que utilizar sillas de ruedas o andadores.

- Una buena adaptación debe servir para varias áreas de desarrollo como la adaptación en los útiles de escritura, de desplazamiento en juegos o actividades lúdicas, en actividades rutinarias, etc.

Entonces, encuentro que las adaptaciones curriculares pueden ser estrategias educativas para facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje en algunos alumnos y alumnas con necesidades educativas específicas y que tratan de ser una respuesta a la diversidad individual independientemente del origen de esas diferencias como: el historial personal y educativo, la motivación e intereses, el ritmo y estilo de aprendizaje.

Ahora bien, dentro de la evaluación del desarrollo del niño y niña una de las áreas que es importante contemplar en el inicio de su escolarización es la del lenguaje, respectivamente a la articulación o la producción de palabras; la cual se

realizará con un niño que presenta parálisis cerebral. Es por ello, que es necesario conocer a qué se refiere este trastorno neuromotor; posteriormente se mencionará la evaluación del desarrollo articulatorio con algunas posibles adaptaciones mínimas; es decir, no significativas para efectuarla en el niño que presenta parálisis cerebral.

## 2.3 Trastornos neuromotores

Los trastornos neuromotores son todas aquellas alteraciones o deficiencias orgánicas del aparato motor o de su funcionamiento que afectan al sistema óseo, articular, nervioso y/o muscular.

Las personas que tienen alguna alteración de este tipo están en desventaja con respecto a la mayoría de la población. Esta desventaja consiste en limitaciones en el desplazamiento, en la postura y en la manipulación principalmente; las cuales suelen ir en ocasiones acompañadas de lesiones sensoriales, de problemas de lenguaje, entre otras.

Entre los trastornos que se han considerado dentro de la educación especial están: espina bífida, poliomielitis, parálisis cerebral; refiriendo a esta última la más extendida y la problemática del niño estudiado para este proyecto; por lo que, a continuación se hará referencia.

### 2.3.1 Definición de Parálisis Cerebral

De acuerdo a lo anterior se puede decir que en la mayoría de los casos para niños y niñas con parálisis cerebral infantil se necesitan los dos tipos de adecuaciones, ya que este padecimiento engloba a todos los trastornos no progresivos de la función motora debidos a una lesión cerebral permanente; producida ya sea antes, durante o después del nacimiento (Microsoft, 2004).

La parálisis cerebral es una condición causada por heridas a aquellas partes del cerebro que controlan la habilidad de mover los músculos y cuerpo, por ejemplo pueden ir desde pequeñas dificultades en la movilidad de un brazo, de una mano o en los movimientos finos de la zona oral, hasta problemas graves en los que no pueden aguantar la cabeza, así como no pueden realizar movimiento selectivos de las manos o de los brazos que permitan la escritura hasta tener bloqueada la voz y el habla como consecuencia del problema motor. Es un trastorno persistente del movimiento y de la postura, provocando una lesión no progresiva del sistema nervioso central (Puyuelo y Arriba, 2000).

A veces los niños y niñas con parálisis cerebral pueden tener también problemas del aprendizaje, problemas con el oído o visión (llamados problemas sensoriales) o retraso mental. Usualmente, mientras más severa la herida al cerebro, más severa la parálisis cerebral. Sin embargo, las manifestaciones de

estas lesiones pueden cambiar notablemente con el tiempo debido a la plasticidad del cerebro durante su desarrollo.

Esta se puede manifestar de diferentes maneras tanto en algunos problemas motores como su relación al lenguaje oral, los cuales se ha dividido en cuatro categorías principales: (Puyuelo y Arriba, 2000)

1.-En la parálisis cerebral espástica, los músculos están paralizados y rígidos; es la forma más frecuente, ya que supone el 70% de los casos. Se puede caracterizar de dos maneras; como *hemiplejia*, la cual afecta a ambas extremidades de un lado, y la *diplejia*, que afecta a las cuatro extremidades pero en mayor medida a las piernas, son manifestaciones frecuentes. Los (as) niños / niñas con afectación leve pueden tener una limitación sólo en ciertas actividades, como la carrera.

Ahora bien, en muchas ocasiones debido al aumento exagerado del tono muscular del tórax, de la nuca, el bloqueo de la garganta o laringe, de la lengua, mandíbula del velo del paladar, del diafragma, etc; provocan alteraciones en el habla y pueden afectar a los músculos de los antes mencionados. Algunos de los problemas más frecuentes de cara al hablar son:

- Alteraciones en la mímica facial, con una mímica pobre, sin expresión o fijada en una especie de mueca continúa.
- La articulación puede ser lenta, con dificultad. En ocasiones el inicio del discurso se hace esperar y finalmente se inicia en forma de espasmo o explosión , juntando tanto las palabras que al oyente le resulta difícil hacer una diferenciación o acabando todo el aire al inicio de la frase, teniendo que realizar posteriormente inspiraciones forzadas, o en otras ocasiones hablando sin aire.
  - La lengua suele estar fijada dentro de la boca con muy poca movilidad.
  - Frecuentemente presentan babeo y respiración por la boca.
  - La voz puede presentar toda una serie características propias: monocorde, monótona, sin entonación, con palabras y sílabas a menudo entrecortadas.
  - La respiración suele ser insuficiente y superficial, por espasticidad de los músculos que intervienen en la inspiración o en la espiración.

2.- La parálisis *atetoide* representa el 20% del total de los pacientes con parálisis cerebral. Se caracteriza por movimientos lentos involuntarios de las extremidades o del tronco y la raíz de los miembros. Pueden aparecer también movimientos violentos semejantes a los que se observan en pacientes con Corea. Estos dos tipos de movimientos se acentúan en situaciones de tensión emocional y pueden desaparecer durante el sueño. El descontrol motor en general puede afectar con más o menos intensidad a los músculos faciales, a los de la zona oral, al aparato respiratorio y a la voz. Al intentar hablar pueden aparecer distonías más



o menos importantes del cuerpo en general, además de los órganos implicados en la producción del lenguaje.

En general, el atetósico tiene la respiración en reposo, es irregular, le falta profundidad; es arrítmica y en relación a la voz estos síntomas se acentúan, estando en muchas ocasiones mal coordinada la respiración y la voz. Las dificultades fonéticas, especialmente las articulatorias, están relacionadas más con problemas de coordinación de movimientos de la mandíbula, con los labios y la lengua que no pueden ser aislados, coordinados, ni bien dosificados para la producción del sonido.

3.-La parálisis cerebral atáxica es poco frecuente (el 10% de los casos) la lesión se sitúa a nivel del cerebro. Queda afectado el equilibrio, la dirección y coordinación de movimientos.

En relación a lenguaje presentan dificultades para realizar movimiento fino, siendo estos mal dosificados, mal adaptados, con cierta torpeza. El lenguaje suele estar lento. La respiración, fonación y articulación se hallan mal dosificadas y coordinadas de manera que hablan con voz débil, monótona y con temblor de las cuerdas vocales, presentando una voz escondida. La articulación es deficiente con un mal frecuentes y combinan control de la fonación y en ocasiones babeo.

4.-Las formas mixtas son aspectos de las anteriores y en general, en todos los casos, se presentan dificultades de expresión en todos los niveles; hay que tomar en cuenta que también pueden presentarse otras dificultades asociadas con los tipos de parálisis que enseguida se expondrán.

## 2.4 Etiología

La causa específica de la mayor parte de los casos de parálisis cerebral puede ser en diferentes momentos: antes, durante o al poco tiempo del nacimiento.

### ➤ Antes del Parto

Los factores prenatales que se han relacionado son las infecciones virales (sobre todo la rubéola), la radiación, la anoxia (déficit de oxígeno), la toxemia y la diabetes materna.

### ➤ Durante el Parto

Las causas implicadas en el momento del nacimiento son los partos traumáticos, la anoxia, los partos prematuros y los partos múltiples (en este caso es el bebé nacido en último lugar el que tiene más riesgo), al igual que los partos prolongados, más allá de las 20 horas, amenaza de aborto precoz y hemorragias antes y durante el parto

➤ Después del Nacimiento

El grupo de causas postnatales incluye las infecciones y los tumores cerebrales, los traumatismos craneales, la anoxia y las lesiones vasculares cerebrales, meningitis, encefalitis, al igual que accidentes anestésicos e intoxicantes.

Otras de las causas más comunes de la parálisis cerebral son:

- Enfermedad de la madre durante el embarazo (paperas, varicela, etc.).
- Infección o fiebre muy alta del bebé que no se controló a tiempo.
- Falta de oxígeno del bebé durante su nacimiento.
- Deficiente atención médica antes, durante o posterior al parto.
- Lesión cerebral como consecuencia de un grave accidente.
- Incompatibilidad de grupo sanguíneo.
- Edad avanzada de la madre

Como se ha mencionado, la mayor parte de los casos de parálisis cerebral no se detecta inmediatamente, sino que mientras va transcurriendo el tiempo y vemos que el niño o niña casi no se mueve, le cuesta trabajo respirar o que no hace cosas que para el tiempo de haber nacido debería de hacer en comparación de otros niños y niñas de su edad y no lo hace, es cuando se le lleva al doctor y le dan un diagnóstico inesperado, es por ello, que el siguiente apartado muestra posibles signos de que un bebé puede tener parálisis cerebral.

Según Mendoza y Ramírez (2000), mencionan algunas posibles señas para reconocer si un bebé tiene parálisis cerebral, los cuales son los siguientes:

- Al nacer un bebé con parálisis cerebral se ve flácido o aguado, pero también puede parecer “normal”.
- El bebé puede o no respirar inmediatamente al nacer y ponerse azul y aguado. Una demora en la respiración es una causa común de daño cerebral.
- Desarrollo lento, comparado con los(as) otros(as) niños(as) como por ejemplo, se tarda mucho en levantar la cabeza, sentarse o moverse.
- Quizá no use las manos, o puede empezar a usar una mano, pero no la otra.
- Problemas para comer. El bebé no puede succionar ni tragar. A menudo se ahoga y se atraganta. Estos problemas no desaparecen a medida que el niño/niña va creciendo, por lo tanto, no puede masticar bien.
- Dificultades para cuidar al bebé se le puede entesar el cuerpo cuando lo cargan, lo visten o lo bañan, o cuando juegan con él. Después quizá no aprenda a comer, a vestirse solo / sola, a bañarse, a usar el W. C, o a jugar con otros niños y

niñas: esto se debe a la rigidez repentina de su cuerpo o que está muy aguado o flácido.

- El bebé está tan flácido que parece que “se le va a caer la cabeza”, quizá de repente se ponga tan rígido que nadie se sienta capaz de cargarlo o abrazarlo.

- El bebé llora mucho y parece estar muy molesto o irritable, o estar muy callado (pasivo) y casi nunca llora o sonrío.

- Problemas de comunicación; tal vez el bebé no responda ni reaccione como otros bebés. Esto se debe en parte a que tiene el cuerpo muy aguado o muy rígido, a que no controla los músculos de los brazos ni de la cara. Además el bebé se puede tardar en empezar a hablar. Tiempo después, algunos niños y niñas no pueden hablar claro o tienen otros problemas con el lenguaje.

- Aunque a los padres y madres les cuesta trabajo saber exactamente por qué el niño y niña llora mucho para mostrar lo que quiere puede que no se den cuenta de que apunta con el brazo, el pie o los ojos.

- Inteligencia. Algunos niños y niñas parecen lentos porque están aguados y se mueven muy despacio. Otros / otras se mueven mucho y con torpeza. Tuercen la cara o babea porque tienen débiles los músculos de la cara, dificultades para tragar. Todo esto hace que un niño y niña inteligente parezca estar mentalmente retardado.

- Más o menos la mitad de los niños y niñas con parálisis cerebral tienen retraso mental. Muchos y muchas entienden más de lo que aparentan.

- A veces, la vista y el oído están afectados. Si no se descubre este problema, la familia puede pensar que el niño y niña no es inteligente.

- Las convulsiones o epilepsias ocurren en algunos niños y niñas con parálisis cerebral.

- Inquietud. Se pueden presentar cambios de humor repentinos de risa o llanto, temores, ataques de ira y otros problemas de conducta. Estos se deben en parte a la frustración que siente el niño y niña al no poder hacer con su cuerpo lo que quiere. Mucho ruido o actividad los asustan o enfadan. El daño cerebral también afecta la conducta. Estos niños y niñas necesitan mucha ayuda y paciencia para vencer sus temores y cambiar su conducta inadecuada.

- El niño y niña tiene problemas para controlar sus movimientos y para balancearse: debido al daño cerebral, le puede ser difícil aprender esas cosas. Para ayudarlo, hay que ser pacientes y repetir mucho las cosas.

En el siguiente apartado se tratará específicamente del procedimiento inicial para cuando el niño y niña con parálisis cerebral entra al ámbito escolar para identificar cuáles son sus habilidades, sus N. E. E. y otros problemas relacionados.

## 2.5 Identificación de niños y niñas con necesidades educativas especiales en el ámbito escolar relacionados con la parálisis cerebral

El proceso de detección de los niños y niñas que pueden presentar necesidades educativas especiales consiste en tres etapas:

La primera es la realización de la evaluación inicial o diagnóstica del grupo. Mediante pruebas iniciales, el maestro y maestra conoce el grado de conocimientos de los alumnos y alumnas de su grupo al principio del ciclo escolar. Esta evaluación formal se complementa con las observaciones informales que realizan los profesores, de manera que considera el grado de conocimiento, las formas en que se socializan, sus estilos y ritmos de aprendizaje, así como de sus intereses y preferencias. Con esta base de datos se realizan ajustes generales a la programación, para adaptarla a las necesidades observadas.

La segunda etapa es realizar una evaluación más profunda de algunos niños y niñas. Aún con los ajustes generales a la programación algunos alumnos y alumnas mostrarán dificultades para seguir el ritmo de aprendizaje de sus compañeros y compañeras de grupo. El maestro y maestra los observa de, manera más cercana y hace ajustes a su metodología, de tal forma que involucra a estos niños y niñas en actividades que les permitan disminuir la brecha que hay entre ellos y ellas y el resto del grupo.

La tercera etapa es la solicitud de evaluación psicopedagógica. A pesar de las acciones, algunos alumnos y alumnas seguirán mostrando dificultades para aprender al mismo ritmo que sus compañeros y compañeras, por lo que será preciso realizar una evaluación más profunda. Lo que procede entonces es solicitar que el personal de educación especial organice la realización la realización de la evaluación psicopedagógica.

En cuanto a la detección de los alumnos y alumnas depende en gran parte del profesor y profesora el cual se convertirá en un observador interesado, agudo e ingenioso de sus alumnos y alumnas, para que detecte problemas en ellos y ellas y destaque sus habilidades, entre los que se encuentran:

➤ Detectar problemas. Los profesores son los indicados para detectar si alguno o algunos niños y niñas aprenden con un ritmo marcadamente diferente al resto del grupo. Sus posibilidades de relación con ellos y ellas les permiten identificar, hasta cierto punto, cuando alguno parece tener problemas físicos y/o emocionales. Es mucho lo que el maestro y maestra puede hacer, aún en los casos en que el problema se ubique fuera de su campo principal de acción.

➤ Destacar las habilidades. El maestro y maestra en todo lo que haga debe considerar las capacidades de los niños y niñas otorgando una importancia secundaria a las carencias. Destacar las habilidades permite diseñar estrategias

para capacitarlas, en vez de utilizar las deficiencias como excusas para justificar lo que no se hace.

Es por ello que los maestros y maestras tienen un reto más en el salón cuando se habla de integración, el cual consiste desde el cómo se va a realizar las adaptaciones curriculares, ya sean específicas o de acceso; así como la forma de aprender que tiene cada alumno y alumna.

En el caso de parálisis cerebral; el maestro, debe detectar algún otro posible problema asociado que dificultan aún más el desarrollo de los niños y niñas que la padecen, los cuales pueden ser: (Puyuelo y Arriba, 2000)

- Problemas oculares: se presenta alrededor del 40% de los casos. las manifestaciones más frecuentes son miopía y estrabismo.
- Problemas auditivos: pueden variar desde una hipoacusia leve a una sordera neurosensorial bilateral. Estas dificultades se manifiestan alrededor de un 10% más que en la población general.
- Retraso mental: varía entre un 40% y un 60% de los casos.
- Epilepsia: se manifiesta diferente en cada uno de los casos, puede presentarse entre el 40% y 60% de los niños y niñas que padecen parálisis cerebral.
- Problemas de percepción visual.
- Problemas perceptivo-motores con alteraciones del esquema corporal, lateralidad, orientación espacial...etc.
- Problemas comportamentales tales como inseguridad, obsesión e hiperactividad.
- Alteraciones en el desarrollo del lenguaje, el cual es muy alta ya que se presenta entre el 70% y el 80% de los casos.

Ahora bien, se puede encontrar que con frecuencia la visión que se tiene sobre la problemática del niño y niña con parálisis cerebral es muy reducida por que continuamente la atención se centra en solucionar las necesidades de estos niños y niñas en cuanto a proveer los recursos materiales y personales, de accesibilidad a espacios e uso de instrumentos de alta tecnología, o bien la implementación de tratamientos rehabilitadores concentrados en las manifestaciones de la lesión (Puyuelo y Arriba, 2000).

Pero hay que tener en cuenta que las necesidades educativas relacionadas con la parálisis cerebral están también vinculadas con el desarrollo evolutivo que está afectado y la lesión. A continuación se describirá las posibles dificultades en el aprendizaje de un niño o niña con parálisis cerebral.

Por ejemplo en el área de atención se encuentra que algunos síntomas de los niños y niñas que presentan parálisis cerebral es el de no controlar el tronco del cuerpo, la presencia de tiempos cortos de control tónico que les obliga a equilibrarse continuamente y recuperar la postura de sentado, la presencia de movimientos asociados, los problemas de ventilación pulmonar y la fatiga física, todos ellos exigen el dominio de ciertas estrategias de control cuando están obligados por la situación a mirar, escuchar o concentrarse en una tarea. Entonces lo que se busca para desarrollar una mejor atención en estos niños y niñas es:

- Colocar al niño y niña en una postura correcta por medio de sillas especiales que dispongan de sujeciones pélvicas, escapulares y reposacabezas, tableros inclinables con fisura integrados; además de situarles cerca del maestro o maestra para que puedan ver y escuchar con claridad.
- Dominar estrategias de concentración priorizando el aprendizaje de hábitos de orden y el estudio personalizado tanto en casa como en la escuela.
- Además de este conjunto de recursos y condicionantes para estimular la atención, los padres y profesores pueden generar actividades que permitan al niño y niña ser competente haciéndolos conscientes de las mejoras que se produzcan, reforzando sus avances.

En cuanto al aprendizaje de conceptos o contenidos debe darse significativamente; es decir, a partir de lo que el niño conoce, conectando los conocimientos nuevos con los que ya domina y el educador que enseña significativamente debe guiar y organizar los aprendizajes, proporcionando información bien estructurada, asegurándose de que es comprendido; por lo tanto, hay que favorecer el acceso a las experiencias cotidianas y organizar los contenidos de manera que sean más fáciles de retener (Puyuelo y Arriba, 2000).

En el área de motricidad y psicomotricidad se debe recoger información del grado de estabilidad de la deficiencia motriz y saber si es transitoria o permanente; así como la interacción de funciones alteradas como la marcha o prensión y las exigencias del entorno, las cuales proporcionan la descripción de las necesidades de ese niño o niña.

Entre otras necesidades que afectan al ámbito escolar que marcarán los objetivos y actividades que permitan desarrollar al máximo las capacidades de estos alumnos y alumnas en el ámbito de la motricidad encontramos:

- Necesidades en el ámbito de la salud, como se ha mencionado anteriormente mejorar la postura del niño o niña así como prevenir la aparición de disfunciones óseas y articulatorias, facilitar el triturado de alimentos durante la masticación, y evitar la fatiga muscular.

La atención y resolución de este conjunto de necesidades va a permitir al niño y niña mantenerse alerta, mejorar sus niveles de atención y mejorar las respuestas motoras y expresivas más rápidas, producir cursos de razonamiento más elaborados; lo que justifica que sean tomados en cuenta por la escuela.

➤ Necesidades de locomoción, aquí lo que se busca es garantizar el desplazamiento más normalizado y autónomo posible, proporcionar ayudas materiales para facilitar el equilibrio estático y dinámico, destruir las barreras arquitectónicas en movilidad horizontal como en el aula, patio, pasillos, baños; y vertical como rebaje de bordillos, ascensores y plataformas, además de facilitar el transporte adaptado al centro.

➤ Necesidades de agarre y manipulación; en este se pide facilitar la accesibilidad a los materiales escolares, facilitar que coja y manipule objetos mediante la adaptación de materiales, además de proporcionar ayudas físicas y verbales para garantizar la dirección y el alcance de los movimientos finos, facilitar la prensión y la experimentación mediante ayudas instrumentales como adaptadores para agarrar un lápiz, tijeras entre otras cosas.

➤ Necesidad de experimentar y tomar conciencia del movimiento, mediante la animación de una ejecución guiada de ejercicios que puede realizar de forma autónoma generando estrategias de ejecución y tomar conciencia de la generalización de los avances de la motricidad en otros contextos y en nuevas funciones.

➤ Necesidades de reconocer e integrar en el esquema corporal las zonas afectadas, cuando un niño y niña presenta una parálisis cerebral de afectación asimétrica, esto es, un lado del cuerpo tiene síntomas de afectación más fuertes, puede experimentar que es más competente en la realización de ciertas actividades motrices cuando las produce con las extremidades sanas, llegando a ignorar la acción de aquellos elementos corporales que le dificultan alcanzar el objetivo.

➤ Necesidades de generar experiencias que jueguen con el espacio y el tiempo; esto es, estimular trayectorias espaciales con relación al tiempo mediante actividades que faciliten la comprensión de conceptos espaciales y temporales, razonamiento espacial y comprensión de relaciones causales.

➤ Necesidad de controlar los movimientos asociados a discinesias (Problemática del movimiento anormal e incontrolable que ocupan la región buco-linguo-facial, alterando la deglución, respiración y uso de la palabra), las cuales se dificultan para la comprensión de la realidad por lo que se necesitarían sistemas aumentativos y alternativos de comunicación como los gestos, signos manuales y gráficos ya sean pictogramas o textos. Estos sistemas de comunicación son auxiliares para expresiones y transmisión de mensajes.

En resumen en este capítulo se ha visto las N. E. E. relacionadas principalmente con la parálisis cerebral; así como la identificación de otros posibles problemas asociados con este padecimiento; además de las adecuaciones pertinentes para la integración escolar al ámbito educativo tanto arquitectónicas como de apoyo en material didáctico para tener el conocimiento al contenido curricular.

Con la información anterior, el sujeto mencionado para la realización de este proyecto tiene parálisis cerebral espástica leve; debido a este problema el menor presenta N. E. E. principalmente en el área de lenguaje.

En el siguiente capítulo se tratará específicamente el área de lenguaje y los problemas que tienen en su mayoría los niños y niñas con parálisis cerebral.



## CAPITULO 3 LENGUAJE

En este capítulo es necesario revisar tanto el desarrollo neuromotor, auditivo, psíquico como el verbal con el fin de detectar las dificultades de lenguaje que se notan en los niños y niñas con parálisis cerebral.

Para entender mejor qué es el lenguaje, el habla y la lengua en breve se explicarán ya que no son lo mismo pero depende una de la otra para que exista una comunicación.

El lenguaje arraiga en una de las esenciales características de lo humano, la comunicación; y se constituye como sistema de signos al servicio de la comunicación Inter-humana. Dentro de este vasto sentido, no sólo cae el lenguaje hablado y escrito, sino también el lenguaje mímico. En breve se revisarán el concepto del habla y la lengua según Johston y Johston (citados en Larroyo, 1971).

El habla es la forma que más frecuentemente se utiliza para la expresión del lenguaje verbal y es el resultado de la planeación y ejecución de movimientos orales requeridos para la articulación.

Por ejemplo en la estructura lingüística, parte desde las unidades sonoras simples para expresar las unidades complejas como las ideas. A fin de comprender el habla nos apoyamos de los niveles del lenguaje como el fonológico, gramatical y la semántica.

En cuanto a la lengua es el sistema de signos lingüísticos o palabras que caracteriza a los miembros de un grupo humano por utilizarlo como medio de comunicación tal es el caso de hablar, leer, escribir; ya que el habla es el uso peculiar que hace de la lengua cada individuo para expresarse oralmente. Para ello es necesario de un código para la comunicación: Cada lengua funciona de acuerdo con su propio código que es el conjunto de palabras con las que se entiende el grupo humano que la habla.

Por tanto, los lenguajes del individuo son variados; no obstante, también comparten ciertas propiedades universales. Así pues, en tanto que los sonidos, palabras y reglas específicas que consideremos en el lenguaje español, también puede aplicarse a cualquiera de las lenguas que se hablan en el mundo.

Por consiguiente, es necesario que tanto el emisor, el que habla, o escribe, como el receptor, el que escucha o lee; conozcan perfectamente su código para que exista una comunicación, o sea la expresión y comprensión correctas del mensaje. En una de las modalidades de esta comunicación la expresión oral se da por medio de sonidos capaces de articularse en forma de palabras o signos lingüísticos auditivos.

Otra forma de lenguaje es el gráfico o expresión escrita; en la cual, se da la comunicación a través de la escritura por medio de letras o grafías que ordenadas debidamente, forman las palabras o signos lingüísticos visuales. Una tercera es el lenguaje mímico: el cual, se apoya de actos encaminados a expresarse por medio de gestos o ademanes (Sánchez, 1998).

Para Hernández (1984), el lenguaje se compone de 4 niveles:

1. Nivel fonológico,
2. Nivel sintáctico,
3. Nivel semántico, y
4. Nivel pragmático.

El nivel fonológico se encuentra conformado por el fonema que es la unidad básica e indivisible de nuestro lenguaje: es un sonido propio de nuestra lengua y se desarrolla a nivel pre-lingüístico desde el momento del nacimiento hasta el primer año de vida, aproximadamente, pasando por las siguientes etapas:

- Llanto
- Vocalización - cantaleo - arrullo
- Balbuceo (6° mes)
- Imitación del lenguaje (finales del primer año)

Posteriormente, el niño y la niña constituyen sus primeras palabras, cuando ya analizó y clasificó los sonidos propios de su lengua empezando desde lo dicho por las mamás y los papás, ya que la enseñanza inicial proviene de ellos, guían sus primeros pasos y palabras, forman su carácter con valores y principios; es decir, son los (as) primeros (as) que están en su entorno, por lo tanto, son los (as) maestros y maestras de sus niños y niñas. La adquisición se hace desde las consonantes posteriores hacia las anteriores, como lo vemos en la tabla de adquisiciones fonémicas.

Tabla 1

Tabla de adquisiciones fonémicas

3 a 4 años vocales	b - ch - f - g - k - l - m - n - ñ - p - t - y - s - d - j
	ua - ue - io - ia - ie - oi - ai
sonido final:	1
4 a 5 años	r ei - au

sonido final:	S
5 a 6 años	rr eu – ui – iu – uo
sonido final:	r - d – j

Fuente: Ozawa Meida Ma. Eugenia, 2005. Disponible la base de datos en línea:  
<http://www.unam.mx/rompan/47/rf47c.html>. Consultado 18/05/2005

Consecutivamente, el niño comienza la asociación de fonemas para dar lugar a la sílaba, realizando las siguientes combinaciones:

Tabla 2

Asociación de sílabas

Vocal	a
Consonante – vocal	ma
Vocal - consonante – vocal	ama
Vocal – consonante	am
Consonante - vocal - consonante - vocal	mamá

Fuente: Ozawa Meida Ma. Eugenia, 2005. Disponible en la base de datos en línea:  
<http://www.unam.mx/rompan/47/rf47c.html>. Consultado 18/05/2005

El nivel sintáctico es la estructura gramatical del lenguaje; es decir, une las palabras entre sí, dando como resultado una oración, la cual se irá complementando conforme a las reglas.

Según Dale (citado en Ozawa, 2005), se da en las siguientes etapas:

➤ Etapa 1 a 2 palabras. Aparece cuando el niño y la niña tiene de 18 a 20 meses y se caracteriza por la aparición de las primeras palabras.

Nivel I: El niño y la niña usan un sustantivo y un verbo.

➤ Etapa I o lenguaje telegráfico. Es una combinación de palabras, en donde se expresa la idea principal.

Nivel II: Se emplean adjetivos, adverbios y artículos.

➤ Etapa II Desarrollo del uso de las flexiones. Aparecen las preguntas, la pluralidad y la conjugación de verbos irregulares.

Nivel III: Se emplean las conjunciones, las preposiciones y los pronombres.

El nivel semántico se refiere a la comprensión del lenguaje, se inicia mucho antes de que el niño y la niña emitan la primera palabra y es una asociación de

imágenes mentales que posteriormente se generalizan para formar conceptos. Después del balbuceo, las vías y centros nerviosos auditivos y visuales se preparan para dar la base de los conceptos verbales y dar pie a la formación del lenguaje interior.

Peinado Altable (citado en Ozawa, 2005), describe las siguientes etapas:

- Lenguaje indiferenciado: Reacción al lenguaje sin llegar a distinguir la palabra.
- Lenguaje diferenciado: Reacción de gusto o enojo, de acuerdo al tono de voz.
- Lenguaje interior: Se inicia desde los primeros meses y alcanza su madurez a los dos años y medio. El niño y la niña almacenan conceptos, aun no pueden expresarlos, los comprenden casi en su totalidad.

Según Dale (citado en Ozawa, 2005), es importante recordar que en este nivel las palabras no significan lo mismo para los niños y las niñas que para los adultos ya que los niños y niñas tratan de emitir las palabras que usan los adultos; sin embargo, a veces son diferidas ya que en algunas acciones o actitudes, la palabra tiene diferentes significados, mientras que para los adultos puede significar algo alguna emisión para los niños y niñas significa otra cosa la misma emisión.

Es por ello que en el nivel semántico se refiere no sólo a la relación de las palabras, sino de las oraciones, por lo que el hablante debe contar con un amplio conocimiento del medio para entender y relacionar el mensaje con dichos conocimientos.

Es decir, se refiere a la relación entre vocablo y el objeto que simboliza esa emisión; el cual, no tiene un solo significado, sino varios, dando margen a que la misma idea puede expresarse de diferentes, maneras (Nieto, 1988).

Este es el nivel menos conocido del lenguaje pero es el más comprometido con el desarrollo cognitivo o intelectual de los niños y niñas. De ahí que sea el más confundido con el retraso o debilidad mental. Si un niño o niña, padece una deficiencia en éste nivel y no se le atiende a tiempo, se puede deteriorar su capacidad intelectual.

