



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

UNIDAD AJUSCO

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA NIÑOS DE 7 A 9 AÑOS

CON DIFICULTADES DE ARTICULACIÓN DEL

LENGUAJE (DISLALIA).

PROYECTO DE TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

Presentan:

ELVIA DE LA CRUZ GARCÍA

GABRIELA PÉREZ GONZÁLEZ

ASESORA: DRA. ANA NULIA CÁZARES CASTILLO.

MÉXICO, D.F. SEPTIEMBRE DE 2011.

AGRADECIMIENTOS A NUESTRA ASESORA DE TESIS.

Agradecemos a nuestra asesora de tesis la Doctora Ana Nulia Cázares Castillo por su incondicional apoyo, su paciencia, por su compromiso, responsabilidad y actitud tan linda para con nosotras y por compartirnos sus conocimientos. Siempre recordaremos sus palabras y enseñanzas que aprendimos día a día, estamos eternamente agradecidas por el esfuerzo realizado, por pasar tres años a nuestro lado guiándonos en este difícil camino, explicándonos un tema sin importar la cantidad de veces siempre con una sonrisa y un gesto amable.

Gracias por confiar en nosotras y darnos esas palabras de aliento que tanto necesitábamos en los momentos en los que casi desistíamos.

De todo corazón le damos gracias por todo y le deseamos una vida llena de éxitos.

ATTE. ELVIA Y GABI.

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco a mis papas por darme la vida y el enorme regalo de mi educación, por estar pendientes de mí soportando mi terrible carácter y sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constantes, sólo deseo que entiendan que el logro mío, es el logro suyo y que mi esfuerzo es inspirado en ustedes.

A mi mamá gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de mis anhelos más grandes en la vida, fruto del inmenso apoyo, amor y confianza que en mí depositó. Por ser de esa clase de personas que todo lo comprende y dan lo mejor de sí mismos sin esperar nada a cambio, porque sabes escuchar y brindar ayuda cuando es necesario y por ser mi amiga.

A mi papá por ser el más grande ejemplo de vida y demostrarme que en esta vida todo se puede si se tiene el valor y la fuerza para no desistir porque gracias a su apoyo y consejo he llegado a realizar la más grande de mis metas, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.

A Patricia y Raúl mis hermanos que han sido mis ejemplos de lo que se debe y no se debe hacer en la vida, ya que me han enseñado voluntaria, pero sobre todo involuntariamente las cosas más importantes de la vida. Gracias a Pati por estar siempre conmigo y expresarme efusivamente su amor y cariño; a Raúl por ser durante toda mi vida ese gran apoyo, mi gran hermano y amigo que durante tantos años no pudo dormir por cuidarme.

A mi Luis Ito que ha sido mi compañero de vida, por el cual tuve fuerzas y deseos de ser una mejor persona. Gracias por regalarme una visión particular de la vida y brindarme palabras de aliento en los momentos más difíciles de mi vida.

A Gabi mi compañera de estudios, mi amiga fiel, mi cómplice paranoica gracias por esas pláticas infinitas, por brindarme consuelo en las circunstancias más peculiares de mi existencia. Siempre recordare nuestras bromas tontas y nuestra complejidad para analizar hasta el detalle más pequeño de nuestros problemas.

Elvia

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS.

Gracias por estar conmigo en los momentos más difíciles, por escucharme, por cuidar de mí y de mi familia, por darme la maravillosa familia que tengo, por poner en mi camino a personas tan lindas y especiales que siempre han estado conmigo incondicionalmente, por dejarme vivir experiencias buenas y malas que me han hecho más fuerte y me han enseñado a ser una mejor persona. . .

A MIS PADRES.

Gracias por haberme brindado la oportunidad de llegar hasta aquí, por su apoyo, confianza, por existir, es un placer para mí ser su hija.

A MI MADRE.

Gracias por todas tus enseñanzas, por tu cariño, por cuidarme y siempre estar al pendiente de mí, por tus consejos y por darme la vida, te quiero mucho.

A MI PADRE.

Gracias por ser mi ejemplo de fortaleza y perseverancia, por tu apoyo, por confiar en mí, por tu cariño, porque gracias a tu esfuerzo y al de mi mamá he llegado hasta aquí, por ser una persona tan noble y maravillosa, por querernos tanto y compartir con nosotros (tu familia) cada día, te quiero mucho.

A MIS HERMANOS.

Ángel, Rafa y Lupita quienes son uno de los mejores regalos que la vida me ha dado les doy gracias por ser unas personitas tan maravillosas, por estar conmigo en los momentos más difíciles de mi vida, por preocuparse por mí, por confiar en mí, por sus consejos, por su comprensión, por darme ánimos cuando más lo necesité, por todo su amor, por consentirme, por compartir conmigo tantos momentos felices; a mi hermana, amiga y confidente Lupita por ser tan maravillosa, inteligente, responsable, comprometida y por lo tanto uno de mis ejemplos a seguir. Es un honor tenerlos como hermanos, los amo muchísimo.

A MIS AMIGAS.

Gracias a Celeste mi amiga de la secundaria, de la prepa. y De la vida, por estar siempre a mi lado, por todos los momentos felices que hemos compartido, por quererme tanto, es un gran honor para mí el haberte conocido y que aún estés conmigo.

Gracias a mis amigas de la Universidad Ilse y Ekvia mi gran compañera de tesis, por su paciencia, por soportarme cuando mi carácter se pone difícil, por confiar en mí y ser parte de sus vidas y por acompañarme en éste gran e importante camino de mi vida.

G.A.B.J.

RESUMEN.

El presente estudio reporta los resultados obtenidos a partir de la aplicación de un Programa de Intervención para niños de 7 a 9 años con dificultades de articulación del lenguaje (dislalia funcional); los objetivos fueron: detectar, estudiar, evaluar a niños que presentaran dislalia funcional y proponer, diseñar y evaluar un programa de intervención en el que se atendieran estas alteraciones de la articulación. La Investigación que se llevó a cabo fue una investigación mixta (cualitativa y cuantitativa); la fase cualitativa se llevó mediante un Estudio de Caso y la Fase cuantitativa mediante un diseño experimental de caso único-series de tiempo tipo AB. Las técnicas e Instrumentos que se utilizaron fueron: entrevistas, observaciones, se aplicaron pruebas para medir el área cognitiva, el área emocional, y los problemas articulatorios que presentaba cada uno de los sujetos y así diseñar un Programa de Intervención adecuado a las dificultades articulatorias. La muestra estuvo conformada por tres sujetos los cuales presentan dislalia funcional y sus edades oscilaron entre los 7 y 9 años de edad.

Los resultados obtenidos del Programa de Intervención proporcionaron evidencia a favor de las hipótesis formuladas y se constató que la fase B de un diseño experimental de tipo N=1 o de series de tiempo, basada en un tratamiento directo e indirecto favorece la correcta articulación de los fonemas afectados en los niños (as) objeto de estudio, y por lo tanto, se logró diseñar un programa de intervención útil para el tratamiento de niños con dislalia funcional.

ÍNDICE.

Índice temático.

INTRODUCCIÓN.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	14
MARCOTEÓRICO	
Capítulo 1. Desarrollo del Lenguaje.	
1.1. Proceso de desarrollo del lenguaje	19
1.1.1. Etapas evolutivas del lenguaje.....	21
1.2. Adquisición de los fonemas.....	22
1.3. Órganos que intervienen en la articulación de los fonemas	23
1.3.1. Órganos de la respiración.....	24
1.3.2. Órganos de la fonación.....	24
1.3.3. Órganos de la articulación.....	25
1.3.3.1. Órganos activos.....	25
1.3.3.2. Órganos pasivos.....	25
1.4. Características de la articulación en castellano.....	26
1.4.1. Fonemas del Castellano.....	27
1.4.2. Clasificación de los fonemas.....	28
1.4.3. Puntos de articulación de los fonemas del castellano.....	29
1.5. Trastornos de la comunicación.....	35
Capítulo 2. Trastornos del lenguaje.	
2.1. Conceptos y delimitaciones.....	37
2.2. Trastornos del habla.....	37

2.3 Concepto de dislalia.....	39
2.3.1. Dislalia Funcional.....	41
2.3.1.1. Etiología.....	41
2.3.1.2. Tipos de errores.....	44

MÉTODO.

Problema de investigación.....	46
Objetivos.....	46
Preguntas de investigación	46
Hipótesis.....	47
Escenario.....	47
Sujetos.....	48
Técnicas e instrumentos.....	49

- Técnicas.

- Instrumentos.

a) Pruebas psicológicas.

b) Escalas, cuestionarios e inventarios.

Procedimiento.....	60
Tipo de estudio y Diseño de Investigación.....	61

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente

Definición conceptual de trastornos del habla.....	63
Definición operacional de trastornos del habla.....	63

Variable independiente

Programa de intervención.....	64
-------------------------------	----

Planeación calendarizada.....	64
Presentación y diseño del programa de intervención.....	67
RESULTADOS	
Informe Psicopedagógico.....	69
Caso David.....	69
Caso Daniel.....	81
Caso Aurora.....	88
Resultados cuantitativos de la fase de Intervención.....	97
Resultados cualitativos de la fase de Intervención	110
CONCLUSIONES.....	115
REFERENCIAS.....	119
ANEXOS	

Índice de tablas y gráficas.

Cuadro no.1. Clasificación de los tipos de dislalia.....	40
Gráfica 1. Resultados de la Escala de Ansiedad FSSC-II	75
Gráfica 2. Resultados de la Escala de Ansiedad STAIC	77
Tabla 1. Frecuencias de errores en la línea base y en la fase de tratamiento.....	100
Caso Aurora.	
Gráfica 3. Línea Base	103
Gráfica 4. Tratamiento.....	103
Caso Daniel	
Gráfica 5. Línea Base.....	105
Gráfica 6. Tratamiento.....	106
Caso David.	
Gráfica 7. Línea Base	108
Gráfica 8. Tratamiento.....	108

Programa de intervención para niños de 7 a 9 años con dificultades de articulación del lenguaje (dislalia).

Introducción.

El lenguaje verbal o lenguaje natural, es el código de señales más rico, extendido y utilizado socialmente. Es el recurso fundamental del ser humano para comunicarse además de ser el primer instrumento de socialización temprana; a través de él podemos intercambiar información, mensajes, ideas y sentimientos.

La comunicación no es otra cosa que una modalidad de interacción social, probablemente la manifestación más importante. La capacidad para comunicar supone la aptitud por parte de los sujetos para diferenciar las formas y las funciones de las señales, entendiendo por éstas, cualquier objeto material que signifique algo para alguien; presupone, al menos, que existe aptitud para configurar una emisión por un canal; que se puedan generar señales con fuerza suficiente para salvar espacio-temporalmente la distancia con el receptor y de igual manera, disponer de la capacidad suficiente para generar señales que sean diferentes por los órganos perceptivos del receptor.

Para el desarrollo del lenguaje existen dos factores necesarios e importantes:

La maduración biológica y las influencias ambientales, el primero está referido a los órganos que intervienen en el habla, que nos hacen capaces de emitir sonidos, palabras, frases y comunicarnos oralmente; el segundo se refiere a que el lenguaje es un aprendizaje cultural el cual está relacionado con el medio de vida del niño: idioma étnico, dialecto, lenguaje altivado o popular, son las relaciones humanas que constituyen su hogar (Launay y Masony, 1984).

Por lo tanto no es posible el acto comunicativo, entre otras consideraciones, si faltan señales o éstas carecen de alcance suficiente; si ocurre la ausencia de algún instrumento, en el

caso humano, si hay deterioro de los órganos especializados: vista, oído o aparato fonador ó estimulación inadecuada.

La adquisición del lenguaje está concebida como el desarrollo de la capacidad de comunicarse verbal y lingüísticamente por medio de la conversación en una situación determinada y respecto a un determinado contexto espacio-temporal (Rondal, 1980): por lo tanto, si la propia adquisición del lenguaje oral supone una estimulación global del conjunto de las actividades cerebrales de un niño, una intervención lingüística no puede concebirse de forma aislada y centrada únicamente en los síntomas, sino que debe enfocar la personalidad del niño en su globalidad, lo que significa incorporar su entorno familiar y social en la evaluación, programación y pronóstico (Lou, 1999).

Ahora bien, en este trabajo recepcional se consideran los siguientes capítulos teóricos sobre los que se basa dicho trabajo:

El capítulo uno se refiere al Desarrollo del lenguaje:

En este capítulo se revisa el hecho de que el lenguaje es el modo de comunicación y representación más utilizado, aunque la comunicación sea posible sin el lenguaje. La comunicación no se limita al lenguaje verbal (hablado/escrito), puede utilizar cualquiera de nuestros sentidos. Sin embargo, el lenguaje oral es el instrumento o medio de comunicación y representación por excelencia y el principal sentido de la comunicación/lenguaje consiste en facilitar las relaciones del individuo con su entorno; es una facultad exclusivamente humana y sirve para la representación, expresión y comunicación de pensamientos o ideas mediante un sistema de símbolos (Rodal, 1982).

El capítulo dos se refiere a los Trastornos del lenguaje:

Los trastornos del lenguaje, cualesquiera que sean sus causas, expresión y estructura, debieran considerarse en un marco más amplio como los trastornos específicos dentro de los que afectan a la comunicación humana. La persona es básicamente un ente comunicativo, la

comunicación es una dimensión esencial del ser humano. Esta la expresa, desarrolla y ejercita de diversas maneras, con diversos lenguajes, entre ellos los verbales, los que se llevan a cabo mediante las palabras, sean orales o escritas. El tratamiento de los problemas del lenguaje en el marco de la comunicación depara perspectivas más ricas de lo que normalmente se hace.

Finalmente, el trabajo comprende también los apartados de Método, Resultados y Conclusiones. El primero estuvo enfocado en la evaluación psicopedagógica y un programa de intervención a niños de 7 a 9 años quienes padecían dislalia funcional. La investigación fue mixta: cualitativa mediante un estudio de caso y cuantitativa basada en un diseño experimental de caso único – series de tiempo tipo AB: A= Línea base; B= Tratamiento.

En los resultados se realizaron para la parte cualitativa de esta investigación – intervención, la calificación e interpretación de los datos obtenidos de los múltiples registros cualitativos aplicados a los niños, para conocer su problemática a profundidad evaluando todas las áreas implicadas en ésta, tal cual es indicado hacer en un método de estudio de caso; en la parte cuantitativa de la investigación se presentan los análisis de nivel, estabilidad o variabilidad y tendencia que se obtuvieron de los datos, tanto de la Línea base (A), como de la fase de tratamiento o experimental (B), dichos datos se presentaron en datos crudos (frecuencias) para después sustituir estos valores en las respectivas fórmulas para obtener los tres índices y finalmente interpretarlos.

Respecto de las conclusiones, en éstas se comenta que el diseño experimental de series de tiempo tuvo éxito en el tratamiento de las dificultades de articulación de los tres niños a quienes se aplicó dicha intervención; la superación de los problemas de articulación impactó también en otras áreas de desarrollo de los tres niños, como la social y la escolar y estos resultados se presentan en el segmento cualitativo de resultados. Finalmente, también se exponen los alcances y limitaciones de este trabajo de tesis.

Justificación.

En el siglo XXI, México enfrenta desafíos importantes, la constante evolución del entorno mundial y el cambio tecnológico acelerado implican nuevos retos y oportunidades, estos cambios repercuten en la escuela, por lo que la educación pública en México además de ser gratuita y laica como lo estipula el art. 3° de la constitución, tiene como objetivo preparar a las personas para enfrentar la vida, así una educación de calidad significa entonces atender e impulsar el desarrollo de las capacidades y habilidades individuales en los ámbitos intelectual, afectivo, artístico y valores que aseguren una convivencia social solidaria y se prepare para la competitividad y exigencia del mundo del trabajo (Reforma Integral de la Educación Básica, 2007-2012).

