



UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL

PROGRAMA EDUCATIVO EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

UNIDAD AJUSCO

TESIS:

**“ INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN
NIÑOS(AS) CON LABIO PALADAR HENDIDO”**

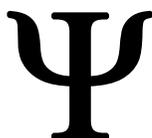
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

PRESENTAN:

**VIANEY SUSANA CASTAÑEDA GARCÍA
IVONNE AURORA HERNÁNDEZ OLGUÍN**

ASESORA:

CELIA MARÍA DEL PILAR ARAMBURU CEÑAL



AGOSTO 2009.

AGRADECIMIENTOS

Vianey

A DIOS por su sabiduría e inteligencia
Que me brindo para terminar la
Carrera.

A mi MAMA por sus desvelos, su amor,
comprensión y apoyo que siempre he
recibido,

Gracias esto es para tí.

A mi PAPA que se que desde el cielo
me ha mandado sus bendiciones y me
cuidado.

A mi ESPOSO, por su amor y optimismo
que siempre me ha dado y el empuje que
me brindo para terminar mis estudios.

Gracias por ser mi apoyo. Te amo

A mis HIJOS, por darme día a día sus
sonrisas para seguir adelante, y nunca
desfallecer por ustedes llego a la meta,
para que nunca les falte nada, porque son
mi razón de ser.

A tí BOMBON por tenerme paciencia
y ayudarme a concluir esta tesis.

Gracias por tu amistad. Lo logramos
amiga.

A mis PROFESORES y
ASESORA

por su apoyo y guía, para concluir
mi carrera. Gracias por sus consejos.

Ivonne

A Dios

Gracias por darme la vida y a pesar de tanta adversidad
darme la fuerza necesaria para salir adelante y lograr

A mis padres

Gracias por darme la vida, por el apoyo
y amor incondicional. Así como la fuerza
que siempre ha representado en mi vida,
son y serán mi razón de seguir adelante.

A mis hermanos

Gracias por todo el apoyo incondicional
que siempre me han dado, por creer en mí y
seguir de cerca este objetivo, siempre

A mi pequeña Ingrid

Gracias hermosa por toda tu ayuda, amor,
paciencia y cariño incondicional que son
inigualables. Tú me has enseñado a ser feliz,

A tí

Que eres una pieza fundamental en mi vida,
gracias por creer en mí, por alentarme todos
los días para perseguir esta meta hasta

Celia

Gracias por asesorar esta tesis y tomar el
reto
como tuyo, en el que paso a paso aprendimos
juntas. Por el apoyo, cariño y aprendizaje
brindado a lo largo de este camino, sin tí
estoy segura que esto no hubiera sido lo

A Vianey
Por emprender este camino y culminarlo
junto a mí. Por tu amistad,
cariño y apoyo en cada paso de mi vida.

ÍNDICE

	PÁGS.
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
OBJETIVOS	6
JUSTIFICACIÓN	7
CAPITULO 1	
<u>NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES EN LABIO PALADAR HENDIDO</u>	
1.1 Definición Paladar Hendido	8
1.2 Dificultades del lenguaje en niños(as) con LPH	13
1.3 Necesidad Educativa Especial	21
1.4 Trastornos del habla asociado a necesidades educativas especiales y dificultades de aprendizaje en LPH	27
CAPITULO 2	
<u>LENGUAJE</u>	
2.1 Desarrollo y adquisición del lenguaje	31
CAPITULO 3	
<u>ASPECTOS PSICOSOCIALES</u>	
3.1 Entorno familiar	38
3.2 Entorno escolar	42
3.3 Entorno del individuo	46
3.4 Autoestima	50
3.5 Autoestima en la escuela	58
CAPITULO 4	

<u>EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA</u>	61
CAPITULO 5	
<u>MÉTODO</u>	
5.1 Objetivos	67
5.2 Sujetos	67
5.3 Escenario	67
5.4 Instrumentos	68
5.5 Procedimiento	73
CAPITULO 6	
<u>RESULTADOS</u>	
6.1 Evaluación inicial	75
6.2 Diseño y aplicación del programa	106
6.3 Evaluación final	125
CAPITULO 7	
<u>CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</u>	130
REFERENCIAS	140
ANEXOS	145

RESUMEN

Los niños(as) con Labio Paladar Hendido se enfrentan a dificultades en la lecto-escritura, en el lenguaje y por ende puede verse afectada su autoestima, por lo que pueden o no presentar NEE a lo largo de su desarrollo escolar, las cuales son relativas ya que surgen de la dinámica establecida entre las características personales y los estímulos recibidos de su entorno, por lo que es necesario que reciban apoyos médicos, psicoeducativos y logopédicos continuamente.

La presente investigación aborda la enseñanza-aprendizaje en dos niños de 6 años con LPH, la cual se realizó en el Hospital Pediátrico de Tacubaya, aplicando una evaluación inicial que permita identificar las dificultades de cada uno, posteriormente se diseñó y se aplicó un programa de intervención relacionado con las dificultades de cada menor, el cual se basó en las actividades sugeridas en el programa de 1er. año de primaria de la SEP en la materia de español, finalizando con una evaluación que midió el impacto que tuvo el programa en ambos menores; concluyendo así que los niños con LPH no presentan dificultad alguna en el aprendizaje a pesar de omitir algunos fonemas en la expresión oral, lo cual no repercute en su escritura, mejorando su lenguaje oral notablemente viéndose reflejado en la fluidez de sus conversaciones. Estos niños seguirán presentando NE, sin embargo pueden ser integrados satisfactoriamente en escuelas regulares prestándoles apoyo psicoeducativo. En relación a su autoestima pueden o no presentar problemas sin ser necesariamente significativas, las cuales dependerán del apoyo y orientación del grupo familiar y educativo.

INTRODUCCION

El lenguaje surge principalmente por imitación en la que intervienen no sólo factores audio-motores sino igualmente óptico-motores a través de los cuales se va estructurando el lenguaje infantil. Este proceso no abarca sólo la articulación como imitación de movimientos y sonidos, sino la comprensión de lo escuchado y expresado (Pascual, 1998, p. 13).

Uno de cada 750 niños(as) nacidos vivos padecen de Labio y paladar hendido, esta patología como podemos ver no es muy frecuente en los nacimientos pero los(as) niños(as) que se enfrentan a este padecimiento tienen severos problemas en la lecto-escritura, lenguaje y por ende se puede ver afectada su autoestima.

Se hablará de una descripción anatómica, así como los diversos factores que conllevan a la malformación, y de los apoyos multidisciplinarios que necesita para una mejor calidad de vida del(la) niño(a). Tomando en cuenta que tendrán una dificultad en el lenguaje el cual puede desencadenar una NEE dentro de su desarrollo académico y buscar la forma en que se le pueda ayudar.

Se presentará un capítulo sobre el lenguaje, su desarrollo, la adquisición, y las dificultades que se presentan durante este proceso mostrando las diferencias que hay entre un desarrollo "normal" y el de un(a) niño(a) con Labio y paladar hendido, sin dejar de lado una descripción de las dislalias orgánicas, sus diferentes tipos, factores directos e indirectos.

Se enfatizará en los aspectos psicosociales que involucran al niño(a) en su entorno familiar, escolar y más específico en su autoconcepto y autoestima el cual

le ayudará a salir adelante en los diversos procesos que pasará desde la intervención quirúrgica, la estimulación temprana y llegando a su incorporación a la escuela en donde tendrá que enfrentarse a diversas necesidades y dificultades de aprendizaje.

Una vez integrada la información se trabajará con dos niños(as) que tienen LPH, a los cuales se les realizará diversas pruebas, así como una evaluación psicoeducativa, la cual nos ayudará a diseñar los apoyos requeridos y vincular el tratamiento terapéutico con el aula y dar consistencia a los procesos de integración al mejorar su rendimiento y aprovechamiento en la lectura y en el desarrollo del lenguaje. Así mismo se diseñará una intervención psicoeducativa la cual ayudará a tener una mejor pronunciación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El lenguaje oral del(la) niño(a) en educación primaria con LPH está en proceso de desarrollo, presenta ritmos muy distintos al del(la) niño(a) con un desarrollo típico. En el área de lenguaje y precisamente en la lecto-escritura: se pretende identificar y detallar aquellas capacidades lingüísticas que puedan ser de apoyo para mejorar el proceso de desarrollo tanto del lenguaje oral como escrito.

Esta investigación reconoce, igual que Monfort, que no se debe olvidar que una dificultad en el lenguaje oral modifica sustancialmente la interacción entre el(la) niño(a) y su entorno y puede provocar dificultades en sus actividades o en su forma de expresarse (Monfort, 1995).

Además de lo anterior, los(as) niños(as) con LPH pueden presentar dislalia orgánica también conocida como disglosia labial, que son trastornos en las articulaciones por alteraciones orgánicas. Cuando dicha alteración afecta a los órganos del habla por anomalías o malformaciones de los mismos, se tiende a llamarlas disglosias palatales o labiales (Pascual, 1998).

En las disglosias palatales se encuentran malformaciones orgánicas en el paladar óseo y del velo paladar, los fonemas en los que presentan problemas los(as) niños(as) son /p/, /b/, /t/, /k/, /d/, /g/, /s/, /x/, /q/ en ocasiones en la /f/ y /r/. Las disglosias labiales son malformaciones congénitas del labio superior (Labio Leporino), los fonemas en los que presentan problemas son /p/, /b/ y /m/ (Centro de Intervención a la Diversidad Educativa, 2009).

Debido a que los(as) dos niños(as) tienen problemas en la articulación de dichos fonemas asisten regularmente a terapia de lenguaje para ir ejercitándolos. Necesitan de apoyos educativos y familiares y según la nueva propuesta de

atención, asociadas a discapacidad y a la diversidad, presentan necesidades educativas especiales, ya que tienen un ritmo para aprender muy distinto al de sus compañeros y los recursos disponibles en la escuela deberán rediseñarse para apoyarlos en la adquisición de los contenidos establecidos en los planes y programas de estudio.

Sus necesidades educativas especiales son relativas porque surgen de la dinámica establecida entre las características personales y la respuesta que reciben de su entorno educativo, por esta razón, cualquier niño(a) puede llegar a tener necesidades educativas especiales, y no sólo el(la) niño(a) con discapacidad. Hay niños(a) con NEE que asisten a clases regulares y tienen problemas para aprender, por lo tanto se requiere de apoyos y ayudas psicoeducativas continuas (SEP, 2009).

Con lo anterior surge el interés por estos pequeños que requieren atención educativa integral por parte de las escuelas regulares: el propósito es elaborar una serie de apoyos psicoeducativos para incorporar a estos(as) niños(as) con ayuda del psicólogo, a través de una propuesta de intervención psicopedagógica en donde haya un vínculo más estrecho entre lo realizado por el apoyo terapéutico y el apoyo educativo. Suponemos que si el trabajo se realiza en paralelo hay grandes posibilidades de que la integración educativa sea exitosa y el apoyo no sea sólo intermitente y sin consistencia. Insistimos en que ambos apoyos se entrelacen y haya una relación de retroalimentación.

Por lo anterior, el propósito es disminuir la problemática educativa de dos niños(as) que tienen LPH y desarrollar a través de una propuesta de integración, la identificación de la modalidad educativa más adecuada para potenciar el desarrollo y aprendizaje de ambos escolares y qué recursos adicionales son precisos para consolidar una integración en donde:

- Las dificultades sean sólo indicadores a considerar para evaluar sus necesidades educativas especiales asociadas a LPH.
- El desarrollo psicoeducativo de los(as) niños(as) sea apoyado integralmente en una escuela regular y con un trabajo de sensibilización a los padres y madres. La atención educativa ya no sea aislada, se insiste en la necesidad de consolidar un conjunto de ejercicios para los estudiantes con NEE.

OBJETIVOS

- Identificar dificultades en el lenguaje en niños(as) con LPH.
- Diseñar una propuesta de intervención en donde se detallen los apoyos y ayudas psicoeducativas en niños(as) con LPH.
- Evaluar el impacto de la propuesta.

JUSTIFICACIÓN

Se abordó este tema por la dificultad que han tenido los padres y las madres de familia para integrar a sus hijos(as) en escuelas “regulares” , debido a su problema de lenguaje y que han sido rechazados e incluso canalizados a diversas instituciones de sordomudos, siendo que éstos(as) niños(as) no tienen problema de sordera o mudez, simple y sencillamente son pequeños que tienen dificultad de lenguaje que con una atención educativa integral las condiciones de integración pueden ser consistentes y favorecer el desarrollo y aprendizaje de éstos(as) niños(as).

La anterior consideración se enmarca en El Programa Nacional de Fortalecimiento a la Educación Especial y la Integración Educativa (2002) donde la formación a los(as) profesores(as), la integración de los niños(as) a las escuelas regulares incluye la adaptación de los espacios escolares para facilitar la movilidad de los estudiantes en los planteles, la producción de materiales didácticos y el apoyo psicoeducativo a los(as) alumnos(as) que lo requieran (SEP, 2009).

Por tal motivo, es de gran interés abordar este tema, ya que se propone una interrelación entre padres, madres de familia y los(as) docentes para que los(as) niños(as) con LPH no tengan que ser excluidos de las escuelas regulares y así formar un puente con el terapeuta y psicólogo educativo lo cual ayude a conocer de forma directa la necesidad educativa dentro del aula y apoyar para un mejor rendimiento escolar dentro de la escuela.

Docentes, padres, madres, psicólogo, terapeuta de lenguaje y escolar son los actores de esta propuesta de intervención que enfatiza la identificación y el apoyo para diseñar las modificaciones necesarias para potenciar el desarrollo personal, social y educativo del alumno(a): se diseñó una propuesta psicoeducativa que apoye a estos(as) niños(as) con NEE, para mejorar las condiciones de integración y que impacte positivamente no solo en el aula, sino también en su autoestima.

CAPITULO 1: NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES EN LABIO PALADAR HENDIDO

1.1. DEFINICIÓN DE LABIO PALADAR HENDIDO

El paladar hendido es una fisura congénita en la línea media del paladar, que puede extenderse a lo largo de este, o afectar únicamente a la úvula y/o al paladar blando en diversos grados (Cristal, 1993, p. 237).

Labio hendido es el nombre que se da a la condición asociada, a la cual el labio superior está dividido, pudiendo darse en diversos grados - que van desde una ligera forma de "v" hasta una división completa, incluyendo con frecuencia la totalidad de los alvéolos -, desde un punto de vista embriológico, ambas deformaciones son parte del mismo proceso básico de desarrollo. Durante el segundo mes de vida intrauterina comienza el desarrollo de los procesos anatómicos que en última instancia formarán la estructura de la parte inferior del rostro. En primer lugar, las mandíbulas se juntan y fusionan para dar lugar a la base del maxilar y del labio inferior; entonces aparece la distinción entre prolongaciones nasales media y lateral. Como lo ilustra la siguiente figura

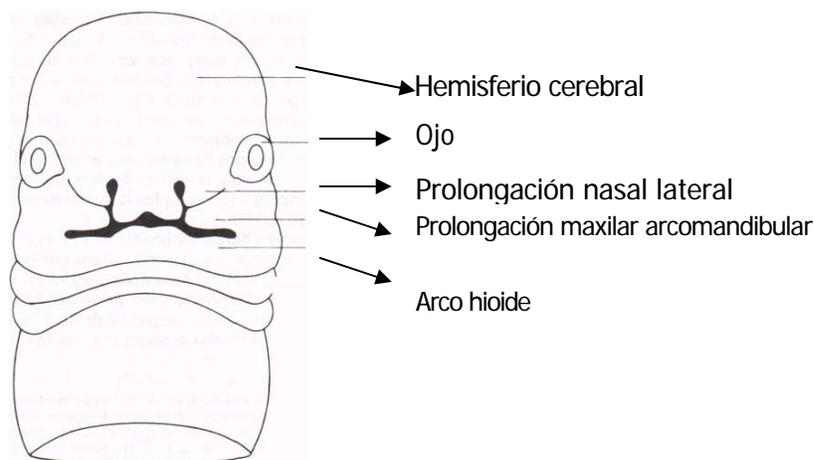


Figura 1. Cabeza de un embrión humano (c. 7 semanas) que muestra el desarrollo nasal y las prolongaciones maxilares. (Cristal, 1993, p. 237).

Estas fisuras palatinas son anomalías congénitas, los bebés que nacen con ella deben ser sometidos a diversas cirugías, la edad recomendada para la primera es a partir de los tres meses y antes de los dieciocho meses, claro esto es dependiendo de la salud del bebé.

Las causas del LPH pueden ser de tipo *endógeno*, o sea, por herencia y del desarrollo embrionario, también pueden ser de tipo *exógeno* esto es cuando el feto ha sido afectado por alcoholismo, radiaciones o virus, etc. Su tratamiento puede ser dividido en cuatro partes: (Cristal, 1993, p. 238).

- Intervención quirúrgica
- Tratamiento foniatrico
- Tratamientos ortopédico ortodoncico
- Tratamiento logopédico

Es necesario recordar la constelación de factores que hay que tener en cuenta cuando se practica una intervención quirúrgica para corregir este defecto: La persona necesita un paladar completo para comer, para hablar satisfactoriamente y también para presentarse ante los demás. El cirujano debe decidir cuando ha de intervenir teniendo en cuenta la interrelación de estas variables. Si dejan la operación hasta después del primer año, poco a poco se hará más difícil corregir los patrones imperfectos de articulación que se habrán ido instalando; si interviene en los primeros meses, deberá estar seguro de permitir el crecimiento natural de las prolongaciones faciales que todavía tienen que ocurrir, de tal modo que su corrección quirúrgica no interfiera con ello (Cristal, 1993).

Todos los cirujanos concuerdan que la reeducación logopédica de los fisurados palatinos es esencial estén operados o no, usen o no prótesis ya que la propuesta es una atención integral.

El fin primordial del tratamiento es facilitar la recuperación de la palabra normal, ésta se obtienen a veces con la cirugía si se ha operado antes de los dos años, con éxito. Sino ocurre así, es necesario empezar la reeducación logopédica a los tres y medio a cuatro años, corrigiendo otros trastornos añadidos como es la respiración incorrecta, funcionamiento anormal de los músculos fonadores y audición insuficiente (Centro Dupage Hospital, 2009).

La mayoría de los aspectos de articulación tienden a estar afectados en algún grado, la razón estriba en el hecho de que lleva tiempo desarrollar los patrones correctos de flujo de aire y coordinación muscular que se requieren para un habla conectada armoniosamente. Si durante varios meses se respira simultáneamente por la nariz y la boca, y después de ser operados se encuentran con las funciones oral y nasal por separado, el cambio de conducta no va a tener lugar rápidamente. Habrá un control irregular del paladar blando, y la nasalización afectará a muchas consonantes y vocales. Al perder el aire que necesitamos para las articulaciones de las consonantes a través de la nariz, muchos sonidos se pronuncian defectuosamente.

Si la operación se ha dejado hasta después en los dos primeros años, puede haberse instalado un conjunto de contrastes idiosincráticos, es decir, en lugar de pin y bien el paciente ha aprendido a decir in, desprender estas sustituciones puede ser bastante complicado, incluso pasado el tiempo. La voz se hace nasal y puede incluirse en escalas que vayan de media a severa, puede haber trastornos asociados de fonación una voz ronca, o débilmente entonada debido a la creciente incidencia de infecciones de las vías respiratorias superiores en estos(as) niños (as) (Cristal, 1993).

La cantidad de habla que oye el niño de paladar hendido puede ser también menor de lo normal: si se está siendo alimentado durante 6 u 8 horas al día, en los primeros meses de la vida hay pocas oportunidades para manifestar, escuchar o practicar el balbuceo (Cristal, 1993).

A continuación se ilustra y se describe cada una de las fisuras que pueden presentar los(as) niños(as) con LPH.

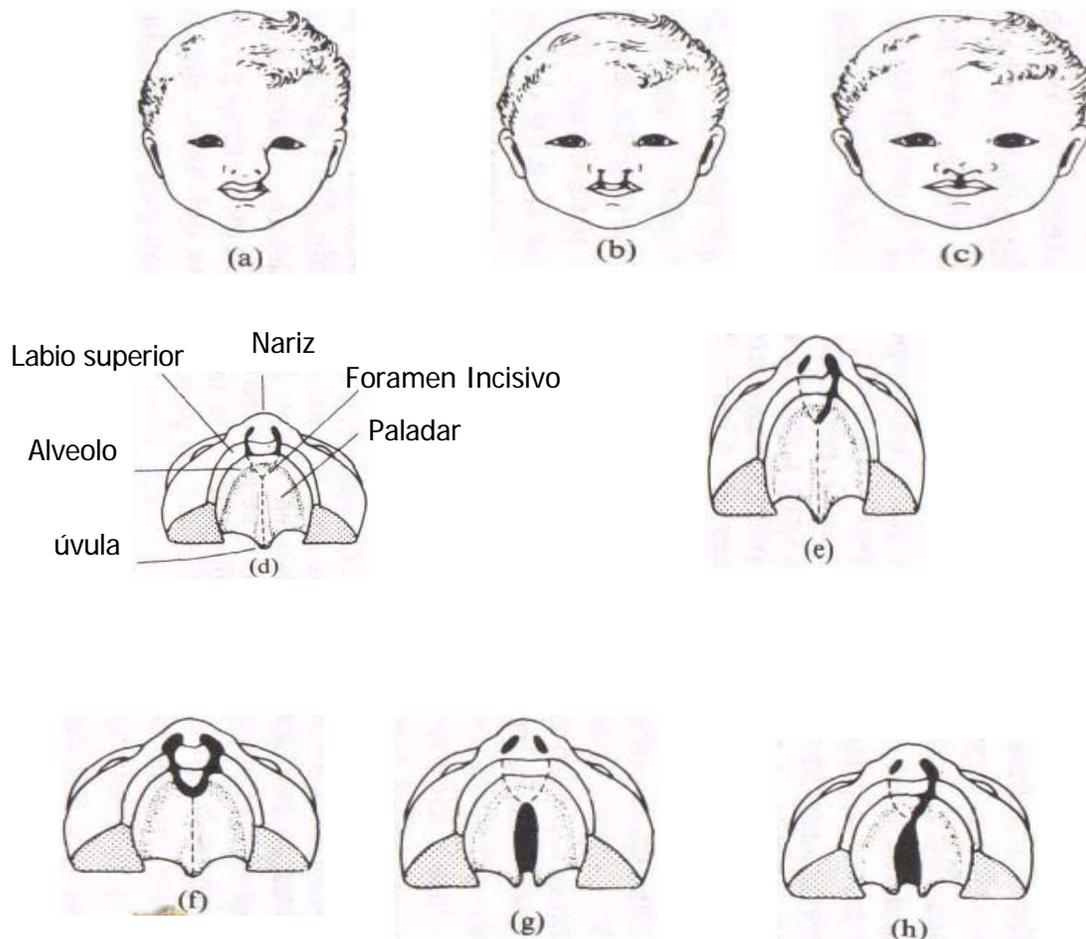


Figura 2. (a) Labio hendido unilateral; (b) labio hendido bilateral; (c) labio hendido medio; (d) labio hendido bilateral, vista basal; (e) hendidura unilateral que afecta al labio y al alveolo; (f) hendidura bilateral que afecta al labio y al alveolo; (g) hendidura completa del paladar secundario; (h) hendidura completa —unilateral— de los paladares primario y secundario. (Cristal, 1993, p. 240).

Lo antes mencionado es para dar a conocer las características y dificultades que presentan los(as) niños(as) con LPH, así como las dificultades que presentan desde su nacimiento hasta la adquisición y evolución del lenguaje: es necesario que tengan una pronta atención médica, logopédica y psicológica para una mejor integración escolar, a escuelas regulares desde el Jardín de Niños.

Es importante mencionar que cada niño(a) con LPH presenta diferentes características y dificultades lo cual hace que su atención médica, logopédica y psicológica sea similar pero nunca igual. Todo lo anterior nos permite decir que el LPH es una problemática médica que requiere ser identificada, toda vez que es una fusión congénita que influirá en el origen y desarrollo evolutivo del(la) niño(a): los problemas educativos que enfrentan estos(as) niños(as) pueden estar acompañados por aspectos fisiológicos que deben ser detallados e identificados.

A continuación presentamos las dificultades de lenguaje que tienen estos(as) niños(as), para que sirva como marco de referencia al trabajo de intervención.

1.2. DIFICULTADES DEL LENGUAJE EN NIÑOS(AS) CON LPH

Las dificultades que afectan a los(as) niños(as) con LPH en la emisión o reproducción del lenguaje oral se denominan LALOPATIAS, dentro del campo son muy amplias y variadas las alteraciones que se dan, sus precedentes pueden ser de orígenes diversos y de distintos grados de severidad, incluyendo la pérdida auditiva, trastornos neurológicos, lesión cerebral, retraso mental, abuso de drogas, impedimento como labio leporino y abuso o mal uso vocal, sin embargo con mucha frecuencia se desconoce la causa (Cristal, 1993).

Los atrasos varían desde simples sustituciones de sonidos hasta la inhabilidad de comprender o utilizar el lenguaje o mecanismo motor oral para el habla y alimentación. Se estima que los trastornos de la comunicación afectan a uno de cada diez personas (Serón, 1992).

Por lo cual se mencionan las dificultades que existen en el habla y que pueden estar presentes en sujetos con LPH: (Serón, 1992, p. 281).

a) Disartrias.- Son alteraciones del sistema nervioso, su origen puede ser variado desde el nacimiento o como consecuencia de enfermedad o accidente posterior que desencadenan la lesión cerebral.

b) Disfonías.- Son alteraciones funcionales, orgánicas y psíquicas de la voz, se clasifica en dos categorías:

- Hipotónicas.- Se manifiestan cuando las cuerdas vocales no llegan a producir una oclusión completa de la glotis, hay un pequeño escape de aire.
- Hipertónica.- Se produce cuando hay una excesiva tensión en los músculos vocales durante la fonación como consecuencia las cuerdas se debilitan. La causa pueden ser por ámbito familiar en donde hay gritos excesivos.

c) Disfemias (Tartamudez).- Alteraciones en la fluidez y ritmo en la emisión del lenguaje, ocasiona repeticiones de sílabas o palabras o paros espasmódicos que interrumpen la fluidez verbal. La tartamudez en la mayoría de los casos comienza antes de los siete años, es un desorden sus repeticiones y prolongaciones de sonidos se ven a veces asociadas a manifestaciones de tensión muscular: movimientos de manos, cierre de ojos, gesticulación facial y movimientos corporales.

d) Dislalias.- Utilización defectuosa o viciosa de los órganos de articulación de fonemas, puede darse por ausencia o alteración de algunos de ellos, o por sustitución por otros de fonema inadecuado. Sus causas son de origen diverso, pueden clasificarse en cuatro tipos: (Serón, 1992:285-290).

- Dislalia evolutiva.- Son anomalías articulatorias que se manifiestan en edades tempranas, propias del desarrollo evolutivo del(la) niño(a), en la que no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha, a causa de ello repite las palabras de forma incorrecta. Estas dificultades se van superando y sólo si persisten más allá de los cuatro o cinco años se pueden considerar como patológicas.
- Dislalia Funcional.- Es un defecto del desarrollo de la articulación del lenguaje, por una función anómala de los órganos periféricos. La dislalia funcional puede darse en cualquier fonema pero lo más frecuente es la sustitución, omisión o deformación de la /r/ rotacismo, /l/ lambdacismo, /s/ sigmatismo, /c/, /g/, /k/ y /q/ gammacismo, /m/ mitacismo, /n/, /ñ/ rinoartria. El(la) niño(a) en algunos casos sabe que articula mal y el o ella quisiera corregirse y trata de imitarnos, pero sus órganos no obedecen con la facilidad que él o ella desea, y no encuentran el movimiento concreto que debe ser realizado para pronunciar un sonido correcto. Es importante mencionar que nunca es producida por una lesión del Sistema Nervioso

Central (SNC), la cual ocasionaría otra serie de trastornos, sino que estará motivada por una inmadurez del sujeto que impide un funcionamiento adecuado de los órganos que intervienen en la articulación del lenguaje.

- Dislalia audiógena.- Un elemento fundamental en la elaboración del lenguaje es la percepción auditiva, el(la) niño(a) que no oye nada, no hablará nada espontáneamente, y el(la) niño(a) que oye incorrectamente, hablará con defectos. Las alteraciones que presente en el habla el(la) niño(a) hipoacúsico(a) dependerán de la intensidad de la pérdida de oído que tenga y de la capacidad del(la) niño(a) para compensarla.
- Dislalia orgánica.- Son aquellos trastornos de la articulación que están motivados por alteraciones orgánicas. Cuando la alteración afecta a los órganos del habla, bien por anomalías anatómicas o malformaciones se denominan Disglosias.

e) Disglosias.- La disglosia es una dislalia, con clara causa orgánica que intervienen en la articulación provocada por alteraciones en los órganos periféricos del habla y de origen no neurológico central. Teniendo 6 diferentes clasificaciones, que en el siguiente apartado mencionaremos, ya que esta dislalia o disglosia es la que presentan principalmente los(as) niños(as) con LPH.

Las disglosias son partes de las dislalias con causa orgánica provocada por alteraciones en los órganos periféricos del habla y su origen no es neurológico. La división de las diferentes disglosias depende del órgano afectado del habla las cuales son:

- a. Labiales
- b. Palatinas
- c. Mandibulares
- d. Linguales
- e. Nasales
- f. Dentales

De todas ellas se da una breve explicación para dar a conocer las características que se encuentran en cada tipo de disglosia, haciendo mayor énfasis en las labiales y palatinas (Serón, 1992, pp. 290-294 y Gallardo, 1995, p. 223 –225):

a) Disglosia Labiales.- Son alteraciones de forma, fuerza, consistencia o movilidad labial, provocan trastornos de la articulación, estas alteraciones pueden ser: Labio Leporino, que como sabemos es una malformación congénita que puede ser desde una leve hendidura hasta una hendidura total, también sabemos que existen intervenciones quirúrgicas para obtener un labio superior normal.

Otra de las alteraciones puede ser labio medio o central, esta malformación es rara y se produce cuando falta la unión entre las dos partes nasales internas, también existen intervenciones quirúrgicas.

Frenillo Labial superior impide la movilidad del labio superior, aquí también es necesaria una intervención quirúrgica pero es necesario un entrenamiento logopédico. Macrostomía es un alargamiento de la hendidura bucal que puede ir asociada a malformaciones de la oreja, el tratamiento es quirúrgico y ha de hacerse antes de empezar a hablar. Heridas Labiales pueden ser producidas por accidentes o traumatismo, los cuales pueden causar problemas si son antes del desarrollo del lenguaje y si son después obviamente cambiará la buena articulación del lenguaje.

b) Disglosia Palatina.- Es un trastorno por alteraciones orgánicas del paladar óseo y del velo del paladar y puede ser por: 1) Fisura palatina, es decir malformaciones en donde las dos mitades del paladar no se unen en su parte media, 2) Paladar corto, presenta disfonía y rinolalias, 3) Paladar ojival, esto se presenta por herencia afecta normalmente a los fonemas /t/, /d/, /l/, 4) Perforaciones palatinas, pueden causar rinolalias, 5) Malformaciones de la úvula (campanilla). Los niños con fisura palatina no sólo van a tener problema con la articulación sino también

con la voz, en la respiración y en la funcionalidad de los músculos fonadores, sin olvidar los trastornos auditivos (Serón, 1992).

c) Disglosia Mandibular.- Son trastornos de articulación de los fonemas por malformaciones del maxilar o de mandíbula, estos individuos necesitan reconstrucción plástica y después rehabilitación logopédica. Otra malformación es la atresia muscular vulgarmente llamados cara de pajarito, esto es empequeñecimiento de la mandíbula. Otra malformación es la progenie esto es mandíbula inferior muy prominente y por ultimo anomalías dentarias que son incorrectas posiciones dentarias por lo que deben asistir al ortodoncista (Serón, 1992).

d) Disglosia lingual.- La lengua es el órgano más importante en el proceso de la articulación, las dificultades que pueden tener en sus movimientos pueden ser debidos a: 1) Frenillo lingual, en este trastorno la lengua está unida en la base de su parte anterior por una pequeña membrana, es congénito y sólo afecta al fonema /r/, se aconseja intervención logopédica sin necesidad de cirugía. 2) Parálisis lingual, este trastorno es por daños neuronales o por lesiones directas en la lengua. 3) Glosectomía, se da por perdida de una sustancia por mordeduras, quemaduras, amputaciones, etc. 4) Macroglosia, el tamaño de la lengua es exagerada, su tratamiento es con cirugías parciales y por ultimo rehabilitación logopédica (Gallardo, 1995).

e) Disglosias nasales .- Las disglosias nasales pueden ser:

- 1) Rinolalia abierta, es el paso audible del aire a través de la nariz durante el habla, hay que distinguirlo del concepto de *rifonía* que se produce cuando existe resonancia nasal sólo en las vocales.

2) Rinolalia cerrada, se produce una alteración de los fonemas m, n por b, d, aunque algunas vocales también se modifican, las cuales pueden ser ocasionadas por adenoides, pólipos, etc (Serón, 1992).

f) Disglosias dentales.- En este tipo de anomalías la primera intervención es ortodóncica. Aunque a veces no sea ni aconsejable pues el ortodoncista al arreglar una dentadura puede provocar una disglosia protésica, dado que la lengua deberá adaptarse a la nueva cavidad bucal. De ahí que en casos de implantación de ortodoncias conviene una intervención logopédica paralela para que la lengua se habitúe al órgano externo introducido en la boca, aminorando así la probabilidad de aparición de dislalias. Como cuestiones preventivas están: control en el uso del chupete, alimentación controlada, evitar que se chupe el dedo, ejercitar la masticación, limitar la ingestión de dulces, higiene bucal temprana y uso de dentífricos con flúor (Serón, 1992).

A continuación se presenta un cuadro como resumen de las disglosias que anteriormente se detallaron:

TABLA DE DISGLOSIAS

	TIPOS	FACTORES DIRECTOS	FACTORES INDIRECTOS
DISGLOSIAS	LABIALES	Labio leporino Frenillo labial superior Frenillo labial inferior Parálisis facial Macrostomia Heridas labiales Neuralgia del Trigémino	Deficiencia Intelectual
	MANDIBULARES	Resección de Maxilares Atresia Mandibular Disostosis Maxilofacial Progenie	
	DENTALES	Herencia Desequilibrios hormonales Alimentación Ortodoncias Prótesis	Deprivación Sociocultural
	LINGUALES	Anquiloglosia o frenillo corto Glosectomia Macroglosia Malformaciones congénitas Microglosia Parálisis	Hipoacusia
	PALATALES	Fisura palatina Fisura busmucosa del paladar Paladar ojival otras	

(Serón, 1992, p. 295).

A lo largo de este apartado se ha mencionado que los(as) niños(as) con LPH tienen una serie de dificultades de lenguaje, por lo que estos(as) niños(as) pueden ser excluidos(as) de las escuelas regulares siendo que tienen una NEE la cuál haciéndose un trabajo en equipo entre maestro(a), terapeuta de lenguaje,

psicólogo(a) educativo, padres y madres de familia se puede lograr la integración a una escuela regular y que tenga un buen desempeño.

Por lo tanto, la atención educativa debe de contemplar que el sujeto en cuestión requiere de apoyos médicos, psicosociales y educativos para poder integrarse al aula. Se asume que la situación de LPH es una necesidad educativa especial, aspecto que se detallará a continuación.

1.3. NECESIDAD EDUCATIVA ESPECIAL

Muchos(as) niños(as) tropiezan con dificultades de aprendizaje en algún momento de su vida escolar. Si bien tradicionalmente estas dificultades para aprender se consideraban limitaciones o discapacidades del(la) alumno(a), hoy día un planteamiento más positivo reconoce que pueden ser resultado de la interacción de una compleja gama de factores, como la naturaleza del plan de estudios, la organización de la escuela, la capacidad y buena disposición de los(as) maestros(as) para responder a los diversos niveles de comprensión, experiencia y estilos de aprendizaje de sus alumnos (Ainscow, 1995).

El concepto de NEE esta relacionado con las ayudas pedagógicas o servicios educativos que determinados alumnos(as) pueden precisar a lo largo de su escolarización, para el logro máximo crecimiento personal y social. (Bautista, 1993).

Por otro lado la educación especial se concibe como el conjunto de recursos personales y materiales puestos a disposición del sistema educativo para que éste pueda responder adecuadamente a las necesidades que de forma transitoria o permanente pueden presentar algunos de los alumnos. (Bautista, 1993).

El ambiente de la escuela debe ser el de una comunidad en la que se trata por igual a todos los individuos. Los principios de los derechos humanos deben reflejarse en la organización y administración de la vida escolar, en los métodos pedagógicos, en las relaciones entre maestros(as) y alumnos(as) en la contribución de un bienestar de la comunidad (UNESCO, 1969).