Ya que como se parte de lo simple a lo complejo muchas de las veces los niños y niñas no vencen los diferentes errores que se presentan desde el año y medio hasta los 6 ó 7 años; por lo tanto son muy notorios si no se superan y pueden provocar retrasos intelectualmente, entre los cuales encontramos: (Nieto, 1988)

- Generalización: que se refiere a la extensión del significado de términos guiándose por pistas falsas o por errores de la lógica infantil. Se puede considerar normal hasta los 30 meses.
- Invención: a veces los niños y niñas mezclan sílabas de una palabra con otra o crean palabras con una significación enteramente personal.
- Ecolalia: característica que consiste en que el niño o niña repite únicamente la última sílaba de la palabra o frase que se le dice. A veces la ecolalia se prolonga hasta los 3 años.
- Jerga o habla ininteligible: en este síntoma se conjugan dificultades articulatorias con confusiones semánticas. Esta característica puede considerarse normal de 18 a 24 meses.
- Lenguaje telegráfico: cuando inicia la expresión de las primeras frases sólo emplean 2 palabras, dando la impresión de un habla telegráfica. Puede considerarse normal de los 18 hasta los 36 meses.

El último nivel es el pragmático el cual se encuentra relacionado con todos los aspectos que rodean a la conversación como: el tono de voz (agudo - grave), su intensidad (fuerte - quedito), el ritmo (pausado, lento, rápido), turno (inicia, termina, cede la palabra, la roba, respeta, sobrepone, etc.), tipos de actos verbales (etiqueta, describe, petición de acción, respuesta de acción, saluda, protesta, repite, exclama, etc.), reglas de conversación (cantidad, calidad, modo, relevancia, conocimiento del mundo, discurso coherente) (Ozawa, 2005).

Con los cuatro niveles con que se compone el lenguaje se expone que la palabra resume el trabajo mental de abstracción y generalización, encierra en su seno toda una vida psíquica; es producto de una actividad sintética, que en un signo resume un conjunto de datos de la vida mental. Así como el producto de la síntesis sensitivo-motriz es la representación, y el producto conceptual es la palabra (Larroyo, 1971).

Toda palabra es el enunciado de un concepto. Al oírla, al leerla o al representarla, la conciencia capta en ella el concepto que le corresponde. La palabra representa y sostiene el concepto consciente cuya expresión material es la palabra. En los signos y símbolos el concepto dispone del signo, que es de ordinario la palabra, signo sensitivo-motriz que le pertenece en propiedad. La palabra es un medio económico de pensar y de hacerse entender de los demás, son signos de los conceptos, como los conceptos signos de las cosas (Larroyo, 1971).

Los signos son imágenes que, por decirlo así, señalan el camino al pensamiento, ora de manera artificiosa, ora de manera más o menos naturalizada. Junto a los signos, cabe distinguir los símbolos. Estos son signos equivalentes a los objetos mismos. También ser imágenes de objetos cargadas de significaciones diversas, por ejemplo, la cruz de los objetos litúrgicos cristianos, las insignias de los militares, los símbolos de la patria, de la paz.

Por tanto, el lenguaje es más que un medio de comunicación; desempeña un papel fundamental en la ordenación de la experiencia y en el equilibrio del desconcertante mundo que encara el niño y la niña. De hecho hay muy pocos procesos psicológicos que no se ven afectados por la función del lenguaje, los nombres y los símbolos. Mediante el uso adecuado del lenguaje el niño y la niña pueden satisfacer mejor sus necesidades biológicas, asegurarse la atención de los demás, controlar la conducta de estos, representar simbólicamente las cosas y, por tanto funcionar intelectualmente a un nivel abstracto, recordar planear, razonar analizar sintetizar, explicar inconsistencias, reducir la incertidumbre y formar una aleación de su realidad social con los que comparten su comunidad lingüística.

Schachtel (citado en Floyd y Philip, 1982) afirma que no podemos recordar nada antes de adquirir el lenguaje, porque la memoria necesita de la codificación verbal como el lenguaje codifica acontecimientos y permite almacenarlos, catalogarlo, e identificarlo para poderlos recordar así también se dice que es enlazador de tiempo

El lenguaje produce la capacidad exclusivamente humana de recrear el pasado y anticipar el futuro por medio de los símbolos. De tal manera ayuda a ubicar el presente, aunque apabullante, en una perspectiva desde la que se pueda manejar mas cómodamente. La adquisición del lenguaje es el medio por el que la existencia solitaria y aislada se destroza.

El aprendizaje se da a resultas de la acción recíproca entre el niño o niña y su medio. Los teóricos del aprendizaje como Mowrer y Skinner mantienen que el lenguaje, como las otras conductas se aprende a través del reforzamiento de las respuestas correctas. Es decir, el niño y niña comienza sin conocimiento alguno del lenguaje, y de manera gradual adquiere las destrezas del habla debido principalmente a que se refuerza el que imite a otras personas. Después las unidades del lenguaje se unen para formar unidades mayores que serán reforzadas en caso de que sean apropiadas y correctas (Floyd y Philip, 1982).

Los psicolingüistas como Skinner, Lenneberg y Chomsky alegan, por lo contrario, que la producción del lenguaje es una capacidad humana innata y que comprende la elaboración de una teoría general del lenguaje basada en reglas transformativas. Naturalmente, el ambiente también desempeña su papel en el aprendizaje del lenguaje, dado que este varía con arreglo a factores sociales y geográficos (Floyd y Philip, 1982).

Se cree que ello se realiza sin la enseñanza explícita, independientemente del grado de inteligencia (por arriba de un cierto mínimo), a una edad temprana cuando aún no es capaz de otras tareas intelectuales o motrices complejas y disponiendo de relativamente pocos datos confiables. Con todo el niño construye una teoría del lenguaje ideal que tiene gran poder predictivo.

Como por ejemplo en algunos casos, las madres empiezan a interpretar el llanto de los niños y niñas psicológicamente. Los patrones de llanto de un niño o

niña mayor muestran convencionalización. Es decir los patrones se vuelven ritualizados y son acústicamente diferentes a los llantos anteriores. Cuando el niño y niña efectúan la transición al habla, la madre ya es apta para interpretar las necesidades psicológicas del niño o niña y sus intenciones, basándose en pistas lingüísticas y no-lingüísticas. Otro ejemplo es la mirada y la vocalización son las primeras formas de comunicación entre madres hijos e hijas.

Eric Lenneberg (citado en Floyd y Philip, 1982) quien pone de relieve la importancia de los aspectos biológicos señala que los niños y niñas comienzan a hablar no antes ni después de haber alcanzado una cierta etapa de su madurez física. Este investigador ha demostrado que el desarrollo del lenguaje se correlaciona consistentemente con el desarrollo motriz y con los indicios de maduración cerebral.

Un ejemplo de ello es que durante la etapa del balbuceo, el niño y niña están experimentando por un lado los mecanismos de la futura habla combinando fonación y articulación y por otro controla su aparato articulatorio y está asimilando el efecto acústico de hacer ciertos movimientos para, de esta manera, descubrir cómo repetir el movimiento para volver a repetir más o menos el mismo resultado y lo mismo sucede con los ejercicios motóricos de brazos y piernas, el cual, es un proceso de maduración.

Las funciones del lenguaje de la mayoría de los adultos se localizan en el hemisferio cerebral izquierdo, las lesiones de cuya área pueden producir impedimentos de la capacidad del habla. Esto no vale para los niños o las niñas, en quienes el hemisferio derecho puede relevar las funciones del habla. A la luz de este hecho puede establecerse el periodo crítico de la adquisición del lenguaje. Hasta los primeros años de la adolescencia, las lesiones del centro del habla del hemisferio izquierdo no impiden completamente la capacidad verbal; sin embargo después de tal periodo, una vez que el cerebro ha llegado a su etapa final de madurez en función de su estructura y funcionamiento, ya no es posible la compensación y el mismo grado de lesión sufrida por el hemisferio cerebral dominante interferirá permanentemente en la función del habla (Floyd y Philip, 1982).

En este párrafo, se cita los estudios de Bruner, Birch y Schiller; quienes enfatizan la similitud entre acción y estructura del lenguaje, lo cual corrobora Piaget, cuando dice el lenguaje no es suficiente para explicar el pensamiento, porque las estructuras que caracterizan el pensamiento tienen su raíz en la acción y en los mecanismos sensorio motores que son más profundos que los procesos lingüísticos; es decir la acción habla más que las palabras (Nieto, 1988).

En fecha anterior a este estudio Siegel, examinó la conducta prelingüística dentro de todas las perspectivas del niño o niña en sus primeras semanas de vida: motricidad, afectividad y desarrollo cognoscitivo en la etapa inicial de su producción oral, pudiendo comprobar las interacciones existentes entre las funciones observadas. Un ejemplo, es la expresión de emociones, el niño y la niña

aprenden a interpretar varias señales verbales y no verbales de los padres y madres desde el nacimiento y le dan un significado desde como lo y la miran, la sonrisa, los gestos, la expresión facial, la postura corporal, el contacto físico, la distancia física y la apariencia personal que tienen hacia el niño o niña (Nieto, 1988).

Otro argumento más para demostrar la relación directa entre actividad motriz y lenguaje oral es el que hablamos no sólo con los órganos articuladores, sino que todo nuestro cuerpo participa como medio de expresión, como se ha mencionado; la mirada, el gesto, la mímica la actitud, todo el conjunto de nuestro ser viviente y dinámico, por esto no sorprende que las primeras emisiones fónicas infantiles se produzcan conjuntamente con movimientos corporales de todo el cuerpo.

Es por ello que para conocer bien las alteraciones de la motricidad en el parálisis cerebral debe conocerse bien el desarrollo motor general y el específico de la zona oral. El desarrollo motor normal se caracteriza por una adquisición gradual del control postural, del tono muscular, reacciones de enderezamiento y equilibrio, la progresión en la motricidad manual, desaparición de los reflejos primitivos, etc. Estas adquisiciones dependen de la integridad del sistema nervioso central y de una adecuada estimulación; las cuales se verán en el siguiente apartado más detalladamente como se relaciona el área neuromotriz, auditiva y psíquica en el lenguaje.

### 3. 1 Desarrollo Neuromotor, Auditivo, Psíquico y Verbal Normal

Las reflexiones que se incluyen en este apartado principalmente son generales y posteriormente se detalla por edades hasta llegar a la consolidación del lenguaje y luego se particularizará en cuánto a la parálisis cerebral el cual es el objeto de trabajo

El desarrollo del lenguaje es un aspecto más del conjunto de desarrollos que comprende la activación de energías biológicas y psíquicas, la toma de contacto con el medio; la adaptación a la realidad y el desarrollo de capacidades neuro-sensoriales; las cuales, se van haciendo cada vez más finas conforme el niño y la niña van creciendo para poder manejar y expresar conocimientos, emociones, inquietudes, entre otros.

De acuerdo con Nieto (1988), el desarrollo del lenguaje corre paralelo al desarrollo del cerebro que controla su actividad perceptual y motriz, al desarrollo específico de su discriminación auditiva fina y de su condicionamiento auditivo-vocal, a la formación del psiquismo del niño o niña, tanto en su esfera consciente y cognoscitiva, como en el terreno de lo inconsciente.

Cuando los adultos y adultas se dirigen a los niños y niñas, estos pequeños y pequeñas comienzan a discriminar diferentes patrones de énfasis, o ritmos de



las palabras, entonces los niños y niñas han agregado estos sonidos a su memoria y a sus repertorios vocales y balbucean; sin embargo esto no quiere decir que tenga significado para el niño o niña.

➤ **Desarrollo de los ciclos mielogenéticos desde la etapa fetal.**

Como todo tiene un proceso este inicia desde la etapa fetal para que al momento de nacer los niños y niñas comiencen a madurar en todos los sentidos tanto físicos como comprensivos.

El desarrollo del lenguaje se puede iniciar desde la etapa fetal ya que la vía acústica pretalámica se inicia a partir de la 20° semana de vida fetal. La formación de las vías pretalámicas exteroceptiva y propioceptiva se alcanza desde el quinto mes fetal hasta el primer año de vida del niño / niña, cuando emite sus primeras palabras; es decir, el niño y niña ya tienen preparado el aparato fonoarticulatorio, para emitir desde el llanto hasta la imitación del lenguaje (Nieto, 1988).

La formación de las vías postalámicas exteroceptiva, propioceptiva y acústica, sucede desde el 10° mes hasta los 4 años de edad. Hechos que coinciden con la iniciación de las primeras palabras hasta la estructuración morfosintáctica inicial, aquí los niños y niñas van relacionando el concepto con la situación, van creando su vocabulario.

El desarrollo de los fascículos de asociación, que se logra desde las 4 a 8 semanas postnatales hasta los 6 o 7 años de edad, señala hechos significativos como es la organización funcional de la lateralización cerebral y la adquisición de la lectura escritura, así, como mejoras en la pronunciación y el lenguaje de los niños y niñas es más parecido al de un adulto, es evidente que en esta etapa el niño y niña desea imitar el modelo de los adultos ya que se ocupan de construir, crear y ejecutar, hay comprensión de las palabras y operaciones simples.

La mielinización y maduración de los plexos intracorticales, que se alcanza hasta los 15 años de edad, marca la formación integral de la estructura del habla en el pleno morfosintáctico y semántico a nivel adulto.

Es decir, el desarrollo de los ciclos mielogenéticos, visto en relación a la adquisición del habla, se inicia con la formación de la vía acústica pretalámica (a la 20° semana de vida prenatal) y se cierra con la maduración de los plexos intracorticales (aproximadamente a los 15 años de edad), lo que señala la estructuración integral del sistema morfosintáctico del lenguaje.

De acuerdo con esto en las siguientes etapas se distinguirán los desarrollos a partir del nacimiento entre las cuales se verán:

- Desarrollo neuromotor,
- Desarrollo auditivo,

- Desarrollo del psiquismo,
- Desarrollo de la comprensión,
- Expresión y Vocabulario
- Articulación.

### Etapa prelingüística: 0 a 12 meses

De acuerdo con Nieto (1988), en esta etapa se pueden distinguir las siguientes características de acuerdo a cada área que son:

**Desarrollo neuromotor.** Su conducta motora se realiza a nivel instintivo. Se forman los primeros reflejos condicionados. Mueve sus órganos bucales para alimentarse y sobrevivir: succiona, deglute, mastica, chupa, eructa.

**Desarrollo auditivo:** Reacción refleja al estímulo sonoro. Atención y alerta al estímulo sonoro. Desde los 8 meses se inicia el condicionamiento auditivo vocal.

**Desarrollo del psiquismo:** Se inicia el desarrollo de la libido. Se inicia la conciencia de la realidad a través de su madre.

**Desarrollo de la comprensión:** Reacciona indiferenciadamente a la voz humana. Poco a poco, logra el efecto diferenciado, reaccionando según la entonación de la voz. Identifica su nombre. Al final del año reconoce partes gruesas de su cuerpo y algunos objetos comunes. Comprende: ¡no!, toma, dame, mira.

**Expresión y vocabulario:** Expresa llanto, sonidos inarticulados, risa, balbuceo espontáneo, sin intervención del control auditivo en un principio. El control auditivo se inicia a los 8 meses, dando lugar al balbuceo imitativo. A los 10 o 12 meses, primeras palabras, generalmente mamá, papá.

**Articulación:** Voces inarticuladas, prefonemas y al último. Junto con la articulación de las primeras palabras, iniciación de los estereotipos fonemáticos.

### Etapa inicial: de 12 a 24 meses.

Conforme a lo que menciona Nieto (1988), en esta etapa se divide en dos períodos; el primero abarca de los 12 a los 18 meses designada como edad de locomoción y la segunda etapa abarca de los 18 a 24 meses llamada edad de titubeo; las cuales se verán los sucesos que pasan a través de estas.

#### a) Edad de la locomoción de 12 a 18 meses.

**Desarrollo neuromotor:** Bipedestación, locomoción. Control de esfínteres, gran energía.

Desarrollo auditivo: Se logra más atención al estímulo, auditivo, y desarrollo de discriminación auditiva gruesa y localización del punto de partida.

Desarrollo del psiquismo: el ego inicia su autonomía. Es ambivalente en el afecto y enojo.

Desarrollo de la comprensión: Evoluciona su comprensión. Identifica otras partes del cuerpo, objetos comunes, animales, algunos verbos.

Expresión vocabulario: Etapa de la jerga infantil, o habla ininteligible. Acompaña su habla de gestos y ademanes. Usa interjecciones, frecuentemente asociadas a la acción.

Articulación: Continúa la formación de los estereotipos fonemáticos.

## b) Edad de titubeo: de 18 a 24 meses.

Desarrollo neuromotor: Mejora su locomoción. Muestra energía y actividad constante.

Desarrollo auditivo: Continúa el desarrollo de la discriminación auditiva gruesa. Distingue sonidos, ruidos, voz, habla por conjunto de sus características acústicas.

Desarrollo del psiquismo: Crece su Ego. Titubea constantemente busca la aprobación de sus mayores. Tiene pensamiento mágico. Empieza el desarrollo de valores, por medio de las reglas de higiene del niño limpio es bueno: el sucio es malo.

Desarrollo de la comprensión: Evoluciona su comprensión más que la expresión. Señala más objetos o partes de su cuerpo, animales, etc. Ejecuta órdenes con verbos como: mira, oye, dame, come. Inicia comprensión de adjetivos como bonito-feo, bueno-malo. Comprende el concepto de mío. Identifica canciones infantiles.

Expresión vocabulario: Confunde palabras o entiende su significado erróneamente, por generalización, como: vaso por leche, perro por gato, mesa por silla, etc. Empieza a usar el artículo para acompañar los sustantivos que emplea. A veces crea palabras nuevas de acuerdo a su lógica. Parece haber un estancamiento en el desarrollo de su expresión.

Construcción gramatical: Inicia frases, y las primeras combinaciones sustantivo-verbales y sustantivo-adjetivales.

Articulación: Continúa el desarrollo de los estereotipos fonemáticos, pero su habla aún no es del todo inteligible.

## Etapa intermedia: de 2 a 7 años.

En esta etapa se puede distinguir en tres estadios; edad de imitación que abarca de los 2 a 3 años, siguiendo de la edad preescolar la cual comprende de los 3 a 5 años y el fin de la etapa preescolar y comienzo de la lecto-escritura que se concibe en los 5 y 7 años; estos se describirán a continuación (Nieto, 1988).

### a) Edad de imitación de 2 a 3 años

**Desarrollo neuromotor:** se forman las reacciones circulares secundarias y terciarias. Se inician las conexiones siso-motoras, auditivo-fónicas. Desarrollo de la evocación e imitación. Inicia reglas de higiene y mejor auto-dominio.

**Desarrollo auditivo:** Distingue sonidos y voces. Por su timbre, tono velocidad. Ritmo e intensidad.

**Desarrollo del psiquismo:** Inteligencia preoperatorio. El juego simbólico etapa preformativa del superego y escala de valores. Imbrica lo afectivo y lo intelectual en su conducta. Clasifica objetos por sus características de color, forma tamaño. Pensamiento mágico.

**Desarrollo de la comprensión:** Evoluciona su comprensión, afirma el concepto del vocabulario y puede utilizarlo mas adelante inicia la comprensión del plural. Comprende órdenes con diferentes verbos.

**Expresión y vocabulario:** inicia el uso de modos y tiempos verbales. Declara su sexo. Contesta preguntas sencillas. Usa artículos y pronombres: mío tuyo, mi tú, yo, adverbio y verbos que denotan nociones especiales. Nombra parientes: los tíos, abuelitos, etc. Da su nombre. Inicia singular plural.

**Construcción gramatical:** Emplea frases cortas con combinaciones sustantivo-verbales, y sustantivo-adjetivales e iterativas.

**Articulación:** la inteligibilidad de su habla se calcula de 75 a 90 por ciento. Aunque puede cometer errores articulatorios debido a la falta de precisión en discriminación, integración fonética.

### b) Edad preescolar: 3 a 5 años.

**Desarrollo neuromotor:** Afirma la conciencia de sus acciones y su coordinación dinámica general.

**Desarrollo Auditivo:** Mejora su discriminación auditiva fina Distingue palabras del mismo numero de silabas con diferente aceptación.

Desarrollo del psiquismo: Inteligencia preoperatorio. Estadio lico. Conceptos psicológicos por el tabú de castración, el complejo de Edipo o de Electra. Continúa el pensamiento mágico. Realismo intelectual, es decir, dibuja las cosas el sabe que son y no como las ve. Puede completar figuras y darse cuenta de la existencia de las cosas aunque no las vea. La edad del ¿por qué?

Desarrollo de la comprensión: Evolución en la comprensión del significado propio, figurado de las palabras. Se inicia la comprensión de palabras negativas como ¿Dónde? ¿Por qué? aunque a veces la captación del significado no sea del todo exacta. El lenguaje rige su acción. Etapa del monólogo individual y colectivo, debido a que se esta enriqueciendo su lenguaje interior, pero aun no lo disocia del exterior. Lenguaje florido, desbordante. Juega con las palabras. Usa formulas de cortesía. La construcción Gramatical: mejora su construcción gramatical y conjugación verbal.

Articulación: Mejora su articulación. Sólo permiten algunos errores mínimos en los fonemas más difíciles de articular o menos audibles: s, d, l, r, rr y silabas compuestas. Pero muchos niños / niñas ya articulan bien desde los 5 años.

c) Fin de la edad pre-escolar y adquisición de la lectura-escritura: 5 a 7 años.

Desarrollo neuromotor: Evolucionan su noción corporal, ritmo, tiempo, coordinación ojo-mano, viso-espacial, gnosias visuales, auditivas, táctiles. Establecimiento funcional de la lateralización cerebral, lo que significa que se organizan las distintas funciones del lenguaje en los dos hemisferios: generalmente en el hemisferio izquierdo se controlan los procesos gnóstico-prácticos y en el derecho la función referencial que elabora la información recibida.

Desarrollo auditivo: desarrollo de la discriminación fonémica fina. A partir de los 6 años ya puede hacer síntesis oral de palabras que han sido deletreadas.

Desarrollo del psiquismo: Progreso intelectual que lo conduce al razonamiento lógico y abstracción. Periodo objetivo de la etapa preoperatorio.

Desarrollo de la comprensión: Comprende términos abstractos que lo van a introducir en la lógica y razonamiento. Comprende términos que entrañan comparación. Comprende comentarios de una manera objetivo-abstracta. Comprende ¿Dónde? En situación abstracta. Se forma el lenguaje interior y se independiza del exterior

Expresión y vocabulario: Lenguaje socializado con la relación a sus adquisiciones neuromotoras. Describe estampas para establecer semejanzas y diferencias, nociones especiales, etc.

Construcción gramatical: Posee las bases elementales de una gramática inicial, aunque aún faltan muchos elementos que dependen de su desarrollo cognoscitivo. Su estructura gramatical depende también de la influencia ambiental que recibe. Articulación: Generalmente desde los 6 años ya logra articulación correcta.

### Etapa de consolidación final: de 7 a 15 años.

Conforme a lo que expone Nieto (1988), esta es una etapa decisiva tanto para el niño como para la niña, en todos los aspectos los cuales se verán a continuación.

Desarrollo neuromotor: en esta etapa se consolida la noción corporal, llegando a la abstracción mental de todos sus movimientos y posturas. Se consolida también la noción espacial y temporal, que son de las últimas adquisiciones neuromotoras. Se consolida la noción derecha-izquierda en relación con su cuerpo y el espacio, aún en posición cruzada.

Desarrollo auditivo: La discriminación auditiva fina alcanza su máximo desarrollo, así como la función de integración fonémica. El condicionamiento auditivo-vocal se afirmó el conocimiento de la representación gráfica de los fonemas.

Desarrollo del psiquismo: Etapa operatoria concreta. Aprendizaje escolar desarrollo de la lógica y razonamiento. Adquiere la noción de reversibilidad. Se inicia la operación abstracta. En la adolescencia aparecen conflictos psíquicos; independencia crítica, rebeldía, etc. Pero generalmente más tarde vuelve a los valores del hogar.

Desarrollo de la comprensión: Comprende el lenguaje escrito y términos abstractos para interpretar fábulas, refranes, cuentos, leyendas, deduce su moraleja, establece críticas y define su propio criterio según el desarrollo de su lógica y razonamiento. La categorización y posibilidad de abstracciones superiores abren camino al trabajo intelectual creador.

Expresión y vocabulario: Utiliza la expresión escrita. Mejora el uso de preposiciones, conjunciones y adverbios, junto con su desarrollo intelectual y cognoscitivo. Evoluciona también su conjugación verbal y la noción de tiempo relativo. Amplía su vocabulario acorde a la información cultural que recibe.

Construcción gramatical: Logra el dominio de estructuras sintácticas más complejas, consolidando finalmente la estructura gramatical del habla. Además de las bases orgánicas necesarias para la integración gramatical del habla. Hay que tomar en cuenta la influencia del ambiente.

Articulación: Articulación ya es del todo correcta, aun en palabras largas con o sin significado y en trabalenguas.

Después de los 15 años, la evolución lingüística depende del nivel cultural, intelectual, social y ocupacional de cada individuo. En resumen todo lo hasta aquí expuesto se ven los elementos que influyen en la adquisición del lenguaje: La base innata, el movimiento corporal, la influencia ambiental desde el punto de vista afectivo y lingüístico y el paralelismo simultaneo como se cumplen el desarrollo neuromotor, auditivo, psíquico y verbal. Ahora bien no siempre ocurren todos estos desarrollos en los niños y niñas que presenta parálisis cerebral es por ello que a continuación se verán los problemas motores que presentan la mayoría para la producción del lenguaje verbal (Nieto, 1988).

### 3.2 Desarrollo en el niño y niña con parálisis cerebral, alteraciones motoras relacionadas con la producción del lenguaje.

Este apartado detallará la problemática que presenta un niño y niña con Parálisis Cerebral para la adquisición de un lenguaje verbal como son desde su calidad respiratoria hasta su motricidad en general.

De acuerdo con Puyuelo y Arriba (2000) la evolución de un niño y niña normal no se produce de la misma forma en el niño y niña con parálisis cerebral debido a la lesión en el sistema nervioso central ya que puede presentar retraso o imposibilidad de realizar el desarrollo normal persistiendo reflejos primitivos (el reflejo de moro a nivel general y el reflejo de morder, a nivel de la zona oral), además de patrones de movimientos anormales. Algunos de los aspectos más frecuentes son:

En el momento del nacimiento: reflejo de succión débil o ausente. Estos reflejos están presentes en todo recién nacido y son la primera manifestación de una motricidad normal, como por ejemplo el reflejo de moro o el caminar automático. Estos reflejos más adelante durante el primer año de vida dan paso a la motricidad voluntaria. En el parálisis cerebral puede manifestar estos reflejos ya alterados en el momento del nacimiento y como se ha dicho pueden afectar a los reflejos de la zona oral implicados en la alimentación y el habla.

Sobre los 3 meses: alteraciones en el tono muscular. Dificultades de alimentación. Mal control cefálico. No buen contacto ocular y seguimiento. Dentro de este periodo pueden manifestar que dificulte sus movimientos voluntarios, tanto a nivel general, como específicos de la zona oral. Las dificultades de alimentación pueden manifestarse ya desde los primeros días o meses: no succión, náuseas, dificultad en la deglución regular y derrame de líquido. Desde los primeros meses si no controlan bien los movimientos de la cabeza, ni la atención, contacto ocular y seguimiento esto les dificultará además de otras experiencias, las secuencias comunicativas con el adulto, en las que a esta edad es muy importante la coordinación sonido- vista, dentro de secuencias comunicativas ligadas a la situación entre el bebé y sus padres.

Entre los 4 y 10 meses: dificultades en la motricidad manual a la hora de coger un objeto y más si deben coordinarlo con su seguimiento ocular. Alteraciones en la posición corporal y en el tono muscular. No se aguantan sentados. No arrastre, ni gateo. Sí lo hace son movimientos mal coordinados, asimétricos etc. además de estar alterada la motricidad general les puede fallar el seguimiento ocular de los objetos, de las personas, la capacidad de mirar alternativamente al interlocutor y a un objeto o a varios interlocutores y objetos, con lo que se ve reducidas sus experiencias y también una actividad fundamental de cara al desarrollo del lenguaje.

Sobre los 12 meses: no se mantiene de pie con apoyo. Poco desarrollada la motricidad fina. Probable persistencia de reflejos primitivos. Motricidad general muy pobre. A nivel de la zona oral problemas de alimentación, persistencia de reflejos primitivos como el de náusea, el morder o el de succión. El niño sin problemas motores suele decir su primera palabra sobre esta edad o antes coincidiendo varios aspectos: maduración de la percepción auditiva (ya reconoce sonidos familiares, voz de los padres, discrimina la fonética de su entorno. Etc.), maduración motora de la zona oral (inhibición de los reflejos orales, inicio de la masticación), ha aprendido a comunicarse con los adultos, manifiesta interés por los objetos, es sociable. En el parálisis cerebral lo más llamativo es la falta de control motor de la zona oral lo que le dificulta o impide hablar.

En cuanto a los reflejos orales en el desarrollo normal y en la parálisis cerebral de un niño o niña; los más conocidos son:

1. Reflejo de puntos cardinales: con el niño boca arriba excitamos con el dedo el borde de la boca, arriba, abajo y a los lados y el bebé girará la cabeza hacia el lado estimulado. Se encuentra presente en el nacimiento y desaparece sobre el 3º,4º mes.

2. Reflejo de succión: se coloca el índice en la boca del niño y con él se estimula el paladar o la lengua. La respuesta debe ser una succión rítmica, si no es un reflejo. Esta presente al nacer y debe haber desaparecido sobre el 7º mes.

3. Reflejo de morder: se toca con el índice la parte superior de la encía y se obtiene una abertura y cierre de la boca. También si se presiona sobre la lengua. Aparece después del nacimiento y desaparece hacia el 2º-3º mes. Si se persiste más allá de los 6-7 meses se considera patológica

4. Reflejo de náuseas: se presiona fuerte sobre la lengua o el paladar y la respuesta es la náusea. Aparece desde que el niño nace hasta que mastica.

5. Reflejo de deglución: la succión no en vacío, si no con obtención de alimentos desencadena la deglución con unas secuencias rítmicas de movimientos que son seguidos con el mismo ritmo y de forma inmediata por brevísimas detenciones de respiración.



En el parálisis y parálisis cerebral interesa tenerlos en cuenta por la relación que tienen con la alimentación y con el habla. Puede suceder que sean débiles en el momento del nacimiento y en algunos casos tardan muchos años en desaparecer (incluso nunca), con lo que dificultan la alimentación y el habla. Por ejemplo, niños y niñas que no controlan el reflejo de morder, será muy difícil que puedan hablar de forma comprensible.

