



UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL



SECRETARIA DE EDUCACION PÚBLICA

**LA DISLALIA FUNCIONAL COMO PROBLEMA DE LENGUAJE
EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR**

T E S I N A

**PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA EDUCATIVA**

P R E S E N T A :

BLANCA ROSA MARIA BECERRIL SANCHEZ

ASESOR: VALENTINA CANTON ARJONA

MEXICO, D.F.

OCTUBRE DE 1990.

16-11-88-97
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

LA DISLALIA FUNCIONAL COMO PROBLEMA DE LENGUAJE
EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR.

TESINA PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGIA EDUCATIVA.

PRESENTA: BLANCA ROSA MARIA BECERRIL SANCHEZ.

ASESOR: VALENTINA CANTON ARJONA.

LUGAR: MEXICO D.F.

FECHA: 16 DE OCTUBRE DE 1990.

A mis padres, por brindarme la oportunidad de realizar un sueño en realidad, el haber concluido mis estudios y como fruto el título profesional que con cariño y amor he forjado.

A la memoria de la profesora Zoila Tadeo Madrazo, por su amistad, comprensión y colaboración al elaborar el desarrollo del presente trabajo.

Mil gracias a la profesora Emma Balam por su inapreciable ayuda en la conjunción de la presente tesis.

A mi esposo e hija por su constante apoyo y motivación en la realización de este trabajo.

Un reconocimiento a la profesora Valentina Cantón Arjona por su constante apoyo para no desistir en la culminación de este trabajo de tesis.

I N D I C E

	Pg.
INTRODUCCION	
CAPITULO I El Lenguaje y sus Generalidades.	1
-Desarrollo del Lenguaje.	3
-Proceso Ortogenético del Lenguaje.	5
-Organos que intervienen en al Articulación de los Fonemas.	14
CAPITULO II La Dislalia Funcional.	21
-Definición de la Dislalia.	22
-Tipos de Dislalia.	22
-Etimología.	26
-Influencia del Medio y Aceptación Familiar en el Desarrollo Verbal del Niño.	31
-Sintomatología	32
-Tipos de error de la Dislalia Funcional	35
CAPITULO III Función que desempeñan los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar.	38
-Programa de Detección y Prevención.	50
ANEXOS. EXPEDIENTE.	
CONCLUSIONES.	66
BIBLIOGRAFIA.	70

I N T R O D U C C I O N .

La problemática que se presenta dentro del campo de los trastornos del lenguaje es muy amplia y variada. Son muchas las alteraciones que se pueden dar en él mismo, procedente de orígenes diversos y presentando diversos grados de severidad. También varía la incidencia de casos que se dan en cada una de ellas.

Una de las anomalías que con mayor frecuencia se presenta, y que está entre las que poseen un pronóstico más favorable, es la Dislalia o trastorno en la articulación del Lenguaje de carácter funcional, aspecto del que se ocupa la presente tesina.

La Dislalia no es un problema de gravedad si es canalizado a tiempo, siendo positivos los resultados de su reeducación, no obstante, si no se somete a un tratamiento precoz adecuado, puede traer consecuencias por la influencia que ejerce sobre la personalidad del niño y su adaptación social así mismo en el rendimiento escolar, ya que las frustraciones que puede crear en el sujeto influyen tanto en su equilibrio emocional como en su desarrollo intelectual.

La Secretaría de Educación Pública, la Subsecretaría de Educación Elemental y el Departamento de Psicología y

Psicopedagogía, han unido esfuerzos al crear los centros de Atención Psicopedagógica, con el propósito de abatir los problemas de inmadurez en el desarrollo de los educandos. Pudiendo detectar y canalizar a tiempo niños con deficiencia en su expresión verbal desde que ingresan al jardín de niños.

El objetivo del trabajo es:

- 1) Presentar la dislalia como trastorno del lenguaje.
- 2) La labor que se desarrolla en los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar en relación a este problema.

Por lo anterior desglosaremos la elaboración del trabajo de la siguiente manera:

En el Capítulo I trataremos el tema del Lenguaje y sus generalidades, detallando en el desarrollo del mismo, el Proceso Ortogenético del Lenguaje, así como los órganos que intervienen en la articulación de fonemas.

En el Capítulo II se presenta la definición de Dislalia y su clasificación en Evolutiva, Audiógena, Orgánica y Funcional. Por ser el tema central a tratar, profundizaremos en la Dislalia Funcional, exponiendo primero aquellas causas

que generan el trastorno; como serían los factores psicológicos, ambientales, escasa habilidad motora, dificultades en la percepción del espacio y del tiempo, así como la falta de comprensión.

Mientras que en el Capítulo III se enmarcarán las características y el funcionamiento de los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar, apegándose al Programa de Detección y Prevención del que también se hará mención.

Por último se presenta el expediente de un caso -- que fué atendido en la terapia de Lenguaje con problema de Dislalia Funcional, el cual ilustra el problema desde el inicio y su evolución final.

LA DISLALIA FUNCIONAL COMO PROBLEMA DE LENGUAJE
EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR.

C A P I T U L O I

EL LENGUAJE Y SUS GENERALIDADES

I. EL LENGUAJE Y SUS GENERALIDADES.

Es característica del ser humano comunicarse porque vive en una sociedad y existe una interrelación entre él y los demás miembros de la sociedad.

Desde tiempo atrás en cada sociedad humana ha habido un sistema de comunicación, convencional y arbitrario, -- formado se signos y símbolos que representan la realidad tanto física como mental.

El Lenguaje como sistema de comunicación es y ha sido controversia para muchos, se le ha estudiado desde varios puntos de vista, como son el biológico, lingüístico y el genético entre otros.

Psicobiológicamente el proceso de la formación del lenguaje se explica como el resultado de ligar en el cerebro un determinado sonido, que el individuo oyó o provocó con el movimiento muscular de sus órganos de fonación, la imagen de lo que lo provocó y el resultado que lo desencadenó.

Piaget (1) en terminos generales, considera al lenguaje como un sistema de signos y símbolos arbitrarios y con

vencionales, que es necesariamente interindividual, que su
cede al pensamiento transformándolo o apoyándolo para al--
canzar sus formas de equilibrio.

En conclusión podemos decir que el lenguaje human
o es un sistema de comunicación social, convencional y arbi
trario, compuesto de signos y símbolos que se asocian y
representan la realidad que nos rodea.

El lenguaje no fué ideado en un tiempo determinad
o, ni hubo un fundador o descubridor al que pueda atri---
buírsele este fenómeno social; se fué dando a través de --
miles de años, de generación en generación. Las primeras -
emisiones lingüísticas no fueron como las actuales, quizá
empezaron siendo exclamaciones ocasionales de miedo, dolor,
ira, alegría, ect., porque paulatinamente fueron evolucionando hasta llegar a ser el sistema complejo de comunica--
ción que hoy en día utilizamos.

Se han definido y mencionado algunas caracterís-
ticas, pero para una mayor claridad mencionaremos a gran--
des rasgos las características más generales.

De acuerdo con Hocket (2) el lenguaje es abierto,
se desplaza, es intercambiable, se retroalimenta y es arbitr
ario.

Es abierto porque da la posibilidad de formar mensajes nuevos.

Es desplazable porque puede referirse a algo que no está presente.

Es intercambiable porque los miembros de una sociedad pueden transmitir y recibir mensajes.

Es retroalimentable porque el emisor recibe al mismo tiempo el mensaje que emite.

Por arbitrario se entiende que es inmotivado, que entre éste y la realidad que representa no hay relación, es decir que no hay correspondencia entre el significante y el significado.

Desarrollo del Lenguaje.

El niño desde muy pequeño se inicia en el mundo de la comunicación a través de sus sentidos: vista, oído, tacto, gusto y olfato.

Al nacer no posee un lenguaje, pero sí la capaci

dad de adquirirlo posteriormente, por lo general lo aprende a través de la lengua materna. En un breve transcurso de -- dos años, articula sonidos, emite palabras, emplea denominaciones, utiliza frases; llegando así a apropiarse de los -- fundamentos esenciales del lenguaje. Desde el momento del nacimiento participan algunos procesos fisiológicos en la -- función del lenguaje, los principales son: la respiración, la deglución, la succión, el grito y el llanto.

Para el estudio de la adquisición completa del -- lenguaje se han marcado las etapas por años, pero esto no -- es estrictamente así, es decir que cada una de estas etapas periodos o fases, no se dan exactamente igual en cada niño, sino que son una aproximación y bien puede suceder que en -- un período aparezcan algunas características del período si guiente o del anterior; sin embargo, existen ciertos lími-- tes aproximados dentro de las etapas que ayudan a determi-- nar si existe alteración en el desarrollo del niño.