El profesorado debe idear estrategias para atender las necesidades especiales de los(as) alumnos(as) de las escuelas regulares ayudándoles a responder positivamente a todos los(as) alumnos(as) que pueden tropezar con

dificultades en la escuela entre ellos los que tienen discapacidades o muchos otros que por diversas razones no progresan satisfactoriamente.

Muchos(as) niños(as) no reciben la educación suficiente y los(as) niños(as) con discapacidad es aún menor la atención: en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1990) se afirma que toda persona tiene derecho a la educación, pero la fría realidad es que la gran mayoría de los(as) niños(as) y jóvenes que padecen discapacidades no reciben una educación adecuada. Así, es necesario introducir cambios tanto en las escuelas especiales como en las regulares, ya que se deben elaborar formas de organización y enseñanza que sirvan para atender a un alumnado diverso (Ainscow, 1995).

Así mismo la UNESCO "Necesidades especiales en el aula", se basa en el criterio de que lo que debe hacerse es reformar las escuelas de modo que puedan responder positivamente a la diversidad del alumnado, y consideren que las diferencias individuales es algo que debe alentarse y celebrarse (Ainscow, 1995).

De acuerdo a esta iniciativa por parte de la UNESCO se identificaron tres prioridades principales para la elaboración de una política de integración educativa: (Bowman, 1986).

1. La enseñanza obligatoria para todos los niños de la población
2. La integración de los alumnos con NEE en las escuelas regulares
3. El mayor nivel de formación del personal docente, como medio de alcanzar las dos primeras prioridades

También hay que prestar asistencia a la difusión de materiales de formación de maestros(as), que pudieran facilitar la introducción de mejoras para atender a las necesidades especiales en las escuelas regulares, teniendo presente los siguientes puntos:

1. Políticas nacionales para la enseñanza de los(as) maestros(as), que sugieran una trayectoria continua y regular desde la fase preprofesional (estudiantes) hasta la fase de formación en ejercicios (maestros(as) en activo).
2. Supervisar la experiencia como elemento principal de los programas de educación de maestros(as).
3. La importancia de tener en cuenta la llamada "población oculta" de alumnos(as) con necesidades especiales. Se trata de niños(as) que no padecen discapacidades importantes, pero que no tienen dificultades en aprender.
4. La necesidad de introducir una mayor flexibilidad en las prácticas de preparación de planes de estudios y métodos de enseñanza en las escuelas regulares, para responder mejor a las necesidades individuales de los alumnos(as).
5. Principios de autoayuda, animando a los(as) maestros(as) a desarrollar técnicas de autoevaluación como medio de fomentar su práctica.
6. La importancia de reconocer la utilidad de la colaboración entre grupos de maestros(as) en una misma escuela.
7. La necesidad de ayudar y alentar a los maestros(as) a que aprovechen mejor las tres ayudas no profesionales en el aula: los(as) alumnos(as), los padres, familiares y otros miembros de la comunidad, y psicólogos educativos.

Existen estilos para identificar a los(as) estudiantes de acuerdo a las características que obstaculizan el aprendizaje de los(as) niños(as) como son: las que emplean para describir a los(as) diversos(as) alumnos(as) y resumir sus dificultades educativas; muchos maestros(as) están conscientes de lo anterior a lo cual hacen una disminución de ello, pero otros(as) maestros(as) no lo hacen por el contrario obstaculizan su aprendizaje.

Es necesario orientar tanto a las escuelas como a los(as) maestros(as) para que atiendan las necesidades de todos los(as) niños(as), para la solución del problema es necesario que las escuelas se organicen y participen en la tarea de aprender en un ambiente de cooperación. Pero las escuelas parecen oponerse a esta solución de problemas no hay una noción de un objetivo común, los conocimientos se comparten poco y se proporciona escaso apoyo a los individuos, el sistema de organización que debemos promover es la cooperación.

Anteriormente los(as) alumnos(as) eran clasificados por sus deficiencias y no por su NEE, por lo que con la reorientación de la educación especial y la idea de integración educativa, inicia una cultura profesional en la que todos los profesionales en la educación comienzan a coordinar una labor integradora para alumnos(as) con una necesidad educativa especial a un ámbito y a un currículo escolar.

Se encuentran diversas perspectivas de la necesidad educativa especial como: " La dificultad de aprendizaje que enfrenta el(la) alumno(a) en el proceso de enseñanza aprendizaje, para lo cual se requieren de mayores recursos educativos como ampliación del material didáctico, adaptaciones curriculares, adecuaciones al sistema de evaluación necesarios para atender sus necesidades y evitar las dificultades que enfrentan en este proceso". (Luz, 1995, p. 41).

Por otro lado se dice que: "Un niño o niña tiene NEE cuando presenta dificultades mayores que el resto de los(as) alumnos(as) para acceder al aprendizaje que esta determinado en el currículo que le corresponde, y necesita para compensar dichas dificultades, adecuaciones de acceso en varias áreas de ese currículo". (Apuntes didácticos, 1998, p. 4).

Estas situaciones conllevan a adaptaciones curriculares que modifican los elementos prescriptivos del currículo (objetivos generales, áreas, bloques de

contenido y criterios de evaluación) con la intención de encontrar el equilibrio necesario entre el acceso a los objetivos de la correspondiente etapa, el máximo desarrollo de sus capacidades y la participación activa en las distintas actividades educativas del Centro (Ministerio de Educación y Cultura, 1996).

Pero al hablar de los(as) niños (as) con NEE, también se menciona cómo integrar a estos(as) niños(as) a una aula regular por lo que se debe tener en claro a que se refiere una integración, por lo que se dice lo siguiente:

- Integración es la inclusión de la mayor parte de los(as) alumnos(as) con discapacidades en clases de educación general Integración Plena es la inclusión de alumnos con discapacidades en aulas de educación general durante toda la jornada escolar y sin tener en cuenta la naturaleza o severidad de la discapacidad (Friend, 1999).
- La integración de alumnos(as) con NEE asociadas a condiciones de discapacidad, introducen unas exigencias y planteamientos educativos que requieren mayor competencia curricular en el profesorado y en diferentes servicios de apoyo (Ministerio de Educación y Cultura, 1996).
- En México los(as) niños(as) con NEE tienen el derecho a integrarse a un aula regular, con el apoyo del USAER, del maestro de apoyo u otro sistema que ayude al niño(a) a integrarse.

En el Programa Nacional de Educación 2001 - 2006 se reconoce la necesidad de poner en marcha acciones decididas por parte de las autoridades educativas para atender a la población con NEE. Asimismo se establece como uno de los objetivos estratégicos de la política educativa es alcanzar la justicia y equidad educativas. Entre las líneas de acción destacan las siguientes:

- Establecer el marco regulatorio - así como los mecanismos de seguimiento y evaluación - que habrá de normar los procesos de integración educativa en todas las escuelas de educación básica del país.

- Garantizar la disponibilidad, para los(as) maestros(as) de educación básica, de los cursos de actualización y apoyos necesarios para asegurar la mejor atención de los niños(as) y jóvenes que requieren de educación especial.

En el marco de estos cambios, nuestro país ha suscrito distintos convenios internacionales para promover la integración educativa, entre ellos, están los acuerdos derivados de la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos en 1990 y la Declaración de Salamanca en 1994, los cuales constituyen uno de los principales fundamentos de este programa.

Según la SEP (2009) la actualización del personal de educación especial se ha promovido a través de:

- a) el Curso Nacional de Integración Educativa y
- b) el Seminario de actualización para profesores de educación especial y regular del proyecto de investigación e innovación " integración educativa" en los que han participado alrededor de 15,000 profesionales.

Resumiendo se insiste en que el concepto de NEE asociadas a LPH en un contexto de integración educativa debe enfatizar el análisis y discusión de la dificultad de aprendizaje en la escuela, por tal motivo a continuación se comentan los trastornos asociados con LPH.

1.4. TRASTORNOS DEL HABLA ASOCIADO A NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES Y DIFICULTADES DE APRENDIZAJE EN LPH

El desarrollo del habla y del lenguaje constituye un proceso absolutamente individual, ningún niño(a) repite con exactitud las mismas normas de desarrollo; algunos se adelantan, otros se atrasan y algunos adquieren el lenguaje siguiendo una secuencia inusual es probable que aquellas personas que no son capaces de hacerse entender o que no pueden captar las ideas que otros desean transmitirles sufran grandes dificultades en casi todos los aspectos de la educación y la adaptación, necesitan ayuda especializada esta clase de problemas se denominan trastornos de la comunicación (Armesto, 1987).

Se considera que un(a) niño(a) tiene un trastorno del habla cuando ésta es ininteligible, cuando daña el mecanismo del habla o cuando es cultural o personalmente insatisfactoria; también son alteraciones o dificultades que presenta el sujeto a la hora de emitir sonidos articulados con un contenido significativo las causas pueden ser orgánicas, psíquicas, funcionales, etc. posteriormente se mencionarán con más detalle los diferentes tipos de trastornos del lenguaje (Azcoaga, 1987).

El objetivo general de los especialistas en los trastornos de la comunicación es ayudar al niño(a) hablar con la mayor claridad y agrado posibles, de manera tal que la atención del oyente sea atraída hacia lo que dice el(la) niño(a) y no cómo lo dice. Algunos(as) niños(as) padecen serias dificultades para comprender el lenguaje o para expresarse por medio de él. Un(a) niño(a) con un trastorno receptivo de lenguaje puede ser incapaz de aprender el orden de los días de la semana o de seguir una secuencia de ordenes.

Los(as) niños(as) con problemas en el lenguaje expresivo pueden o no tener dificultades en el lenguaje receptivo, es probable que aquellos(as) niños(as) con serios trastornos de lenguaje presenten problemas en la escuela (lecto-escritura) y en su desarrollo social. Con frecuencia es difícil detectar trastornos de lenguaje en los(as) niños(as), su conducta puede llevar a las personas al error de considerarlos retrasos mentales, discapacitados de la audición, discapacitados en el habla o perturbados emocionales.

Existen muchas clases reconocidas de trastornos de la comunicación y numerosas causas posibles; una dificultad en el habla puede ser orgánica, es decir, atribuible a una causa física específica. Entre los factores físicos que con frecuencia traen aparejados trastornos de la comunicación se encuentran: fisura palatina, parálisis de los músculos del habla, ausencia de dientes, anormalidades craneofaciales y defectos neurológicos.

Si la causa de un trastorno de la comunicación es considerado orgánico o funcional, un(a) niño(a) cuyo modo de hablar y de expresarse sea muy diferente a la de otros(as) niños(as) de su misma edad y grupo cultural necesita un tratamiento para corregir o mejorar tal incapacidad.

Para Gisbert Alós (1986) los trastornos del lenguaje se definen como: cualquier alteración de la voz, de la palabra y/o del lenguaje que, por su importancia, requiere rehabilitación específica, logopédica en un centro audio-foniatrico o centro de educación especial durante un período mas o menos largo, antes de la posterior integración en centros de enseñanza normal cuando ello sea posible.

Las adaptaciones curriculares deberán ser abiertas y flexibles para poderse adaptar a la diferentes necesidades de los(as) alumnos(as), son las estrategias de intervención mas importantes para dar respuesta a las necesidades educativas

especiales. Las adaptaciones curriculares se pueden definir como ajustes o modificaciones en la metodología o en las actividades de enseñanza-aprendizaje. (González, 1995).

Es posible que ciertos alumnos con NEE necesiten medios específicos de acceso al currículo que puede ser: medios personales, tales como profesor de apoyo, logopeda, profesionales de equipos psicopedagógicos, etc. también pueden ser medios materiales que facilitan el proceso de enseñanza que pueden ser adaptaciones de mobiliario y equipamiento, así como instrumentos o ayudas técnicas.

Los(as) niños(as) que tiene dificultades de aprendizaje escolares alcanzan unos logros educativos por debajo de su edad y de sus posibilidades intelectuales; los problemas en el área de lenguaje escrito pueden presentarse aislados en los primeros años de escolaridad pero es difícil que al ir avanzando los cursos académicos no repercutan en otras áreas. Los problemas específicos en la adquisición de la lecto-escritura obstaculizan el progreso escolar y tienen efecto a largo plazo, no sólo en el desarrollo de las capacidades cognitivas, sino en las sociales, afectivas y motivacionales. El lenguaje oral es el modo de comunicación y representación más utilizado, aparece como algo intrínseco en el ser humano e inseparable de la comunicación cumpliendo de diversas funciones.

Últimamente están surgiendo maneras de identificar a los(as) niños(as) con dificultades de aprendizaje a edades tan tempranas como los seis años. Esto es bueno, porque cuanto antes los padres y maestros sepan que el(la) niño(a) tienen dificultades de aprendizaje, más pronto podrán ayudarlo. Una intervención temprana, es decir, un adecuado tratamiento educativo, que comience en preescolar o antes puede reducir o eliminar algunos efectos negativos de las diferencias en el aprendizaje, como el retraso en la escuela, ser etiquetado como

lento por los(as) maestros(as) y tonto por otros(as) niños(as), y el desarrollo de una baja autoestima (Gary, 2004).

Un trastorno del lenguaje es un impedimento social que causa en el individuo inseguridad, angustia, desintegración, que lo imposibilita para desarrollarse plenamente; de ahí la importancia de atender estos trastornos a tiempo para evitar no sólo sufrimientos morales, sino retraso escolar en quienes lo padecen.

Por lo tanto en el segundo capítulo se reflexionará acerca de lo relacionado con el desarrollo y evolución del lenguaje tanto en niños(as) sin dificultades como con LPH.

CAPITULO 2: LENGUAJE

2.1. DESARROLLO Y ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE

El lenguaje se refiere a un sistema de comunicación de ideas o sentimientos a través de sonidos, signos, señales y gestos. El niño(a) aprende usando sus sentidos: vista, oído, olfato, gusto y tacto. Los sentidos transmiten impresiones de los hechos que le acontecen, sirviendo como base para un futuro lenguaje oral y escrito (Machado, 1980).

Es un medio de comunicación por medio del cual se expresan pensamientos y sentimientos a nuestros semejantes y a nosotros mismos, el lenguaje es cualquier sistema usado para la comunicación, puede ser hablado, escrito, gesticulado o indicado en otras formas. El habla es el medio de asociar símbolos hablados del lenguaje con ideas y significados, para realizarlos son necesarios la percepción y asociación de símbolos escritos o hablados con objetos, ideas, conceptos o significados.

Para Vigotsky el lenguaje de los(as) niños(as) es social puesto que su origen se inicia en la interacción del(la) niño(a) con los demás. El lenguaje se origina primero como medio de comunicación entre el(la) niño(a) y el adulto, después como lenguaje interior se transforma en función mental interna que proporciona los medios para el desarrollo del pensamiento en el(la) niño(a). O sea la relación pensamiento-lenguaje es un proceso que va sufriendo cambios que se consideran como desarrollo en sentido funcional (Vigotsky, 1964).

La emoción y la afectividad, por parte de la familia son elementos muy importantes de los cuales dependerá la motivación del habla en el(la) niño(a), ya que pueden lograr avances significativos en el desarrollo verbal.

Para la adquisición del lenguaje se pasan por varias etapas siendo las expresiones sonoras, el grito y el llanto las primeras que aparecen, en la cuarta y séptima semana de vida aparece el balbuceo inconsciente e incoherente que es una formación precoz del sonido, se cree que le da la oportunidad tanto de utilizar como de ejercitar la boca, la garganta y los pulmones, esta fase representa la primera fuente de lenguaje (Machado, 1980).

A los tres y cuatro meses el pequeño(a) sabe distinguir bien y a veces imitar las diferentes alturas tonales que oye, el infante emite sonidos si su madre le habla y lo acaricia. El(la) niño(a) con padres y madres afectuosos, amorosos, que comparten una relación estrecha responden más pronto al mundo que los rodea. A los cinco y seis meses se inicia la imitación voluntaria de ciertos fonemas, parece que la imitación se les facilitará gracias a los factores visuales y auditivos.

A los seis meses los sonidos que el(la) niño(a) emite varían según la situación; parecidos a las vocales: a, e, u que cuando grita, aparecen nasalizadas. Si tiene hambre él bebe o la bebe se anticipa a la comida, chupando el aire (movimientos de succión) al unir y separar los labios, subir y bajar la lengua y la mandíbula inferior produce sonidos aproximados a los fonemas m, p, b, n, t, d.

Los sonidos, que interpretamos como de bienestar, el(la) niño(a) los producen generalmente después de las comidas, cuando descansa satisfecho y a gusto. En este caso, emite sonidos parecidos a los fonemas: q, g, i, r, (Armesto, 1987). La reacción materna y del medio, en general, ante los primeros sonidos que un bebé emite, atribuyéndoles un significado "dice papá", repitiéndolos para que los diga y recibiendo con evidente satisfacción es una estimulación fundamental y es necesaria en estos inicios del lenguaje.

En el sexto y octavo mes, la imitación y el balbuceo espontáneo desaparecen bruscamente, pierde todas las expresiones verbales anteriores y

acumula todos los recuerdos fónicos auditivos y visuales durante cuatro meses aproximadamente (Ysunza.1992). A partir de los nueve o diez meses, el(la) niño(a) empieza a decir sus primeras palabras. Es importante no confundir los sonidos producidos en la etapa anterior (laleo, juego vocal). Aunque la articulación no sea correcta, ya sea por que falten o sobren fonemas y la palabra no se parezca en nada a la pronunciada por el adulto, si hay intencionalidad de comunicar, entonces hay palabras (Armesto, 1987).

A lo largo de los últimos meses de su primer año y durante el segundo asistimos al nacimiento y al paulatino desarrollo de la palabra. Entre el décimo y treceavo mes, el(la) niño(a) vuelve a la imitación de sonidos pero ahora ya de manera consciente, con modulaciones afectivas, con mayor precisión de articulación y con un rápido enriquecimiento en el número de los fonemas. La mayoría de las expresiones fónicas representan una idea, un deseo, una acción, un objeto y de vez en cuando puede simbolizar diferentes conceptos según la modulación del sonido y la mímica.

De esta manera el lenguaje y el habla se van desarrollando a través de la práctica. El(la) niño(a) siempre está inmerso en el ambiente, aprende a imitar gradualmente los sonidos o las sucesiones de sonidos que oye pronunciar y a través de las repeticiones llega a producirlas con exactitud (Ysunza, 1992).

A partir de los doce-catorce meses el(la) niño(a) incorpora nuevos fonemas y los va articulando en sílabas directas "abua", "eche". Lo que ahora dice el(la) niño(a) son palabras del vocabulario del adulto, en las que pueden faltar sílabas enteras, o algún fonema, también es frecuente que cambien algún fonema por otro. "etas" =galletas, "eche" = leche, "aba" = agua. Las características de esta nueva etapa son que una sola de estas palabras tiene el valor comunicativo de una frase. Así, "etas" puede equivaler a quiero galletas (Armesto, 1987).

En los quince meses se observa al niño(a) que llama la atención del adulto mediante gestos y en la emisión de un fonema por ejemplo "iii". La persona que cuida del(la) niño(a) no tiene dificultades en comprender lo que pide. A partir de los veinte meses, y mezclado con las palabras que equivalen a una frase, se inicia un nuevo proceso, que será posible, porque el(la) niño(a) ha adquirido un vocabulario relacionado con objetos concretos (unas veinte palabras como media). El(la) niño(a) es capaz de combinar dos de estas palabras con las que forma pequeños enunciados que prefiguran la próxima etapa. Estos enunciados con dos palabras y posteriormente con tres hacen referencia:

- Al lugar que ocupan las cosas o las personas = nene aquí, papá auto,
- Posesión = para bebe, para mamá,
- La presencia o ausencia = papá lejos,
- Cualidades de personas o cosas = mamá tonta, nene pequeña.

Este tipo de lenguaje, que se califica de "telegráfico" o de "palabra yuxtapuesta", se caracteriza por estar compuesto fundamentalmente por nombres, verbos y adjetivos, de conjunciones, etc. Dentro de las palabras que el(la) niño(a) usa, predominan los nombres, no es raro que algunos verbos los utilice como nombres (Armesto, 1987).

La presencia del adulto suple la falta de palabras en el(la) niño(a). Sin la presencias del adulto, el(la) niño(a) que pronuncia esta palabras "para nene" no se hará entender y el adulto desconocería el objeto al que se refiere. Por otra parte, a esta edad, las palabras sirven fundamentalmente para designar objetos y acciones, relacionados con experiencia del(la) niño(a).

La mayor parte de los errores en niños(as) de tres a cuatro años son la sustitución de consonantes, las distorsiones y la ausencia de éstas, esto continuará hasta aproximadamente la edad de ocho a nueve años, cuando vayan

incrementando su vocabulario. La totalidad de los fonemas de la lengua no se adquieren hasta los cuatro o cinco años. La mala pronunciación antes de esta edad (dislalias fisiológicas) no pueden considerarse patológicas, pero como máximo a los cinco años, el(la) niño(a) debe pronunciar correctamente los fonemas de su lengua materna (Ynsunza, 1992).

El orden de aprendizaje de los fonemas según Azcoaga (1998) es el siguiente:

- Primero se adquieren las vocales, las consonantes oclusivas (p, b, t, d, k, g) la labial nasal m
- A continuación las nasales n, ñ
- Las fricativas f, z, ce, ci, s
- Las líquidas l, ll, y, r, y rr.

Los dos fonemas en que los castellanohablantes presentan más dislalias evolutivas son la s, llamada sigmatiza y la rr llamada rotarismo. Por el contrario el lenguaje en niños(as) con LPH se da de diferente forma, presentan patrones similares, pasarán por las mismas etapas, sin embargo, esto dependerá de que sean atendidos a edad temprana.

No es raro para un(a) niño(a) que nace con LPH le tome tiempo en aprender a hablar y desarrollar los sonidos del habla durante los primeros nueve a veinticuatro meses de edad. Por lo tanto, es importante que la madre o el padre hablen con el(la) niño(a) y motivarlo(a) a hablar. Una vez que el paladar se haya operado, el(la) niño(a) puede aprender a pronunciar más sonidos, consonantes y más palabras. Sin embargo, el habla puede retrasarse un poco durante los primeros años. Los problemas de articulación (dificultades en producir ciertos sonidos) pueden continuar en algunos(as) niños(as) durante la primera infancia por muchas razones. Si los dientes del niño(a) no están en "posición correctas", el

habla puede ser normal, pero algunos sonidos (como la 's' o la 'sh') pueden ser "anormales", sin embargo, muchos niños(as) que nacen con un paladar hendido desarrollan su habla normal durante los cinco años de edad.

Los(as) niños(as) con LPH producen vocalizaciones y balbuceos cerca de los nueve meses, lo cual representa un retraso en el desarrollo considerable. Cerca de los doce meses empieza la producción de vocales débiles que son la "i", "u" posteriormente las vocales fuertes a, e, o, esto es a la inversa que los(as) niños(as) que no tienen problemas en el lenguaje, para el treintavo mes ya es bastante similar pero no igual (Azcoaga, 1998).

Es común para los(as) niños(as) que nacen con una hendidura del paladar puedan tener problemas del habla a lo largo de su vida. Casi todos estos(as) niños(as) requerirán la terapia del habla durante la infancia.

Para articular el lenguaje se necesita de los órganos fonatorios que son: laringe, mandíbulas, labios, dientes, paladar duro, velo paladar, cuerdas vocales y lengua; estos órganos se encuentran y se mueven de una posición a otra, parando o restringiendo la corriente del aire. En los(as) niños(as) con LPH algunos órganos se encuentran colapsados o dañados por lo que se les dificulta la producción de los sonidos hasta que poco a poco con ayuda terapéutica, quirúrgica y odontológica pueden adquirir el correcto punto de articulaciones (Pascual, 1998).

Cuando el habla se produce correctamente, el paladar blando se dirige hacia la parte de atrás de la garganta, separando la cavidad nasal de la boca para que el aire y sonido sean dirigidos hacia afuera de la boca. La incapacidad de separar la cavidad nasal de la boca se llama deficiencia velofaríngea, los(as) niños(as) que tienen deficiencia velofaríngea pueden sonar, como si estuvieran hablando por la nariz. Debido a que el paladar blando no puede separar la nariz de la boca y el aire y sonido salen por la nariz durante el habla; este problema probablemente resultará en la hipernasalidad y la emisión nasal del aire. (Es normal que el aire y

sonido salgan por la nariz cuando se pronuncia la 'm', 'n' o 'ing') (Cleft Palate Foundation).

Se puede observar que los(as) niño(as) producen los sonidos como "grunt" o "growl". Estos sonidos representan un comportamiento que algunos(as) niños(as) aprenden, debido a que tratan de compensar la deficiencia velofaríngea. Este comportamiento generalmente empieza antes de la cirugía del paladar, pero puede continuar después de la operación.

Después de haber comentado las etapas de adquisición y desarrollo del lenguaje, afirmamos que es diferente la evolución de un(a) niño(a) con un desarrollo típico de los que tienen LPH: hay dificultades para la adquisición del lenguaje; se insiste en que la intervención sea temprana, de lo contrario puede haber dificultades que harán más retardado el proceso de integración. Es necesario mencionar cada una de las dificultades o problemáticas que presentan los(as) niños(as) con LPH para que desde este detalle se diseñen los apoyos y ayudas, vinculando lo terapéutico, médico y educativo.

En el siguiente capítulo se abordaran aspectos psicosociales del(la) niño(a) los cuales son importantes mencionar debido a que son los entornos en donde se desarrollan y si uno de ellos no le da la confianza para desarrollarse de forma adecuada tendrá repercusiones en otro de los entornos así como en su autoestima.

CAPITULO 3: ASPECTOS PSICOSOCIALES

3.1. ENTORNO FAMILIAR

Cada niño(a) tiene necesidades particulares, es por eso, que los padres y madres son una ayuda enorme en los avances que pueden tener al realizar ejercicios de pronunciación en casa, ya que la familia es la base para cada niño(a) en su desarrollo.

En el ámbito familiar las actividades están orientadas a modificar las conductas verbales y no verbales que interfieren en el desarrollo normal del lenguaje del(la) niño(a). A continuación se comentan las propuestas de Gallardo(1995):

- Información y formación al padre y la madre. Se da a los padres una información pertinente y adecuada del problema que presenta su hijo(a). Se analizan las conductas no deseadas y que conviene modificar tanto en el padre y madre como en los(as) niños(as). Así como las técnicas que se utilizan en la terapia.
- Modificación de conductas no lingüísticas. Las conductas que con más frecuencia se deben modificar son la sobreprotección, el abandono, el rechazo y la ansiedad de los padres y madres; el infantilismo, la enuresis, la anorexia, la ansiedad, etc. en los(as) niños(as).
- Modificación de conductas lingüísticas. Por lo regular los padres y las madres no ayudan a la estimulación verbal en sus hijos(as), por lo cual se les entrenan para estimular e incrementar su producción lingüística, por lo que se les dan las siguientes orientaciones:

1. Dedicar un tiempo diario para estar con el(la) niño(a) y hablar con el o ella.

2. Exigir, mediante el juego, respuestas verbales claras y correctas por parte del sujeto, evitando las respuestas monosilábicas.
3. No ser excesivamente correctores y exigentes, pueden provocar inhibición verbal.
4. No responder por el y ella dejar que se exprese libremente.
5. Elaborar adecuadamente las preguntas, para obtener las respuestas pertinentes.
6. Realizar juegos de discriminación auditiva.
7. Leerle cuentos.
8. Enseñarle a identificar situaciones y establecer relaciones entre diferentes hechos percibidos.

Es necesario que antes de comenzar con una terapia se identifique la situación, emocional y afectiva, tanto en su entorno familiar como individual, para saber de donde vamos a partir y comenzar ayudar al niño(a) en su terapia. En todos los casos se sugiere que realicen terapias grupales con los integrantes de la familia para mejorar el desempeño del(la) niño(a). En lugar de enviar al niño(a) a un tratamiento en el que es "curado" por un terapeuta, se espera que los padres y madres participen activamente en sus terapias y que a su vez sea un medio entre la escuela y el terapeuta.

La familia es el microcosmos social en el que se refleja y reproducen gran parte de las relaciones sociales extrafamiliares. La pertenencia a un determinado grupo familiar es, para la mayoría de los(as) niños (as) de escuela infantil un hecho absolutamente claro. No obstante, la racionalización de ese parentesco es otra cuestión que esta llena de dificultades para su comprensión: el(la) niño(a) se sabe hijo(a) de padres y madres, hermano de hermanos, nieto de abuelos, sobrino de tíos, etc., pero no establece las relaciones entre sus familiares al margen de su propia persona.

Por lo tanto la presencia familiar y sus decisiones trascenderán al ámbito escolar, la colaboración con la familia ha de tener dos fines por un lado ofrecer información, asesoramiento y apoyo a los familiares de estos(as) alumnos(as) por otro lado implicarlos en el proceso educativo de sus hijos(as) para favorecer adecuado desarrollo social y personal. Es imprescindible valorar el contexto sociofamiliar para identificar qué aspectos pueden estar favoreciendo o debilitando el desarrollo del niño(a) y para establecer la colaboración de la familia en la respuesta psicoeducativa que precisan sus hijos(as).

Esta colaboración es fundamental para facilitar la contextualización de determinados aprendizajes y conseguir que estos sean significativos para el educando, así como en aspectos de autocuidado, independencia y comunicación; en el desarrollo de las capacidades de relación interpersonal y actuación e inserción social (Ministerio de educación y cultura, 1996).

Casi todos los padres abrigan más o menos los mismos deseos respecto de sus hijos(as), los quieren sanos, simpáticos y felices; en ocasiones es tan vehemente que llegan a olvidar que cada niño(a) es un individuo tan distinto que tiene reacciones y experiencias particulares que quizá difieran de otros (Wendell, 1959).

Es lógico que los padres y madres deseen un(a) niño(a) normal, y se sienten profundamente decepcionados ante la noticia de que su hijo(a) tiene LPH, el mejor modo de superar la primera reacción emotiva consiste en enterarse de los hechos relacionados con el paladar hendido e informarse acerca del procedimiento adecuado para intentar la rectificación del error cometido por la naturaleza.

En la mayoría de los casos, el paladar hendido no se repite en una misma familia. Por lo tanto, no hay razón para que los padres y madres de un(a) niño(a) tal, por eso teman la llegada de otros hijos(as) con el mismo padecimiento. Uno de

los mejores métodos para llegar a una aceptación realista del problema consiste en observar una conducta serena desde el primer momento; cuando amigos(as) y conocidos(as) bien intencionados(as) expresen su compasión, renúnciese a ella con una sonrisa y alguna observación como esta: por supuesto, lamentamos que haya ocurrido; pero, después de todo, tenemos la suerte de vivir en un mundo y una época en que se puede curar, y no hay razón para entristecerse... (Wendell, 1959).

En términos generales, puede afirmarse que cuando los padres se adaptan bien a la condición de su hijo(a), este se convertirá en una persona sociable y feliz. La adaptación, al igual que la caridad, comienza por casa; y para los padres de un(a) niño(a) en tales condiciones, ha de comenzar el mismo día de su nacimiento. Después de la intervención deberán dirigir su atención y energías, no para contemplar con tristeza la cicatriz en el rostro de la criatura e imaginar cuán hermoso(a) podría haber sido, sino más bien para descubrir las posibilidades del pequeño(a) y ayudarle a aprovecharlas al máximo, a fin de que llegue a ser un(a) niño(a) normal. Los(as) niños(as) con LPH al igual que otros(as) niños(as) con discapacidad, a menudo sufren más intensamente a causa del trato inadecuado que reciben de sus padres y madres, que por el defecto mismo.

Recapitulando se sabe que el entorno familiar es el lugar en donde el(la) niño(a) se sienten seguros y las vivencias trascenderán al ámbito escolar, por lo tanto en el siguiente apartado se comenta acerca del entorno escolar, teniendo atención especial en la discusión relacionada con contenidos escolares.

3.2. ENTORNO ESCOLAR

En el centro escolar hay que considerar la organización del mismo y del personal adscrito a éste. En condiciones ideales se podrá contar con el personal calificado (Logopeda, Psicopedagogo, Terapeuta del lenguaje) el cual deberá procurar:

- Evitar la marginación del niño(a) dentro del aula y propiciar su integración
- Desarrollar el autoconcepto del sujeto
- Potenciar y reforzar todas las conductas positivas que este realice
- Motivar la participación en todas las actividades del aula
- Estimular su conducta lingüística y reforzar cualquier intento de expresión verbal (Gallardo, 1995, p. 292 y 293).

Después de la familia, el centro educativo se convierte en la principal agencia de socialización, y el profesor en la figura central del proceso de escolarización. Una persona con NEE, al igual que el resto de los(as) ciudadanos(as) 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 NEE; es decir, todos somos humanos, pero con diversas habilidades. Por lo tanto la integración educativa es un derecho de cada alumno(a) con el que se busca igualdad de oportunidades para ingresar a la escuela (García, 2000).

El centro educativo se convierte entonces en una estructura intermedia entre la propia familia y la sociedad, ya que representa, por un lado, la prolongación del hogar y, por otro es la primera instancia ajena que delimita las nociones de trabajo, división de funciones, competencias, deberes, colaboración en tareas comunes, exigencia de logros, etc., que calificarán después a las demás estructuras sociales.

Se debe tener presente que es necesario introducir cambios en las escuelas regulares para idear formas de organización y enseñanza que sirvan para atender a un(a) alumno(a) con LPH ya que pueden estar en una escuela regular, haciendo los ajustes necesario al programa.

Dentro del contexto escolar se distinguen dos niveles:

1. comunidad educativa
2. el(la) alumno(a)

Por lo que es importante determinar en qué medida la respuesta educativa y las condiciones en las que se desarrolla su proceso de enseñanza-aprendizaje compensan, o por el contrario acentúan las dificultades derivadas de su propia problemática para poder tomar decisiones respecto a los ajustes y ayudas que es propicio proporcionar al alumno(a) para compensar y minimizar dichas dificultades (Ministerio de educación y cultura, 1996).

El profesorado deben reflexionar e implementar nuevas técnicas para que los(as) niños(as) con NEE asociada a LPH 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(as) alumnos(as) evaluados; esto en relación al contexto familiar y escolar, por lo que es necesario evaluar el perfil de cada niño(a) de competencia y desarrollo actual (García, 2005). Es por ello que hay que tener en cuenta que lo que se busca es detectar las NEE de los(as) alumnos(as) 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(la) alumno(a) y su contexto educativo en orden al desarrollo de las capacidades de aquello que constituye los objetivos generales de la enseñanza (es decir, sus capacidades cognitivas, psicomotrices, de interacción social, etc.).

Las adecuaciones relacionadas con LPH constituyen una estrategia educativa para alcanzar los propósitos de la enseñanza, ya que estos(as) alumnos(as) necesitan apoyo adicional en su proceso de escolarización. Estas adecuaciones deben tomar en cuenta los intereses, motivaciones, habilidades y necesidades de los(as) alumnos(as) con el fin de que tengan un impacto significativo en su aprendizaje dependiendo de los requerimientos específicos de cada alumno(a): 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(as) maestros(as) deben establecer ciertas prioridades basándose en las principales necesidades del(la) alumno(a) definidas mediante la evaluación psicopedagógica e identificar prioridades, los(as) maestros(as) se pueden basar en los criterios que propone Puigdemívol (1996):

- Compensación
- Autonomía/ funcionalidad
- Probabilidad de adquisición
- Significación
- Variabilidad
- Preferencias personales
- Adecuación a la edad cronológica
- Transferencia
- Ampliación de ámbitos

Estos criterios tendrán que estar asociados a LPH y el aula es el entorno idóneo para abordar, diseñar y detallar lo psicoeducativo, identificar cómo, por qué los(as) alumnos(as) realizan o no los aprendizajes escolares y cuándo se dan o no determinadas condiciones en el proceso de enseñanza ya que:

- evalúa ciertos aspectos del desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje y fundamentalmente los relacionados con la práctica educativa, y
- evalúa las características y circunstancias del grupo-clase y del aula como entorno educativo (Ministerio de educación y cultura, 1996).

Al insistir que es necesario relacionar lo terapéutico, lo familiar y lo educativo para identificar las NEE asociadas a LPH, se requiere de un enfoque fundamentalmente educativo atento a todo aquello que es posible proporcionar al alumno(a) para favorecer y potenciar su desarrollo.

3.3 ENTORNO DEL INDIVIDUO

El hospital en donde el(la) niño(a) haya sido operado de LPH es por lo regular en donde sigue su terapia de lenguaje, como adquisición, ejercicios y buena pronunciación de las palabras.

Aunque los especialistas que manejan al niño(a) con fisura labiopalatina son varios, los que se encargan de la comunicación son el foniatra (que es un médico especialista en el lenguaje, el habla y la voz) y el(la) terapeuta del lenguaje (que es quien va a estar muy cercana al niño y su familia orientando en forma práctica el qué y cómo llevar a cabo el tratamiento). Los terapeutas son el personal capacitado y programado para desarrollar sesiones para la buena pronunciación de fonemas y un mejor entendimiento para sus semejantes. El audiólogo es el otro integrante de este equipo y es quien evaluará, en forma periódica, la función del oído, que con mucha frecuencia se afecta.