De tal manera que, el modelo de enseñanza–aprendizaje en que se sustentan los nuevos planteamientos curriculares del Sistema Educativo destacan el papel del lenguaje en la elaboración del conocimiento escolar; sin embargo, si el niño tuviese déficit en el desarrollo del lenguaje, no podría alcanzar un nivel comunicativo adecuado, así, su rendimiento y motivación se verían afectados muy negativamente (INEGI 2000), así la importancia del lenguaje no solo concierne al contenido esencial de la enseñanza obligatoria sino también a su función instrumental en el aprendizaje de los demás contenidos, porque la comunicación no se limita al uso de estructuras lingüísticas más o menos correctas, sino que se convierte en la función social del alumno de la que depende, más allá de su éxito académico, su desarrollo equilibrado como persona (Peñafiel y Fernandez, 2000).

El lenguaje oral es el medio de comunicación mediante el cual, los sujetos expresan sentimientos, ideas, pensamientos... pero al mismo tiempo pueden captar los mensajes que los demás producen.

El principal sentido de la comunicación/lenguaje consistirá en facilitar las relaciones del individuo con su entorno (Bautista, 2002) por lo que la capacidad de hablar de un modo claro y comprensible constituye en la sociedad un requisito fundamental para una vida útil y feliz.

Sin esta posibilidad de comunicación con nuestros semejantes se ven coartados innumerables aspectos de nuestra existencia (Johnson, 1959).

En lo que se refiere a los niños, el desarrollo del habla y del lenguaje influye de forma profunda en muchos otros aspectos de su desarrollo, incluyendo el desarrollo cognitivo general, el juego, el rendimiento escolar, las relaciones con los compañeros y el desarrollo emocional y comportamental (Cantwell y Baker, 1987; Cohen, 2001). Si trasladamos las reflexiones anteriores al terreno educativo, podemos comprender fácilmente la importancia del lenguaje como instrumento fundamental para el desarrollo cognitivo y social de los niños y las niñas, así como para acceder a las demandas curriculares de cada etapa educativa (Acosta, Acosta y Moreno, 1999).

La presencia de los diversos tipos de discapacidad de acuerdo a datos del INEGI (2000), guardan una estrecha relación con la edad, 1.6 % de los niños de 0 a 14 años presentan discapacidad motriz en 35.1%, seguidas por la mental con 33.9% y las de lenguaje con 10.3%.

La prevalencia de trastorno del lenguaje en niños en edad escolar es del 2-3%, y la del habla entre un 3-6%.

En los niños pequeños los padres no se preocupan y piensan que ya se arreglará solo. En efecto, muchas dislalias desaparecen por sí mismas. Cuando el niño es capaz de percepciones audiomotrices más precisas mejora espontáneamente su pronunciación. Pero esto no es cierto para todos los fonemas. Algunos no tienen ninguna tendencia a la regresión, por ejemplo, el ensordecimiento, los errores de nasalización, los sigmatismos (salvo el ceceo y la sustitución de /ê/por /s/, etc.). En los otros casos hay que reeducar (Launay y Maisonnay, 1984).

Un problema que presentan los niños que padecen defectos del habla consiste en que sus compañeros no llegan a entenderlos por completo (...); agregando a esto que gran

parte de los juegos infantiles se basan en la conversación y que, por lo tanto, les resulta difícil a los pequeños practicarlos con niños cuyas peculiaridades lingüísticas retardan sus actividades lúdicas. Debido a esta situación reaccionan de diversas maneras, de acuerdo a lo que aprendieron con sus padres. A veces excluyen de su grupo al niño rezagado. Otras lo aceptan, pero no sin hacerle objeto de continuas bromas (Johnson, 1959).

En los centros educativos las dificultades del lenguaje prevalecen e incluso persisten a lo largo de toda la escolaridad, y llegan a ser una de las principales causas de aparición de trastornos del aprendizaje, sobre todo en los sujetos con Necesidades Educativas Especiales (Acosta, Acosta y Moreno, 1999).

Por lo que, es importante la intervención de las dislalias lo más pronto posible porque el niño/a que “pronuncia mal” es considerado muchas veces retrasado por su entorno y es objeto de burla por parte de sus compañeros /as. Esto afecta a su desarrollo afectivo, porque se le escucha menos y se tiene poco en cuenta el contenido de sus mensajes; si en un niño/a se dan varias dislalias, su lenguaje puede llegar a ser poco inteligible. Hilda de Lima (2001), plantea que las dislalias son una de las causas del retraso escolar en niños perfectamente normales así mismo, las dislalias y otras alteraciones del lenguaje provocan en muchos niños alteraciones en el carácter como consecuencia de la burla o la timidez, convirtiéndose en niños retraídos, huraños o fácilmente irritables, disminuyendo notoriamente su autoestima. Por lo que, “al suprimir los problemas del habla de una persona, se le están dando elementos necesarios, aunque no suficientes, para que resulten fructíferas sus interacciones verbales con otros miembros de su comunidad” (Galindo, 1983). Por otro lado, al comenzar el aprendizaje de la lecto-escritura el niño/a dislálico presenta una serie de problemas en ésta que difícilmente podrán ser solucionados sin una intervención logopédica que corrija sus errores articulatorios (Gallardo y Gallego, 1993).

De este modo, en este trabajo se abordó el tratamiento de las dificultades de articulación de tres niños con el objeto de que pudieran superar éstas. Dichas dificultades ocasionaban un rezago académico en los niños, así como dificultades para socializar adecuadamente con pares, además de presentar algunos rasgos singulares de personalidad consecuencia del problema de articulación del lenguaje oral y discusiones en el ámbito familiar ya que los padres se sentían nerviosos y tensos al ver que sus hijos no hablaban al igual que otros niños de su edad y esto provocaba angustia en los niños.

Por lo anterior, se considera necesario atender a los tres niños ya que existe una gran incidencia de las competencias lingüísticas del escolar sobre las adquisiciones escolares en las demás áreas del currículum, así, al dar un tratamiento oportuno y preciso les permitirá contar con herramientas que les permitan un adecuado desarrollo de sus habilidades que se traduce en menores dificultades para realizar las actividades propias de su ciclo de vida.

Marco teórico.

Capítulo 1. Desarrollo del Lenguaje.

El lenguaje se puede definir como el medio de trasmisión, esto es, el sistema de símbolos, los comportamientos asociados, las técnicas y los modos de transmitir la comunicación (Bloom y Lahey, 1978).

La American Speech –Lenguaje Hering Association (ASHA), define el lenguaje como un sistema complejo y dinámico de símbolos convencionales que se usa de distintas maneras para la comunicación y el pensamiento.

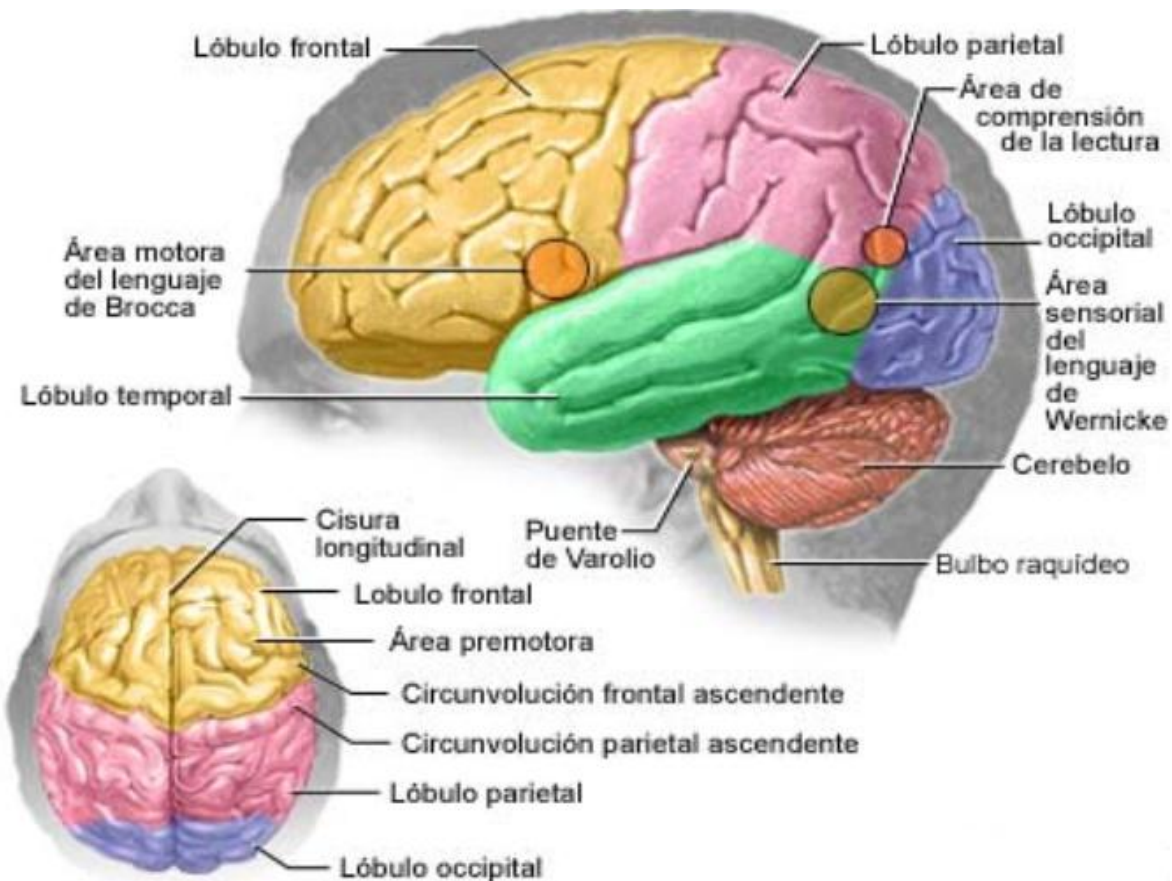
La capacidad para intercambiar información mediante el lenguaje es uno de los aspectos clave de los procesos sociales y culturales humanos que influye en todos los aspectos de la actividad humana (Wiener, 2006).

El lenguaje es a la vez una función y un aprendizaje. Función en el sentido de que todo ser humano normal habla y el lenguaje constituye para él un instrumento necesario. Aprendizaje, puesto que el sistema lingüístico simbólico que el niño debe asimilar se adquiere progresivamente en contacto con el ambiente y esta adquisición continua durante toda la infancia.

Por esto el aprendizaje del lenguaje difiere fundamentalmente del de la marcha o de la prensión normal que son la consecuencia necesaria del desarrollo biológico e idénticas en todos los seres humanos. El lenguaje es un aprendizaje cultural, está relacionado con el medio de vida del niño: idioma étnico, dialecto, lenguaje cultivado o popular; son las relaciones con los seres humanos que constituyen su hogar (Launay y Maissonny, 1984).

Las principales áreas del cerebro que se encargan de procesar el lenguaje son:

- Área del lenguaje hablado: Área de Broca (No.44) Hemisferio dominante.
- Área de comprensión del lenguaje hablado: Área de Wernicke. Correspondiente a las áreas de Broadman No. 21, 22, 39 y 42. Lóbulo temporal izquierdo.



1.1 Proceso de desarrollo del lenguaje. El hombre, ser social por naturaleza tiene como principal herramienta de comunicación el lenguaje. Su estudio puede hacerse desde un punto de vista fisiológico, psicológico, lingüístico, sociológico o cultural. El hombre no posee el lenguaje desde el nacimiento, sino que lo adquiere por medio de un proceso laborioso a lo largo de su infancia. Su desenvolvimiento está ligado a la maduración de las actividades cerebrales nerviosas superiores.

El lenguaje surge primeramente por imitación, en la que intervienen no solamente factores audio-motores sino también óptico-motores, a través de los cuales se va estructurando el lenguaje infantil. Este proceso no sólo abarca la articulación como imitación de movimientos y sonidos, sino la comprensión de lo escuchado y expresado.

Todo el complejo desarrollo del lenguaje en el niño sigue un proceso en el que se superponen las distintas etapas, sin que se pueda determinar con exactitud la cronología de las mismas (Pascual, 2001).

El lenguaje es el fenómeno o la función sobreimpuesta más elevada desde el punto de vista comunicacional y es inherente al hombre o, como sostiene Chomsky, constituye “una auténtica propiedad de la especie”, que le permite mediante signos y símbolos comunicarse con sí mismo y con los demás.

Si bien el lenguaje se adquiere, la posibilidad de comunicarse es innata; aunque para Chomsky el niño nace con la capacidad de saber hablar, elude considerar el lenguaje como objeto de aprendizaje. A diferencia de Chomsky, otros autores sostienen que la repetición y el condicionamiento son fundamentales para establecer una comunicación simbólica, alrededor de los 6 años el hemisferio izquierdo se hace dominante con relación a la actividad simbólica; se agrega la creatividad a la comunicación simbólica y puede decirse entonces que a esa edad el lenguaje se consolida.

Para su conformación y desarrollo el lenguaje necesita tanto una influencia biológica como cultural, entendiendo como cultura, según la definición de Sapir (citado por Pascual, 2001), el conjunto de hábitos sociales, y según Turner (citado por Pascual, 2001), la suma de modos y medios fabricados por los hombres para hacer las cosas. El lenguaje es una necesidad social y es a su vez un medio para comunicarse.

Desde el punto de vista cultural el lenguaje se define como un fenómeno. Desde el punto de vista biológico es una función sobreimpuesta, y no una función porque no posee centros, vías y órganos eferentes que le son propios y exclusivos para su creación y servicio; que necesita para su construcción y afianzamiento los siguientes elementos biológicos:

- Integridad auditiva
- Integridad voica
- Integridad intelectual
- Integración neurológica.

El desarrollo del lenguaje se inicia en el nacimiento y se consolida alrededor de los 5-6 años, a continuación se presentan las etapas mediante las cuales se va desarrollando el lenguaje:

1.1.1. Etapas evolutivas del lenguaje. La primera etapa o de pre-habla, también llamada por otros autores como prelingüística o preverbal está constituida como sigue:

- a) Hasta los 3 meses de edad, desde el punto de vista comunicacional el bebé es verbalmente silencioso.
- b) A partir de los 3 meses rompe el silencio y aparecen las vocales.
- c) A los 6 meses aparecen las consonantes.
- d) A los 9 meses hasta los 12 meses surge el silabeo o ecolalia fisiológica o ecoismo.
- e) A partir del año comienza la producción de palabras.
- f) Entre los 12 y 15 meses el niño posee alrededor de 15 palabras y produce una nueva palabra por semana.
- g) De los 15 a los 18 meses puede existir una leve disminución en la cantidad de palabras, para luego incrementar su vocabulario a los 2 años de 200 a 300 palabras.
- h) Entre los 2 y 3 años su vocabulario se acrecienta, aparecen frases de dos palabras, comprende ordenes sencillas. Los pronombres aparecen ocasionalmente a los dos años, cerca de los dos años y medio el niño usa el plural y los pretéritos.