La corriente psico-genética que parte de la forma ción de la inteligencia y de las operaciones lógicas, trata de explicar las funciones mentales por el modo de formación es decir, por el desarrollo del niño. No hay que olvidar -- que todo adulto ha empezado siendo niño.

Piaget dice que el lenguaje va desarrollándose a

la par con la inteligencia y que se complementan entre sí.
establece tres grandes frases:

- a) Fase sensorio.- motora o de la formación de la -
inteligencia sensorio-motriz, de 0 a 18 ó 24 - -
meses.
- b) Fase de la formación del pensamiento objetivo.--
simbólico de 2 a 7 años.
- c) Fase de la formación del pensamiento lógico-con-
creto de 7 a 12 años.

Copias de cara

Proceso ontogenético del lenguaje.

Según Jean Piaget (1) " el lenguaje no es sufi -
ciente para explicar el pensamiento porque las estructuras -
que caracterizan el pensamiento tienen su raíz en la acción-
y en los mecanismos sensorio-motores que son más profundos -
que los procesos liguísticos ".

El lenguaje entonces puede ser considerado en -
su origen como acciones organizadas según el desarrollo de -
la discriminación perceptual.

El desarrollo progresivo del lenguaje conduce simultáneamente al desarrollo de la acción que sirve como símbolo para la experiencia.

Por lo que tenemos que las fuentes básicas del desarrollo del niño son:

- a) Por una parte, potencial genético derivado de la especie humana y transmitido por la línea hereditaria a través de su árbol genealógico.
- b) La estimulación externa, que tiene dos aspectos la familia y el medio social. De gran significación en el desarrollo lingüístico infantil.
- c) La estimulación afectiva, que se encuentra en la base del desarrollo psico-físico del ser humano.
- d) Las experiencias significativas de los primeros años de la vida del niño son básicos, ya que afectan los cimientos de su desarrollo lingüístico y tienen una influencia decisiva en su maduración global.

El niño aprende la lengua que oye hablar a su alrededor requiriendo de una estimulación psico-física que le permita el conocimiento del medio visual, sensorio-motriz, táctil, etc., especialmente la acción de estímulos

auditivos (3).

La acción de los elementos genéticos y ambientales dan por resultado el desarrollo global del niño, dentro del cual destaca el proceso de adquisición del lenguaje.

Es por lo anterior, que en el proceso del desarrollo de la palabra en el niño, son necesarias además de las circunstancias sociales, la existencia de una percepción auditiva normal (siendo la base de la formación y memorización de las imágenes auditivas).

Desde el momento de nacer el niño grita, llora, y estas reacciones sonoras carecen de expresión, son puramente mecánicas; después estos sonidos nos van a indicar las necesidades vitales más imperiosas del niño, por lo que podemos considerar que el lenguaje inicial desde el momento mismo de nacer, y a partir de esa fecha corre a pasos agigantados durante los primeros años de vida, en los cuales la intervención del medio ambiente y sobre todo de la madre son de suma importancia para que el niño llegue a poseer tal medio de comunicación.

A continuación se expondrán brevemente las tres fases del desarrollo por las que el niño atravieza (0 a 7 años de edad).

a) Fase Sensorio-Motriz.

En éste nivel el niño elabora subestructuras cognoscitivas y algunas reacciones afectivas elementales. No hay lenguaje todavía, pero sí una inteligencia incipiente que le sirve para resolver los problemas de acción que se le presentan y para organizar la realidad en base a estructuras espacio-temporales y causales.

En esta fase se han distinguido seis estados que son:

a.1) De los reflejos (0 a 2 ó 3 meses) aquí entran todas las actividades expontáneas y los reflejos que con el ejercicio se consolidan y desarrollan, como son reflejo -- palmar y de succión.

Nivel lingüístico: sus emisiones lingüísticas -- son gritos, llanto, sonrisa y gorgeos.

a.2) De los primeros hábitos motores y primeras per--cepciones afectivas (2 ó 3 a 4 1/2 meses) estos se logran mediante la repetición de los reflejos que causan placer,

como chuparse el dedo.

Nivel lingüístico: hace vocalizaciones que forman un balbuceo indiferenciado.

a.3) De la inteligencia práctica (4 1/2 a 9 meses) -- sus acciones ya no son repetidas buscando placer casualmente, sino con toda intención como golpear un sonajero; hay coordinación entre la visión y la aprehensión.

Nivel lingüístico: sus vocalizaciones forman un balbuceo compuesto de sílabas tales como mu, da, di, las que repite con frecuencia, lo que favorece la retroalimentación.

a.4) De la coordinación del esquema de conducta adquirida y de su aplicación a situaciones nuevas (de 9 a 12 meses), el niño experimenta con lo que está a su alcance, agarra examina, tira, sacude, etc.

Nivel lingüístico: Balbuceo más diferenciado surgiendo sus primeras palabras como mamá, papá, no, mmm (al comer).

a.5) Descubrimientos de nuevos esquemas de conducta (12 a 15 meses) hace uso del instrumento cuando juega, por

ejemplo: con un palo trata de alcanzar un juguete que le interesa, para ello lo arroja de diferentes alturas y luego observa sus trayectorias.

Nivel lingüístico: alcanza a tener un repertorio de 3 a 50 palabras aunque hay todavía mucho balbuceo y a veces no se da a entender.

a.6) De transición a la siguiente fase: la comprensión se desarrolla y comienza a darse los primeros pasos hacia el pensamiento.

Nivel lingüístico: sus palabras tienen el significado de palabras-frase, así "agua" puede significar ---- "quiero agua", "está lloviendo", "hay una laguna", "me estoy bañando", etc.

Las percepciones en éste período son singularmente egocéntricas y en forma de un todo, o sea como "cuadros sensoriales" y no como objetos o personas separadamente.

Al final de éste período el niño, logra situarse en un mundo objetivizado y toma conciencia de sí mismo. Su egocentrismo se extiende hasta el período siguiente, desapareciendo a medida que el niño cambia sus actitudes por ----

otras nuevas.

b) Fase de la Formación del Pensamiento Objetivo.

Se caracteriza por la aparición de la función simbólica, que permite representar los objetos o acontecimientos que no están presentes, evocándolos por medio de cualquiera de las siguientes formas: juego simbólico, imitación diferida, imagen mental, dibujo y lenguaje.

El juego simbólico es individual completamente, mediante éste el niño asimila la realidad transformándola a sus propias necesidades del "yo". Esto se debe a que el niño se ve obligado a adaptarse a un mundo que no es suficiente para satisfacer sus necesidades afectivas.

La imitación diferida es la reproducción en ausencia del modelo, por ejemplo, un berrinche que hizo un amigo y el niño lo reproduce cuando éste se ha marchado (y sin rastro de enfado).

La imagen mental viene a ser una imitación interiorizada de los objetos percibidos.

El dibujo es también imitación de lo real, presenta el mismo placer funcional del juego simbólico; el niño di

buja lo que sabe, antes de dibujar lo que ve en un objeto.

El lenguaje es el medio por excelencia de la simbolización sin el cual el pensamiento no es socializado; y se adquiere por imitación.

En ésta etapa aparece la diferenciación de significante y significado. El significado es el concepto, el significante es la imagen mental.

Con la aparición del lenguaje el niño logra reconstruir sus acciones pasadas y anticipar sus acciones futuras - en forma de relato o expresión verbal. Además se enfrenta a un mundo social y a otro de representaciones interiores, ambos nuevos para él.

Como consecuencia de esto se suscitan modificaciones en los aspectos intelectuales y afectivos, apareciendo como resultado la socialización, el pensamiento y la intuición en el terreno intelectual, y en cuanto a lo afectivo -- surgen sentimientos interindividuales, sentimientos morales y regulaciones de intereses y valores.

Ante cada uno de éstos cambios el niño reacciona con egocentrismo al principio, y poco a poco logra adaptar

se.

El lenguaje permite el intercambio y la comunicación en ésta edad, porque mediante la palabra comparte su vida interior con los demás, a la vez que construye su lenguaje interior

Bajo la influencia del lenguaje y de la socialización, la inteligencia que en el período anterior era práctica, ahora se proyecta en pensamiento; el punto de partida es la evocación mental de hechos pasados y de objetos no presentes. El pensamiento espontáneo del niño a esta edad se refleja en las preguntas que elabora: ¿dónde?, ¿qué es esto?, y a partir de los tres hasta los siete años ¿por qué?.