A los(as) niños(as) con LPH se les recomienda la cirugía alrededor de los 3 meses, al igual que una estimulación temprana para facilitar la actividad del labio por medio de:

- Masajes
- Movilización pasiva
- Soplos
- Movimientos labiales
- Succión
- Específicas para la correcta articulación de los fonemas bilabiales /p/, /b/, /m/ (Gallardo, 1995, p. 231).

El tratamiento en las fisuras palatinas se puede dividir en cuatro apartados: tratamiento quirúrgico, foniátrico, ortopédico-ortodóncico y protésico. En los fisurados palatinos, estén operados o no, usen o no prótesis, es fundamental la

intervención del terapeuta con el fin de facilitar la recuperación de la producción verbal del paciente.

Dicho tratamiento debe iniciarse a una edad temprana: los(as) niños(as) con fisura palatina no sólo van a plantear problemas de articulación sino también de voz, en la respiración y en la funcionalidad de los músculos fonadores, sin olvidar los posibles trastornos auditivos. Si el tratamiento se inició desde edad muy temprana, lo que esperaríamos es que a los seis años de edad ya esté hablando correctamente, que pueda ingresar a preescolar o primaria regular y de ahí en adelante llevar una vida integrada a la sociedad.

Recordemos que en los fisurados hay escape de aire por la nariz durante la emisión verbal. Por lo cual se realizan actividades respiratorias y de soplo con el fin de aumentar la capacidad pulmonar, para trabajar las letras, a, e, i, o, u, f, s y demás fonemas sordos. En el velo palatino en este tipo de anomalías a mayor movilidad del velo, menor nasalización: cuanto más elevado esté dicho velo, menor escape de aire se producirá por la nariz. Para facilitar esta movilidad podemos realizar actividades de (Gallardo, 1995):

- Juegos de soplo
- Succión
- Beber y trasvasar agua a través de tubitos
- Bostezar
- Hacer gárgaras
- Pronunciación alternativa de vocal y fonema sordo.

No es igual si el niño(a) sólo tiene el labio hendido, o si es el labio y el paladar, si el(la) niño(a) sólo tiene labio hendido y se opera en sus primeros meses después de nacido, no deja ninguna secuela en su función, el niño puede alimentarse correctamente en cuanto cicatriza y podrá balbucear y hablar en su

momento, sin necesitar ningún tipo de terapia. El problema es el paladar, pues éste es una estructura muy importante para poder pronunciar muchos sonidos. Es necesario que esté operado y que quede con el suficiente movimiento como para cerrar y lograr una buena pronunciación.

A continuación se presenta un cuadro resumen y sugerencias relacionadas con tratamientos especializados:

TABLA DE TRATAMIENTOS TERAPEUTICOS

	ORGANOS ARTICULADORES	ALTERACIONES ORGANICAS	EVALUACIÓN PREVIA	TRATAMIENTO CLINICO	TRATAMIENTO SIMULTANEO Y/O ALTERNATIVO
DISGLOSIAS	LABIOS	-LABIO LEPORINO. -FRENILLOLABIAL. -HIPERTROFICO. -SUPERIOR. -MACROSTOMIA. -NEURALGIO DEL TRIGEMINO. -HERIDAS.	MEDICA	QUIRURGICO QUIRURGICO-ORTODONCISTA PROTESICO QUIRURGICO ELECTROTERAPIA- MASAJE DIGITAL QUIRURGICO- FARMACOLÓGICO MASAJES-GIMNASIA DE LABIOS	TERAPIA DE LENGUAJE
	PALADAR	-FISURA PALATINA. -FISURA SUBMUCOSA DEL PALADAR.	MEDICA	QUIRURGICO ORTODONCICO FONIATRICO	

Disglosias: evaluación e intervención. (Gallardo, 1995, p. 234).

Para que el(la) niño(a) pueda realizar los ejercicios y actividades que el terapeuta le pide es necesario identificar la autoestima de estos(as) en el aula. Los(as) niños(as) con LPH deben ser motivados para seguir adelante en todo

momento, desde su intervención quirúrgica, en su estimulación de lenguaje y obviamente en la escuela, ya que este es un factor importante para conocer con qué fortaleza cuenta para enfrentarse a las diferentes situaciones y circunstancias que irá teniendo a lo largo de su vida.

A continuación se detallará lo relacionado con autoestima, ya que constituye un marco de referencia importante en este trabajo.

3.4. AUTOESTIMA

La autoestima no es innata, sino que es adquirida como resultado de las experiencias acumuladas a lo largo de la vida; su origen se sitúa en los primeros años de vida, a partir de mensajes e imágenes que los padres y madres señalen o brinden a sus hijos(as), en los cuales el(la) niño(a), formen un primer concepto de sí mismo.

Desde la etapa preescolar hasta la adolescencia, la forma en que se ven los(as) niños(as) a sí mismos varia de manera importante; debido a que desarrollan sus conceptos absolutistas de sí mismos, los cuales parecen estar vinculados a experiencias y habilidades en áreas diferentes, apoyándose en la retroalimentación que se establece con las demás personas.

Según Cevallos (2005) la autoestima se desarrolla formando el carácter y educando la voluntad: hay que desarrollar en los(as) hijos(as) hábitos de esfuerzo, de trabajo bien hecho, de autodominio y de autodisciplina; favoreciendo la adquisición de virtudes como la fortaleza, la templanza, la paciencia y la perseverancia.

Los padres y madres ofrecen la primera imagen de uno mismo, por lo que el estilo de crianza durante los tres o cuatro primeros años puede determinar la cantidad de autoestima inicial del(la) niño(a) (Quiles y Espada, 2004). Posteriormente en la medida en que se va incorporando a diversos grupos socializadores (amigos, iguales, profesores) otras personas actúan como espejo de ellos(as) mismos(as) emitiendo un reflejo (positivo o negativo) que a su vez confirmará con su conducta.

Tanto los(as) niños(as) se orientan por las opiniones y perspectivas de las personas que están a su alrededor; primeramente porque tienen mayor capacidad

para comprender los puntos de vista que difieren de los suyos. Esta situación de conocimiento los conlleva a establecer comparaciones entre ellos(as) y los demás; es decir, la opinión de quiénes son, procede en el cómo son tratados, pero ahora elaboran conclusiones a partir de la comparación con sus iguales.

La autoestima está formada por tres dimensiones básicas, que son:

- Cognitiva: la constituyen los múltiples esquemas en los cuales la persona organiza toda información que se refiere a sí misma como: pensamientos, ideas, creencias, valores, atribuciones, etc.
- Conductual: implica aquellas conductas dirigidas a la autoformación o a la búsqueda de reconocimiento por uno mismo o los demás como lo que decimos y hacemos.
- Afectiva o evolutiva: corresponde a la autoestima o lo que sentimos (Valles, 1998 y Cava, 2000).

El autoconcepto es lo que pensamos de nosotros mismos como personas. También se ha definido como: la opinión que tenemos de nuestra propia personalidad y sobre nuestro comportamiento. (Cevallos, 2005).

El autoconcepto se remite a las autodescripciones abstractas y éstas se diferencian de la autoestima, puesto que no implican un juicio de valor. La autoestima si incluye, necesariamente, un juicio de valor y expresa el concepto que uno tiene de sí mismo, según unas cualidades subjetivables y valorativas (Musito, 1988). El Sujeto se valora a sí mismo según sus cualidades que provengan de su experiencia y que son consideradas como positivas o negativas. Para Lila, M. (citado en Cava,1997) el concepto de autoestima se presenta como la conclusión final del proceso de autoevaluación y se define como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evolutiva de aprobación.

Desde contextos educativos y en estudios relacionados con el bienestar psicosocial y de salud existe una preferencia por la utilización del término autoestima, mientras que desde contextos menos implicados, analizando por ejemplo su origen o su contenido, resulta más habitual encontrar la utilización del término autoconcepto (Cava, 2000).

El autoconcepto respondería a la pregunta: ¿Qué clase de personas somos?. Los(as) niños(as) tienen sus propias ideas acerca de cómo se ven ellos o intereses sobre las relaciones con los demás y sobre lo que piensan que son capaces de conseguir; esas ideas propias forman su autoconcepto, cuando son satisfactorias el(la) niño(a) se forma un autoconcepto positivo de sí mismo se valora favorablemente y da lugar a lo que llamamos una sana autoestima. El desarrollo del autoconcepto es escasamente observable en los(as) niños(as) pequeños(as) de los cuatro a los ocho o nueve años aproximadamente, edad que no poseen una suficiente conciencia de cómo son, aunque sí de qué hacen; pero es a partir de los diez u once años cuando en el inicio de la prepubertad los(as) niños(as) ya adquieren una mayor conciencia de quiénes son, cómo son y qué pretenden conseguir. Alcanzan poco a poco el concepto de sí mismos (Valles, 1998).

A nivel general se puede considerar que la naturaleza del autoconcepto, se va desarrollando desde ideas a cerca del propio cuerpo hasta las que se refieren a la propia imagen interior o moral; como sucede en la adolescencia, donde el(la) joven, se cuestiona la idea que arrastra de su pasado; puede ser que esté conforme o que pida aprobación de los demás para reforzar su opinión con las de otras personas.

Para García (2001), la autoimagen es otro concepto que tiene que ver con la autoestima y se define como: La representación mental que hacemos de nosotros mismos, cada uno de nosotros nos vemos de determinada manera y nos referimos a nuestro modo de ser, nos vemos simpáticos o menos simpáticos, alegres o

menos alegres, felices o menos felices, dicharacheros o callados, colaboradores o individualistas... Para Valles (1998) en nuestra imagen personal, nos vemos atractivos o menos atractivos, altos o bajos, rubios, castaños, morenos o de otro color, con "buena pinta" o con peor aspecto... y también cómo creemos que los demás nos ven a nosotros.

La autoimagen determina positivamente o negativamente la personalidad de un ser humano, es el conjunto de cualidades individuales que diferencian a esa persona de otra y de la respuesta ante determinados estímulos que ella tenga la capacidad de dar. Quien cambie la autoimagen positiva hará posible imbuirse de nuevas capacidades y talentos, convirtiendo el fracaso en éxito. La autoimagen se conforma con las experiencias del pasado, relacionada con la experiencia sintética (situación por la cual el cerebro no distingue lo real de lo imaginario). Los recuerdos de los éxitos acontecidos actúan como archivos de información que nos proporcionan autoconfianza, ¿pero cómo podría alguien que sólo ha experimentado fracasos, recurrir a recuerdos de éxito? (Fundación voz y cada vez mejor, 2009).

Después de saber quiénes somos y la idea que tenemos de nosotros mismos, somos capaces de valorarnos, estimarnos y querernos en mayor o menor medida; eso es la autoestima: la valoración o agrado que se tiene de uno(a) mismo(a). Se puede decir que es la dimensión afectiva de nuestro comportamiento, en la medida en que nos gustemos, nos agrademos, y por el contrario; es decir, valoramos positiva o negativamente nuestro autoconcepto y nuestra autoimagen (Valles, 1998).

Las personas con una autoestima, buena, adecuada se sienten bien y a gusto consigo mismas(os), están de acuerdo en su manera de sentir, de pensar, y actuar en relación consigo misma(o) y con los demás. Se diría que es capaz de "ponerse una buena nota" ella o él mismo como persona, porque cuanto hace,

piensa y siente, le produce la suficiente felicidad y bienestar. La sana autoestima es el reconocimiento de lo positivo que tenemos en nosotros mismos(as) y el reconocimiento de aquellas otras cosas o aspectos menos positivos que también tenemos y que no funcionan también como desearíamos (Valles,1998).

Si somos conscientes de qué aspectos de nuestro comportamiento son los que debemos cambiar, estaremos en el camino de aumentar, mejorar, y desarrollar la autoestima. En los(as) niños(as), la autoestima puede tener un buen nivel de desarrollo en algunos aspectos, como por ejemplo, valorarse mucho como un buen deportista o un buen amigo, sin embargo, cuando se tiene un bajo autoconcepto en lo referido a la escuela o las relaciones con los amigos, o incluso en las relaciones con los demás miembros de la familia puede tenerse una baja autoestima es estos aspectos. Las personas que saben valorar adecuadamente sus cualidades y capacidades tienen mayores posibilidades de realizar diferentes tareas personales y sociales con más éxito (Valles, 1998).

Por el contrario, las personas con una baja autoestima se sienten a disgusto consigo mismos(as) y proyectan en los demás ese estado de insatisfacción personal que les provoca no valorarse adecuadamente.

Así pues, la buena autoestima es...

- Sentirse importante para uno mismo y para los demás.
- Sentirse especial, distinto, diferente, único...
- Sentirse satisfecho, contento, feliz, complacido...

Si se le elogia y valoran las cosas positivas que dice, piensa o siente al niño(a), se estará desarrollando su autoestima (Valles, 1998).

Para otros autores como Branden (2001), la autoestima tiene características como:

- Actuar con independencia
- Asumir responsabilidades con facilidad
- Afrontar nuevos retos con entusiasmo
- Estar orgulloso con sus logros
- Demostrar amplitud de emociones y sentimientos
- Tolerar bien la frustración
- Sentirse capaz de influir en otros.

Una buena autoestima refleja una gran posibilidad de ser creativos y ambiciosos, nos presenta con más posibilidades de entablar relaciones enriquecedoras y experimentar la alegría por sólo y simple hecho de ser. Entre más alta sea nuestra autoestima, mejor preparados estaremos para enfrentar las adversidades; entre más flexibles seamos, más resistiremos las presiones que nos hacen sucumbir a la desesperación o la derrota.

La autoestima es fundamental para la salud física y mental de las personas, es decir, el estado en que se encuentra nuestro cuerpo, está influido por el estado de ánimo en el que nos encontramos. Así pues, la autoestima es como una vacuna para una multitud de molestias (grandes o pequeñas) y de síntomas físicos originados por estados de ánimo negativos (baja autoestima) (Valles, 1998).

La autoestima está asociada con problemas de ansiedad y depresión, las personas con una buena autoestima pueden superar mejor los estados de nerviosismo, que alguna situación pueda ocasionar. Tener una buena autoestima no significa necesariamente que no se presenten estados de ansiedad; esta puede ser ocasionada por las personas que nos rodean y las relaciones que establecemos con ellas, asimismo, por nuestra manera de pensar y de ver las cosas. Sin

embargo, con una óptima autoestima, la persona tiene mejores posibilidades para defenderse y afrontar situaciones adversas, las cuales se podrán superar, debido a la autoconfianza en sus propias capacidades.

Resumiendo diremos que los tres componentes básicos de la autoestima están necesariamente vinculados. Si pensamos que somos una buena persona (autoconcepto), nos podemos ver bien a nosotros mismos (autoimagen) y como consecuencia nos valoraremos como importantes por lo que pensamos, decimos y hacemos (autoestima).

La familia se convierte en el entorno óptimo para la adquisición de esta capacidad, ya que es en su seno donde el(la) niño(a) inicialmente se reconoce, se diferencia de los demás y comienza el proceso de socialización mediante la interrelación con padres y hermanos (Valles, 1998).

La autoestima también influye en el rendimiento escolar, ya que el(la) niño(a) hace una valoración de sí mismo en lo referido a su centro escolar y su desempeño académico, por lo que el conjunto de estas valoraciones configura el llamado "autoconcepto académico". Si el(la) niño(a) al valorarse ve que su funcionamiento escolar y capacidades son buenas, su sana autoestima favorecerá el rendimiento académico, al tener plena confianza en sus posibilidades como estudiante que aprende, supera las evaluaciones y es valorado positivamente por el profesor, tiene el respeto y aprecio de sus compañeros, y sus padres y madres reconocen su esfuerzo y valor personal y escolar (Valles, 1998).

Los(as) niños(as) se forman su autoconcepto escolar (la imagen que tienen de sí mismo como estudiantes) y se valoran (autoestima) comparándose con los compañeros de clase. Este tipo de comparación hace que los padres y las madres conozcan bien el ambiente escolar, el clima de clase, las relaciones interpersonales entre el(la) hijo(a) y los(as) compañeros(as), porque ahí es donde se pueden

descubrir numerosas e importantes situaciones en las que puede ser necesario ayudarle, para superar los problemas de comparación con otros, los problemas de infravaloración de sus propias capacidades y cualquier otro problema que afecte a la autoestima escolar del(la) niño(a) (Valles, 1998).

3.5. AUTOESTIMA EN LA ESCUELA

El ámbito escolar constituye un contexto de especial relevancia en el desarrollo del autoconcepto y la autoestima del niño. Para Machargo J. (citado en Cava, 2000). La imagen de sí mismo ha comenzado a crearse en el seno familiar y continuará desarrollándose en la escuela a través de la interacción con el profesor(a), las relaciones entre sus iguales y las experiencias de éxito y fracaso académico. La relación entre autoconcepto y rendimiento académico es uno de los aspectos que más investigación ha suscitado dentro del ámbito escolar. En este sentido, se ha constatado que los escolares utilizan los éxitos y los fracasos académicos como índices de autovaloración y que los(as) niños(as) con un peor rendimiento académico poseen un peor autoconcepto (Gimeno, 1976).

Por otra parte, cabe señalar que si bien existe tal relación entre rendimiento escolar y entre concepto académico la mayoría de los estudios son de tipo correlacional y no explica si el autoconcepto es a causa del rendimiento o por el contrario. Es muy probable que ambas variables se afecten mutuamente y que un cambio positivo en una de ellas facilite así mismo un cambio positivo en la otra. Por lo que la relación entre autoconcepto y logros académicos es recíproca y no unidireccional, de modo que el éxito académico mantiene o mejora la autoestima académica, y viceversa, esto gracias a las expectativas y a la motivación (Cava, 2000).

La escuela, además de ser un contexto en el que las capacidades del(la) niño(a) son evaluadas con frecuencia, es también un medio caracterizado por las continuas interacciones. Tanto los(as) profesores(as) como los(as) compañeros(as) de aula son personas significativas para el(la) niño(a), puesto que le aportan información relevante sobre su identidad. De hecho, estos han sido descritos como espejos en los que el(la) niño(a) ve reflejada una imagen de sí mismo. El(la) profesor(a) influye en el autoconcepto y el rendimiento de sus alumnos(as) a

través de sus expectativas, actitudes, conductas y estilos docentes (Arteaga y Gallegos, 2007).

Una buena autoestima fomenta el aprendizaje y el éxito refuerza los sentimientos positivos. Así, si un(a) niño(a) resuelve correctamente un problema de matemáticas y el(la) profesor(a) le elogia sobre su logro, se sentirá feliz por ello, aumentará su sentimiento de valor y como consecuencia su autoestima se eleva.

Cuando el(la) niño(a) tiene una baja autoestima se manifiesta en la vida escolar en forma de rechazo a realizar algunas actividades menos interesantes para él, en forma de comportamientos de evitación. Manifiesta ansiedad ante la realización de algunas actividades porque se percibe a sí mismo como que no será capaz de hacerlas bien y le llegan a su mente pensamientos autodevaluativos y de inculpaación como: "¡es que todo me sale mal! ¡con lo difícil que es esto!". El(la) niño(a) con una baja autoestima piensa que los demás no le valoran, de la misma manera en que el mismo lo suele hacer. De ahí que tenga dificultades para tener amigos(as) estables (Valles, 1998).

Para evitar este tipo de problemas es necesario coordinarse con el(la) profesor(a)-tutor(a) del niño(a) para saber en todo momento como funciona la autoestima "escolar", tan importante para aprender y relacionarse bien con los(as) compañeros(as) de la escuela.

Finalmente, cabe señalar que el estudio de la autoestima suscita un creciente interés no sólo por sus implicaciones en el rendimiento académico y el ajuste escolar, sino también como consecuencia de su relación con el ajuste social, el bienestar y la salud. En este sentido la autoestima se ha planteado como un importante recurso intrapersonal, cuya potenciación puede redundar en un mejor ajuste de los individuos.

Después de hablar sobre la importancia de la autoestima dentro de la familia, la escuela, el individuo, así como las repercusiones que tienen en cada una de ellas, la importancia de generarla en los niños(as) con LPH y la poca importancia que se le da, sobre todo porque para los(as) niños(as) con NEE asociada con LPH cumplir con las expectativas sociales resulta más difícil. En el marco de la atención de niños(as) con NEE no se puede prescindir de una evaluación psicopedagógica, cuya finalidad sea la de ofrecer elementos suficientes y oportunos relacionado con la valoración de la autoestima, por lo que en el siguiente capítulo se abordará dicho tema.

CAPITULO 4: EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA

La evaluación psicopedagógica se puede definir como un proceso compartido de recolección y análisis de información relevante, relativa a los distintos elementos que intervienen en el proceso de enseñanza-aprendizaje, para identificar las NEE de determinados(as) alumnos(as) que presentan dificultades en su desarrollo personal o desajustes respecto al currículo escolar por diferentes causas; o bien fundamentar las decisiones respecto a la propuesta curricular y el tipo de ayudas que precisan para progresar en el desarrollo de las distintas capacidades (Coll,1999).

La evaluación psicopedagógica ha de servir para orientar el proceso educativo en su conjunto, facilitando la tarea del profesorado que trabaja cotidianamente con el(la) alumno(a) y como señala Coll (1999) también ha de proporcionar información relevante para conocer la forma completa de las necesidades del(la) alumno(a) así como su contexto familiar y social, además para fundamentar y justificar las necesidades de introducir cambios en la oferta educativa.

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

Es por ello que hay que tener en cuenta que lo que se busca es detectar las NEE de los(as) alumnos(as) 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(la) alumno(a) 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(a) 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(la) alumno(a) se encuentra.

Las características que debe contener la evaluación psicopedagógica según García (2000) son:

1.- Datos personales.

Del (la) niño(a)

Los datos que se requieren del(la) niño(a) son su nombre, edad en años y meses, fecha de nacimiento, tipo de escuela a la que asiste, nivel y grado que cursa.

De la familia

En relación con los padres y madres, nombre, edad, domicilio, escolaridad y ocupación. Además es importante incluir la fecha que comprende la evaluación y el nombre de las personas que participaron en su realización.

2.- Motivo de la evaluación.

Es importante destacar aquí la razón por la que se determinó evaluar al niño(a), así como la persona o Institución que solicitó este servicio.

3.- Apariencia física.

Se debe registrar los rasgos físicos del(la) niño(a) y, en su caso, destacar alguna seña particular (estatura, peso, color y textura de piel, postura y locomoción, etc.).

4.- Conducta observada durante la evaluación.

Se recomienda registrar de manera general, las condiciones en las que se llevó a cabo la evaluación, sobre todo si no fueron las más apropiadas y se piensa que pudieran interferir con los resultados obtenidos por el(la) niño(a). En este rubro se debe reportar la actitud, el comportamiento, el interés y la relación que se estableció entre el escolar y el examinador.

También es importante señalar los cambios observados en el comportamiento y actitud en los distintos contextos donde se llevó a cabo la exploración.

5.- Antecedentes del desarrollo.

Los aspectos que pueden revisarse son los siguientes:

- a) Embarazo. Las condiciones bajo las cuales se desarrolló el embarazo, duración, lugar donde fue atendido el parto y características del mismo.
- b) Desarrollo motor. Desarrollo psicomotor, el control de esfínteres, edad en la que logró bañarse y vestirse sin ayuda, etc.
- c) Desarrollo del lenguaje. Información referente al desarrollo de su competencia comunicativa: respuesta verbal ante sonidos ambientales y voces, aparición de sus primeras palabras, empleo de palabras y frases y su nivel de desarrollo actual.

- d) Familia. Las características de su ambiente familiar y socio-cultural: nombre y edad de las personas que integran la familia, señalando el lugar que ocupa el(la) niño(a) evaluado(a) (familiograma); actividades más frecuentes y tiempo que conviven juntos, tipo de relación que establece con la familia y con las personas que no pertenecen a ellas.
- e) Antecedentes heredo-familiares. Referidos a algún problemas de visión, audición o algún otro problema que pueden haberse transmitido al niño(a).
- f) Historia médica. Estado de salud que ha tenido hasta la fecha el(la) niño(a); en su caso, especificar los problemas que ha padecido, el tipo de estudios que se le han realizado, el tratamiento recibido y los resultados alcanzados.
- g) Historia escolar. Se considera la edad en la que inició su vida escolar, los años que ha cursado hasta la actualidad, el tipo de escuela a la que ha asistido (educación especial o regular, privada o pública), sus dificultades (reprobación por ejemplo) y logros, el tipo de relación que establece con sus maestros(as) y compañeros(as), el interés que muestra hacia la escuela y hacia las actividades que realiza en está.

6.- Situación actual.

En este apartado se deben evaluar los siguientes aspectos:

- a) Aspectos generales del(la) alumno(a). Con la finalidad de ajustar la respuesta educativa es fundamental conocer con mayor profundidad cómo ha sido su desarrollo en las áreas: intelectual, desarrollo motor, comunicación y lingüística, adaptación e inserción social y aspectos emocionales.
- b) Nivel de competencia curricular. La evaluación del nivel de competencia curricular significa determinar lo que el alumno(a) es capaz de hacer en relación con los propósitos y contenidos de las diferentes áreas del currículo escolar. Se sugiere considerar las siguientes cuestiones: Las áreas sobre las que es preciso realizar una evaluación a profundidad, la situación de partida del alumno(a) y el momento en que se realiza la evaluación.

- c) Estilo de aprendizaje y motivación para aprender. Se recomienda indagar las condiciones físico-ambientales en las que el(la) alumno(a) trabaja con mayor comodidad, las respuestas y preferencias del alumno(a) ante diferentes tareas escolares, los intereses del(la) alumno(a) en cuánto a actividades, contenidos, nivel de atención del(la) alumno(a), estrategias que emplea para resolver tareas y por último los estímulos que le resultan más positivos.
- d) Información relacionada con el entorno del(la) alumno(a). Los aspectos del entorno del(la) alumno(a) que más interesa conocer son el contexto escolar y el socio-familiar.

7.- Interpretación de los resultados.

La interpretación de los resultados es, un elemento clave para que una evaluación psicopedagógica sea productiva. Cada dato interpretado debe ser transferido a un lenguaje accesible y práctico, de manera que ofrezca información sobre aquellos aspectos que favorecen el desarrollo del(la) niño(a) y también, aunque sin otorgarles prioridad, sobre los que lo obstaculizan.

8.- Conclusiones y recomendaciones.

El objetivo de este apartado es determinar cuáles son las NEE de los(as) niños(as) que van a orientar la toma de decisiones curriculares. Por esta razón es importante que los especialistas entreguen personalmente los resultados al maestro(a) regular y a los padres y madres del(la) alumno(a), ya que así podrán aclarar las dudas y confusiones que se generen y proponer y diseñar conjuntamente propuestas educativas.

En lo que se refiere a la atención de los(as) niños(as) con NEE no se puede prescindir de una evaluación psicopedagógica, cuya finalidad sea la de ofrecer elementos suficientes y oportunos relacionados con las capacidad, habilidades,

dificultades, gustos e intereses del(la) niño(a) al que se evalúa, ya que con esas bases se determinan las ayudas pertinentes.

Toda la información anterior también es muy importante para la clínica de terapia de lenguaje a la que el(la) niño(a) asista, ya que como lo mencionamos es importante hacer un vínculo entre escuela-hospital para que haya un trabajo integral, ya que dentro de las clínicas no se les realiza ninguna evaluación por lo que no se cuenta con antecedentes de cada uno de los(as) niños(as).

CAPITULO 5: MÉTODO

5.1. OBJETIVOS

- Identificar dificultades en el lenguaje en niños(as) con LPH.
- Diseñar una propuesta de intervención en donde se detallen los apoyos y ayudas psicoeducativas en niños(as) con LPH.
- Evaluar el impacto de la propuesta.

5.2. SUJETOS

Se realizaron dos estudios de caso con dos niños que cursaban el primer grado de primaria, los cuales ya contaban con las cirugías protocolarias necesarias para la reconstrucción de LPH, además de haber recibido la estimulación temprana de lenguaje en la Clínica de Labio Paladar Hendido, aun así la pronunciación no es la correcta al 100% pero si es entendible, tienen dificultades en las letras /c/, /ch/, /k/ y /s/, (son las más notables).

5.3. ESCENARIO

El trabajo se realizó en el Hospital Pediátrico de Tacubaya donde se encuentra la Clínica de Labio Paladar Hendido, ubicado en la Delegación Miguel Hidalgo dentro del Distrito Federal, en conjunto con las dos escuelas primarias una que se ubica en la delegación Iztapala y otra en Coyoacán a donde asisten los niños.

Las escuelas son públicas pertenecen a la delegación Iztapalapa y Coyoacán con una población numerosa, son mixtas y cuentan con todos los grados escolares. La Clínica de LPH nos otorgo todas las facilidades por parte de las autoridades para poder trabajar con los niño dentro de la terapia de lenguaje y la escuela.

5.4. INSTRUMENTOS

Se identificó la necesidad educativa por medio de una evaluación psicoeducativa a través de una batería de pruebas: que se aplicó de manera individual, para identificar si tiene algún problema de tipo cognoscitivo, de maduración perceptomotora, emocional, nivel intelectual, dificultades para aprender.

A continuación presentamos una descripción de cada una de las pruebas:

- ENTREVISTAS (Anexo 1, 2 y 3)
 - A la familia o tutora para recolectar información sobre lo que se ha brindado desde su nacimiento hasta la fecha, tanto en la escuela, en la terapia de lenguaje y la relación entre sus integrantes.
 - Al alumno cuyo fin fue conocer sus dificultades de aprendizaje en el aula y el apoyo brindado por el maestro.
 - Al maestro para recolectar información sobre el problema de aprendizaje del alumno, así como la actitud, la comunicación, el apoyo brindado y saber como abordó la dificultad el menor dentro del aula.

- HOJA DE EVALUACIÓN DE ARTICULACION Y LENGUAJE (Anexo 4)

Para evaluar el área de lenguaje se trabajó con una ficha de articulación y lenguaje la cual contiene fonemas bilabial, labiodental, interdental, dental, alveolar, palatal, velares, diptongos, sílabas compuestas, grupo consonántico y oraciones, la cual se aplicó individualmente a cada niño, para analizar en donde es que se presentaba mayor dificultad de lenguaje.

- WISC-RM(WESCHLER INTELLIGENCE SCALA CHILDREN)

Esta prueba de inteligencia mide las habilidades mentales, arroja completamente al concepto de edad mental (EM) como una medida básica de la inteligencia, concepto introducido por Binet en 1908.

Se desarrolló para aplicarse con niños(as) y adolescentes de seis años cero meses a dieciséis años once meses, pero también puede ser útil para niños(as) un poco menores de seis años o para adolescentes mayores de diecisiete años. El propósito de este instrumento fue evaluar la ejecución de los niño bajo un conjunto de condiciones establecidas y no medir los límites del conocimiento del niño.

El WISC-RM está constituido por doce escalas, de las cuales seis pertenecen a escala verbal y las otras seis a la escala de ejecución, las cuales son:

VERBAL	EJECUCIÓN
1. Información	6. Figuras incompletas
2. Semejanzas	7. Ordenación de dibujos
3. Aritmética	8. Diseño con cubos
4. Vocabulario	9. Composición de objetos
5. Comprensión	10. Claves (o Laberintos) (Retención de dígitos)

A partir de estas subescalas se obtiene un CI Verbal y un CI de ejecución, tanto retención de dígitos en la escala verbal como laberintos en la escala de ejecución se utilizan para establecer el CI, se conservan como subescalas complementarias cuando no se puede aplicar alguna de las subescalas básicas o alguna de ellas queda invalidada.

- **PRUEBA PSICOPEDAGÓGICA DE CONOCIMIENTOS (Anexo 5)**

Esta prueba está basada en lo que los alumnos han visto en sus clases. Son ejercicios acerca de motricidad fina, motricidad gruesa, comprensión de diversas actividades, conocimiento espacio temporal, con lo que nos dimos cuenta de las dificultades que presentaba en clase los niños.

La prueba fue elaborada por nosotras a partir de la revisión de los planes y programas de primer grado de primaria con el apoyo de maestros(as); la validación de este instrumento fue de jueceo, por maestros(as) del mismo grado aunque de diferentes escuelas.

- DIFICULTAD DEL APRENDIZAJE (ANEXO 6)

La entrevista acerca de la dificultad del lenguaje constó de tres apartados que son terapeuta(I), maestro (II) y familia del alumno(III) las preguntas fueron de manera cerrada y nos ayudó a conocer los avances que el alumno(a) llevaba en el desarrollo de su lenguaje.

- DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

Es una prueba proyectiva se aplica a niños(as) entre cinco a doce años de edad, nos permite evaluar aspectos emocionales, así como de la maduración perceptomotora y cognoscitiva. El dibujo constituye una de las funciones semióticas, y expresa con marcas, imágenes u otros signos lo que a veces no se puede decir con palabras. Su función es la de comunicar. El dibujo nos conduce a los aspectos que plantean los niños y son importantes en su historia personal y las situaciones que vive.

Elizabeth Koppitz plantea la hipótesis de que el DFH nos reflejará el nivel de desarrollo del niño(a), sus actitudes interpersonales, las actitudes hacia las tensiones y exigencias de la vida y su modo de enfrentarlas, sus miedos y ansiedades que pueden afectarlo consciente e inconscientemente en un momento dado.

La prueba cuenta con treinta y ocho indicadores emocionales divididos en cualitativos (diez), detalles especiales (veinte) y omisiones (ocho).

- **DIBUJO DE LA FAMILIA**

Es una prueba proyectiva al igual que el DFH se aplica a niños(as) entre cinco y doce años de edad. Se utiliza más para evaluar aspectos emocionales en el(la) niño(a), aunque se utiliza incluso para evaluar algunos aspectos de los problemas de aprendizaje.

Evalúa clínicamente cómo el(la) niño(a) perciben subjetivamente sus relaciones entre los miembros de la familia y cómo se incluye él o ella en este sistema al que consideramos como un todo. Permite investigar acerca de los aspectos de la comunicación del pequeño(a) con otros miembros de su familia y de los miembros restantes entre sí.

Para interpretarse esta prueba se tuvo que tomar en cuenta la etapa de desarrollo cronológico en la que se encontraban, así como la fase del desarrollo emocional. El supuesto fundamental de esta prueba es que la familia funciona como una totalidad, la conducta de cada individuo está relacionada con la de los otros miembros y depende de ellos. El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus individuos y para esta investigación estos supuestos fueron fundamentales para entender la problemática.

- **TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE BENDER**

Es una prueba no verbal, de tipo lápiz-papel, también se utiliza como test proyectivo. Se aplica a niños(as) entre los cuatro y doce años.

Explora la percepción de la forma y el examinado realiza su trabajo con el modelo de la vista. Gestáltico Visomotor significa: GESTALTICO. – reproducir formas y VISOMOTOR.- lo haces en presencia del modelo (ojo-mano). Se emplea frecuentemente en clínicas psicológicas, servicios neurológicos y psiquiátricos, consultorios de orientación vocacional, clínicas psicopedagógicas escolares, etc.

Según Laureta Bender su anclaje es con la Psicología de la Gestalt y con sus siete leyes que son:

1. La ley de la proximidad.
2. La ley de la semejanza.
3. La ley de la continuidad.
4. La ley del cierre.
5. La ley del destino común.
6. La ley de la dominancia.
7. La ley de la buena forma.

Hoy en día se utiliza con mayor frecuencia no sólo para evaluar el nivel de desarrollo en la percepción visomotriz en los(as) niños(as), sino también como test predictivo de:

- El nivel intelectual
- El rendimiento escolar
- Los problemas emocionales
- Los problemas de aprendizaje
- La disfunción cerebral mínima y
- El retraso mental.

El test consta de nueve láminas o tarjetas en el que se involucran las leyes de la gestalt. A través de esta prueba se obtuvo información sobre el nivel de maduración visomotriz, si había algún tipo de lesión cerebral o de disfunción cerebral y elementos emocionales.

- **EVALUACIÓN DE AUTOESTIMA (Anexo 7)**

La evaluación de autoestima esta basada en McKay y Fanning, 1991, que constó de cuatro apartados, lo cual sirvió para conocer el nivel de autoestima en el niño

para que se trabajara en función de su propia aceptación si es que se encontraban problemas.

La recolección de datos de todos los instrumentos comentados anteriormente nos permitió elaborar el informe psicopedagógico de los niños con LPH, desde este informe se desarrollo el plan de intervención.

5.5. PROCEDIMIENTO

A continuación se menciona el trabajo realizado para la recolección de datos evaluación inicial, intervención y evaluación final.

- **EVALUACIÓN INICIAL**

Se realizaron entrevistas a la familia, alumnos, profesores y al terapeuta de lenguaje, se aplicaron pruebas psicométricas, proyectivas, de articulación, de lenguaje y de conocimientos psicopedagógicos. Con la finalidad de elaborar el reporte de la evaluación inicial.