- i) A los tres años el promedio de palabras está entre 900 y 1000; habla en tercera persona. A esta edad se inicia la interiorización del habla, comienza el soliloquio (el niño piensa en voz alta). Esto se va atenuando hasta que a los 5 años piensa en silencio. A los 3 años se da una asimetría entre la velocidad del pensamiento y la velocidad del habla; primero piensa y luego habla; esta asimetría se refleja en la expresión oral que aparece titubeante; esta situación fisiológica es designada incorrectamente por algunos autores como tartamudez.
- j) A los 4 años sigue aumentando su vocabulario (1500 palabras), aunque su comunicación es algo dispersa.
- k) A los 5 años aumenta su elocución (2500 a 4000 palabras), al final de los 5 años e inicio de los 6 años puede decirse que el lenguaje está lo suficientemente consolidado, aunque sigue creciendo en expresividad y comprensión
- l) Para algunos autores, un niño de 6 años de edad puede poseer unas 14000 palabras (según la estimulación social que reciba).

El habla es inteligible para quienes están fuera de su entorno habitual, en un 50% a los 2 años, en un 75% a los 3 años y en 100% alrededor de los 5 años (González, 2003).

1.2. Adquisición de los fonemas. Jakobson planteó la hipótesis, generalmente admitida, según la cual la adquisición de los fonemas se realiza, por lo general, desde los más contrastados a los menos contrastados. Los fonemas más contrastados son a su vez los que se encuentran en todas o al menos en una gran variedad de lenguas, mientras que los menos contrastados tienden a ser característicos de lenguas particulares. La *a* emerge como primera vocal mientras que una oclusiva labial, generalmente la *p*, a veces la *m*, inaugura el consonantismo.

Esto permite las combinaciones *papá* y *mamá* facilitados por el redoblamiento silábico y que a menudo están entre las primeras producciones significantes del niño. El contraste articulatorio es máximo entre *a* y *p*. La vocal *a* se obtiene con una gran apertura de la boca, vibraciones de las cuerdas vocales, sin limitación de duración, y fuerte energía acústica concentrada en una banda relativamente estrecha de frecuencias. Las características

acusticoarticulatorias de la *p* son las inversas. La diferenciación de los fonemas procede a continuación según dos ejes: grave-agudo y compacto-difuso (Jakobson, 1969 citado en Rondal, 1988), lo cual da los fonemas *p, t, k* para las consonantes, y *a* y *u*, para las vocales. acto seguido se van añadiendo progresivamente las demás vocales orales y las vocales nasales y, en cuanto a las consonantes, las oclusivas sonoras *b, d* y *g*, las nasales *n* y *ñ*, las constrictivas sordas y sonoras *f, s, ch, v, z* y *j* y las laterales *l* y *r*. Esta evolución iniciada a finales del primer año se extiende hasta aproximadamente los 5 años. No obstante, algunas consonantes, como las constrictivas sordas y sonoras, pueden no ser correctamente coarticuladas antes de los 7 u 8 años sin que por ello deba establecerse un diagnóstico de trastorno articulatorio funcional ni siquiera menor (Rondal, 1988).

1.3 Órganos que intervienen en la articulación de los fonemas. El conjunto de órganos que intervienen en la articulación del lenguaje se puede dividir en tres tipos:

- a) órganos de la respiración
- b) órganos de la fonación
- c) órganos de la articulación

Según Pascual el lenguaje oral se ve afectado cuando se da un funcionamiento anormal en alguno o en varios de estos órganos. Por ejemplo, alteraciones respiratorias pueden producir algunos tipos de tartamudez; las alteraciones laríngeas pueden ser causa de voz ronca, voz falsa, etc. Y las alteraciones en los órganos de la articulación pueden producir las dislalias en general, punto principal de esta investigación.

A continuación se presenta un estudio sobre los distintos órganos que intervienen en la articulación del lenguaje.

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

La respiración tiene una doble función: la de aportar el oxígeno necesario a la sangre, expulsando el anhídrido carbónico que se origina en la combustión en el interior de los tejidos, y por otra, proporcionar la cantidad de aire suficiente para poder realizar el acto de la fonación y vencer los órganos articuladores.

Los movimientos pulmonares, que se suceden de manera regular y rítmica son dos: la entrada de aire o inspiración y la salida o espiración, pudiéndose producir en esta última el sonido articulado. Las vías normales por las cuales se produce el paso de aire son en orden: fosas nasales, faringe, laringe, tráquea, bronquios y pulmones.

Cuando la salida de la corriente de aire se utiliza para articular los fonemas, el camino a seguir es: pulmones, bronquios, tráquea, laringe, parte de la laringe, boca, siguiendo por las fosas nasales solamente para articular los fonemas, m, n, ñ.

1.3.2 Órganos de la fonación. La laringe es el órgano esencial de la fonación. Está situada en la zona media anterior del cuello, en continuidad con la faringe y en la parte superior de la tráquea. *La función de la laringe es fundamental para la fonación y emisión de la voz.*

Para ello es necesario: a) que la corriente de aire tenga la fuerza suficiente para separar las cuerdas vocales de su posición de descanso; b) que las cuerdas vocales se aproximen lo suficiente para cerrar el orificio glótico, dejando tan sólo un estrecho paso al aire, que variará según los tonos, siendo mayor para el grave y menor para el agudo; c) que las cuerdas vocales estén tensas.

De los cuatro elementos constitutivos del sonido, que son: la intensidad, el tono, el timbre y la duración, los tres primeros tienen su origen en la laringe.

1.3.3 Órganos de la articulación. Los órganos que intervienen en la articulación se pueden dividir en dos grupos: órganos activos y órganos pasivos.

1.3.3.1 Órganos activos:

- a) labios: 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, como /f/. Igualmente tienen un papel importante en la articulación de los fonemas vocálicos /o/ y /u/.

- b) lengua: es el órgano que presenta mayor movilidad fundamental en el proceso del habla, ya que sus diferentes formas y posiciones producen los distintos fonemas. De ahí los trastornos que pueden acarrear para el lenguaje, su hipertrofia, falta de energía o de movilidad, pudiendo ser causado esto último, por la acción del frenillo.

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

1.3.3.2 Órganos pasivos:

- a) Paladar: constituye la parte superior de la cavidad bucal y se encuentra dividida en dos zonas: la anterior, que recibe el nombre de paladar duro y la posterior que recibe el nombre de paladar blando. 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.

- b) Alvéolos: entre los incisivos superiores y el comienzo del paladar duro, existe una zona de transición, que recibe el nombre de alvéolos. Al ponerse en contacto con ellos la lengua, constituye el punto de articulación de los fonemas alveolares.

- c) Dientes: órganos necesarios para una correcta articulación, principalmente de los fonemas labiodentales e interdentes, ya que constituyen el punto fijo para su articulación.

- d) 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.

1.4. Características de la articulación en castellano. La pronunciación de la lengua, que se refiere al modo especial de articular los sonidos para hablar, es un tema que, teniendo como bases científicas la fonética y la fonología, puede enfocarse desde distintos puntos de vista, según el interés especial del que lo estudia.

El especialista que desea enseñar a hablar al que no sabe, o corregir al que usa la palabra torpemente, necesita conocer, ante todo, el mecanismo fisiológico de la voz y la palabra. Si se considera que la norma social de la lengua indica “como se habla” y no “como se debe hablar”, al estudiar la articulación de los fonemas en una persona, no se hablaría en términos de “correcto” e “incorrecto”, sino simplemente “normal” y “anormal”, según esté dentro o fuera de la norma. El criterio predominante en el juicio que se establezca sobre la articulación de la lengua en un sujeto dado, deberá ser esencialmente normativo, pero basándose en la norma real del grupo social al que pertenece el hablante, ya que cualquier país de habla castellana presenta diferencias y tan “correcta” puede ser un habla como otra, siempre que se ajuste a las normas sociales propias de su entidad lingüística (Nieto, 1967).

1.4.1. Fonemas del castellano. Los fonemas de la modalidad del castellano hablado en México son cinco vocálicos: /i/, /e/, /a/, /o/, /u/ y diecisiete consonánticos: /p/, /t/, /d/, /l/, /m/, /n/, /ñ/, /f/, /b/ (transcrito ortográficamente b, v), /c/ (transcrito ortográficamente como ch), /x/ (transcrito ortográficamente j o g con sonido fuerte, cuando va unido a las vocales e, i), /g/ (transcrito ortográficamente g, gu), /s/ (transcrito ortográficamente k, que y c ante a, o u), /r/ (“ere” simple), /rr/ (“erre” vibrante múltiple), /y/ (transcrito ortográficamente con las letras ll,

y, indistintamente). Avila 1967 agrega a estos fonemas el sonido /s/, cuyo punto y modo de articulación es palatal, fricativo sordo.

Atendiendo al lugar en que se producen, los fonemas vocálicos se pueden clasificar en tres categorías: delanteros o palatales /i/, /e/, medio /a/ y posteriores o velares /o/, /u/.

En cada vocal media /a/ la lengua descansa en la parte inferior de la boca, suavemente apoyada contra los dientes inferiores. En la articulación de las vocales palatales /e/, /i/ el movimiento de la lengua acentúa hacia adelante y en las velares /o/, /u/ la lengua se recoge cada vez más adentro, elevándose hacia el velo del paladar.

La /i/ representa el vértice anterior de la posición de la lengua en el paladar; la /u/ el vértice posterior y la /a/ la base del piso de la boca.

En la articulación de las vocales intervienen también los labios, llevándose hacia adelante en la articulación de los fonemas /o, u/ en forma progresiva y retrayéndose en /e i/. Desde este punto de vista los fonemas /o u/ son labializados; /e i/ deslabializados y el fonema /a/ es neutro.

La abertura que se forma entre lengua y paladar también es muy importante en la articulación de las vocales. La vocal más abierta es la /a/ y la abertura va disminuyendo en las demás vocales.

La glotis es sonora en todas las vocales, se puede percibir su vibración con el simple tacto en la región subhioidea.

El velo del paladar se eleva al articular las vocales orales, para impedir que el aire espirado salga por las vías nasales.

Las características propias de los fonemas consonánticos son el punto de articulación, el modo de articulación y la función de la glotis.

El punto de articulación es la posición que toman los órganos al articular los fonemas consonánticos y los puntos de apoyo de los órganos activos sobre los pasivos o partes duras de la cavidad bucal. El modo de articulación es la forma en que son producidos los fonemas con las modificaciones implícitas en la dinámica de la articulación. La función de la glotis hace que los fonemas sean sonoros o sordos según haya o no vibración laríngea (Avila, 1967).

1.4.2. Clasificación de los fonemas. Bolaño clasifica los fonemas en cuatro grandes categorías: tomando en cuenta el punto de articulación, por el modo de articulación, por la función de la glotis y por la posición del velo del paladar.

1.- Según el punto de articulación, los fonemas se clasifican en:

- Bilabiales /p, b, m/. Son sonidos articulados con los labios, desempeñando una función activa el labio inferior y permaneciendo pasivo el superior.
- Labio dental /f/. Sonido articulado con el labio inferior (elemento activo) y el filo de los dientes superiores (elemento pasivo).
- Linguodentales /t, d/. Sonidos articulados con la punta de la lengua como órgano activo y el borde de los incisivos superiores como órgano pasivo.
- Alveolares /l, n, r, rr/. Sonidos articulados con la punta de la lengua como órgano activo y los alveolos de los dientes superiores como órgano pasivo.
- Dental /s/. Sonido articulado con los dientes superiores e inferiores en contacto y la lengua en la base de la boca con la punta hacia abajo.
- Palatales /ɲ, ɲ/. Sonidos articulados con el dorso de la lengua (órgano activo) apoyado en el paladar duro (pasivo).

2.- Por el modo de articulación, los fonemas se clasifican en:

- Oclusivos /p, t, k/. Son los sonidos emitidos con los órganos cerrados, los cuales producen una pequeña explosión al permitir la salida del aire espiratorio.

- Fricativos /f, d, s, y, g, x/. Se articulan con órganos ligeramente entreabiertos; el aire espirado durante su salida produce una suave fricación.
- Africado /c/. Es un sonido oclusivo en su comienzo, pero al abrirse los órganos un poco, se convierte en fricativo.

3.- Por la intervención de la glotis, los fonemas se clasifican en:

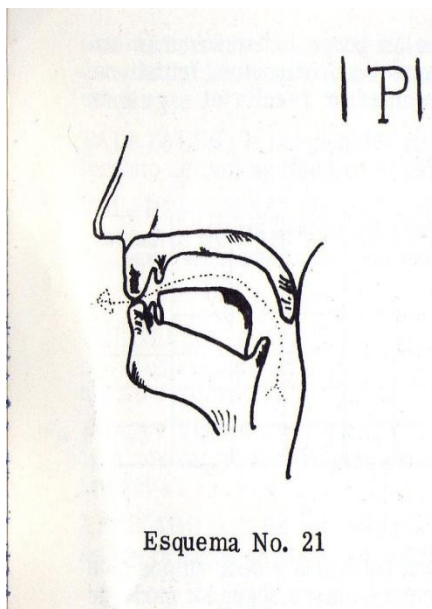
- Sordos /p, f, t, s, c, x, k/. Cuando en su articulación la glotis es sorda.
- Sonoros /b, d, y, g, l, r, rr, m, n, ñ/. En la producción de estos fonemas es necesario utilizar el aire espirado por los pulmones, que al pasar por la laringe hace vibrar las cuerdas vocales, por lo que se dice que la glotis es sonora.

4.- Por el movimiento del velo del paladar, los fonemas se clasifican en:

- Bucales u orales /p, t, c, k, b, d, y, g, f, s, x, l, r, rr/. Son los fonemas que se pronuncian con el velo del paladar elevado para impedir la salida del aire contenido en la boca por las fosas nasales.
- Nasaes /m, n, ñ/. Son los fonemas que se pronuncian manteniendo bajo el velo del paladar, lo cual permite que el aire contenido en la boca se escape por las fosas nasales (Bolaño, 1956).

1.4.3. Puntos de articulación de los fonemas del castellano. Los puntos de articulación de los fonemas varían según el sonido que les antecede o les sucede, de acuerdo con la posición que tienen en la palabra, conforme a las normas sociales propias de cada entidad lingüística y según las normas individuales del hablante reforzadas por el hábito.

De una manera general, desde un punto de vista fonológico, esto es, sin considerar las variantes fónicas, los puntos de articulación de los fonemas del castellano son los que a continuación se enuncian:



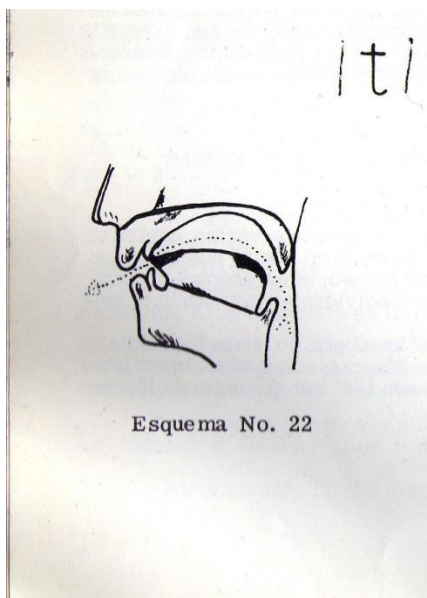
Características.- Bilabial, oclusivo, oral y sordo.

Labios.- los labios están juntos y un poco contraídos. El aire se acumula en la boca, haciendo presión contra la pared labial tratando de separarlos, produciéndose la /p/ cuando se vence esta resistencia muscular.

Dientes.- Algo separados sin ser visibles.

Lengua.- No realiza ningún movimiento, la punta está colocada detrás de los incisivos inferiores y el resto extendido en el piso de la boca.