El pensamiento de esta fase se caracteriza por el uso de conceptos que son las primeras nociones que dá a los signos verbales.

El lenguaje en esta fase es individual y está constituido por un sistema de signos (significantes), pero el niño pequeño necesita otro sistema de significantes más individuales y menos motivados, éstos son los llamados símbolos, y sus formas más comunes las vemos en el juego simbólico.

El juego simbólico y el lenguaje aparecen casi al mismo tiempo, pero interdependientes el uno del otro ya que el juego simbólico ayuda al paso de las acciones sensorio-motrices y al de las representaciones mentales. a los siete años ha adquirido un lenguaje funcional, el que más adelante irá enriqueciendo de acuerdo al medio en que se desenvuelva.

c) Fase del pensamiento lógico concreto.

Dentro de éste período el niño elabora y construye sus primeras nociones científicas, que aparecen como resultado de la interacción entre el niño y la realidad.

(4)

Organos que intervienen en la articulación de los fonemas.

El conjunto de órganos que intervienen en la articulación del lenguaje se pueden dividir en tres grupos:

- 1) Organos de la respiración
- 2) Organos de la fonación
- 3) Organos de la articulación.

1) Organos de la Respiración.

Los órganos propios de la respiración son los pulmones, los bronquios y la traquea, siendo los primeros los que tienen un papel más fundamental.

2) Organos de la Fonación.

La laringe es el órgano de la fonación, está situada en la zona media anterior del cuello, en continuidad con la faringe y en la parte superior de la traquea. Tiene forma de pirámide triangular truncada con la base dirigida hacia arriba.

Está separada de la faringe por la epiglotis y su vértice truncado se une a la traquea. Sus dimensiones en un hombre adulto son de 48 mm de diámetro vertical, 48 mm transversal y 35 mm anteroposterior, siendo algo menor en la mujer.

3) Organos de la Articulación.

La corriente de aire productora del sonido, pasa de la zona laríngea a la región laringo-faríngea oral, donde se va a realizar toda la división del material fónico.

En ésta zona se encuentran los órganos por medio de los cuales se va a producir la articulación del sonido, siendo la boca el centro de todos ellos.

Los órganos que intervienen en la articulación se pueden dividir en dos grupos, según la movilidad que presenten en su papel de modificaciones del sonido laríngeo, así se pueden clasificar en órganos activos y órganos pasivos.

3.1) Organos Activos.

3.1.1) Los Labios además de las funciones vegetativas que poseen, son órganos fonéticos de gran importancia, constituyendo por la variación de su abertura, un filtro para el sonido. Intervienen en la articulación de los fonemas bilabiales como /p/, /b/, /y/, /m/, y los labiodentales /f/. Igualmente tienen un papel importante en la articulación de los fonemas vocaticos /o/ y /u/.

3.1.2) La Lengua es el órgano que presenta mayor movilidad y es importante no sólo como órgano del gusto interviniendo en la masticación y deglución, sino que es uno de los órganos fundamentales del habla, ya que sus diferentes formas y posiciones producen los distintos fonemas.

La cara superior o dorso de la lengua, se puede di

vidir en tres regiones que de adelante a tras se denominan: predorsal, mediodorsal y postdorsal. La punta de la lengua se denomina Apice.

Su movilidad es de gran importancia, en especial para la articulación de algunos fonemas, de ahí los trastornos que puede acarrear para el lenguaje su Hipertrofia, falta de energía o de movilidad, pudiendo ser motivado esto último por la acción del frenillo.

La lengua actúa directamente en la articulación de los fonemas linguodentales o dentales como /t/, /d/; linguointerdentales como /z/; linguoalveolares o alveolares como /s/, /n/, /l/ y /r/; linguopalatales o palatales como -- /y/, /ch/, /ll/, /ñ/, y linguovelares /k/, /g/, /j/.

3.2) Organos Pasivos.

Como su nombre indica éstos órganos intervienen de forma pasiva, con una movilidad muy escasa en la articulación de los fonemas, al ponerse en contacto con ellos los órganos activos anteriormente descritos.

3.2.1) Paladar. El paladar constituye la parte superior de la cavidad bucal y se encuentra dividida en dos zonas: la anterior, la cual recibe el nombre de paladar duro

y la posterior denominada paladar blando o velo del paladar.

La región palatina con forma de bóveda constituye una especie de tabique y separa las fosas nasales de la cavidad bucal.

El paladar duro comienza inmediatamente detrás de los alveólos, y se divide en prepaladar, mediopaladar y postpaladar. El paladar blando o velo del paladar, se divide en zona prevelar y postvelar.

El velo palatino juega un papel de gran importancia en la articulación del lenguaje, que sólo se ve sobrepasada por la de la lengua.

De tal forma que cuando el velo falta, el habla se desorganiza totalmente. Durante la fonación el velo se eleva se engruesa y se dobla en ángulo recto, aunque no de la misma manera al mismo nivel, no toma la misma forma en los distintos fonemas. La mayor elevación se produce con la /g/, mientras que lo contrario sucede con la /f/ y la /v/.

3.2.2) Alveolos. Entre los incisivos superiores y el comienzo del paladar duro, existe una zona de transición, que recibe el nombre de alveolos, los cuales al ponerse en contacto con la lengua constituyen el punto de articulación de los

fonemas alveolares.

3.2.3) Dientes. Son órganos necesarios para una correcta articulación, principalmente de los fonemas labiodentales e interdentes, ya que constituyen el punto fijo para su articulación. La carencia de los mismos hace notar su imprecisión, al apreciar las dificultades articulatorias que su falta lleva consigo.

3.2.4) Fosas Nasales. Si durante la emisión de un sonido se desciende el velo del paladar poniendo en comunicación la cavidad bucofaríngea con las fosas nasales, el aire fonador pasa por encima del velo del paladar saliendo a través de la cavidad nasal, que produce un filtro de los sonidos graves. Al cerrarse los órganos articulatorios bucales y pasar el aire a través del conducto nasal, se producen los fonemas nasales.

C A P I T U L O I I

LA DISLALIA FUNCIONAL

11. La Dislalia Funcional.

La dislalia o trastorno de la articulación de las palabras, constituye una problemática muy común en los niños comprendidos entre los 5 y 8 años. La dificultad de pronunciación del fonema en concreto deriva, en la inmensa mayoría de los casos, de una alteración funcional en los órganos que intervienen en el habla (5), especialmente en malas posiciones de los labios y lengua, incorrectas respiraciones, falta de vibración de la lengua, fugas de aire por la boca, nariz, dientes, etc.

Estos pequeños problemas no constituyen un problema grave, pero sí son aspectos muy importantes a tener en cuenta, puesto que, si se establecen los mecanismos erróneos de pronunciación se automatiza y pasa a formar parte del habla cotidiana del niño, reflejándose también en la lengua escrita, lo cual contribuye a aumentar sus dificultades en el área del lenguaje.

Agur J

Es bastante frecuente que los padres comiencen a preocuparse porque su niño de 3 a 5 años no pronuncia correctamente.

Esta cuestión hasta cierto punto, se considera normal. Existe lo que se denomina "Dislalia", que consiste en la incorrecta pronunciación de fonemas, constituyendo una fase o período de tiempo correspondiente a dicha edad en la que el niño comienza a hablar hasta que poco a poco, logra perfeccionar su pronunciación alrededor de los 5 a 6 años. Sin embargo en algunos casos, dichos problemas de articulación subsisten porque continúan existiendo algunas causas que los originan y afianzan; entre ellos tenemos por ejemplo la presencia de frenillo lingual, dientes caídos con la consiguiente fuga de aire, arcadas dentales de difícil superposición, la lengua que no ha aprendido a vibrar (caso de la "r") y otro tipo de causas, tales como la existencia de modelos a imitar en el ámbito familiar o social.

Los diferentes tipos de Dislalia se clasifican de acuerdo a su origen de la siguiente forma:

- a) Dislalia Evolutiva.
- b) Dislalia Audiógena.
- c) Dislalia Orgánica.
- d) Dislalia Funcional.

a) Dislalia Evolutiva.

Denominada fase del desarrollo del lenguaje infan-

til en donde el niño es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha, a causa de ello repite las palabras de forma incorrecta desde el punto de vista fonético.

Dentro de una evolución normal en la maduración del niño, éstas dificultades se van superando, siempre y cuando no persista más allá de los cuatro años, porque ya se considerarían como patológicas.