Dentro de la deglución, la alimentación del desarrollo normal de un niño o niña pasa de la succión los primeros días al inicio de tomar algunos alimentos sólidos (mordiéndolo) entre los 8-12 meses a desarrollar bien la masticación antes de los dos años. El bebé sobre los 4 meses, anticipa la alimentación con la boca abierta cuando ve la mamá o el biberón, succiona con energía, pero puede inhibir los reflejos de succión y de morder. A los 7 meses utiliza los labios y la lengua con mayor precisión y puede cerrar la boca fuerte si ha comido mucho (suficiente), además ya desplaza el bolo alimenticio lateralmente de un lado a otro de la boca. Al año mastica con cierta facilidad y deglute sin apenas derramar alimento.

Sobre los dos años la masticación ya es rotatoria y la realiza con una cierta facilidad. El niño o niña con problemas motores puede tener problemas desde el nacimiento. En algunos casos no succionan o lo hacen con mucha dificultad. Dado que les cuesta deglutir y pronto empiezan a derramar parte del contenido de la zona oral, los padres los mantienen estirados para darles de comer mucho más allá de los 12 meses. Suelen empezar a comer sólido muy tarde y las dificultades en la masticación son importantes. Todo ello implica que el asesoramiento de la motricidad de la alimentación sea muy importante ya desde los primeros meses (Puyuelo y Arriba, 2000).

Ahora bien, en la fonación y el habla intervienen todo el cuerpo y no solo los pulmones o los pliegues vocales, el niño sin problemas motores desarrolla su laringe y el tono muscular intrínseco y extrínseco a la vez que adquiere la capacidad de cambiar de posición cuna, sentarse, manipular y más adelante andar. En el niño o niña con dificultades motoras puede suceder que, intente emitir, sin relajar los abdominales, con estos muy tensos, con la cadera desplazada o mal colocada, con la cabeza hacia atrás o con tensión en la nuca la emisión de sonido quedará alterada. Algunos de los trastornos más frecuentes a este nivel son contracciones de los extensores de la nuca y del tronco, a la vez que los movimientos pasivos o activos de la mandíbula están limitados o son imposibles. En los casos graves la abertura de la boca, se realiza a la vez que se producen contracciones en extensión del cuello.

La respiración, fonación y voz, durante el primer año el niño, y de forma más intensa durante el segundo, ha realizado un desarrollo importante de laringe, ha aprendido a emitir un sonido de forma más regular, durante más tiempo, de forma más intensa, pasa largos períodos balbuceando y hablando solo. Mientras que el niño con problemas motores presenta una respiración en general insuficiente, irregular y mal coordinado. Muchas veces la inspiración está limitada como consecuencia de una respiración superficial o con bloqueos. Puede haber

variaciones importantes del aire inspirado de unas ocasiones a otras. Muchas veces la respiración se hace por la boca, produciéndose una respiración torácica superior. En ocasiones coincide el intento de fonación con la inspiración. La musculatura abdominal y diafragmática puede estar bloqueada o tener muy reducida la funcionalidad de cara a la fonación. En la fonación se produce muchas veces un movimiento de abducción incompleto o exagerado de los pliegues vocales. Lo que provoca voces explosivas, irregulares en cuanto a la intensidad, alteraciones en el timbre.

Puede haber malformaciones asociadas, con adenoides muy desarrolladas, velo alto y maloclusión dental que influirán en la resonancia. La posición de la lengua no será la adecuada muchas veces, con lo que también condicionará la funcionalidad de la orofaringe y la salida de aire.

Además de todo ello es frecuente que la coordinación, respiración-fonación-articulación no se haga correctamente. De esta forma llegan a mover los pliegues vocales sin aire o con cantidad insuficiente y sin la presión adecuada, la lengua en ese momento puede estar en tensión o en profusión. Pueden realizar una inspiración por la boca, antes de acabar un enunciado o una palabra, por lo que todo lo implicado en la emisión puede quedar afectado (Puyuelo y Arriba, 2000).

En base a esto se puede decir que la mayoría de los niños y niñas que presentan este problema tienen dificultades de lenguaje; el cual se enfoca en la Dislalia ya que es un trastorno de la articulación; es decir, cuando se produce una palabra esta se escucha alterada de uno o varios fonemas; a continuación se hará reseña a que se refiere la dislalia ya que es aquí donde se ubica a nuestro sujeto de investigación.

Nuestro sujeto de este trabajo tiene 4 años 8 meses y presenta una dislalia orgánica propia de una disartria, ya que se le nota que al conversar habla muy lento, le cuesta trabajo mover la mandíbula y por lo mismo no se le entiende lo que expresa en su lenguaje espontáneo, hace mucho esfuerzo al pronunciar las palabras y por lo mismo sustituye y omite algunos fonemas; además de que al articular ciertas palabras se ve afectada su respiración, fonación y resonancia, le cuesta trabajo masticar y soplar, no controla babeo y le cuesta trabajo mover la lengua principalmente.

A continuación se describe la problemática que engloba los anteriores factores que es la dislalia.

### 3. 3 Dislalia

Siempre ha sido común encontrar niños con problemas de lenguaje. Lo percibimos en concreto si un niño o niña comienza a hablar tardíamente, a pesar de haber vivido en un ambiente suficientemente estimulante; o bien, si presenta una

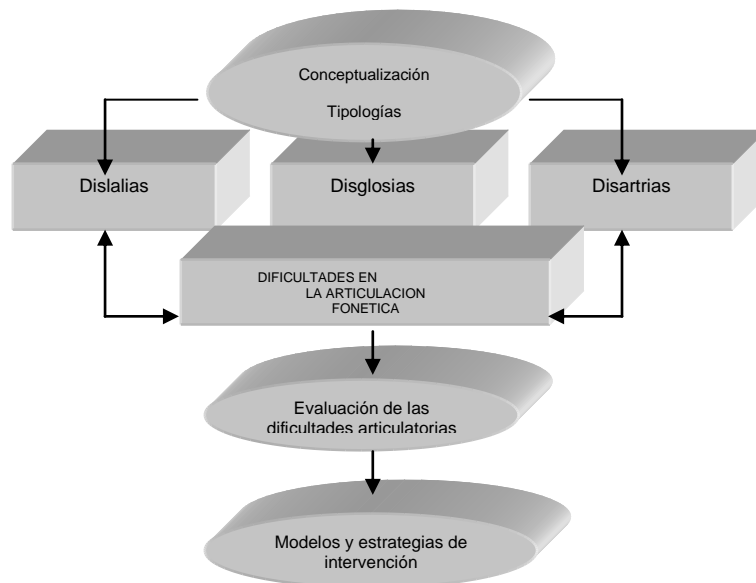
diferencia en la elaboración del lenguaje en relación con la edad cronológica habitual de adquisiciones.

Entre los problemas de expresión más comunes encontramos la dislalia, disglosia y la disartria. Éstos deben diagnosticarse oportunamente para comenzar lo antes posible el tratamiento habilitatorio o rehabilitatorio según corresponda. La rapidez con que se trate el problema ayuda a que quede alguna secuela en el niño (Gallego, 2000).

Los trastornos de articulación afectan básicamente al componente fonológico del lenguaje consisten en la producción alterada de uno o varios fonemas. El esquema 2 recoge conceptualmente las dificultades articulatorias el cual, sirve para tener un panorama en conjunto.

Esquema 2

### Esquema Conceptual de Dificultades Articulatorias



Fuente: Gallego Ortega José L, 2000: 11

Las dislalias son alteraciones en la articulación de los fonemas, ocasionadas por una manifiesta incapacidad para pronunciar de forma adecuada determinados fonemas o grupos de fonemas sin que se adviertan lesiones o malformaciones en los órganos periféricos del habla. Para Pascual (1988), la dislalia corresponde a un trastorno en la articulación de los fonemas, debido a la ausencia o alteración de algunos sonidos concretos, o a la sustitución de éstos por otros de forma impropia. Este trastorno puede afectar a cualquier vocal o consonante y referirse a único o a varios fonemas en número determinado, aunque la mayor incidencia del problema puede observarse en ciertos sonidos que requieren de una mayor habilidad en su producción por exigir movimientos más precisos.

Conviene subrayar que, al menos refiriéndose a algunos fonemas, no a todos, lo que en un idioma puede ser considerado como una articulación defectuosa, para otro no lo es; sin embargo, en estos casos no se trata de dificultad, sino del contexto social del idioma de cada país, que puede determinar algunas formas características de articulación (Pascual, 1988). Es decir, el fonema que es dislábico para un idioma puede ser correcto para otro, teniendo en cuenta que algunos sonidos dialectales podrían parecer dislalias sin serlo, pues son fonemas correctos de ese habla (Perelló, 1995).

En términos similares se expresan Alfonso e Ibáñez (1987), cuando señalan que el concepto de ciertas dislalias varía en el tiempo y en el espacio; en el tiempo, porque una dislalia puede dejar de serlo según la evolución del propio lenguaje; por ejemplo: la articulación del fonema /s/ interdental era un defecto en la edad media y ahora no lo es, en el espacio, porque un fonema que es dislábico para un idioma o país puede ser correcto para otro; por ejemplo: en España y América del sur, que tienen un mismo idioma, algunos de los fonemas son concretos en un país y dislalias en el otro. Las dislalias se asientan en lo que se denominó segunda articulación del lenguaje: el nivel de los fonemas (Gallego, 2000).

En las dificultades articulatorias infantiles hemos de tener en cuenta las consideraciones siguientes: (Nieto, 1990)

- La torpeza en la coordinación motriz de los órganos articulatorios. Estudios mexicanos revelan que los fonemas más difíciles de pronunciar suelen ser /s/, /d/, /r/, /l/, y /r/ en las sílabas compuestas.
- La falta de atención y concentración en el estímulo sonoro y/o falta de fijación del condicionamiento auditivo vocal.
- La producción de fonemas que son menos audibles, o los que se encuentran en posición final de sílaba trabada, o en sílaba final de palabra.

La dislalia es la anomalía del lenguaje más frecuente en la edad escolar, sobre todo en alumnos y alumnas de educación infantil y primer ciclo de educación primaria. Esta anomalía presenta un pronóstico muy favorable y es aconsejable una intervención temprana para evitar las consecuencias negativas que su presencia puede acarrear, por la influencia que ejerce sobre el desarrollo psicoafectivo infantil y el rendimiento escolar. La persistencia de dificultades articulatorias puede tener afectos perjudiciales en los niños y niñas, cuando éstos son conscientes de su incapacidad para articular correctamente su lenguaje, ya que puede generarles situaciones de retraimiento, e incluso de humillación en determinadas ocasiones, lo que repercutirá negativamente en el desarrollo afectivo y de su personalidad.

Según el fonema afectado, las dislalias reciben denominaciones diferentes, derivadas del nombre griego del fonema de que se trate, más el morfema “tismo” o “cismo”. De esta forma la articulación defectuosa del fonema /r/, recibe el nombre

de rotacismo: la del fonema /d/ delatamiento: la del fonema /s/ sigmatismo; etc. Entonces la literatura especializada y la experiencia permiten deducir que:

- El número de niños que presentan dificultades articulatorias (dislalias) es superior al de las niñas.
- Las mayores dificultades articulatorias infantiles se deben a una deficiente motricidad lingual
- Difícilmente las articulaciones de los fonemas vocálicos suelen presentar alteraciones.
- La articulación del fonema /r/ suele ser, en general el que mayores dificultades se producen.

En cuanto a la tipología cabe señalar que no existe unanimidad a la hora de establecer una clasificación de este trastorno articulatorio (Tabla 3 de clasificación general de las dislalias). En todos los casos, las diferencias no son insalvables, si bien conviene establecer una diferenciación previa entre trastornos fonéticos y fonológicos ya que el análisis es amplio e integral.

En estos casos, y aunque algunos autores incluyan los trastornos fonológicos en las dislalias, parece ser aconsejable una consideración a parte, pues como sostienen Juárez y Monfort (1989), tal separación no se debe a problemas puramente terminológicos, sino porque estos trastornos obedecen a mecanismos distintos y sobre todo requieren una intervención diferente; el niño o niña presenta un trastorno fonológico cuando se producen perturbaciones articulatorias en el lenguaje espontáneo o conversacional: incluso en la repetición de palabras, pese a que sea capaz de producir aisladamente los elementos fonéticos implicados. Así hay niños y niñas que pueden repetir con corrección el fonema /k/ ante /a/, /e/, /i/, /o/, /u/, y sin embargo, emiten “títate” por “quíate”.

Sí en las dislalias el problema final se sitúa en la coordinación motriz y en el aprendizaje de un esquema motor ausente o erróneo, en los trastornos fonológicos el problema está en la discriminación auditiva y en el tratamiento temporal de los fonemas dentro de una secuencia. En estos casos se ha de suponer que la articulación de un determinado fonema no se ha alcanzado de forma sistemática.

Lo cual ha llevado a algunos autores a establecer diferencias entre los trastornos fonéticos y los fonológicos como aunque no es infrecuente advertir como ambos tipos de dificultades coexisten en el habla de un mismo sujeto. Principalmente cuando estos dos aspectos fónicos del lenguaje confirman un núcleo, por lo que pretender describir solamente el aspecto fonológico de una lengua sin tener para nada en cuenta el fonético, es absurdo, y más que esto, un imposible. El valor y el desarrollo de la fonología, de la fonética se condicionan mutuamente (Gallego, 2000).

Por tanto, cuando los trastornos fonéticos (dislalias) se combinan con los fonológicos es cuando se habla habitualmente de un retraso del habla. En la

siguiente tabla se ofrece una clasificación general de las dislalias según distintos autores:

Tabla 3 Clasificación de las Dislalias

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dislalias orgánicas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Disglosias.</li> <li>Disartrias</li> <li>Dislalia audiógena</li> </ul> </li> <li>➤ Dislalias funcionales</li> <li>➤ Dislalias evolutivas.</li> </ul> <p>Carrió y Cols, 1991; Pascual, 1995; Valverde y Cols, 1992</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dislalia evolutiva</li> <li>➤ Dislalia funcional</li> <li>➤ Dislalia audiógena</li> <li>➤ Dislalia orgánica (Disglosias)</li> </ul> <p>Gallardo y Gallego, 1995; Gallego y Cols, 1999; García Fernández, 1986; Pascual, 1988.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dislalias fonológicas</li> <li>➤ Dislalias fonéticas</li> </ul> <p>Bruno y Sánchez, 1994; Crystal, 1983; Issler, 1983.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dislalia funcional</li> <li>➤ Dislalia orgánica:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Dislalia orgánica o disglosia.</li> <li>Dislalia audiógena:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>Bilingüismo.</li> <li>Sordera postlocutiva</li> <li>Hipoacusia prelocutiva.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>Del Barrio. 1985; Perelló. 1995.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dislalias neurológicas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Dislalias afásicas y anártricas</li> <li>Dislalias audiógenas</li> <li>Dislalias disártricas.</li> </ul> </li> <li>➤ Dislalias psicógenas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Dislalias aláticas</li> <li>Por neurosis y psicosis</li> </ul> </li> <li>➤ Dislalias instrumentales:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Dislalias orgánicas.</li> <li>Dislalias funcionales.</li> </ul> </li> </ul> <p>Azcoaga y Cols, 1992.</p>

Fuente: Gallego Ortega José L. 2000: 18

Ahora bien en base a la clasificación de las dislalias el trabajo se enfocará sólo en la dislalia orgánica, ya que es la que más frecuentemente presentan los niños y niñas con problemas motrices que en este caso sería parálisis cerebral.

### 3.3.1 La Dislalia Orgánica.

Las alteraciones de la articulación, cuya causa es de tipo orgánico, se llaman dislalias orgánicas. Dichas alteraciones pueden referirse a lesiones del sistema nervioso que afectan al lenguaje o a lesiones o malformaciones de los órganos del habla. Si se encuentran afectados los centros neuronales cerebrales (SNC) reciben el nombre de disartrias y forman parte de las alteraciones del lenguaje de los deficientes motóricos. Se refiere a anomalías o malformaciones de los órganos del habla (labios, lengua, paladar, etc.), se les denomina disglosias y disartrias.

Como disglasias hace referencia a un trastorno de la articulación de origen neurológico cerebral y provocado por lesiones físicas o malformaciones de los órganos articulatorios periféricos. Ahora bien, en las disartrias el problema resulta de una lesión muscular, el cuál es el más frecuente en los niños y niñas que presentan parálisis cerebral. Es por ello que a continuación se tratará este problema de lenguaje el cual se describirá más detalladamente (Gallego, 2000).

La disartria es un trastorno motor del habla que resulta de una lesión muscular. La debilidad, lentitud o incoordinación muscular pueden afectar todos los procesos básicos del habla, tales como la respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia. Los errores de la articulación son los rasgos más comunes de la disartria, seguidos por la incapacidad de la voz, resonancia, y fluidez. La disartria se confunde con la apraxia del habla, la cual es otro trastorno motor del habla asociado con la incapacidad expresiva del habla. La disartria es diferente a la apraxia. La característica diferencial primaria en la disartria es que ésta está asociada con una incapacidad muscular. Sin embargo, en la apraxia del habla no existe incapacidad muscular. La causa que produce dichos errores se encuentra a nivel del SNC y esta es la alteración fonémica es más frecuente de la parálisis cerebral infantil (PCI) (Gallego, 2000).

Ponces (citado en Perelló, 1995), dice que la disartria es una dificultad de la expresión oral del lenguaje debida al trastorno del tono y de movimientos de los músculos de los órganos fonatorios como la lengua, faringe y laringe, secundaria a lesiones del Sistema Nervioso Central.

Los niños y niñas con disartria suelen omitir, sustituir, insertar, añadir o distorsionar uno o más fonemas que dificultan la inteligibilidad del discurso y que se presentan a una edad en que ya se debiera tener una articulación correcta. Además se unen a estas alteraciones articulatorias la dificultad para mover sus órganos bucales al realizar cualquier actividad (succionar, soplar, masticar...), por lo tanto difícilmente pueden producir un habla inteligible. Para que se entienda mejor se hablará de estas distorsiones brevemente.

La sustitución es el error de articulación por el cual un sonido es reemplazado por otro. El niño o niña no puede realizar una articulación y la suple por otra más fácil o, de entrada, percibe mal el sonido y lo reproduce tal como él o ella lo discrimina (como lo emite). Es el error más frecuente dentro de las disartrias funcionales y el que presenta más dificultades para su corrección. Las formas más frecuentes son la sustitución de r por d o por g, de s por z y del sonido K por t.

Otra forma es el caso de la omisión en la que el niño o niña elimina el fonema que no sabe pronunciar, sin ser sustituido por ningún otro, pudiéndose dar la eliminación en cualquier lugar de la palabra (p. ej. "iño" por niño); o en toda la sílaba en que se encuentra dicho fonema se puede dar esa eliminación (p. ej. "camelo" por "caramelo")

En la inserción se puede dar el caso en el que el niño o niña le resulte difícil articular un sonido, entonces puede que intercale un sonido que no corresponde a esa palabra para apoyar y resolver la articulación del vocablo difícil (por ej. "Enerique" por Enrique). Este tipo de error es el que suele presentarse con menos frecuencia.

La distorsión se da de forma incorrecta o deformada, pero que tampoco es sustituido por otro fonema, pero que tampoco es sustituido por otro fonema concreto, sino que su articulación se hace de forma aproximada a la correcta, pero sin llegar a serlo. Generalmente es debido a una imperfecta posición de los órganos de la articulación a la forma de salida del aire, a la vibración o no vibración de las cuerdas vocales, etc.

La anartria es el caso más extremo y más severo la disartria. Las personas que tiene anartria presentan una imposibilidad para articular correctamente los fonemas por una insuficiencia neuromuscular.

Es muy importante realizar un diagnóstico diferencial, ya que como se ha mencionado se puede confundir además con las disglosias que se deben a lesiones anatómicas y/o fisiológicas en los órganos periféricos del habla o sólo como dislalias que son una perturbación en la pronunciación de un fonema, sin que se deba a alteraciones centrales ni periféricas.

En la parálisis de los labios, lengua, velo del paladar, laringe o faringe, por lesiones periféricas, las disartrias son similares en las encontradas en las dislalias mecánicas o disglosias. La debilidad del paladar se manifiesta por una rinolalia abierta. Una rinolalia cerrada se observa en los espasmos del velo. En la laringe se produce una voz débil y temblorosa.

Las alteraciones de coordinación en la ejecución de los patrones motrices fonéticos-por lesiones encefálicas- provocan palabra borrosa, equivocación de sílabas, farfulleos, sonidos inexactos, fallos de dicción y pérdida de la entonación. Además pueden haber otro tipo de alteraciones, como:

- Perturbaciones en la emisión de voz. Es muy común en los niños y niñas con PCI como la palabra se hace más débil a medida que avanza su emisión hasta hacerse ininteligible. La voz fuerte se denomina megafonía; la voz débil recibe el nombre de microfonía.

- Arritmias en la emisión de palabras. El ritmo de la palabra también puede verse alterado, constatando en unos casos un ritmo demasiado rápido (taquilalia) y en otros demasiado lento (bradilalia).

- Trastornos respiratorios. Los niños y niñas con lesiones cerebrales (espásticos o atetósicos) suelen presentar una contradicción de la musculatura abdominal que entorpece el acto respiratorio. También pueden observarse espasmos diafragmáticos. Según Tardieu es comprensible que el niño o niña con



PC presente alteraciones respiratorias, ya que en la fonación, la respiración exige un control excelente de las contraindicaciones cinéticas y posturales de los músculos interesados y del diafragma. La incoordinación entre los movimientos torácicos y diafragmáticos, las incongruencias entre la espiración y el movimiento laríngeo entre otros generan frecuentes trastornos articulatorios.

➤ Dificultades tonales, es frecuente observar un tono monótono y una respiración nasal (rinofonía).

Los fonemas de adquisición más recientes son los más afectados, pero están conservados por los fonemas p, m, t; en cuanto a las consonantes las más afectadas son las sonoras, las fricativas más que las oclusivas, las linguoalveolares más que el resto. Es decir, la mayor afectación se observa en los fonemas cuya articulación requiere un cambio rápido de los órganos articulatorios (diptongos y líquidas). Perelló, 1995 ha apreciado un cambio de fonemas consonánticos en especial entre r, l y s; cambio de vocales, especialmente en u y o; omisión de fonemas t, l, d; realización incorrecta de los fonemas oclusivos; impureza de los armónicos vocálicos y mantenimiento irregular de la intensidad de la voz.

Darley y cols (citados en Gallego, 2000), diferencian varios tipos de disartrias:

- a) Flácida
- b) Espástica
- c) Atáxica
- d) Por lesiones en el sistema extrapiramidal y se encuentra la hipocinética e hipercinética.
- e) Mixtas

a) Disartria Flácida: es característica de la parálisis flácida, debilidad, hipotonía, atrofia muscular. En este caso la lesión se localiza en la neurona motriz inferior. Puede ser ocasionada por infección de virus (poliomielitis), tumor, miastenia grave, parálisis bulbar, facial y trauma; sus características son:

- Alteración del movimiento voluntario, automático y reflejo.
- Flacidez y parálisis con disminución de reflejos musculares.
- Atrofia de las fibras musculares.
- Debilidad o fatiga durante el ejercicio.
- Posible afectación de la musculatura respiratoria.
- Afectación de los movimientos del paladar.
- Disminución del reflejo de náuseas.

- Afectación de la lengua.
- Deglución dificultosa.
- Debilidad de las cuerdas vocales, paladar y laringe.
- Alteraciones respiratorias. Respiración rápida y superficial.
- Voz ronca y poco intensa.
- Hipernasalidad.
- Articulación consonántica distorsionada.
- Control impreciso del habla.
- Velocidad articulatoria reducida.

b) Disartria Espástica: se presenta en la parálisis espástica, debilidad, limitación de movimientos y lentitud de los mismos. La afectación se produce a nivel de la neurona motriz superior. Puede ser ocasionada por tumor, infección (encefalitis), trauma, parálisis cerebral espástica; se caracteriza por:

- Debilidad y espasticidad en un lado del cuerpo, en los músculos dístales de las extremidades, la lengua y los labios.
  - Resistencia al movimiento pasivo de un grupo muscular.
  - Los reflejos de estiramiento muscular, están exagerados.
  - Presencia de reflejos patológicos.
  - La respiración y la fonación no suelen afectarse.
  - Disfunción articulatoria.
- Asociada a patologías, como: encefalitis, esclerosis múltiple, traumatismos craneales...
  - No hay atrofia de fibras musculares.
  - Frecuente alteración del control emocional.
  - Emisión de frases cortas.
  - Voz ronca.
  - Tono bajo y monótono.
  - Lentitud en el habla.
  - En ocasiones se producen interrupciones tonales o de la respiración.
  - La articulación consonántica suele ser precisa pero, a veces, se producen distorsiones vocálicas.
    - Problemas de control muscular.
    - Movimientos involuntarios.

- Distorsión de vocales.

c) Disartria Atáxica: Se produce por la afectación del cerebelo, que regula la fuerza, velocidad, duración y dirección de los movimientos ocasionados en otros sistemas motores. Caracterizado por movimientos inexactos, lentitud de los mismos e hipotonía. Puede ser ocasionada por tumor, trauma, parálisis cerebral atáxica, infección y tóxicos; se identifica por:

- Hipotonía de los músculos afectados.
- La dirección, duración e intensidad de movimientos son lentos y débiles.
- Posible irregularidad de los movimientos oculares.
- Disfunción faríngea caracterizada por una voz áspera y una monotonía en el tono.
- Disfunciones articulatorias mediante distorsiones.
- Alteraciones prosódicas por énfasis en determinadas sílabas.
- Escasa definición consonántica.
- Distorsión vocálica.
- Los movimientos oculares pueden ser irregulares.
- Asincronía de los músculos respiratorios.
- Articulación irregular.

d) Disartrias por lesiones en el sistema extrapiramidal: es parte del paleo encéfalo, destacando entre sus funciones las siguientes:

- Regulación del tono muscular en reposo y de los músculos antagonistas cuando hay movimientos.
- Regulación de los movimientos automáticos.
- Adecuación entre la mímica facial y las sincinesias ópticas.

Así pues, las lesiones en el sistema extrapiramidal pueden ocasionar dos tipos de disartrias:

1. Hipocinéticas
2. Hipercinéticas

1. Hipocinéticas: se caracteriza por movimientos lentos, rigidez, pérdida de ciertos automatismos motóricos. Es muy común en la enfermedad de Parkinson y se distingue por:

- Movimientos lentos, limitados y rígidos.
- Movimientos repetitivos en los músculos del habla.
- Voz débil, articulación defectuosa, falta de inflexión.
- Frases cortas.
- Falta de flexibilidad y control de los centros faríngeos.
- Monotonía tonal.
- Variabilidad en el ritmo articulatorio.
- Hipertonía
- Dificultades en la iniciación de la fonación.
- Imprecisión de consonantes.
- Silencios inapropiados.

2. Hipercinéticas: es un trastorno motórico del habla que puede ser rápida (articulación imprecisa, interrupciones fonatorias) y lenta (hipertonía, voz forzada). Todas las funciones motóricas básicas (respiración, fonación, resonancia y articulación) pueden estar afectadas de forma sucesiva o simultánea, siendo posible predecir su ocurrencia en el tiempo. Los trastornos característicos de las hipercinesias son:

Coreas. Es una enfermedad del sistema nervioso caracterizada por:

- Movimientos irregulares e involuntarios, lentos o rápidos, de uno o varios músculos.
- Tono muscular bajo.
- Trastornos de la coordinación.
- Alteraciones del habla.
- Hiperdistorsión de vocales y uso de frases cortas.
- Producción oral irregular y prosodia afectada.

Atetosis. Es un trastorno neurológico que presenta:

- Movimientos involuntarios y lentos en la articulación.
- Problemas respiratorios y de la fonación (voz ronca).
- Habla distorsionada y tono monótono.

Temblores. Forma rítmica de movimiento anormal; es común ver:

- Interrupciones en la emisión de la voz.

Distonía. Movimiento involuntario anormal, relativamente lento y sostenido; destacado por:

- Alteraciones prosódicas.
- Discriminación en la altura tonal.
- Inspiraciones audibles
- Temblor de la voz.

e) Disartrias Mixtas: la forma más compleja es esta; la disfunción del habla es el resultado de la combinación de las características propias de los sistemas motores implicados. Pérez Lerga, 1986 (citado en Gallego Ortega, 2000) contempla las siguientes variantes:

- Disartria espástica-flácida. Localizada en el sistema motórico superior e inferior, se caracteriza por la lentitud de movimientos. Se manifiesta por la imprecisión de consonantes, voz ronca, distorsión de vocales, intervalos prolongados, entre otros.

- Disartria espástica-atáxica-hipokinética. Localizada en el sistema motórico superior, cerebeloso y extrapiramidal, se caracteriza por la rigidez y lentitud de movimientos. Se manifiesta por imprecisión de consonantes, tono bajo, movilidad lenta.

- Disartria variable espástica-atáxica-flácida. Su localización es variable, se caracteriza por la variabilidad de aspectos (espasticidad, rigidez). Sus manifestaciones también son variables. Es ocasionada por esclerosis múltiple.

En resumen en primer lugar, la variabilidad de las condiciones ambientales o reforzantes produciría una tremenda variabilidad en cuanto al desarrollo del lenguaje en niños y niñas diferentes dentro de la misma cultura o entre culturas distintas.

Sin embargo, en el caso de los niños y niñas con parálisis cerebral es común presenciar además de problemas motrices, problemas de lenguaje; el cual se enfoca en la Dislalia orgánica y dentro de esta encontramos específicamente a las disartrias, ya que está afectado el Sistema Nervioso Central y se caracteriza por estar afectados los procesos básicos del habla desde la respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia; hasta los músculos de la lengua, faringe y laringe; los cuales, son indispensables para una articulación entendible.

Para distinguir que clase de disartria se observa en cada niño o niña con parálisis cerebral se anexa en el siguiente cuadro.