- **DISEÑO Y APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

De acuerdo a los resultados de la recolección de datos se elaboró un informe y se diseñó un programa de actividades relacionado con las dificultades de aprendizaje, basado en las actividades sugerida por el programa de 1er año de primaria para el área de español elaborado por la SEP.

Para la aplicación del programa de actividades se trabajó con los niños a lo largo de dos meses, dos veces por semana dentro de las instalaciones de la Clínica de LPH en Tacubaya así como en las dos escuelas a donde asisten los menores.

- EVALUACIÓN FINAL

Se mencionará el impacto que tuvo el programa de intervención en ambos menores. En el siguiente capítulo se detalla cada uno de los apartados mencionados anteriormente.

CAPITULO 6: RESULTADOS

6.1. EVALUACIÓN INICIAL

Sujeto 1.

1.- DATOS PERSONALES Y ESCOLARES

DATOS PERSONALES			
ALUMNO:	MASCULINO		
CURSO ESCOLAR:	1ER. AÑO DE PRIMARIA		
FECHA DE NACIMIENTO:	23 DICIEMBRE 2000	EDAD:	7 AÑOS 5 MESES
FECHA DE EXPLORACION: ENERO A JUNIO 2008			
MODALIDAD ESC.	ESCUELA REGULAR PUBLICA		

DATOS FAMILIARES			
EDAD DEL PADRE:	42 AÑOS	ESCOLARIDAD:	SECUNDARIA
PROFESION DEL PADRE:	CARPINTERO		
EDAD DE LA MADRE:	42 AÑOS	ESCOLARIDAD:	PRIMARIA
PROFESION DE LA MADRE:	HOGAR		
NO. DE HERMANOS:	6	LUGAR QUE OCUPA:	7
DELEGACION:	COYOACÁN		

El menor antes de la intervención presentó NEE en el lenguaje las cuales fueron tratadas a tiempo dejando secuelas de articulación oral producto de LPH, no presentó problemas de comunicación y el presente informe lo demostrará.

Actualmente solo presentan una NE en la articulación del lenguaje oral por lo que no se manejará el término NEE.

2.- MOTIVO DE LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA

Es un niño con LPH (fisura bilateral) el cual fue reportado con problemas en el lenguaje principalmente en los fonemas /ch/ y /s/. Presento trastornos en la articulación de fonemas debido a la alteración orgánica (disglosias palatales y labiales).

3.- INFORMACIÓN SOBRE EL ALUMNO. VALORACIÓN GLOBAL

3.1. DESARROLLO PERSONAL

El menor presentó un problema de LPH (fisura bilateral) que es un trastorno orgánico que desencadena una disglosia palatal y labial retrasando el desarrollo del lenguaje. Es autónomo para desplazarse, así como en el control de esfínteres diurno y nocturno. No presento problemas de visión ni audición. En cuanto a enfermedades sufre de gripas constantes por lo cual tiene tratamiento continuo, esto desencadenado por el mismo trastorno de LPH.

3.2 CONTEXTO FAMILIAR

Es una familia compuesta por la madre y el menor. Tiene cuatro hermanos por parte del padre de su primer matrimonio a los cuales ve muy esporádicamente. Por parte de la madre tiene dos hermanos de su primer matrimonio, con estos últimos tiene muy buena relación, siendo que con ellos vivió los primeros años de su vida. Actualmente viven en Canadá.

De nuestra observación y de la información obtenida, pudimos decir, que se trata de una familia de nivel socio-cultural medio. La economía familiar es promedio por lo que la madre puede hacerse cargo de él todo el día.

3.3. HISTORIA ESCOLAR

3.3.1. HISTORIAL ACADÉMICO

El menor asiste a terapias de lenguaje en el Hospital Pediátrico de Tacubaya en la Clínica de LPH. Curso dos años de educación infantil. Al inicio de su escolarización y hasta la fecha falta constantemente a la escuela por resfriados constantes. A pesar de ello no tiene atraso en los contenidos escolares ya que la madre asiste a la escuela para pedir lo que se hizo durante las clases y las tareas, las cuales el menor la hace en casa.

3.3.2. NIVEL ACADÉMICO

Actualmente cursa el 1er año de Educación Primaria Pública.

3.3.3. MODALIDAD DE ESCOLARIZACIÓN

Escuela regular e integración en el aula.

3.3.4. ACTUACIONES SEGUIDAS EN TORNO AL CASO

- Entrevistas a la tutora para recolectar información sobre aspectos familiares y escolares.
- Entrevista a la profesora para recolectar información de diversos aspectos escolares.
- Entrevista al terapeuta para recolectar información de diversos aspectos de lenguaje.
- Exploración individual al menor. Se realizó la valoración con el fin de conocer su situación actual, delimitar lo que se le dificulta y poder orientar en aspectos psicopedagógicos así como sobre las medidas educativas a emplear.

3.3.5. PRUEBAS APLICADAS

- HOJA DE EVALUACIÓN DE ARTICULACIÓN Y LENGUAJE

El niño presento problemas en la pronunciación de las letras /ch/ y /s/, tanto al inicio de la palabra como intermedia y al final; intercambia el sonido de la /s/ por el de la /j/ y el sonido de la /ch/ por /ji/.

Ejemplo:

- Susana pronuncio Jujana - Sopa pronuncia jopa - Josué pronuncia Jojue
- Choco pronuncio jjioco - Cuchara pronuncia cujiara - Chavo pronuncia jiavo

En cuanto a la articulación de la oraciones no presento dificultad a pesar de que intercambia los sonidos de las letras mencionadas anteriormente.

- WISC-RM

En cuanto a su inteligencia es un niño superior a lo normal de acuerdo a su edad, existe una diferencia de un año nueve meses entre su edad cronológica y su edad escalar. En cuanto a la escala verbal su desarrollo es bueno aunque con un poco de dificultad, al contrario de la escala de ejecución donde su desarrollo es mucho más alto.

- PRUEBA PSICOPEDAGÓGICA DE CONOCIMIENTOS

Durante esta prueba el menor de dieciocho preguntas solo tuvo un error a lo cual podemos decir que los resultados son satisfactorios, en el lenguaje escrito no presenta ninguna NEE; a lo largo de la prueba pudimos observar que entiende bien las indicaciones que se le dan por lo que los ejercicios fueron bien ejecutados, fue un poco desordenado ya que en donde se le pedía que iluminara o remarcara figuras no las hacía en el orden que se le presentaban, podía hacer primero la última figura presentada y al final la primera figura presentada.

No confundió letras a pesar de que como se mencionó anteriormente no pronuncia bien la /ch/ y la /s/ , sabe separar oraciones así como completar palabras sin ningún problema. Le falla la ordenación alfabética.

- DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

Calificación

Indicadores del desarrollo presente en el dibujo:

Esperados: Todos los elementos

Excepcionales: Ninguno

Puntuación total: 5

Nivel de desarrollo: Normal

Interpretación

El dibujo presentó todos los indicadores de desarrollo esperados para su edad, no presenta indicadores excepcionales por lo que se puede inferir que su capacidad intelectual es promedio a los niños de su edad.

En cuanto a la estructura del dibujo fue muy pobre, hace omisión del cuello indicándonos que es impulsivo inmaduro y con poca tolerancia, la figura esta mal parada mostrándonos que es inseguro, sugiriendo que le hace falta alguien que le brinde apoyo esto podemos relacionarlo a la reciente separación de sus padres y que se siente inseguro, tiene los brazos asimétricos y largos indicándonos que es impulsivo, agresivo. Las manos no tienen dedos por lo que se puede decir que es un niño tímido, los ojos de reojo nos indican que es evasivo con su realidad.

- DIBUJO DE LA FAMILIA

El dibujo no presentó una organización o jerarquización familiar omitiendo a su padre y demás hermanos. Él se dibuja primero que su mamá y hermanos mostrándonos que devalúa la autoridad de su madre siendo él el más importante pero al mismo tiempo se desvaloriza indicándonos esto en el tamaño más pequeño comparado con los demás dibujos.

La omisión de su padre y hermanos nos indicó que son personas que no considera importantes, teniendo tal vez actitudes negativas u hostilidad hacia ellos. Por la posición de los dibujos dentro de la hoja nos muestran que son sujetos relacionados con el pasado, en este caso sus hermanos que viven en Canadá pero que en algún momento regresarán a vivir a México.

Es un niño que se apega a las reglas, mostrándolo en el ritmo de los trazos que es igual en todos los dibujos; a todos los integrantes les hace omisión de manos indicándonos sentimientos de culpa.

Con todo lo anterior se consideró que el menor estaba pasando por momentos difíciles dentro de su ámbito familiar, teniendo pérdidas dentro del núcleo como son el papá y el hermano que recientemente se fue a vivir a Canadá.

- **GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER**

Los resultados obtenidos en esta prueba indicaron que el menor tiene dificultades para planear y organizar los materiales con los que trabaja debiéndose a factores emocionales, así como una inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad, presentó algunos signos de agresividad e inmadurez, como se sabe el menor tuvo cambios constantes dentro de su ambiente familiar.

Al analizar el total de errores encontrados estos predominaron en la distorsión de las formas asociado a dificultades de problemas características visuales. Tiene inmadurez perceptual.

- **EVALUACIÓN DE AUTOESTIMA**

El menor tuvo un buen concepto de él a pesar de saber la problemática que tiene en el lenguaje oral, en cuanto a su aspecto físico se describe en lo general como un niño normal, alto, un poco gordito, moreno, de cabello negro, ojos cafés, nariz ancha, boca mediana, le gusta vestirse a la moda con pantalones de mezclilla, playeras o sudaderas, tenis de fútbol rápido así como collares de madera y pulseras; en ningún momento mencionó que tenía cicatriz en el labio.

En relación a su personalidad se describió como feliz, cariñoso con su mamá y hermanos que viven en Canadá, es platicador, amigüero, estudioso, obediente, inteligente, bueno para jugar fútbol con los niños de la calle, lo único que no le gusta de él es ser dormilón.

En casa en general se describe como un niño cooperativo dentro de las actividades de su casa. Durante esta prueba no fue necesario que el menor hiciera

una nueva descripción de él mismo ya que como pudimos leer anteriormente no presentó aspectos negativos en su aspecto físico, ni en su personalidad.

Por lo tanto uno de los objetivos prioritarios con el menor fue subsanar las dificultades en la pronunciación de los fonemas /ch/ y /s/, así como se realizaron ejercicios de praxias para que tuviera un mejor movimiento en los órganos que intervienen en el habla.

4.- SITUACIÓN DEL ALUMNO

4.1. NIVEL DE COMPETENCIA CURRICULAR

Estuvo situado en un nivel de competencia curricular de 1er año de Educación Primaria.

4.2. ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL CURRÍCULO

4.2.1. ESTILO DE APRENDIZAJE

- Trabajó muy bien durante las clases
- Las actividades las entrego a tiempo
- Participó durante las clases
- Aprende con facilidad
- Terminó los trabajos
- Le gusta trabajar en equipo
- Es inquieto
- Su nivel de atención es bueno
- Llevó tareas

4.2.2. MOTIVACIÓN

- Mostró interés por todas las áreas curriculares a excepción de matemáticas
- Fue tratado de forma igual a sus compañeros, lo cual le ayudó a integrarse
- Los demás compañeros de clase no lo excluyeron de las actividades dentro del aula ni durante el recreo

4.3. ASPECTOS RELEVANTES SOBRE EL CONTEXTO ESCOLAR

4.3.1. CLIMA DENTRO DEL AULA

- El menor ha necesitado de apoyo por parte del maestro para comunicarse con su entorno.
- El menor fue integrado totalmente en las clases
- El menor no ha necesitado de adecuaciones curriculares
- Los demás compañeros no hicieron diferencia por su aspecto físico
- El horario de las clases fue diseñado de acuerdo al rendimiento de todo el grupo
- Los materiales con los que trabajó el menor son los que da la SEP
- El menor trabajo igual si es individual o en equipo

4.3.2. CLIMA FUERA DEL AULA

- Ha necesitado de apoyo para socializar.
- En el patio le gustó jugar fútbol, atrapadas o escondidillas
- Inició actividades de manera autónoma
- Tiene muchos amigos
- No es problemático
- Es muy alegre

4.3.3. ASPECTOS RELEVANTES SOBRE EL CONTEXTO FAMILIAR

Dentro de la historia prenatal, perinatal y posnatal la madre manifestó que el niño fue producto de su segundo matrimonio siendo su tercer embarazo contando con 35 años de edad al igual que el papá siendo un niño deseado. Tanto el padre como la madre eran divorciados y cada uno tenía más hijos(as), el embarazo lo vivió sola por que el padre del menor estuvo en el reclusorio durante 1 año.

Fue un nacimiento normal con una duración de 6 hrs. de labor de parto sin ninguna complicación, nació pesando 3.800 Kg. midiendo 53 cms. Al nacer el menor presentó problemas de Labio paladar hendido y como consecuencia reflujo, por lo que ella tuvo que estar en terapias con la psicóloga para que le explicarán lo que era el LPH, el por qué de esa malformación al igual de el rechazo que podía existir por parte de la familia, ella nunca rechazo al menor sólo que quería saber si ella había tenido la culpa de que naciera así, lo que la llevó algunos días en asimilarlo, inmediatamente se preocupo por saber como tenía que alimentarlo al igual de los cuidados que debía de tener y el tratamiento. Cuando salió del hospital se lo entregaron con sondas por lo cual no pudo amamantarlo tuvo que utilizar biberones especiales hasta la edad de un año seis meses.

Su desarrollo psicomotor en general fue normal logro sentarse a los cuatro meses, gateo a los seis meses, se sostuvo en pie a los ocho meses, sus primero pasos fueron a los nueve meses. Su alimentación fue de leche materna con biberones especiales acompañada de alimentos sólidos a partir de los dos meses usando una placa en el paladar para cerrar el velo. El entrenamiento de control de esfínteres fue a partir de los nueve meses dejando el pañal a la edad de un año dos meses, usándolo solo por las noches, nunca presento problemas de enuresis.

El desarrollo de lenguaje fue más lento debido al trastorno de LPH, sus primeros sonidos se presentaron a los dos años seis meses, balbuceo a los seis meses y sus primeras palabras a los doce meses, a partir de ahí su lenguaje fue más retardado debido a que no contaba con ninguna cirugía por lo que sólo pronunciaba las vocales de una palabra (ejemplo: mamá = aaaa).

Actualmente ha tenido cinco operaciones de las cuales la primera se realizó cuando tenía un año ocho meses para cerrar el labio, transcurridos ocho meses se realizó la segunda operación para cerrar el velofaríngeo. Después de éstas dos

primeras operaciones el niño mejoró en su lenguaje, pudo hacerse entender mejor y ya pronunciaba algunas consonantes como la m, p, por ejemplo.

La mamá del menor refirió que después del nacimiento asistió a varios hospitales públicos para que empezara el tratamiento, pero en la mayoría de ellos no le daban seguimiento para hacer las operaciones que necesitaba, lo único que le hicieron fue darle una placa para cerrar el velofaríngeo, es por ello que tardó mucho tiempo para que se realizaran las operaciones.

Debido a lo anterior la mamá ya estaba muy desesperada y decidió llevarlo a un hospital privado, en el cual fue atendido por diversos médicos los cuales hicieron los estudios convenientes para realizar las cirugías inmediatamente, como ya se mencionó anteriormente la primera cirugía fue a la edad de un año ocho meses para cerrar el labio, transcurridos 8 meses siguió la segunda cirugía para cerrar el velofaríngeo.

Después de las dos primeras cirugías el menor comenzó a asistir al Hospital Pediátrico de Tacubaya en donde se le dio seguimiento al tratamiento y a las posteriores tres cirugías tanto en el labio como en la encía, siguió usando diferentes placas en el paladar para estimular el crecimiento del mismo. A los tres años comenzó con terapias de lenguaje en la Clínica de Labio Paladar Hendido dentro del Hospital Pediátrico de Tacubaya. Actualmente no presenta problemas de comunicación pero si en la articulación, la mayor dificultad son las letras /ch/ y /s/ para articular.

Su desarrollo escolar se inició a los cuatro años asistiendo a jardín de niños público en donde nunca fue rechazado por ningún maestro(a), al ingresar tuvo problemas de socialización por lo que recibió apoyo psicopedagógico, con sus compañeros presentó problemas de socialización debido a que no le entendían lo que decía, no presentó problemas de aprendizaje. Ingresó a la primaria pública a

la edad de siete años teniendo problemas de socialización debido a la incorrecta articulación, los maestros han referido que tuvo problemas de socialización tanto con ella como con los demás compañeros, que es un niño que aprende rápido, es dedicado y obtiene muy buenas calificaciones.

En cuanto al desarrollo de su personalidad el menor es afectivo y comunicativo con su madre y hermanos maternos, con su padre no tiene una buena relación. Actualmente ya no vive con él, desde que se fue de la casa ya no lo ve ni sabe en donde vive. Con sus hermanas paternas sólo tiene comunicación con dos de ellas a las cuales quiere mucho y ve muy espaciadamente; es un niño muy obediente acepta las reglas familiares sin ningún problema, no es berrinchudo pero si es muy inquieto. En cuanto a eventos especiales recientemente sufrió la separación de sus padres y la ausencia de su hermano mayor que se fue a vivir a Canadá.

En la escuela la maestra lo describe como “un niño muy inteligente, trabajador sin ningún problema para aprender, con un rendimiento alto a comparación de sus demás compañeros, siempre lleva tareas. Falta con frecuencia debido a que se enferma mucho de la garganta pero al incorporarse a las clases se pone al día y vuelve a retomar su nivel de aprendizaje”.

5.- ANÁLISIS DE DATOS

5.1. DELIMITACIÓN DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS

De acuerdo a los resultados de la exploración el menor tuvo un CI más elevado de acuerdo a su edad cronológica, no tuvo problemas de identificación de fonemas de manera escrita aunque verbalmente los pronunció incorrectamente. Los fonemas con dificultad son /ch/ y /s/. No tuvo desventaja ni dificultad de aprendizaje, Presentó una NE debido a que su lenguaje oral no es lo suficientemente claro, lo cual hace que cuando ingresa a un nuevo lugar tenga problemas de socialización ya que su articulación no es correcta al 100%.

5.1.1. NECESIDADES ESPECIALES DE PROVISIÓN DE MEDIOS DE ACCESO CURRÍCULO

A. Medidas de acceso: A pesar de la incorrecta pronunciación de los fonemas /ch/ y /s/ no fueron necesarios sistemas especiales de comunicación.

B. Recursos personales que necesita:

- Tutora
- Apoyo de terapeuta de lenguaje (aun recibe terapia de lenguaje)
- Apoyo de la maestra

C. Recursos materiales

- Material de apoyo

5.1.2. NECESIDADES ESPECIALES DE ADECUACIÓN CURRICULAR

- Priorizar objetivos y contenidos orientados a la adquisición de habilidades básicas y aquellos encaminados a la consecución de una mejor pronunciación oral.
- Priorizar objetivos y contenidos orientados a la adquisición de conocimientos curriculares establecidos a partir del análisis de su competencia.
- Potenciar la socialización e integración con respeto a sus compañeros.

5.2. DECISIÓN DE LOS ELEMENTOS QUE DEBEN MODIFICARSE

- Comunicación entre terapeuta y equipo docente, a través del tutor para que se refuerce lo aprendido en cada Institución.

5.2.1. A NIVEL CENTRO

- Asistió a terapias de lenguaje dos veces a la semana con un tiempo de sesenta min. por sesión durante dos meses. Donde se trabajaron ejercicios de diversas praxias, ejercicios orales y escritos.

5.2.2. A NIVEL DE CICLO Y AULA

- Comunicación entre terapeuta y equipo docente, a través del tutor para que se refuerce lo aprendido en cada Institución.

5.2.3. A NIVEL INDIVIDUAL

- Al realizar las diversas intervenciones los logros se vieron reflejados en el aula, como resultado de la retroalimentación entre terapeuta y maestra, haciendo que el menor articulará mejor.

DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS

- El marco de referencia para trabajar con el menor fue el programa de 1er año de primaria en el área de español especialmente los de lengua hablada.

SECUENCIA DE CONTENIDOS Y TIPO DE ACTIVIDADES

- En la clínica de LPH se realizaron las actividades programadas de acuerdo a la problemática del menor, estableciéndose las prioridades necesarias entre los contenidos, procedimientos, actitudes de cada actividad y secuenciados en función de sus necesidades.

METODOLOGÍA A EMPLEAR

- Se trabajó durante sesenta min. adjudicándole diversas actividades concretas.
- Se le enseñó a través de entrenamiento y practica oral.
- Se le dejó trabajar solo y si fue necesario recibió apoyo.
- Se diseñaron las actividades previamente y se le proporcionaron los materiales necesarios.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Se tomó en cuenta el desempeño y la actitud del menor.

- La evaluación fue continua en las sesiones.
- Se evaluó la calidad del trabajo.

6.- ORIENTACIONES AL PROFESORADO PARA LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

6.1. ORIENTACIONES METODOLÓGICAS GENERALES

- La maestra debió mantener comunicación con el terapeuta a través de la madre, informándole acerca de los logros obtenidos por el menor así como las dificultades que vaya presentando durante las clases.
- El terapeuta le hizo observaciones a la maestra a cerca de lo que debía ir estimulando y ejercitando en el menor, de acuerdo a los logros que fue obteniendo.
- La maestra debió hacer participe al menor durante las clases de lectura oral para que ejercitará su lenguaje.
- Establecer prioridades acerca de las actividades que son necesarias para la ejercitación del lenguaje oral.
- Se permitió mayor práctica dentro de la lectura oral en cualquiera de las materias.
- Se simplificó al máximo la realización de las actividades , esto con el fin de hacerle ver al menor los logros que fue adquiriendo y los que le faltaban.
- Se tomaron en cuenta las reacciones de los demás durante la participación del menor.
- Se tomó en cuenta la autoestima que tenía el menor y asegurarse de que los demás no la dañaran.

6.2. ORIENTACIONES METODOLÓGICAS ESPECÍFICAS

ORIENTACIONES PARA AUMENTAR EL NIVEL DE MOTIVACIÓN

- Se elaboraron tareas significativa, es decir, que el menor pudiera ejercitar tanto el lenguaje oral como la correcta articulación.
- Aprendizaje operativo y participativo.
- Las tareas fueron creativas ya que motivaban más al menor.

ORIENTACIONES METODOLÓGICAS EN LA CORRECTA PRONUNCIACIÓN DE FONEMAS

El menor pronunció incorrectamente los fonemas /ch/ y /s/ al principio, intermedio y final de las palabras. Como paso previo a la enseñanza de la correcta pronunciación fue necesario:

- Corregir dislalias palatales y labiales.
- Ejercitar los músculos que intervienen en el lenguaje.
- Ejercitar la respiración.
- Corregir, enseñar y memorizar la posición adecuada de los órganos que intervienen en el habla para una correcta pronunciación.

SECUENCIA DE LA PRONUNCIACIÓN

- Al principio se trabajó con los diversos ejercicios de praxias ya establecidos frente a un espejo con el objetivo de que el menor tenga movilidad en los músculos que intervienen en el habla.
- De forma continua se indicó cual era la pronunciación adecuada para pronunciar fonemas de dificultad.
- Se trabajaron palabras simples que contenían fonemas /ch/ y /s/ al principio, intermedio y final de las palabras.
- Una vez memorizada la adecuada posición para la correcta pronunciación y dominadas las palabras sencillas se aumentó la dificultad de ellas, después se trabajó en repetidas ocasiones dentro de una palabras los fonemas /ch/ y /s/.
- Se realizaron actividades donde el menor ejercitará el lenguaje oral, con el objetivo de que el sonido de los fonemas fuera lo más aproximado al correcto y se mejorará la pronunciación, así como la fluidez.

ORIENTACIONES METODOLOGICAS EN LA ENSEÑANZA DE LA OMISION

Por lo general los niños (as) escriben como leen y leen como articulan. Pero los niños con LPH, ellos escriben de forma adecuada pero por su problema articulan de diferente forma ya sea cambio de letra pronunciado en fonema similar o en ocasiones omitiendo el sonido; como es el caso del niño 1.

Este niño presento problemas en la pronunciación de las letras /ch/ y /s/, tanto al inicio, intermedio y final de la palabra, ya que omite el sonido por completo en la palabra.

En cuanto a la articulación de las oraciones no presentó dificultad a pesar de omitir el sonido de las letras.

7.- ORIENTACIONES A PADRES PARA LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

Para que el trabajo que realizó el menor durante las sesiones tuviera continuidad, debió existir una coordinación entre terapeuta, casa y escuela, donde la madre del menor sirvió como puente de información entre terapeuta y maestra.

Para aumentar el tiempo de estimulación del menor se hizo lo siguiente:

- El menor debió asistir a las terapias 2 veces a la semana, procurando que no faltara para que no se perdiera la continuidad de las sesiones.
- Se realizaron ejercicios que el terapeuta indicará durante un tiempo de 30 min.
- Los ejercicios el menor debió realizarlos con ayuda de la madre.
- Se brindó apoyo y animación constante.
- Se debió proporcionar seguridad al menor durante la ejecución de los ejercicios.

Sujeto 2.

1.- DATOS PERSONALES Y ESCOLARES

DATOS PERSONALES			
ALUMNO:	MASCULINO		
CURSO ESCOLAR:	1ER. AÑO DE PRIMARIA		
FECHA DE NACIMIENTO:	27 AGOSTO 2000	EDAD:	7 AÑOS 8 MESES
FECHA DE EXPLORACION: ENERO A JUNIO 2008			
MODALIDAD ESC. ESCUELA REGULAR PUBLICA			

DATOS FAMILIARES			
EDAD DEL PADRE:	25 AÑOS	ESCOLARIDAD:	SECUNDARIA
PROFESION DEL PADRE: PIZCA EN LOS U.S.A.			
EDAD DE LA MADRE:	25 AÑOS	ESCOLARIDAD:	SECUNDARIA
PROFESION DE LA MADRE: CAJERA TIENDA DEPARTAMENTAL			
NO. DE HERMANOS:	3	LUGAR QUE OCUPA:	1
DELEGACION: IZTAPALAPA			

El menor antes de la intervención presentó NEE en el lenguaje las cuales fueron tratadas a tiempo dejando secuelas de articulación oral producto de LPH, no presentó problemas de comunicación y el presente informe lo demostrará.

Actualmente solo presentan una NE en la articulación del lenguaje oral por lo que no se manejará el término NEE.

2.- MOTIVO DE LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA

Es un niño con LPH, el cual fue reportado con problemas en el lenguaje principalmente en las letras /c/ y /k/. Presentó trastornos en la articulación de fonemas debido a la alteración orgánica (labial y palatal), así como baja autoestima.

3.- INFORMACIÓN SOBRE EL ALUMNO. VALORACIÓN GLOBAL

3.1. DESARROLLO PERSONAL

El menor presentó un problema de LPH (fisura bilateral) que es un trastorno orgánico que desencadena una disglosia palatal y labial. Es autónomo para desplazarse. Controla esfínteres diurno y nocturno, sin problemas de visión ni

audición. Debido al LPH, ha sido sometido a diversas cirugías de reconstrucción labial y palatal.

3.2 CONTEXTO FAMILIAR

Su familia la integran su madre, su abuela y sus dos hermanos. Es una familia monoparental, en donde la madre lleva el sustento de la familia, por lo que está todo el día fuera de casa, dejando a sus hijos a cargo de la abuela, siendo ésta la que se encarga de llevar al menor a la escuela, las terapias de lenguaje, y a las diversas operaciones que ha tenido.

3.3. HISTORIA ESCOLAR

3.3.1. HISTORIAL ACADÉMICO

El menor asistió al primer año de primaria pública regular, así como terapias de lenguaje. Curso dos años de Jardín de Niños. Sus terapias de lenguaje no interfirieron con el horario de clases, ya que cursa en el turno vespertino, así que no cuenta con inasistencias y es cumplido con el colegio.

3.3.2. NIVEL ACADÉMICO

Actualmente cursa el 1er. Año de primaria pública regular.

3.3.3. MODALIDAD DE ESCOLARIZACIÓN

Escuela regular de integración en aula.

3.3.4. ACTUACIONES SEGUIDAS EN TORNO AL CASO

- Entrevistas a la tutora para recolectar información sobre aspectos familiares y escolares.
- Entrevista a la profesora para recolectar información de diversos aspectos escolares.
- Entrevista al terapeuta para recolectar información de diversos aspectos de lenguaje.

- Exploración individual al menor. Se realizó la valoración con el fin de conocer su situación actual, delimitar lo que se le dificultaba y poder orientar en aspectos psicopedagógicos así como sobre las medidas educativas a emplear.

PRUEBAS APLICADAS

- HOJA DE EVALUACIÓN DE ARTICULACIÓN Y LENGUAJE

Los resultados obtenidos en esta evaluación el niño presentó problemas en la pronunciación de las letras /c/, /k/ tanto al inicio, intermedio y final de la palabra, ya que omite el sonido por completo en la palabra. En cuanto a la articulación de las oraciones no presentó dificultad a pesar de omitir el sonido de las letras.

Ejemplo:	club	pronuncio	lub
	Foco	pronuncio	foo
	Tac	pronuncio	ta

- WISC-RM

De acuerdo a los resultados que arrojó la prueba se pudo decir que el menor tiene una inteligencia entre lo normal y lo superior de acuerdo a su edad, existe una diferencia de nueve meses entre su edad cronológica y su edad escalar. En cuanto a la escala verbal su desarrollo fue superior a lo normal de acuerdo a su edad, en cuanto a la escala de ejecución su desarrollo es normal. El coeficiente intelectual del menor es de ciento diez lo cual indica que de acuerdo a su edad está por arriba de lo normal.

- PRUEBA PSICOPEDAGÓGICA DE CONOCIMIENTOS

Durante esta prueba el menor tuvo un error de dieciocho preguntas a lo cual podemos decir que los resultados fueron satisfactorios, en el lenguaje escrito no presentó NEE; a lo largo de la prueba pudimos observar que entendió bien las

indicaciones que se le daban, por lo que los ejercicios fueron bien ejecutados, trabajó un poco sucio y de manera apresurada.

No confundió letras a pesar de que como se mencionó anteriormente no pronuncia bien la /c/ y la /k/, sabe separar oraciones así como completar palabras sin ningún problema. Le falló la ordenación de las oraciones.

En general se pudo decir que los resultados de la prueba fueron satisfactorios.

- DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

Calificación

Indicadores del desarrollo presente en el dibujo:

Esperados: Todos los elementos

Excepcionales: Ninguno

Puntuación total: 5

Nivel de desarrollo: Normal

Interpretación

El dibujo presentó todos los indicadores de desarrollo esperados para su edad, no presentó indicadores excepcionales por lo que se pudo inferir que su rendimiento intelectual y madurez son promedio a los niños de su edad.

En cuanto a la estructura del dibujo la figura estuvo mal parada mostrándonos que es inseguro, sugiriendo que le hace falta una base que le brinde apoyo esto podemos relacionarlo a que sus padres no viven juntos, él está en EE.UU. y su mamá trabaja todo el día, tiene los brazos asimétricos indicándonos que es impulsivo. Las manos son grandes lo que nos indica que puede asociarse a conductas agresivas con temor al castigo.

- DIBUJO DE LA FAMILIA

El dibujo no presentó una jerarquización familiar, en primer plano dibujó a su mamá considerándola la más importante, tal vez a quien admira, recordemos que es con quien vive y la que se encarga del sustento familiar. En segundo lugar se dibuja a él, intercalando entre sus hermanos a su papá esto nos infiere que el considera que son ellos los que necesitan más cuidado por parte de él.

Los dibujos fueron pobres indicándonos que tuvo una pobre imaginación de sí mismo así como de su familia. La posición dentro de la hoja nos infiere depresión y apatía. Es un niño que se apega a las reglas, mostrándolo en el ritmo de los trazos de los integrantes todos son iguales; todos están sonriendo con lo que podemos considerar como una familia feliz, dentro de la cual esta su papá, a quien tal vez le gustaría que viviera con ellos.

- TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

Los resultados obtenidos en esta prueba indicaron que el menor tiene dificultades para planear y organizar los materiales con los que trabajó debiéndose a factores emocionales, así como una inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad.

Al analizar el total de errores encontrados estos predominaron en la distorsión de las formas asociado a dificultades de problemas características visuales. Tiene inmadurez perceptual.

- EVALUACIÓN DE AUTOESTIMA

Él se considero un niño normal, le gusta su aspecto físico y se describe: pequeño, flaco, morenito, ropa de moda, cara redonda, pelo corto, orejas chicas, nariz plana, cejas cortas, ojos chicos, voz chillona y con coronas en los dientes; cabe hacer mención que el reitera que le gusta su aspecto físico.

Se siente feliz pues esta rodeado de su familia que lo ama y lo quiere tal y como es tanto su familia materna como la paterna, tiene muchos amigos en su colonia y en la escuela, es obediente, estudioso, le gusta jugar fútbol en la calle con sus amigos, ayuda en las tareas del hogar a su abuela.

La alimentación es buena ya que tiene una dieta balanceada, frutas, verduras, huevo, carne y pescado. Durante esta prueba no fue necesario que el menor hiciera una nueva descripción de él mismo, ya que como podemos leer en párrafos anteriores no presenta aspectos negativos en su aspecto físico, ni en su personalidad.

4.- SITUACIÓN DEL ALUMNO

4.1. NIVEL DE COMPETENCIA CURRICULAR

Estuvo situado en competencia curricular en el 1er. año de primaria.

4.2. ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL CURRÍCULO

4.2.1. ESTILO DE APRENDIZAJE

- Le gusta la escuela
- Es participativo
- Su materia preferida es matemáticas
- Es cumplido en lo que se le encomendaba
- Entrego a tiempo lo que se requería
- Le gustó que fuera supervisado
- En tareas fue muy reflexivo
- Fue distraído junto a sus amigos
- Se esforzó mucho en cumplir con todas sus tareas, y en poner atención a sus clases, ya que su educación es por la tarde y asistía un poco cansado (por las diversas tareas que realiza por la mañana)

4.2.2. MOTIVACIÓN

- Mostró interés y gusto por sus materias, excepto por conocimiento del medio
- Fue tratado de forma igual a sus compañeros, lo cual le ayuda a integrarse

4.3. ASPECTOS RELEVANTES SOBRE EL CONTEXTO ESCOLAR

4.3.1. CLIMA DENTRO DEL AULA

- Al ingresar a la escuela tuvo problemas de socialización.
- El alumno estuvo integrado en clases
- La clase se desarrolló de forma diferente de acuerdo a cada materia
- Todos los materiales utilizados fueron adaptados al menor
- Todas las actividades se realizaron con una secuencia, de tal forma que las fuera asimilando
- Su conducta fue adecuada
- No generó problemas dentro del aula
- Sus compañeros lo apoyaron y le ayudaron en lo que necesitaba
- Fue participativo
- Todos los trabajos que tenían fecha de entrega se entregaron en tiempo y forma
- Tuvo una buena relación con su profesora
- No dudó en preguntar si tenía alguna duda
- Fue limpio y dedicado en sus tareas

4.3.2. CLIMA FUERA DEL AULA

- Ha necesitado apoyo constante para comunicarse con su entorno escolar.
- Le gustó convivir con sus compañeros, de forma grupal
- No le gustó estar solo, lo que habla de su integración
- Le gustó buscar la aprobación y apoyo de sus profesores, en los juegos
- No molestó a los demás

- Protegió a sus compañeros mas allegados

4.3.3. ASPECTOS RELEVANTES SOBRE EL CONTEXTO FAMILIAR

Dentro de la historia prenatal, perinatal y postnatal la madre manifestó que el niño fue producto de primer matrimonio siendo su primer embarazo contando con dieciocho años de edad y el padre de diecinueve años de edad, siendo un niño deseado. Ambos padres eran solteros, decidiendo vivir en unión libre, al sexto mes de embarazo el padre decide ir a trabajar a los Estados Unidos de América, por lo que el resto del embarazo lo vive sola.

Producto fue obtenido por cesara programada, sin ninguna complicación, pesando 3.520 Kg., midiendo 51 cms, con labio paladar hendido y como consecuencia reflujo.

Obtuvo información del hospital de cómo llevar el problema del recién nacido, ya que se contó con un médico y psicólogo que les informó de cómo manejar la situación, por lo que no tuvo ningún problema de rechazo, así como la forma adecuada de alimentarlo por seno materno a libre demanda, sin ninguna otra malformación y con el apoyo familiar de la madre; solo con un poco de sobreprotección de parte de la abuela materna lo cual fue cada vez con menor frecuencia por las diversas terapias que recibieron a lo largo del primer año de vida.

Su desarrollo psicomotor fue normal, logró sentarse a los cuatro meses con ayuda y a los siete por si sólo, el gateo se dio a partir de los siete meses, a los once meses se mantuvo de pie sin ayuda y sus primeros pasos fueron a los doce meses y medio.