La Dislalia Evolutiva no precisa un tratamiento directo al formar parte de un proceso normal, manteniendo con el niño un comportamiento adecuado que ayude a su maduración y superación, y el problema no permita una fijación del esquema defectuoso. Por ello es conveniente siempre hablar con el niño en forma clara y adulta, no hacer hincapié en defectos, ni tomárselos como una gracia, lo que puede reforzarle la pronunciación defectuosa e impedir su evolución.

b) Dislalia Audiógena.

El elemento fundamental en la elaboración del lenguaje es la percepción auditiva porque es necesaria para conseguir una correcta articulación el poseer una adecuada audición. El niño que no oye nada, no hablará nada espontáneamente, y el niño que oye incorrectamente hablará con defectos, es así como las alteraciones de la articulación pro

ducidas por una audición defectuosa se denomina Dislalia Audiógena.

La hipoacusia en mayor o menor grado impide la adquisición y el desarrollo del lenguaje, dificultad en el aprendizaje de conocimientos escolares, trastorna la afectividad y altera el comportamiento social. (6)

El niño que presenta éste tipo de dislalia, debido a un déficit auditivo, tendrá dificultad al reconocer y reproducir sonidos que ofrezcan entre sí una semejanza, al faltarle la capacidad de diferenciación auditiva.

La causa audiógena de la dislalia se detectará con un examen audiométrico que indicará la intensidad de la pérdida, dicho resultado determinará si es necesario la aplicación de una prótesis auditiva que permita la ampliación del sonido, siendo éste útil al niño, tanto en el desarrollo de su lenguaje como para su vida de relación. todos los fonemas son perceptibles al control acústico visual o táctil y se pueden articular, corregir y transformar con ayuda del oído, la vista y el tacto.

c) Dislalia Orgánica.

Se denomina dislalia orgánica a los trastornos de articulación ocasionados por anomalías anatómicas o malformaciones de los órganos que intervienen en la articulación.

Las dislalias orgánicas se clasifican en labiales, dentales, linguales, nasales, y palatinas; según la zona articulatoria afectada.

Las dislalias de origen labial se observan en los casos de: parálisis facial y en el labio leporino.

Las dislalias de origen dental son ocasionadas por malformaciones dentarias, falta de piezas dentarias, malaoclusión (cierre) de las dos arcadas dentarias, paladar ojival.

Las dislalias de origen lingual, son ocasionadas por frenillo lingual, parálisis lingual, macroglosia y microglosia.

Las dislalias de origen nasal son ocasionadas cuando hay trastornos de origen rinofaríngeo o palatino. En este caso el problema no es de tipo articulatorio sino de resonancia.

Las dislalias de tipo palantino suelen aparecer en las malformaciones palatinas congénitas.

d) Dislalia Funcional

La dislalia funcional, es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje, sin que exista trastorno o modificación orgánica en el sujeto; sino tan solo una incapacidad funcional, de los órganos periféricos.

El defecto puede presentarse en cualquier fonema pero lo más frecuente es la sustitución omisión o deformación de la r, k, l, s, z, y ch.

El niño dislálico, en unos casos, sabe que articula mal y el quisiera corregirse tratando de imitarlos, pero sus órganos no obedecen con facilidad a lo que el desea, sin encontrar el movimiento exacto que debe emitir para pronunciar un sonido correctamente.

Etiología.

Existen una serie de causas que determinan una articulación defectuosa. En muchos casos no es una sola, sino se deben, por lo general, a una combinación de factores que están todos ellos incidiendo sobre el niño.

Posteriormente se presentarán una serie de causas determinantes de la Dislalia Funcional, siguiendo un orden-

de aparición , de mayor a menor frecuencia.

a). Escasa habilidad motora.

El desarrollo del lenguaje esta ligado al desenvolvimiento de las funciones del movimiento, es decir motricidad fina que entra en juego directamente en la articulación- del lenguaje.

Existiendo relación directa entre el grado de retraso- motor y el grado de retraso del lenguaje en los defectos- de pronunciación.

Estos defectos irán desapareciendo al desarrollar todo el aspecto psicomotor del sujeto, donde el niño ejerce- su motricidad fina, adquiriendo así agilidad y coordinación- de movimientos que precisa para hablar correctamente- Para ello se necesita enfocar el tratamiento no sólo ha enseñar ha articular,, sino ha desarrollar todo el aspecto -- psicomotor del sujeto, educando todos los movimientos , aunque no sean inmediatamente utilizados en la articulación de la palabra, y organizando su esquema corporal. Integrarlo - al medio ambiente, para que sea capaz de utilizar su cuerpo con precisión y ritmo al desplazarse; estableciendo así una unidad de asociaciones en tiempo y espacio, que le permitirán adaptarse a situaciones nuevas con una mayor seguridad en sí mismo.

Las características básicas que conforman el perfil del niño que asistirá a Psicoterapia Motriz son las siguientes:

Dificultad en la integración de su esquema corporal, torpeza motora gruesa, inestabilidad en el equilibrio, lateralidad no definida, alteraciones en organización temporoespacial, dificultad en la coordinación fina.

b) Dificultades en la percepción del espacio y el tiempo.

En muchos casos el trastorno de la articulación está asociado a deficiencias de la percepción y la organización espacio temporal. Ya que el lenguaje surge en el niño por imitación de movimientos y sonidos, siendo difícil darse los primeros si el niño no es capaz de percibirlos como son si no tiene interiorizadas las nociones espacio y el tiempo.

La noción espacial nos da el conocimiento e idea de nuestra situación en el espacio del esquema corporal a la orientación espacial, edificándose impresiones kinestéticas, y sobre todo visuales, cuya correspondencia establece una unidad. Progresivamente, la representación corporal, se extiende a la del cuerpo en movimiento y la noción espacial, que se elaboran al compás de la maduración nerviosa y de la experiencia vivida.

Por lo que cuando un niño no ha integrado la noción corporal, difícilmente se hallará integrada la noción espacial. Al igual que un niño con problemas motores tendrá dificultades para la integración de la noción espacial ya que estará limitado a sus experiencias vividas.

c) Falta de comprensión o discriminación auditiva.

Capacidad de percepción discriminativa o distintiva de los estímulos auditivos. Habilidad para reconocer diferencias de frecuencias, intensidad y timbre entre sonidos, o identificar fonemas o palabras. (7)

Dificultades del niño en cuanto a la discriminación acústica de los fonemas, incapacidad para discernir los intervalos entre dos sonidos, la diferencia de intensidad y las duraciones así mismo el sentido rítmico son incorrectos.

Cuando estas causas aparecen pueden generar una dislalia producida, no porque el niño no oiga, sino por falta de comprensión auditiva. El niño oye bien, pero integra mal los fonemas correctos que oye.

Posibles Causas por las q' un niño puede presentar dislalia

d) Factores Psicológicos.

Los factores psicológicos juegan un papel muy importante como generadores de trastornos en el lenguaje, - cualquier trastorno de tipo afectivo como falta de cariño, inadaptación familiar, la existencia de un rechazo hacia - el niño, pérdida de alguno de los padres, pueden provocar un trastorno en el desarrollo de la personalidad del niño - reflejándose en la expresión del lenguaje, existiendo una - interacción entre lenguaje y el desarrollo de la personali - dad.

Toda perturbación psicoafectiva de la primera infancia re - tarda y perturba la normal evolución del lenguaje, siendo - ésta el primer elemento básico para el desarrollo del ha - bla en el niño como necesidad emocional de comunicarse.

e) Factores Ambientales.

El ambiente es un factor de gran importancia en - la evolución del niño, que aunada los elementos y capaci - dades personales irán determinando su desarrollo y madura - ción.

La carencia de ambiente familiar, es aquella situa - ción de niños que viven en instituciones, en las cuales, - aunque traten de ser estimuladoras de su desarrollo, les - falta la cercanía de los padres y el ambiente afectivo - - normal, que precisa para su maduración en todos los órde -

nes, reflejándose en muchos casos la expresión hablada.

Otro aspecto importante es el nivel cultural y el ambiente en que se desenvuelve el niño. Haciéndose notar en el vocabulario empleado y en la fluidez de expresión, pero igualmente en el modo de articulación, ya que ésta, en muchas ocasiones, también es defectuosa en el medio en que se desenvuelve.

Influencia del medio y aceptación familiar en el desarrollo verbal del niño.