Velo del paladar.- Se levanta contra la pared faríngea impidiendo el paso del aire



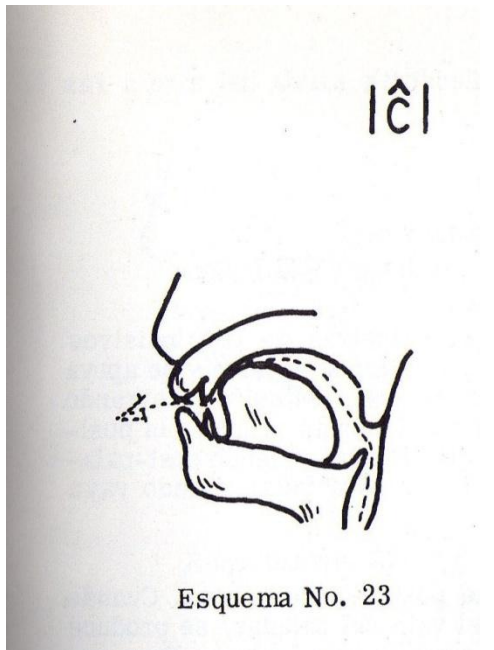
Características.- Dental, oclusivo, sordo y oral.

Labios.- los labios están entreabiertos.

Dientes.- El espacio de separación de los dientes es muy pequeño.

Lengua.- La punta de la lengua se levanta, apoyándose en la cara interna de los incisivos superiores. Sus bordes se apoyan en las coronas alveolares de los dientes impidiendo la salida de aire.

Velo del paladar.- Se levanta, impidiendo la salida del aire por las fosas nasales.



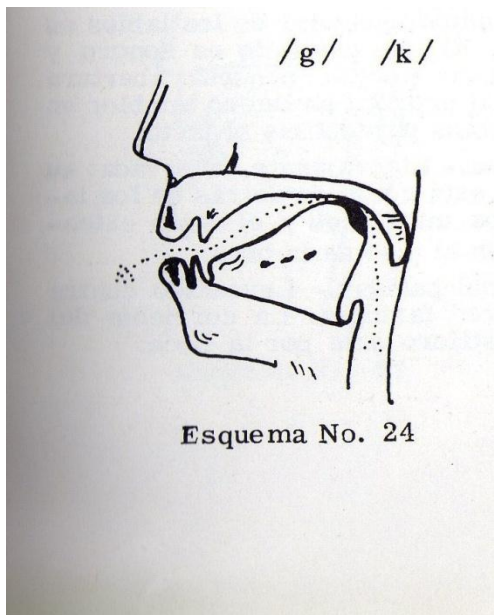
Características.- Palatal, sordo, africano y oral.

Labios.- Avanzan y se separan entre sí y de la cara anterior de los incisivos, permitiendo ver estos dientes.

Dientes.- Se separan un poco (1 o 2 mm).

Lengua.- Las partes anterior y posterior de la lengua se apoyan en el paladar, la punta queda libre como suspendida entre los incisivos superiores e inferiores y sus bordes tocan los molares.

Velo del paladar.- Levantando, impidiendo el paso del aire a las fosas nasales.

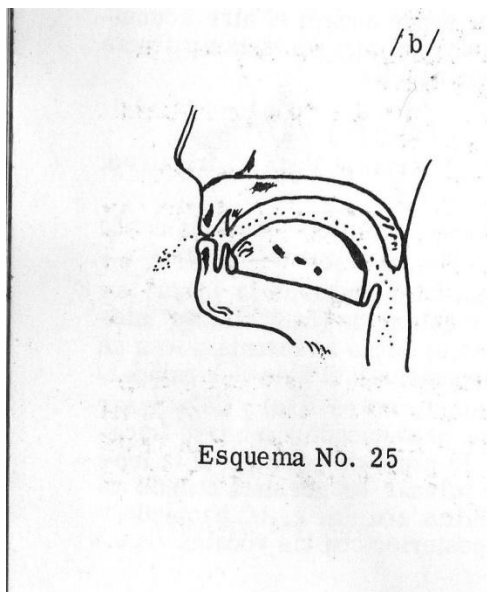


Características.- Velar, fricativo, sonoro y oral.

Labios y diente.- Medianamente separados, igual que el fonema /k/.

Lengua.- La punta de la lengua se coloca detrás de los incisivos inferiores; el dorso se levanta y toca su parte posterior el velo del paladar. El contacto no es total y deja pasar el aire produciendo una suave fricción.

Velo del paladar.- Levantado, impidiendo la salida del aire a las fosas nasales.

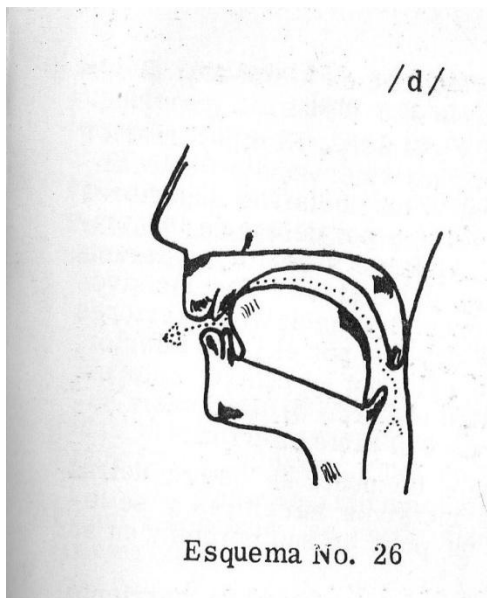


Características.- Bilabial, fricativo, oral y sonoro.

Labios.- Algo contraídos y ligeramente separados en el centro. La tensión muscular de los labios es débil. El aire espirado es sonoro y al pasar por la pequeña abertura central provoca un ligero temblor en los labios perceptible al tacto.

Lengua.- Ligeramente encorvada; su punta esta colocada detrás de los incisivos inferiores y e resto extendido en el piso de la boca.

Velo del paladar.- Levantado contra la pared faríngea. La corriente del aire sale por la boca.



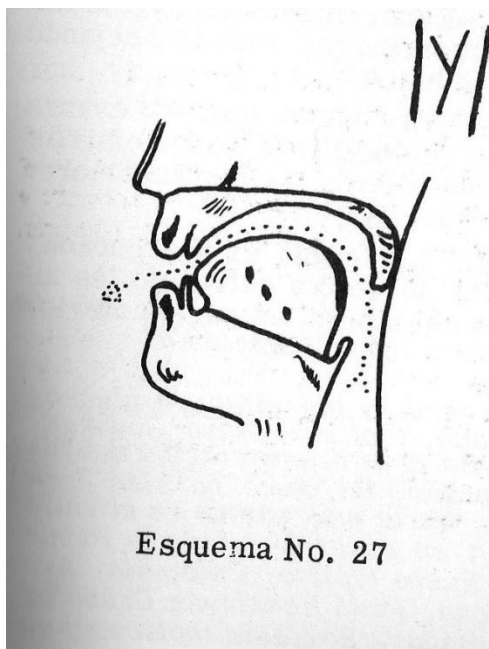
Características.- Interdental, fricativo, sonoro y oral.

Labios.- Los labios están entreabiertos permitiendo ver los dientes y la punta de la lengua.

Dientes.- Están más separados que cuando se articula la /t/. La distancia entre ellos corresponde al espesor de la lengua.

Lengua.- Se coloca entre los dientes haciendo una ligera presión contra las coronas de los dientes superiores.

Velo del paladar.- Levantado; la corriente aérea, sonora, recorre el espacio que hay entre el dorso de la lengua y la arcada dental superior, saliendo totalmente por la boca.



Esquema No. 27

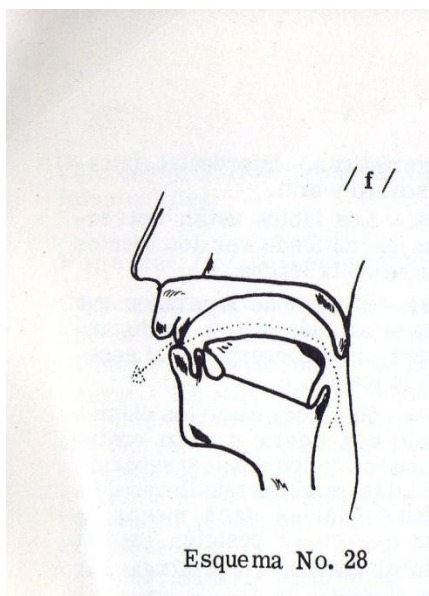
Características.- Palatal, fricativo, sonoro y oral.

Labios.- Los labios están entreabiertos permitiendo ver los dientes.

Dientes.- Ligeramente separados.

Lengua.- La punta de la lengua se coloca detrás de los incisivos superiores, su dorso se coloca ampliamente contra el paladar y sus bordes se separan de las coronas molares.

Velo del paladar.- Levantado, impidiendo la salida del aire a las fosas nasales.



Esquema No. 28

Características.- Fricativo, labiodental, sordo y oral.

Labios y dientes.- El labio inferior se repliega ligeramente, colocándose entre los incisivos superiores e inferiores y por debajo de los primeros; el labio superior se levanta un poco, dejando ver los incisivos superiores. Los incisivos inferiores quedan ocultos por el labio inferior; el aire sale por el centro, esto es, por entre el borde de los dientes superiores y el labio inferior.

Lengua.- La punta se coloca detrás de los incisivos inferiores y se levanta un poco en sus bordes y en su base.

Velo del paladar.- Se levanta contra la pared faríngea; la corriente de aire sale totalmente por la boca.

1.5. Trastornos de la comunicación. La generalidad acepta como atributos esenciales de un habla “normal”, el empleo apropiado de las palabras según su significado, la cantidad y calidad del vocabulario suficiente y precisa, la claridad de la articulación, la forma gramatical adecuada, el ritmo y velocidad apropiados y, en lo que se refiere a la voz en forma especial, la audibilidad (volumen apropiado), la cualidad agradable, el tono apropiado a la edad y sexo, la entonación de la frase en concordancia con su significado y sus necesidades expresivas.

Ahora bien, el concepto de normal o anormal es un tanto subjetivo y depende del criterio del examinador que va a emitir el juicio y de las normas sociales en que se apoya para establecer la comparación.

Desde el punto de vista fisiológico, el habla normal es la que se produce sin ninguna alteración en su dinámica anatomofuncional. Según la lingüística, es aquella que se ajusta a la norma tradicional impuesta por la colectividad.

Se considera que en la producción del lenguaje intervienen factores orgánicos, fisiológicos, bioquímicos, psíquicos y sociológicos que regulan las fuerzas internas y externas del organismo como un “todo” funcional, el análisis etiológico de las anomalías de lenguaje debe considerar la dinámica de la palabra con relación a la unidad biopsíquica del individuo (Nieto, 1967).

La American Speech-Language-Hearing Association (1993) define el trastorno de la comunicación como “la dificultad para recibir, enviar, procesar y comprender los conceptos o los sistemas simbólicos verbal, no verbal y gráfico”. Estos atrasos y trastornos varían desde simples sustituciones de sonido hasta la inhabilidad de comprender o utilizar el lenguaje o mecanismo motor-oral para el habla y alimentación. Algunas causas de los trastornos del habla y lenguaje incluyen la pérdida auditiva, trastornos neurológicos, lesión cerebral, retraso mental, abuso de drogas, impedimentos tales como labio leporino, y abuso o mal uso vocal. Sin embargo, con mucha frecuencia se desconoce la causa. Esta asociación clasifica los trastornos

de la comunicación en trastornos del habla y trastornos del lenguaje. Los trastornos del habla se deben a problemas con la articulación, la fluidez o la voz. El trastorno de articulación (equivalente al trastorno fonológico en el DSM-IV) implica una alteración en la inteligibilidad del habla a consecuencia de dificultades para producir correctamente los sonidos que se utilizan en el habla. El trastorno del lenguaje se define como “una alteración de la comprensión o el uso de los sistemas simbólicos hablado, escrito u otros” (American Speech Language Hearing Association, 1993 citado en Wiener, 2006).

Capítulo 2. Trastornos del Lenguaje.

2.1. Conceptos y delimitaciones. Los trastornos del lenguaje, cualesquiera que sean sus causas, expresión y estructura, debieran considerarse en un marco más amplio como los trastornos específicos dentro de los que afectan a la comunicación humana. La persona es básicamente un ente comunicativo, la comunicación es una dimensión esencial del ser humano. Esta la expresa, desarrolla y ejercita de diversas maneras, con diversos lenguajes, entre ellos los verbales, los que se llevan a cabo mediante las palabras, sean orales o escritas. El tratamiento de los problemas del lenguaje en el marco de la comunicación depara perspectivas más ricas de lo que normalmente se hace.

Para que el lenguaje sea adquirido y desarrollado se necesita:

- Aprender a combinar fonemas, palabras y oraciones.
- Conocer y compartir significados.
- Tener acceso al uso de reglas gramaticales.

Las alteraciones del lenguaje oral se dividen en:

- Alteraciones de la voz.
- Alteraciones de la fluidez verbal.
- Alteraciones de la articulación.
- Alteraciones de la expresión (Afasia).

Al referirnos a trastornos de lenguaje verbal, nos referimos a personas que padecen dificultades para comunicarse verbalmente, de forma oral o escrita (Anastasiow, 2000).

2.2. Trastornos del habla. Son alteraciones y/o dificultades que presenta el sujeto a la hora de emitir sonidos articulados con un contenido significativo, cuya etiología es generalmente variada, ya que las causas pueden ser orgánicas, psíquicas, funcionales, etc.

Distinguimos los diferentes trastornos:

Disartria: Trastorno en la articulación de determinados fonemas al hablar, con dificultades añadidas para mover los órganos bucales en general aunque no se refieran al habla. Aunque su etiología es compleja, las causas de este trastorno suelen estar relacionadas con el sistema nervioso, con algún tipo de lesión en partes del mismo que afectan al habla.

Disfonía: Trastorno en la emisión (sonido) de la voz. Se habla de disfonías orgánicas cuando se deben a causas orgánicas, e.j., cuando hay alguna alteración en algún órgano relacionado con la fonación y esto da lugar a ellas, por ejemplo, lesiones en la laringe, deficiencias neurológicas, estructura anómala del velo del paladar, lesiones bucales, etc. Y se habla de disfonías funcionales cuando la afectada es la función y no algún órgano, como en el caso anterior. La apariencia de los trastornos puede ser idéntica, no así sus causas.

Disfemia: Trastorno en la elocución lingüística, en la secuencia o flujo del habla. Las expresiones con que se manifiesta este trastorno son repetición de sílabas o palabras e interrupciones espasmódicas. Según estudios realizados, es un trastorno más frecuente en los hombres que en mujeres y en la mayoría de los casos se presenta antes de los siete años. Se trata de la tartamudez. Es un trastorno que se establece de menor a mayor intensidad y frecuencia, desde una disfemia leve (tartamudeo en alrededor del 2% de las palabras, poca tensión y pocos bloqueos), hasta una disfemia grave (tartamudeo en el 25% de las palabras, gran tensión y muchos y prolongados bloqueos). Según investigaciones tanto clásicas como recientes, las causas atribuibles son de carácter fisiológico, psicosocial y/o psicolingüístico. Se distinguen dos clases de disfemia:

- **Tónica:** La interrupción del habla se da al iniciar el discurso o partes de éste.
- **Clónica:** Caracterizada por repeticiones de sílabas o palabras. Hay una conducta y trastorno, distinto a la disfemia, aunque a veces se confunde con ella. Es el Farfullero: Habla excesivamente rápida, con la articulación desordenada y sin que el sujeto que la padece (al contrario de lo que ocurre al disfémico) tome conciencia del problema.