La ablactación fue a partir de los cinco meses con ayuda de una placa que le manejaron sin más problema. Su control de esfínteres comenzó a partir del primer

año y medio, dejando a los dos años tres meses el pañal por el día y hasta los tres años por completo.

El desarrollo del lenguaje fue lento debido al trastorno de LPH, pero obtuvo mucho apoyo con sus terapias de estimulación temprana en el lenguaje por lo que sus primeros sonidos se presentaron al mes y medio, balbuceo a los 6 meses y sus primeras palabras a los trece meses, tuvo cirugías que le ayudaron a una mejor pronunciación de las sílabas.

Hasta la fecha ha tenido cuatro operaciones de las cuales la primera se realizó al primer año, la segunda a los tres años, la tercera a los cinco años y la cuarta a los cuatro años, esperando una más al finalizar este año y la cual dará término a sus cirugías.

Cabe mencionar que su tratamiento comenzó desde su nacimiento en el Hospital General de la Raza perteneciente al IMSS, fue necesario atenderse en el Hospital Pediátrico Tacubaya por dejar de ser derechohabiente; aquí se le sigue la terapia de lenguaje, aunque su lenguaje es claro aun se trabaja con los fonemas /c/, /k/.

Su desempeño académico dio inicio a partir de los cinco años en el jardín de niños en donde al principio tuvo problema de socialización con la maestra y los demás alumnos debido a su dificultad en el lenguaje. La educación primaria comenzó a los seis años, teniendo problemas de socialización por su incorrecta articulación, en cuanto a desempeño escolar su profesora comenta que es un niño con mucha iniciativa, que no se le dificulta el aprendizaje, tiene dedicación y todo esto le ayuda a obtener buenas calificaciones, que su problema de LPH no ha sido ningún impedimento para un buen desempeño educativo.

El menor es afectivo y comunicativo con todos los miembros que integran su familia (madre, hermanos, tíos y abuela) con su padre no tiene una comunicación por la distancia geográfica que existe entre ellos, sin embargo tiene una buena integración con su familia paterna como son su abuela y la tía, con los que convive todos los fines de semana o por lo menos dos veces al mes ya que es el único nieto que tienen cerca por lo que es muy querido, apoyado y consentido.

Dentro de la escuela lo ven como un niño muy divertido, inteligente, cooperativo, y sin problemas educativos, aun con su dificultad en el lenguaje oral, es un buen estudiante que ayuda a sus demás compañeros, y nunca le falta alguna tarea.

5.- ANÁLISIS DE DATOS

5.1. DELIMITACIÓN DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

De acuerdo a los resultados de exploración el menor tiene un CI mas elevado de acuerdo a su edad cronológica, no tiene problema de identificación de fonemas de manera escrita, aunque verbalmente sean omitidos /c/, /k/, no tuvo desventaja, ni dificultad de aprendizaje. Presentó una NE debido a que su lenguaje oral no es claro.

5.1.1. NECESIDADES ESPECIALES DE PROVISIÓN DE MEDIOS DE ACCESO CURRÍCULO

- A. Medidas de acceso: A pesar de la omisión de fonema /c/, /k/ no fueron necesarios sistemas especiales de comunicación
- B. Recursos personales que necesita
 - Tutora
 - Apoyo de la terapeuta de lenguaje (para mejorar su articulación oral).
- C. Recursos materiales

- Materiales de apoyo

5.1.2. NECESIDADES ESPECIALES DE ADECUACIÓN CURRICULAR

- Se priorizaron objetivos y contenidos orientados a la adquisición de habilidades básicas y aquellos encaminados a la consecución de una mejor pronunciación oral.
- Se priorizaron objetivos y contenidos orientados a la adquisición de conocimientos curriculares establecidos a partir del análisis de su competencia.
- Se potenció la socialización e integración con respeto a sus compañeros.

5.2. DECISIÓN DE LOS ELEMENTOS QUE DEBEN MODIFICARSE

5.2.1. A NIVEL CENTRO

- Anteriormente a la intervención el menor asistía a terapia solo 1 vez a la semana por lo que necesitó asistir a la terapia de lenguaje mínimo 2 veces por semana con un tiempo de 60 min. Por sesión durante 2 meses donde se trabajaron ejercicios de diversas praxias, así como ejercicios orales y escritos.

5.2.2. A NIVEL DE CICLO Y AULA

- Comunicación entre terapeuta y docente, para que el menor ejercite lo aprendido en ambas Instituciones.
- Se potenció de forma especial la solidaridad entre compañeros del mismo nivel

5.2.3. A NIVEL INDIVIDUAL

- Al realizar las diversas intervenciones se vieron reflejadas en el aula, haciendo que el menor articulara mejor.

DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS:

- Los objetivos estuvieron establecidos por el currículo del 1er año de primaria.

SECUENCIA DE CONTENIDOS Y TIPO DE ACTIVIDADES:

- En la clínica de LPH se realizaron las actividades programadas de acuerdo a la problemática del menor, estableciéndose las prioridades necesarias entre los contenidos, procedimientos, actitudes de cada actividad y secuenciados en función de sus necesidades.

METODOLOGÍA A EMPLEAR

- Se trabajó durante sesenta min. adjudicándole diversas actividades concretas
- Se le enseñó a través de entrenamiento y practica oral
- Se le dejó trabajar solo y si era necesario recibió apoyo
- Se diseñaron las actividades previamente y se le proporcionó los materiales necesarios

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Se tomó en cuenta el desempeño y la actitud del menor
- La evaluación fue continua en las sesiones
- Se evaluó la calidad del trabajo

6.- ORIENTACIONES AL PROFESORADO PARA LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

6.1. ORIENTACIONES METODOLÓGICAS GENERALES

- Tener cuidado en su ritmo de trabajo y estilo de aprendizaje
- Utilizar los refuerzos verbales con sinceridad para que se sienta motivado
- Combatir la pasividad y el desaliento en el alumno de los objetivos a alcanzar

- Procurar estar al pendiente de las reacciones y actitudes de los demás alumnos y de los docentes frente al problema que este presenta
- Motivar su desempeño y el interés de ayudarlo

6.2. ORIENTACIONES METODOLÓGICAS ESPECÍFICAS

ORIENTACIONES PARA AUMENTAR EL NIVEL DE MOTIVACIÓN

- Elaboración significativa de tareas, es decir, que el menor pueda ejercitar tanto el lenguaje oral como la correcta articulación.
- Aprendizaje operativo y participativo.
- Las tareas deben ser creativas ya que motivan más al menor.

ORIENTACIONES METODOLÓGICAS EN LA CORRECTA PRONUNCIACIÓN DE FONEMAS

El menor pronunció incorrectamente los fonemas /c/ y /k/ al principio, intermedio y final de las palabras. Como paso previo a la enseñanza de la correcta pronunciación fue necesario:

- Corregir dislalias palatales y labiales
- Ejercitar los músculos que intervienen en el lenguaje
- Ejercitar la respiración
- Corregir, enseñar y memorizar la posición adecuada de los órganos que intervienen en el habla para una correcta pronunciación

SECUENCIA DE LA PRONUNCIACIÓN

- Al principio se trabajó con los diversos ejercicios de praxias ya establecidos frente a un espejo con el objetivo de que el menor tuviera movilidad en los músculos que intervienen en el habla.
- De forma continua se indicaba cual es la pronunciación adecuada para pronunciar fonemas de dificultad.

- Se trabajaron palabras simples que tuvieran fonemas /c/ y /k/ al principio, intermedio y final de las palabras.
- Una vez memorizada la adecuada posición para la correcta pronunciación y dominadas las palabras sencillas se aumentó la dificultad de ellas, después se trabajaron en repetidas ocasiones dentro de una palabras los fonemas /c/ y /k/.
- Se realizaron actividades donde el menor ejercitará el lenguaje oral, con el objetivo de que el sonido de los fonemas fuera lo más aproximado al correcto y se mejoró la pronunciación, así como la fluidez.

ORIENTACIONES METODOLOGICAS EN LA ENSEÑANZA DE LA OMISION

Por lo general los niños (as) escriben como leen y leen como articulan. Pero los niños con LPH, ellos escriben de forma adecuada pero por su problema articulan de diferente forma ya sea cambio de letra pronunciado un fonema similar o en ocasiones omitiendo el sonido.

Este niño presentó problemas en la pronunciación de las letras /c/ y /k/, tanto al inicio, intermedio y final de la palabra, ya que omitía el sonido por completo en la palabra.

Ejemplo:	club	pronuncio	lub
	Foco	pronuncio	foo
	Taco	pronuncio	tao

En cuanto a la articulación de las oraciones no presentó dificultad a pesar de omitir el sonido de las letras.

7.- ORIENTACIONES A PADRES PARA LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

Para tener mejores resultados en el alumno este debió tener un gran apoyo en casa, en relación al aprovechamiento escolar, como en las terapias de lenguaje, y

los padres jugaron un papel muy importante y debieron de no tener ningún problema con el acercamiento tanto con el docente, como con el terapeuta.

Se debe recordar que el mejor apoyo para el niño(a) son sus padres, por lo que se considera que ellos son los mejores estimuladores tanto del alumno como de las relaciones familiares, por ello dan las siguientes orientaciones:

- Dedicar un tiempo diario mínimo de quince minutos.
- Respetar el ritmo del niño, y ser tolerante y paciente.
- Proporcionar apoyo y animación constante.
- Dar seguridad.
- Buscar siempre la interacción.
- Pensar y transmitirle al niño que el éxito radia en el trabajo realizado y no en recordar un conocimiento de un día para otro.
- Premiar afectivamente cualquier éxito en tareas escolares, juegos, etc.
- Dar como recompensa las cosas que le gustan.

6.2 DISEÑO Y APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

La programación de la intervención fueron de cincuenta y sesenta minutos cada una, dos sesiones por semana, los martes en la escuela primaria correspondiente a cada niño y los jueves dentro de las instalaciones de la Clínica de LPH, durante ocho semanas.

Nos apoyamos en el programa de 1er año de primaria elaborado por la SEP para el ciclo escolar 2007-2008 en el área de español, que es el siguiente:

PROGRAMA 1ER GRADO		
Ejes temáticos	Contenidos	Actividades
Lengua hablada	Desarrollo de la pronunciación y la fluidez	
	Predicción de secuencias en el contenido de textos	
	Compresión y transmisión de ordenes e instrucciones	
	Desarrollo de la capacidad para expresar ideas y comentarios propios.	
	Conversación	Conversación sobre temas libres, lecturas y preferencias respecto a programas de radio y televisión
	Narración y descripción	Narración individual y colectiva de vivencias y sucesos cercanos.
	Descripción	Descripción de imágenes en libros para anticipar el contenido del texto, juegos con descripciones para adivinar de que o quien se trata.

	Entrevistas	Juegos de simulación de entrevistas
	Discusión	Expresiones y opiniones en reuniones de grupo.
	Recursos no verbales	Expresión e interpretación de mensajes mediante la mímica.
	Compresión de instrucciones	Participación en juegos que requieran dar y comprender ordenes.

Una correcta articulación necesita una buena movilidad y coordinación de los órganos fono-articuladores, además de una buena percepción auditivo-verbal, nuestro trabajo se centró en la estimulación de estas habilidades, estimulación paralela y tener una asiduidad necesaria, de tal forma que se ejercitaran no menos de dos o tres veces semanales.

Los ejercicios prácticos, fueron múltiples, hicimos una selección de aquellos que consideramos más importantes y a la vez suficientes para que el niño, en primer lugar, tomará conciencia de sus órganos fono-articuladores y, en segundo lugar, adquiera agilidad y dominio sobre los mismos (los ejercicios de soplo, en ellos están intercaladas salidas de aire fuertes y débiles), contrastes que también existen en los fonemas. (Anexo 8)

Antes de iniciar el entrenamiento se le dijo al niño, frente a un espejo el nombre de cada uno de los órganos que se iban a movilizar, el objetivo era que el niño los aprendiera y se familiarizara con ellos.

Las actividades de intervención desarrollaron en el alumno su lenguaje a través de la práctica oral, así como su representación. Las actividades que se diseñaron contenían de tres a cuatro actividades por sesión según el tiempo de duración de cada una de ellas, las cuales pueden variar entre cincuenta y cinco y sesenta min.

Lo primero que se hizo dentro de las sesiones fueron los ejercicios prácticos, los cuales se fueron rolando, cada uno duró cerca de diez min., se continuó con las actividades como por ejemplo conversación y narración oral en donde le pedimos que nos hablará acerca de su escuela, la siguiente actividad fue descripción oral se le pidió que nos describiera su escuela. La siguiente actividad fue comprensión de instrucciones (palabras) en donde repitió palabras que contenían dos sílabas que se le pidieron y por ultimo comprensión de instrucciones (oraciones) aquí repitió oraciones sencillas.

Durante las sesiones se tuvieron hojas que contenían las actividades que se realizaron en donde también se anotó la evaluación de como fue su desempeño, así como sus logros y sus dificultades.

A continuación se presenta el contenido de las dieciséis sesiones así como el tiempo que duró cada una.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (Sesión 1)

CONTENIDO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	EVALUACIÓN
Ejercicios de praxias linguales y labiales	Ejercicios anexo 9 Tabla 1 y 2	Frente al espejo se le indicó al menor que realizará ejercicios con la lengua y los labios. Al final se ejercitaron las letras en que tenía dificultad, se indicó cual era la posición correcta del fonema para pronunciarlo bien.	- 1 espejo - Hoja con la tabla de ejercicios	10 min.	El menor presentó dificultad en llevar la lengua hacia arriba y hacia abajo. (sujeto 1). El menor presentó dificultad en llevar la lengua hacia arriba. (sujeto 2).
Conversación y narración oral	Cuéntame una historia	Al menor se le presentaron unas imágenes en forma de cuento, se le pidió que narrara de acuerdo a su imaginación una historia.	- Hojas con imágenes	10 min.	Se observó tímido, la fluidez de la historia no fue buena. (sujeto 1). Se observó tímido al trabajar, tuvo buena relación de imágenes. (sujeto 2).
Descripción oral	Describir un paisaje	El menor describió con detalles un paisaje.	- Fotos de paisajes	10 min.	La descripción fue muy pobre, hubo que estimularlo y necesito ayuda. (sujeto 1) y (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (palabras)	Repetir palabras con /ch/ y /s/ (sujeto 1), /c/ y /k/ (sujeto 2).	El menor ejercitó las palabras que llevaban el fonema con dificultad al principio, intermedio y al final.	- Hojas con palabras	15 min.	La pronunciación no fue correcta. Se corrigió en varias ocasiones la posición correcta de la lengua en la pronunciación de los fonemas. (sujeto 1). Hubo omisión de fonemas con dificultad. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (oraciones)	Repetir oraciones que contengan palabras con /ch/ y /s/ (sujeto 1), /c/ y /k/ (sujeto 2).	Repetió oraciones determinadas con anterioridad, haciendo énfasis en una correcta pronunciación de los fonemas con dificultad.	- Hojas que contienen oraciones	15 min.	La repetición no fue correcta, se corrigió la pronunciación. Los fonemas con dificultad los pronunció más fuerte. (sujeto 1). Se observó desesperado durante la pronunciación debido a la omisión de fonemas (sujeto 2).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (Sesión 2)

CONTENIDO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	EVALUACIÓN
Ejercicios de praxias de mejillas y de velo del paladar	Ejercicios anexo 9 Tabla 3 y 4	Frente al espejo se le indicó al menor que realizará ejercicios con mejillas y de velo del paladar. Al final se ejercitaron las letras en que tenía dificultad, se indicó cual es la posición correcta del fonema para pronunciarlo bien.	- 1 espejo - Hoja con la tabla de ejercicios	10 min.	En los ejercicios de mejillas escurre el agua al cerrar la boca, hizo mucho esfuerzo. El menor respiró por la boca y jaló mucho aire por lo que se cansaba rápido. (sujeto 1). Realizó los ejercicios correctamente. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (juegos)	Juego de lotería	El menor jugó lotería, los 2 jugadores cantaron las tarjetas alternadamente con una correcta articulación en los fonema en posición inicial, intermedia y final en las palabras.	- Lotería (elaborada que contiene objetos con letra de mayor dificultad)	20 min.	Entendió bien las instrucciones, al cantar las tarjetas lo hizo lento porque corregía la posición de la lengua en fonemas difíciles. (sujeto 1). Entendió las instrucciones, al cantar las tarjetas lo hizo tímido debido a la pronunciación. (sujeto 2).
Recursos no verbales	Oraciones con imágenes	El menor recortó imágenes y con base en ello formo oraciones que tuvieran sentido. Fonema /ch/ y /s/ (sujeto 1), /c/ y /k/ (sujeto 2).	- Hojas - Tijeras - Pegamento - Imágenes	20 min.	No se observó problemas de confusión con los fonemas mal pronunciados de manera escrita. Trabajó muy tímido. (sujeto 1). No se observó problemas de confusión con los fonemas omitidos de manera escrita. (sujeto 2).
Entrevista oral	Escoger una profesión	El menor escogió una profesión y conforme a ello se le realizaron preguntas. Se hizo hincapié en una correcta pronunciación al fonema que tenía fallo.	- Micrófono de juguete - Hojas - Bolígrafo	10 min.	Cooperó en la actividad, se mostró pensativo y tímido. Pronunciaba muy fuerte y rápido los fonemas con dificultad. (sujeto 1). Pronunciaba muy fuerte y ponía énfasis en las omisiones. (sujeto 2).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (Sesión 3)

CONTENIDO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	EVALUACIÓN
Ejercicios de praxias de mandíbula y de soplo	Ejercicios anexo 9 Tabla 5 y 6	Frente al espejo se le indicó al menor que realizará ejercicios con mandíbula y de soplo. Al final se ejercitaban las letras en que tienen dificultad, se indicó cual era la posición correcta del fonema para pronunciarlo bien.	- 1 espejo - Hoja con la tabla de ejercicios	10 min.	Presentó dificultad con la modulación de aire. Respiraba por la boca por lo que se cansaba rápido en los ejercicios. (sujeto 1). Presentó dificultad en los ejercicios de soplo así como en la posición correcta de la lengua para la pronunciación de fonemas (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (palabras)	Recortar palabras (fonema /ch/ y /s/ menor 1, /c/ y /k/ menor 2)	El menor recortó de un texto palabras con el fonema indicado, para pegarlas y pronunciarlas en voz alta correctamente.	- Texto - Hojas - Tijeras - Pegamento	15 min.	Comprendió bien lo que debía hacer, tomó confianza por lo que su desempeño fue mejorando. Se le indicó que los fonemas con dificultad no se pronunciaban más fuerte. (sujeto 1). Tomó confianza por lo que trabajó bien, se fue explicando poco a poco la pronunciación correcta. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (oraciones)	Ordenar palabras para formar oraciones (fonema /ch/ y /s/, /c/ y /k/)	El menor recortó palabras para formar oraciones y pegarlas en las hojas. Leyó en voz alta las oraciones con una correcta pronunciación.	- Palabras - Hojas - Tijeras - Pegamento	15 min.	Trabajó bien, al leer en voz alta se ponía nervioso y se le olvidó la posición correcta de la lengua. Se cansó rápido porque respiraba por la boca. (sujeto 1). Trabajó bien, al leer en voz alta no tuvo dificultad y olvido que se le estaba evaluando. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (juegos)	Juego del lince	Se le presentó al menor un tablero que contuviera figuras con fonemas de difícil pronunciación por 3" donde debía localizar 2 dibujos y posteriormente pronunciarlos correctamente.	- Tablero con figuras	20 min.	Trató de expresarse lo mejor posible, pronunciaba más fuerte el fonema con dificultad. (sujeto 1). Se expresó lo mejor que pudo e hizo hincapié en la omisión (sujeto 2).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (Sesión 4)

CONTENIDO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	EVALUACIÓN
Ejercicios de praxias linguales y de mejillas	Ejercicios anexo 9 Tabla 1 y 3	Frente al espejo se le indicó al menor que realizará ejercicios con la lengua y las mejillas. Al final se ejercitaron las letras en que tienen dificultad, se indicó cual era la posición correcta del fonema para pronunciarlo bien.	- 1 espejo - Hoja con la tabla de ejercicios	10 min.	Se trabajó la respiración, inhala y exhala por la nariz. Tuvo dificultad con el movimiento de la lengua, la tensaba mucho. Al llenar la boca con agua siguió escurriéndola por un lado. (sujeto 1). Presentó dificultad con el movimiento de la lengua, la tensaba mucho. (sujeto 2).
Conversación y narración oral	Leer y recuento oral	El menor leyó en forma silenciosa un texto e hizo recuento oral de lo leído con una correcta pronunciación.	- Texto	10 min.	Leyó muy rápido el texto y en el recuento oral olvidó las ideas. (sujeto 1). Realizó la lectura muy rápido aun así recordó ideas principales. (sujeto 2).
Descripción oral	Encuentra las diferencias	Se le presentaron 2 imágenes y debió encontrar las diferencias que existían entre una y otra. Enunciarlas en voz alta.	- Imágenes	10 min.	Encontró rápido las diferencias, al expresarlas cuidó la pronunciación por lo que tardó más tiempo. (sujeto 1). Trabajo bien, empezó a cuidar la pronunciación por lo que se tardó un poco. (sujeto 2).
Entrevista oral	Inventar un personaje	El menor escogió un personaje celebre del cuál tenía conocimiento y se realizaron preguntas.	- Micrófono de juguete - Hojas - Bolígrafo	10 min.	Se le dificultó coordinar la respiración con la pronunciación. Quiso responder muy rápido y olvidó la correcta pronunciación. (sujeto 1). Respondió lento ya que cuidaba su pronunciación. (sujeto 2).
Recursos no verbales	Completar palabras	Al menor se le presentó en una hoja palabras incompletas, él debería escribir correctamente la letra faltante.	- Hoja con palabras - Lápiz	20 min.	Identificó las letras faltantes. Leyó y escribió muy apresuradamente por lo que el trabajo estuvo sucio. (sujeto 1). Identificó las letras faltantes, escribió sin ninguna dificultad. (sujeto 2).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (Sesión 5)

CONTENIDO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	EVALUACIÓN
Ejercicios de praxias labiales y de velo del paladar	Ejercicios anexo 9 Tabla 2 y 4	Frente al espejo se le indicó al menor que realizará ejercicios con la labios y de velo del paladar. Al final se ejercitaron las letras en que tenía dificultad, se indicó cual era la posición correcta del fonema para pronunciarlo bien.	- 1 espejo - Hoja con la tabla de ejercicios	10 min.	Se trabajó respiración y se observó que las iba modulando. Presentó molestias al chupar el labio superior. (sujeto 1) Se trabajó la respiración lo cual hizo que rindiera más en los ejercicios. (sujetos 2).
Comprensión de instrucciones (palabras)	Leer un cuento	Se le proporcionó un cuento al menor y leyó en voz alta. Hizo hincapié en la pronunciación de los fonemas de dificultad.	- 1 cuento	15 min.	La lectura fue lenta porque trató de coordinar la respiración con la pronunciación. Todavía olvido la correcta pronunciación en algunas ocasiones. (sujeto 1). La lectura fue buena de no ser por la omisión, se trabajo la correcta pronunciación (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (oraciones)	Repetir oraciones	El menor repitió oraciones que contenían el fonema de dificultad en repetidas ocasiones.	- Oraciones	15 min.	Repitió oraciones con más cuidado, coordinando la respiración con la pronunciación. (sujeto 1). Repitió cuidando la pronunciación de las oraciones. (sujeto 2).
Recursos no verbales	Unir imágenes con palabras	El menor debió unir con una línea el dibujo con el nombre que le correspondía. Fonemas de difícil pronunciación.	-Hojas con imágenes y texto	20 min.	Trabajó bien, se le indico que no lo realizará rápido, que se tomará su tiempo. El trabajo fue más limpio. No confundió los fonemas de difícil pronunciación. (sujeto 1). Se observó buen trabajo, no confundió los fonemas de difícil pronunciación. (sujeto 2).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (Sesión 6)

CONTENIDO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	EVALUACIÓN
Ejercicios de praxias de mandíbula y de soplo	Ejercicios anexo 9 Tabla 5 y 6	Frente al espejo se le indicó al menor que realizará ejercicios con la mandíbula y de soplo. Al final se ejercitaron las letras en que tienen dificultad, se indicó cual es la posición correcta del fonema para pronunciarlo bien.	- 1 espejo - Hoja con la tabla de ejercicios	10 min.	Se trabajó la respiración, inhala y exhala por la nariz. Los ejercicios de mandíbula los ejecutó bien; en el soplo se trabajo la modulación del aire con el fin de que su rendimiento fuera mayor. (sujeto 1). Trabajó bien los ejercicios de respiración, así como los ejercicios de mandíbula y soplo. (sujeto 2).
Conversación y narración oral	Cuéntame una historia	Al menor se le presentaron unas imágenes en forma de cuento, se le pidió que nos narrara de acuerdo a su imaginación una historia.	- Hojas con imágenes	10 min.	Trabajo mucho mejor, ya no lo hizo tan apresurado, él mismo coordino la respiración con la posición correcta de la lengua en los fonemas difíciles. (sujeto 1). Elaboró la historia de forma adecuada, tomándose su tiempo y tratando de hacer una correcta pronunciación. (sujeto 2).
Descripción oral	Que le hace falta a los animales	Al menor se le presentaron unas imágenes de animales las cuales estaban incompletas, el menor debía identificarlas y mencionarlas en voz alta, cuidando la pronunciación.	- Imágenes	10 min.	Identificó rápido las cosas faltantes, su pronunciación fue mejorando, ya no mencionó fuerte los fonemas con dificultad. (sujeto 1). Identificó bien las cosas que le faltaban, su pronunciación fue mejorado aunque con dificultad para pronunciar los fonemas con dificultad. (sujeto 2).
Entrevista oral	Mis últimas vacaciones	Se le pidió al menor que recordará sus últimas vacaciones o las que más le hayan gustado y en base a ello se le hicieron preguntas.	- Micrófono de juguete - Hojas - Bolígrafo	10 min.	Trabajó con mayor fluidez, se tomo su tiempo para contestar, esto debido a la coordinación de respiración y correcta pronunciación. (sujeto 1). Se expresó con mayor fluidez. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (juegos)	Juego de memoria	Las tarjetas se colocaron vista abajo, cada vez que un jugador levantaba una tarjeta nombraría el dibujo cuidando la articulación.	- Tarjetas con dibujos.	20 min.	Se mostró muy divertido, no menciona más fuertes los fonemas difíciles así como coordino respiración y pronunciación. (sujeto 1). Le gustó la forma de trabajo y trato de no omitir los fonemas. (sujeto 2).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (Sesión 7)

CONTENIDO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	EVALUACIÓN
Ejercicios de praxias linguales y labiales	Ejercicios anexo 9 Tabla 1 y 2	Frente al espejo se le indicó al menor que realizará ejercicios con la lengua y con los labios. Al final se ejercitaron las letras en que tenía dificultad, se indicó cual era la posición correcta del fonema para pronunciarlo bien.	- 1 espejo - Hoja con la tabla de ejercicios	10 min.	Se trabajo la respiración correcta. El menor comenzó a dominar los ejercicios y los músculos presentaron mejor movilidad, ya no se observaba tensos. (sujeto 1). Se observó con una mejor movilidad en la lengua. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (palabras)	Sopa de letras	Dentro de una sopa de letras el menor buscó palabras con fonemas de dificultad.	- Sopa de letras	15 min.	Comprendió bien las instrucciones, trabajo con más cuidado y poniendo atención. (sujeto 1). El trabajó lo realizó bien y con la confianza de pedir ayuda cuando lo necesito. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (oraciones)	Repetir oraciones	El menor repitió oraciones que contuviera el fonema de dificultad en repetidas ocasiones.	- Oraciones	15 min.	Las repeticiones mejoraron debido a la posición correcta de la lengua al pronunciar fonemas difíciles, ya no gritaba al pronunciarlos. (sujeto 1). Las repeticiones han mejorado se expresó correctamente. (sujeto 2).
Entrevista oral	Como me va en la escuela	Se entabló una conversación con el menor acerca de su escuela, tratando de hacer que hablará lo mayor posible para ejercitar su lenguaje y la correcta pronunciación de fonemas difíciles.		10 min.	Tuvo mayor fluidez al responder, él mismo corregía palabras mal pronunciadas, los errores fueron menos. (sujeto 1). Se expreso con libertad así como pronunció con cuidado los fonemas con dificultad. (sujeto 2).
Descripción oral	Como es mi casa	Se le pidió al menor que hiciera una descripción detallada de cómo es su casa.		10 min.	Su respiración fue mejorando notablemente, las descripciones fueron más detalladas y mejor pronunciadas. (sujeto 1). Las descripciones fueron más detalladas y con mejor pronunciación. (sujeto 2).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (Sesión 8)

CONTENIDO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	EVALUACIÓN
Ejercicios de praxias de mejillas y velo del paladar	Ejercicios anexo 9 Tabla 3 y 4	Frente al espejo se le indicó al menor que realizará ejercicios con las mejillas y velo del paladar. Al final se ejercitaron las letras en que tuviera dificultad, se indicó cual era la posición correcta del fonema para pronunciarlo bien.	- 1 espejo - Hoja con la tabla de ejercicios	10 min.	Se trabajó respiración con mejores resultados. El menor puso más dedicación a los ejercicios, los músculos de la cara se veían notablemente más relajados. Moduló el aire, ahora ya mantiene la boca cerrada al respirar. (sujeto 1). El menor empezó a dominar los ejercicios y los músculos de la cara tuvieron mayor movilidad. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (palabras)	Leer un cuento	Se le proporcionó un cuento al menor y debía leerlo en voz alta. Se hizo hincapié en la pronunciación de los fonemas de dificultad.	- 1 cuento	15 min.	La lectura se entendió mejor, siguió coordinando cada vez mejor la respiración por lo que hizo menos pausas al hablar. (sujeto 1). Trabajó bien la lectura y la pronunciación la realizó con más cuidado. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (oraciones)	Repetir oraciones	El menor repitió oraciones que contenían el fonema de dificultad en repetidas ocasiones.	- Oraciones	15 min.	El menor aprendió a modular la voz al expresar los fonemas con los que tenía dificultad. (sujeto 1). Presentó mejor pronunciación en las oraciones. (sujeto 2).
Conversación y narración oral	Leer y recuento oral	El menor leyó en forma silenciosa un texto e hizo recuento oral de lo leído con una correcta pronunciación.	- Texto	10 min.	Su lenguaje mejoró, se observó con confianza al hablar. No trabajó apresuradamente por lo que retuvo más información en el recuento oral. (sujeto 1). Trabajó bien con mejor pronunciación. (sujeto 2).
Entrevista oral	Que deporte me gusta	Se le preguntó al menor cuál era su deporte favorito y en base a ello se le realizaron preguntas, haciendo énfasis en la correcta pronunciación de fonemas difíciles.	- Micrófono de juguete - Hojas - Bolígrafo	10 min.	Se notó familiarizado con la coordinación de pronunciación y respiración. Mejoró su pronunciación así como su fluidez. (sujeto 1). Su pronunciación fue mejorando así como la fluidez. (sujeto 2).

PROGRAMA DE ACTIVIDADES (Sesión 9)

CONTENIDO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	EVALUACIÓN
Ejercicios de praxias de mandíbula y de soplo	Ejercicios anexo 9 Tabla 5 y 6	Frente al espejo se le indicó al menor que realizará ejercicios con mandíbula y de soplo. Al final se ejercitaron las letras en que tuviera dificultad, se indicó cual era la posición correcta del fonema para pronunciarlo bien.	- 1 espejo - Hoja con la tabla de ejercicios	10 min.	Se siguieron realizando ejercicios de respiración. El menor se observó mucho en el espejo y él mismo corrigió errores sin dificultad. Cuando soplo lo hizo más ligero. (sujeto 1). Se observó un mejor trabajo en los ejercicios. (sujeto 2).
Descripción oral	Mi personaje favorito de TV	Se le preguntó al menor cual es su personaje favorito, en base a ello se le pidió que nos dijera cómo es, tratando de recordar lo más que pueda.	- Hojas	10 min.	Dentro de la actividad el menor formó oraciones al hablar con facilidad, las descripciones tuvieron más detalles. (sujeto 1). Se observó una mejor fluidez dentro de su lenguaje. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (palabras)	Trabalenguas	Se le mencionó un trabalenguas al menor que tuviera fonemas de dificultad en repetidas ocasiones, el menor debía repetirlo cuidando que su pronunciación fuera correcta. Se ejercitó varias veces.	- Trabalenguas	15 min.	Se le dificultó la repetición de los fonemas en repetidas ocasiones por lo que la actividad fue lenta, pero con mejor pronunciación. (sujeto 1). Intentó realizarlo de forma adecuada, presentó dificultad en la pronunciación. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (juegos)	Juego de lotería	El menor jugó lotería, los 2 jugadores cantaron las tarjetas alternadamente con una correcta articulación en los fonemas en posición inicial, intermedia y final en las palabras.	- Lotería (elaborada que contiene objetos con letra de mayor dificultad)	20 min.	El menor se ve entusiasmado con la mejoría en su lenguaje por lo que participo mucho; Cantó el mayor número de veces las tarjetas, practicando la pronunciación de fonemas difíciles. (sujeto 1). Le agradó mucho la actividad, se esforzó en realizarlo bien. (sujeto 2).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (Sesión 10)

CONTENIDO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	EVALUACIÓN
Ejercicios de praxias linguales y de velo del paladar	Ejercicios anexo 9 Tabla 1 y 4	Frente al espejo se le indicó al menor que realizará ejercicios linguales y de velo del paladar. Al final se ejercitaron las letras en que tuviera dificultad, se indicó cual era la posición correcta del fonema para pronunciarlo bien.	- 1 espejo - Hoja con la tabla de ejercicios	10 min.	Se tomó menos tiempo en ejercicios de respiración, aprendió a coordinarla. Realizo ejercicios con mucha confianza, así como se observaron los músculos más relajados. (sujeto 1). Se observó un buen trabajo debido a que ya conoce los ejercicios a realizar. (sujeto 2).
Recursos no verbales	Oraciones con imágenes	El menor recorto imágenes y con base en ello formo oraciones que tuvieran sentido. Fonema /ch/ y /s/ (sujeto 1), /c/ y /k/ (sujeto 2).	- Hojas - Tijeras - Pegamento - Imágenes	20 min.	Trabajó con creatividad e imaginación, hubo un adecuado manejo de los fonemas y no existió confusión. (sujeto 1). Realizó un buen trabajo así como no tuvo problemas de confusión. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (oraciones)	Ordenar palabras para formar oraciones	El menor recorto palabras para formar oraciones y pegarlas en las hojas. Leyó en voz alta las oraciones con una correcta pronunciación. Fonema /ch/ y /s/ (sujeto 1), /c/ y /k/ (sujeto 2).	- Palabras - Hojas - Tijeras - Pegamento	15 min.	Trabajo con más confianza ya que la coordinación de respiración y pronunciación ya le era familiar. El sonido de los fonemas con dificultad fueron diferentes. (sujeto 1). Se observó con más confianza e intentó no tener omisiones. (sujeto 2).
Conversación y narración oral	Leer y recuento oral	El menor leyó en forma silenciosa un texto e hizo recuento oral de lo leído con una correcta pronunciación.	- Texto	10 min.	El menor presentó mucha espontaneidad durante la historia. La expresión oral fue manejada mucho mejor. (sujeto 1). Realizo una buena lectura y recordó las ideas principales, expresándose de manera correcta. (sujeto 2).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (Sesión 11)

CONTENIDO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	EVALUACIÓN
Ejercicios de praxias de mejillas y de mandíbula	Ejercicios anexo 9 Tabla 3 y 5	Frente al espejo se le indicó al menor que realizará ejercicios de mejillas y de mandíbula. Al final se ejercitaron las letras en que tenía dificultad, se indicó cual era la posición correcta del fonema para pronunciarlo bien.	- 1 espejo - Hoja con la tabla de ejercicios	10 min.	Se tomó menos tiempo en ejercicios de respiración, aprendió a coordinarla. Se observó buen manejo de los músculos, siguió observándose mucho en el espejo para corregir errores. (sujeto 1), (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (palabras)	Juego de basta	Se escogió una letra fonema /ch/ y /s/ (sujeto 1), /c/ y /k/ (sujeto 2). Se le pidió al menor que buscará palabras en 3" y al final se compararon los resultados con el otro jugador, la pronunciación tuvo que ser lo más correcta posible.	- Hojas - Lápiz	15 min.	Trabajó con atención. Creatividad y buen manejo de fonemas con dificultad. La pronunciación fue manejada con cuidado. (sujeto 1). Se observó entusiasmado con la actividad, trabajó bien y no presentó confusión con fonemas de dificultad al escribirlos. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (oraciones)	Repetir oraciones que contengan palabras con /ch/ y /s/ (sujeto 1), /c/ y /k/ (sujeto 2).	Repetió oraciones determinadas con anterioridad, haciendo énfasis en una correcta pronunciación de los fonemas con dificultad.	- Hojas que contienen oraciones	15 min.	Se expresó mejor, las repeticiones las realizó sin dificultad. Él mismo corrigió errores de pronunciación. (sujeto 1). Se observó una buena pronunciación, las repeticiones las realizó con cuidado de no hacer omisiones. (sujeto 2).
Recursos no verbales	Oraciones con imágenes	El menor recortó imágenes y con base en ello formó oraciones que tuvieran sentido. Fonema /ch/ y /s/ (sujeto 1), /c/ y /k/ (sujeto 2).	- Hojas - Tijeras - Pegamento - Imágenes	20 min.	Trabajó poniendo atención, concentración, mucha imaginación y sobre todo tomándose su tiempo. El trabajo se observó muy limpio. (sujeto 1). Se observó un buen trabajo y lo hizo con dedicación. No confundió fonemas ni los omitió. (sujeto 2).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (Sesión 12)