Los problemas afectivos debidos a las características negativas de la dinámica familiar, pueden empujar a un niño a actuar como si fuera menor su edad de lo que realmente tiene, quizás con el deseo inconsciente de llamar la atención y conseguir el afecto de los otros. Tal situación puede provocar distintos tipos de conductas como la del niño exhibicionista que trata de llamar la atención a toda costa, haciendose el gracioso y hablando como un niño chiquito. En cambio el niño que se siente amado y protegido por sus padres y todos los que lo rodean, manifiesta desde la etapa -- bebé sus deseos de relacionarse con los adultos que forman su mundo, siendo ésto un paso altamente significativo para su desarrollo verbal y social. Sus respuestas irán acompañadas de una sonrisa, no a manera de un simple reflejo, sino irá cargada de emotividad que conlleva el placer manifiesto a través de su mirada, expresión facial, gestual, corporal -

* otra posible causa - - - - -

expresando así su alegría.

A medida que crece y adquiere el lenguaje oral, su conducta, se intelectualiza y el verbo o las palabras controlarán su emoción.

La familia es el medio psicológico donde el niño - debe ir encontrando estímulos y las respuestas para su maduración armónica. Es aquí donde irá adquiriendo la necesidad de comunicarse. Toda alteración de las interrelaciones familiares, pueden frenar el desarrollo psicoafectivo del niño, pudiendo aparecer el trastorno del habla como un síntoma - más del desequilibrio .

.A veces sucede, que aunque las condiciones y situación familiar de aparente estabilidad efectiva, al aparecer en el niño un trastorno de lenguaje, generado a otra causa, el hecho da lugar a reacciones familiares desajustadas, - por la falta de aceptación del problema por parte de los - padres. y como consecuencia tomar actitudes de sobreprotección excesiva y ansiedad porque el niño supere su defecto.

f) Sintomatología

Los síntomas que aparecen en la dislalia funcional son la omisión, sustitución o deformación de los fonemas. - Su expresión en estos casos es fluida, aunque a veces ininteligible cuando presentan alteración algunos fonemas.

-M-T
-Conclusión

Los niños que padecen este trastorno aparecen con frecuencia distraídos, desinteresados, tímidos o agresivos, y con escaso rendimiento escolar.

En ocasiones el niño cree hablar bien, sin darse cuenta de sus propios errores, y en otras, aunque conciente de ellos es incapaz por sí solo de superarlos, creando a veces éste hecho situaciones traumatizantes que dificultan -- más su rehabilitación.

De igual manera hay casos en que el niño no sabe en que momento pronuncia mal, porque no discrimina el sonido correcto del incorrecto, aún así, él sabe que habla con defectos, que no habla igual que los demás niños, además de que tanto en el ambiente familiar como en el escolar se lo habrán hecho saber. Ante dicha situación el niño puede tener una reacción de frustración, manifestándose en forma agresiva, ya que la agresión es una reacción del niño ante la frustración.

Otra forma de reacción ante su incapacidad para expresarse correctamente, es el retraimiento y la timidez, en estos casos el niño evitará todos los contactos y posibilidades de relacionarse con los demás, por el temor a tener que hablar y no saberlo hacer con perfección. El hecho de haber sufrido un trauma o humillación por esta causa, le ha

rá irse cerrando cada vez más y disminuyendo la confianza en sí mismo y en sus posibilidades de superación, con una inseguridad creciente.

Cuando el niño comienza su período de escolaridad - presentando un defecto en la articulación de su lenguaje, éste hecho supondrá por lo general, un competir para su integración social en el grupo y conseguir un rendimiento en proporción a su capacidad, en el medio escolar en el que se mueve, puede sentirse marginado por los compañeros que a veces ni le entenderán cuando se expresa; con frecuencia le dirán que habla mal y le humillarán, creando con ello nuevos traumas en el niño e inhibiciones que irán empeorando su situación.

Sí esta actitud ante sus problemas es muy traumática hará disminuir su rendimiento escolar, porque el niño se manifestará como distraído, poco centrado en lo que realiza, a veces presentando trastornos en la lectura y escritura por las dificultades que posee para la percepción, orientación espacial y discriminación auditiva, etc.

Por todas estas causas, conviene que la reeducación comience lo antes posible, evitando deformaciones ulteriores en la personalidad del niño afectado.

Tipos de error en la dislalia funcional.

Se ha definido a la dislalia como expresión de un trastorno concreto del lenguaje en su aspecto articulatorio, que referido a la dislalia funcional está implicado con el empleo de los órganos de la fonación, y no con su estructura ya que no existe ningún defecto físico que los motive. (8)

El niño presenta una dificultad para la articulación correcta y esta dificultad la expresa con distintos tipos de error, aunque haya niños que sólo cometan un tipo de error y en otros se ven varios asociados, presentando reacción de forma diferente.

Mencionaremos a continuación los tipos de error en la dislalia funcional.

1. Sustitución.

Se denomina sustitución al error de articulación en que un sonido es reemplazado por otro, sintiéndose incapaz el sujeto de pronunciar correctamente, y en su lugar emite otro que le resulta más fácil. (9)

También se da el error por la dificultad en la percepción o en la discriminación auditiva, el niño percibe el fonema, no de forma correcta sino tal como él lo emite.

La sustitución puede darse al principio, en medio o al final de la palabra.

2. Omisión.

Otra forma que tiene el niño de presentar su dificultad articulatoria es omitiendo el fonema que no sabe pronunciar, sin ser sustituido por algún otro, pudiéndose dar la omisión en cualquier lugar de la palabra.

Omite tan sólo la consonante que no sabe pronunciar por ejemplo dirá "apato" por "zapato" o "caetera" por "carretera", pero también suele omitir la sílaba completa que contiene dicha constante, por ejemplo dirá "camelo" por "caramelo" o "lida" por "salida".

3. Inserción.

La forma de afrontar un sonido que resulta dificultoso al niño es, intercalando junto a él otro sonido que no corresponde a ésa palabra, sin conseguir con ello salvar la dificultad, convirtiéndose en un vicio de dicción. Por ejem-

plo: "aratón" por "ratón", "palato" por "plato", error que suele presentarse con menor frecuencia.

4. Distorsión.

Se entiende por sonido distorsionado aquel que se da en forma incorrecta o deformada, sin que sea sustituido por otro fonema, sino que su articulación se hace en forma aproximada a la correcta, pero sin llegar a serlo. Generalmente es debido a una imperfecta posición de los órganos de la articulación, a la forma de salida del aire, a la vibración o no vibración de las cuerdas vocales, etc.

La distorsión junto con la sustitución, son los dos errores que con mayor frecuencia aparecen en las dislalias funcionales.

En el Centro de atención psicopedagógica.

Ubicado en Av. Gregorio Méndez s/n casi esquina con Av. 27 de Febrero Colonia Atasta. Villahermosa, Tab. Se llevó a cabo el presente trabajo de investigación, con la finalidad de conocer la labor que desempeña dicha institución, así mismo sus normas funciones estrategias, personal adscrito y número de niños que asisten presentando el problema de dislalia funcional.

El centro me dió la oportunidad de dialogar con el personal especializado de cada una de las áreas con que cuenta; primordialmente hacia el área de lenguaje de la cual se desprende el informe de éste trabajo tesina.

Como primer paso reportaremos el ingreso a terapia de lenguaje de 60 niños, formándose dos grupos cada uno de 30 integrantes con su respectiva terapeuta. Uno de estos grupos se tomó como muestra, clasificando los casos según el problema presentado en cada uno de los integrantes.

3 Casos con dislalia orgánica
4 Casos con dislalia audiógena
8 Casos con dislalia evolutiva
15 Casos con dislalia funcional.

Notamos que el mayor número de casos se presentaron en niños con problemas de dislalia funcional, motivo por el cual se retoma el presente trabajo.

Al final del capítulo se anexará la copia de uno de los expedientes para ilustrar el proceso de reeducación en que el sujeto es sometido a estudio, llevándolo al desarrollo de su personalidad, así como su avance escolar posterior.

Normas generales del programa de atención psicopedagógica

1. Recepción.

Los Centros de atención psicopedagógica de educación preescolar (C.A.P.E.P.) y los grupos anexos, adscritos a los centros que operan en los jardines de niños atenderán a los preescolares de los jardines de niños oficiales que presenten alteraciones en su desarrollo dando preferencia a los niños de 5 años de edad.

Los Centros de atención psicopedagógica prestarán servicio a los niños que sean remitidos por: jardines de niños oficiales, personal operativo adscrito al programa de detección psicopedagógica, iniciativa de los padres y otras instituciones. Pero no atenderán a niños que presenten trastornos psiquiátricos o que requieran tratamiento de educación especial y/o rehabilitación física.