Tabla 4

Clasificación de las Disartrias

DISARTRIA	LESION	POSIBLE CAUSAS	CARACTERISTICA DEL HABLA
Flácida	Neurona motora baja	infección viral ACV Tumores	Hipernasalidad Consonantes imprecisas
Espática	Neurona motora alta	ACV Tumor Trauma	Mono-tono Tono bajo Consonantes imprecisas
Mixta	Neurona motora alta y baja	Esclerosis lateral amyotrópica ACV	Hipernasalidad Mono-tono Consonantes imprecisas
Atáxica	Sistema cerebelar	ACV Tumores Trauma	Consonantes imprecisas Nasalidad variable Vocales distorsionadas Estrés
Hipocinética	Sistema extrapiramidal	Parkinsonismo Drogas	Mono-tono reducido estrés Consonantes imprecisas
Hiperkinética	Sistema extrapiramidal	Corea Infección Síndrome de Gilles de la Tourette ACV	Consonantes imprecisas Vocales distorsionadas Voz chillona

Fuente: <http://4meducational.com/disartria.htm>

Después de lo visto es necesario recapitular la consideración que se tiene sobre habla; el cual es el acto motriz que hace la emisión de la voz. La lengua es el idioma o código con los que se entiende un grupo social determinado. El lenguaje es la capacidad de expresar el pensamiento a través del habla. En el caso de las personas que tienen parálisis por lo regular presentan problemas de lenguaje y del habla por tanto muchas de las veces se distorsiona la lengua.

Para fines de este trabajo el cual tiene como primer propósito evaluar psicoeducativamente, a un niño con parálisis cerebral; en el que se encontró que requiere mucho más apoyo en el área de lenguaje y habla ya que el pequeño presentaba movimientos irregulares, involuntarios y lentos cuando articulaba palabras; por lo mismo había una notable distorsión de fonemas, debido a problemas respiratorios y de fonación ya que al momento de emitir las palabras las interrumpía, entre otras características.

Para lograr detectar los fonemas alterados existe la propuesta de Miras y Fernández (1998), que es la Evaluación del Desarrollo Articulatorio que a continuación incluyen los rangos de nivel de desarrollo articulatorio y perfil de seguimiento fonológico que poseen los niños y niñas durante la etapa de educación infantil; es decir, desde el primer año hasta los cinco; estos parámetros sirvieron como marco de referencia al evaluar al niño con parálisis cerebral.

Tabla 5

Nivel de Desarrollo (ND) sobre % de Ajustes Realizados (AR) de la categoría Fonológica del Ajuste General (AG)

ND	1 AÑO (18-22 M)	2 AÑOS (30-34 M)	3 AÑOS (42-46 M)	4 AÑOS (54-58 M)	5 AÑOS (66-70 M)
SUPERIOR	+30	+50	+75	+90	100
MEDIO	5-30	30-50	55-75	80-90	90-95
INFERIOR	-5	-20	-40	-60	-80

Fuente: Miras Martínez y Fernández Torres, 1998: 23

Esta tabla se explica mejor de la siguiente manera: en la parte superior de la tabla indica los años y meses en los que se debe ubicar a nuestro sujeto; en la parte lateral izquierda se encuentra el nivel de desarrollo como: el inferior, medio o superior; entonces, es donde se pueden ubicar los rangos esperados para cada niño en la etapa infantil.

Por ejemplo, en el caso de los niños (as) que tienen 1 año hasta los 22 meses se puede detectar su nivel de desarrollo fonológico dependiendo de las palabras correctamente articuladas, si un niño o niña de todas las palabras que se le presentan por imitación de la prueba, articula menos de 5 palabras bien; quiere decir que su nivel de desarrollo es inferior a lo esperado; en el caso de 5 a 30 palabras articuladas correctamente; se encontrará un nivel medio; esto nos indica que está dentro de los rangos convencionales para un niño de su edad y si articula más de 30 palabras adecuadamente; significa que su nivel de desarrollo es superior a lo esperado para un niño (a) de su edad.

Entonces, conforme crece el niño y niña, de igual manera el nivel de desarrollo fonológico; por lo que hay un proceso prevaleciente; es decir, nos permite conocer la fase en la que se encuentra el sujeto; si es de control o de simplificación. Entendiendo que la fase de simplificación es cuando el niño empieza sencilla la estructura de un enunciado; es decir, un niño (a) menciona objetos sin adjetivos o conectores; por ejemplo el niño sólo nombra “oso”.

Cuando el niño está en una fase de simplificación de avance, el niño está comenzando a utilizar artículos con objetos para mencionar lo que quiere o ve; por ejemplo el niño menciona “un oso”. En el caso de la fase de proceso de control es cuando el pequeño está construyendo enunciados más específicos o complejos; un ejemplo sería: “el oso está bonito”.

Lo anterior se puede ver reflejado en la siguiente tabla con los correspondientes rangos para detectar el proceso de dominio que tiene el sujeto evaluado.

Tabla 6

Proceso Prevalciente (PP) sobre % de Ajustes Realizados (AR) de la categoría Fonológica del Ajuste General (AG).

PP	PC	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS
PC	LOGRO	+90	+90	+90	+90	+90
PS	AVANCE	+30	+40	+60	+70	+80
	INICIC.	+10	+20	+30	+40	+50

Fuente: Miras Martínez y Fernández Torres, 1998: 23

En el caso del niño estudiado para realizar este trabajo; se ubica en las dos tablas anteriores en la fila de 4 años debido a que tiene 4 años y 8 meses; en el cual se observa en la tabla 5 que si el pequeño emite menos de 60 palabras correctamente de la prueba, su nivel de desarrollo articulatorio es deficiente; por el contrario, si articula de 80 a 90 palabras adecuadamente está en un nivel esperado para su edad; por último si el menor articula más de 90 palabras adecuadamente, su nivel de desarrollo es superior a lo esperado a su edad.

Por parte del proceso prevalciente del niño también se puede valorar con la tabla 6; en la cuál podemos saber si su proceso es de simplificación o de control en cualquiera de sus fases. Ahora bien, se continuará con el siguiente capítulo, el cual describirá las características de la metodología que se utilizaron para realizar este trabajo.



## CAPÍTULO 4 MÉTODO

### 4.1 Primera Fase: Evaluación Diagnóstica

#### 4.1.1 Planteamiento del Problema

Este trabajo se enfocó en un niño de 4 años y 8 meses con parálisis cerebral infantil espástica que tuvo como problemática central el área de lenguaje oral ya que sus dificultades son de articulación, fonación, control de babeo y calidad respiratoria principalmente; por lo que hay que generar los apoyos adecuados para mejorar la emisión de las palabras; ya que el lenguaje será clave para que el niño entable conversaciones más claras con sus compañeros y maestra de la escuela a la que fue integrado en el ciclo escolar de 2005.

Para justificar este proyecto es importante recordar que el lenguaje es una parte importante de nuestra vida y funciones pueden ser diversas; como expresar ideas, tener comunicación con otros, además de decir necesidades o sentimientos, entre otras; este se puede manifestar en diferentes formas; por ejemplo, mediante gestos, dibujos y la escritura; sin embargo, nunca hay que perder de vista la producción y la comprensión del mismo; es decir, sobre la emisión de sonidos y lo que se entiende sobre la emisión.

El presente trabajo es una evaluación psicopedagógica que incluye una evaluación inicial, diseño y aplicación de un programa de intervención y por último una evaluación final. El objetivo específico es:

➤ Diseñar una intervención psicopedagógica en el área de lenguaje oral en cuanto a la articulación de los fonemas alterados para mejorar la expresión cotidiana de un niño que presenta parálisis cerebral infantil de 4 años 8 meses que fue integrado a una escuela normal.

#### 4.1.2 Sujeto

Este escrito está basado en un estudio de caso de un niño varón de 4 años 8 meses con parálisis cerebral espástica de un nivel socioeconómico medio. Este niño fue integrado al segundo año de nivel preescolar en una escuela “regular” y actualmente está cursando el primer año de primaria ya que el niño comprende todo lo que se le dice y sus habilidades están dentro de su edad cronológica; sin embargo, el problema que se le notó principalmente fue de lenguaje por que al momento de expresarse, la articulación era defectuosa.

#### 4.1.3 Antecedentes

La derivación para integrar al niño, fue por parte de la terapeuta de la estancia infantil, quien estaba a cargo del área de aprendizaje. Ella hizo la

valoración para que el niño pudiera ser integrado a una escuela “regular”; además el menor ya dominaba sus necesidades básicas como son el vestirse, comer e ir al baño por sí sólo.

El programa que tuvo durante el ciclo 2004-2005; dentro de la estancia infantil fue a nivel rehabilitatorio en el área física ya que las actividades que se realizaban estaban más enfocadas en las áreas de psicomotricidad y coordinación visomotora; por tanto, se notó que el área psicoeducativa estaba trabajada relativamente. En el expediente previo del niño se encontró recetas médicas, electroencefalogramas y un informe muy general de lo que el niño sabe; concluyendo la necesidad de un apoyo psicoeducativo (Ver anexo1 y 2).

Además se nota en el expediente que no hubo una evaluación psicopedagógica a detalle donde nos mencione los recursos y apoyos en las áreas que requiere el pequeño para incorporarse a una educación regular. Así pues, es necesario evaluar el lenguaje articulatorio; por que es parte fundamental de la comunicación del niño con su entorno, para dar a conocer lo que piensa y siente lo más claro que se pueda.

#### 4.1.4 Escenario

La realización de este estudio fue en una estancia infantil que pertenece al DIF de Atizapán de Zaragoza, Edo. de Méx.; la cual cuenta con un comedor, los servicios de luz, drenaje, agua potable y servicio de vigilancia. Se atienden a niños y niñas con N. E. E. con discapacidad desde los 45 días de nacidos hasta los 11 años; la estancia brinda valoración médica, terapia física, terapia de aprendizaje, terapia de lenguaje y próximamente con terapia de hidromasaje; es importante mencionar que la mayoría de estos niños y niñas son de custodia, ya que presentan diferentes padecimientos, los cuales son: parálisis cerebral moderada (como espástica) y severa (cuadruplejía), hidrocefalia, síndrome de Down, entre otros.

La mayor parte de los niños y niñas que asisten a la estancia infantil son canalizados de diferentes instituciones, las más comunes son:

- CENTRO DE REHABILITACIÓN INFANTIL TELETON (CRIT)
- ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL LAZARO CÁRDENAS 898-3
- HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL JUAN N. NAVARRO
- HOSPITAL DE LA COMUNICACIÓN HUMANA
- IMSS MAGDALENA DE LAS SALINAS
- DIF.

Los niños y las niñas que asisten a la estancia siguen teniendo la atención en estos centros y hospitales; por tanto se les pide a los padres y madres como referencia los reportes de las instituciones de donde fueron canalizados, para anexarlos a los expedientes, además de la evaluación mensual de los terapeutas

de la estancia para tomar en cuenta las indicaciones de los otros centros y hospitales.

En el caso del niño estudiado recibía atención del IMSS Magdalena de las Salinas y actualmente sigue recibiendo atención del DIF de Atizapán de Zaragoza, en otra de sus instalaciones para terapia de aprendizaje.

Para este trabajo, la metodología empleada fue tanto cualitativa como cuantitativa porque me permitió analizar las habilidades como dificultades que presentaba el niño estudiado; así como las adecuaciones que requería; por tanto, los instrumentos que ayudaron a completar esta información y así poder realizar el programa de intervención psicopedagógica se describen en el siguiente apartado.

#### 4.1.5 Instrumentos de Evaluación Psicopedagógica

Este apartado tiene como propósito presentar los instrumentos que fueron empleados para evaluar al niño. Como se ha mencionado se inició con los documentos encontrados en el expediente previo que proporcionó la estancia infantil (Ver anexo 1 y 2); la validación para los instrumentos utilizados fue por jueceo, a continuación se describirán.

- Hoja de derivación del alumno; ésta contiene los datos del alumno, así como del padre y de la madre, además de contar con el motivo por el cual se deriva al niño. Esta hoja sirvió para delimitar cuál fue el posible problema y la referencia de por qué el niño debía ser integrado (Ver anexo 3).

- Entrevista con el padre y/o madre; esta se realizó con la finalidad de conocer los antecedentes de desarrollo del niño; es decir, saber si el niño tuvo problemas antes o después de nacer; además de saber cómo es su comportamiento, la relación que lleva el niño con los padres y hermanas, las cosas que se le facilita hacer y las que más se le dificulta, etc.; por tanto esta entrevista contuvo en un principio, la ficha de identificación; la derivación, la estructura familiar, antecedentes prenatales, desarrollo del parto y postnatales, habilidades cognitivas, relaciones sociales, entre otras; La validación de esta entrevista fue por jueceo; ya que fue perfeccionado a partir de los comentarios sobre el trabajo (Ver anexo 4).

- Entrevista con la terapeuta de la estancia del área de aprendizaje; la cual tomó en cuenta el área motriz, emocional, conductual, de atención, memoria, audición y lenguaje. Esta sirvió para que la terapeuta explicara cuáles son las deficiencias que encuentra en el niño, tomando en cuenta las áreas antes mencionadas y así poder delimitar más específicamente el problema del niño. La elaboración de la entrevista de igual manera fue validada a partir de las recomendaciones de documentos que hablan sobre el tema (Ver anexo 5).

➤ Actividades para evaluar áreas; estas se refieren a: relaciones sociales, atención, comprensión, razonamiento, visión, memoria, audición, lateralidad, lengua y comunicación; conocimiento del medio; motricidad fina y gruesa; así como la motricidad lingual, labial y la calidad respiratoria. Para la evaluación me apoyé en actividades basadas de Narvarte (2001) y Aranda (1996) (Ver anexo 6).

➤ Registro de actividades por áreas; esta hoja sirvió para describir las competencias del niño observadas durante la aplicación de las actividades para evaluar las áreas en las que se desenvuelve el niño; es decir, permite detectar fácilmente las habilidades y dificultades del pequeño (Ver anexo 7).

➤ Hoja de observaciones del alumno tanto en sesiones individuales como en el grupo; las cuales fueron ocho dentro del salón de aprendizaje con una duración de 30 a 45 minutos cada una, en la que se tomaron en cuenta el desempeño en sus tareas, el orden y la organización de lo que hace el niño además de la relación maestra-alumno-compañeros, conjuntamente se describe el trabajo de la maestra en cuanto a planificación y diseño de la unidad didáctica, actividades al inicio de la clase, la forma en como explica los contenidos, la comprobación de la comprensión de los contenidos (Ver anexo 8).

Además de analizar los aspectos ya mencionados la finalidad primordial de estas observaciones es la evaluación del lenguaje espontáneo del niño; por tanto estas observaciones son de tipo descriptivo. De igual manera éstas se hicieron después de haberse realizado la intervención en la escuela nueva del niño, ya que el pequeño ya está integrado.

➤ Hoja de evaluación de accesibilidad del centro; está se hizo de igual manera por medio de observación directa de tipo descriptivo y sirvió para saber cuáles eran las posibles barreras arquitectónicas a las que se enfrentaba el niño a diario y ver de que manera se pueden cambiar para facilitarle el acceso al mobiliario (Ver anexo 9).

➤ Evaluación del Desarrollo Articulatorio (EDA) forma “A” y “B”; esta propuesta fue retomada de Miras y Fernández (1998) y fue la única que se aplicó dos veces, como pre- test en la realización de la evaluación psicopedagógica para saber las dificultades de los fonemas alterados y se aplicó como post- test; es decir, que fue al término de la intervención psicopedagógica para ver los logros en el niño o no avances con el programa que se diseñó; además de comprobar la buena memoria a largo plazo. Sin embargo se le hicieron unos cambios a esta evaluación de la original los cuales a continuación se mencionarán (Ver anexo 10 y anexo 11).

La EDA “A” se presenta en láminas que contienen las palabras agrupadas por algún denominador común que le permite al niño reconocer los objetos dentro de un contexto. Cada grupo de láminas configura un campo semántico de uso activo común, las palabras-ítems se recogen impresas en las hojas de Aplicación de la forma “A” (Ver Anexo 10). En el siguiente cuadro se especifican.

Tabla 7

Campos semánticos que contempla la EDA para la forma A

Láminas	Campos semánticos	Ítems
01-07	Familia	01-15
08-15	Personas reales y personajes de ficción	16-23
16-32	Animales	24-50
33-37	Juguetes	51-61
38-39	Colores	62-68
40-44	Frutas	69-78
45-46	Flores	79-82
47-49	Bebidas	83-88
50-52	Alimentos	89-96
53-54	Golosinas	97-100

Fuente: Miras Martínez y Fernández Torres, 1998.

La EDA “B” se muestra en cómics; en ellos se encuentran niños y niñas con diferentes características o en diferentes actividades; las cuales están agrupadas en secuencias que le dan a las viñetas cierta coherencia; conforme vayan pasando las láminas mayor será su grado de dificultad. Las frases-ítems de cada cómic se recogen en las hojas de aplicación de la forma “B” (Ver Anexo 11).

Tabla 8

Dimensiones de desarrollo que contempla la EDA para la forma B

Cómic	Campos Semánticos	Viñetas	Ítems
I	Vamos a ver cómo son estos niños/as	12	34
II	Vamos a ver qué hacen en sus casas	9	25
III	Vamos a ver qué hacen en la calle	9	30
IV	Vamos a ver qué hacen en el colegio	11	42
V	Vamos a oír que les dice la “señora”	10	34

Fuente: Miras Martínez y Fernández Torres, 1998.

El tiempo de duración de la prueba en sus dos formas fue aproximadamente de 45 minutos en 4 sesiones cada una debido a que el niño se cansaba mucho y empezaba a babear más de lo habitual; por lo mismo constantemente tosía; esto no permitía que se escuchara la emisión adecuada cuando el niño no está cansado.

Originalmente el método de aplicación es el de imitación inmediata para las dos formas; sin embargo, el cambio que se le hizo de la prueba original es que se le añadió a las hojas de aplicación de la forma “A”, dos columnas en las cuales se marcó si el lenguaje era por imitación o espontáneo; además de que se podía observar si el niño tiene un vocabulario amplio. (Ver anexo 10)

Para ambas pruebas se tomaron en cuenta las recomendaciones para hacer el registro de las emisiones que produce el niño; las cuales son: si el niño no hace caso o está en otra cosa, después de uno o dos intentos sin respuesta, se escribe en esta fila: “no responde”, y en la columna AG (Ajuste Global) se anota la clave (o), lo cual quiere decir que el niño “omitio” la respuesta.

Otra es que si la pronunciación fuera ininteligible, se le dice la palabra de nuevo con la dicción correcta del modelo adulto y se solicita una vez más al niño a que lo repita; si nuevamente es ininteligible, se constata como tal, en esa fila se escribe: “ininteligible”, y en la columna AG se anota la clave (i). Se puede dar el caso de que el niño emita la respuesta, y que no toda la palabra sea ininteligible, por ejemplo, ante la palabra “bicicleta”, el sujeto puede responder “a, e...cheta”. “A, e...”; en este caso, la respuesta que se tiene que anotar es “cheta”.

Si la pronunciación no fuera igual al modelo adulto, es decir, el niño no ha imitado correctamente la palabra que se le ha dicho; por ejemplo, en lugar de decir “ratón” dice “datón” o “tatón” o cualquier otra forma no empleada en el lenguaje de los adultos, en la columna AG se anota la clave (-), es decir, que la palabra dicha por el niño está mal pronunciada.

En el caso de que si la pronunciación corresponda con el modelo adulto, en la forma infantil se transcribe la producción correcta que emitió el niño. Por ejemplo, el sujeto dice “león” ante el ítem “LEON”, entonces se anota en la columna AG (ajuste Global) la clave (+), que quiere decir que la imitación se toma como positiva.

Los datos que proporcionen los instrumentos revelarán los fonemas que altera el niño al momento de emitir las palabras; entonces dará pie a la elaboración del programa de intervención para corregir el modo de articulación del niño. Después de la aplicación del pre-test y post-test del EDA se hará una comparación de los resultados obtenidos para saber si el niño mejoró la forma de articular las palabras alteradas.

En base a los instrumentos mencionados, el siguiente apartado tratará más detalladamente el procedimiento de cómo fueron aplicados y registrados, para evaluar al niño en las diferentes áreas.

#### 4.1.6 Procedimiento

El punto de partida para realizar este trabajo fue a partir de la derivación de la terapeuta de la estancia infantil para que el niño fuera integrado a la escuela “regular” en el nivel básico; por lo que, se investigó las áreas que abordaba la estancia para impartírselas al niño y se encontró que se enfocaban más a: psicomotricidad, coordinación visomotora, actividades de la vida cotidiana y lenguaje; en esta última las actividades eran muy generales por lo que se necesitaba mayor información.

Posteriormente de haber revisado el expediente previo del niño; se llenó la hoja de derivación para saber las posibles dificultades que tenía el pequeño a consideración de los padres y terapeuta; además de saber del por qué el niño debía ser integrado a una escuela regular.

Para seguir completando la información del niño; se aplicó la entrevista a la mamá; la cual fue realizada en el salón de lenguaje de la estancia infantil, sin presencia del niño para que la madre pudiera contestar más detalladamente las preguntas, esto con la finalidad de conocer las referencias de desarrollo fisiológico, de personalidad y familiares del menor. De igual manera, se aplicó una entrevista a la terapeuta de la estancia infantil para conocer las habilidades motrices, de lenguaje, audición, conocimiento del medio, desempeño académico y su socialización del pequeño.

Una vez realizadas las entrevistas para la madre y terapeuta de la estancia infantil, se aplicó la evaluación de actividades por áreas, utilizando apoyo visual principalmente; como diferentes imágenes impresas y juguetes, esto con la finalidad de evaluar las competencias del pequeño por medio del registro de las diferentes actividades realizadas.

En cuanto a las pruebas del desarrollo articulatorio que son la forma A y B, su aplicación de igual manera se realizó en la estancia infantil en el área de lenguaje. Esta prueba se aplicó dos veces para evaluar al niño se inició como pre-test; el cual reveló los fonemas que alteraba el niño al momento de emitir las palabras. Los datos dieron pie para la elaboración del programa de intervención para corregir la emisión de los fonemas alterados.

Después de la intervención psicopedagógica se aplicó nuevamente la evaluación como post- test para que se compararan los datos con los del pre-test; esto con la finalidad de saber si el niño mejoró o siguió con el problema de articulación en los fonemas alterados.

A continuación se describirá el informe de la evaluación psicopedagógica; el cual ayudó a darle un sentido la información obtenida, sirviendo de fundamento en la toma de decisiones para la realización de la intervención que va encaminada a concretar las medidas necesarias para el progreso del niño; además de saber cuáles eran los apoyos que requería el niño tomando en cuenta sus características.

#### 4.1.7 Informe de la Evaluación Psicopedagógica.

En la evaluación inicial como ya se ha visto era conocer sus habilidades y de igual manera sus dificultades; además de la capacidad de articular un lenguaje entendible y espontáneo del niño para poder hacer un programa de intervención; a continuación se muestra la ficha de identificación para la elaboración de este proyecto.

Nombre asignado: niño  
Fecha de nacimiento: 19 de noviembre de 2000  
Edad: 4 años 8 meses  
Sexo: masculino  
Diagnóstico: Parálisis Cerebral Infantil Espástica  
Dirección: Atizapan de Zaragoza, Edo. de Méx.  
Escuela: Estancia Infantil  
Profesión del padre: Ventas  
Profesión de la madre: Hogar  
Número de hermanas: 2  
Lugar que ocupa entre sus hermanas: Segundo

El niño es de complexión delgada, la postura que tiene es inadecuada y porque recarga todo el peso sobre un lado; por lo tanto, es torpe para caminar y pierde con mucha frecuencia el equilibrio; constantemente se enferma de la garganta debido a que continuamente se moja el pecho con su saliva.

La evaluación psicopedagógica se inició desde que la terapeuta de la estancia infantil, que estaba a cargo del área de aprendizaje, derivó al niño porque consideraba que su edad cronológica correspondía a su edad mental; además de que el pequeño es muy sociable y accesible a nuevos conocimientos, es participativo y no tiene problemas en comprender los contenidos que se le enseñan. Sin embargo, el problema que se le notó principalmente fue en el área de lenguaje ya que al momento de expresarse, su articulación es defectuosa.

La entrevista se realizó sólo con la madre porque el papá del niño estaba trabajando; fue un niño planeado; en cuanto a su desarrollo prenatal fue complicado ya que la mamá tuvo amenaza de aborto; por tanto fue un embarazo de alto riesgo, en cuanto al parto también fue difícil porque el cordón umbilical estaba enredado en el cuello del niño, estuvo en la incubadora dos días, le hicieron transfusión de sangre debido a una hemorragia interna en el estómago.

Después de estas complicaciones se le han aplicado todas las vacunas, se le alimentó de leche materna hasta los siete meses, a los seis meses sostuvo la cabeza, no gateó y empezó a caminar a los dos años con la ayuda de la andadera. Controló sus esfínteres en el transcurso de la permanencia en la Estancia Infantil que fue de tres años y medio.



Los aspectos que más le preocupan a la madre es que sea un niño rechazado por sus compañeros, compañeras y maestros o maestras con los que tenga que convivir ahora y en un futuro; además de que no pueda entender lo que se le enseñe; sin embargo los aspectos que comentó del niño son positivos y que es muy accesible a aprender cosas nuevas, muy sociable, respetuoso y educado. En general la relación familiar es muy buena; en resumen es una familia funcional.

En cuanto al contexto escolar; se observó durante 4 semanas en donde se notó que la relación entre la terapeuta y el niño era muy amigable en cuanto a la relación que lleva con sus compañeros y compañeras era un poco distante ya que como cada niño y niña tiene diferente tipo de discapacidad no tenían una relación muy estrecha; sin embargo el niño trataba de ser empático con sus demás compañeros y compañeras; en cuanto a la planificación de la terapeuta era adecuada ya que ella misma planificaba las actividades de cada área del programa que ella misma elaboró, le presta atención a todos los pequeños en especial al niño estudiado de este trabajo porque era el único que pregunta para qué o por qué se debe hacer algo, la terapeuta muestra afecto por todos los niños sin descuidar sobre todo el comportamiento del niño.

Al niño le gustaba platicar y por lo general jugaba con una niña Down pues es con la que más se identificaba ya que se ponían a competir en juegos de rompecabezas y de memoria principalmente; además de que compartían los juguetes; el niño esperaba turnos, era ordenado, trataba de que sus trabajos salieran limpios; aunque trabajaba muy lento.

En cuanto a accesos a la instalación hay que mencionar que todas estas actividades realizaron en el aula de lenguaje la cual cuenta con buena iluminación y ventilación. El salón es de 5 metros aproximadamente, cuenta con anaqueles para poner juguetes y material didáctico para trabajar con los niños y niñas al igual de donde poner los aceites. Las mesas de trabajo pueden ocuparse una para 4 niños o niñas ya que la mesa mide 1 metro cuadrado, lo cual les da espacio para trabajar.

En el área del comedor cuenta con rampa y escalones para acceder a esa área que está a desnivel, otra de las áreas que tienen rampa es el salón de psicomotricidad; sin embargo no en todos los salones existe esta adecuación ya que para acceder al salón de aprendizaje, lenguaje y terapia física no existe este acceso, lo cual hace una barrera arquitectónica muy notoria porque cada vez que se traslada a alguno de los niños y niñas que usan silla de ruedas se ejerce mucha fuerza por parte de las terapeutas por lo cual resultan lastimados constantemente de la espalda y con dolores musculares.

Por parte de los baños tampoco no hay adaptaciones adecuadas para los niños y niñas principalmente porque no cuentan con barras para poder sujetarse al momento de sentarse en el baño ya que 2 de las tazas están muy altas para los niños y niñas por lo tanto se requiere aún más el apoyo de los terapeutas para estar al pendiente de los niños y niñas que sufren convulsiones.

Finalmente en el área de hidromasaje está demasiado reducido el espacio ya que sólo cabe en el cuarto un sólo terapeuta con el niño o niña por lo que resultará difícil dar una adecuada terapia para el futuro; aunque aún no esté funcionando esta área.

Le gustaba asistir a la estancia infantil, le encantaba acudir al preescolar y actualmente también le agrada ir a la primaria ya que los niños, niñas y maestras de salón lo han recibido muy bien, lo llaman por su nombre, lo escuchan y respetan cuando participa en el salón.

Por parte del contexto familiar refiere la mamá que es un niño obediente y cuando no le parece algo externa su opinión, respeta las reglas de la casa, es limpio, muy amoroso con sus hermanas, padres y abuelo paterno, trata de ser ordenado y de ser lo más autónomo posible a pesar de su deficiencia motórica ya que se le dificultaba comer sólo algunos alimentos como la sopa y bajar escaleras. En general la relación familiar es muy buena; por tanto es funcional.

En lo concerniente a su lenguaje; nombraba objetos comunes pero a veces no se le entendía por que no controlaba babeo porque quería hablar muy rápido lo cual hacía más difícil entenderle debido a que no articulaba bien las palabras; pero al pedirle que volviera a decir las palabras, trataba de decirlo con más claridad aunque se cansaba más ya que también no podía mantener el mismo tono para un enunciado debido a que no respiraba adecuadamente.

El niño conocía en ese entonces lo que es la derecha e izquierda, los días de la semana, colores y los números del 1 al 20; aunque tenía muy deficiente su psicomotricidad tanto fina como gruesa, sin embargo le gustaba iluminar y juntarse con una niña down de casi su edad ya que a parte del niño era la más funcional de todos los demás niños y niñas de la estancia infantil, la relación que llevaba con las terapeutas era buena ya que hablaba con todos.

Los resultados de la evaluación psicopedagógica proporcionó datos a cerca de las habilidades del niño en las distintas áreas: conducta, aseo, relaciones sociales, atención, comprensión, razonamiento, visión, memoria, audición, motricidad fina y gruesa así como lingual y labial, lateralidad, lengua y comunicación; conocimiento del medio.

Para realizar este trabajo se utilizaron en su mayoría diferentes imágenes y juguetes con la finalidad de evaluar las diferentes áreas antes mencionadas y a continuación se expondrán los resultados obtenidos en cada área.

La predominancia lateral en la mano como se ha mencionado es la izquierda, en cuanto a la preferencia en el uso de extremidades y de los órganos sensoriales de la vista y oído e zurdo.

En cuanto a la orientación espacial respecto a sí mismo, respecto al examinador y al entorno los ubica muy bien, ya que distingue cual es su derecha y su izquierda; sin embargo un punto importante a comentar es que a la hora de pedirle que con su mano toque el lado contrario de alguna parte de su cuerpo no lo logra hacer debido a que le cuesta trabajo realizarlo por su parálisis y entonces lo hace con la mano del lado que le queda más cerca.

Respecto a su orientación temporal de rápido, normal, lento; día, noche; tarde, temprano; mañana, tarde y noche sus respuestas fueron congruentes; en los conceptos de ayer, hoy, mañana al igual que los días de la semana fueron apropiadas, en cuanto a los meses no los pudo mencionar todos; por lo tanto se le preguntó eventos importantes del año a los cuales respondió satisfactoriamente. Sobre la discriminación auditiva en la identificación de ruidos ubica los sonidos sin ningún problema.