CONTENIDO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	EVALUACIÓN
Ejercicios de praxias labiales y de soplo	Ejercicios anexo 9 Tabla 2 y 6	Frente al espejo se le indica al menor que realizará ejercicios de labios y de soplo. Al final se ejercitaron las letras en que tenía dificultad, se indicó cual es la posición correcta del fonema para pronunciarlo bien.	- 1 espejo - Hoja con la tabla de ejercicios	10 min.	El menor aprendió a soplar modulando el aire. Inhaló por la nariz y el soplo fue más largo. Dominó muy bien los ejercicios. (sujeto 1) Realizó bien los ejercicios. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (juegos)	Juego del lince	Se le presentó al menor un tablero que tuviera figuras con fonemas de difícil pronunciación por 3" donde debía localizar 2 dibujos y posteriormente pronunciarlos correctamente.	- Tablero con figuras	20 min.	Se observó al menor mucho más relajado, encontró las figuras rápido y las pronunció correctamente. El sonido de fonemas con dificultad cambió. (sujeto 1). Tuvo más confianza y las omisiones cada vez fueron menores. (sujeto 2).
Recursos no verbales	Completar palabras	Al menor se le presentó en una hoja palabras incompletas, él debió escribir correctamente la letra.	- Hoja con palabras - Lápiz	20 min.	Trabajó con confianza, se tomó su tiempo, puso atención. Se observó que no confundía fonemas escritos. (sujeto 1). No presentó confusión con fonemas escritos. Trabajó con concentración. (sujeto 2).
Entrevista oral	Escoger una profesión	El menor escoge una profesión y conforme a ello se le realizaron preguntas. Se hizo hincapié en una correcta pronunciación del fonema que tenía fallo.	- Micrófono de juguete - Hojas - Bolígrafo	10 min.	El menor mejoró su expresión oral. Habló con menos pausas, respondió con confianza y se notó familiarizado con la pronunciación y respiración. (sujeto 1). Tuvo una buena pronunciación, los errores fueron menores. (sujeto 2).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (Sesión 13)

CONTENIDO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	EVALUACIÓN
Ejercicios de praxias linguales y labiales	Ejercicios anexo 9 Tabla 1 y 2	Frente al espejo se le indicó al menor que realizará ejercicios con la lengua y los labios. Al final se ejercitaron las letras en que tenía dificultad, se indicó cual era la posición correcta del fonema para pronunciarlo bien.	- 1 espejo - Hoja con la tabla de ejercicios	10 min.	Se realizaron ejercicios de respiración con mucha mejoría. Los ejercicios de praxias el menor los dominó bien así como los músculos. (sujeto 1). El menor realizó los ejercicios de praxias con buen dominio de ellos, la cara se notó sin tensión. (sujeto 2).
Conversación y narración oral	Cuéntame una historia	Al menor se le presentaron unas imágenes en forma de cuento, se le pidió que nos narrara de acuerdo a su imaginación una historia.	- Hojas con imágenes	10 min.	La fluidez fue buena, pronunció los fonemas con confianza y sin dificultad. (sujeto 1). La narración estuvo bien estructurada y la pronunciación fue buena. (sujeto 2).
Descripción oral	Describir un paisaje	El menor describió con detalles un paisaje.	- Fotos de paisajes	10 min.	La descripción fue detallada, en la expresión oral tuvo mucha confianza. (sujeto 1). Se observó una descripción detallada, así como una buena expresión oral. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (palabras)	Repetir palabras con /ch/ y /s/ (sujeto 1), /c/ y /k/ (sujeto 2).	El menor ejercitó las palabras que llevaban el fonema con dificultad al principio, intermedio y al final.	- Hojas con palabras	15 min.	La pronunciación de palabras mejoró así como el manejo de la lengua en los fonemas. (sujeto 1). La pronunciación de palabras mejoró notablemente. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (oraciones)	Repetir oraciones que contengan palabras con /ch/ y /s/ (sujeto 1), /c/ y /k/ (sujeto 2).	Repetió oraciones determinadas con anterioridad, haciendo énfasis en una correcta pronunciación de los fonemas con dificultad.	- Hojas que contienen oraciones	15 min.	Tanto la pronunciación como la articulación en las oraciones fue notablemente mejor. (sujeto 1). Se observó una buena pronunciación en la repetición de oraciones. (sujeto 2).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (Sesión 14)

CONTENIDO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	EVALUACIÓN
Ejercicios de praxias linguales y de mejillas	Ejercicios anexo 9 Tabla 1 y 3	Frente al espejo se le indicó al menor que realizará ejercicios con la lengua y las mejillas. Al final se ejercitaron las letras en que tenía dificultad, se indicó cual era la posición correcta del fonema para pronunciarlo bien.	- 1 espejo - Hoja con la tabla de ejercicios	10 min.	Se realizó ejercicios de respiración. El menor presentó buen manejo en los ejercicios. (sujeto 1) Se observó una buena ejecución de los ejercicios. (sujeto 2).
Conversación y narración oral	Leer y recuento oral	El menor leyó en forma silenciosa un texto e hizo recuento oral de lo leído con una correcta pronunciación.	- Texto	10 min.	Es menor el esfuerzo que hizo para pronunciar bien los fonemas. (sujeto 1). El recuento oral presentó menos errores. (sujeto 2).
Descripción oral	Encuentra las diferencias	Se le presentaron 2 imágenes y debía encontrar las diferencias que existían entre una y otra. Las enunció en voz alta.	- Imágenes	10 min.	El menor aprendió a tener una mejor concentración para obtener mejores resultados. (sujeto 1). El menor intentó no tener omisiones aunque esto lo retardó un poco. (sujeto 2).
Entrevista oral	Inventar un personaje	El menor escogió un personaje celebre del cuál tuviera conocimiento y se realizaron preguntas.	- Micrófono de juguete - Hojas - Bolígrafo	10 min.	Se expresó favorablemente, la fluidez dentro de las respuestas fue buena. (sujeto 1). Se observó buena fluidez del lenguaje así como correcta pronunciación. (sujeto 2).
Recursos no verbales	Completar palabras	Al menor se le presentaron en una hoja palabras incompletas, él debió escribir correctamente la letra.	- Hoja con palabras - Lápiz	20 min.	Trabajó con concentración, por lo que se observó mejor desempeño; no confundió fonemas al escribir. (sujeto 1). Se observó un mejor desempeño, no confundió fonemas al escribir. (sujeto 2).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (Sesión 15)

CONTENIDO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	EVALUACIÓN
Ejercicios de praxias de mejillas y de velo del paladar	Ejercicios anexo 9 Tabla 3 y 4	Frente al espejo se le indicó al menor que realizará ejercicios con mejillas y de velo del paladar. Al final se ejercitaron las letras en que tenía dificultad, se indicó cual es la posición correcta del fonema para pronunciarlo bien.	- 1 espejo - Hoja con la tabla de ejercicios	10 min.	Se trabajó ejercicios de respiración. Los músculos estuvieron notoriamente con movilidad. Durante el soplo modulo el aire. (sujeto 1). Los músculos se observaron con mayor movilidad. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (juegos)	Juego de lotería	El menor jugó lotería, los 2 jugadores cantaron las tarjetas alternadamente con una correcta articulación en los fonema en posición inicial, intermedia y final en las palabras.	- Lotería (elaborada que contiene objetos con letra de mayor dificultad)	20 min.	El menor fue participativo, se mostró entusiasta y cooperador. El lenguaje mejoró notablemente. (sujeto 1). La pronunciación cambió notablemente así como su lenguaje. (sujeto 2).
Recursos no verbales	Oraciones con imágenes	El menor recortó imágenes y con base en ello formó oraciones que tuvieran sentido. Fonema /ch/ y /s/ (menor 1), /c/ y /k/ (menor 2).	- Hojas - Tijeras - Pegamento - Imágenes	20 min.	Trabajó con concentración, sin premura alguna y acertadamente. (sujeto 1). Trabajó con concentración y con un buen desempeño. (sujeto 2).
Entrevista oral	Como me va en la escuela	Se entabló una conversación con el menor acerca de su escuela, se trató de que hablará lo mayor posible para ejercitar su lenguaje y la correcta pronunciación de fonemas difíciles.	- Micrófono de juguete - Hojas - Bolígrafo	10 min.	Se ejercitó su lenguaje así como su pronunciación en los cuales mejoró. (sujeto 1). Tardó un poco en expresarse, para evitar omisiones y así tuviera una mejor pronunciación. (sujeto 2).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (Sesión 16)

CONTENIDO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	MATERIAL	TIEMPO	EVALUACIÓN
Ejercicios de praxias de mandíbula y de soplo	Ejercicios anexo 9 Tabla 5 y 6	Frente al espejo se le indicó al menor que realizará ejercicios con mandíbula y de soplo. Al final se ejercitaron las letras en que tenía dificultad, se indicó cual es la posición correcta del fonema para pronunciarlo bien.	- 1 espejo - Hoja con la tabla de ejercicios	10 min.	El menor aprendió a manejar todos los músculos del habla, así como la respiración correcta. Los cuales ejercitará en casa. (sujeto 1). El menor aprendió a manejar todos los músculos del habla así como a ejercitarlos en casa. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (palabras)	Recortar palabras (fonema /ch/ y /s/ sujeto 1, /c/ y /k/ sujeto 2)	El menor recortó de un texto palabras con el fonema indicado, las pegó y pronunció en voz alta correctamente.	- Texto - Hojas - Tijeras - Pegamento	15 min.	Se observó buen desempeño durante la actividad, mejoró tanto en el ritmo de trabajo como en su pronunciación. (sujeto 1). Trabajó con dedicación y su pronunciación se acercó más al sonido correcto. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (oraciones)	Ordenar palabras para formar oraciones (fonema /ch/ y /s/, /c/ y /k/)	El menor recortó palabras para formar oraciones y las pegó en las hojas. Leyó en voz alta las oraciones con una correcta pronunciación.	- Palabras - Hojas - Tijeras - Pegamento	15 min.	Trabajó con concentración, se tomó su tiempo, la pronunciación fue buena. (sujeto 1). Trabajó bien, y su pronunciación mejoró. (sujeto 2).
Comprensión de instrucciones (juegos)	Juego del lince	Se le presentó al menor un tablero que tuviera figuras con fonemas de difícil pronunciación por 3" donde debía localizar 2 dibujos y posteriormente pronunciarlos correctamente.	- Tablero con figuras	20 min.	Se observó cooperativo, atento, se desarrolló con confianza y sus resultados fueron acertados. (sujeto 1). Trabajó muy motivado, porque se escuchaba y se oía de forma mas acertada. (sujeto 2).

6.3. EVALUACIÓN FINAL

Sujeto 1

La evaluación realizada nos permitió decir que el niño presenta NE dentro del aula de trabajo debido a la dificultad que tienen en el lenguaje oral, se pudo detectar que las palabras que omitían son la /ch/ y /s/ tanto al principio, intermedio y al final de las palabras, las cuales al escribirlas no tiene ningún problema. Estas dificultades fueron trabajadas a través de actividades basadas en dichas dificultades.

Al inició de la intervención el menor se observaba tímido al trabajar los ejercicios de praxias frente al espejo lo cual hacia que se distrajera, presentaba incorrecta respiración, inhalaba y exhalaba el aire por la boca haciendo que se cansara muy pronto durante los ejercicios. Los músculos fonadores presentaban muy poca movilidad.

Conforme pasaron las sesiones de trabajo el menor comenzó a modular el aire haciendo que tuviera más resistencia al hablar, aprendió a manejar los ejercicios de praxias notándose en el movimiento más relajado de sus músculos fonadores, tomó mas confianza para trabajar lo que hacia que pusiera mayor énfasis en la correcta posición de la lengua al pronunciar los fonemas con dificultad; la fluidez al hablar cada vez fue avanzando más.

Al finalizar el programa y realizar la evaluación final se pudo observar un cambio notable en su lenguaje, mejor respiración, correcta posición de la lengua al pronunciar los fonemas con dificultad y mayor movimiento en los músculos fonadores, así como muy buena fluidez al hablar.

En relación a su autoestima no se obtuvieron resultados negativos en ninguno de los dos casos, por lo cual no fue necesario trabajar en ello, lo que

presentaban era un problema de socialización en su entorno educativo debido a la incorrecta articulación.

Antes de iniciar la intervención se encontraron las siguientes dificultades:

- dificultades al pronunciar los fonemas /ch/ y /s/,
- la respiración no era la correcta, mantenía la boca abierta jalando aire,
- al hablar se cansaba muy rápido
- los músculos fonadores se observaban rígidos y con poco movimiento,
- realizaba los trabajos muy rápido y sucios.

Después de realizar la intervención se encontraron los siguientes cambios:

- La pronunciación de los fonemas cambió, /ch/ pronuncia /sh/, /s/ pronuncia /s/, sabiendo que lo anterior no es correcto pero si acercándose al sonido más correcto,
- Aprendió cual era la posición correcta de la lengua al pronunciar los fonemas que le causaban dificultad
- Aprendió a respirar inhalando por la nariz y exhalando por la nariz
- Aprendió a coordinar la respiración con el lenguaje
- Aprendió a dominar los ejercicios de praxias y a ejercitarlos en casa, por lo que los músculos fonadores tomaron movilidad
- Las actividades las realiza sin premura alguna, con atención, reflejándose en la limpieza de los trabajos así como en la comprensión
- La fluidez dentro de sus conversaciones sin cansarse.

En general se puede decir que las dificultades en la articulación de los fonemas /ch/ y /s/ disminuyeron notablemente y las actividades que se emplearon para ello fueron óptimas. Se considera que es necesario que el menor siga ejercitando lo aprendido a lo largo de la intervención para que no se haga un retroceso en lo ya avanzado.

Sujeto 2

La evaluación inicial nos permitió decir que el niño presenta NE dentro del aula de trabajo debido a la dificultad que tienen en el lenguaje oral, se pudo detectar que las palabras que omitían son la /c/ y /k/ tanto al principio, intermedio y al final de las palabras, las cuales al escribirlas no tiene ningún problema. Estas dificultades fueron trabajadas a través de actividades basadas en dichas dificultades.

Al inicio de la intervención el menor se observaba tímido al realizar las actividades de praxias frente al espejo, presentaba incorrecta respiración, inhalaba y exhalaba el aire por la boca haciendo que se cansara muy pronto durante los ejercicios. Los músculos fonadores presentaban muy poca movilidad.

Conforme pasaron las sesiones de trabajo el menor comenzó a modular el aire haciendo que tuviera más resistencia al hablar, aprendió a manejar los ejercicios de praxias notándose en el movimiento más relajado de sus músculos fonadores, tomó más confianza para trabajar lo que hacía que pusiera mayor énfasis en la correcta posición de la lengua al pronunciar los fonemas con dificultad; la fluidez al hablar cada vez fue avanzando más.

Al finalizar el programa y realizar la evaluación final se pudo observar un cambio notable en su lenguaje, mejor respiración, correcta posición de la lengua al pronunciar los fonemas con dificultad y mayor movimiento en los músculos fonadores, así como muy buena fluidez al hablar.

En su autoestima no se obtuvieron resultados negativos en ninguno de los dos casos, por lo cual no fue necesario trabajar en ello, lo que presentaban era un problema de socialización en su entorno educativo debido a la incorrecta articulación.

Antes de iniciar la intervención se encontraron las siguientes dificultades:

- dificultades al pronunciar los fonemas /c/ y /k/,
- los músculos fonadores eran rígidos y con poco movimiento,
- realizaba los trabajos muy rápido,
- se observaba tímido e inseguro al hablar
- no respiraba correctamente

Después de realizar la intervención se encontraron los siguientes cambios:

- La pronunciación de los fonemas cambió, la /c/ que era omitida al inicio, intermedio y fin de las palabras ahora ya la pronunciaba así como el fonema /k/
- Aprendió cual era la posición correcta de los músculos fonadores para pronunciar los fonemas que le causaban dificultad
- Aprendió a tener una mejor respiración
- Aprendió a dominar los ejercicios de praxias y a ejercitarlos en casa, por lo que los músculos de la cara tomaron movilidad
- Aprendió a realizar las actividades tomándose su tiempo así como con atención
- Aprendió a tener fluidez dentro de sus conversaciones lo que hizo que ya no fuera tímido ni se sintiera incomodo al hablar con personas que no conoce.

A través de la intervención se corrobora que gracias a la estimulación temprana que recibieron así como las intervenciones quirúrgicas, estos 2 menores presentan una NE dentro del aula de trabajo debido a una dificultad que se encuentra dentro del lenguaje oral. Al igual que no reflejó un problema en su autoestima, sino un problema de socialización con su entorno debido a la incorrecta articulación.

De acuerdo con lo anterior estos dos niños no necesitaron una modificación a la curricula de primer año dentro del aula de trabajo, por lo que sólo se trabajó la correcta pronunciación para una mejor comunicación en el aula y su entorno.

CAPITULO 7: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La realización del presente trabajo permitió identificar las NE que los(as) niños(as) con LPH tienen debido a las lalopatías que presentan, así como que no tienen ninguna dificultad en el aprendizaje a pesar de omitir algunos fonemas en la expresión oral, esto no repercute en su escritura ni en la identificación de letras, pero si es necesario que se haga una buena adecuación curricular, recibir apoyo psicoeducativo así como logopédico con la finalidad de que su formación sea lo más integral posible. Esto se realizó sólo con el apoyo de los padres y la disposición tanto del profesorado como del terapeuta de lenguaje, ya que ellos formaran un grupo multidisciplinario que ayudara en gran manera al desarrollo del lenguaje y la integración en el aula.

El fin de toda esta intervención educativa fue llegar a la recuperación de la palabra normal y al uso funcional del lenguaje, y ésta se obtendrá si fue operado antes de los dos años, con éxito. Sino fue así, se iniciará la reeducación logopédica más tardía y se tendrán que corregir otros trastornos añadidos como es la respiración incorrecta, funcionamiento anormal de los músculos fonadores y audición insuficiente.

Las NE que presentaron los(as) niños(as) son relativas porque surgen de la dinámica establecida entre las características personales y la respuesta que reciben de su entorno educativo, por esta razón, cualquier niño(a) puede llegar a tener NE.

Es importante enfatizar que no todos los niños con LPH siguen el mismo patrón dentro de sus dificultades ya que el apoyo que se le brinda desde pequeños será muy significativo a lo largo de su adquisición de lenguaje e integración en el aula.

Recordemos que el lenguaje es el medio por el cual nos comunicamos con los individuos y es la forma más común de socializar, e integrarse en cualquier ámbito ya sea escolar, social o familiar.

El ambiente de la escuela debe ser el de una comunidad en la que se trata por igual a todos los individuos. Los principios de los derechos humanos deben reflejarse en la organización y administración de la vida escolar, en los métodos pedagógicos, en las relaciones entre maestros(as) y alumnos(as) en la contribución de un bienestar de la comunidad. (UNESCO, 1969). Y no solo en la escuela, sino que debe ser una extensión de lo que se realiza en casa, que es donde se comienza con la igualdad de oportunidades y derechos, así como el respeto y la confianza para realizar cualquier actividad y la motivación para emprender ya sea una terapia o el inicio de un ciclo.

De acuerdo con lo establecido en la conferencia mundial de necesidades educativas especiales en Salamanca consideramos que es importante responder a las características, intereses y necesidades de aprendizaje que le son propias a cada niño(a), donde los sistemas educativos deben ser diseñados de acuerdo a una pedagogía centrada en el(la) niño(a) capaz de satisfacer sus necesidades. (Bautista, 1993).

Los(as) niños(as) con LPH pueden o no tener NEE debido a las lalopatías que presentan, aun así pueden asistir a un aula regular con el apoyo de USAER, maestro de apoyo y logopeda que los ayuden a integrarse, así como hacer las adaptaciones curriculares y adecuaciones al sistema de evaluaciones necesarias.

La atención educativa debe de reconocer que el sujeto con LPH requiere de apoyo médico, psicosocial y educativo para poder integrarse al aula; el profesorado debe idear estrategias para atender las necesidades especiales de los(as) alumnos(as) con el fin de ayudarles a responder positivamente en las

dificultades que presentan. Ya que cuando no se tiene la información necesaria para ayudar a estos(as) niños(as), en lugar de apoyarlos, se les detiene el desarrollo educativo y sobre todo se les niega la integración.

Actualmente ya existen métodos a través de los cuales se pueden identificar a los(as) niños(as) con dificultades de aprendizaje a edades tempranas como los seis años. Esto es bueno, porque cuanto antes los padres y maestros sepan que el(la) niño(a) tiene dificultades de aprendizaje, más pronto podrán ayudarlo. Una intervención temprana, es decir, un adecuado tratamiento educativo, que comience en preescolar o antes puede reducir o eliminar algunos efectos negativos de las diferencias en el aprendizaje, como el retraso en la escuela, ser etiquetado como lento por los(as) maestros(as) y tonto por otros(as) niños(as), y el desarrollo de una baja autoestima. (Gary, 2004).

Es importante hacer notar que los menores con LHP desde que nacen deben ser atendidos, es cierto que necesitan diversas cirugías pero también es importante que reciban terapias de lenguaje a temprana edad con la finalidad de que el menor vaya desarrollando su lenguaje lo más correctamente posible e ir progresando para que su integración en la escuela no le cause tanta dificultad, de no hacerse así se hará más difícil corregir los patrones imperfectos de articulación y estos ya se habrán instalado.

En el caso de los dos niños con los que se trabajó desde edad temprana recibieron ayuda médica y logopédica necesaria, lo cual hizo que el desarrollo de lenguaje fuera similar al de un niño típico.

Antes de la intervención los dos menores tuvieron problemas de socialización debido a que la articulación del lenguaje oral de ciertos fonemas no era el adecuado haciendo que el contexto en el cual se encontraba no entendieran su lenguaje.

Después de la intervención ambos menores mejoraron notablemente la articulación de su lenguaje oral, haciendo que la socialización en su contexto educativo mejorará.

Se debe tener presente que un menor con LPH nunca llega a desarrollar su lenguaje al cien por ciento, los fonemas difíciles de pronunciar pueden llegar a parecerse al original pero nunca llega a ser exactamente igual. La dificultad que estos niños(as) (as) presentan se denominan disglasias labiales y palatinas y requiere del apoyo del terapeuta del lenguaje comenzado por la estimulación temprana para que con el tiempo se lenguaje sea de mayor claridad.

Recordemos que el habla es una forma de comunicación y por el trastorno del habla se pone mayor énfasis en como se pronuncia y no en lo que se desea expresar; es por tal motivo que nos esforzamos para que se ponga mayor atención a lo que desea comunicar que en su forma de pronunciar y esto se logró a través de los diversos ejercicios y actividades, lo cual se vio reflejado en la articulación de su lenguaje tanto en su entorno familiar como escolar.

Los padres de niños(as) con LPH deben ser orientados de manera correcta para que sepan como abordar las necesidades de sus hijos(as) desde edad temprana, ya que la afectividad por parte de la familia son elementos muy importantes de los cuales dependerá la motivación del habla en el niño(a), ya que pueden lograr avances significativos en el desarrollo verbal como reflejo de la fuerza emotiva.

Es importante ya que a lo largo de la investigación los padres nos informaron como fue su proceso de aceptación y algo que nos quedo muy claro es que si ellos están bien orientados sobre la problemática que sus hijos(as) padecen, tienen una mejor gama de opciones o posibles soluciones, así como la aceptación del problema y la forma de cómo apoyar a sus hijos(as) y hacerlos sentir

integrados en su entorno familiar y al tener la base en casa, es mas fácil integrar en los demás entornos, e incluso en las terapias necesarias.

Es necesario que antes de comenzar con una terapia se identifique la situación, emocional y afectiva, tanto en su entorno familiar como individual, para saber de donde vamos a partir y comenzar ayudar al niño(a) en su terapia. En todos los casos se sugiere que realicen terapias grupales con los integrantes de la familia para mejorar el desempeño del(la) niño(a), se espera que los padres y madres participen activamente en sus terapias y que a su vez sean un medio entre la escuela y el terapeuta.

Como se menciono anteriormente el rol que los padres de familia juegan en la recuperación de sus hijos(as) es muy importante ya que se sugiere que debe existir una comunicación entre el profesorado y terapeuta de lenguaje para que recíprocamente se retroalimenten en las dificultades que el menor presenta y así poder hacer que su aprovechamiento escolar sea óptimo, este puente de información sugerimos que sean los padres ya que ellos son la fuente más cercana al menor.

Los padres de familia deben colaborar tanto con el terapeuta como con el profesorado dándole continuidad a los ejercicios que se realizan durante las terapias así como en las tareas escolares para que el menor obtenga mayores y mejores progresos con las dificultades orales que presentan.

Los menores con LPH pueden o no presentar problemas de autoestima debido a que su apariencia física es diferente a la de los(as) demás niños(as), en este ámbito también es muy importante el apoyo de los padres como del resto de la familia, recordemos que el núcleo familiar es donde se fortalece o se debilita al menor.

Los dos menores con los que se trabajo no presentaron problemas en el autoestima, sino un problema de socialización en el contexto educativo derivado de su incorrecta articulación, a lo cual siempre han recibido apoyo por parte de las instituciones escolares a las que han asistido.

Recordemos que la autoestima es la base de la mente y de la conciencia, es el motor de nuestro comportamiento pues determina lo que sentimos, lo que somos capaces de aprender y de experimentar (confianza en nosotros mismos); la importancia de ésta se da en el sentido de que nos ayuda a relacionarnos con los demás en cualquier ámbito de la vida y conforme vamos creciendo se va fortaleciendo o debilitando.

Creemos que si existe un problema afectivo la escuela puede intervenir pues consideramos que este entorno no sólo interviene en la transmisión de aprendizaje sino también influye en la socialización e individualización del niño(a) desarrollando las relaciones afectivas, la habilidad para participar en las situaciones sociales, las destrezas de comunicación, las conductas sociales y la propia identidad personal. Es por ello que nos esforzamos en crear un puente a través de los padres y madres de familia con el terapeuta de lenguaje para una mejor integración no solo educativa sino también afectiva y psicosocial, ya que la aceptación que ellos tengan de si mismos en su forma de expresarse, se trabajará con el logopeda y se reflejará en el aula.

El entorno escolar es vital durante la infancia, resulta importante debido a que el(la) infante se reconoce como parte de un grupo donde adquiere reconocimiento de sus iguales y este reconocimiento no es fácil, especialmente cuando hay algo diferente que no sea aceptado por el grupo.

Durante nuestra investigación nos enfrentamos a que los menores no tenían problemas de autoestima, ya que a pesar de sus diferencias físicas y de lenguaje

son tratados de igual manera, no son rechazados ni excluidos de las actividades dentro del aula ni en convivencia por sus demás compañeros. Cabe mencionar que los padres fueron los responsables de esta buena autoestima ya que a la hora de trabajar con ellos nos percatamos que tenían una buena orientación sobre el tema y que apoyaron a sus hijos(as) desde pequeños, buscando diversas instituciones que les ayudaran a que tuvieran una mejor pronunciación, lo cual al ser aceptados en casa, ellos no les costaba trabajo aceptarse como son.

En cuanto al objetivo de este trabajo fue identificar las dificultades que presentan los(as) niños(as) con LPH en el lenguaje así como diseñar y aplicar una propuesta de integración en donde se detallan los apoyos y ayudas psicoeducativas que necesitan, a lo cual quedamos satisfechas y lo consideramos cumplido, pues los resultados obtenidos fueron positivos, ya que consideramos que los problemas que presentaban los menores fueron superados especialmente en las dificultades de expresión oral en ambos casos.

El aprendizaje que esta investigación nos deja es que los(as) niños(as) con LPH a pesar de tener NE pueden ser integrados a aulas regulares con un equipo que este apoyándolos constantemente en sus dificultades lenguaje y que si son atendidos a temprana edad pueden llegar a tener un desarrollo óptimo para su inclusión en las escuelas regulares; así como que pueden o no presentan un nivel bajo de autoestima, pues muchos de estos menores están conscientes de sus dificultades y se sienten orgullosos de la manera en que las han superado. Por otro lado consideramos que un menor con LPH que presenta dificultades de lenguaje puede salir adelante con constancia y dedicación y sobre todo que el apoyo que recibe de su entorno es quien los motiva para tener una buena integración educativa.

Es importante reconocer que como seres humanos todos somos diferentes y tenemos necesidades individuales distintas a las demás personas de nuestra

misma comunidad, raza, religión e incluso de nuestra misma familia; además, las limitaciones no dependen únicamente del individuo, sino que se dan en función de la relación que se establece entre la persona y su medio ambiente.

Para que los resultados obtenidos durante esta intervención no retrocedan consideramos necesario seguir trabajando algunos aspectos con los menores, para ello a continuación presentamos algunas recomendaciones a la familia, al profesorado así como al equipo psicopedagógico de la escuela, esperando que les brinde el apoyo necesario a los menores.

Sugerencias sujeto 1.

Familia:

- Continuar con los ejercicios praxias en casa durante 15 min. para que los músculos fonadores no pierdan la movilidad que adquirieron.
- Reforzar las habilidades del menor, elogiar sus logros y apoyar sus fracasos.
- Seguir asistiendo a las terapias de lenguaje.
- La madre seguir siendo el puente de comunicación entre el terapeuta de lenguaje y el profesorado, para que ambos trabajen las dificultades que el menor llegará a presentar.
- Impulsar sus aptitudes.
- Buscar siempre la interacción.
- Pensar y transmitirle al niño que el éxito radia en el trabajo realizado y no en recordar un conocimiento de un día para otro.
- Premiar afectivamente cualquier éxito en tareas escolares, juegos, etc.
- Tener una relación periódica tanto con el terapeuta de lenguaje como con el profesorado para saber la evolución del menor.

Profesorado:

- Fortalecer y mantener comunicación con el terapeuta a través de la madre, informándole acerca de los logros obtenidos por el menor así como las dificultades que vaya presentando durante las clases.
- Hacer participe al menor durante las clases de lectura oral para que siga ejercitando su lenguaje.
- Establecer prioridades acerca de las actividades que son necesarias para la ejercitación del lenguaje oral.
- Permitir mayor práctica dentro de la lectura oral en cualquiera de las materias.
- Fortalecer y elogiar los avances que vaya obteniendo.
- Seguir apoyándolo en las actividades que participa para que mantenga la socialización con los demás compañeros y mantener su autoestima.
- Para el equipo psicopedagógico proponemos la elaboración de un programa que se base en las dificultades del menor y que involucre tanto a la familia, a la profesora, al mismo equipo de psicopedagogía y al terapeuta de lenguaje.

Sugerencias sujeto 2.

Familia:

- Continuar con los ejercicios praxias en casa durante 15 min. para que los músculos fonadores no pierdan la movilidad que adquirieron.
- Respetar el ritmo del niño, y ser tolerante y paciente.
- Proporcionar apoyo y animación constante.
- Dar seguridad.
- Buscar siempre la interacción.
- Pensar y transmitirle al niño que el éxito radia en el trabajo realizado y no en recordar un conocimiento de un día para otro.
- Premiar afectivamente cualquier éxito en tareas escolares, juegos, etc.

- Dar como recompensa las cosas que le gustan.
- La madre seguir siendo el puente de comunicación entre el terapeuta de lenguaje y el profesorado, para que ambos trabajen las dificultades que el menor llegará a presentar.
- Tener un contacto frecuente con el profesorado del menor para que juntos planeen estrategias adecuadas para el mejor aprendizaje del menor.

Profesorado:

- Fortalecer y mantener comunicación con el terapeuta a través de la madre, informándole acerca de los logros obtenidos por el menor así como las dificultades que vaya presentando durante las clases.
- Priorizar objetivos y contenidos orientados a la adquisición de habilidades básicas y aquellos encaminados a la consecución de una mejor pronunciación oral.
- Priorizar objetivos y contenidos orientados a la adquisición de conocimientos curriculares establecidos a partir del análisis de su competencia.
- Potenciar la socialización e integración con respeto a sus compañeros.
- Tener cuidado en su ritmo de trabajo y estilo de aprendizaje.
- Utilizar los refuerzos verbales con sinceridad para que se sienta motivado
- Combatir la pasividad y el desaliento en el alumno de los objetivos a alcanzar.
- Procurar estar al pendiente de las reacciones y actitudes de los demás alumnos y de los docentes frente al problema que este presenta
- Motivar su desempeño y el interés de ayudarlo
- Para el equipo psicopedagógico proponemos la elaboración de un programa que se base en las dificultades del menor y que involucre tanto a la familia, a la profesora, al mismo equipo de psicopedagogía y al terapeuta de lenguaje.

REFERENCIAS

- Ainscow, M. (1995). Necesidades especiales en el aula: Guía para la formación del profesorado. Editorial Narcea, Madrid. Apuntes didácticos. (1998). Necesidades educativas especiales. Marzo.
- Armesto, M.C. (1987). El lenguaje en el niño. Origen y evolución. Editorial Narcea S.A., Madrid.
- Arteaga, Y. E. y Gallegos, C. F. (2007). Tesis: Necesidades educativas especiales y autoestima en niños de 3er. Grado de primaria. Universidad Pedagógica Nacional, México, D.F.
- Azcoaga, J.E.; J.A. Bello; J. Citrinovitz; B Dermany W.M.; (1987) "Los retardos del lenguaje en el niño". Editorial Paidós. Barcelona, España.
- Bautista, R. (1993). Necesidades educativas especiales. Editorial Aljibe, Malaga, España.
- Browman, M. (1986). Democracias Locales: Un estudio comparativo. Fondo de Cultura Económica. México.
- Branden, N. (2001). Los seis pilares de la autoestima. Editorial Paidós, México.
- Cava, M.J. y Musito, G. (1997). Los niños con problemas de socialización: un programa de intervención, comunicación presentada en el VI Congreso Nacional de Psicología Social, San Sebastián.
- Cava, M. J. Y Musito, G. (2000). La potencialización de la autoestima en la escuela. Editorial Paidós, España.
- Centro Dupage Hospital (abril, 2009) <http://www.cdh.org/HealthInformation.aspx>
- Centro de Intervención a la diversidad educativa (abril, 2009). <http://www.centro-ide.com/disglosias/disglosias.asp>
- Cevallos, G. (2005). La autoestima en: [http://www. Ciudad futura. Com /psico / articulos](http://www.Ciudad futura. Com /psico / articulos). La autoestima en los niños.
- Cleft Palate Foundation (abril, 2009). <http://www.cleftline.org>
- Cristal, David. (1993). Patología del lenguaje. Editorial Cátedra, España.

- Coll. C., Palacios, J., y Marchensi, A. (1999). Desarrollo Psicológico y educación. Tomo III. Editorial Alianza, Madrid, España.
- Day, J. (1998). Los niños se lo creen todo. Como mejorar la autoestima de los niños. Editorial Mensajero, Bilbao, España.
- Enciclopedia de la educación infantil.(1998) Editorial Santillana Infantil, México.
- Enciclopedia de la Psicología. Grupo Océano, España, Vol. 1.
- Engle y Snellgrove. (1982) Psicología. Publicaciones Cultural, S.A. México.
- Friend, M. (1999). Alumnos con dificultades: Guía práctica para su detección e integración. Editorial Troquel, Buenos aires, Argentina.
- Fundación voz y cada vez mejor (abril, 2009). [http: // www.fundcvmejor.com.ar](http://www.fundcvmejor.com.ar)
- García, I. (2000). La integración educativa en el aula regular principios, finalidades y estrategias. Editorial Publicaciones de la SEP. Fondo mixto de cooperación técnica y científica. México-España.
- García, I. (2001). Cómo mejorar el Autoconcepto. Editorial. CCS. Madrid.
- Gallardo, J. (1995). Manual de logopedia escolar: un enfoque práctico. Editorial Aljibe, Málaga.
- Gimeno, J. (1976). Autoconcepto, sociabilidad y rendimiento escolar. Editorial Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid, España.
- González, E. (1995). Necesidades educativas especiales: Intervención psicoeducativa. Editorial CCS, Madrid.
- Heward, W. (1992). Programa de educación especial 2. Editorial CEAC, España.
- Hospital Infantil de México (abril, 2009). [http: // www.himfg.edu.mx/](http://www.himfg.edu.mx/)
- Jares, X. (2002) Educación y derechos humanos estrategias didácticas y organizativas. Editorial Popular, Madrid.
- Luz Ma. Angélica.(1995). De la integración escolar a la escuela integradora. Editorial Paidós.
- Machado, M. J. (1980). La experiencia infantil y el lenguaje, Editorial Diana, México.