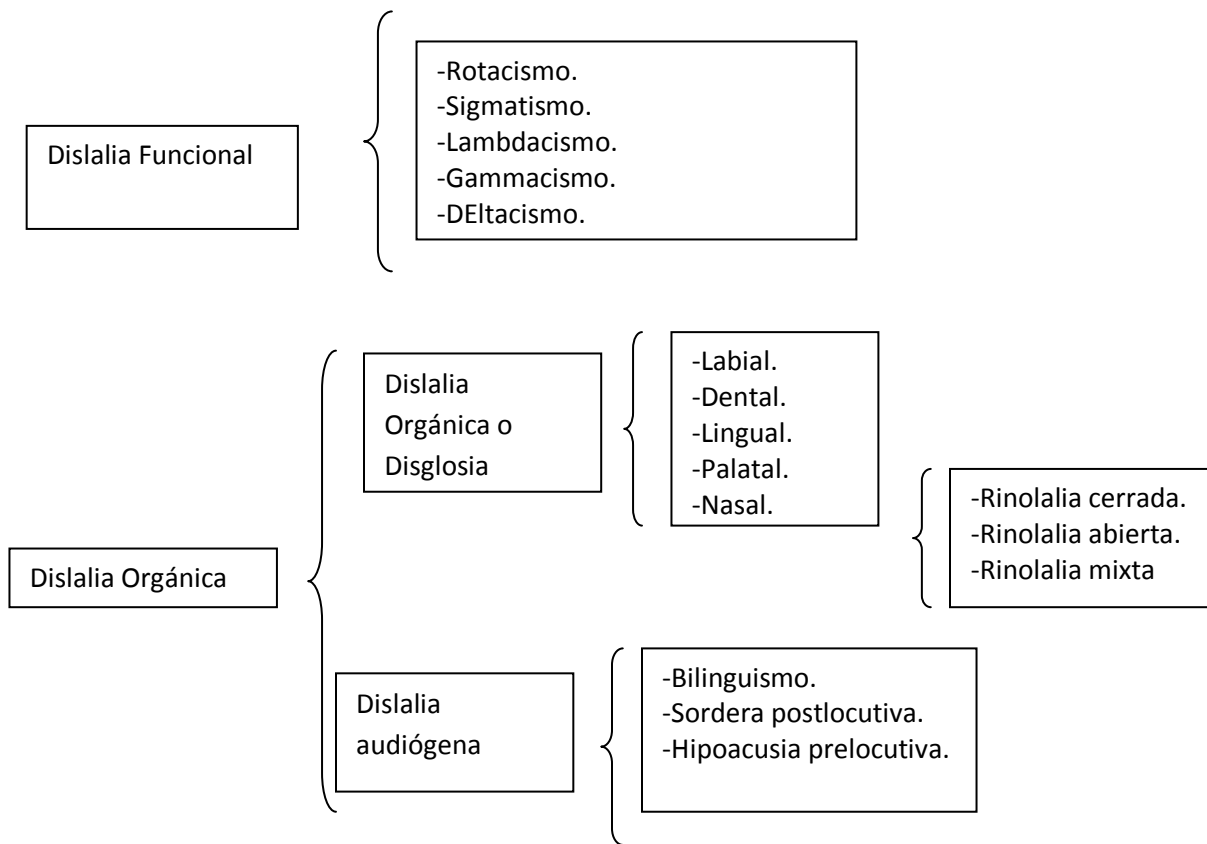
Dislalias: Trastorno en la articulación pero no debido a lesiones o alteraciones del sistema nervioso (en eso se distingue de la disartria, aunque los síntomas de una y otra pueden ser prácticamente idénticos) es el trastorno de la articulación, por función incorrecta de los órganos periféricos, sin que haya lesiones o malformaciones de los mismos.

Como hemos mencionado antes, el tema principal de esta investigación es el de la dislalia como una alteración en el lenguaje por lo que a continuación profundizaremos en dicho trastorno.

2.3. Concepto de dislalia. Se denomina con el término de dislalia a la dificultad que tienen algunos niños para lograr una articulación correcta, Pascual (2001). Corresponde al trastorno en la articulación de los fonemas, o bien por la ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por la sustitución de éstos por otros de forma impropia.

La dislalia puede ser motivada por distintas causas, pero en cualquier caso fuera de la dislalia de evolución que forma parte de un proceso normal del desarrollo del lenguaje, debe ser tratada lo más pronto posible, para conseguir su rehabilitación.

Al tratar de hacer una clasificación de las dislalias hay que partir de los factores etiológicos, ya que el síntoma de articulación defectuosa es común; por lo que atendiendo a sus causas podemos clasificar las dislalias en:



Cuadro nº 1. Clasificación de los tipos de dislalia.

- Audiogéna: el niño que no oye nada, no hablará nada espontáneamente, y el niño que oye incorrectamente, hablará con defectos.
- Evolutiva: aquella fase del desarrollo del lenguaje infantil en la que el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha, de formar los estereotipos acústicos articulatorios correctos. A causa de ello repite las palabras de forma incorrecta desde el punto de vista fonético. En esta etapa va pasando por momentos en los que, los sonidos que no sabe articular son omitidos o sustituidos (Pascual, 1995).
- Funcional: Sin causa orgánica de base. Ejemplos: Sustituir un fonema por otro, omisiones de una letra o sílaba, etc. Estos errores suelen denominarse en función de la letra y/o fonema afectados. Así, rotatismo (problemas con la r), lambdacismo (defectos con la l), gammacismo (defectos con la c, g, k, q), deltacismo (defectos con d y t), etc.

- **Orgánica:** Aquí hay de base una causa orgánica, aunque no es el sistema nervioso. Si la causa orgánica está en una audición incorrecta, se da lugar a una dislalia audiógena. Si la causa orgánica consiste en alteraciones de los órganos del habla y sin origen neurológico, se trata de disglosia. En función del órgano del habla que la origina se llama disglosia labial, mandibular, lingual, palatina o nasal.

Las dislalias son más frecuentes en la juventud y en la niñez que en los adultos; más frecuentes en las palabras largas. Se presenta con mayor frecuencia, el 77% en el sexo masculino. El defecto no tiene relación con el estrato social del niño antes de los cinco años; es decir no hay más dislalias en las capas sociales bajas que en las altas, pero en las primeras se alargan y persisten. En cambio las clases altas tienen más interés en corregirse.

Las consonantes pueden ser todas ellas afectadas por la dislalia. Cada una de éstas se denomina añadiendo la terminación “tismo” o “cismo” al nombre griego del sonido defectuoso. En el caso de que un fonema sea sustituido por otro se le antepone el prefijo “para”. Así el “paralambdacismo” es la sustitución de la /l/ por otro fonema. El “pararrotacismo”, la sustitución del fonema /r/, etc (Perello, 1995).

2.3.1. Dislalia funcional.

2.3.1.1. Etiología. Durante el desarrollo del habla se presenta en los niños una dislalia fisiológica, que va desapareciendo generalmente antes de llegar a la edad escolar; su persistencia a partir de los cuatro años debe considerarse patológica e incita a la sospecha de un déficit de inteligencia, de audición o coordinación motora. Se han visto varios casos de dislalia del padre o la familia paterna más que en la rama materna. Pero hay que tener en cuenta que las dislalias son más frecuentes.

Durante el rápido aprendizaje de la palabra puede asociarse un fallo parcial en la exacta imitación de los fonemas oídos. Este fenómeno puede atribuirse a una falta de paralelismo entre la adquisición psíquica con la motora (Perello, 1995).

Escasa habilidad motora

La mayoría de los niños que sufren esta alteración, tienen torpeza en los movimientos de los órganos de la articulación, que les impide una correcta imitación de los sonidos.

Falta de comprensión y discriminación auditiva

Esta situación puede dar lugar a la aparición de una dislalia, con fallos en la correcta imitación de los sonidos, que son reproducidos según la interpretación que de ellos hace el niño.

Falta de control de la función respiratoria

Por la relación que tiene la función respiratoria con la fonación y la articulación del lenguaje, las dificultades, malos hábitos o falta de control de esta función pueden alterar el habla, con deformaciones o distorsiones en los sonidos, por una salida anómala del aire fonador.

Tensión muscular

Rigidez en los órganos oro-faciales, impidiendo una pronunciación ágil y fluida. Las tensiones emocionales que vive el sujeto se convierten en tensiones musculares que pueden dificultar la articulación.

Causas psicológicas

Falta de cariño o una superprotección, un problema de celos, una inadaptación familiar o cualquier perturbación psicoafectiva en la infancia. Estos sucesos pueden provocar en el niño: inhibición, conductas de evitación, aislamiento, agresividad, ansiedad, frustración, timidez, reducción de contacto con otras personas, sentimientos de inferioridad, mutismo inseguridad, pérdida de confianza en sí mismo y desajustes emocionales lo que retarda o perturba la normal evolución del lenguaje. Perelló (1995), mantiene que la dislalia es más frecuente en niños con determinadas características de personalidad. Según él, estos niños durante la exploración se muestran intranquilos, inconstantes, distraídos, tímidos, a veces apáticos y faltos de interés por

aprender. Asimismo, plantea que las madres de estos niños son neuróticas y altivas que las madres de los niños con un desarrollo normal del habla, ya anteriormente Solomon (1961) mencionó que los niños (as) con dislalia se diferencian de los niños con un desarrollo normal del habla, en sus relaciones fraternales, en sus tensiones, angustias y miedos; así mismo.

Causas ambientales

A veces en el ambiente familiar, por bajo nivel cultural o por defectos articulatorios no corregidos, se habla de una manera deformada e impropia, proporcionando así al niño unos modelos inadecuados y manteniéndole el refuerzo de una expresión defectuosa. (Pascual, 2001).

Otras causas

La caída de los incisivos de leche superiores ocasiona frecuentemente un sigmatismo interdental. Cuando aparecen los incisivos definitivos la dislalia persiste, y por tanto, sólo la anamnesis nos dará la etiología real del defecto. Es decir el aspecto funcional de ahora tiene una causa orgánica en el pasado. (Perello, 1995).

2.3.1.2. Tipo de errores. Las dislalias pueden producirse por sustitución, distorsión, omisión o adición.

- En la sustitución el niño/a articula un fonema en lugar de otro. Si no puede articular correctamente un fonema lo reemplaza por otro conocido y más fácil de producir para él. Otras veces se da un error en la percepción auditiva y el sujeto no discrimina entre ambos fonemas. Esta sustitución puede darse en cualquier posición dentro de la palabra. Es el error más frecuente y el más difícil de corregir puesto que se da un hábito articulatorio erróneo. Si a un niño/a que sustituye un fonema por otro le hacemos repetir dicha articulación volverá a decirnos de nuevo su articulación errónea puesto que en él es normal esta sustitución si no es consciente de ella. Muchas veces dobla la consonante posterior, sobre todo en los vulgarismos.

Las sustituciones más frecuentes que hemos encontrado son /l/, /d/, /g/ y /r/ en lugar de /rr/; /t/ por /k/; sínfon con /l/ por sínfon con /r/ y /d/ por /l/.

- La distorsión es el segundo de los errores en la dislalia en orden de frecuencia. El niño/a produce un sonido de una forma distorsionada e incorrecta, generalmente aproximada al fonema correcto. A veces suele hacer un movimiento “extraño” como sacar la lengua o vibrar los labios en lugar de vibrar la lengua. Se suele deber a una posición errónea de los órganos articulatorios, a una falta de control del soplo espiratorio, a la falta de vibración de las cuerdas vocales, etc. Se dan más en posición intervocálica.
- A veces el niño/a tiene una dislalia por omisión, no articula los fonemas que no domina. Es una de las características del retraso en el desarrollo del lenguaje ya que es una fase de dicho desarrollo cuando se da a principio de palabra: “ato”, “oche”, “toño”. También es muy frecuente en el lenguaje de niños/as con deprivación afectiva y/o sociocultural y en los vulgarismos, aunque en estos casos se suele omitir la sílaba entera o el fonema en medio de la palabra si ésta es polisílaba o de difícil articulación: “tefono”, “teéfono”, etc. Lo más frecuente es omitir el fonema cuando está en situación implosiva, cerrando sílaba: “cuato”, “pueto”, y en los sínfon es frecuente “pato”, “fesa”.
- Un error menos frecuente es la inserción de un fonema para ayudarse en la articulación de otro más dificultoso. Se suele dar en los sínfon y en el lenguaje vulgarizado “palato”, “escampia”.

El tipo de error en la dislalia es muy importante de valorar a la hora de plantear una intervención logopédica para su corrección pues nos hará elegir una estrategia concreta (Pascual, 1988).

Método.

Problema de investigación

La capacidad para intercambiar información mediante el lenguaje es uno de los aspectos clave de los procesos sociales y culturales humanos que influye en todos los aspectos de la actividad humana. El uso efectivo y evolutivamente apropiado del lenguaje para establecer comunicación es un aspecto clave de la competencia adaptativa de la persona, por lo que, cuando existe alguna dificultad en éste, la comunicación se ve alterada e impide a los niños quienes padecen algún tipo de trastorno del habla relacionarse con el mundo que les rodea, además de que este problema también se ve reflejado en el aprendizaje del alumno.

En el presente trabajo se aplicó un programa de intervención a niños de 7 a 9 años quienes padecían dislalia funcional.

Objetivos.

- Estudiar y evaluar a profundidad niños que presenten dislalia funcional.
- Detectar los fonemas en los cuales los niños presenten dificultad.
- Proponer, diseñar y evaluar un programa de intervención en el que se atiendan estas alteraciones de la articulación, para favorecer el desarrollo del habla.

Preguntas de Investigación

- ¿Un programa de intervención basado en un tratamiento directo (estimulando y desarrollando mediante ejercicios de respiración y motores los órganos bucofonatorios) e indirecto (modelo de modificación conductual a partir de modelamiento y de la imitación y que depende de la discriminación auditiva del sujeto) favorecerá la correcta articulación de los fonemas?

Hipótesis.

Hipótesis de Investigación 1. El programa de intervención basado en un tratamiento directo (que abordará el logro de la correcta articulación, su generalización e integración en el lenguaje espontáneo) e indirecto (que está dirigido al desarrollo y mejora de los aspectos funcionales que intervienen en el habla) favorecerá la correcta articulación de los fonemas.

- Hi. La Fase B de un diseño experimental de tipo N= 1 o de series de tiempo, basada en un tratamiento directo e indirecto favorecerá la correcta articulación de los fonemas afectados de niños de 7 a 9 años de edad.
- Ho. La Fase B de un diseño experimental de tipo N= 1 o de series de tiempo, basada en un tratamiento directo e indirecto no favorecerá la correcta articulación de los fonemas afectados de niños de 7 a 9 años de edad.

Otra forma de explicar la Hipótesis de investigación es: Habrá un cambio significativo entre la Fase A (Línea base) y la Fase B (Tratamiento) de un diseño experimental de tipo N= 1 o de series de tiempo,

- Hi. Existen diferencias significativas en variabilidad, nivel y tendencia de la serie de tiempo entre la Fase A (Línea base) y la fase B (Tratamiento).
- Ho. No hay diferencias significativas en variabilidad, nivel y tendencia de la serie de tiempo entre la Fase A (Línea base) y la fase B (Tratamiento).

Escenario.

El estudio se llevó a cabo en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME), ubicado en Periférico Sur #2905 Col. San Jerónimo Lídice Del. Magdalena Contreras.

Sujetos.

La muestra está conformada por tres sujetos los cuales presentan dislalia funcional y sus edades oscilan entre los 7 y 9 años de edad, no se encuentran recibiendo ningún otro tipo de intervención referente al lenguaje.