En el área de psicomotricidad esto con respecto a su cuerpo, si sabe las partes, imita a otra persona y mueve las partes de su cuerpo con dificultad debido a que no tiene muy buen equilibrio, tiene movimientos involuntarios por lo tanto es torpe, tanto en su motricidad dinámica por que el niño cojea; en cuanto a su motricidad estática por sus movimientos involuntarios se cae con mucha frecuencia por que pierde el equilibrio y con respecto a su motricidad manual su mano derecha por lo regular la tiene cerrada y el brazo lo tiene doblado, en cuanto a la izquierda procura hacer lo mejor posible pero debido a que tiene los movimientos involuntarios es torpe.

En la evaluación de la motricidad bucofacial de Aranda, 1996 en sus movimientos de la lengua y labios es deficiente ya que presentó dificultades para realizar los ejercicios. La calidad respiratoria es mala debido a que el niño exhala muy rápido; por tanto, su respiración profunda lo hace deficientemente, sí sopla pero su dirección, control y cantidad son escasos ya que al hacer burbujas sopla muy rápido y rompe fácilmente la bombas de jabón por lo tanto la calidad es mala.

En cuanto a la evaluación de desarrollo articulatorio de Miras y Fernández (1998) fue la de mayor relevancia ya que es una de las principales causas de la derivación. En la prueba "A" en su lenguaje espontáneo fue mayor que por imitación ya que en la mayoría de las imágenes no hubo necesidad de decirle al niño que era y en cuanto a la prueba B toda fue por imitación; sin embargo se localizaron ciertas deficiencias en cuanto al articular las palabras ya que en los diptongos por lo regular omite "i", "s" y "r" en su mayoría; además de que sustituye unas letras por otras. Para llegar a esto en la prueba "A" y "B" del EDA a continuación se describen.

En torno a la forma A de la evaluación de articulación, se observó que de las cien palabras articuló correctamente cincuenta y cinco; en las demás se observó que al pronunciar diptongos "ia", "ie", "io", "ei", "ai", intermedias y finales omite la "i", omite la "s" finales y en letras intermedias en algunas palabras, omite "r" en letras intermedias al articular las palabras y finales; omite "n" en letras

intermedias y finales; omite “l” intermedia y final en todas las palabras; omisión de “m” intermedia en algunas palabras, omisión de “q” intermedia; sin embargo, en otras palabras el niño sustituye “s” por “t” en algunas al inicio de la palabra, e intermedias en todas; sustituye “d” por “g”, “ch” por “t”, “f” por “p”, “d” por “l” al inicio de la palabra, “l” por “n” en algunas, “c” por “q”.

En cuanto a las palabras que fueron espontáneas se observó que el niño tiene un amplio vocabulario ya que de los cien ítems setenta y siete fueron reconocidos por el niño y 23 fueron por imitación ya que el niño cuando no sabía a que se refería el dibujo preguntaba ¿cómo se llama?.

Por lo tanto se encontró que las frecuencias quedan de la siguiente manera en la tabla:

	(+)	(-)	(o)	(i)
(AG)	55	45	0	0

De los resultados anteriores se hará una comparación a partir de la tabla 5 (página 68) que anteriormente se expuso para poder ubicar el perfil del niño en cuanto a su nivel de desarrollo articulatorio. Por último veremos cuál es el proceso prevaleciente en el niño esto para tener una aproximación del proceso fonológico que prevalece, el cual se anota en la columna (PP) retomando los parámetros de la tabla 6 (página 69), obteniendo el siguiente resultado:

	AD	AR	%AR	ND	PP
(AG)	100	55	55%	Nivel inferior	Proceso de iniciación

Este resultado de este cuadro nos indica que el pequeño aún tiene el nivel de desarrollo articulatorio inferior al que se espera para su edad debido a que **el niño sigue omitiendo y sustituyendo los fonemas** anteriormente mencionados.

Por otra parte en toda la forma B de la evaluación de articulación fue por imitación por lo tanto en esta forma sólo se pudo observar un poco más el modo de articular y de la construcción de enunciados por lo que el niño no omitió adjetivos, nombres o acciones; sin embargo se puede ver que sigue teniendo los problemas anteriormente mencionados como son el de omisión y sustitución; percibiéndose que de las ciento sesenta y seis, ochenta fueron articulados incorrectamente y los ochenta y seis restantes fueron articulados adecuadamente.

Por lo que en la tabla de frecuencias se refiere de la siguiente manera:

	(+)	(-)	(o)	(i)
(AG)	86	80	0	0

Ahora bien, para conocer el nivel de desarrollo fonológico del niño se retomaron los resultados que están en la tabla anterior y se anotan en la siguiente tabla en la casilla (ND) que fue comparada con la tabla 5 que anteriormente se expuso (página 68) y por último veremos cuál es el proceso prevaleciente en el niño esto para tener una aproximación del proceso fonológico que prevalece en el niño el cual se anota en la columna (PP) basándome en la tabla 6, notándose el siguiente resultado:

	AD	AR	%AR	ND	PP
(AG)	166	86	51.8%	Nivel Inferior	Proceso de Iniciación

Como se puede observar **el niño tiene mala calidad de articulación** en las palabras esto se puede deber a la **disartria** del niño por su parálisis cerebral; más no a su comprensión.

El ciclo escolar del 2004-2005 fue su primer año y último en la estancia infantil ya que al niño se le vieron aptitudes de estar en una escuela regular para integrarlo lo cual lo refirió la terapeuta. Se le ha visto empeño por parte de la terapeuta para que mejore su articulación. Durante todas las observaciones que se realizaron se detectó que principalmente tiene **problemas en articular los diptongos sobre todo con “i”; en “r”, “s”** y que en ocasiones pronuncia bien una palabra y en otras no la pronuncia bien la misma palabra además de que habla lento esto es debido a que al niño le cuesta trabajo mover el músculo oro facial.

En el caso de la parálisis cerebral es común ver que hay muchos fonemas alterados de por parte del niño y que en algunos casos cuando debería pronunciar bien las palabras no lo hace pero es debido a que se le dificulta mover los músculos de la cara como la lengua, los labios; y su calidad de respiración puede ser defectuosa.

De acuerdo con Santiuste (2000) dentro de los trastornos de la producción del lenguaje está la disartria; este término es designado cuando hay anomalías de articulación y se caracteriza los desórdenes manifiestos en la articulación de la lengua, a malformaciones anatómicas (labios, lengua, paladar o dientes) o a trastornos motores de origen neurológico. Por tanto en la disartria se caracteriza por una pronunciación dura (espástica) con movimientos exagerados de la musculatura articularia; es decir, esto le impide al niño expresarse con la suficiente claridad.

Este niño tenía 4 años 8 meses con parálisis cerebral espástica y de acuerdo a la clasificación de las disartrias se le ubica en una disartria por lesión en el sistema extrapiramidal hipercinética lenta; ya que presenta movimientos

irregulares e involuntarios que son lentos cuando articula palabras, tiene mala calidad respiratoria, de fonación debido a lo mismo entrecorta las emisiones; por lo que requiere una intervención en los fonemas alterados para corregirlos y evitar peores problemas a futuro dentro de su educación; principalmente en el ámbito de su salón, escolar y familiar.

Entonces en general, el niño requiere apoyo y refuerzo constante en el área física (como son ejercicios de extensión y flexión para bajar y subir tono muscular; asimismo de equilibrio corporal) y de lenguaje (aumento de construcción de enunciados más complejos, ampliar vocabulario, ejercicios que mejoren su articulación)

Las adaptaciones curriculares deben ser oportunas conforme el nivel de exigencias se presente; esto depende de las circunstancias y características que ocurren en el niño.

En la actualidad el niño está cursando el primer año de primaria; ha mejorado su forma de articular; sin embargo, aún presenta problemas menores al igual que en su motricidad fina y gruesa, me comenta la madre del pequeño. En el siguiente apartado se describirá el diseño del programa de intervención en cuanto a cómo se llevó a cabo.

## 4.2 Segunda Fase: Diseño del Programa de Intervención Psicopedagógica

### 4.2.1 Proceso de Intervención

En la evaluación inicial el objetivo fue conocer las habilidades y dificultades del niño además del problema neuromotor y se encontró que en el área de lenguaje aún tenía problemas para controlar babeo, su calidad respiratoria era deficiente y sus movimientos orofaciales muy lentos, lo que lleva a una articulación defectuosa; en base a esto se identificó el tipo de necesidad educativa especial que necesitaba; para ello se necesitó de los diferentes instrumentos para recopilar la información para que posteriormente se realizara el programa de intervención que respondiera a las dificultades del pequeño principalmente en su lenguaje oral.

Aquí la intervención psicopedagógica contempló:

1. Estimulación reforzada con imágenes
2. Reeducar interactivamente con juegos y
3. La utilización de apoyos para facilitar la función lingüística.

El tiempo que estuvo contemplado para la intervención fue de 16 sesiones distribuidas en ocho semanas, los días martes y jueves con una duración de 45 a 60 minutos, con tareas para realizarlas en casa los lunes y viernes con ayuda de

su familia, para ello se pidió la asistencia de la madre por lo menos una vez a la semana para dar la asesoría pertinente para realizar los ejercicios en casa las cuales se dieron los días miércoles de cada semana.

El plan de trabajo se distribuyó en las ocho semanas y que continuación se describen los propósitos del programa de intervención para mejorar la articulación del niño. (Ver anexo 12)

En la primera sesión el propósito que se pretendió es que el niño lograra controlar mejor su respiración para poder incrementar la flexibilidad del velo del paladar por medio de la inspiración y exhalación. Para ello se le puso al niño a que realizara ejercicios de exhalación e inspiración en diferentes posiciones.

En la segunda sesión se trató de corregir y aumentar la movilidad en los músculos de la lengua; para que se lograrán se le pusieron al niño ejercicios linguales con apoyo de sustancias pegajosas y dulces.

La tercer sesión lo que pretendió era aumentar la movilidad de los labios por medio de ejercicios frente a un espejo jugando a hacer caras.

Siguiendo con la cuarta sesión, el propósito que se proyecta era propiciar la memoria auditiva, la discriminación fonética e identificación de secuencias esto se hizo por medio de juegos como de adivinar que animal escuchas.

En la quinta sesión se pretendió que el niño lograra mejorar su articulación del fonema alterado “s” y la vocal “i” para que se le pudiera entender mejor en su expresión cotidiana.

Continuando con la sexta sesión se procuró mejorar la articulación del fonema “r” con la vocal “i” inicial, intermedia y final. Esto por medio de espejos e ilustraciones de diferentes campos semánticos y trabalenguas.

Prosiguiendo con la séptima sesión se trató de corregir el modo de articulación del fonema “n” y vocal “i” inicial, intermedias y finales.

En la octava sesión se trató de corregir la sustitución de los fonemas que se han visto desde la quinta sesión para articularlos adecuadamente; este juego se hizo por imitación; para ello se utilizaron una grabadora y casete para que el niño escuchara la pronunciación de las palabras que articulaba mal e hiciera conciencia tratando de corregir esos fonemas lo mejor posible.

Siguiendo con la sesión novena el propósito de esta fue de promover la expresión oral, la comprensión y la memoria, estimulando al niño con cuentos en los que tenía que relatar por medio de imágenes.

Respecto a la décima, el propósito de esta sesión fue estimular el lenguaje oral por medio de la conversación y la repuesta a preguntas simples.

En la undécima sesión se propició el lenguaje por medio de la conversación y comprensión a preguntas, además se indujo el concepto de generalización; es decir lo que quería en esta actividad es que el niño describiera las imágenes que se le presentaban.

Continuando con la duodécima sesión se trató mejorar la construcción de frases y comprensión por medio de imágenes que vienen en secuencia.

Con la siguiente sesión se trabajó la creación de un cuento por medio de títeres, con el propósito de estimular el lenguaje oral por medio de la conversación.

Prosiguiendo con la décima cuarta sesión se reforzó la percepción auditiva y visual por medio de asociación de palabras con las imágenes en las cuales el niño tenía que pronunciarlas.

En la décima quinta sesión se trabajaron al igual que la anterior sesión la asociación del lenguaje oral con el significado y la memoria.

Por último en la décima sexta sesión se reforzó en esta sesión también la discriminación auditiva y visual por medio de diferentes imágenes que tengan terminaciones iguales.

Para lograr la corrección de estos fonemas alterados se realizaron los ejercicios linguales, labiales y corrección respiratoria que se vieron en las semanas anteriores junto con otras actividades; esto con la finalidad de que el niño pudiera relajar más los músculos de lengua y los labios para que articulara mejor su pronunciación para ello se ocuparon materiales muy simples como son: confeti, globos, espanta suegras, espejos, sustancias pegajosas (miel, cajeta mermelada), paletas, obleas, abatelenguas, ilustraciones de diferentes campos semánticos, pandero, juego electrónico, grabadora, casete o CD de diferentes sonidos, memoramas, entre otros.

Este programa se contempló a partir de las necesidades del niño siendo las actividades lúdicas; es decir, por medio de juegos ya que lo que se intentaba es que fueran atractivas y amenas para mejorar la articulación del niño, sin perder de vista la corrección de los fonemas alterados los cuales eran: tanto iniciales, intermedias y finales de las palabras; en cuanto a las sustituciones se le trató de corregir por medio de que se hiciera conciente de cuando articulaba mal la palabra; pero sin presionarlo o que el niño se sintiera observado cuando lo hacía. Todos estos juegos se han tomado de diferentes autores entre los cuales encontramos Aranda (1996), Berruecos (1997), Carenas (1993) y Narvarte (2001).

Después de haberse efectuado el programa de intervención se volvió a aplicar la Evaluación del Desarrollo articulatorio de Miras y Fernández (1998), en sus dos formas para ver si el niño mejoró en su modo de articulación para valorar la intervención a continuación se comenta lo siguiente:



En la forma "A" de la prueba se observó que de las cien palabras el niño articuló setenta de manera correcta y treinta de manera incorrecta; por parte de las palabras que fueron articuladas por imitación, fueron recordadas y no hubo necesidad de repetírselas al niño.

Por parte de las palabras corregidas fue notorio que el niño corrigió la omisión de la "n" en las letras intermedias y finales; las sustituciones mejoraron y los diptongos en algunas palabras; sin embargo todavía hubieron problemas en articular la "r"; por lo tanto las frecuencias quedaron de la siguiente manera:

	(+)	(-)	(o)	(i)
(AG)	100	66	0	0

Con estos datos para conocer el Nivel de Desarrollo Fonológico del niño me baso con los resultados que están en la tabla anterior y se anotan en la siguiente tabla en la casilla (ND) para que lo comparemos con la tabla 5 que ya se expuso y se verá cuál es el proceso prevaleciente en el niño el cuál se anota en la columna (PP) basándome en la tabla saliendo el siguiente resultado.

	AD	AR	%AR	ND	PP
(AG)	100	70	70%	Nivel inferior	Proceso de Simplificación- fase de avance

En la forma "B" también fue aplicada por imitación; el niño no omitió adjetivos nombres o acciones y se percibe que de las ciento sesenta y seis, articuló correctamente cien y sesenta y seis aún incorrectamente; por tanto la tabla queda de la siguiente manera:

	(+)	(-)	(o)	(i)
(AG)	70	30	0	0

Ahora para conocer el nivel de desarrollo fonológico del niño comparamos sus resultados con la tabla 5 y para saber el proceso fonológico que prevalece se compara esos resultados con la tabla 6 saliendo de la siguiente manera:

	AD	AR	%AR	ND	PP
(AG)	166	100	60.24%	Nivel inferior	Proceso de Simplificación- fase de iniciación

Como se puede observar en cuanto a los resultados obtenidos después de la intervención se hará una comparación de los resultados recogidos en la evaluación y los resultados recogidos después de la intervención; se comentarán más adelante.

En cuanto a las observaciones de las sesiones, se llevaron a cabo en un salón de la estancia (mide aproximadamente 5 x 5 mt.) el cual permitió una mayor movilidad para el niño estudiado y demás compañeros y compañeras que estuvieron conviviendo con él.

Cuando se inició la intervención él niño fue muy cooperativo ya que él me conocía y sabía que íbamos a realizar diferentes actividades, las cuales le fueron agradables y se sentía en confianza; por lo cual no se encontró ningún problema para hacerla.

Desde que se les comentó a los padres sobre la intervención del niño fueron muy cooperativos ya que todos los miércoles se le enseñaba a la madre los ejercicios que se hacían de igual forma del programa para que se pudieran realizar los lunes y los viernes.

Los cambios que se suscitaron en el niño fueron pocos ya que su proceso es muy lento y sólo casi al terminar la sexta semana se estaban viendo progresos en cuanto a su articulación; un punto a recalcar es que el niño no faltó a ninguna de sus terapias, de igual manera la madre tampoco faltó a ninguna asesoría, por tanto el apoyo familiar fue esencial, un ejemplo de ello es que cuando repetía palabras correctamente, lo felicitaban y cuando las decía mal lo motivaban para que las articulara de mejor manera.

La primera semana fue muy novedosa para el niño ya que se mostró como lo mencioné muy cooperativo, porque la forma en que se manipularon los diferentes materiales, le encontró un significado además del juego; el cual me comentó que era para mejorar su forma de hablar por que ya no le costaba tanto trabajo mover los diferentes órganos bucofaciales.

La segunda y tercer semana fueron los ejercicios muy repetitivos y para el niño fueron muy agotadores porque tenía que mantener mucho tiempo la boca en movimiento, sin embargo le gustaba al niño y sobre todo cuando se trataba la actividad con dulces. Le agradó tanto que el niño por lo regular insistía en utilizar los mismos materiales de la primera semana, pero se le motivaba al niño en hacer los demás ejercicios y al término de ellos se le proporcionaban los materiales de las anteriores sesiones.

En la cuarta semana las sesiones fueron más llamativas para él por los colores, formas, las tarjetas e ilustraciones que se ocuparon además de escucharse el niño cuando se le grababa en el casete. Se asombraba cuando se escuchaba a sí mismo.

Continuando con la quinta semana el niño fue muy cooperativo ya que cuando se le pedía que contara el cuento de la caperucita roja y el patito feo con sus propias palabras; el niño le añadía más detalles al cuento; como la descripción más minuciosa de los personajes; además de la reflexión que hacía sobre los mismos cuentos como el de no hablar con extraños.

Prosiguiendo con la sexta semana el niño reflexionaba en voz alta sobre las actividades que se le presentaban ya que trataban de secuencias y se tomaba su tiempo para darle un orden coherente a las ilustraciones que se le mostraban; además se pudo observar que el niño estaba más atento a lo que se le preguntaba.

La séptima semana; las actividades presentadas le fueron aún más atractivas que las anteriores debido a que el niño manipulaba títeres y presentaba una mejor construcción de enunciados para relacionar los objetos concretos con el lenguaje verbal; asimismo se pudo observar que el niño tiene una muy buena percepción, ya que a la hora que se jugó con la lotería de animales de la granja; el niño los mencionó sin ayuda siendo que era la primera vez que lo jugaba.

Por último en la octava semana fue muy grata porque el niño discriminó auditivamente terminaciones y que no tenían relaciones en cuanto a imágenes.

En el siguiente apartado se compararán los resultados de la evaluación del desarrollo articulatorio que se obtuvieron en la evaluación inicial; es decir, del pre-test con los resultados del post-test que se dieron después de la intervención psicopedagógica.

#### 4.3 Comparación de Resultados del pre-test y post-test del EDA

Como se mencionó es muy peculiar que en algunas palabras los fonemas los pronunciaba bien y en otras palabras esos mismos fonemas los pronunciaba defectuosamente o los sustituía por otros.

Después de la intervención el niño fue incorporado a la escuela regular por tanto su articulación mejoró aún más debido a que convivía más con niños y niñas de su edad que tenían ya adquirido un lenguaje verbal; aunque todavía se le dificulta articular bien algunos fonemas en ciertas palabras, como por ejemplo: la "r" pero el niño sigue haciendo algunos ejercicios para tratar de perfeccionarlo.

Los resultados de la evaluación del lenguaje repetido después de la intervención fueron los siguientes: (Miras y Fernández, 1998)

En torno a esta parte del instrumento (EDA "A" Y EDA "B") se observó que de las doscientas sesenta y seis mejoró la articulación de las palabras.

En la forma "A" las palabras en su vocabulario fueron mejores ya que no hubo ninguna necesidad de volverle a repetir los nombres de las imágenes que no se supo en la evaluación. En cuanto, a la articulación de estas palabras pronunció de las cien palabras setenta y treinta las sigue articulando defectuosamente. Por tanto hay una diferencia de 15 ítems corregidos

En la forma "B" se le tuvo que volver a aplicar la prueba de forma repetida y en esta se obtuvo que de las ciento sesenta y seis artículos de forma correcta cien y sesenta y seis de forma incorrecta. Por tanto hay una diferencia de 14 ítems corregidos.

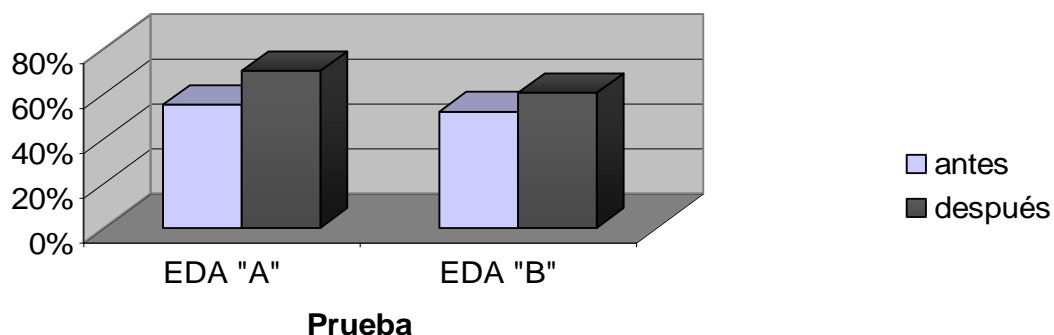
En estos se vio que se corrigieron la articulación de la "n" y "s"; sin embargo todavía sigue habiendo errores de articulación del fonema "r" sobre todo intermedia. En cuanto a las sustituciones también mejoró ya que ahora trata de corregir las sustituciones ya que si llega a pasar eso le dice la mamá "repite otra vez que me dijiste" al momento de hacerlo lo hace mucho mejor que la primera vez.

A continuación se presentan los resultados cuantitativos en porcentaje obtenidos en la EDA "A" y "B" antes y después de la intervención; es decir, en cuanto a la articulación del niño.

Prueba	% Positivo		% Negativo	
	Antes	Después	Antes	Después
EDA "A"	55%	70%	45%	30%
EDA "B"	51.80%	60.24%	48.20%	39.76%

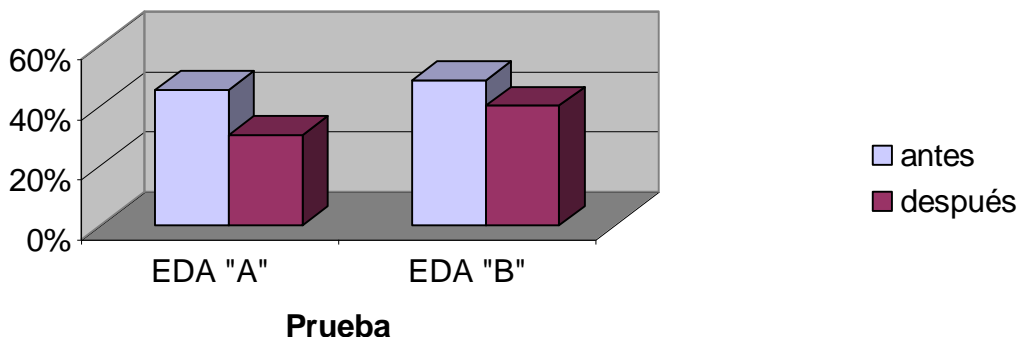
Con estos resultados podemos ver en la siguiente gráfica los avances que surgieron a partir de la intervención en los porcentajes de las palabras adecuadamente articuladas.

### Porcentaje de palabras articuladas positivas



Ahora bien, en la siguiente gráfica se observa la disminución de la articulación de mala calidad que hay a partir de la evaluación en los que se ven en la gráfica de porcentajes negativos de las dos formas del EDA.

### Porcentaje de palabras mal articuladas



Con estas gráficas se aprecia que hubo un desempeño satisfactorio, aunque muy lento en el niño porque esto le permitió al niño desenvolverse principalmente en la escuela donde fue integrado; debido mejoró la articulación de sus palabras; por tanto, pudo comunicarse mejor con sus compañeros del aula, familiares y demás personas que le rodean; además de que se calidad respiratoria mejoró.

En el siguiente apartado se describirá el procedimiento que se realizó para la integración del niño; es importante mencionarlo porque fue uno de los principales factores para que el niño recibiera una educación igual a la de los niños convencionales a pesar de su problemática.

#### 4.4 Actividades para la consolidación de la integración del niño

Una vez canalizado el niño por la terapeuta de la estancia infantil en donde asistía, se buscó en la zona escolar de su colonia, una escuela que estuviera dispuesta a colaborar a la integración del niño. Esta escuela se encuentra también dentro del municipio de Atizapán de Zaragoza, la cual aceptó que ingresara el niño al segundo año de nivel preescolar.

La escuela cuenta con la dirección, salón de juntas, 2 salones por cada año, salón de estimulación visual, además de un patio amplio y baños para niños y niñas; además con los servicios de luz, agua y drenaje. Los salones son amplios; sin embargo se nota que no hay pasamanos ni rampas en donde se pueda apoyar el niño, por lo que pidieron la ayuda del municipio para poder modificar las instalaciones.

Después de haberse hecho el trámite de papeles que requirió la escuela. La terapeuta de la estancia y una servidora impartimos una plática con la directora y maestras de la escuela que recibieron al niño; la cuál fue sobre parálisis cerebral; las habilidades y dificultades que presentaba; así mismo como las necesidades que requiere el menor. Esto con la finalidad de que sepan de que a pesar de que el pequeño tiene una discapacidad sea tratado lo más posible como los demás niños y niñas.

Se continuó con otra plática personalizada con la maestra del grupo en donde se ubicó al niño para las posibles dudas que tuviera; a lo que respondió favorablemente. Posteriormente se realizó una actividad de sensibilización con los compañeros y compañeras de aula para que recibieran al niño a lo que de igual manera respondieron muy bien los niños y niñas.

En lo concerniente a los siguientes meses sólo se hicieron dos visitas en los primeros seis meses debido a que no hubo necesidad de que se siguiera interviniendo en el caso; ya que el niño se había adaptado a la escuela, maestra, compañeros y compañeras como ellos también a él.

Es importante mencionar que el niño siguió teniendo la asistencia del DIF aunque en otra de sus unidades en donde recibió terapias para facilitar su aprendizaje; además de rehabilitación física y equinoterapia, éstas dos son para mejorar su postura. Actualmente sigue teniendo esas terapias; por lo que no se ha perdido el contacto con la mamá y el niño.

Después de lo anterior y de haber analizado los resultados arrojados de la evaluación e intervención psicopedagógica del niño, en el siguiente apartado se comentan las conclusiones a las que se llegaron de dicho trabajo.

## CONCLUSIÓN

La evaluación psicopedagógica de este niño dieron datos relevantes desde la derivación de la profesora de la estancia infantil para integrar al niño a una escuela regular; sin embargo por sus deficiencias físicas encontramos que tiene problemas de articulación en su lenguaje, entonces se construyeron los apoyos necesarios para lograr una adecuada articulación de los fonemas alterados ya que si el niño no mejoraba su calidad articulatoria iba a tener posibles problemas para integrarse en primer instancia con sus compañeros del aula regular; además de que hubiera seguido o empeorado su calidad articulatoria y respiratoria.

Cuando se realizó el programa de intervención se tomó en cuenta lo que la maestra de la estancia infantil había referido sobre de lo que era capaz de hacer el niño; además de la evolución que se realizó, con los resultados obtenidos en el pre-test, se comenzó a realizar las actividades para mejorar su articulación, es decir en base a lo que el niño era capaz de hacer se realizó dicho programa de intervención como menciona Borsaní (2001).

Las sesiones están basadas en los ejercicios propuestos por Aranda (1996), Berruecos (1997) y Domínguez (2000), en los cuales encontré una propuesta para trabajar con material didáctico, dibujos, adivinanzas, cantos, y la utilización de dulces; de igual forma se retomaron actividades que propone Carenas (1993), para que las actividades fueran amenas y dinámicas.

Para evaluar el programa fue necesario el instrumento que estimaría la articulación del niño; el cual dependió del EDA en sus dos formas de Miras y Fernández (1998), así como fue necesaria la observación de cada sesión en cuanto al esfuerzo y conducta del niño en el aula y a la hora de su descanso.

La opinión tanto de la maestra de la estancia infantil como la maestra de grupo que aceptó al niño en la escuela regular al igual que de la familia del niño fue primordial para poder determinar si hubo avances.

Una limitante que tuve después de la integración del niño fue el poder observar por más tiempo los avances que tuvo; ya que eran lentos debido a que el menor no pasa de un nivel a otro rápidamente; tal vez si no se hubiera hecho esta intervención el niño continuaría teniendo muy notoriamente problemas de articulación; el cual es un factor importante para la expresión cotidiana del pequeño. Es importante mencionar que con el apoyo de la familia del niño se pudieron ver avances ya que sin un trabajo colaborativo no se hubiera logrado.

La satisfacción de haber hecho este trabajo es que el niño ha mejorado en cuanto a su articulación de palabras además de que el pequeño cuenta con un vocabulario más amplio del que tenía cuando fue intervenido; aunque sus movimientos orofaciales sigan siendo lentos. Pero también se cumplió el propósito

del enfoque del trabajo y es el hacer conciente a la persona de sus dificultades y que sólo ella es la que puede hacer algo por mejorarlas.

Además este proyecto sirvió como punto de partida para que posteriormente no se le dificulte adquirir la lecto-escritura; por lo tanto, este trabajo refiere técnicas para facilitar una mejor integración en el área de lenguaje verbal.

En relación con los niños que compartieron las actividades con el niño estudiado hubo un aspecto relevante; el cual fue que había disposición por parte de ellos sobre todo por la compañera que mejor se llevaba con el niño; aunque fue difícil de que algunos niños que compartían la actividad con el pequeño realizaran todas las actividades; sobre todo en los ejercicios labiales y linguales.

Por tanto se puede decir que este trabajo de evaluación e intervención psicopedagógica tuvo avances satisfactorios ya que no sólo se benefició el niño; sino también los compañeros que compartieron las actividades con él.

Los resultados obtenidos a través del programa, la aplicación y evaluación, me permiten concluir que la intervención psicopedagógica es un apoyo para los niños y niñas no nada más con capacidades diferentes; sino para todo el que lo requiera, por tanto esto es una necesidad educativa especial y esto depende de las características de cada persona (García, 2000).