Se considera periodo intensivo de recepción durante el primer mes y medio del ciclo escolar, a fin de proporcionar la atención psicopedagógica a la mayor brevedad posible.

2. Diagnóstico.

El diagnóstico aplica el método científico al valerse de : observación directa y registro sistemático de los datos, formulación de hipótesis sobre el caso, mismas que son sometidas a verificación por medio de instrumentos de evaluación psicológica y/o psicopedagógica.

Se practica estudio de diagnóstico a los preescolares que cubran los requerimientos de recepción de los C.A.P.-E.P. y a quienes previamente se les hayan aplicado los instrumentos de detección. Los resultados y bases establecidas por el departamento de psicología que considere pertinente remitirlos a diagnóstico.

La directora del Centro integra equipos interdisciplinarios de diagnóstico en base a los recursos humanos con que cuente el centro, estos están conformados por: Un psicólogo, una terapeuta de lenguaje, una trabajadora social, un médico y/o una especialista en problemas de aprendizaje, quienes aplican y evalúan los instrumentos correspondientes.

Concluido el estudio de diagnóstico, se reúne al equipo interdisciplinario para correlacionar los resultados obtenidos y determinar la atención psicopedagógica que requiere el niño. Llenando el formato de informe de diagnóstico practicado a cada niño, es comunicado a los padres, informándoles el tipo de atención psicopedagógica que recibirá en el-

CAPEP. Será la responsable de atención psicopedagógica quién proporcione dicha información o bien ella designará a uno de los integrantes del equipo interdisciplinario de diagnóstico para el efecto.

Atención psicopedagógica.

La atención psicopedagógica, es el medio a través del cual se proporcionan una gama de estimulaciones que favorecen al proceso de aprendizaje del preescolar con alteraciones en su desarrollo.

La atención psicopedagógica que se proporciona en los C.A.P.E.P., tienen un enfoque integral, por lo que se requiere la intervención de especialistas de lenguaje, psicología, psicomotricidad, problemas de aprendizaje, trabajo social y medicina.

El núcleo familiar y el medio ambiente socioeconómico en el que el niño se desarrolla, son factores determinantes, y es ahí en donde se dan las bases o normas de convivencia - costumbres y valores que moldearán la personalidad del educando.

De ahí la importancia de que los especialistas que le atienden deban establecer una estrecha comunicación con los -

padres de familia a fin de promover su colaboración para el mejor aprovechamiento de la atención psicopedagógica que se le brinda.

Se brindará atención psicopedagógica, solo a aquellos preescolares a quienes previamente se le ha realizado estudio de diagnóstico y en base a los resultados obtenidos, es canalizado a atención psicopedagógica por el equipo interdisciplinario de diagnóstico que lo valore.

La atención psicopedagógica se proporciona en dos modalidades.

En grupo permante de estimulación múltiple o en grupo de apoyo psicopedagógico : lenguaje, psicométricidad y psicología .

Grupos Permantes:

Los grupos permanentes son aquellos que atienden a niños que presentan inmadurez o alteraciones de su desarrollo y que requieren de una atención psicopedagógica específica la cual se brinda a través de estimulación múltiple.

El horario de los grupos permanentes será de 9:00 hrs. o de 14:30 a 17:30 hrs. de lunes a viernes.

El número de niños que deben inscribirse en los grupos permanentes sera de 20 educandos.

El especialista responsable del grupo permanentes de estimulación múltiple, aplica la evaluación psicopedagógica correspondiente a través de la cual establece un perfil individual de cada niño el cual se correlaciona con el resultado del Test de Terman Merrill, para así elaborar un perfil grupal que le sirva de base para realizar un proyecto anual de trabajo y de ahí derivar los planes quincenales.

Los especialistas de grupos permanentes deben reunir periódicamente a los padres de familia conforme a las normas y lineamientos establecidos, para informarles acerca de la necesidad de su participación en la estimulación y manejo del niño en el hogar, así como la función manifiesta.

Atención de apoyo psicopedagógico.

Esta atención de apoyo psicopedagógica se proporciona a niños que presentan una alteración específica en el desarrollo, el cual está centrada principalmente en una área.

Las atenciones de apoyo psicopedagógico se proporcionan a los niños que están o no inscritos en grupos permanentes, de acuerdo a los requerimientos individuales.

Las atenciones de apoyo psicopedagógico se proporcionan en dos modalidades, de acuerdo a las características y necesidades que presenten los niños: individual o en pequeños grupos (de 2 a 5 niños).El número mínimo de niños inscritos en cada ciclo escolar y por cada especialista de turno, será el siguiente:

1.-	Lenguaje	<u>30</u>
2.-	Psicometricidad	<u>30</u>
3.-	Psicología	<u>16</u>

La duración de cada sesión de atención variará de 45 a 60 minutos en lenguaje y psicomotricidad, asistiendo una vez por semana y en psicología la duración por sesión estará sujeta a la modalidad de atención.

Donde se deben tomar en cuenta aspectos tales como:

- 1.- Estimular la comprensión y expresión del lenguaje.
- 2.- Proporcionar estructuras básicas de identidad.
- 3.- Estimular órganos fono-articuladores
- 4.- Favorecer el incremento de vocabulario y la adquisición de la noción temporal.
- 5.- Estimular la atención auditiva.
- 6.- Favorecer la integración de conceptos.

7.- Estímular la estructura sintáctica gramatical.

Las terapeutas de lenguaje realizan en llenado de informe de atención psicopedagógica acorde a los lineamientos establecidos. deben llevar un registro por sesión de atención proporcionada en forma individual, la terapeuta de lenguaje debe trabajar en estrecha colaboración con los padres, quienes se encargan de estimular al niño en el hogar, en base a las indicaciones proporcionadas por la terapeuta.

Al término de la atención se realiza una revaloración lingüística al niño para dar el cierre de atención en base a la evolución del caso y a los resultados obtenidos en dicha revaloración.

Psicomotricidad

La atención psicopedagógica de apoyo psicomotriz se proporciona a preescolares que presentan alteraciones psicomotoras, que repercuten en el proceso de aprendizaje, ya que manifiestan una conducta motriz insegura e ineficiente, dando como resultado torpeza motora.

Una vez que se recibe al niño en atención psicomotora se procederá a aplicarse la valoración psicomotora correspondiente al área realizando una gráfica individualmente, ésta -

le permitirá elaborar el plan de atención individual o grupal, según la modalidad que se maneje, elaborando un registro por sesión llenando el respectivo informe de atención psicopedagógica.

Psicología.

Uno de los servicios proporcionados por los C.A.P. E.P., es la atención psicológica a los niños preescolares que presenten alteraciones emocionales.

La atención psicológica se proporciona en tres modalidades:

- 1.- Psicoterapia
- 2.- Psicoterapia familiar
- 3.- Orientación dinámica a padres de familia

La psicoterapia infantil, técnica que está dirigida a la atención de aquellos niños que presentan desajustes emocionales manifiestos a través de alteraciones del comportamiento, desviaciones en el desarrollo de la personalidad, desordenes psicossomáticos, desordenes derivados de una dinámica familiar inadecuada, problemas reactivos ante situaciones traumáticas, problemas mixtos de causa orgánica, así como alteraciones en el proceso del aprendizaje por bloqueo emocional.

De tal forma que la atención psicopedagógica que se brinde a través de la terapia lúdica, tiene como objetivo que el niño se adapte en forma saludable al medio ambiente.

La psicoterapia familiar, técnica que está dirigida al grupo familiar, en aquellos casos en donde la conflictiva del niño se ve acentuada por la estructura y dinámica del mismo cuando en ésta se han proporcionado disfunciones internas.

La atención psicopedagógica que se brinda a través de la psicoterapia familiar tiene como objeto buscar el equilibrio emocional de la familia, reduciendo los síntomas, modificando conductas y reestructurando el sistema.

La orientación dinámica a padres de familia, cumple una función profiláctica dirigida a aquellos padres, que si bien no presentan una conflictiva familiar que requiera una atención específica, observa que precisen de un apoyo para conscientizarse de su función como padres, favoreciendo la interacción entre los miembros de la familia y el desarrollo integral de sus hijos .

- La atención psicológica se proporciona en sesiones; los cuales variarán en duración de acuerdo a la modalidad en que se trabaje:

- La duración por sesión en psicoterapia infantil osci

lará entre 45 y 60 minutos una vez por semana, las sesiones pueden ser individuales o grupales.