- Madrazo, M.J. (abril, 2009). [http: // www.mipediatra.com.mx/infantil/la-pa-hen.htm](http://www.mipediatra.com.mx/infantil/la-pa-hen.htm)
- McKay, M. y Fannig, P. (1991). Autoestima: Evaluación y mejora. Barcelona.
- Ministerio de Educación y Cultura. (1996). La evaluación Psicopedagógica: Modelo, orientaciones, instrumentos; Centro de Investigación y Documentación Educativa. España.
- Morales, (1997). Adecuaciones curriculares para alumnos con Necesidades Educativas Especiales. México.
- Monfort, M. (1995). Ámbito de las alteraciones y trastornos del desarrollo. Editorial Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, Madrid.
- Monfort, M. (1995). Intervención Logopédica. II Simposio de Logopedia. Editorial Ciencias de la Educación Preescolar y especial, Madrid.
- Musito, J.J. (1988). Dislalias. Editorial Ciencias de la educación preescolar y especial. Madrid, España.
- Pascual-García, P. (1988). Dislalias. Editorial Ciencias de la educación preescolar y especial. Madrid, España.
- Peñafiel, F. (2000). Como intervenir en logopedia escolar. Resolución de casos prácticos. Editorial CCS, Madrid.
- Pita, E. Prevención de dislalias. (1997). Educación Infantil. Editorial Escuela Española, España.
- Puigdellivol, I. (1996). Programación de aula y adecuación curricular. Editorial Graó, Barcelona, España.
- Quiles y Espada. (2004). Educar en la autoestima, propuestas para la escuela y el tiempo libre. Editorial CCS. Madrid.
- Revista AU. LA, (1996). Inicios de la Terapia de lenguaje en México, educación y cultural. México
- Sánchez, E. (2001). Principios de educación especial. Editorial CCS. Madrid, España.

Santiuste, V. (1991). Hijos con problemas de lenguaje. Editorial CEAC, Barcelona, España.

Secretaria de Educación Publica (abril, 2009). [http: // www.sep.org.mx](http://www.sep.org.mx)

SEP.(1993) Ley General de Educación. Capítulo IV del proceso educativo Sec. 1.

Serón, J. M. (1992). Psicopedagogía de la comunicación y el lenguaje. Editorial EOS, Madrid.

Valles, A.(1998). Como desarrollar la autoestima de los hijos. Editorial Educación y Familia. España.

Vigotsky, L.S. (1964). Pensamiento y lenguaje. Editorial Pleyade. Buenos Aires, Argentina

Wendell, J. (1959). Problemas de habla infantil. Editorial Kapelusz. Buenos Aires, Argentina.

Ysunza, A. (1992). Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Articulación en el Niño con Paladar Hendido. México.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA PADRES DE FAMILIA

1.- Ficha de identificación (niño)

- Nombre:
- Edad:
- Fecha de nacimiento:
- Escolaridad:
- Escuela:
- Evaluación:

2.- Ficha de identificación (familia)

- Nombre padre: Nombre madre:
- Edad: Edad:
- Escolaridad: Escolaridad:
- Ocupación: Ocupación:

- Tipo de familia a) integrada b) desintegrada
- Numero de hijos procreados
- Lugar que ocupa el paciente entre los hermanos

3.- Historia Prenatal

- Número de embarazos anteriores al del paciente
- Tuvo abortos previos al embarazo del paciente? Sí () No ()
Cuántos? _____
- ¿Se deseaba el embarazo?
- ¿Fue el sexo deseado?
- Trastornos maternos, anteriores o vigentes durante el embarazo:
Cardiopatía () Hipertensión () Hipotensión () Hipotiroidismo ()
Anemia () Infartos placentarios () Prediabetes o diabetes ()

Tuberculosis () Cáncer () Rubéola () otra(s) _____

- Hábitos durante el embarazo

Tabaquismo () alcoholismo () Drogas () Abuso de fármacos ()

Otra(s)_____

- Agentes Físicos:

Presión sobre el útero () Exposición a rayos x () Electrochoques ()

Otro(s)_____

- Problemas emocionales durante el embarazo
-

4.- Historia Perinatal

- Parto:

Tiempo de duración del trabajo de parto _____ Normal () Cesaria ()

Uso Fórceps () Uso de anestesia local () Total ()

Casa () Hospital () Otros_____

- Estado al nacer:

Producto terminado () Producto prematuro ()

Lloró inmediatamente al nacer Sí () No ()

Peso al nacer _____ Permanencia en incubadora Sí () No () Duración

Tuvo alguna lesión al nacer Sí () No () ¿Cuál? _____

Tuvo cuidados adicionales Especificar _____

- Problemas emocionales después del embarazo

- ¿Cómo reacciono al saber que su bebe tenia un problema de LPH?

- ¿Cuál fue la reacción de la familia al conocer el problema de LPH en su hijo(a)?

- ¿Ha tenido algún trato diferente al de sus hermanos(as) por su problema de LPH?

5.- Historia posnatal

- Alimentación:

- Lactancia materna () ¿Cuánto tiempo?_____ Biberón () ¿Cuánto Tiempo _____
- ¿A que edad ocurrió el destete?
- ¿Que problemas de alimentación tuvo? Vómitos () Diarreas () Otro(s) _
- ¿Cuál fue el orden que se siguió de su alimentación, su dieta fue balanceada y adecuada? _____

- Enfermedades:

- ¿Que enfermedades ha tenido? Neumonía () Sarampión () Tos ferina () Escarlatina () otra(s) _____
- ¿Ha tenido temperatura mayor a los 40 grados? Sí () No () acompañadas de convulsiones Sí () No ()
- ¿Ha estado o esta en algún tratamiento medico? Sí () No () ¿Cuál?_____
- ¿A qué edad fue intervenido quirúrgicamente?
- ¿Actualmente toma algún medicamento? Sí () No ()
- De ser a si ¿Cuál y que dosis?_____

- Traumatismo:

- ¿Ha sufrido golpes en la cabeza? Si () No ()
- Fractura de cráneo Sí () No () Conmoción Sí () No ()

- Control de esfínteres

- ¿A qué edad comenzó a avisar? _____
- ¿Qué procedimiento se siguió para que avisara?
- ¿Cómo se le corregía cuando no avisaba a tiempo?

-Actualmente presenta eneuresis o encopresis diurna o nocturna _____

- Desarrollo motor

- ¿A qué edad se sentó solo? _____

- ¿A qué edad gateo? _____

- ¿A qué edad se sostuvo en pie? _____

- ¿A qué edad dio sus primeros pasos? _____

- ¿A qué edad subió y baja escaleras solo? _____

- ¿A qué edad corrió? _____

-¿Necesitaba ayuda en todo momento Sí () No () Especificar _____

- Tiene o a tenido problemas en:

Marcha Sí () No ()

Lenguaje Sí () No ()

Oído Sí () No ()

Vista Sí () No () Otro(s)

- Lenguaje:

- ¿A qué edad empezó a balbucear? _____

- ¿A qué edad pronuncio sus primeras palabras? _____

- ¿A qué edad pronuncio sus primeras frases? _____

- Calidad del lenguaje: Normal () Telegráfico () Ecológico ()

- ¿Recibió estimulación temprana de lenguaje? _____ ¿a que edad comenzó? _____

- Historia escolar

- ¿Asistió al kinder? Sí () No ()

- ¿A que edad entro a la primaria? _____

- ¿Ha perdido algún año escolar? Sí () No () ¿Cuál? _____

- ¿Cuál fue la reacción de usted? _____
- ¿Le gusta al niño ir a la escuela? _____
- ¿Ha tenido problemas en la escuela por su problema de LPH? _____
- ¿Quién se encargará de apoyarlo en la escuela cómo y de qué manera?

- Acostumbra a realizar sus tareas _____
- Recibe quejas constantes por parte del maestro(a) Sí () No () De qué tipo _____
- ¿Cuál es su reacción ante esto? _____
- ¿Los maestros(as) que ha tenido su hijo(a) han sabido cómo ayudarlo y de qué manera?
- ¿Cómo son las relaciones de su hijo con sus compañeros de la escuela?

- Participa el niño(a) en actividades colectivas de su escuela Si () No ()
- Se conoce alguna razón física que pueda disminuir su capacidad escolar
Sí () No () ¿Cuál? _____
- ¿A qué edad comenzó las terapias de lenguaje?
- Existe alguna comunicación entre su terapeuta de lenguaje y su maestro(a) de la escuela?
- ¿Le gustaría que la hubiera y estaría dispuesta a cooperar para que esto sucediera?

ANEXO 2

ENTREVISTA AL ALUMNO(A)

- 1.- ¿Cómo te llamas?
- 2.- ¿Cuántos años tienes?
- 3.- ¿Cómo se llama tu escuela?
- 4.- ¿En qué año vas?
- 5.- ¿Cómo te sientes en la escuela?
- 6.- ¿Qué tanto participas en tus clases?
- 7.- ¿En cuáles más y en cuales menos?
- 8.- ¿Cuándo participas alguien te molesta o te hace burla?
- 9.- ¿Cuál es la actitud del maestro(a) cuando alguien te hace burla?
- 10.- ¿Qué materia se te facilita mas?
- 11.- ¿En qué materia te cuesta mas trabajo obtener un mejor resultado?
- 12.- ¿Qué problemas has tenido o se te han presentado en tu desarrollo educativo?
- 13.- ¿Qué grado de confianza le tienes a tu profesor(a) para preguntarle alguna duda o que te repita de nuevo el tema?
- 14.- ¿Qué facilidades te da ella o el para obtener un mejor desempeño escolar?
- 15.- ¿Cómo calificarías tu desempeñó dentro del aula?
- 16.- ¿Qué te gustaría que te ofreciera tu centro educativo para un mejor desempeño dentro de tu clase?
- 17.- ¿Quién viene cuando la maestra manda llamar a tus papás?
- 18.- ¿Quién te ayuda hacer tus tareas?
- 19.- ¿Qué materiales de apoyo tienen en casa para hacer tu tarea?
- 20.- ¿Qué es lo que mas y lo que menos te gusta de venir a la escuela?
- 21.- ¿Qué haces en el recreo?
- 22.- ¿Te gustaría describirme un día de tu vida?
- 23.- ¿A quién le tienes mas confianza en la escuela?
- 24.- ¿A quién le tienes mas confianza en tu casa?

ANEXO 3

ENTREVISTA AL MAESTRO(A)

Nombre del profesor(a): _____

Nombre del alumno(a): _____

Edad: _____

- 1.- ¿Cómo considera el desempeño de su alumno(a) dentro del aula?
- 2.- ¿Con qué problemas se enfrenta su alumno(a) dentro del aula?
- 3.- ¿Qué actitud tiene su alumno(a) en el salón de clases?
- 4.- ¿Qué dificultades tiene el alumno(a) por su problema de LPH?
- 5.- ¿Qué materia se le dificulta más?
- 6.- ¿Qué sistemas de apoyo a utilizado para ayudar a su alumno en su problema de LPH?
- 7.- ¿Cómo se llevan con sus compañeros?
- 8.- ¿Qué tan pendiente están sus padres de él o ella?
- 9.- ¿Quién lo lleva a la escuela y quien va por él o ella?
- 10.- ¿Considera que tiene algún problema de comunicación?
- 11.- ¿El niño(a) presenta alguna dificultad motora?
- 12.- ¿Tiene conocimiento de las terapias de lenguaje a las que asiste su alumno(a).
Y cual es su punto de vista respecto a esto, lo cree necesario?
- 13.- ¿A contado con alumnos anteriormente que tengan este problema?
- 14.- ¿Qué apoyo recibe de las autoridades del plantel respecto a niños con NEE?
- 15.- ¿Se tiene comunicación con la familia de acuerdo al desempeño educativo de su alumno?
- 16.- ¿El tutor le comenta de los avances o situación actual de sus terapias de lenguaje?
- 17.- ¿Estaría de acuerdo en apoyar a su alumno(a) en su mejor pronunciación y lecto-escritura por medio de un terapeuta de lenguaje?

ANEXO 4

HOJA DE EVALUACION DE ARTICULACIÓN Y LENGUAJE

1.-Aspecto fonológico

a) Articulación espontánea. Basado en la carpeta de fonemas o en tarjetas de vocabulario.

b) Articulación inducida con palabras y oraciones.

Fonema	Inicial	Media	Final
Punto de articulación			
BILABIAL			
p	pasa _____	capa _____	pop _____
b	bote _____	uva _____	club _____
m	mesa _____	cama _____	tam _____
LABIODENTAL			
f	foco _____	café _____	decaf _____
INTERDENTAL			
s (z)	sopa _____	casa _____	maíz _____
DENTAL			
d	dame _____	codo _____	pared _____
t	tela _____	gato _____	closet _____
ALVEOLAR			
l	lima _____	palo _____	comal _____
n	nene _____	pana _____	pan _____

r rosa _____ araña _____ tirar _____
rr burro _____ temor _____

PALATAL

ll (y) llama _____ payaso _____
ñ ñoño _____ teñido _____ niño _____
ch choco _____ noche _____ uch _____

VELARES

g goma _____ liga _____ pig _____
j jamón _____ paja _____ reloj _____
k (q) (c) queso _____ tacón _____ tac _____

DIPTONGOS

au - auto _____
ae - aéreo _____
ai - maíz _____
ei - reina _____
ia - piano _____
ie - siete _____
io - camión _____
iu - ciudad _____
oi - boina _____
ua - guapa _____
ue - hueso _____
ui - cuida _____

SILABA COMPUESTA

gr - gramo _____ tegretol _____
pr - premio _____ temprano _____

cr - crayón _____
br - brazo _____
fr - fruta _____
dr - dragón _____
tr - trompo _____
bl - tabla _____
pl - plátano _____
cl - claxón _____
gl - regla _____
fl - flecha _____
tl - tláloc _____

picrato _____
cabra _____
cofre _____
cuadro _____
entrar _____
blanco _____
sopla _____
bicicleta _____
globo _____
camuflaje _____
atlas _____

GRUPO CONSONANTICO

ct - recta _____
lb - silbar _____
lc - talco _____
lf - alfiler _____
mb - sombra _____
mp - campana _____
nc - blanco _____
nd - candado _____
ng - mango _____
nt - mantel _____
rc - arco _____
rg - margarita _____
rt - carta _____
sc - fresco _____
st - canasta _____

ORACIONES

- p - Pepe pinta paisajes por poco precio
- b - El barco de vela navega suave
- m - Omar y María me miran mucho
- f - Fernando fundió el foco y el fusible
- d - David dejó los dados y los soldados
- t - Tomás toma té de tila también galletas
- s - Susy sube sus osos sobre la mesa
- l - Lalo eleva la pelota y salta alto
- n - Niña no tiene panques ni donas
- r - Mario mira la bandera sobre el periódico
- rr - Las ratas y ratones corren y roen la ropa
- ll - Ya lleve y los pollos y los gallos están en la calle
- ñ - Los niños en la mañana comen pica y caña
- ch - Concha y chucho comen chochos en la noche
- g - Los Gansos en el agua comen granos y gusanos
- j - Juan y Javier meten juntos el reloj en la caja
- k - Micaela compra un kilo de coco fresco

Emisión del niño

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____
- 9.- _____
- 10.- _____

- 11.- _____
- 12.- _____
- 13.- _____
- 14.- _____
- 15.- _____
- 16.- _____
- 17.- _____

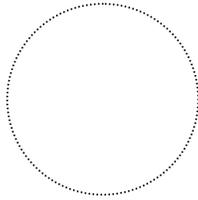
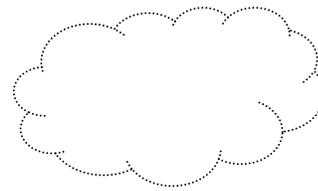
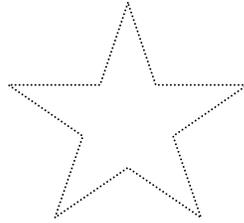
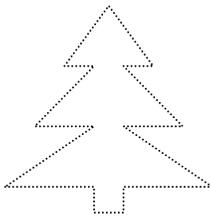
ANEXO 5

PRUEBA PSICOPEDAGÓGICA DE CONOCIMIENTOS

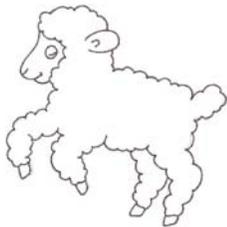
1. Marca el caminito que debe seguir el animalito para llegar a su comida



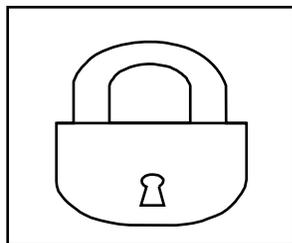
2.- Remarca bien la figura uniendo los puntos



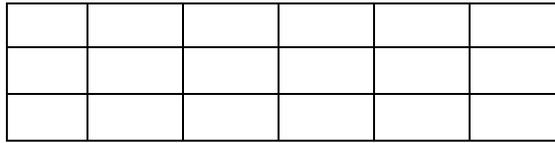
3.- Ilumina de rojo el libro, de azul la cubeta y de amarillo el borrego



4.- Copia la figura en el cuadro en blanco



5.- Pon un punto en el centro de cada cuadrito



6.- Termina el renglón



7.- Une con una línea cada dibujo con la letra que empieza su nombre

a



e



i



8.- Encierra en un círculo las vocales

B D A H M N E F G J K I
L Ñ R T S O X V Z P U C

9.- Escribe las palabras en orden alfabético

Casa 1.- _____

Perro 2.- _____

Anillo 3.- _____

Burro 4.- _____

Sopa 5.- _____

10.- Escribe las oraciones dejando un espacio entre cada palabra

Lalocaminasolo

Lupelavasuropa

Elniñocomesopa

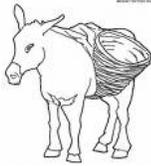
11.- Escribe las letras que faltan



mes__



sill__



b__rro



ra__ta



bar__to



o__o

12.- Haz un dibujo para ilustrar la oración

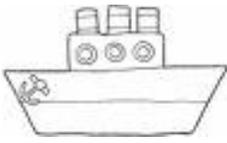


El gato corría tras el ratón

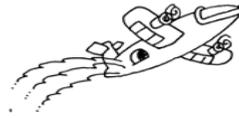


La manzana se cayó del árbol

13.- Escribe los nombres de los siguientes dibujos









14.- Escribe las palabras en orden para formar oraciones

- Trabaja en campesino El campo el

- Come Luis torta su

- Hace sastre El pantalones

15.- Escribe los días de la semana que faltan

* Lunes

* Miércoles

* _____

* Domingo

* _____

* _____

* Sábado

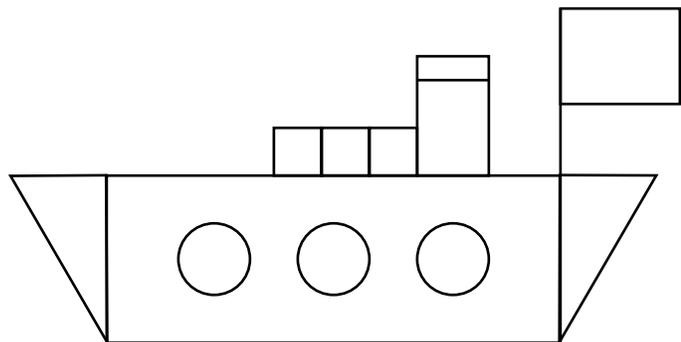
16.- Dibuja lo siguiente:

de amarillo los ○

de rojo los △

de azul los □

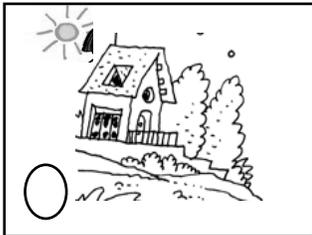
de café los □



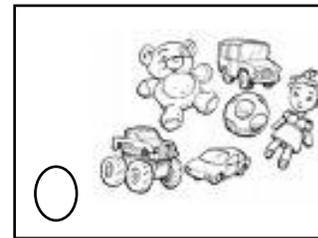
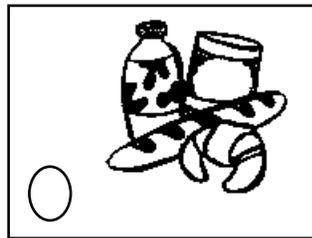
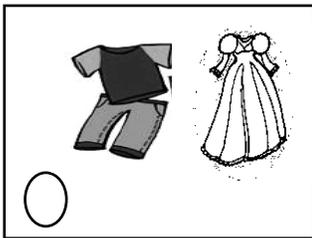
17.- Anota el número que le corresponda a cada dibujo



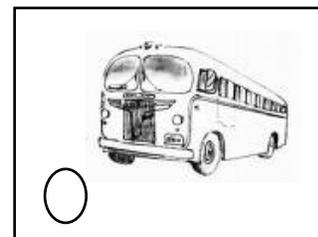
- 1.- mañana
- 2.- tarde
- 3.- noche



18.- Cosas que satisfacen nuestras necesidades



- 1.- para jugar
- 2.- para trabajar
- 3.- para transportar
- 4.- para vestirse
- 5.- para alimentarse



ANEXO 6

I. DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE

TERAPEUTA

- 1) ¿Es necesaria la estimulación temprana en niños(as) con LPH?
 si no
- 2) ¿El niño(a) coopera dentro de las sesiones?
 si no
- 3) ¿Su asistencia es regular?
 si no
- 4) ¿Sus ejercicios en casa se refleja en la terapia?
 si no
- 5) ¿Existe apoyo psicológico dentro de la terapia tanto para el paciente como para la familia?
 si no
- 6) ¿El niño(a) le ha comentado si tiene dificultades en su desempeño escolar por su problema de LPH?
 si no
- 7) ¿Existe apoyo de la familia para realizar ejercicios en casa?
 si no
- 8) ¿Es buena la comunicación entre paciente y familia?
 si no
- 9) ¿Cuenta con alguna comunicación?
 si no
- 10) ¿Cree necesaria la comunicación con el profesor(a) de su paciente para modificar el currículo escolar?
 si no
- 11) ¿Estaría dispuesto a cooperar para que existiera un puente entre la escuela y usted (terapeuta) para un mejor desempeño en la escuela?
 si no

ANEXO 6.1

II. DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE MAESTRO(A)

- 1) ¿Conoce la dificultad que su alumno(a) presenta?
 si no
- 2) ¿Le causa conflicto trabajar con un alumno con NEE?
 si no
- 3) ¿Usted sabe si el alumno(a) cuenta con ayuda profesional fuera de la escuela?
 si no
- 4) ¿Usted ha llegado a modificar su programa para que el alumno(a) tenga un mejor aprendizaje?
 si no
- 5) ¿A identificado en que área el niño(a) no tiene un buen rendimiento?
¿Cuál es?
 si no
- 6) ¿Con la NEE ya identificado, lo ha ayudado a la integración?
 si no
- 7) ¿El plantel le brinda apoyo a estos alumnos(as)?
 si no
- 8) ¿Tiene conocimiento de lo que es USAER?
 si no
- 9) ¿Ha necesitado apoyo de USAER por la necesidad del alumno(a)?
 si no
- 10) ¿Tiene conocimiento si su alumno(a) asiste a terapia de apoyo?
 si no
- 11) ¿Estaría dispuesto a cooperar para que existiera un puente entre maestro y terapeuta para un mejor desempeño del alumno(a) en la escuela?
 si no

ANEXO 6.2

III. DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE

FAMILIA

- 1) ¿Su hijo(a) ha tenido dificultades en la escuela por su problema de LPH?
() si () no
- 2) ¿Su hijo(a) cuenta con apoyo en su proceso de enseñanza-aprendizaje?
() si () no
- 3) ¿Su hijo(a) cuenta con revisión o supervisión del maestro y terapeuta regularmente y le comentan los adelantos que se perciben?
() si () no
- 4) ¿ Se cuenta con buena comunicación entre la familia y la escuela?
() si () no
- 5) ¿ Su hijo(a) ha recibido apoyo de algún tipo por su problema de LPH?
() si () no
- 6) ¿ Su hijo(a) tiene buena integración con sus amistades de la colonia?
() si () no
- 7) ¿ Cuenta Usted con expectativas educativas para su hijo(a) o le encuentra alguna limitación por su problema de LPH?
() si () no
- 8) ¿ La integración de su hijo(a) ha sido diferente a la de sus otros hijos?
() si () no
- 9) ¿ Su hijo /a cuenta con responsabilidades y autonomías como sus demás hijos(as)?
() si () no
- 10)¿ Dentro de la terapia de lenguaje le han preguntado sobre alguna dificultad en la escuela?
() si () no
- 11)¿ Dentro de la escuela le han preguntado sobre los avances que tiene en la terapia?
() si () no
- 12)¿ Cooperaría para que existiera comunicación entre la escuela y la terapia a través de usted?
() si () no

Anexo 7

EVALUACIÓN DE AUTOESTIMA

Paso 1. Autoevaluación precisa.

Escribir el mayor numero de palabras posibles en las siguientes áreas:

- Aspecto físico: altura, peso, aspecto facial, piel , pelo, tipo de ropa, así como descripción específica de zonas corporales.
- Relación con los demás: dotes y debilidades en relaciones familiares, íntimas y sociales.
- Rasgos de personalidad: positivos y negativos.
- Como lo ven los demás
- Rendimiento escolar: rendimiento y manera de afrontar las tareas escolares
- Tareas cotidianas: higiene, alimentaron, vestido, ayuda en casa, etc.
- Funcionamiento mental: como razona y resuelve problemas, capacidad de aprender y a crear.
- Sexualidad: como se percibe así mismo.

Paso 2. Lista de debilidades

Del documento anterior se va sacando la lista de debilidades o aspectos negativos presentándolas en un lenguaje objetivo y no peyorativo. Pata ello es fundamental descubrir las distorsiones cognitivas expresadas en el vocabulario y en las frases: hipergeneralización, designación global, filtrado, pensamiento polarizado, auto acusación, personalización, falacias de control, razonamiento emocional etc.

Paso 3. Lista de dotes

Se trata de retomar los aspectos positivos del inventario de si mismo y añadir aquellos que pudieran haber sido olvidados. Se trata de reconocer todos los aspectos positivos de los que uno es consciente.

Paso 4. Nueva descripción de si mismo

Elaborar una nueva descripción de si mismo, en términos precisos, indicando con claridad los aspectos positivos y las posibilidades de desarrollarlos aun más. Esta descripción puede tener una extensión de uno o dos folio. Puede ser conveniente leerla una o dos veces al día durante varias semanas, poniendo el énfasis en los aspectos positivos y en las posibilidades de desarrollo de las diferentes capacidades.

ANEXO 8

Tabla No. 1 (Pita, 1997, p. 5).

PRAXIAS LINGUALES	
1.-	Sacar y meter la lengua, manteniendo la boca abierta.
2.-	Lengua arriba y abajo, manteniendo la boca abierta.
3.-	Llevar la lengua de un lado a otro, tocando la comisura.
4.-	Con la punta de la lengua empujar una mejilla y otra, alternativamente.
5.-	Lengua arriba y abajo, detrás de los incisivos superiores e inferiores.
6.-	Chupar, con la punta de la lengua, el labio superior en ambas direcciones.
7.-	Chupar, con la punta de la lengua, el labio inferior en ambas direcciones.
8.-	Chupar, alternativamente, el labio superior e inferior con un movimiento rotatorio amplio.
9.-	Con la boca entreabierta dejar la lengua ancha y relajada, y estrecha y tensa.

Tabla No. 2 (Pita, 1997, p. 5).

PRAXIAS LABIALES	
1.-	Posición de beso y sonrisa, con los labios juntos.
2.-	Adelante y atrás, con los labios separadores enseñando los dientes.
3.-	Esconder los labios y sacarlos en posición de reposo.
4.-	Chupar el labio superior con el inferior.
5.-	Chupar el labio inferior con el superior.
6.-	Con los incisivos inferiores morder el labio superior.
7.-	Con los incisivos superiores morder el labio inferior.
8.-	Imitar la posición labial de las vocales.
9.-	Distender la comisura de un lado y del otro, alternativamente.
10.-	Vibración de los labios.

Tabla No. 3 (Pita, 1997, p. 6).

PRAXIAS DE MEJILLAS	
1.-	Inflar las dos mejillas con un buche de agua, manteniéndolo.
2.-	Llevar el buche de agua de una mejilla a otra.
3.-	Inflar las dos mejillas con aire, manteniéndolo.
4.-	Aspirar las dos mejillas.
5.-	Inflar una y otra mejilla con aire, alternativamente.

Tabla No. 4 (Pita, 1997, p. 6).

PRAXIAS DEL VELO DEL PALADAR	
1.-	Toser.
2.-	Hacer gárgaras con agua.
3.-	Hacer gárgaras sin agua.
4.-	Aspiraciones profundas, expulsando el aire por la nariz.
5.-	Bostezo.
6.-	Tomar aire por la nariz y hacer espiraciones fuertes, nasales y bucales, alternativamente.
7.-	Emisión de "a" viendo en el espejo y controlando los desplazamientos del velo.

Tabla No. 5 (Pita, 1997, p. 6).

PRAXIAS DE MANDÍBULA.	
1.-	Abrir y cerrar la boca lentamente.
2.-	Abrir y cerrar la boca rápidamente.
3.-	Abrir la boca despacio y cerrarla de prisa.
4.-	Abrir la boca de prisa y cerrarla despacio.
5.-	Masticar.
6.-	Mover la mandíbula inferior de un lado a otro, alternativamente.

Tabla No. 6 (Pita, 1997, p. 7).

EJERCICIOS DE SOPLO	
1.-	Apagar velas y cerillas con un soplo fuerte y rápido.
2.-	Mover la llama de las velas y cerillas, sin que llegue a apagarse, con un soplo prolongado y suave.
3.-	Mover molinillos de papel.
4.-	Desplazar con el soplo trocitos de papel de seda, algodones, pelotas de ping-pong, bolitas de papel etc.
5.-	Hacer pompas de jabón.
6.-	Hacer burbujas de agua con una paja.
7.-	Mantener, con el soplo, una hoja de papel contra la pared.
8.-	Empañar un espejo, situado debajo de la nariz, con el soplo nasal.
9.-	Emisión de vocales cortas, "a", "e", "i", "o", "u".
10.-	Emisión de vocales largas, "a-", "e-", "i-", "o-", "u-".
11.-	Intercalar ambas emisiones.

ANEXO 9

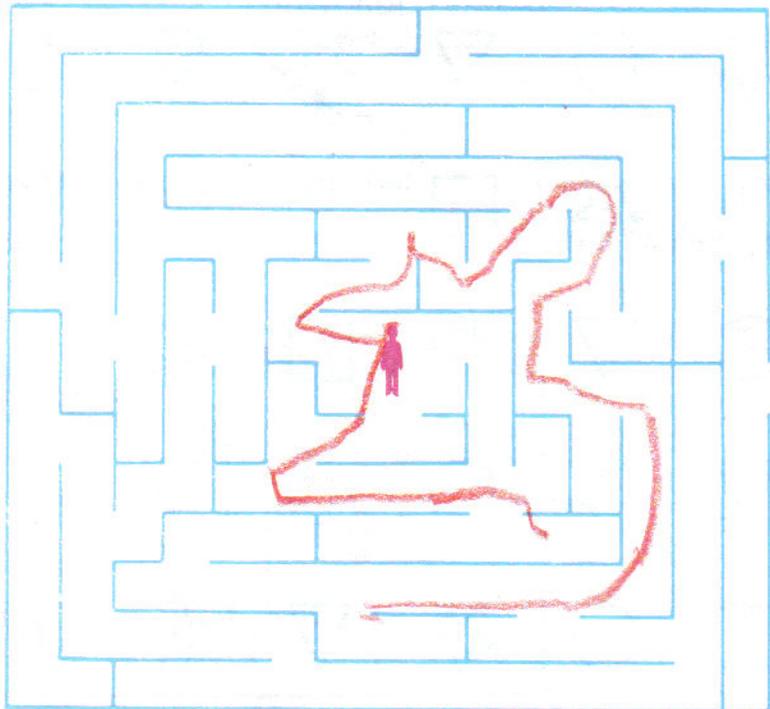
Objetivo: El alumno desarrollará las habilidades de lenguaje a través de prácticas orales y representación de oraciones. Verbalizará palabras y oraciones simples poniendo énfasis en la pronunciación y fluidez de la expresión.					
Contenido	Actividad	Metodología	Material	Tiempo	Evaluación
Conversación y narración oral.	Temas específicos.	Se le pedirá al niño(a) que nos hable acerca de temas específicos.	Los temas serán acerca de la escuela, de su casa, de sus amigos, de lo que le gusta hacer, de lo que le gusta comer, etc., hojas de observación.	10 min.	Se evaluará la fluidez, la estructuración de su conversación y si es necesario ayudarlo.
Descripción oral.	Descripción de temas específicos.	Se le pedirá al niño(a) que lleve a cabo una descripción a cerca de temas específicos.	Temas que se hayan escogido previamente, hojas de observación.	10 min.	Se evaluará qué tan elaboradas están las descripciones, la fluidez con que la desarrolla, así como la pronunciación de las palabras (si están completas).

Comprensión de instrucciones.	Participar en juegos en donde requiera escribir y hablar.	Jugará lotería, memorama, rompecabezas y se harán dibujos. En la lotería en ocasiones le tocará ir diciendo las cartas en otras será un jugador más.	Juegos de lotería y memorama, frijolitos para marcar las figuras, colores, plumones y hojas para hacer dibujos.	20 min.	Se evaluará si ejecuta lo que se le va indicando, si es que juega o sólo simula que lo hace, si recuerda la ubicación de las figuras, así como si es necesario que se le ayude.
Comprensión de instrucciones (Palabras)	Repetir palabras	El niño(a) repetirá las palabras que se mencionen, están conformadas por dos sílabas	Hojas que contengan palabras a mencionar como: bote, burro, cama, casa, gato, goma, liga, llamar, mesa, niño, noche, paja, pared, pera, perro, queso, reloj, rosa, sopa, soplar, tirar, uva.	15 min.	Se evaluará la pronunciación y la fluidez de las palabras. Así como si es necesario que se le ayude.

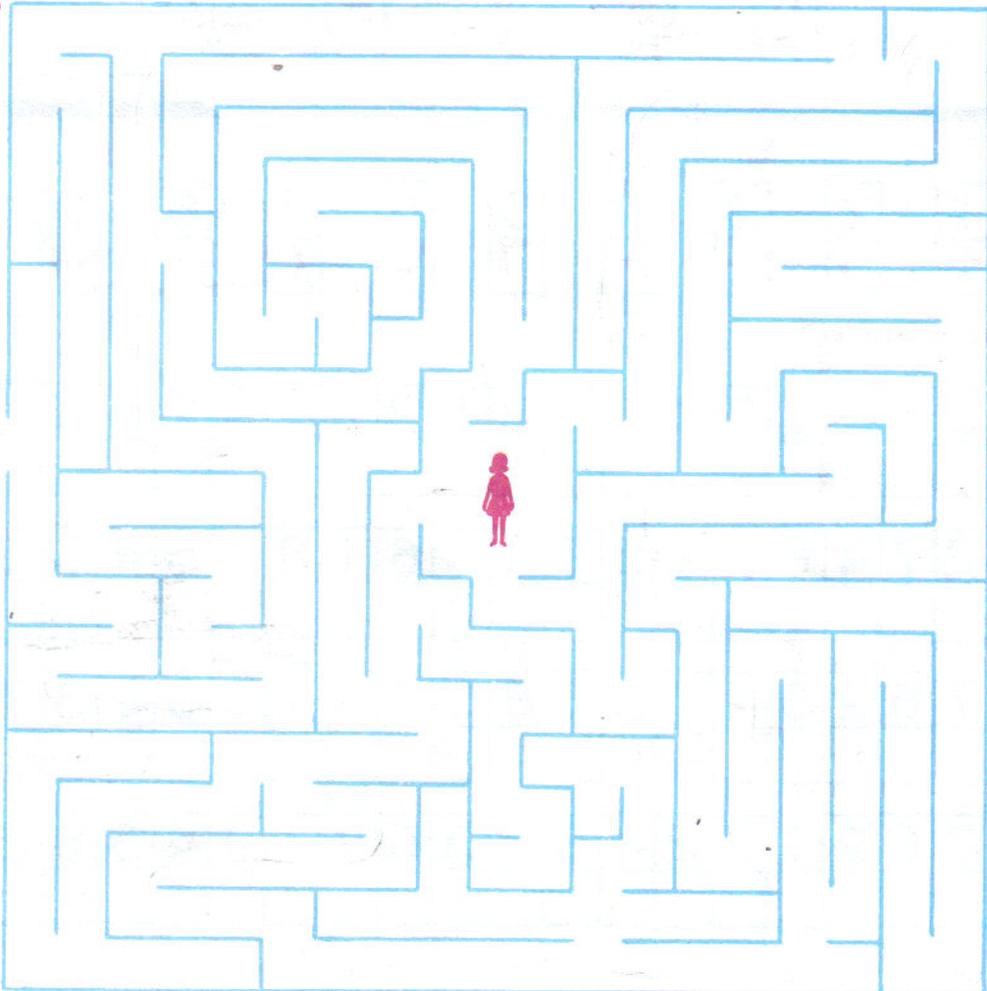
Comprensión de instrucciones (Oraciones).	Repetir oraciones	El niño(a) repetirá las palabras que se mencionen.	Hojas que contengan palabras a mencionar como: Pepe juega en el parque, El perro corre mucho, El burro es flojo, La cama está dura, El niño come sopa, La pera esta jugosa, La pared es rosa, la uva es morada, El reloj es de cristal, El ratón come queso, El viento sopla fuerte, El gato maúlla, La mesa es café.	15 min.	Se evaluará la pronunciación completa y la fluidez de las oraciones. Así como si es necesario que se le ayude.
Entrevista oral.	Entrevistas	El niño(a) y el psicólogo(a) jugarán a que son diferentes personas.	Tanto el niño(a) como el psicólogo(a) tendrán roles diferentes en donde se harán preguntas acerca de lo que a cada uno le interese saber.	10 min.	Se evaluará la participación del niño(a) para hacer preguntas, la fluidez de las mismas y la pronunciación.