En el proceso del trabajo, me pude dar cuenta que para los niños y niñas que tienen parálisis cerebral, es muy importante el lenguaje corporal y gestual; porque lo ocupan como recurso para comunicarse por medio de gestos y movimientos de las partes del cuerpo que pueden mover; puesto que muchos de estos niños y niñas tienen problemas para hablar; esto es entonces una NEE; las cuales deben ser atendidas tanto pedagógicamente en el área de aprendizaje; como terapéuticamente en el área física para que se logren integrar mejor en el ámbito escolar, familiar y social.

Por tanto, este trabajo tiene una parte sensibilizadora ya que el enfoque humanístico de Rogers (1978) centra más su atención a las capacidades de cada persona que a sus deficiencias; ya que con la integración se busca que no excluyan a los niños y niñas con dificultades tanto físicas como intelectuales; sino se pretende que sean tratados como cualquier otro menor (D. G. E. E., 1991).



## RECOMENDACIONES

El objetivo de este apartado puede servir como orientación para realizar un mejor trabajo en el entorno escolar por lo que está dirigido principalmente para profesores y profesoras de grupo; a continuación se presentan una serie de sugerencias.

Se aconseja que para conocer la problemática de cada niño y niña se debe iniciar con la evaluación psicopedagógica ya que con ella se obtiene información sobre las dificultades, déficits o alteraciones en todas las áreas del desarrollo evolutivo como son: las cognitivas, sociales, emocionales, motrices y sensoriales.

Es por ello que el trabajo se debe hacer en conjunto con los padres de familia; por lo que hay que orientarlos para facilitar la integración de todo niño y niña ya sea con o sin discapacidad y que presente o no NEE al contexto escolar, familiar y social; de igual manera debe haber una coordinación de esfuerzos con otros recursos extraescolares como son del ámbito clínico y rehabilitador.

Para explotar lo mejor posible una enseñanza-aprendizaje, se recomienda que los profesores y profesoras diseñen sus actividades por medio de juegos; ya sean de recreación, textuales, de expresión, deportivos o de representación; es decir que recurran a estrategias lúdicas para que los niños y niñas se sientan motivados para aprender.

También se sugiere que al final de cada actividad se le debe motivar a los niños y niñas con preguntas: ¿qué hiciste? y ¿Cómo lo hiciste?; además de aplaudirles; esto se usa como cierre de cada sesión y como incentivo; con el fin de que los pequeños queden entusiasmados para la próxima sesión y se hagan conscientes de los avances que tienen.

De igual manera se les debe ofrecer a los niños y niñas la oportunidad de tomar decisiones en la planificación y organización de su trabajo, de esta manera aprenden mejor.

Cuando hay una integración se debe dar seguimiento aunque los niños y niñas integrados no requieran apoyo; esto para verificar que el niño o niña incorpora nuevos conocimientos y experiencias con o sin dificultad; ya que dará pauta a que se retome o no la ayuda personalizada por un docente.

En el caso de los niños o niñas que no presentan dificultades físicas, el maestro debe observar aguda e ingeniosamente a cada uno de sus alumnos y alumnas para que detecte los problemas y habilidades de cada uno para realizar las adecuaciones pertinentes para facilitar el aprendizaje (García, 2000).

Cuando se realizan adecuaciones; es conveniente ir desde las más sencillas a las más complejas, esto también dependiendo de las NEE. En muchas

ocasiones basta realizar las adecuaciones de acceso para que el niño o niña logre aprendizajes muy cercanos a los de sus compañeros.

Con respecto a las adecuaciones de los elementos del currículo, conviene intentar primero ajustes en la metodología y en las formas de evaluar; en caso de no ser satisfactorios los resultados, se procede a realizar adecuaciones en los contenidos y en última instancia en los propósitos como menciona Borsani (2001).

Entonces lo primero que se debe tomar en cuenta para los niños y niñas con dificultades físicas son las modificaciones de puertas, la ampliación de pasillos, adaptación de pupitres, colocación de barras en pasillos y sanitarios, colocación de rampas, plataformas o ascensores; además de la búsqueda de soluciones organizativas como son: colocación de las aulas que integran niños con sillas de ruedas en planta baja, distribución de libros y material educativo en los estantes más accesibles, colocación en los pupitres que permitan el desplazamiento a recursos como la pizarra; entre otras tal como lo señala García (2000).

En las aulas que tienen niños y niñas integrados debería haber dos docentes; mientras uno se dirige a todo el grupo para explicar las actividades y temas; la otra persona apoyaría a los niños y niñas que requieren más ayuda para comprender o realizar las actividades.

Sería adecuado que algunos niños y niñas con NEE ya sea con o sin discapacidad estuvieran atendidos en vacaciones escolares para reforzar los temas que más se les dificultaron en el ciclo escolar.

Por último quiero decir que espero que este trabajo se pueda utilizar como modelo para realizar otros programas futuros relacionados con la discapacidad física y los problemas relacionados.

## REFERENCIAS

- Aguilar, M. L. (1991) *El informe Warnock*. Cuadernos de pedagogía.
- Andalucía, B. (1994) *Orden por la que se regula el procedimiento de desarrollo y aplicación de adaptación curricular en los centros docentes de educación infantil, primaria y secundaria*.
- Antonio, D. (1987) *El profesor ante la problemática de los parálíticos cerebrales*. Tesis de la Universidad Pedagógica Nacional. Unidad SEAD 152.
- Alfonso, M. e Ibáñez, P. (1987) *Las minusvalías. Diagnóstico, tratamiento e integración*. UNED. Madrid España.
- Aranda, E. (1996) *Estimulación de aprendizajes en la etapa infantil*. Escuela Española. Madrid.
- Berruecos, M (1997). *Programa de actividades lingüísticas para el jardín comunitario*. Trillas. 2da reimpresión. México
- Beristáin, H. (1975) *Gramática Estructural de la lengua española*. UNAM. México.
- Blanco, R. (1992) *Necesidades Educativas Especiales*. Porrúa. México D. F.
- Borsani, M. (2001) *Adecuaciones curriculares. Apuntes de atención a la diversidad*. Buenos Aires. Ediciones Novedades Educativas.
- Capacce, N. y Lego, N. (1987) *Integración del discapacitado. Una propuesta socioeducativa*. Argentina, Hvmanitas.
- Carenas, F. (1993) *Juegos vivenciados. Niños con PC*. Ediciones CEAC. Barcelona España.
- Celis, C. (1997) *Propuesta de un programa de estimulación temprana para niños con parálisis cerebral de cero a un año de edad dirigido a los padres y que se llevará a cabo dentro del hogar*. Tesis de la Universidad Pedagógica Nacional.
- Coll, C; Palacios, J y Marchesi, A. (1996) *Desarrollo psicológico y educación III. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar*. Cap.2. 20-21. Alianza. Madrid.
- D.G.E.E. (1994) *4ª Reunión Nacional de responsabilidades del equipo del centro de orientación para la integración educativa*. Secretaria de educación pública. Dirección general de educación especial (Documento interno). México.

- Escurra, M. y Molina, A. (2000) *Elementos para un diagnóstico de integración educativa de los niños y las niñas con discapacidad y necesidades educativas especiales en las escuelas regulares del distrito federal*. Convenio de cooperación técnica-gobierno de D. F.- UNICEF- Dirección General de Equidad y Desarrollo social.
- Floyd, R. y Philip, Z. (1982) *Psicología y Vida*. 6 ta. Reimpresión. Trillas. México.
- Gallardo, M. y Salvador, M. (1999) *Discapacidad Motórica. Aspectos Psicoevolutivos y Educativos*. Ediciones Aljibe. 2da edición. Colección Educación para la Diversidad. Málaga España.
- Gallego, J. (2000) *Dificultad de la articulación en el lenguaje infantil*. Ediciones Aljibe. Málaga, España.
- García, I. "et al". (2000) *La integración educativa es el aula regular principios, finalidades y estrategias*. Publicación de la Secretaria de Educación Pública. Fondo mixto de cooperación técnica y científica. México-España.
- García, A. (1999) *Niños y Niñas con Parálisis Cerebral. Descripción Acción educativa e inserción social*. Narcea. Madrid.
- Guajardo, E. (1998) *Hacia una educación básica en México, para la diversidad a finales del siglo XX y principio de XXI*. Conferencia, Tucson, Arizona. E.E.U.U.
- Guarella, C. "et al". (2000) *La integración Escolar de niños con necesidades educativas especiales. Un estudio de actitudes docentes*. Tesis de licenciatura. Universidad Pedagógica Nacional.
- Hernández, F. (1984) *Teoría psicolingüística y su aplicación a la adquisición del español como lengua materna*. Siglo XXI. Madrid.
- Juárez, A y Monfort, M. (1989). *Estimulación del lenguaje oral*. Santillana, Aula XXI. Madrid.
- Larroyo, F. (1971) *Psicología integrativa*. Porrúa, 2ª ed. México, D. F.
- Lus, M. (1995) *De la integración escolar a la escuela integradora*. Paidós. Cuestiones de Educación. Buenos Aires.
- M. E. C. (Ministerio de Educación y Cultura). (1990) *Las necesidades educativas especiales en la reforma del sistema educativo*. MEC. C.N.R.E.E. Madrid.
- M. E. C. (Ministerio de Educación y Cultura). (1996) *La evaluación psicopedagógica: Modelo, Orientaciones, Instrumentos*. MEC. Madrid.

- Mendoza, M. y Ramírez, M. (2000) *Manual de capacitación de las personas con discapacidad para una vida más independiente*. Gobierno del distrito federal. México.
- Microsoft, Encarta. (2004) *Parálisis cerebral*. Microsoft Corporation. 1993-2000. fecha de consulta: agosto, 14 de 2005.
- Miras, F. y Fernández, M. (1998) *Evaluación del desarrollo articulatorio EDA. Prueba simplificada para jardines de infancia, guarderías y escuelas de Educación Infantil*. Escuela española. Madrid, España.
- Narvarte, E. (2001) *Trastornos escolares detención, diagnóstico y tratamiento*. Tomo 1 y 2. México. Gil Editores, libros para profesores.
- Nieto, M. (1988). *Retardo de lenguaje y sugerencias pedagógicas*. CEDIS. México.
- Nieto, M. (1990). *Retardo de lenguaje*. CEPE. Madrid. Citada en Gallego, J. (2000) *Dificultad de la articulación en el lenguaje infantil*. Aljibe. Málaga. España.
- Pallares, M. (1998). *Estrategias para la Integración a clases Regulares de niños con Discapacidad motora*. Tesis de la universidad pedagógica nacional unidad 097 Sur Ajusco. México D. F.
- Poder Ejecutivo Federal (1995-2000). *Programa de desarrollo educativo*. México.
- Pascual, P. (1998) *La dislalia. Naturaleza, diagnóstico y rehabilitación*. Ciencias de la educación preescolar y especial. España.
- Paz, M. (1990) *Programa de Actividades Lingüísticas para el Jardín Comunitario*. Trillas. 2 da Edición. México.
- Perelló, J y cols (1995) *Trastornos del habla*. Masson. Barcelona, España
- Puigdellivol, I. (1996) *Programación de aula y adecuación curricular*. Graó. Barcelona España.
- Puyuelo, M. y Arriba de la Fuente, J. (2000) *Parálisis Cerebral Infantil. Aspectos Comunicativos y Psicopedagógicos, Orientaciones al Profesorado y a la familia*. Ediciones aljibe. Málaga España.
- Rogers, C. (1978) *Libertad y Creatividad en la Educación*. Paidós. Buenos Aires.
- Ruiz, M. (2000) *Cómo analizar la Expresión Oral de los niños y niñas*. Ediciones Aljibe. Serie Colección Audición y Lenguaje. Málaga, España.

- Saad, E. (2000) *Programa de facultamiento a padres para promover la autodeterminación de sus hijos con discapacidad intelectual*. Tesis de maestría. UNAM. México.
- Sánchez; A.; García, M. y Valdés I. (1998) Educación especial e integración del alumnado con desventaja. Primeras jornadas educativas de atención a alumnos con discapacidad. Universidad de Almería. Almería España.
- Santiuste, V. y Beltran, J. (2000) Dificultades de aprendizaje. Síntesis. Madrid, España.
- S. E. P. (Secretaría de educación pública) y D. G. E. (Dirección general de educación especial). (1994) *Cuaderno de integración educativa # 1 Proyecto general para la educación especial en México*. SEP. México.
- S. E. P. (Secretaría de educación pública). (2002) *Programa nacional de fortalecimiento de la educación especial y de la integración educativa*. SEP. México.
- Toledo, M. (1986) *La escuela ordinaria ante el niño con necesidades especiales*. Santillán, Colección Aula XXI. Madrid.
- Verdugo, M. y Ramírez, M. (1995) *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Siglo XXI. España.

## ELECTRÓNICAS

- Bless, G. (1996) *Integration in the Ordinary School in Switzerland*. [En Red] Disponible en red: <http://peducrmac13.unifr.ch//integration/interge.html> Fecha de revisión: Agosto 30 de 2005
- García, F. (2005) *Educación psicopedagógica*. [En red]. Disponible en red: <http://www.terra.es/personal/fjgponce/psicoped.html> y en [http://brujula\\_educativa.com](http://brujula_educativa.com) Fecha de revisión: junio 29 de 2005.
- Ozawa, M. (2005) *Desarrollo del lenguaje*. [En red]. Disponible en red: <http://www.unam.mx/rompan/47/rf47c.html> Fecha de revisión mayo 18 de 2005.

# A n e x o s

## Documento encontrado en el Expediente Previo del niño; de la Estancia Infantil.

### ● Programa de la Estancia Infantil

Este programa fue ejecutado por un año por la terapeuta física en la Estancia Infantil para bajar el tono muscular del niño, no estaba en el expediente previo que se encuentra en la Estancia Infantil y yo lo describo por medio de las observaciones en las que estuve presente a la hora de esas terapias.

#### ➤ Área de masoterapia

##### Motricidad gruesa

De manera general se presentan los objetivos y materiales; posteriormente se presentan en cada parte del cuerpo el desarrollo

Objetivo general: Ejercitar los movimientos gruesos del niño.

ACTIVIDAD	DESARROLLO GENERAL	OBJETIVOS GENERALES	MATERIAL EN GENERAL
Masajes	Se realizaran movimientos lentos por todo el cuerpo con el apoyo de los terapeutas físicos	Ejercitar movimientos gruesos del niño. Estimular las percepciones táctiles del niño Estimular el contacto táctil	Aceite Un cojín Colchonetas.

Fuente: realizado por terapeuta del área de masoterapia y descrito por Gabriela Sarabia Calzada, agosto-diciembre 2005.

ACTIVIDAD	DESARROLLO
Masajes en Pecho	Deslizar las manos lentamente hacia fuera, a lo ancho y hacia los costados del pecho del niño o niña.
Masajes en Brazos	Acostar al niño o niña de lado y tomarle con una mano el hombro y con la otra la muñeca, después deslizar la mano que está en el hombro hasta la muñeca sobre todo el brazo. Repetir la acción también sobre el otro brazo. Tomar el brazo del niño o niña con ambas manos y retorcer suavemente el brazo del niño o niña moviendo las manos en direcciones opuestas.
Masajes en manos	Sostener la muñeca del niño con ambas manos y masajear primero la palma moviendo los pulgares hacia los dedos del niño o niña; luego masajear los dedos mientras se le van desdoblado.
Masajes en espalda	Poner al niño o niña atravesado sobre un cojín y masajearlo lentamente a lo largo de la espalda moviendo las manos en dirección opuesta de manera transversal. Masajear a todo lo largo de la espalda hasta llegar a los talones, en el sentido en el que se encuentra la columna vertebral.
Masajes en cara	Deslizar suavemente las puntas de los dedos desde el centro de la frente hacia fuera, a lo largo de las cejas; deslizar nuevamente hasta el centro repitiendo el movimiento.



	Colocar los pulgares a cada lado del lomo de la nariz, subiéndolos hasta que se junten en la frente, repetir el ejercicio. Deslizar los pulgares suavemente hacia abajo sobre los párpados. Continuar bajando por los lados de la nariz y luego hasta las comisuras de la boca, estirándolas suavemente, repetir el ejercicio.
Masajes en abdomen	Masajear el estómago hacia abajo desde el pecho hasta el abdomen, una mano seguida de la otra y moviendo ambas en la misma dirección.
Masajes en piernas	Retorcer con suavidad la pierna moviendo las manos en dirección opuesta desde el muslo hasta el pie. Hacerlos con ambas piernas.
Masajes en pies	Masajear de la misma manera que con las manos, masajeando las plantas de los pies, desde el talón hasta los dedos. Masajear en la misma dirección pero ahora con la palma de la mano.

Fuente: observaciones en la estancia Infantil del área de masoterapia y descrito por Gabriela Saraabia Calzada, agosto-diciembre 2005.

### ➤ Área de cavidad oral y lenguaje

#### Esquema corporal

Objetivo general: El niño identificara cada una de las partes del cuerpo y su función; así mismo sus datos personales, entablar conversaciones y manejo de campos semánticos

ACTIVIDAD	DESARROLLO	OBJETIVO	MATERIAL
Imitación	El niño desarrollará junto con los terapeutas tocando cada una de las partes del cuerpo que le indiquen, mencionando los padres el nombre de la parte que están tocando. En el caso del campo semántico de animales se hará por medio de onomatopeyas principalmente.	Que el niño señale e identifique cada una de las partes de su cuerpo y que logre emitir los sonidos de los animales. Estimular el seguimiento de instrucciones.	Rompecabezas, memoramas
Juego de objetos	Se les pasara al niño por la cabeza, los brazos y piernas objetos suaves (plumas de ave, esponjas, hule espuma, al mismo tiempo se les menciona la parte del cuerpo por la que se esta pasando el objeto.	Estimular las sensopercepciones del niño Estimular la interacción social los niños y niñas. Interiorizar el nombre de cada una de las partes de su cuerpo.	Plumas de ave esponjas Hule espuma telas aterciopeladas toallas Pañuelos desechables.
Rompecabezas	Se le mostrara al niño un rompecabezas sencillo de alguna figura humana, mencionando las partes que lo conforman y su función e invitando al niño a tratar de colocarlas adecuadamente. En el caso de animales frutos y objetos se le mencionará cuales son.	Interiorizar la noción de esquema corporal, y de los diferentes campos semánticos.	Rompecabezas de diferentes campos semánticos.

Fuente: observaciones en la estancia Infantil del área de lenguaje y descrito por Gabriela Saraabia Calzada, agosto-diciembre 2005.

En estas áreas, las siguientes tablas se encontraron en el expediente previo que se encuentra en la Estancia Infantil; sin embargo las tablas no fueron llenadas en cuanto al desarrollo y el material utilizado; de igual manera de la evolución del niño; por lo tanto esta información está incompleta.

➤ Área de aprendizaje

Áreas prácticas y vida independiente.

Objetivo general: que el alumno y alumna adquiriera habilidades de autonomía que le permitan desarrollarse dentro de su contexto. (Terapeuta del área de aprendizaje, agosto-diciembre 2005)

Áreas prácticas
Ensamblar
Ensartar
Exprimir
Vaciado
Tapar y destapar
Atornillar
Martillar
Vida independiente
El cuerpo
El sexo (hombre y mujer)
El vestido
El aseo y el uso de los artículos

Fuente: Expediente previo de la Estancia Infantil, agosto-diciembre 2005.

➤ Coordinación visomotora

Objetivo general: generar movimientos, simultáneos y simétricos a través de los ejercicios manuales, para favorecer la coordinación ojo-mano. (Terapeuta del área de aprendizaje, agosto-diciembre 2005)

Actividades
Movimiento coordinados de mano
Moldeado
Picado con punzón
Pegado
Boleado
Unión de líneas
Calcado
Coloreado
Recortado

Fuente: Expediente previo de la Estancia Infantil, agosto-diciembre 2005.

➤ Comunicación

Objetivo general: el alumno adquirirá un lenguaje que le permitirá tener un comunicación funcional dentro de su contexto.

Actividades
Identificación personal
Datos personales
Campos semánticos
Conversaciones

Fuente: Expediente previo de la Estancia Infantil, agosto-diciembre 2005.

➤ Aprendizaje

Objetivo general: el alumno y alumna adquirirá habilidades preescolares que lo preparan a una próxima integración escolar. (Terapeuta del área de aprendizaje, agosto-diciembre 2005)

Objetivo específico:

Este programa se divide en dos áreas:

- Contexto social
- Lógico- Matemático

Actividades
Contexto social
Contexto familiar
Contexto escolar
Contexto social
Lógico-Matemáticas
Colores
Clasificación forma/ colores/ tamaño
Seriación
Cuantificadores

Fuente: Expediente previo de la Estancia Infantil, agosto-diciembre 2005.

➤ Psicomotricidad

Objetivo general: el alumno y alumna desarrollará habilidades motoras gruesas y finas que modificarán sus movimientos dentro de su contexto. (Terapeuta del área de aprendizaje, agosto-diciembre 2005)

El programa se adapta a través de las necesidades y habilidades motoras del niño.

- Motoras gruesas
- Motoras finas

Actividades
Motoras gruesas
Marcha
Equilibrio
Espacio- Tiempo
Circuitos
Motoras finas
Pinza esférica
Pinza inferior
Movimientos circulares de extremidades superiores

Fuente: Expediente previo de la Estancia Infantil, agosto-diciembre 2005.

## Reporte del Área de Aprendizaje encontrado en el Expediente Previo

Este reporte sólo está redactado por parte de la terapeuta del área de aprendizaje, el cual informa los avances del niño que observó a lo largo del año (2004-2005) que permaneció el niño en dicha Estancia Infantil.

El alumno, ingresa a la Estancia Infantil en noviembre del 2004 con un Diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil Focalizado.

El niño ingresa con un desplazamiento con poco equilibrio, manteniendo un diálogo corto con las personas de identificación, su vocabulario amplio y su lenguaje es poco entendible, presenta un juego simbólico.

A partir de su diagnóstico y la observación se detectaron ciertas necesidades psicológicas y educativas que se tenían que cubrir, por tal motivo se realiza un programa multidisciplinario de terapia física y estimulación múltiple, así como terapia a casa.

Los avances que se obtuvieron en el transcurso se especificaron por las áreas aplicadas como:

➤ Psicomotricidad

Establece una marcha independiente, que le permite mejorar sus gnosias espacio-temporales (arriba-abajo, izquierda-derecha, antes-después)

➤ Áreas prácticas

Su pinza fina se define a través de las actividades sensoperceptiva con lo que le rodea.

➤ Coordinación visomotora

Los movimientos coordinados de ojo-mano aumentaron, ya que en la actualidad sigue una línea recta, ondulada, moldeado libre y seguido (bolitas, cilindros) y movimientos de miembros superiores brazo-muñeca-dedos de izquierda-derecha, de arriba-abajo con diferentes materiales, dominando una lateralidad izquierda con el mínimo movimiento de la derecha, ya que no hay la flexibilidad suficiente en tal miembro.

➤ Comunicación

En lenguaje su articulación y pronunciación es más precisa y clara, con un

vocabulario más amplio, lo que le permite establecer y mantener una conversación amplia de cualquier tema de su interés. Su comunicación social mejora, ya que le permite una adaptación más rápida a diferentes situaciones y una imitación más constante que refleja en su juego simbólico.

➤ Aprendizaje

Clasifica colores y tamaños, así como las secuencias y conteo del 1-20, así como las vocales.

Cabe mencionar que su compañera Regina le ayudó a reafirmar habilidades cognitivas y sociales ya que tiene capacidades similares con los que competían e imitaban un juego simbólico

Las habilidades anteriormente mencionadas le permitieron un desarrollo cognitivo regular, dentro de su edad cronológica, que le permitirán una integración social en diferentes áreas, incluyendo la educación preescolar regular, por cubrir el perfil académico que se requiere.

Se sugiere que se continúe con un apoyo psicopedagógico externo y físico para darle un seguimiento académico y apoyar en las adecuaciones curriculares que requiere a partir de sus necesidades

Atte:

Responsable del área de Aprendizaje

Fuente: Terapeuta del área de aprendizaje, agosto 2005.

## Hoja de Derivación

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño (a):  
\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Sistema: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Maestro (a): \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Horario de Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Horario de Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección del hogar: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE DERIVACIÓN

## Entrevista para Padres

Fecha: \_\_\_\_\_

### 1.-FICHA DE FILIACIÓN:

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Sistema: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Maestro (a): \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Horario de Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Horario de Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección del hogar: \_\_\_\_\_

En caso de haber hermanos y hermanas poner:

Nombre	Edad
--------	------

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MOTIVO DE DERIVACIÓN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## 1.- Estructura Familiar:

¿Es éste el primer matrimonio?

Padre Si ( ) No ( )

Madre Si ( ) No ( )

(Si contesta negativamente, especifique que número de matrimonio es éste).\_\_\_\_\_

El niño (a) ¿Es hijo de ambos? Si ( ) No ( )

¿Ha tenido hijos de matrimonios anteriores?

Padre Si ( ) No ( )

Madre Si ( ) No ( )

¿Cuántos? Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ ¿Vive con Uds.? \_\_\_\_\_

Si viven separados los padres, especifique con quien vive el niño(a):

\_\_\_\_\_

¿De cuantos miembros consta la familia? \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_

¿Qué parentesco tiene con el paciente? \_\_\_\_\_

## Familiograma

## 2.-Antecedentes Prenatales:

¿Fue un niño deseado por ambos padres?

Padre Si ( ) No ( )

Madre Si ( ) No ( )

¿Se tenía alguna preferencia por el sexo del niño?

Padre Si ( ) No ( )

Madre Si ( ) No ( )

¿Antes del embarazo fumaba ingería alcohol o consumía drogas? \_\_\_\_\_

¿Padeció alguna enfermedad grave? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años tenía cuando se embarazó de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo duró el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia visitaba al médico durante el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Tuvo complicaciones el embarazo? \_\_\_\_\_

### 3.- Desarrollo del Parto:

¿Hubo sufrimiento fetal durante el parto? Si ( ) No ( ) ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Se utilizaron fórceps? Si ( ) No ( )

¿Hubo problemas de asfixia al nacer? Si ( ) No ( ) ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el APGAR (calificación) del niño al nacer?

¿Estuvo el niño en incubadora? Si ( ) No ( ) ¿Porque? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Fue revisado por el pediatra Si ( ) No ( )

¿Tuvo problemas de R14 negativo durante el embarazo y el parto? Si ( ) No ( )

¿Presentó problemas de bilirrubina al nacer? Si ( ) No ( )

¿Le cambiaron la sangre? Si ( ) No ( ) ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Presento el niño al nacer algún problema de tipo...

Cardiaco Si ( ) No ( ) Pulmonar Si ( ) No ( )

Hepático Si ( ) No ( ) Renal Si ( ) No ( )

Hernias Si ( ) No ( ) Intestinal Si ( ) No ( )

Otros especifique: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue su primera reacción cuando vio al niño(a)?

Madre \_\_\_\_\_  
Padre \_\_\_\_\_

#### 4.- Postnatal

¿Tuvo algún problema el niño para succionar el pezón o el chupón? Si ( ) No ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Qué hizo al respecto? \_\_\_\_\_

¿Le dieron el chupón? Si ( ) No ( ) ¿A qué edad se le quitó? \_\_\_\_\_

¿Cómo se lo quitó? \_\_\_\_\_

¿Chupó el dedo? Si ( ) No ( ) ¿Hasta que edad? \_\_\_\_\_

¿Cómo lo dejó? \_\_\_\_\_

Considera Ud. ¿Que su hijo lloraba demasiado? Si ( ) No ( )

#### Motricidad Fina

¿A qué edad comenzó a sonreírse? \_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzó a reconocer a la Gente? \_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzó a imitar a las personas? \_\_\_\_\_

¿A qué estímulos se sonreía? \_\_\_\_\_

¿A qué edad sostuvo la cabeza? \_\_\_\_\_

¿A qué edad empezó a tomar las cosas? \_\_\_\_\_

¿Actualmente se le caen las cosas con frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Se lleva objetos a la boca? Si ( ) No ( ) ¿A qué edad? \_\_\_\_\_

¿Presentó alguna dificultad al respecto? Si ( ) No ( )

#### Motricidad Gruesa

¿Presentó alguna dificultad para voltearse por sí solo? Si ( ) No ( )

¿A qué edad se sentó? \_\_\_\_\_

Presentó alguna dificultad para hacerlo \_\_\_\_\_

¿A qué edad gateó? \_\_\_\_\_

¿Apoyaba las rodillas para gatear? \_\_\_\_\_ ¿Se arrastraba? Si ( ) No ( )

¿Apoyaba sólo las puntas de los pies? Si ( ) No ( )

¿A qué edad caminó? \_\_\_\_\_ ¿Uso andadera? Si ( ) No ( )

¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Se caía con demasiada frecuencia? Si ( ) No ( )

¿Se tropezaba con las cosas? Si ( ) No ( )

¿Se tropezaba mucho con los objetos? Si ( ) No ( )

¿Tuvo algún problema de tipo ortopédico? Si ( ) No ( )

¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Tiene el pie plano? Si ( ) No ( )

¿Cómo camina en la actualidad? \_\_\_\_\_

¿Es torpe? Si ( ) No ( )  
 ¿Se cansa mucho al caminar? Si ( ) No ( )  
 ¿Ha sido revisado por algún ortopedista? Si ( ) No ( ) ¿Por qué?

Corre: Bien \_\_\_\_\_ Mal \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_

¿Sabe andar en bicicleta? Si ( ) No ( ) ¿Patina? Si ( ) No ( )

¿Sabe nadar? Si ( ) No ( ) ¿Practica algún deporte? Si ( ) No ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Le gustan las actividades de tipo físico? Si ( ) No ( )

Es diestro \_\_\_\_\_ Zurdo \_\_\_\_\_ Ambidiestro \_\_\_\_\_

¿Cómo fue alimentado su hijo? Pecho ( ) Formula ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Hasta qué edad se alimentó con el pecho? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la reacción del niño cuando se le quitó? \_\_\_\_\_

¿A qué edad se le quitó el biberón?

¿Cómo se alimentó entonces? Cuchara( ) Vaso ( ) Taza ( ) Otros ( )

¿Cuándo empezó a darle alimentos sólidos? \_\_\_\_\_

¿Cómo reaccionó el niño a ellos? \_\_\_\_\_

¿Quién se encargó de alimentarlo? \_\_\_\_\_

¿Se le tomaba en los brazos para alimentarlo? Si ( ) No ( )

¿Se le dejaba en una silla? Si ( ) No ( )

¿Se le alimentaba cuando tenía hambre o siguiendo un horario?

¿Presentó problemas al masticar? Si ( ) No ( )

En caso de ser su respuesta si ¿por qué? \_\_\_\_\_

¿Le gustaban los alimentos? Si ( ) No ( )

¿Fue un niño obeso? Si ( ) No ( )

¿Comió alguna vez...