Los sujetos Daniel, David y Aurora (nombres ficticios) son tres niños que presentan dislalia funcional, esto les ha ocasionado dificultades en el ámbito familiar, académico y social, ya que en casa los padres se quejan de que los niños no pronuncian bien y que a diferencia de sus otros hijos o de otros niños, ellos están rezagados en su lenguaje esto ha provocado tensión en la familia y discusiones porque los padres se echan la culpa unos a otros de que hablan así porque la mamá los consiente mucho o porque no les prestan suficiente atención. En el caso de Daniel su dificultad va encaminada al abandono (no físico pero atencional) por parte de los padres y esto provocó en el niño privación sociocultural; David presenta esta dificultad debido a la poca estimulación por parte del entorno en el que se desenvuelve agudizada por su trastorno de ansiedad provocado en cierta manera por su mamá porque la señora se ha descrito como neurótica. En el caso de Aurora ha existido una sobreprotección por parte de los padres y esto ha repercutido en su lenguaje y en la adquisición de la lecto-escritura.

En los ámbitos escolar y social los niños han sufrido rechazo porque han sido excluidos de varias actividades como festivales, bailables y coro por su dificultad en la articulación lo que provoca que se sientan inseguros y rechazados por parte tanto de sus profesores como de sus compañeros, casi no tienen amigos porque les hacen burla por su forma de hablar y no quieren trabajar con ellos, no les hablan en el recreo y los ignoran en el salón de clases.

En algunos casos los profesores han demostrado algún tipo de interés tratando de trabajar con ellos, sin embargo en ocasiones les ponen actividades diferentes a las del grupo y esto de alguna forma es otro tipo de exclusión; en el caso de Daniel la profesora optó por regresar a las actividades de bolitas, palitos y remolinos para mejorar su coordinación motora fina, pero esto no deja de ser un retroceso porque el niño pasa la jornada escolar haciendo

estas actividades en clase, en vez de seguir el currículo como sus compañeros; la profesora de Aurora ha tenido más atención con la niña y trata de ponerle actividades extra para mejorar su articulación y le ayuda en su dificultad para leer que es lo que se le ha complicado más a Aurora; en el caso de David interacciona poco con sus compañeros, participa poco y también cuando el maestro le llega a hacer alguna pregunta se pone muy nervioso y en ocasiones opta por no contestar o decir que no sabe.

Los tres niños coinciden en querer mejorar su forma de hablar para poder relacionarse con niños de su edad o con sus compañeros de escuela porque se sienten solos y rechazados y piensan que al pronunciar de forma correcta los demás niños querrán jugar con ellos y sus papas se sentirán felices.

Técnicas e Instrumentos.

- Técnicas.

Entrevista abierta a padres, profesor y niño(a). Para esto se utilizó la entrevista TIES, El Formulario de la Escala Instructiva (TIES) de Ysseldyke y Christen (2002), se considera idóneo para medir el clima escolar, ya que contiene elementos de los 12 componentes ambientales de la enseñanza eficaz. Estos elementos describen el ambiente instructivo del alumno que se está evaluando, y no de otros. Después de la observación y la entrevista con el profesor y con el alumno, se valoran las características del ambiente instructivo (Ver anexo 1,2 3 y 4).

- Instrumentos.

a) Pruebas Psicológicas.

❖ **Área Intelectual**, para evaluar esta área se aplicó la Escala de Inteligencia para niños WISC-IV con la finalidad de observar su nivel de desarrollo verbal e intelectual, así como descartar posibles disfunciones neurofisiológicas.

○ **WISC-IV**

El WISC-IV es una prueba que ofrece medida del funcionamiento intelectual general (CTI) y cuatro puntuaciones índices que brindan puntuaciones compuestas que representan el funcionamiento intelectual en cuatro dominios cognitivos específicos: Comprensión verbal, Razonamiento perceptual, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento.

El WISC-IV se encuentra organizado por 15 sub-pruebas, de las cuales, 10 son esenciales y cinco suplementarias. Con fines de interpretación, y de acuerdo con las nuevas teorías de la inteligencia, todas estas sub-pruebas se agrupan en cuatro índices: el índice de Comprensión verbal (ICV), el índice de Razonamiento perceptual (IRP), el índice de Memoria de trabajo (IMT) y el índice de Velocidad de procesamiento (IVP). Cuando estos índices se unen, se obtiene la Escala de CI Total (CIT), la cual sirve para ubicar a la persona evaluada dentro de la norma poblacional.

Confiabilidad

Los coeficientes de confiabilidad para el CI son de: 0.94 para la Escala Verbal, de 0.93 para Ejecución y de 0.96, para la Escala Total.

❖ **Área emocional**, para evaluar esta área se aplicó la prueba del Dibujo de la figura humana (DFH), con el fin de observar las habilidades psicosociales de los tres niños, su desarrollo, madurez y seguridad emocional.

- **Dibujo de la Figura Humana.**

Esta prueba, calificada a través de la técnica de Elizabeth Koppitz, permite evaluar aspectos emocionales, así como de la maduración percepto-motora y cognoscitiva.

Confiabilidad de la calificación de los DFH.

Respecto de la confiabilidad de la calificación asignada a los DFH para los indicadores evolutivos y emocionales, la Dra. Elizabeth Koppitz con ayuda de la Dra. Mary Wilson, evaluaron de manera independiente los DFH de 10 alumnos de segundo grado elegidos al azar y de 15 niños canalizados al Psicólogo educativo por problemas de conducta o de aprendizaje. Las doctoras verificaron en cada uno de los dibujos la presencia o ausencia de los 30 indicadores evolutivos y los 30 emocionales. Para los 25 dibujos examinados se encontró un total de 487 reactivos diferentes. De éstos, 444, es decir 95% de los indicadores calificados, los asignaron ambas psicólogas, mientras que 23 indicadores, 5% únicamente los consideró una de las dos investigadoras. El número promedio de indicadores asignados a cada dibujo fue de 19. En 10 de los DFH hubo un total acuerdo en la calificación asignada, mientras que en 15 de los DFH, las examinadoras difirieron por sólo 1 o 2 puntos. De aquí se concluyó que la confiabilidad era adecuada (Fayne Esquivel y Ancona, 2007).

- **Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC de Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori y Platzek elaborado en 1973) (Ver anexo 5).**

Este instrumento busca ofrecer una escala relativamente breve y confiable para medir el rasgo y estado de ansiedad. Se adaptó y tradujo al español en 1989 en Madrid (Spielberger et.al., 2001).

El instrumento tiene dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. La escala de ansiedad estado contiene 20 afirmaciones que el niño tiene que responder en función a cómo se siente en ese momento determinado teniendo tres opciones de respuestas: Nada, Algo o Mucho. La escala de ansiedad rasgo comprende también 20 elementos, debiendo el niño indicar para cada uno de ellos cómo se

siente generalmente, para lo cual tiene tres opciones de respuestas: Casi nunca, A veces, Con frecuencia.

La puntuación mínima de cada escala es de 20 puntos y la máxima en cada una es de 60 puntos. Cada elemento o ítem puede ser puntuado de 1 a 3 puntos, de acuerdo a la intensidad.

Confiabilidad.

Con el procedimiento de consistencia interna a través del KR-20 de Kuder-Richardson el resultado en la escala de ansiedad estado, fue de 0.82 para varones y 0.87 para mujeres, mientras que en la de ansiedad rasgo, 0.78 para varones y 0.81 para mujeres.

En los estudios españoles con la fórmula de KR-20 de Kuder-Richardson, se obtuvo una confiabilidad por consistencia interna en la escala de ansiedad estado, 0.93 para varones y 0.91 para 52 mujeres; y en la escala de ansiedad rasgo, 0.87 tanto para varones como para mujeres.

Validez.

En los estudios originales, se realizó un estudio de validez concurrente en una muestra de 75 niños, relacionándolo con dos medidas bastante utilizadas en los Estados Unidos de Norteamérica, el CMAS (Children's Manifest Anxiety Scale for Children de Castañeda et.al. 1956) y el GASC (General Anxiety Scale for Children de Saranson), los coeficientes de correlación obtenidos con la escala Ansiedad Rasgo del STAIC fueron de 0.75 con el CMAS y de 0.63 con el GASC.

Para la interpretación de los resultados, los autores del STAIC en su versión española ofrecen una tabla de conversión de puntuaciones derivada de una muestra normativa especificada por sexo, edad y grado escolar. En dicha tabla se presentan baremos para ambos sexos, utilizando dos tipos de escala, la centil ordinal (de 1 a 99) y la 'S' de media 50 y desviación típica 20 (Spielberger et.al.,2001).

- **Fear survey Schedule for children –II (Burnham & Gullone, 1997) (Ver anexo 6).**

Esta escala valora tanto el número como la intensidad de los miedos en cinco subescalas: miedo a la muerte y peligro, miedo al fracaso y a la crítica, miedo a lo desconocido miedos médicos y escolares y miedo a los animales.

La versión original de esta escala fue desarrollada en 1968 por Scherer y Nakamura, quienes tomaron reactivos de las escalas de miedos de adultos. Ellos diseñaron la medida para evaluar el miedo entre los niños de 9 y 12 años de edad. La escala incluye 80 reactivos de siete categorías de diferentes miedos en niños como: escuela, hogar, social, físico, animales, viajar, fobias. En 1983, Ollendick realizó una revisión de Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R) y cambió los 5 puntos de la escala de medición a 3 puntos para que la escala fuera más adecuada para los niños.

La escala revisada (Ollendick, 1983) demostró tener una buena consistencia y fiabilidad interna test-retest. Además, las puntuaciones de la escala FSSC-R estuvieron correlacionadas con las puntuaciones para medir ansiedad, autoestima y locus and control. En 1992, Gullone y King revisaron el FSSC (FSSC-II) y añadieron miedos más actuales como “SIDA” y “guerra nuclear” y cambiaron la redacción de la escala de 3 puntos. Ellos reunieron evidencia de las propiedades psicométricas de su nueva escala con una muestra grande de niños y adolescentes de Australia. La Fiabilidad estimada fue similar a la obtenida por Scherer y Nakura (1968) y Ollendick (1983) en las versiones anteriores del FSSC. Después de reunir evidencia para la validez convergente, en las investigaciones se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales (PCA). Gullone y King conservaron los cinco factores. Los factores obtuvieron un 72.5% de varianza. Los cinco factores fueron los siguientes: Miedo a la Muerte y Peligro, Miedo a lo desconocido, Miedo al fracaso y a la crítica, Miedo a los Animales y Miedos médicos y físicos.

Además del análisis PCA en la muestra general Gullone y King (1992) llevaron a cabo un PCA con rotación varimax de varianza para hombres y mujeres, en grupos por separado de niños de 7-12 años de edad y 13-18 años de edad. Se informó que algunos reactivos se

cargaban en diferentes factores para los diferentes sexos y grupos de edades. Por ejemplo, mientras “Mis padres discuten” se cargaba en el Factor Miedo al Peligro y la Muerte hacia el grupo de edad de 7-12 años, ese mismo reactivo también se cargaba en el Factor Miedo al Fracaso y a la crítica en el grupo de edad de los 13-18 años. Llegaron a la conclusión, que la estructura factorial fue relativamente afectada por la edad y el sexo, y que habían aportado pruebas para la validez de constructo de la escala debido a que el FSSC-II era muy diferente de la FSSC-R, sin embargo, todavía tenía una estructura factorial similar.

Gullone y King (1992) diseñaron el FSSC-II apropiado para la muestra Australiana, por lo que no estaba clara la utilidad de la nueva escala para evaluar los temores de los niños en Estados Unidos.

Burnham y Gullone (1997) reconocieron y remediaron esto adaptando el FSSC-II al contexto Estadounidense, mediante la recopilación de evidencia psicométrica para la escala. Después de cambiar la redacción de 13 reactivos, probaron la versión Estadounidense del FSSC-II con 239 niños Americanos de edades entre los 10 y 18 años. Como resultado de esta prueba, se cambió la redacción de 2 reactivos más. Después Burnham y Gullone administraron esta versión a 720 niños americanos de edades entre los 7 y 18 años de edad, llevaron a cabo un PCA con ambas varianzas y rotaciones oblicuas para determinar el puntaje de la estructura factorial de la FSSC-II en la muestra Americana. Se determinó que una solución de cinco factores eran los más significativos y encontraron que independientemente de si se utiliza el método de rotación oblicua u ortogonal, las soluciones fueron casi idénticas. Ellos llamaron a los factores: Miedo a la Muerte y Peligro, Miedo a lo Desconocido, Miedo a los Animales, Miedo a lo Médico y la escuela y Miedo al Fracaso y a la crítica. Los factores obtenidos en la muestra estadounidense fueron muy similares a los obtenidos con la muestra Australiana.

- ❖ **Evaluación de la percepción y coordinación visomotora**, esta área se evaluará mediante la aplicación del Test Guestáltico Visomotor de Laurretta Bender con el fin de descartar daño neurológico y dificultades perceptuales o visomotoras.

○ **Test Gestáltico Visomotor de Bender.**

Esta prueba se utiliza para evaluar la función gestáltica visomotora tanto en niños como en adultos. Mediante ésta puede detectarse retraso en la maduración, madurez para el aprendizaje, así como diagnosticarse daño neurológico y retraso mental. En adultos permite detectar daño neurológico y dificultades perceptuales o visomotoras. En niños y adultos pueden valorarse algunos aspectos emocionales.

Validez de la Prueba.

La validez (convergente) se obtuvo al correlacionarla con diferentes pruebas como: la Escala de Randall, la prueba de Goodenough y la Escala de Pitner-Patterson. Los resultados obtenidos fueron muy satisfactorios. En la actualidad se siguen realizando estudios en los que se comparan los resultados del Bender con otras pruebas como el WISC, el ITPA y el Kauffman, entre otras, obteniéndose correlaciones significativas (Esquivel y Ancona, 2007).

c) Escalas, cuestionarios e inventarios.

❖ **Área lingüística**, para la evaluación de esta área consideraremos una doble evaluación:

Evaluación de la articulación, se evaluará mediante la aplicación del Inventario experimental de articulación de María Melgar de González (Ver anexo 8), con el fin detectar los fonemas específicos en los cuales el niño presenta dificultad. También se evaluará el lenguaje espontáneo para detectar distintos tipos de errores y su lugar de colocación dentro de la palabra, lenguaje dirigido sin referencia visual (intraverbales), lenguaje dirigido con referencia visual (tactos) e imitación provocada de frases, palabras y sílabas.

- **Evaluación de las bases funcionales de la articulación**, donde se medirá:
- Discriminación auditiva de fonemas,
- Habilidad motora de lengua, labios y paladar blando,
- Cantidad, control y dirección del soplo y,

- Capacidad respiratoria y tipo de respiración.

Objetivo	Aspecto a evaluar		Estímulo- material		
Evaluación de la articulación	Lenguaje espontáneo		Conversación libre.		
	Lenguaje dirigido	sin referencia visual	Preguntas inductoras.		
		con referencia visual	Objetos-fotos.		
	Lenguaje repetido (imitación provocada).		Frases, palabras, etc.		
Evaluación de las bases funcionales de la articulación.	Audición.	Discriminación auditiva.		Sonidos- palabras.	
	Aparato articulador.	Habilidad Motora.	Lengua.	Imitación	
			Labios.		Órdenes.
			Paladar blando.		
	Soplo.	Cantidad.	Imitación		
		Control.	Órdenes		
		Dirección.	Materiales de soplo.		
	Respiración.	Capacidad	Imitación.		
Tipo		Exploración.			

○ **Inventario Experimental de Articulación de María Melgar de González.**

La forma de valorar la articulación de los niños mexicanos o hispanoamericanos suele ser inadecuada debido a que las pruebas de articulación disponibles están en inglés y no se prestan para aplicarse en español; asimismo los patólogos del habla, en el ejercicio de su profesión, tienen imperiosa necesidad de materiales de pruebas de articulación y procedimientos. Esta obra ofrece pruebas para ser impuestas a los pacientes.