- En psicoterapia familiar, las sesiones tendrán una duración de 90 minutos, si la sesión es semanal.

- El número de sesiones a trabajar en psicoterapia infantil y en psicoterapia familiar dependerán de la magnitud del caso.

- La orientación dinámica a padres de familia tendrá una duración aproximada de 12 sesiones de 90 a 120 minutos por sesión semanal. esta atención se brindará en forma grupal.

Programa de Detección y Prevención de Educación Preescolar

Objetivo General.

Realizar una acción profiláctica en los terceros grados de los jardines de niños, a fin de detectar aquellos casos que presenten leves alteraciones en su desarrollo, proporcionándoles la atención psicopedagógica que requieran.

Objetivo Particular.

El programa de detección y prevención será la principal fuente de canalización a los C.A.P.E.P., de niños que presenten leves alteraciones en su desarrollo.

Objetivo Específico.

Identificar a los niños con alteraciones, con el fin de proporcionarles la atención preventiva que requieran.

Proporcionar a las educadoras y padres de familia una orientación técnica, que promueva la estimulación psicopedagógica integral de los niños.

Conocer los avances y dificultades que el niño va mo

trando en su proceso de desarrollo a fin de adecuar la estimulación psicopedagógica.

Conocer los progresos alcanzados por los educandos - al término del año lectivo, a fin de obtener una síntesis clara de la secuencia del desarrollo que presenta cada niño para su promoción al siguiente ciclo escolar.

Perfil del niño que se integra al programa de detección y prevención .

El niño que se integra al programa, es el niño con rendimiento normal, presentando leves alteraciones susceptibles de ser superados a través de las acciones psicopedagógicas que la educadora realiza usualmente en su grupo.

Estas alteraciones pueden ocasionar que el niño se muestre:

- 1.- Inconstante
- 2.- No termine sus actividades.
- 3.- Disperso
- 4.- Participe momentaneamente en actividades grupales
- 5.- Con leve torpeza motora
- 6.- Inseguro
- 7.- Dependiente
- 8.- Leves alteraciones de lenguaje.

MODALIDAD DE ORIENTACION.

1a ETAPA

MODALIDAD ORIENTACION

3a ETAPA

2a ETAPA

Dar a conocer el Programa de Detec
ción y Prevención

Orientaciones Psico-
pedagógicas

No se realiza en
ésta modalidad.

No se realiza en
ésta modalidad.

E
D
U
C
A
D
O
R
A

LAS TRES ETAPAS EN QUE OPERA EL PROGRAMA DE DETECCION Y PREVEN-
CION EN LA MODALIDAD DE DETECCION.

1a Etapa (Sep-Oct)	2a Etapa (Nov-May)	3a Etapa (May-Jun)
DETECCION	ORIENTACION Y EVA- LUACION	EVALUACION FINAL
Dar a conocer el pro- grama de detección y prevención.	Orientacio- nes psicope- dagógicas.	Evaluación permanente
Aplicación de instru- mentos de detección.	E P N D A I U D N C R O	Revaloración Primaria C.A.P.E. Resul- tados. finales Otros
Detección realizada	A E D S O	Informe final
Evaluación de resul- tados.	R A S	
Nivel I pasa a CAPEP Nivel II queda en observación. Nivel III continúa en jardín de niños.		

1a ETAPA: DETECCION.

- Selección de jardines de niños participantes
- Difusión del programa
- Aplicación de instrumentos de detección
 - a) Dibujo Libre
 - b) Goodenough
 - c) Cuestionario para la educadora.
- Evaluación de instrumentos de detección
- Clasificación de resultados de instrumentos de detección por niveles, apoyados por un psicólogo y un terapeuta de lenguaje en los casos que sea necesario.

Nivel I Se canaliza a diagnóstico en C.A.P.E.P.

Nivel II Se integran al programa de detección y prevención, continuando en su jardín de niños.

2a ETAPA: OBSERVACION Y EVALUACION PERMANENTE.

- Orientaciones a educadoras en sesiones mensuales de análisis y discusión de los apoyos didácticos del programa de detección y prevención coordinadas por la orientadora. Las unidades que contienen son:
 - a) El desarrollo del niño
 - b) El proceso enseñanza-aprendizaje

- c) El fenómeno grupal
- Orientaciones pedagógicas a padres de familia de los niños que se integran al programa de detección y prevención (nivel II).
- Observación permanente a través de visitas periódicas a los grupos de 3er grado que se integran al programa.
- Evaluación permanente a través del registro de logros alcanzados por el niño en observación.

3a ETAPA: EVALUACION FINAL

- Revaloración de los niños en observación (nivel II) a través de la 2a aplicación de:
 - a) Dibujo libre
 - b) Goodenough
- Resultados finales
 - a) Primaria regular
 - b) C.A.P.E.P. (si su edad es aproximada)
 - c) Otra Institución
- Informe final

BENEFICIOS QUE APORTA EL PROGRAMA DE DETECCION Y PREVENCION

- 1) Se incrementa la población en los centros
- 2) Se amplía el servicio
- 3) Se establece un mayor acercamiento con los jardines de niños.

- 4) Se favorecen las relaciones interpersonales
- 5) Se da atención a padres de familia
- 6) Se promueve el enriquecimiento teórico y técnico de las educadoras.
- 7) Se reduce la saturación de niños canalizados sin alteraciones a los C.A.P.E.P. en la etapa de diagnóstico.

Normas:

- 1.- Cada centro cuenta con tantas orientadoras como capacidad de atención pueda brindar.
- 2.- Se designará responsable para el área de detección y --
prevención cuando el C.A.P.E.P. cuente con 6 orientado-
ras como mínimo.
- 3.- El perfil de puesto que deberá llenar la responsable -
será:
 - a).-Título de profesora en educación preescolar con li-
cenciatura en psicología y/o educación especial.
 - b).-Dos años mínimo de ejercer funciones docentes de ni-
ños.
 - c).-Dos años mínimo de ejercer funciones como orienta-
dora y/o especialista dentro del centro.
- 4.- El perfil de puesto que deberá llenar la orientadora- -
será :
 - a).-Título de profesora de educación preescolar.
 - b).-Minimo dos años de ejercer funciones docentes en -
jardin de niños.
 - c).-Haber participado un año mínimo en el programa de -
detección y prevención y/o educador especialista en
el C.A.P.E.P.

- 5.- Se seleccionarán los jardines de niños participantes que tengan mas fácil acceso al C.A.P.E.P.
- 6.- Cada orientadora atenderá de 8 a 10 grupos de 3er. grado, tomando la totalidad de los terceros grados que funcionan en los jardines de niños que se le asignen.
- 7.- Se establecerá coordinación entre la directora y la responsable de detección y prevención, a fin de proporcionar atención oportuna y eficaz a los preescolares que lo requieran.
- 8.- La orientadora será la encargada en coordinación con la responsable de detección y prevención de realizar las canalizaciones al C.A.P.E.P., únicamente siendo competencia del centro realizar canalizaciones a otras instituciones si fuese necesario tanto en la valoración inicial como en la final.

Informe de atención psicopedagógica.

En todos los casos el especialista encargado de cada una de las modalidades de atención psicopedagógica (Grupos permanentes de estimulación múltiple y grupos de apoyo en lenguaje y psicomotricidad) deberá llenar el informe de atención psicopedagógica respectivo.

El informe contiene los siguientes datos:

- 1a. Parte Datos de identificación.
Perfil diagnóstico Correspondiente al-
área de atención.
Diagnóstico presusual
Tratamiento de acuerdo al perfil y al-
área de atención .
- 2a. Parte Evolución del caso, en base a la aten-
ción proporcionada en el área.
- 3a. Parte Conclusiones específicas del caso en -
en función al área de atención .

- La 1a. parte deberá ser llenado al iniciar la aten-
ción .

- En la 2a. parte del informe se reportará la evolu-
ción del caso a través del avance de la atención brindada, -
se realizarán reportes parciales.

- En la 3a. parte del informe se integrarán los re-
sultados de la evaluación final y las conclusiones del caso,
así como la resolución final que se le de.

- Cuando dos o tres especialistas hubieran brindado atención Psicopedagógica a un mismo niño en sus correspondientes disciplinas; deberán reunirse para intercambiar información y opiniones sobre la evolución del caso a fin de unificar criterios de solución y canalización final la cual deberá asentarse en el informe respectivo.

- Los psicólogos deben llenar el informe de atención psicopedagógica de acuerdo al formato correspondiente a la modalidad de atención proporcionada.

Servicios de apoyo psicopedagógico.