Yeso Si ( ) No ( ) Cal Si ( ) No ( )

Cenizas Si ( ) No ( ) Tierra Si ( ) No ( )

¿Lo hace todavía? Si ( ) No ( )

¿Cuándo empezó a comer solo? \_\_\_\_\_

¿Lo hacía con los cubiertos? Si ( ) No ( ) Manos Si ( ) No ( )

¿En la actualidad sus modales para comer son

Buenos \_\_\_\_\_ Malos \_\_\_\_\_ Regulares \_\_\_\_\_

## 5.-Esfinteres.

### Disciplina

¿A que edad dejó de orinarse durante el día? \_\_\_\_\_  
¿A qué edad dejó de orinarse durante la noche? \_\_\_\_\_  
¿En la actualidad se orina durante el día? Ocasionalmente \_\_\_\_\_  
Siempre \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_  
¿Cuándo empezó a enseñarle a no orinarse en la ropa? \_\_\_\_\_  
¿Cómo lo hizo? \_\_\_\_\_  
¿Quién se encargó de enseñarle? \_\_\_\_\_  
¿Como respondió el niño? \_\_\_\_\_  
¿Cómo reaccionan los padres cuando orina? ¿Se le castiga? Si ( ) No ( )  
¿Se le ignora? Si ( ) No ( ) ¿Se le regaña? Si ( ) No ( )  
¿Cómo reacciona el niño ante la actitud de los padres cuando esto ocurre?

---

¿Cuándo dejó de obrar en la ropa? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo se le empezó a enseñar a no hacerlo? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se le enseñó? \_\_\_\_\_  
¿Cómo respondió el niño? \_\_\_\_\_  
¿Era estreñido? \_\_\_\_\_  
¿Qué se hacía al respecto?  
Lavativas Si ( ) No ( ) Supositorios Si ( ) No ( )  
¿Purgantes? Si ( ) No ( ) ¿Nada? Si ( ) No ( )  
¿Tenía diarreas frecuentes? Si ( ) No ( )  
¿Qué se hacía al respecto?  
¿Jugaba con su excremento? Si ( ) No ( )  
En caso de ser la respuesta sí, ¿Acostumbraba comérselo? Si ( ) No ( )  
¿En la actualidad obra en su ropa?  
Algunas veces \_\_\_\_\_ Siempre \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_  
¿Cómo se siente el niño cuando esto ocurre? \_\_\_\_\_  
¿Cómo reaccionan usted como padre o madre? \_\_\_\_\_  
¿Cómo reacciona el niño ante la actitud de sus padres?

## 6.-Sueño

¿A qué edad empezó a dormir toda la noche? \_\_\_\_\_  
¿Cómo es su sueño?  
Tranquilo \_\_\_\_\_ Intranquilo \_\_\_\_\_  
Para dormirse necesitaba de...  
Chupón \_\_\_\_\_ Dedo \_\_\_\_\_ Cobija \_\_\_\_\_  
Juguetes \_\_\_\_\_ Nada \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
¿Hasta qué edad durmió en la recámara de sus padres? \_\_\_\_\_  
¿Necesitaba de alguna persona para dormir?

Si ( ) No ( )

¿Quién? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo dejó de dormirse en cuna? \_\_\_\_\_  
¿Duerme solo? \_\_\_\_\_  
En caso de no ser así, ¿con quién duerme? \_\_\_\_\_  
¿Despierta a menudo? Si ( ) No ( )    ¿Tiene pesadillas? Si ( ) No ( )  
¿Despierta llorando? Si ( ) No ( )    ¿Qué hacen al respecto? \_\_\_\_\_  
¿Es sonámbulo? Si ( ) No ( )    ¿Habla dormido? Si ( ) No ( )  
¿Tiene miedo a dormirse solo? Si ( ) No ( )  
¿Qué hacen los padres al respecto? \_\_\_\_\_  
¿Tiene miedo a la oscuridad? Si ( ) No ( )  
¿Platica el niño en sus sueños? Si ( ) No ( )  
¿Rehúsa el niño a irse a la cama? Si ( ) No ( )  
¿Qué hacen Uds.? \_\_\_\_\_  
¿Hasta que edad durmió el niño durante el día? \_\_\_\_\_  
¿Cuántas horas duerme en la actualidad? \_\_\_\_\_

## 7.-Enfermedades

¿Recibe EL niño atención pediátrica con regularidad? Si ( ) No ( )  
¿Ha tenido el niño alguna enfermedad importante? Si ( ) No ( )  
¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad? \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de tratamiento recibió? \_\_\_\_\_  
¿Ha estado hospitalizado? Si ( ) No ( )  
¿Cuál fue el motivo? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Ha sufrido algún golpe o caída fuerte? Si ( ) No ( )  
¿Con vómitos? Si ( ) No ( )    ¿Pérdida del conocimiento? Si ( ) No ( )  
¿Fue revisado por el medico? Si ( ) No ( )  
¿Ha sufrido desmayos Si ( ) No ( )    ¿Convulsiones? Si ( ) No ( )  
Pérdida de conciencia? Si ( ) No ( )    U otro? Si ( ) No ( )  
¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_  
¿Padece alguna enfermedad crónica? (asma, alergias, etc.) Si ( ) No ( )  
¿Ha tenido alguna operación? Si ( ) No ( )  
Especifique \_\_\_\_\_  
¿Ha sufrido algún accidente? Si ( ) No ( )  
Especifique: \_\_\_\_\_  
¿Tiene el niño problemas de?...  
Sinusitis \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Epilepsia \_\_\_\_\_ Renales \_\_\_\_\_  
Intestinales \_\_\_\_\_ Hepáticos \_\_\_\_\_ Cardiacos \_\_\_\_\_ Visuales \_\_\_\_\_  
Auditivos \_\_\_\_\_ Óseos \_\_\_\_\_ Anemia \_\_\_\_\_ Glandulares \_\_\_\_\_  
Alergias \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de tratamiento recibió? \_\_\_\_\_  
Ha sido revisado por: \_\_\_\_\_

Neurólogo \_\_\_\_\_ Oftalmólogo \_\_\_\_\_  
 Otorrino \_\_\_\_\_ Cardiólogo \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido el niño durante su vida grandes dosis de:  
 Antibiótico \_\_\_\_\_ Cortisona \_\_\_\_\_ Tranquilizantes \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

¿En la actualidad toma algún medicamento? Si ( ) No ( )  
 ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_  
 ¿En qué dosis? \_\_\_\_\_ ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_

¿Presenta el niño problemas neurológicos? Si ( ) No ( )  
 ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Se le ha tomado rayos x? Si ( ) No ( )  
 ¿Lo ha revisado el dentista? Si ( ) No ( )  
 ¿Tiene algún problema con frenillo? Si ( ) No ( )  
 ¿El estado de salud del padre es:  
 Bueno \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Malo \_\_\_\_\_  
 Explique: \_\_\_\_\_

El estado actual del niño es:  
 Bueno \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Malo \_\_\_\_\_  
 Explique: \_\_\_\_\_

¿Padece de dolores de cabeza? Si ( ) No ( )  
 ¿Gripas frecuentes? Si ( ) No ( )  
 ¿Se cansa demasiado? Si ( ) No ( )  
 ¿Esta irritable? Si ( ) No ( ) | ¿Nervioso? Si ( ) No ( )

## 8.-Traumatismos Emocionales Y/O Físicos

¿Ha presenciado o sufrido el niño algún accidente? Si ( ) No ( )  
 Especifique (situación y edad del niño) \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál fue su reacción? \_\_\_\_\_

¿Ha habido alguna persona enferma viviendo en casa? Si ( ) No ( )  
 ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido que ausentarse la madre de la casa por periodos prolongados?  
 Si ( ) No ( ) ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Sabía el niño a que se debía su ausencia? Si ( ) No ( )  
 ¿Quién cuidaba de él mientras tanto? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha presenciado relaciones sexuales entre los padres? Si ( ) No ( )  
 ¿Cuál fue la reacción del niño? \_\_\_\_\_

## Habilidades Cognitivas

### 9.-Lenguaje

¿A qué edad comenzó a hablar? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuáles fueron sus primeras palabras? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo empezó a formar sus primeras frases? \_\_\_\_\_

- ¿Entiende lo que se le pide? Si ( ) No ( )
- ¿Sigue instrucciones? Si ( ) No ( )
- ¿A qué edad empezó a hablar con claridad? \_\_\_\_\_
- ¿Es común en su familia que los niños empiecen a hablar?...  
A temprana edad \_\_\_\_\_ Tardíamente \_\_\_\_\_
- ¿Actualmente tiene dificultad para pronunciar ciertas palabras? Si ( ) No ( )
- ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- ¿Articula las palabras?...  
Bien \_\_\_\_\_ Mal \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_
- ¿Se habla algún otro idioma en casa? Si ( ) No ( )
- ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- ¿Se habla algún dialecto en casa? Si ( ) No ( )
- ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- ¿Estudia el niño otro idioma en la escuela o fuera de ella? Si ( ) No ( )
- ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- ¿Existe en la familia antecedente de problemas de lenguaje? Si ( ) No ( )

## Audición

- ¿Hay antecedentes de sordera? Si ( ) No ( )
- ¿De qué rama? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene el niño dificultad para identificar las letras? Si ( ) No ( )
- ¿Tiene algún problema de visión? Si ( ) No ( )
- Ha sido checado por un oftalmólogo? Si ( ) No ( )
- ¿Cuál fue el diagnostico? \_\_\_\_\_
- ¿Saber leer? Si ( ) No ( )
- ¿Tiene algún problema para leer? Si ( ) No ( )
- Especifique cuál: \_\_\_\_\_
- ¿Sabe escribir? Si ( ) No ( )
- ¿Invierte una o más letras al escribir? Si ( ) No ( )
- ¿Escribe en espejo? Si ( ) No ( ) ¿Conoce los colores? Si ( ) No ( )
- ¿Las formas geométricas? Si ( ) No ( )
- ¿Los números? Si ( ) No ( )

## 10.- Historia Escolar

- ¿A qué edad ingresó por primera vez en una escuela? \_\_\_\_\_
- ¿A qué grado? \_\_\_\_\_ ¿Qué reporte escolar tuvo? \_\_\_\_\_
- ¿Qué tipo de orientación tiene? Tradicional \_\_\_\_\_ Activo \_\_\_\_\_ Montessorí \_\_\_\_\_  
Bilingüe \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_
- ¿Hizo kinder I? Si ( ) No ( ) Bilingüe Si ( ) No ( ) Edad \_\_\_\_\_
- Donde \_\_\_\_\_ ¿Qué reporte escolar tuvo? \_\_\_\_\_

En caso de que ya haya terminado la pre-primaria, ¿Se consideró al terminarla que el niño tenía la suficiente madurez motora, emocional, psicológica y/o cronológica para iniciar la primaria?



Explique:

¿En los periodos anteriores hubo algún cambio? Si ( ) No ( )  
Explique porqué: \_\_\_\_\_  
¿Qué promedio de calificaciones ha tenido? \_\_\_\_\_  
¿Qué materiales se le han dificultado más? \_\_\_\_\_  
¿Con qué materias ha tenido más dificultad? \_\_\_\_\_  
En la actualidad cursa el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_

## Puntualidad

¿Asiste con regularidad? Si ( ) No ( )  
¿Llega a tiempo a la escuela? Si ( ) No ( )  
¿Asisten los padres a las actividades de la escuela? \_\_\_\_\_  
¿Hablan los padres con los maestros? Si ( ) No ( )  
¿Por qué? \_\_\_\_\_  
¿Tiene el niño problemas con los compañeros? Si ( ) No ( )  
¿Por qué? \_\_\_\_\_  
¿Participa en las actividades escolares? Si ( ) No ( )  
¿En las competencias? Si ( ) No ( )  
¿Deportes? Si ( ) No ( )  
¿Cómo se porta en la escuela?  
Bien \_\_\_\_\_ Mal \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_  
¿Considera Ud. Que su hijo está al nivel que sus demás compañeros? \_\_\_\_\_  
¿Cumple con sus tareas escolares? Si ( ) No ( )

## Comprensión

¿Hace las tareas escolares...  
Solo \_\_\_\_\_ Ayudado por su Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
¿Necesita que se le vigile para que haga su tarea? Si ( ) No ( )

## Memoria

¿Es un niño distraído? Si ( ) No ( )  
¿Se le olvida con frecuencia las cosas? Si ( ) No ( )  
¿Sigue el niño correctamente las instrucciones de los adultos? Si ( ) No ( )  
¿Obedece órdenes? Comentarios: \_\_\_\_\_  
¿Ha sido el niño evaluado con anterioridad? Si ( ) No ( )  
¿Por qué? \_\_\_\_\_  
¿Cuál fue su diagnostico? \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de tratamiento se le sugirió? \_\_\_\_\_  
¿A sido un niño tratado por un ...  
¿Psiquiatra? \_\_\_ ¿Psicólogo? \_\_\_ ¿Terapeuta? \_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿Recibe tratamientos de tipo psicológicos o psiquiátricos en la actualidad? \_\_\_\_\_  
En caso de ser sí, ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

Autorizan Uds. A comunicarse con los maestros de la escuela, cuando se juzgue conveniente Si ( ) No ( )

### Razonamiento:

¿Su hijo realiza con facilidad sus tareas? Si ( ) No ( )  
 ¿Le pregunta constantemente cuando realiza sus tareas? Si ( ) No ( )  
 ¿Lo escucha perfectamente cuando le da una orden? Si ( ) No ( )  
 ¿Ha tenido algún problema auditivo anteriormente? Si ( ) No ( )  
 ¿Tiene algún problema de ubicación? Si ( ) No ( )  
 ¿Reconoce su hijo los días de la semana? Si ( ) No ( )  
 ¿Tiene buena ubicación de los tiempos, ayer, hoy y mañana? Si ( ) No ( )  
 ¿Entiende con claridad las palabras cerca, lejos, grande, pequeño? Si ( ) No ( )

### Conocimientos del Medio

¿Conoce las diferencias entre zona rural y zona urbana? Si ( ) No ( )  
 ¿Ubica eventos importantes? Si ( ) No ( )  
 ¿Reconoce las partes de su cuerpo? Si ( ) No ( )  
 ¿Reconoce los días de la semana? Si ( ) No ( )

### 11.-Relaciones Sociales - Conducta

¿Con quién se relaciona mejor el niño? Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo se lleva con sus hermanos? \_\_\_\_\_  
 Bien \_\_\_\_\_ Mal \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_  
 ¿A cuál de ellos prefiere? \_\_\_\_\_  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Con quien de sus hermanos tiene más dificultad para relacionarse?  
 \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Pelea con ellos? \_\_\_\_\_  
 Mucho \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_ Nada \_\_\_\_\_  
 Juega con ellos? \_\_\_\_\_  
 Mucho \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_ Nada \_\_\_\_\_  
 ¿Prefiere jugar? Solo \_\_\_\_\_ Con sus hermanos \_\_\_\_\_ Con otros niños \_\_\_\_\_  
 Con adultos \_\_\_\_\_ ¿Prefiere estar con niños? \_\_\_\_\_ Menores que él \_\_\_\_\_  
 De su edad \_\_\_\_\_ Mayores que él \_\_\_\_\_  
 ¿Prefiere a los niños de su mismo sexo? \_\_\_\_\_ Del sexo opuesto \_\_\_\_\_  
 ¿Imita a sus hermanos? Padres \_\_\_\_\_ Otros niños \_\_\_\_\_ Nadie \_\_\_\_\_  
 ¿Generalmente arremete el niño a otros? Si ( ) No ( )  
 ¿Es agredido por ellos? Si ( ) No ( )  
 ¿Ha robado el niño alguna cosa en la escuela? Si ( ) No ( )  
 ¿En la tienda? \_\_\_\_\_ ¿En otras casas? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Por lo general les regala a les compra cosas a sus amigos? Si ( ) No ( )  
 ¿Le regalan a él? \_\_\_\_\_ ¿Generalmente juega por periodos cortos? \_\_\_\_\_  
 ¿Prolongados? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de juegos prefiere? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué otra(s) cosa(s) le interesa(n)?  
 Animales \_\_\_\_\_ Libros \_\_\_\_\_ TV \_\_\_\_\_ Música \_\_\_\_\_ Deportes \_\_\_\_\_  
 Pintura \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 ¿Comienza el juego? Si ( ) No ( )  
 ¿Lo quieren sus amigos y compañeros? Si ( ) No ( )  
 ¿Lo ridiculizan? Si ( ) No ( ) Considera Ud. Que su hijo es:  
 Tímido \_\_\_\_\_ Miedoso \_\_\_\_\_ Agresivo \_\_\_\_\_ Irritable \_\_\_\_\_  
 Nervioso \_\_\_\_\_ Dominante \_\_\_\_\_ Rebelde \_\_\_\_\_ Dócil \_\_\_\_\_  
 ¿Muestra el niño miedo a algo? Si ( ) No ( )  
 ¿A quien? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué tipo de distracciones tiene el niño? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué actividad realiza en conjunto con los demás miembros de la familia?

¿Qué hace el niño durante las tardes? \_\_\_\_\_  
 ¿Pertenece a algún grupo? Si ( ) No ( )  
 Especifique: \_\_\_\_\_  
 ¿Era un niño berrinchudo? Si ( ) No ( ) | ¿Lo sigue siendo? Si ( ) No ( )  
 ¿Qué hace usted al respecto? \_\_\_\_\_  
 ¿Considera que el niño es demasiado travieso? Si ( ) No ( )  
 ¿Es un niño obediente? Si ( ) No ( )  
 ¿Encuentra UD. Necesario castigarlo con frecuencia? Si ( ) No ( )  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo acostumbra castigarlo? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo responde al castigo? ¿Dócilmente? \_\_\_\_\_ ¿Agresivamente? \_\_\_\_\_  
 ¿Resulta efectivo el castigo que se le impone? Si ( ) No ( )  
 ¿Son consistentes los padres en cuanto al castigo?  
 Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_  
 ¿Se la premia cuando se porta bien o cumple con sus deberes? Si ( ) No ( )  
 ¿En qué forma? \_\_\_\_\_  
 ¿Platica con el niño? Siempre \_\_\_\_\_ Pocas veces \_\_\_\_\_ Con frecuencia \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_  
 ¿El niño les tiene confianza Si ( ) No ( )  
 Es un niño: Introverso \_\_\_\_\_ Extroverso \_\_\_\_\_

## 12.-Hábitos de Aseo

¿El niño se viste solo? Si ( ) No ( ) ¿Come solo? Si ( ) No ( )  
 ¿Se peina solo? Si ( ) No ( ) ¿Se lava solo? Si ( ) No ( )  
 ¿Sabe abrocharse los botones? Si ( ) No ( )  
 ¿Amarrarse las agujetas? Si ( ) No ( ) ¿Se baña solo? Si ( ) No ( )  
 En caso de que no sea así, ¿Quién lo hace?  
 ¿Cuida su cuarto? Si ( ) No ( ) ¿Ropas? Si ( ) No ( )  
 ¿Juguetes?

	Si ( ) No ( )		
¿En la actualidad es un niño limpio?		Si ( ) No ( )	
¿Va solo a la escuela?	Si ( ) No ( )	¿A la tienda?	Si ( ) No ( )
¿Tiene que cuidar a otros niños?		Si ( ) No ( )	
¿A quienes?	_____		
¿Por qué?	_____		
¿Tiene algún trabajo en específico en la casa?		Si ( ) No ( )	

OBSERVACIÓN: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## Entrevista para Terapeuta de la Estancia

INSTRUCCIONES: le solicitamos contestar, tachando la respuesta que crea conveniente y anexando los comentarios que juzgue pertinentes.

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESOR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_

### Datos Académicos

1. El alumno ha reprobado:  Sí  No

2. Su ingreso fue:

A principio de año  A medio año  Casi a fin de año

3. Su participación en clase es:

Regular  De vez en cuando  Nunca

4. Sus trabajos o tareas son entregados:

Puntualmente  Con retraso  Nunca las realiza

5. La calidad de sus tareas o Trabajo es:

Buena  Regular  Deficiente

6. Su rendimiento escolar es:

Bueno  Regular  Deficiente

7. ¿En qué áreas muestra dificultad?:

Psicomotricidad Comunicación Coordinación Aprendizaje Manejo  
y lenguaje Visomotora Conductual

8. ¿Cree usted que el niño recibe ayuda de sus padres para la realización de trabajos o tareas?:  Sí  No

9. ¿Cómo considera usted al niño en cuanto a su capacidad intelectual?  
( ) Normal                      ( ) Debajo de lo normal      ( ) Superior

### Relaciones Social Afectivo

1. La relación con sus compañeros es:  
( ) Buena                      ( ) Regular                      ( ) Deficiente
2. Al convivir con sus compañeros lo hace con:  
( ) Cordialidad              ( ) Agresividad              ( ) Indiferencia
3. Se reúne con sus compañeros para jugar:  
( ) Siempre                      ( ) A veces                      ( ) Nunca
4. Al niño le gusta trabajar en equipo:  
( ) Siempre                      ( ) Rara vez                      ( ) Nunca
5. Cuenta con amigos: ( ) Sí      ( ) No
6. La relación maestro-alumno es:  
( ) Buena                      ( ) Regular                      ( ) Deficiente

### Razonamiento:

- 1.-¿Realiza los ejercicios rápido o se tarda en realizarlos? \_\_\_\_\_
- 
- 2.-¿Piensa como es que la tiene que realizar? \_\_\_\_\_
- 
- 3.-¿Pregunta constantemente cuando está realizando el ejercicio? \_\_\_\_\_
- 
- 4.-¿Identifica los horarios del día: mañana, tarde y noche? \_\_\_\_\_
- 5.-¿Identifica los tiempos: de ayer, hoy y mañana? \_\_\_\_\_
- 6.-¿Entiende lo que es lejos, cerca, grande y pequeño? \_\_\_\_\_

### Memoria

- ¿Es un niño distraído?                      Si ( )      No ( )
- ¿Se le olvida con frecuencia las cosas?      Si ( )      No ( )
- ¿Sigue el niño correctamente las instrucciones de los adultos?      Si ( )      No ( )
- ¿Obedece órdenes? Comentarios: \_\_\_\_\_

## Lenguaje

1. El niño expresa sus ideas y emociones cuando desea algo:

Siempre                       Rara vez                       Nunca

2. Su lenguaje al expresarse es:

Amplio                       Deficiente

3. Organiza sus oraciones cuando habla:

Siempre                       Rara vez                       Nunca

4. Comprende el vocabulario de su grado:

Siempre                       Rara vez                       Nunca

5. Relata sus experiencias con fluidez:

Sí                       No

6. Presenta problemas de articulación: Ejem. No puede decir /r / o / s /

Sí                       No

7. Cuando al niño se le habla, él se muestra:

Atento                       Distraído                       Indiferente

## Audición:

1. Considera que el niño no oye bien porque:

Trata de ayudarse viendo los movimientos de los labios.

Pide que se le repitan las órdenes dos a más veces.

Acerca el "Mejor" oído para escuchar la clase.

## Visión:

2. Considera que no ve bien porque:

Acerca mucho la cabeza para ver las o el libro.

Pestañea constantemente

## Habilidad Motora

1. Los movimientos del niño son:

Ágiles                       Normales                       Incoordinados                       Torpes

2. El niño es:

( ) Diestro                      ( ) Zurdo                      ( ) Ambidiestro

3. Su forma de sentarse es la:

( ) Adecuada                      ( ) Inadecuada

4. Tiene nociones de:

( ) Adelante                      ( ) Atrás                      ( ) Arriba

( ) Abajo                      ( ) Derecha                      ( ) Izquierda

5. Localiza o reconoce las partes de su cuerpo:                      Si ( )    No ( )

## Áreas Específicas

### Conocimientos del Medio

1. Reconoce los días de la semana                      Si ( )    No ( )

2. Reconoce las partes de su cuerpo.                      Si ( )    No ( )

3. Ubica eventos importantes                      Si ( )    No ( )

4. Conoce la diferencia entre zona rural y urbana                      Si ( )    No ( )

### OBSERVACIONES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Actividades para evaluar áreas

Áreas	Actividades	Materiales	Tiempo de duración	Indicadores	Criterios de evaluación
Relaciones sociales	En clase	Ninguno	45 minutos	Ninguno	Se da a través de la observación directa en la clase, de acuerdo a las actividades que ponga la maestra, esto es, para ver si el niño es aceptado o rechazado por los demás compañeros del grupo
<b>Habilidades cognitivas</b>					
Atención	Buscando diferencias de dibujos	Hoja impresa con dos dibujos en los que hay 5 diferencias	15 minutos	El niño deberá identificar de la hoja impresa 5 diferencias de las 2 imágenes que son: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pájaro</li> <li>➤ Flor</li> <li>➤ Rama del árbol</li> <li>➤ Línea de la playera de pooh</li> <li>➤ Nube</li> </ul>	Aquí se evaluará la apreciación del niño entre más diferencias encuentre será mejor su atención, y se evaluará de la siguiente manera:  Si acierta más de tres e capaz de de poner atención pero todavía es muy escasa; si identifica las 5 diferencias tiene un poco más la capacidad de poner atención el niño.
Comprensión	Recortar y ordenar dibujos  Una vez recortados los	Tijeras Cronómetro	1 minuto para detectar el orden de los dibujos	El niño deberá identificar 4 imágenes y ordenarlas para narrar una historia	Para ello tendrá dos oportunidades más en caso de fallar a la primera vez. El tiempo estimado para detectar el orden cronológico correctamente será de 1 minuto; es decir que si en este lapso de tiempo no realiza

	dibujos el niño deberá ordenar los dibujos cronológicamente para que nos cuente como sucedió la historia esto es para ver si comprende como va el orden de los dibujos.		correctamente	la cual es de la manera siguiente:  1.Pájaro aterrizando en la rama 2.Pájaro echando vistazo 3.Pájaro llevando ramas para hacer un nido 4.Pájaro durmiendo en su niño	correctamente el ejercicio está deficiente la comprensión del orden de los dibujos.
Memoria	Se muestra la lámina durante el tiempo fijado y luego se le pide al niño que nombre lo que vio en la hoja. Esta actividad es para ver que tanto captó la memoria a corto plazo	1 hoja con distintos dibujos ya predeterminados con 8 objetos.  En caso de ser adaptada la actividad.  Las 8 imágenes hechas en tarjetas	45 segundos	El niño tendrá que identificar:  ➤ Mariposa ➤ Nube ➤ Luna con velita ➤ Árbol ➤ Oso ➤ Sandía ➤ Rana ➤ Sol	Para esta actividad lo primero será en ver si el niño puede articular todas las palabras de las imágenes en dado de los casos que no hay que hacerle una adaptación a la actividad consistirá en lo siguiente: La evaluación consistirá en que si detecta más de 5 objetos esta dentro de su memoria a corto plazo, si menciona menos de 5 objetos quiere decir que su memoria a corto plazo está deficiente. ➤ Con la adaptación: Se harán tarjetas con las mismas imágenes; entonces el niño deberá acomodar las tarjetas de la misma manera en que las vio en la lámina; la evaluación será la misma
				El niño tendrá que identificar visualmente y auditivamente las tarjetas que se le	

Razonamiento	Señalar el dibujo correspondiente a la frase que se le dirá	tarjetas con distintos dibujos de patos, gallinas, conejos,; y 5 frases	15 minutos	pidan. ➤ En el corral hay 3 patos y 2 gallinas ➤ En el corral hay 2 patos y 3 gallinas ➤ En el corral hay 1 pato y 2 gallinas ➤ En el corral hay 3 patos y 1 conejo ➤ En el corral hay 2 gallinas y 1 conejo	En esta actividad el niño debe relacionar lo que se le va a decir con los dibujos, si acierta por lo menos 3 de los 5 dibujos con las frases quiere decir que su razonamiento está dentro de lo que es normal- bajo y si acierta menos de 2 quiere decir que está por debajo de su razonamiento. Sin embargo acierta los 5 está en optimas condiciones de razonamiento.
Visión	Rompecabezas	Rompecabezas de madera en forma de manzana	1 minuto 30 segundos	Se le presenta el rompecabezas ya armado, posteriormente se desarmará y se le pedirá que lo arme, esto es para ver si captó la imagen al verla armada.	La forma de evaluar será que si tiene por una parte el mayor número de piezas unidas correctamente, esto es, 4 de 7 piezas mínimo y por otro lado de que si cumple el lapso de tiempo está dentro de la captación de la imagen, esto quiere decir que no está alterada su visión.

Audición	Detección de objetos que hacen ruido	Un paliacate Una campana Una botella de cristal y una de plástico Un teléfono celular	5 minutos	Una vez presentado el sonido de cada material el niño tendrá que decirnos a que ruido corresponde sin haber visto los objetos.	La evaluación se hará de la siguiente manera. Si detecta más de 3, quiere decir que está dentro de lo normal de su audición. Si acierta sólo 2 de los 4 objetos quiere decir que está deficiente en su audición.  Para esto se le pedirá al niño que mencione los objetos en caso de no ser así entonces se le pedirá al niño después de haber escuchado cada objeto señale el que fue desarrollado.
<b>Habilidades motoras</b>					
Motricidad fina	Dibujo de Tigger: Se le presentará un dibujo de Tigger, el cual debe iluminar	Lápices de colores, el dibujo impreso, sacapuntas.	10 minutos	Se le dará la consigna de que deberá respetar los límites del dibujo al colorearlo	Aquí se observará primero el cómo ilumina el niño, es decir, si remarca mucho los colores sobre la hoja de papel, esto es para ver si presenta tendencias a ser violento o por el contrario delicadeza como la timidez. Por otra parte entre más se salga de los límites del dibujo quiere decir que todavía no respeta los límites y que no tiene una buena motricidad fina.
Motricidad gruesa	Una serie de ejercicios de coordinación sencillos	Tenis, ropa cómoda como la ropa de deportes.	20 minutos	Los ejercicios a realizar son en un circuito que implican: ➤ Saltar y al mismo tiempo levantar las manos ➤ Arrastrarse ➤ Agacharse ➤ Gatear ➤ Empujar cubo ➤ Rodar	De todos los ejercicios que realizará se evaluará por medio de la observación directa si el niño presenta frecuentemente errores de coordinación o si se cae con frecuencia al realizarlos.