Inventario de articulación. El inventario experimental de articulación comprende cincuenta y seis sustantivos que se usan comúnmente en la conversación cotidiana de las personas de habla española.

Se considera que estas palabras son familiares para niños pequeños y se pueden representar sin ambigüedad, con un dibujo.

El inventario experimental de articulación prueba diecisiete sonidos consonantes, doce mezclas de consonantes y seis diptongos.

El inventario experimental de articulación incluyó información vital y una hoja para anotar los resultados en el cual el que aplica la prueba puede registrar información pertinente a cada niño que incluye su nombre, edad, escuela y fecha. La página de resultados tiene nueve columnas.

❖ **Cuestionario sobre DISLALIA Guía de detección y encuadre.**

Estas guías han sido elaboradas por Aidex, que es la Asociación para la Investigación y el Desarrollo Educativo, en Extremadura, España. Dicha asociación se ha encargado de organizar el trabajo colaborativo de profesores especialistas en diferentes trastornos, por ejemplo los del lenguaje, en talleres en los cuales los especialistas han identificado las características (signos y síntomas, diagnóstico diferencial, síntomas asociados, factores predisponentes, etc.) de diversos trastornos de manera consensuada.

○ **Guía de detección y encuadre.**

<p>SINTOMATOLOGÍA ESENCIAL</p>	<p>→Trastorno en la articulación de algún o algunos fonemas, bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos del habla o por la sustitución de estos por otros, de forma impropia, en personas que no muestran patologías comprometidas con el sistema nervioso central, ni en los órganos fonoarticulatorios a nivel anatómico.</p> <p>→Estas alteraciones perduran más allá de los cuatro años, hasta entonces aparecen muy frecuentemente.</p>
<p>SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA</p>	<p>→A veces un error de base motora da lugar a una retroalimentación auditiva en la propia persona que puede terminar condicionando una discriminación poco precisa y en algunos casos dislalias. Frecuentemente aparecen asociados a retrasos madurativos con imprecisión o incoordinación en la motricidad fina de los órganos periféricos que intervienen en el habla.</p> <p>→Puede haber dificultades en la percepción y organización espacio temporal y dificultades en la discriminación acústica de los fonemas por insuficiente diferenciación de unos con otros (Sin que sea evidente, ni esté diagnosticada una hipoacusia).</p> <p>→Los niños que padecen este trastorno pueden aparecer con frecuencia: distraídos, desinteresados, tímidos o agresivos y con escaso rendimiento escolar.</p>
<p>FACTORES PREDISPONIENTES</p>	<p>→A veces situaciones que producen trastornos de tipo afectivo (Falta de cariño, actitudes ansiosas en los padres, ambientes familiares desestructurados, traumas infantiles) pueden incidir sobre el lenguaje del niño haciendo que quede fijado en etapas anteriores a su edad, afectando al habla, haciéndola más infantil y con frecuencia con dislalias. Otras veces la atención inadecuada que prestan los padres a los errores dislálicos contribuye a que estos se mantengan.</p>

	<p>→Se relaciona más frecuentemente con bajos niveles culturales, situaciones de bilingüismo y sobreprotección familiar.</p> <p>→Se relacionan también con una mayor incidencia de antecedentes familiares con dislalias, sea como consecuencia de una predisposición hereditaria, sea por la imitación de modelos paternos o familiares alterados en la producción de algunos fonemas determinados.</p>
EVOLUCIÓN	
TIPOS Y NIVELES	<p>→A: Hotentotismo: No es frecuente esta alteración de un gran número de fonemas.</p> <p>→B: Dislalias: Alteración de algún o algunos fonemas, distorsionándolos (Sigmatismos S , Rotacismos R) o sustituyéndolos por otro (Parasigmatismos, pararotacismo)...etc. al principio, en medio o al final de las palabras.</p>
CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES	<p>→En las dislalias audiógenas (de los sordos o hipoacúsicos), en las disartria y en las disglosias se producen dificultades en la articulación de los fonemas pero en ellas existe malformación de los órganos periféricos del habla o parálisis periféricas, hipoacusias graves o trastornos del sistema nerviosos central.</p> <p>→La expresión es fluida (No existen bloqueos ni repeticiones) y estructura bien las frases y no existe una incoordinación e imprecisión motriz general y torpeza en la movilidad de los órganos fonoarticulatorios muy afectada y clara.</p> <p>→No existe evidencia, ni diagnóstico de deficiencia mental.</p> <p>→No está aprendiendo nuestra habla por ser inmigrante de un país con distinto idioma.</p> <p>→Su dislalia no es característica común de todas las personas de su zona.</p>
CRITERIOS	<p>→1.- Presencia de errores en la articulación de sonidos del habla (Sustitución o alteración) al principio, en medio o al final de las palabras,</p>

	<p>tanto en su lenguaje coloquial como en repetición de esos sonidos cuando se le da un modelo de palabra que los contenga.</p> <p>→2.- El sujeto tiene más de cuatro años.</p> <p>→3.- No existe evidencia, ni diagnóstico de hipoacusia, trastornos neurológicos, deficiencia mental, ni cambio idiomático.</p>
--	---

Procedimiento.

Después de haber identificado a los tres niños que presentan dislalia funcional, se realizó una entrevista a los padres del o la menor para la elaboración de la ficha de identidad del niño (a), la cual estuvo conformada por: Historia clínica, Historia Familiar e Historia escolar, posteriormente se llevó a cabo una entrevista al profesor/ profesora con el fin de obtener información relevante acerca del comportamiento del niño dentro del salón de clases e interacción con los contenidos de aprendizaje y saber qué dificultades tiene para integrarse y aprender, posteriormente se procedió a la aplicación de la evaluación psicopedagógica que estuvo conformada por las siguientes pruebas:

- ❖ WISC-IV
- ❖ Test Raven (para algunos de los casos)
- ❖ Dibujo de la Figura Humana.
- ❖ Test Gestáltico Visomotor de Bender
- ❖ Inventario Experimental de Articulación de María Melgar de González
- ❖ Guía de detección y encuadre y;
- ❖ Las escalas de Ansiedad: STAIC y FSSC-R (en un caso).

Posteriormente se analizaron e interpretaron los datos recogidos por los diversos instrumentos de valoración con el fin de descartar otros problemas (trastornos neurológicos, deficiencia mental, hipoacusia, trastornos motrices bucofonatorios) que pudieran ser la causa potencial del problema articulatorio de los niños, y de tomar decisiones con respecto al programa de intervención. Habiendo determinado a partir de los datos obtenidos con la batería para la Evaluación psicopedagógica que el problema de habla de los niños se debía efectivamente a una dislalia de tipo funcional, sin problemas comórbidos o asociados (excepto tal vez en el niño que presenta ansiedad), el programa de intervención se adecuó al fonema o fonemas en los que el niño presente alguna dificultad; una vez que se evaluó la condición con toda precisión administramos el estímulo (tratamiento de modificación conductual de la articulación); durante la aplicación del tratamiento se realizaron mediciones para monitorear la eficacia del estímulo; finalmente dimos respuesta a las preguntas de investigación y se redactó un informe incluyendo recomendaciones.

Tipo de Estudio y Diseño de Investigación. De acuerdo con la U.S General Accountig Office, en 1990, el estudio de caso: constituye un método para aprender respecto a una instancia compleja, basado en un entendimiento comprensivo de esta instancia como un “todo” y su contexto, mediante datos e información obtenidos por descripciones y análisis extensivos (Hernández y Fernández, 2008).

En esta investigación se llevó a cabo una investigación mixta (cualitativa y cuantitativa).

Estudio de caso → Cualitativo. Esta parte estuvo conformada por el estudio a profundidad de cada uno de los sujetos acerca de su desarrollo evolutivo así como de sus contexto escolar, familiar y social en el que cada uno de los sujetos se desenvuelve, para esto se realizó una toma de información exhaustiva a partir de la historia clínica, familiar y social de los sujetos realizando entrevistas a padres y maestros además de observaciones de las conductas del niño con relación a sus compañeros, maestros y contenidos escolares (relacionados específicamente a la pronunciación de los fonemas no adquiridos en los que se presente la dificultad).

Fase Cuantitativa → Diseño experimental de caso único – series de tiempo tipo AB: A= Línea base; B= Tratamiento.

Este diseño de caso único se encuentra entre los experimentales cronológicos.

El Diseño experimental de caso único- series de tiempo tipo AB (A=Línea base; B=Tratamiento), abarca dos etapas: la fase A, en la cual no hay tratamiento (en términos de León y Montero, 2003, se establece la “línea base” o tendencia, y agregamos, mediante una serie de tomas o registros de la conducta, en este caso, la articulación del lenguaje), y la fase B, en la que se administra un tratamiento y se mide la variable dependiente durante éste. Así, el diseño “AB es un plan en el que primero se establece la línea base – sin tratamiento- y una vez estabilizada se produce la intervención y la medida de la nueva serie” (Hernández y Fernández, 2008).

En esta etapa lo primero que se establece es la línea base donde se aplica en tres ocasiones la prueba de articulación para ver cuáles son los fonemas en los cuales tiene dificultad el sujeto y verificar la estabilidad de la problemática, es decir, se hacen tres tomas de la articulación en tres momentos diferentes para verificar que la dificultad articulatoria está realmente presente, una vez que se evaluó su condición con toda precisión administraremos el estímulo (tratamiento de modificación conductual de la articulación); durante la aplicación del tratamiento se realizarán mediciones para monitorear la eficacia del estímulo.

Variables de Estudio.

Variable Dependiente. Trastornos del Habla.

Definición conceptual.

- ❖ Trastornos del habla. Estos se deben a problemas con la articulación, la fluidez o la voz. El trastorno de articulación implica una alteración en la inteligibilidad del habla a consecuencia de dificultades para producir correctamente los sonidos que se utilizan en el habla. Este trastorno puede conllevar omisiones, adiciones o distorsiones de los sonidos (Wiener, 2006).

Definición operacional.

- Número de errores de articulación en diferentes fonemas y mezclas de fonemas tanto en la Fase A (línea base) como en la Fase B (tratamiento).

Variable Independiente. Programa de intervención.

Definición conceptual.

Programa de Intervención. Es un sistema diseñado para ofrecer los contextos, medidas y experiencias necesarias para el aprendizaje del lenguaje (en Gallego, 2000). El Programa de intervención está basado en un tratamiento indirecto abocado a la estimulación y desarrollo de los órganos bucofonatorios (Pascual, 2000), y en tratamiento directo basado en modelamiento e imitación para estimular la correcta pronunciación de los fonemas que presentan mal articulados que depende de la discriminación auditiva de los sujetos (Hull y Hull, 1973; Jhonston y Jhonston, 1972; todos citados en Galindo et al., 2009).

Definición operacional.

Para confirmar que el niño efectivamente presenta problemas en la articulación se le aplicará el Inventario de articulación de María Melgar de González en tres ocasiones para establecer la

Línea base (Fase A) antes del programa de intervención. En la Fase B o tratamiento se volverán a realizar tres mediciones y se evaluarán otra vez, al igual que en la Fase A, el nivel, la variabilidad y la tendencia de la conducta objetivo (errores de articulación).

Planeación calendarizada.

Sesión	Tarea	Descripción
1	Revisión de la información de referencia del niño.	Ficha de identidad: <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica • Historia familiar • Historia escolar
2	Entrevista a padres y maestros.	Se obtuvo información relevante acerca del desarrollo médico, social, psicológico, lingüístico, educativo y físico del niño.
3	Observar al niño en diferentes contextos.	<ul style="list-style-type: none"> • Se observaron las conductas del niño en el aula y en situaciones de relaciones interpersonales. • Se realizaron registros de cada observación
4	Aplicar una batería de pruebas.	<ul style="list-style-type: none"> • María Melgar de González: se detectó cuáles son los fonemas en los que el niño presenta dificultad así como los que no han sido adquiridos. • Test Guestáltico Visomotor de Bender: se descartó algún tipo de daño neurológico en el niño.

		<ul style="list-style-type: none"> • Dibujo de la Figura Humana: se evaluaron aspectos socio-afectivos y madurez cognitiva en el niño. • WISC IV: se evaluó el nivel intelectual del niño.
5	Análisis e interpretación de los datos	Se analizaron e interpretaron los datos obtenidos y se realizó una comparación de la información de referencia con los datos obtenidos a través de las pruebas aplicadas.
6	Fase A: Línea Base	Se aplicó en tres ocasiones la prueba de articulación para ver cuáles eran los fonemas en los cuales tenía dificultad el sujeto y si esta dificultad es estable, posteriormente se tomaron decisiones con respecto al programa de intervención, adecuando éste al o los fonemas en los que el niño presentaba la dificultad.
7	Fase B: Tratamiento de modificación conductual de la articulación	Se administró el estímulo (tratamiento de modificación conductual);

		durante la aplicación del tratamiento se realizaron # mediciones para monitorear la eficacia del estímulo.
8	Seguimiento	Se presentaron un par de veces al mes los estímulos de la Línea Base.
9	Redactar un informe incluyendo recomendaciones	Se redactaron los logros obtenidos a partir de la intervención así como sugerencias.

Presentación y diseño del programa de intervención.

Presentación:

El lenguaje es una dimensión básica del desarrollo humano, un instrumento decisivo para el desarrollo personal y social de los individuos, así como una poderosa herramienta para la adquisición de los aprendizajes escolares. Ello hace que el lenguaje sea considerado como el aprendizaje más importante que los niños realizan en sus primeros años de vida.

A partir de entonces, es el instrumento de comunicación y representación más utilizado y su principal función consistirá en facilitar las relaciones del individuo con su entorno.

El presente programa denominado “Programa de intervención para niños de 7 a 9 años con dificultades en la articulación del lenguaje (dislalia funcional)” está dirigido a tres sujetos que presentan dislalia funcional, tiene como intencionalidad corregir los problemas en la articulación de los fonemas: “l”, “s”, “r”, “d”, “rr” y “j” y los sinfonos: “bl”, “kl”, “fl”, “gl”, “pl”, “br”, “kr”, “pr” y puedan ser incorporados a su lenguaje espontáneo.

Está diseñado dentro de cartas descriptivas (Ver anexo 8), en las cuales se plantean:

- Objetivos Generales,
- Objetivos específicos,
- Descripción de la actividad,
- Materiales (Ver anexo 9),
- Tiempo,
- Evaluación de cada una de las sesiones.

Se encuentra conformado por 34 sesiones de 45 min cada una equivalente a 24.5 horas de terapia y se llevaron a cabo tres veces por semana (Lunes, Miércoles y Viernes).

El programa es una combinación del modelo fonético y el modelo conductual, el primero es utilizado en la estructura del programa está constituido por dos vertientes:

- a) tratamiento indirecto
- b) tratamiento directo.

El primero va dirigido al desarrollo y mejora de los aspectos funcionales que intervienen en el habla, y el segundo tratamiento aborda el logro de la correcta articulación y su generalización e integración en el lenguaje espontáneo.

Resultados.

Resultados de la evaluación psicopedagógica.

Informe psicopedagógico.

SUJETO 1. DAVID.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.	
NOMBRE.	David (nombre ficticio)
SEXO.	Masculino
EDAD.	9 años.
FECHA DE NACIMIENTO.	21 de Octubre 2002
ESCOLARIDAD.	3° de primaria

MOTIVO DE ESTUDIO.

El niño es enviado por la escuela por presentar problemas de lenguaje y de interacción social.