Recursos no verbales	Formación de oraciones con imágenes, jugar a la tiendita.	El niño(a) formará historias habituales a través de imágenes que se le pongan, jugará a vender o comprar cosas como fruta, juguetes, dulces, etc.	Billetes de juguete, dibujos con imágenes y hojas de observación.	20 min.	Se evaluará el razonamiento, la dificultad y el interés que muestra para representar su lenguaje así como la formación de sus oraciones. También se evaluará las compras que haga, tendrá que hacer cuentas acerca del cambio que se le dará.
----------------------	---	---	---	---------	---

8



9



WISC-RM

Escala de Inteligencia Revisada
Estandarizada en México, D.F.

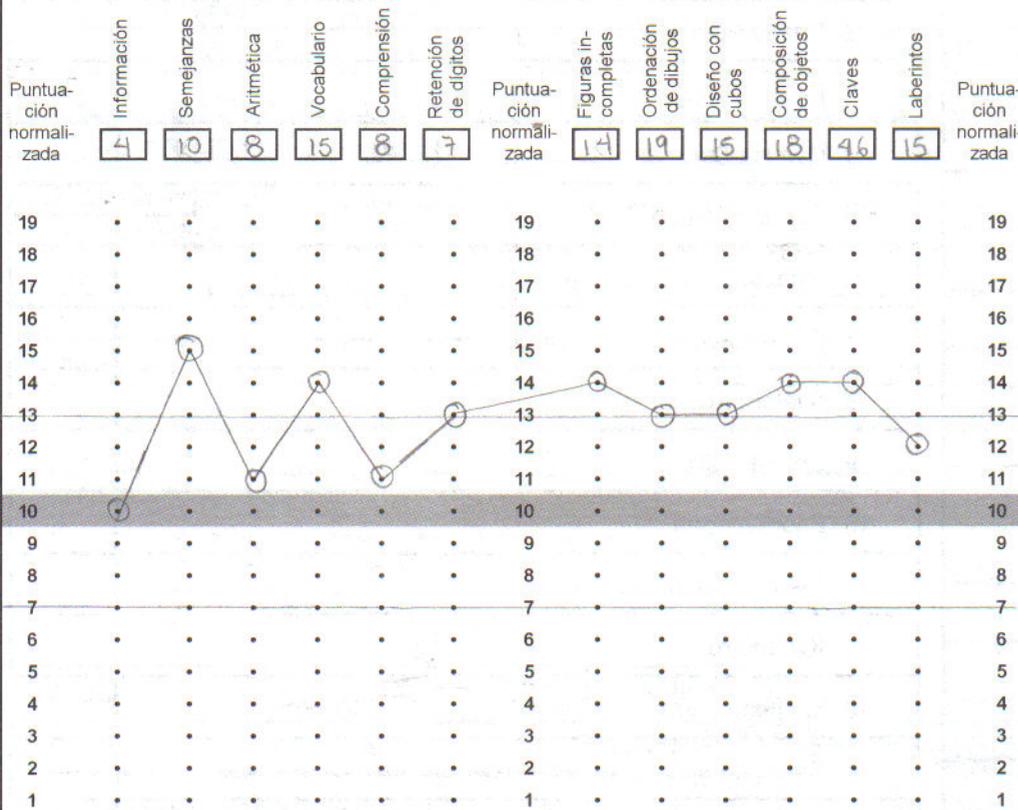
Protocolo

NOMBRE: Josué Calalpa Cornejo
 EDAD: 7 años SEXO: masculino
 DIRECCIÓN: Ahuéyote N-522
 NOMBRE DEL PADRE
 O TUTOR: Susana Cornejo Rodríguez
 ESCUELA: Guillem de Lampart
 GRADO: 2º
 LUGAR DE APLICACIÓN: Clinica de LPH
 APLICÓ: Ivonne Hernández
 REFERIDO POR: Nadie

PERFIL WISC-RM

ESCALA VERBAL

ESCALA DE EJECUCIÓN



Fecha de aplicación	Año	Mes	Día
	2008	05	20
Fecha de nacimiento	2000	12	23
Edad	7	4	27

	Puntuación natural	Puntuación normalizada
ESCALA VERBAL		
Información	4	10
Semejanzas	10	15
Aritmética	8	11
Vocabulario	15	14
Comprensión (Retención de dígitos)	(7)	(13)
Suma		65
ESCALA DE EJECUCIÓN		
Figuras incompletas	14	14
Ordenación de dibujos	19	13
Diseño con cubos	15	13
Composición de objetos	18	14
Claves	46	14
(Laberintos)	(15)	(12)
Suma		68

	Puntuación normalizada	CI
Escala Verbal	65	*122 superior
Escala de Ejecución	68	*124 superior
Escala Total	133	126 superior

*Prorrato si es necesario.

OBSERVACIONES

A. INFORMACIÓN		Puntuación
Discontinuar después de 5 fracasos consecutivos		1 o 0
6-10 años →	1. Veintes 5	1
	2. Gallina pollo	1
	3. Chicharrón puerco	1
	4. Dedo n/s	0
11-12 años →	5. Marzo Abril	1
	6. Días 6	0
	7. América n/s	0 ^{ns}
	8. Docena 10	0
	9. Vaca n/s	0 ^{ns}
	10. Estaciones	
13-16 años →	11. Cárdenas	
	12. Tonelada	
	13. Estómago	
	14. Satélite	
	15. 1810	
	16. Fronteras	
	17. Sol	
	18. Chile	
	19. Sonido	
	20. Año bisiesto	
	21. Cortés	
	22. Estatura	
	23. Aceite	
	24. Jeroglíficos	
	25. Oxidar	
	26. Foco	
	27. Newton	
	28. Darwin	
	Total	Máxima=28 4

B. FIGURAS INCOMPLETAS			Discontinuar después de 4 fracasos consecutivos
	Puntuación		Puntuación
	1 o 0		1 o 0
6-10 años →	1. Mano uña	1	
	2. Muchacha boca	1	
	3. Gato bigotes	1	
	4. Reloj N= 8	1	
11-16 años →	5. Espejo reflejo muñeca	1	
	6. Elefante pata	1	
	7. Cara parte nariz	1	
	8. Cinturón ollitos	1	
	9. Escalera escalón	1	
	10. Puerta bisagra	1	
	11. Saco ollitos	0	
	12. Niña calceta	1	
	13. Cómoda manija	0	
	14. Niño tirita	0	
	15. Baraja diamante	1	
	16. Tijeras tornillo	1	
	17. Tornillo madera	0	
	18. Niña ceja	0	
	19. Vaca manchas	0	
	20. Teléfono cuerda	0	
	21. Perfil ceja	1	
	22. Casa manzana	0	
	23. Termómetro rayita	0	
	Total	Máxima=23 14	

C. SEMEJANZAS		Discontinuar después de 3 fracasos consecutivos	Puntuación
			1 o 0
1. Vela-Foco	las dos dan luz		1
2. Rueda-Pelota	las dos son redondas		1
3. Piano-Guitarra	los dos hacen música		1
4. Camisa-Sombrero	abrigan		0
5. Cerveza-Vino	las dos tienen alcohol	Puntuación 2, 1 o 0	2
6. Manzana-Plátano	las dos son frutas		2
7. Gato-Ratón	los dos son animales		2
8. Teléfono-Radio	comunican		1
9. Codo-Rodilla	los dos son duros		0
10. Enojo-Alegría	las dos son emociones		0
11. Tijeras-Sartén	los dos están hechos de lo mismo		0
12. Kilo-Metro			
13. Montaña-Lago			
14. Sal-Agua			
15. Primero-Último			
*16. 49 y 121			
17. Libertad-Justicia			
			Máxima=30 10

* Si el niño da una respuesta de 1 punto, diga: ¿En qué más se parecen los números 49 y 121?

D. ORDENACIÓN DE DIBUJOS

Discontinuar después de 3 fracasos consecutivos

Ordenación	Tiempo	Orden	Puntuación (Encierre en un círculo la puntuación obtenida)	
Báscula (EJEMPLO)				
6-8 años → 1. Pelea 45"	1 13" 2	BOX	0	1 BOX (2 BOX)
9-16 años → 2. Día de campo 45"	1 8" 2	POLLO	0	1 POLLO (2 POLLO)
3. Fuego 45"	1 16" 2	FUEGO	0	1 FUEGO (2 FUEGO)
4. Puente 45"	1 16" 2 14"	IEDA IDEA	0	(1 IDEA) 2 IDEA
5. Ladrón 45"	18"	LADRON	0	16-45 (3) 11-15 4 1-10 5 LADRON
6. Dormilón 45"	25"	CAMA	0	16-45 (3) 11-15 4 1-10 5 CAMA
7. Artista 45"	44"	ARTE	0	16-45 (3) 11-15 4 1-10 5 ARTE
8. Lazo 45"	31"	ROBO	(0)	16-45 3 11-15 4 1-10 5 ROBO
9. Lancha 60"	26"	MUELLE	0	2 21-60 (3) 11-20 4 1-10 5 MUELLE
10. Jardinero 60"	35"	PESCA	(0)	2 26-60 16-25 1-15 3 4 5 PESCA
11. Banca 60"	51"	PEGRA	(0)	2 26-60 16-25 1-15 3 4 5 PEGAR
12. Lluvia 60"	34"	MOJAR	(0)	2 26-60 16-25 1-15 3 4 5 MOJAR
Total			Máxima=48	19

* Dé un ejemplo igual que el primero.

E. ARITMÉTICA

Discontinuar después de 3 fracasos consecutivos

Problema	Respuesta	Puntuación 1 o 0
1. 30"	12	1
*2. 30"	4	1
*3. 30"	9	1
4. 30"	14	1
8-10 años → 5. 30"	2	1
6. 30"	4	1
7. 30"	6	1
11-13 años → 8. 30"	14	1
9. 30"	8	0
14-16 años → 10. 30"	21	0
11. 30"	ns	0
12. 30"		
13. 30"		
14. 45"		
15. 45"		
16. 75"		
17. 75"		
18. 75"		
Total		Máxima=18' 8

* Problemas 2 y 3 se puntúan con medio punto, si el niño comete un error pero lo corrige dentro del tiempo límite.

† Redondee las medias puntuaciones.

F. DISEÑO CON CUBOS

Discontinuar después de 2 fracasos consecutivos

Diseño	Tiempo	Pasa-Fracasa	Puntuación (Encierre en un círculo la puntuación para cada diseño)			
6-9 años → 1. 45"	1 21" 2 30"	F P	0	(1)	2	
2. 45"	1 15" 2 25"	F P	0	(1)	2	
10-16 años → 3. 45"	1 19" 2 24"	F P	0	(1)	2	
4. 45"	30"	P	0	(4)	5	6 7
5. 75"	32"	P	0	(4)	5	6 7
6. 75"	70"	P	0	(4)	5	6 7
7. 75"	80"	F	(0)	4	5	6 7
8. 75"	100"	F	(0)	4	5	6 7
9. 120"			0	4	5	6 7
10. 120"			0	4	5	6 7
11. 120"			0	4	5	6 7
Total			Máxima=62 15			

G. VOCABULARIO

Discontinuar después de 5 fracasos consecutivos

Puntuación
2, 1 o 0

6-10 años

11-13 años

14-16 años

1. Burro	animal	2
2. Bicicleta	transporte	2
3. Clavo	Clavar	0
4. Abecedario	letras con las q' lees	0
5. Diamante	Joya	2
6. Valiente	héroe	1
7. Contagioso	cuando te da gripa	0
8. Gracioso	simpatico	2
9. Juntar	pegar cosas	2
10. Molestia	Enojado	1
11. Apostar	ganar dinero	0
12. Limosna	n/s	0
13. Prevenir	n/s	0
14. Campanario	donde hay una campana	2
15. Fábula	algo divertido	0
16. Disparate	n/s	0 ^{ns}
17. Exportar	n/s	0 ^{ns}
18. Impulsar	empujar	1
19. Amparo	cuidar	0
20. Improbable	n/s	0 ^{ns}
21. Demoler	hacer q' algo desaparezca	0
22. Emigrar	n/s	0 ^{ns}
23. Dilatorio	n/s	0 ^{ns}
24. Estrofa		
25. Sinfonía		
26. Espionaje		
27. Rivalidad		
28. Aflicción		
29. Escarabajo		
30. Recluir		
31. Reforma		

Máxima=62

Total

15

H. COMPOSICIÓN DE OBJETOS

Aplicase completamente a todos los niños

Objeto	Tiempo	Número de piezas correctamente unidas	Multiplificar por	Puntuación (Encierre en un círculo la puntuación apropiada)																				
Manzana (MUESTRA)													X											
1. Niña	120''	40''	(0-6) 4	1	0	1	2	3	4	5	31-120 6	21-30 7	1-20 8	ENSAMBLE PERFECTO										
2. Caballo	150''	129''	(0-5) 5	1	0	1	2	3	4	5	36-150 6	21-35 7	16-20 8	1-15 9	ENSAMBLE PERFECTO									
3. Coche	150''	121''	(0-9) 9	½*	0	1	2	3	4	5	51-150 6	36-50 7	26-35 8	1-25 9	ENSAMBLE PERFECTO									
4. Cara	180''	136''	(0-12) 8	½*	0	1	2	3	4	5	76-180 6	51-75 7	36-50 8	1-35 9	ENSAMBLE PERFECTO									

* Redondee las medias puntuaciones.

Máxima=33

Total 18

I. COMPRENSIÓN

Discontinuar después de 4 fracasos consecutivos

Puntuación
2, 1 o 0

1. Mochila	llevarla a la dirección	2
*2. Humo	avisar a los bomberos	1
*3. Policías	atrapan a los ladrones	1
4. Pelea	le diría q' no quiero	1
*5. Casa-ladrillo	dura más	1
6. Leche-refresco	la leche te hace bien	1
*7. Criminales	Para castigarlos	1
*8. Coches-placas	si lo pierdes para encontrarlo	0
*9. Ayuda social	lo necesitan más	0
10. Registro-niños	ns	0 ns
11. Respeto al derecho	ns	0 ns
12. Promesa		
*13. Libros-pasta		
14. Gobernadores		
15. Voto-secreto		
*16. Algodón		
*17. Senadores		

* Si el niño responde sólo una idea, pídale una segunda respuesta. Cambie adecuadamente la pregunta, diciendo: "Dime otra cosa que podrías hacer (el porqué o la ventaja)"

Máxima=34

Total 8

J. CLAVES

	Tiempo	Puntuación
A (Para niños menores de 8 años)	120''	110'' (0-50)
B (Para niños mayores de 8 años)	120''	X (0-93)

CLAVES A	
Puntuaciones que incluyen bonificación de tiempo por perfecta ejecución	
Tiempo en segundos	Puntuación
111-120	45
101-110	46
91-100	47
81-90	48
71-80	49
1-70	50

K. RETENCIÓN DE DÍGITOS (Complementaria)

Discontinuar después de fracasar con ambos intentos

Aplíquese ambos ensayos para cada reactivo, aunque el niño pase el primer ensayo

ORDEN PROGRESIVO (OP)	Pasa- Fracasa		Ensayo 2	Pasa- Fracasa		Puntuación 2, 1 o 0
	Ensayo 1					
1.	3-8-6	P	6-1-2	P		2
2.	3-4-1-7	P	6-1-5-8	P		2
3.	8-4-2-3-9	P	5-2-1-8-6	F		1
4.	3-8-9-1-7-4	F	7-9-6-4-8-3	F		0
5.	5-1-7-4-2-3-8	F	9-8-5-2-1-6-3	F		0
6.	1-6-4-5-9-7-6-3	F	2-9-7-6-3-1-5-4	F		0
7.	5-3-8-7-1-2-4-6-9	F	4-2-6-9-1-7-8-3-5	F		0
Total (OP)						Máxima=14 5

Aplíquese Dígitos en orden inverso, aunque el niño puntúe 0 en orden progresivo

Total (OP)

Máxima=14
5

ORDEN INVERSO (OI)	Pasa- Fracasa		Ensayo 2	Pasa- Fracasa		Puntuación 2, 1 o 0
	Ensayo 1					
1.	2-5	P	6-3	P		2
2.	5-7-4	F	2-5-9	F		0
3.	7-2-9-6	F	8-4-9-3	F		0
4.	4-1-3-5-7	F	9-7-8-5-2	F		0
5.	1-6-5-2-9-8	F	3-6-7-1-9-4	F		0
6.	8-5-9-2-3-4-2	F	4-5-7-9-2-8-1	F		0
7.	6-9-1-6-3-2-5-8	F	3-1-7-9-5-4-8-2	F		0
Total (OI)						Máxima=14 2

Total (OI)

Máxima=14
2

Máxima=28		
5	+	2
= 7		
(OP)		(OI) Total

L. LABERINTOS (Complementaria)

Discontinuar después de 2 fracasos consecutivos

Laberinto	Errores máximos	Errores	Puntuación (Encierre en un círculo la puntuación apropiada)					
MUESTRA								
1.	30''	1	0	1 error 1	0 errores (2)			
2.	30''	1	0	1 error 1	0 errores (2)			
3.	30''	1	0	1 error (1)	0 errores 2			
4.	30''	2	0	2 errores 1	1 error 2	0 errores (3)		
5.	45''	2	0	2 errores 1	1 error 2	0 errores (3)		
6.	60''	3	0	3 errores 1	2 errores (2)	1 error 3	0 errores 4	
7.	120''	3	0	3 errores 1	2 errores (2)	1 error 3	0 errores 4	
8.	120''	4	0	4 errores 1	3 errores 2	2 errores 3	1 error 4	0 errores 5
9.	150''	4	0	4 errores 1	3 errores 2	2 errores 3	1 error 4	0 errores 5
Total						Máxima=30 15		

Total

Máxima=30
15

Figura 6

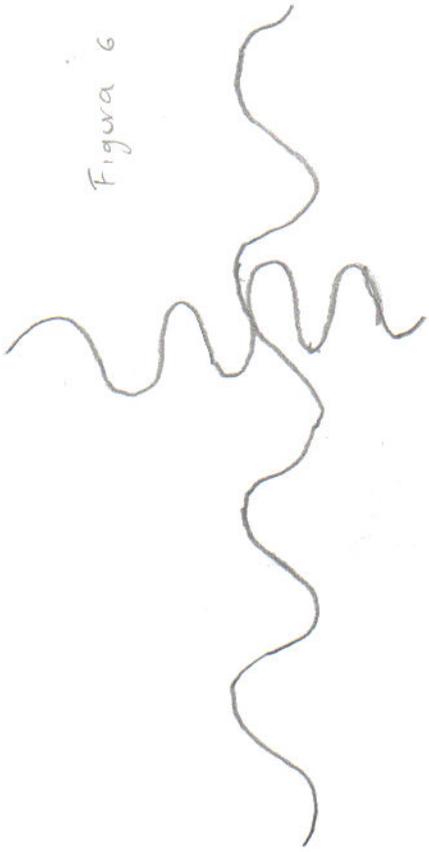


Figura 7

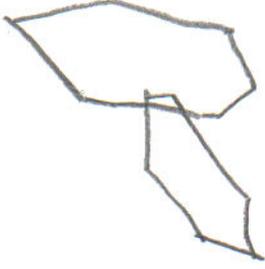


Figura A

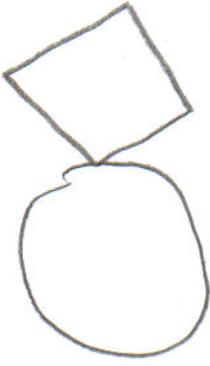


Figura 8



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

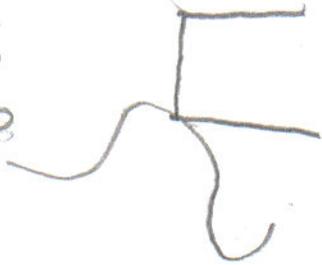
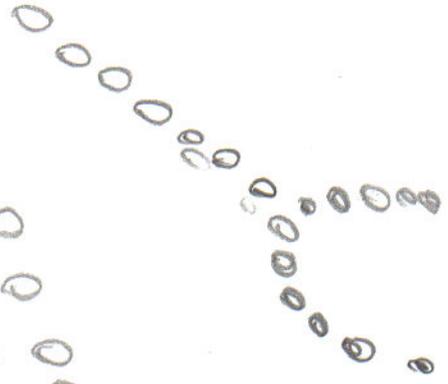
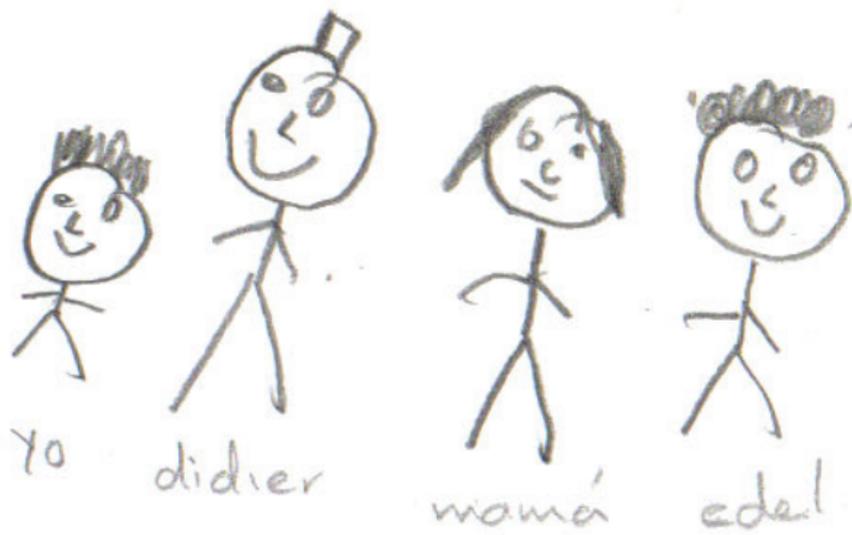


Figura 5





Josué EC 7.4

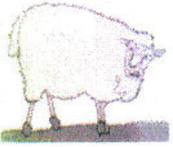


Josué Ec 7.4

ANEXO 3

PRUEBA PSICOPEDAGÓGICA DE CONOCIMIENTOS

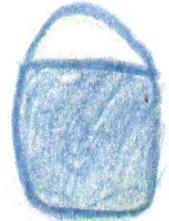
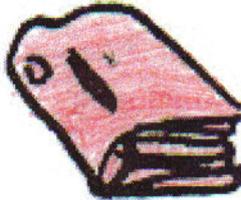
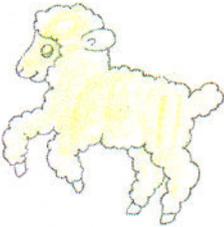
1. Marca el caminito que debe seguir el animalito para llegar a su comida



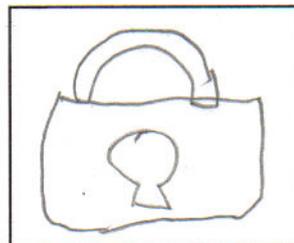
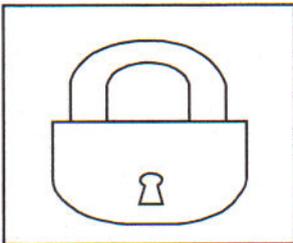
2.- Remarca bien la figura uniendo los puntos



3.- Ilumina de rojo el libro, de azul la cubeta y de amarillo el borrego



4.- Copia la figura en el cuadro en blanco



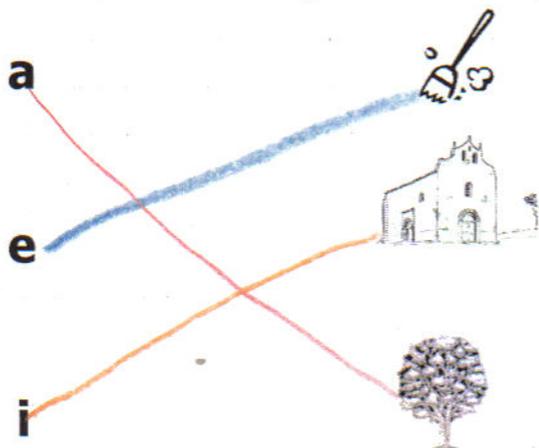
5.- Pon un punto en el centro de cada cuadrito



6.- Termina el renglón



7.- Une con una línea cada dibujo con la letra que empieza su nombre



8.- Encierra en un círculo las vocales

B D **A** H M N **E** F G J K **I**
 L Ñ R T S **O** X V Z P **U** C

9.- Escribe las palabras en orden alfabético

Casa

1.- anillo

Perro

2.- Burro

Anillo

3.- caso

Burro

4.- Sopa

Sopa

5.- perro

10.- Escribe las oraciones dejando un espacio entre cada palabra

Lalocaminasolo

Lalo camina solo

Lupelavasuropa

Lupe lava su ropa

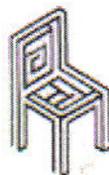
Elniñocomesopa

El niño come sopa

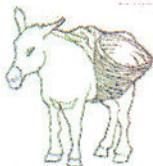
11.- Escribe las letras que faltan



mesq



sillq



burrro



raqueta

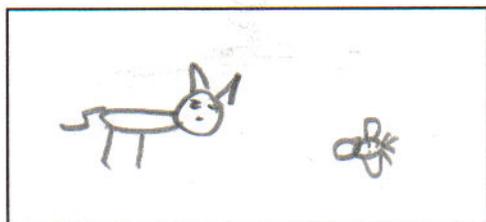


barqueto

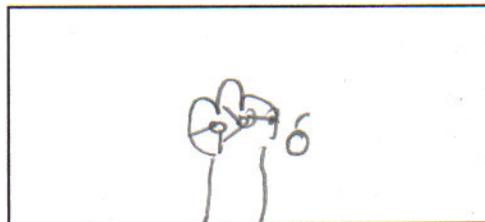


oso

12.- Haz un dibujo para ilustrar la oración

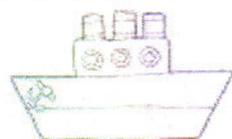


El gato corría tras el ratón



La manzana se cayó del árbol

13.- Escribe los nombres de los siguientes dibujos



barco



tren



avión



rana

14.- Escribe las palabras en orden para formar oraciones

- Trabaja en campesino El campo el
El campesino trabaja en el campo
- Come Luis torta su
Luis come su torta
- Hace sastre El pantalones
El sastre hace pantalones

15.- Escribe los días de la semana que faltan

* Lunes

* Miércoles

* Viernes

* Domingo

* Martes

* Jueves

* Sábado

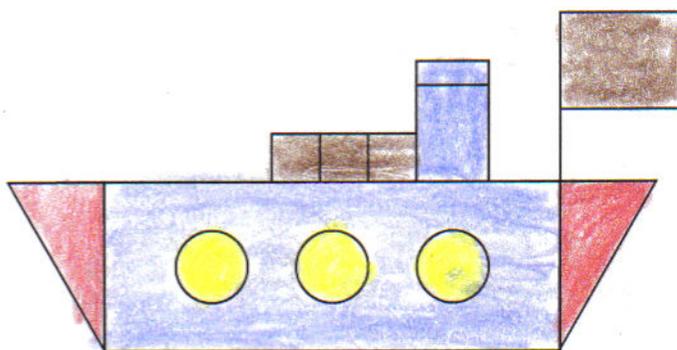
16.- Dibuja lo siguiente:

de amarillo los 

de rojo los 

de azul los 

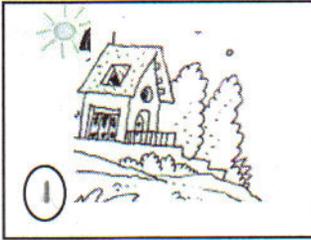
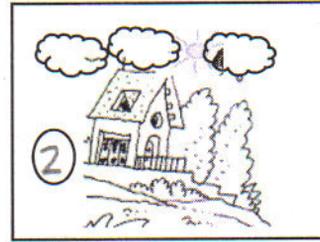
de café los 



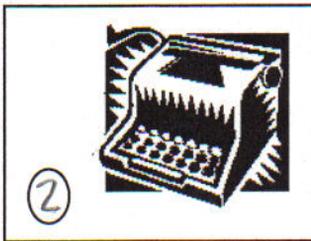
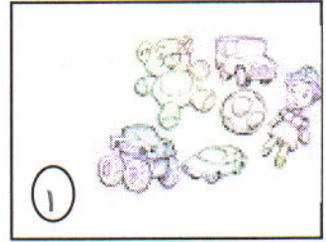
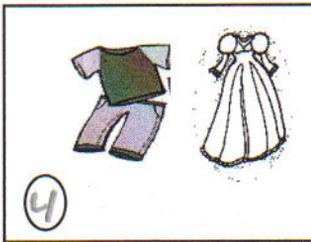
17.- Anota el número que le corresponda a cada dibujo



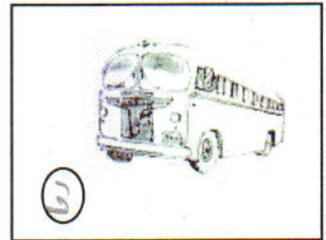
- 1.- mañana
- 2.- tarde
- 3.- noche



18.- Cosas que satisfacen nuestras necesidades



- 1.- para jugar
- 2.- para trabajar
- 3.- para transportar
- 4.- para vestirse
- 5.- para alimentarse



ANEXO 1

HOJA DE EVALUACION DE ARTICULACIÓN Y LENGUAJE

1.-Aspecto fonológico

a) Articulación espontánea. Basado en la carpeta de fonemas o en tarjetas de vocabulario.

b) Articulación inducida con palabras y oraciones.

Fonema	Inicial	Media	Final
Punto de articulación			
BILABIAL			
p	pasa <u>paja</u>	capa <u>capa</u>	pop <u>Pop</u>
b	bote <u>bote</u>	uva <u>uva</u>	club <u>club</u>
m	mesa <u>meja</u>	cama <u>cama</u>	tam! <u>tam</u>

LABIODENTAL

f	foco <u>foco</u>	café <u>café</u>	decaf <u>decaf</u>
---	------------------	------------------	--------------------

INTERDENTAL

→ s (z)	sopa <u>jopa</u>	casa <u>casa</u>	maíz <u>maíz</u>
---------	------------------	------------------	------------------

DENTAL

d	dame <u>dame</u>	codo <u>codo</u>	pared <u>pared</u>
t	tela <u>tela</u>	gato <u>gato</u>	closet <u>closet</u>

ALVEOLAR

l	lima	<u>lima</u>	palo	<u>palo</u>	comal	<u>comal</u>
n	nene	<u>nene</u>	pana	<u>pana</u>	pan	<u>pan</u>
r	rosa	<u>roja</u>	araña	<u>araña</u>	tirar	<u>tirar</u>
rr			burro	<u>burro</u>	temor	<u>temor</u>

PALATAL

ll (y)	llama	<u>llama</u>	payaso	<u>payaso</u>		
ñ	ñoño	<u>ñoño</u>	teñido	<u>teñido</u>	niño	<u>niño</u>
ch	choco	<u>choco</u>	noche	<u>noche</u>	uch	<u>uch</u>

VELARES

g	goma	<u>goma</u>	liga	<u>liga</u>	pig	<u>pig</u>
j	jamón	<u>jamón</u>	paja	<u>paja</u>	reloj	<u>reloj</u>
k (q) (c)	queso	<u>queso</u>	tacón	<u>tacón</u>	tac	<u>tac</u>

DIPTONGOS

au	- auto	<u>auto</u>
ae	- aéreo	<u>aéreo</u>
ai	- maíz	<u>maíz</u>
ei	- reina	<u>reina</u>
ia	- piano	<u>piano</u>
ie	- siete	<u>siete</u>
io	- camión	<u>camión</u>
iu	- ciudad	<u>ciudad</u>
oi	- boina	<u>boina</u>
ua	- guapa	<u>guapa</u>

ue - hueso hueso
ui - cuida cuida

SILABA COMPUESTA

gr - gramo	<u>gramo</u>	tegretol	<u>tegretol</u>
pr - premio	<u>premio</u>	temprano	<u>temprano</u>
cr - crayón	<u>crayón</u>	picrato	<u>picrato</u>
br - brazo	<u>brazo</u>	cabra	<u>cabra</u>
fr - fruta	<u>fruta</u>	cofre	<u>cofre</u>
dr - dragón	<u>dragón</u>	cuadro	<u>cuadro</u>
tr - trompo	<u>trompo</u>	entrar	<u>entrar</u>
bl - tabla	<u>tabla</u>	blanco	<u>blanco</u>
pl - plátano	<u>plátano</u>	sopla	<u>sopla</u>
cl - claxon	<u>claxon</u>	bicicleta	<u>bicicleta</u>
gl - regla	<u>regla</u>	globo	<u>globo</u>
fl - flecha	<u>flecha</u>	camuflaje	<u>camuflaje</u>
tl - tláloc	<u>tláloc</u>	atlas	<u>atlas</u>

GRUPO CONSONANTICO

ct - recta	<u>recta</u>
lb - silbar	<u>silbar</u>
lc - talco	<u>talco</u>
lf - alfiler	<u>alfiler</u>
mb - sombra	<u>sombra</u>
mp - campana	<u>campana</u>
nc - blanco	<u>blanco</u>
nd - candado	<u>candado</u>

ng	- mango	<u>mango</u>
nt	- mantel	<u>mantel</u>
rc	- arco	<u>arco</u>
rg	- margarita	<u>margarita</u>
rt	- carta	<u>carta</u>
sc	- refresco	<u>refresco</u>
st	- canasta	<u>canasta</u>

ORACIONES

- p - Pepe pinta paisajes por poco precio
- b - El barco de vela navega suave
- m - Omar y María me miran mucho
- f - Fernando fundió el foco y el fusible
- d - David dejó los dados y los soldados
- t - Tomás toma té de tila también galletas
- s - Susy sube sus osos sobre la mesa
- l - Lalo eleva la pelota y salta alto
- n - Niña no tiene panques ni donas
- r - Mario mira la bandera sobre el periódico
- rr - Las ratas y ratones corren y roen la ropa
- ll - Ya lleve los pollos y los gallos, están en la calle
- ñ - Los niños en la mañana comen piza y caña
- ch - Concha y chucho comen chochos en la noche
- g - Los Gansos en el agua comen granos y gusanos
- j - Juan y Javier meten juntos el reloj en la caja
- k - Micaela compra un kilo de coco fresco

Emisión del niño

ANEXO 2

- 1.- Pepe pinta pajajey por poco prejo
- 2.- El barco de vela navega juave
- 3.- Omar y maria me miran mucho
- 4.- Fernando fundio el poco y el fujible
- 5.- David dejó los dadaj y los joldadoj
- 6.- Tomaj toma té de tila tambien galletaj
- 7.- Juuj jubee sus ojoj jobre la meja
- 8.- kalo eleva la pelota y jalta alto
- 9.- Niño no tiene panquej ni donaj
- 10.- Mario mira la bandera jobre el periódico
- 11.- Laj rataj y ratonej corren y roen la ropa
- 12.- Ya lleve los polloj y los galloj estan en la calle
- 13.- loj niñoj en la mañana comen piña y caña
- 14.- Consha y shusho comen shoshos en la noche
- 15.- Loj ganjoj en el agua comen granzaj y gusanzaj
- 16.- Juan y Javier meten juntoj el reloj en la cañid
- 17.- Micaela compra un kilo de coco fregid