<p>Ejercicios linguales, Ejercicios labiales y calidad respiratoria</p>	<p>Una serie de ejercicios de la boca, lengua y respiratorios.</p>	<p>Agua con jabón, pelota de plástico, cajeta, confeti y una pluma</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Se le pedirá al niño que realice:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ejercicios linguales como: Lamer el labio superior e inferior para retirar la cajeta con mov. De arriba hacia abajo y circulares</li> <li>➤ En cuestión de los ejercicio labiales: Arrugar, fruncir, meter u sacar los labios varias veces</li> <li>➤ En los ejercicios de respiración se le pedirá que sople pompas de jabón, confeti, plumas y la pelota de plástico.</li> </ul>	<p>Cuando se realicen los ejercicios se evaluarán por medio de la observación directa; los criterios son: si realizó los ejercicios, si le cuesta trabajo hacerlos o no los realizó.</p>
	<p>El primer y segundo ejercicios se</p>	<p>Hoja impresa de un niño</p>		<p>El niño tendrá que identificar: Lateralidad con respecto a sí mismo como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tócate la nariz</li> <li>➤ El ojo derecho,</li> <li>➤ La oreja izquierda</li> <li>➤ Con la mano derecha, toca el ojo izquierdo,</li> <li>➤ Con la mano</li> </ul>	<p>De todos los ejercicios que realizará el niño, por medio de la observación directa se vera que si el niño presenta frecuentemente errores en los ejercicios; es decir, la evaluación se hará de la siguiente manera por lo menos 4 de las órdenes deberá identificar con respecto a la lateralidad en sí mismo, significa que el niño está dentro de</p>

<p>Lateralidad</p>	<p>realizará con el con su propio cuerpo en el cual se le dará instrucciones de izquierda-derecha y tendrá que iluminar una lámina</p>	<p>Lápices de colores: rojo azul, verde y naranja.</p>	<p>20 minutos</p>	<p>izquierda toca la oreja derecha,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Levanta la pierna izquierda</li> </ul> <p>Lateralidad con respecto al examinador (a)</p> <p>Señala:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mi mano izquierda</li> <li>➤ Mi ojo derecho</li> <li>➤ Mi pie derecho</li> <li>➤ Mi oreja izquierda</li> </ul> <p>Identificación de izquierda-derecha en el dibujo:</p> <p>Pinta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El ojo derecho de azul</li> <li>➤ El ojo izquierdo de verde</li> <li>➤ La oreja derecha de rojo</li> <li>➤ La oreja izquierda de naranja</li> <li>➤ Marca con una cruz el pie derecho</li> <li>➤ Encierra el pie izquierdo</li> </ul>	<p>los parámetros para identificar sus miembros.</p> <p>En cuanto a la lateralidad con respecto al examinador debe de identificar por lo menos dos indicadores.</p> <p>Por lo que es respecto a la identificación de izquierda y derecha deberá identificar cuatro de las consignas</p> <p>En todas estas actividades se observará si el niño identifica los indicadores sin problemas o con dificultad.</p>
--------------------	--	--	-------------------	--	--

Orientación temporal	Se realizarán por medio de preguntas que están impresas en una hoja	Hoja impresa con preguntas Imágenes de secuencias de un niño, caballo y caracol corriendo. Imágenes de un bebe, un niño y un adulto	30 minutos	Se le harán una serie de preguntas para cada situación las cuáles son: Rápido, normal, lento, día, noche, ayer, hoy, mañana, mañana, tarde, noche, temprano, tarde, orden, antes y después.	El niño tendrá que identificar las imágenes de secuencias y responder preguntas sobre una situación de cada tiempo, las cuáles son veinte, por lo que se tomará en cuenta si el niño no identifica por lo menos diez está en un promedio bajo en cuestión de la ubicación temporal.
----------------------	---	---	------------	--	---

### Áreas específicas

Lengua y comunicación	Orientación temporal	Ilustraciones de diferentes facetas del día	30 minutos	se debe identificar: ¿Cuándo hay estrellas en el cielo? ¿Cuándo sale el sol y la luna? ¿Cuándo se enciende la	Se le mostrarán una serie de ilustraciones al niño y se le comenzarán hacer preguntas de cuando es de día, de noche etc. Mientras más acierte las preguntas quiere decir que es capaz de identificar las diferentes facetas de un día.
				El niño tendrá que identificar: ➤ Círculo ➤ Polígono ➤ Triángulo ➤ Cuadrado	Se le mostrarán una serie de figuras al niño de diferentes formas las cuales se le preguntara al niño qué figuras son, en caso de que no sepa el niño se le dirá que figura es y al terminar todas las figuras se le volverá a preguntar cuales son las figuras que no supo contestar o señalar.

Matemáticas	Identificación de figuras geométricas	10 Figuras de plástico	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rombo</li> <li>➤ Hexágono</li> <li>➤ Trapecio</li> <li>➤ Cruz</li> <li>➤ Óvalo</li> <li>➤ Estrella</li> </ul>	
Conocimiento del medio	Identificación de lo que le rodea	Ninguno	5 minutos	<p>Preguntar:</p> <p>¿Qué ves cuando vas de tú casa a la escuela? Y ¿Qué ves cuando vas de la escuela a tú casa?</p>	Se evaluará por medio de la observación directa que se realizará en la actividad. La cual consistirá en preguntarle al niño, ¿qué ves cuando vas de tú casa a la escuela y viceversa?; es decir, el niño debe mencionar lo que ve cuando va a cualquiera de los dos lugares para saber si está consciente de lo que le rodea; un ejemplo sería que toma transporte público para llegar a cual quiera de las dos partes.
Conducta	En todas las actividades	Ninguno	El tiempo de todas las actividades	El niño debe presentar buena conducta ante sus compañeros y maestra de aula principalmente, prestar atención	Se evaluará por medio de la observación directa que se realizará en todas las actividades



## Registro de actividades por áreas

Nombre del niño (a):

Semana del:            a            de 2005

Fecha:

Área	Descripción

## Hoja de observaciones

Nombre del niño (a):

Semana del:            a            de 2005

Fecha:	Situación observada: en el aula de forma: Grupal ( )    o    Individual ( )

## Hoja de evaluación de accesibilidad del centro

Nombre de la estancia:

Semana del:            a            de 2005

Fecha:	Lugar observado: de la institución que necesita adaptaciones de acceso

Evaluación del Desarrollo Articulatorio (EDA) Forma "A" \*

PALABRA- ÍTEM	FORMA INTANTIL	I	E	AG
<b>FAMILIA</b>				
Mamá				
Papá				
Nene/a				
Hermano/a				
Abuelo				
Abuela				
Yayo/a				
Chacho/a				
Madre				
Padre				
Hijo/a				
Primo/a				
Padrino				
Madrina				
Yo (foto o espejo)				
<b>PERSONAS REALES Y PERSONAJES DE FICCIÓN</b>				
Hombres				
Mujeres				
Niños/ as				
Caperucita Roja				
Blancanieves				
Los reyes magos				
Bruja				
monstruo				
<b>ANIMALES</b>				
Perro				
Gato				
Pájaro				
Paloma				
Patitos				
Caballo				

\* Fuente: Miras Martínez Francisco y Fernández Torres Mercedes, 1998. Evaluación del Desarrollo Articulatorio.

Burro				
Gallina				
Pollo				
Cabra				
Conejo				
Cerdito				
Caracol				
Mariposa				
Tortuga				
Ratón				
Ardilla				
Pantera				
León				
Elefante				
Hipopótamo				
Oso				
Jirafa				
Peces				
Pulpo				
Cocodrilo				
Rana				
<b>JUGUETES</b>				
Muñeca				
Coche				
Moto				
Bicicleta				
Pelota				
Balón				
Globo				
Tren				
Avión				
Reloj				
Dado				
<b>COLORES</b>				
Blanco				
Negro				
Rojo				
Amarillo				
Verde				
Azul				
Gris				
<b>FRUTAS</b>				
Naranja				
Uva				

Melocotón				
Manzana				
Pera				
Melón				
Albaricoque				
Cerezas				
Fresas				
Plátano				
<b>FLORES</b>				
Flores				
Rosa				
Margarita				
clavel				
<b>BEBIDAS</b>				
Leche				
Agua				
Vino				
Cerveza				
Fanta				
Cocacola				
<b>ALIMENTOS</b>				
Pan				
Pescado				
Carne				
Huevo				
Tomate				
Patata				
Aceite				
Sal				
<b>GOLOSINAS</b>				
Caramelos				
Dulces				
Pasteles				
Chocolatinas				

## RESULTADOS DE LA TABLA A

	(+)	(-)	(o)	(i)
AG)				

	AD	AR	%AR	ND	PP
AG	100				

OBSERVACIONES

## Evaluación del Desarrollo Articulatorio (EDA) Forma "B"\*

FRASE-ÍTEM	FORMA INFANTIL	PALABRA-ÍTEM	AG
I. VAMOS A VER CÓMO SON ESTOS NIÑOS			
Antonio es pequeño		1. Antonio	
		2. Es	
		3. Pequeño	
Isabel es alta		4. Isabel	
		5. Alta	
Laura es bonita		6. Laura	
		7. Bonita	
Luis es chico y feo		8. Luis	
		9. Chico	
		10. Feo	
Diego es muy bueno		11. Diego	
		12. Muy	
		13. Bueno	
Mariángeles es rubia y guapa		14. Mariángeles	
		15. Rubia	
		16. Guapa	
Jesús está siempre contento		17. Jesús	
		18. Está	
		19. Siempre	
		20. Contento	
Eduardo es bajo y gordo		21. Eduardo	
		22. Bajo	
		23. Gordo	
Raúl está "chalao"		24. Raúl	
		25. "Chalao"	
Encarna se ríe mucho		26. Encarna	
		27. Se	
		28. Ríe	
		29. Mucho	
Estrella está feliz		30. Estrella	
		31. Feliz	
Manolo tiene miedo		32. Manolo	
		33. Tiene	
		34. Miedo	

\* Fuente: Miras Martínez Francisco y Fernández Torres Mercedes, 1998. Evaluación del Desarrollo Articulatorio.



FRASE-ÍTEM	FORMA INFANTIL	PALABRA-ÍTEM	AG
II. ¿QUÉ HACEN ESTOS NIÑOS EN SUS CASAS)			
David se levanta		35. David	
		36. Levanta	
Alicia se pone los zapatos		37. Alicia	
		38. Pone	
		39. Los	
		40. Zapatos	
Carmen se peina		41. Carmen	
		42. Peina	
Loli baila		43. Loli	
		44. Baila	
Estefanía lava la ropa		45. Estefanía	
		46. Lava	
		47. Ropa	
Andrés está arriba		48. Andrés	
		49. Arriba	
Ángel enciende fuego y se quema		50. Ángel	
		51. Enciende	
		52. Fuego	
		53. Quema	
María del mar duerme así		54. María del mar	
		55. Duerme	
		56. Así	
Dolores tiene fiebre, está caliente		57. Dolores	
		58. Fiebre	
		59. Caliente	

FRASE-ÍTEM	FORMA INFANTIL	PALABRA-ÍTEM	AG
III. ¿QUÉ HACEN ESTOS NIÑOS EN LA CALLE?			
Maruja viene limpia		60. Maruja	
		61. Viene	
		62. Limpia	
Joaquín sale y juega solo.		63. Joaquín	
		64. Sale	
		65. Juega	
		66. Solo	
Alberto cuenta el dinero y compra		67. Alberto	
		68. Cuenta	
		69. Dinero	
		70. Compra	
Federico lo llama		71. Federico	
		72. Lo	
		73. Llama	
Gabriel busca dónde está		74. Gabriel	
		75. Busca	
		76. Dónde	
Matilde no lo encuentra		77. Matilde	
		78. No	
		79. Encuentra	
A Cristóbal le pegan y llora		80. Cristóbal	
		81. Pegan	
		82. Lloro	
Emilio lo pilla por detrás		83. Emilio	
		84. Pilla	
		85. Por	
		86. Detrás	
Josefa pincha un globo		87. Josefa	
		88. Pincha	
		89. Globo	

FRASE-ÍTEM	FORMA INFANTIL	PALABRA-ÍTEM	AG
IV. VAMOS A CONOCER QUIÉN ESTÁ EN LA CLASE			
Beatriz es una alumna nueva		90. Beatriz	
		91. Alumna	
		92. Nueva	
A pedro le gusta cantar		93. Pedro	
		94. Gusta	
		95. Cantar	
Rocío sabe dibujar y pintar		96. Rocío	
		97. Sabe	
		98. Dibujar	
		99. Pintar	
Mercedes trabaja bien		100. Mercedes	
		101. Trabaja	
		102. Bien	
Santiago calla y lee		103. Santiago	
		104. Calla	
		105. Lee	
Isidoro vino ayer más sucio		106. Isidoro	
		107. Vino	
		108. Ayer	
		109. Más	
		110. Sucio	
Manuel escribe claro		111. Manuel	
		112. Escribe	
		113. Claro	
Francisco se fue, no está		114. Francisco	
		115. Fue	
		116. No está	
Una profesora pregunta		117. Una	
		118. Profesora	
		119. Pregunta	
Otra maestra llama a Ginés		120. Otra	
		121. Maestra	
		122. Ginés	
Él dice: sí, ya voy, veo cómo llueve		123. Él	
		124. Dice	
		125. Si	
		126. Ya	
		127. Voy	
		128. Veo	
		129. Cómo	
		130. Llueve	

FRASE-ÍTEM	FORMA INFANTIL	PALABRA-ÍTEM	AG
V. VAMOS A OÍR LO QUE DICE LA "SEÑO" A ALGUNOS NIÑOS			
Felipe, ven aquí otra vez		131. Felipe	
		132. Ven	
		133. Aquí	
		134. Vez	
Julio, salta allí fuera		135. Julio	
		136. Salta	
		137. Allí	
		138. Fuera	
Javier, dámelo luego		139. Javier	
		140. Dámelo	
		141. Luego	
Fabián, no te quites el gorrito, hace frío		142. Fabián	
		143. No te quites	
		144. Gorrito	
		145. Hace	
		146. Frío	
Roque, toca la flauta		147. Roque	
		148. Toca	
		149. Flauta	
Alejandro, acaba ya		150. Alejandro	
		151. Acaba	
Miguel, mira aquello y tráelo		152. Miguel	
		153. Mira	
		154. Aquello	
		155. Tráelo	
Marisa termina de hablar		156. Marisa	
		157. Termina	
		158. Hablar	
Juan, espérame dentro		159. Juan	
		160. Espérame	
		161. Dentro	
Ana, toma la llave y abre la puerta.		162. Ana	
		163. Toma	
		164. Llave	
		165. Abre	
		166. Puerta	

RESULTADOS DE LA TABLA B

	(+)	(-)	(o)	(i)
AG)				

	AD	AR	%AR	ND	PP
AG	166				

OBSERVACIONES

RESULTADOS DE LAS TABLAS A+B

	(+)	(-)	(o)	(i)
(AG)				

	AD	AR	%AR	ND	PP
AG	266				

## Programa de intervención

Sesión	Materiales	Propósito	Actividades
1	Confeti, globos espanta suegras, plumas, rehiletes, libro, hojas de papel de diferentes colores, agua o jugos de sabor	Que el niño logre controlar mejor su respiración para poder incrementar la flexibilidad del velo del paladar por medio de la inspiración y exhalación.	<p>En la posición de pie el niño se recargará en la pared colocando sus manos hacia arriba y exhalará y cuando se agache pondrá sus manos hacia abajo e inspirará, esto se hará varias veces primero por medio de la boca y después por la nariz</p> <p>En la posición acostada se le colocará al niño diferentes objetos livianos sobre su vientre como un libro para que el niño sienta como respira, posteriormente se le quitará el libro y con la ayuda de otra persona se comenzarán a realizar ejercicios abdominales sin forzar mucho al niño cuando esté el niño totalmente recostado inspirará tanto nasal como bucalmente y cuando el niño esté tratando de inclinarse exhalará de igual manera.</p> <p>Se pondrá el niño boca abajo en el piso el cual tiene carriles para colocar una pelota de ping pong frente a él para que comience a soplar esa pelota y la lleve a la meta, para que se le haga divertido se requerirá de la colaboración de otros dos niños o niñas.</p> <p>En un recipiente se vaciará el confeti se le pedirá al niño que sople con un popote en ese recipiente tratando de no dejar que salgan los papelitos; esto le ayudará al niño a regular su respiración suave para que se de cuenta de cómo lo hace y de cómo se le está pidiendo la actividad.</p> <p>Soplar un rehilete, espanta suegras, plumas y globos varias veces.</p>

			<p>Con la ayuda de un popote se le pondrá en un vaso agua y se le pedirá al niño que sopla para producir burbujas, en esta se le pedirá al niño que cuanto más tiempo esté jugando con el agua prolongue más el tiempo de soplo. En otro vaso con agua o jugo se le pedirá al niño que absorba el líquido primero de poquito en poquito y después se le pedirá que absorba más cantidades entre cada absorción.</p>
<h1>2</h1>	<p>Espejos, cajeta, mermelada o cualquier otra sustancia de la preferencia del niño, obleas abatelenguas y paletas.</p>	<p>Corregir y aumentar la movilidad en los músculos de la lengua</p>	<p>Para la realización de los siguientes ejercicios se requerirá un espejo amplio para que el niño pueda ver como hace los ejercicios.</p> <p>Se le pedirá al niño que saque y meta la lengua se ira de despacio a lo más rápido que lo pueda realizar.</p> <p>Sacar la lengua al máximo y mantenerla en posición horizontal, se le pondrá cajeta en el labio superior para que comience a mover la lengua hacia arriba y posteriormente se le pondrá cajeta en el labio inferior para que comience a mover la lengua hacia abajo; con esto lo que se pretende es que el niño trate de quitarse la cajeta o la mermelada hacia las dos direcciones y con la ayuda del espejo el niño verá en donde le hace falta retirar las sustancias.</p> <p>Se le pondrá mermelada o yogurt en los extremos de la boca y se le pedirá al niño que saque la lengua y trate de quitarse la sustancia moviendo la lengua de izquierda a derecha.</p> <p>Con la ayuda de las obleas se le colocará una en el paladar al niño posteriormente se le pedirá que la quite con la punta de su lengua, la cual moverá de atrás hacia delante y de adelante hacia atrás.</p> <p>Doblar la lengua hacia atrás y hacia arriba con la ayuda de los dientes incisivos superiores e inferiores.</p>

			<p>Realizar movimientos giratorios de la lengua hasta donde sea posible.</p> <p>Se le pedirá al niño que toque repetidas veces con su lengua el paladar para que truene esto se hará desde lo más lento a lo más rápido posible.</p> <p>Sacar la lengua y hacerla ancha y delgada</p> <p>Hacer taquito la lengua y extenderla alternadamente.</p> <p>Jugar al perrito: tomar líquido de un plato con la lengua sin meter las manos</p> <p>Poner el abatelenguas en el labio superior y pedir al niño que lo empuje hacia delante con la lengua. La presión que se pone en el abatelenguas debe ir aumentando rápidamente según el niño va progresando.</p> <p>Se le dará una paleta al niño con la cual el niño tratará de moverla de un lado al otro constantemente.</p>
<h1>3</h1>	<p>Espejo, cuchara, plastilina</p>	<p>Se pretende aumentar la movilidad de los labios</p>	<p>Pedirle al paciente que haga los labios como si “fuera aventar un beso”, tratando de que haga el sonido “tronado” o fuerte.</p> <p>Hacer gestos o muecas como si estuviera enojado, abrir la boca grande para reír, hacer gestos de llanto.</p> <p>Hacerle como pescadito, separar ligeramente los labios pero con rapidez en la ejecución. Después realizar rápidos movimientos de unión y de separación de los labios pronunciando el sonido “p” con las distintas vocales: pa, pe, pi...</p> <p>Morderse el labio inferior con los dientes superiores de un modo suave al igual que el labio superior intercalándolos.</p>



			<p>Meter los labios hasta que no se vean ninguno de los bordes rojos.</p> <p>Con la cuchara se le pedirá al niño que sostenga la plastilina con los labios apretando y aflojando los mismos.</p> <p>Enchuecar la boca a la derecha, izquierda, inflar las mejillas, tratando de ganar a la fuerza que se le haga al apretar la mejilla desde afuera.</p>
4	<p>Casete o CD de diferentes sonidos, tarjetas de dibujos de animales, diferentes ilustraciones que muestren la granja, la naturaleza, la cocina, los medios de transporte, diferentes instrumentos musicales y un pandero</p>	<p>Propiciar la memoria auditiva, la discriminación fonética e identificación de secuencias.</p>	<p>Primero se le mostrará al niño las diferentes ilustraciones de los animales que están en la ilustración, se le retirará la ilustración y se le darán tarjetas en las cuales el niño tiene que identificar que animales habían en la ilustración, conforme se van pasando a los animales ubicados se le pedirá al niño que reproduzca el sonido onomatopéyico</p> <p>Posteriormente se escuchará el casete o CD de sonidos por lapsos de 20 segundos en los cuales el niño deberá decir que sonidos escuchó y seleccionar las tarjetas de los animales que oyó además de que discrimine en que lugar se escuchan estos animales o sonidos; otra cosa que debe identificar es si fue cerca o lejos el sonido.</p> <p>Se le pedirá discriminar auditivamente un determinado sonido y después se le pedirá al niño que lo reproduzca con el sonido de su boca, para que se le haga más amena la actividad se le proporcionará un pandero para que haga el ritmo que escuchó. De igual manera se le pedirá con los fonemas vocálicos y consonánticos.</p>
5	<p>Espejos e ilustraciones de los diferentes campos semánticos que contenga "s"</p>	<p>Corregir la articulación del fonema "s" y vocal "i" principalmente</p>	<p>Se le pedirá al niño que junte los dientes y que lleve la punta de la lengua a los alvéolos dentales para que después saque el aire por la boca.</p> <p>Con las ilustraciones se producirá la onomatopeya de la serpiente y posteriormente se le agregará cada vocal para que posteriormente con las demás figuras de los campos semánticos haga el sonido de la "s" con la vocal. Luego el niño se pondrá a repetir cada vocal primero y después la "s" para que después el niño pronuncie las dos juntas esto</p>

	<p>inicial, intermedia y final, un juego electrónico que tenga diferentes melodías</p>		<p>se hará por medio de la música de un juego electrónico.</p> <p>Se le pedirá repetir varias veces el siguiente trabalenguas:  A Cuesta le cuesta  Subir la cuesta,  Y en medio de la cuesta  Va y se acuesta.</p> <p>Cantar la siguiente canción y haciendo los movimientos corporales y sonidos de cómo se lavan los dientes.</p> <p>San Serafín del Monte  San Serfín cordero,  Yo como buen cristiano  Así me lavaré</p> <p>San Serafín del Monte  San Serfín cordero,  Yo como buen cristiano  Así me peinaré  Y se repite la canción con diferentes actividades a realizar.</p> <p>Se jugará a llamar al perrito para que repita varias veces el sonido de la “S”</p>
<p>6</p>	<p>Espejos e ilustraciones de los diferentes campos semánticos que contenga “r” inicial, intermedia y final, carritos.</p>	<p>Corregir la articulación del fonema “r” y vocal “i” principalmente</p>	<p>Se le dirá al niño que vamos a jugar a ser gatos y que vamos a ronronear como lo hacen, para ello se le pedirá que coloque la punta de la lengua en los alvéolos dentales y que comience a sacar el aire por la boca que debe tratar de subir y bajar la lengua en cuanto sale el aire.</p> <p>Con los carritos se jugará a meta el cual consiste en dar tres golpes al carrito por cada jugador y producir el sonido que hacen y continuar jugando diciéndole al niño: ¡ahora que suene el carrito con la vocal X! y así pasar por todas las vocales. De igual manera se le pedirá que las repita varias veces a la inversa; es decir primero cada vocal y luego la r</p>

			<p>juntas.</p> <p>Se le pedirá al niño que pegue cada ilustración correspondiendo a cada campo semántico en su cuaderno de actividades para que distinga cuáles son las ilustraciones que tienen “r” inicial, intermedia y final. Se le pedirá repetir varias veces el siguiente trabalenguas: Col, caracol y ajo Ajo, caracol y col, Col, caracol y ajo Ajo, caracol y col,</p>
7	<p>Espejos e ilustraciones de los diferentes campos semánticos que contengan “n” inicial, intermedia y final y un juego electrónico que tenga diferentes melodías</p>	<p>Corregir la articulación del fonema “n” y vocal “i” principalmente</p>	<p>Se le pedirá al niño que pegue cada ilustración correspondiendo a cada campo semántico en su cuaderno de actividades para que distinga cuáles son las ilustraciones que tienen “n” inicial, intermedia y final.</p> <p>Se le pedirá al niño que haga caras de que está enfermo y que jadee de manera que se escuche la “n” se le pedirá que pronuncie varias veces la “n” con las vocales al ritmo de una melodía del juego electrónico.</p> <p>Se jugará a hacer sonidos onomatopéyicos de animales de la granja el cual pondremos énfasis en el puerquito para que junte las dos vocales con la “n” para que suene “oing”.</p>
8	<p>Espejos casete, grabadora, las ilustraciones anteriormente usadas que contengan los anteriores fonemas.</p>	<p>Corregir la sustitución de los fonemas anteriores para articularlos adecuadamente</p>	<p>Se le pondrá a la grabadora en modo de grabación para que el niño vuelva articular las palabras que corresponde a cada dibujo, por cada palabra que repita mal el aplicador volverá a repetir la palabra mal articulada adecuadamente; posteriormente se le pondrá la grabación para que el niño se escuche y discrimine que fonema está mal articulado. Para que los corrija lo mejor posible.</p>

<h1>9</h1>	<p>8 imágenes del caperucita roja tamaño carta. Y</p> <p>4 imágenes del cuento el patito feo tamaño carta.</p>	<p>Ejercitar o desarrollar la expresión oral la comprensión y la memoria.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se le presentará y se le contará al niño el cuento de la caperucita roja; la cual se relata en secuencia de 8 imágenes diferentes, posteriormente se le pedirá al niño que vuelva a relatar el cuento a su manera pero respetando la secuencia de las 8 imágenes.</li> <li>2. En esta actividad sólo se le mostrarán las 4 imágenes al niño y se le pedirá que ponga en orden la secuencia del cuento y conforme está poniendo el orden de las imágenes también se le pedirá que cuente con sus propias palabras la historia del cuento.</li> </ol>
<h1>10</h1>	<p>Imágenes de las diferentes partes del cuerpo.</p>	<p>Estimular la expresión oral y la conversación</p>	<p>Se le presentará al niño recortes de láminas con diferentes partes del cuerpo, las cuales están incompletas y además se le pedirá al niño que mencione las partes que faltan de cada imagen y por qué es importante cada una de ellas; por ejemplo, ¿Qué le hace falta?... y ¿para qué nos sirven?</p>
<h1>11</h1>	<p>Para la primera actividad ningún material y para el segundo imágenes diferentes de: 6 perros, 6 coches, 6 flores y 6 frutas.</p>	<p>Ejercitar el lenguaje por medio de la conversación y la comprensión a preguntas e inducir el concepto de generalización.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se le preguntará al niño...¿Dime todo lo que se necesita para hacer una fiesta y el niño tendrá que responderla pregunta</li> <li>2. Se le mostrarán al niño 4 láminas de diferentes campos con 6 tarjetas; las cuales cada imagen tienen características similares y otros no al igual que el nombre de algunos casos son diferentes como es el de las frutas y se le pedirá al niño que describa las similitudes de estas imágenes y las características que no tienen; en caso de que el niño no comprenda lo que se le pide, se le dará un ejemplo de la primera lámina con sus 6 diferentes tarjetas.</li> </ol>

<h1>12</h1>	<p>Para esta primera actividad 5 imágenes sucesivas</p> <p>Para la segunda actividad 5 pares de imágenes con los mismos dibujos pero en diferentes posiciones</p>	<p>Mejorar la construcción de frases, comprensión y la respuesta a preguntas.</p>	<p>1. Se le presentará al niño imágenes sucesivas que vayan integrando una frase cada vez más compleja; por ejemplo, se le harán preguntas de: ¿Quién es?, ¿Cómo es?, ¿Qué hace?, ¿En dónde? Y ¿Cómo está el día?</p> <p>Una vez integrada la frase completa se utilizará la última imagen para cambiar el orden de la misma, entonces se le irá señalando en forma progresiva los diferentes elementos del dibujo.</p> <p>2. Se le presentarán una serie de dibujos en los cuales serán los mismos pero en diferentes posiciones, entonces le pediremos que entregue la imagen que se le solicita; luego el niño debe solicitar la imagen que desea que se le entregue.</p>
<h1>13</h1>	<p>6 títeres de animales que son: gato, vaca y gallo, león, cebra y tigre.</p>	<p>Estimular el lenguaje oral con la conversación y la construcción de un cuento.</p>	<p>Se le proporcionará al niño el títere que más le guste de los domésticos, entonces se le dirá...Vamos a hacer una historia con los títeres. Para iniciar el cuento se le propondrá comenzar con el títere que eligió primero diciendo: Un día muy caluroso el... y cuando se agote se le estimulará al niño con preguntas de: ¿y qué pasó después? O se le proporcionará alguna guía como: ¿Qué te parece si después...?</p> <p>En la siguiente sesión se realizará la misma actividad pero sólo con los animales de la selva.</p>
<h1>14</h1>	<p>Juego de lotería de animales de la granja y frijoles</p>	<p>Ejercitar la asociación de palabras, memoria y percepción.</p>	<p>Se le presentarán las imágenes de los animales que van a participar en el juego en el cual el niño tiene que mencionarlos, en caso de que no se sepa alguno se le dirá el nombre de ese animal y se le pedirá que lo vuelva a mencionar; entonces se le dará un cartoncillo con 8 imágenes y se le dará 4el juego de cartas para que el niño comience a mencionar el animal que está en cada tarjeta y se le pedirá que marque el animal que haya salido en la carta con un fríjol en su cartoncillo</p>

15	Juego de imágenes de diferentes campos semánticos	Incitar la asociación del lenguaje oral con el significado y la memoria por medio de la imitación.	Se le presentarán tarjetas de una serie de cada campo semántico y se le pondrá en un orden al igual que se le mencionará el orden en el que se colocarán; posteriormente se le pedirá al niño que repita lo que pronuncie y coloque las tarjetas en el orden que se le mostró.
16	Hojas con imágenes diferentes en las cuales las terminaciones de sus nombres sean similares.	Estimular la discriminación auditiva y la conciencia del uso del lenguaje oral.	Se le presentará al niño una serie de imágenes en una hoja, las cuales tendrán terminaciones iguales en sus nombres y se le pedirá que pronuncie cada una de ellas para que una con una línea las imágenes que corresponden a la terminación igual en su pronunciación; por ejemplo, algunas imágenes que tiene que unir son: <u>Gato</u> con <u>Pato</u> <u>Niña</u> con <u>Piña</u> <u>Taza</u> con <u>Casa</u> <u>Ratón</u> con <u>Corazón</u>