Considerando que el medio familiar, escolar y social- son factores determinantes en el proceso de desarrollo; Los centros de atención psicopedagógica de educación-Preescolar, tienen como objetivo brindar atención integral a los preescolares con alteraciones en su desarrollo; de ahí la importancia de integrar la participación del trabajador social, el médico y especialista en ortopedia-ento-acial; a fin de contribuir en programas sociales y de salud- para optimizar y promover la adecuada intervención familiar, escolar y social.

Trabajo social.

- El servicio de apoyo en cuanto a trabajo social- tiene como objetivos: orientar a la población con la que -

se trabaja, para favorecer la conscientización sobre la importancia de su papel en la formación preescolar.

— Promover la participación activa de los padres en la atención psicopedagógica que el centro brinda a sus hijos.

— Participar en acciones que tiendan a mejorar y conservar el bienestar físico, mental y social de la población que se atiende en los C.A.P.E.P.

— El trabajador social realizará acciones tales como:

— Realizar estudios socio-económicos que permitan obtener una imagen familiar y social donde se desarrolla el niño. A través del análisis de este marco referencial podrá establecer objetivos de atención.

— Ejecutar acciones en base a objetivos planteados a fin de sensibilizar a los padres sobre la importancia de obtener su participación en los programas específicos del centro.

— Orientar a la familia para dar solución a los problemas sociales y favorecer el medio familiar.

— Fomentar el desarrollo de capacidades de los padres

en atención, a través de talleres de trabajo.

Establecer relación con el medio escolar al que pertenece el niño a fin de mantener comunicación con educadoras, para lograr un equilibrio en la estimulación del preescolar-- y unificar el manejo a padres.

Establecer relación con sectores culturales y sociales a fin de promover acciones que eleven la formación cultural y recreativa de la comunidad que atiende.

Participar, con el equipo interdisciplinario, en la organización y exposición de temas en el ciclo de pláticas a padres que coordinará la Directora del Centro.

Medicina.

Las condiciones psicológicas del individuo van íntimamente ligadas al proceso de aprendizaje; de ahí que las variaciones psicológicas inducen alteraciones en el desarrollo del niño.

Su objetivo principal es realizar acciones específicas, que aunadas a las del resto del grupo constituyen una atención integral tendiente a proporcionar un equilibrio bio-psíquico lo cual conlleva al óptimo desarrollo del niño. El -

servicio de apoyo médico; tiene dos modalidades de atención:

Medicina general y pediatría.

Odontología y/o ortopedia-dento-facial.

En este servicio se elabora un proyecto de trabajo, - del cuál se desprenden los siguientes objetivos:

— Instituir acciones terapéuticas tendientes a mejorar las condiciones de salud de los preescolares atendidos en el centro.

— Realizar acciones conjuntas con el equipo interdisciplinario a fin de favorecer las condiciones biológicas del niño y de la familia.

— Coordinar con el Sector Salud, la atención médica a los preescolares que no estén protegidos por ningún regimen - de medicina institucional.

— Detectar y canalizar a instituciones correspondientes los casos que son susceptibles de ser atendidos en los servicios de medicina del centro.

— Orientar a padres y personal docente para la detec--ción y prevención de alteraciones de salud.

contribuir, con el interdisciplinario en la Organización y exposición de temas en el ciclo de pláticas a padres.

CONCLUSIONES

Al iniciar este trabajo se fijó la meta de conocer cuáles eran las deficiencias que con mayor frecuencia ocasionaban problemas de lenguaje y los niños prescolares. Al terminar esta observación se pudo decir que son las dislalias funcionales simples en niños de 4 a 6 años.

La mayoría de los niños pueden superar su problema con una pronta ayuda a base de una estimulación específica y programada.

En tanto que los casos que presenten trastornos psiquiátricos o que requieran tratamiento de educación especial deben ser canalizados oportunamente al centro o institución correspondiente.

Para lo cual la Secretaría de Educación Pública debería orientar en forma clara y constante a todo el personal docente para jardines de niños sobre la detección oportuna y la debida estimulación de los problemas de lenguaje que afectan al educado. Informar de los lugares a los que pueden acudir en caso de necesitarlo.

La labor del grupo multidisciplinario es de suma importancia para el desarrollo global de las actividades a realizar en el sujeto, y es aquí donde la labor del

psicólogo educativo puede hacer las siguientes sugerencias:

El medio que vemos más idóneo para tratar de prevenir la dislalia funcional es la existencia de educación preescolar para todos, ya que a través de ella se desarrollarán, en la edad adecuada, todos aquellos factores cuya maduración es necesaria para lograr una correcta articulación .

Es de suma importancia atender desde el primer grado de preescolar a los pequeños que presenten problemas de articulación.

Finalmente, vista la influencia que tienen los factores psicológicos en la etiología de la dislalia, los cuales están íntimamente relacionados con los problemas familiares, se ve la necesidad de trabajar por una educación e integración familiar, que ayude a mejorar las relaciones interpersonales dentro del seno de la familia, para que la convivencia en ella sea en todo momento estimulante y gratificadora y que nunca llegue a constituir un trauma en la evolución del niño.

REFERENCIAS CITADAS.

- 1.- Piaget, Jean y otros. El lenguaje y el pensamiento del niño pequeño, Ed. Paidós, Buenos Aires.1976.
- 2.- Hocket, James. Evolución del lenguaje. Editorial Británica, Londres, 1980.
- 3.- Sapir, Eduard. El Lenguaje. Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1956.
- 4.- Estudio de la Evolución del Niño de 3 a 6 años y niveles de madurez que corresponden a su desarrollo. Dirección General de Educación Preescolar.
- 5.- García P., Pascual. La Dislalia. Ed. C.E.P.E., Madrid, 1979.
- 6.- Perelló, J. Trastornos de Habla. Ed. Científico Médica, Barcelona, España, 1973.
- 7.- Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. Ed. -- Diagonal Santillana, México, D.F., 1985.
- 8.- Perelló, j. Trastornos de Habla. Ed. Científico Médico Barcelona, 1973.

9.- Corredera Sánchez, Tobías. Defectos en la Dicción Infantil. Ed. Kapeluz.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Departamento de Psicología y Psicopedagógica S.E.P. Programa de Estimulación Compensatoria, Editado por la S.E.P. 1980.
- 2.- Nieto Herrera, Margarita; Anomalías del Lenguaje y su Corrección, Librería de Medicina, México, Porrúa 1965.
- 3.- Nieto Herrera, Margarita; Problema de Lenguaje, Porrúa México 1966.
- 4.- Peinado Altable, José; Pedagógica de los trastornos del Lenguaje Ed. Orión, 1963.
- 5.- Peinado Altable, José; Trastornos de Lenguaje, Ed. Porrúa, México 1959.
- 6.- Piaget, Jean y otros, El lenguaje y el pensamiento del niño pequeño, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1976.
- 7.- Sapir, E., El lenguaje, Fondo de Cultura Económica, México D.F., 1956.
- 8.- Sagre, Renato. Tratado de Foniología, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1969.
- 9.- Wendel, Johnson. Problemas del Habla Infantil, Ed. Ed., Kapeluz, Buenos Aires, 1979.

- 10.- Departamento de psicología y psicopedagogía S.E.P.:
Programa de Atención y Prevención de Educación Pre-
escolar. Editado por la S.E.P. 1980.
- 11.- Azcoaga, J.E. Ed. Paidós. Los Retardos del Lenguaje
en el Niño. Quinta Edición, Buenos Aires, 1979.
- 12.- Nieto Herrera, Margarita. Anomalías del Lenguaje y
su Corrección. Tercera Edición, México, D.F. Edit.
Librería de Medicina, 1977.
- 13.- Nieto Herrera, Margarita. Evolución del Lenguaje
en el Niño. México, D.F. Esit. Porrúa, 1978.
- 14.- Diccionario Enciclopédico de Educación Especial,
Edit. Diagonal Santillana, 1985, México, D.F.
- 15.- Pascual, Pilar. Dislalia, Ed. Barcelona.
- 16.- Corredera Sánchez, Tobías. Defectos en la Dicción
Infantil, Ed. Kapeluz. Buenos Aires, 1879.
- 17.- Bloch, Pedro. ¡Habla bien su hijo!. Ed. Científico
Médica, 1973, Barcelona, Madrid, Lisboa.
- 18.- Perelló, Jorge. Audiofonetría y Logopedia Trastor-
nos del Habla. Cuarta Edición. Ed. Científico Médi-
ca Volúmen VIII. 1979, Barcelona.