Reporta la madre que desde pequeño ha sido introvertido, con dificultad para expresar emociones, tiende a ser solitario, no busca integrarse a grupos, la madre lo describe como afectivo con buen apego con madre, familia y personas conocidas, ordenado, tiene dificultad para interactuar con personas extrañas, evita el contacto visual.

David es un niño de 9 años con edad aparente igual a la cronológica, en buenas condiciones de higiene y aliño. Es de complexión delgada, estatura normal, tez morena clara y cabello castaño oscuro, es producto del segundo embarazo de la madre, el cual llegó a término sin complicaciones. Familia nuclear integrada por padre, madre hermano de 10 años de edad y el menor. En ese momento los padres se encontraban separados debido a que el padre no le ponía atención a la madre, estuvieron separados 3 años, la madre menciona que éste se fue cuando su primer hijo tenía dos años y después

de 3 años los buscó cuando el primer hijo ya tenía 5 años y David acababa de nacer, actualmente la relación entre los padres es descrita como menos conflictiva. La madre acude a escuela para padres en CISAME, la madre se describe como explosiva y agresiva.

Fue un embarazo deseado por la madre, pero refiere que la abuela materna de David no quería y le sorprendió la noticia sin embargo después terminó aceptándola.

Desarrollo psicomotor: sostén cefálico a los 6 meses, tardó en sentarse, su primera sonrisa apareció a los 2 meses, se mantuvo sentado a los 6 meses, no gateó menciona la madre que tardó bastante en caminar, se mantuvo de pie al año 8 meses.

Desarrollo de lenguaje: Primeras palabras a los 2 años, frases completas a los 2 años y medio.

La madre describe a David como: callado, cohibido, menciona que cuando era más pequeño cuando se subían al transporte el niño bajaba la cabeza para que no lo vieran, los niños abusan de él, en ocasiones se muestra distraído, habla mucho sólo, tiene amigos imaginarios, no le gusta el queso, frijoles ni la verdura “de hecho no tomó pecho porque le daba asco”, “hace berrinches si le explico algo” sic madre, se viste sólo, los juegos que más le gustan son “atrapados” y “lotería”.

Casi no juega con su hermano mayor porque a su hermano le gusta jugar pesado y David termina llorando, por ese motivo cuando David no deja de jugar luchas con su hermano la madre le pega, menciona que su otro hijo es lo contrario a David, es sociable, inquieto “a veces digo: ojalá no estuviera” sic madre (refiriéndose al hijo más grande quién está diagnosticado con hiperactividad), David es tranquilo “es como si no estuviera” sic madre.

Debido a su problema de lenguaje anteriormente recibió terapia por parte de la directora del kínder al que asistió con poca mejoría, el niño presenta dificultades en la producción de los fonemas: “d”, “rr” y los sinfonos: “br”, “cr”; a parte del problema de lenguaje que padece, es diagnosticado con tx de ansiedad en CISAME por presentar múltiples síntomas como: preocupaciones excesivas, introvertido, dificultad para interactuar con pares, inseguridad, baja autoestima, niveles elevados de auto exigencia,

se presiona por la puntualidad, orden y limpieza, presenta movimientos estereotipados con las manos los cuáles se incrementan en situaciones de tensión; por lo que la Dra. le recetó medicamento (sertradina 50 mg/día, 0-0-1/2) desde hace un año, pero la madre comenta que no le está dando el medicamento porque esos medicamentos son adictivos. No existe ningún problema físico.

La madre menciona que suele jugar en solitario, habla solo y tiene amigos imaginarios. Presenta movimientos estereotipados en manos “las mueve como en círculo con un gancho, cuando salimos lleva un muñeco para hacer los ejercicios” sic madre.

ANTECEDENTES.

- **MÉDICOS.**

- Producto de la 2ª gesta de 2 embarazos a término.
- Obtenido por parto vaginal, sin complicaciones.
- Sostén cefálico a los 6 meses, no gateó, “tardó bastante para caminar” sic madre, caminó a los 2 años, control de esfínteres al año y medio.
- Primeras palabras a los 2 años.

- **FAMILIARES.**

- Familia nuclear integrada por padre, madre, hermano de 10 años de edad y el menor. Sus padres tuvieron una separación hace 5 años durante 3 años debido a que el padre no le ponía atención a la madre, “después de 3 años el padre nos buscó, acababa de nacer Fabián” sic madre, actualmente la relación es descrita por la madre como menos conflictiva.
- Habitan casa de la abuela materna del paciente.
- La madre acudió a escuela para padres en CISAME, se describe como explosiva y agresiva.
- La madre es atendida en CISAME por Tx. Psicológico, se encuentra tomando medicamento debido a que se irrita fácilmente, “con cualquier cosa me enojo” sic madre.
- Padre de 40 años padece DM-2, pb. Ansioso.
- Hermano de 10 años de edad padece T. de conducta pb hiperactividad, es atendido en CISAME.
- Tía materna con depresión y ansiedad.
- Sobrinos de la madre del paciente con problemas de Aprendizaje.

- **ESCOLARES.**

- Entra a kínder a los 4 años en donde recibe terapia de lenguaje por parte de la directora.

DESCRIPCIÓN Y ACTITUD DURANTE LAS PRUEBAS.

David es un niño con edad aparente igual a la cronológica, en buenas condiciones de higiene y aliño. Es de complexión delgada, estatura normal, tez morena clara y cabello castaño oscuro.

Puntual en todas sus citas, es acompañado desde la primera sesión por su madre.

El día que inició la evaluación, David, en un principio se mostró nervioso y angustiado al no ver a su madre, “en donde está mi mamá”, “no la veo” sic paciente, ante la tarea se mostró cooperador, evita el contacto visual. Conforme las sesiones avanzaron se mostró cada vez más tranquilo, confiado, presta atención cuando se le habla, en la realización de la tarea verbaliza: “no me salen los caballitos”, “no puedo hacer esto”, “está muy difícil” WISC-R, en las pruebas de dibujo verbaliza: “voy a dibujar a alguien que juega luchas y me molesta y no me deja en paz y le gusta molestarme y a jugar muchas cosas y le encanta fastidiar “(DFH), “ ahora va a ser a otra persona, a la que me quiere mucho, mi mamá”.

PRUEBAS APLICADAS.

- Entrevista con la madre y con el niño.
- Escala de Inteligencia para niños WISC-R (Wechsler).
- Prueba Gestáltica visomotora (Lauretta Bender).
- Test del dibujo de la Figura Humana DFH (Koppitz).
- Prueba del Dibujo de la Familia (Louis Corman).
- Test de Matrices Progresivas de Raven.
- Prueba de articulación de María Melgar de González.
- Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC)
- Fear survey Schedule for children –II (FSSC-II).

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS.

- **ÁREA PERCEPTOMOTORA.**

David obtiene un total de cinco errores correspondiente a una edad de **7 años 6 meses / 7 años 11 meses** con fallas en la reproducción de modelos: integración, modificación de la forma, deformación, rotación y distorsión de la forma (todos éstos significativos); mostrando indicadores emocionales de impulsividad y perturbación emocional. Nivel de madurez mental término medio.

- **ÁREA INTELECTUAL.**

C.I.VERBAL	85	Abajo del Normal (Torpe).
C.I. EJECUCIÓN	77	Limítrofe.
C.I. TOTAL.	80	Abajo del Normal (Torpe)

Los resultados obtenidos muestran que David tiene **una capacidad intelectual debajo de lo normal (torpe)(80)**, mostrando deficiencias en su habilidad de síntesis, organización visual deficiente. Rango de información deficiente, pobres conocimientos adquiridos dentro de su entorno cultural y social.

Por otra parte, muestra una buena comprensión verbal y habilidad para establecer conceptos.

En la prueba de la **Figura Humana** David presenta todos los indicadores esperados para su edad, por lo que obtiene un puntaje de cinco, el cual indica que su rendimiento intelectual y madurez son normales. Éste resultado se contradice un poco con el resultado arrojado del WISC-R; sin embargo, cada una de las pruebas mide aspectos diferentes debido a que DFH mide la madurez que el niño ha alcanzado a lo largo de su desarrollo no el CI como WISC-R así; podemos observar en los resultados del DFH éstos muestran que la madurez mental que el niño ha alcanzado en su desarrollo es normal mientras que en el WISC-R podemos ver que aunque posea una madurez mental normal, el medio socio-cultural en el que se desenvuelve no ha sido suficientemente estimulante lo cual ha provocado tenga ciertas deficiencias en sus habilidades cognoscitivas e intelectuales relacionadas a las habilidades verbales, lo que se muestra en su desempeño en el test WISC-R.

El desempeño de David en el **test de Matrices Progresivas de Raven** fue satisfactorio en todas las sub-pruebas. Los resultados de esta prueba ubican a David en un rango Igual al Término medio, con

un percentil de 50. David mostró una habilidad para comparar, razonar por analogía y organización espacial de acuerdo a lo esperado para su edad.

Puesto que ambos test de inteligencia miden habilidades intelectuales diferentes (WISC, habilidades verbales como información, semejanzas, etc.; Raven, habilidades espaciales y razonamiento analógico, etc.) David obtiene un mejor rendimiento en Raven, pues su medio cultural y familiar no favorece el desarrollo de habilidades verbales que es el tipo de habilidad medido por WISC.

- **ÁREA EMOCIONAL.**

David muestra sentimientos de inseguridad, regresión, retraimiento, idealista, presión, amenaza, perturbación emocional, alta tendencia a replegarse en sí mismo, hostilidad del medio; además de dificultad de adaptación al mundo exterior y temor de buscar satisfacciones en éste, por lo que se desenvuelve de manera introvertida refugiándose en la fantasía. Sus relaciones denotan búsqueda de gratificación y cariño, significando inseguridad y falta de confianza en sus relaciones sociales.

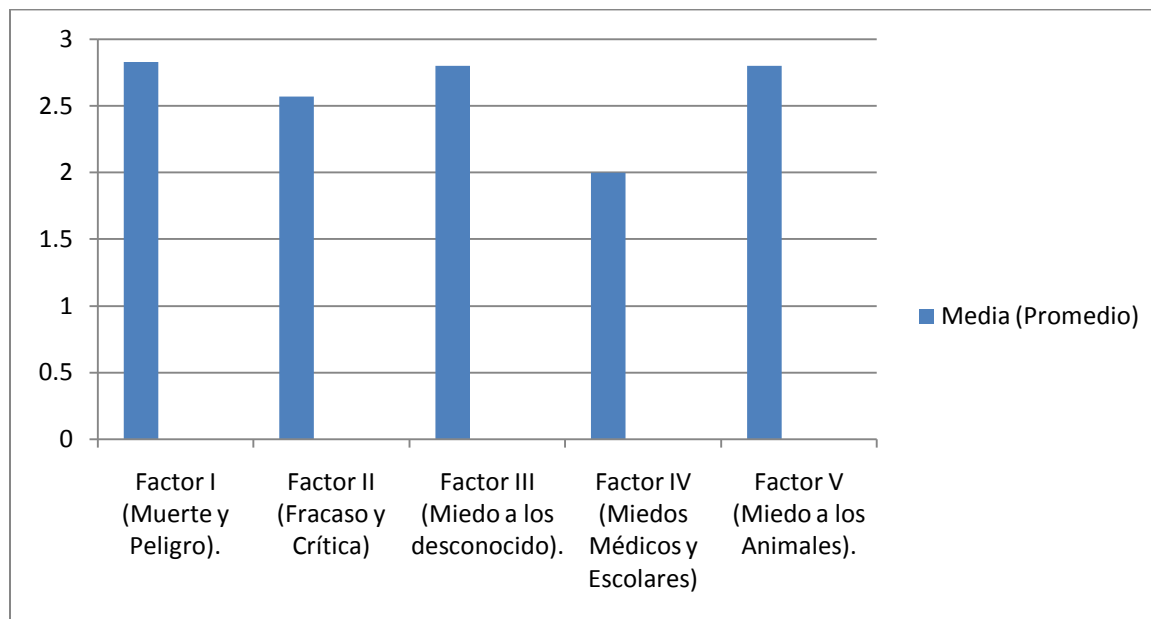
Trata de seguir de manera rígida las reglas impuestas; lo que hace que pierda espontaneidad y, en ocasiones se muestre inhibido, por lo que el control que trata de ejercer sobre su conducta e impulsos puede generarle ansiedad.

David tiene una identificación sexual adecuada, en el dibujo de la Familia dibuja primero a su hermano Esteban figura a la cual teme dibujándolo más grande que a los demás y describiéndolo como malvado y grosero, se percibe cierta distancia emocional hacia éste ya que lo dibujo más alejado de los demás miembros de la familia.

El padre es dibujado en cuarto lugar, lo devalúa como figura de autoridad, siendo la madre la figura principal (a la cual dibujó en segundo lugar) percibiéndola como proveedora de sus necesidades. El niño percibe cierta distancia emocional entre los padres ya que los dibujó separados “mi papá le dice de groserías a mi mamá y se comienzan a pelear” sic David.

Resultados de las Escalas de Ansiedad.

Los 80 ítems de la Escala de Ansiedad FSSC-II fueron analizados a partir de la obtención de la media de cada uno de los cinco factores. Los resultados obtenidos pueden verse en la Gráfica 1.



Gráfica 1. Resultados de la Escala de Ansiedad FSSC-II.

Como se puede apreciar en la gráfica el Factor I (Muerte y Peligro), obtuvo una media de 2.83 así que considerando una escala del 1 al 3, en promedio el nivel de ansiedad experimentada por el sujeto ante situaciones como: “ser atropellado por un coche o camión”, “ser amenazado con un arma”, “caer de un sitio alto”, es alto.

El Factor II (Fracaso y crítica), obtuvo una media de 2.57, considerando la escala del 0 al 3, en promedio el nivel de ansiedad experimentada por el sujeto ante situaciones como: “salir mal en un examen”, “sacar malas calificaciones”, “cometer errores”, es alto.

El Factor III (Miedo a lo desconocido), obtuvo una media de 2.8, considerando la escala del 0 al 3, en promedio el nivel de ansiedad experimentada por el sujeto ante situaciones como: “Quedarme sólo en casa”, “Obscuridad”, “tener pesadillas”, es alto.

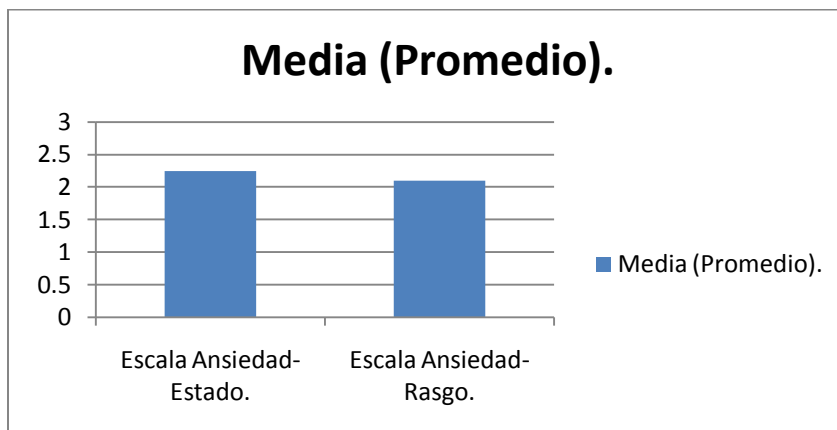
El Factor IV (Miedos médicos y escolares), obtuvo una media de 2, considerando una escala del 1 al 3, en promedio el nivel de ansiedad experimentada por el sujeto ante situaciones como: “Ir al

dentista”, “Tener que ir al hospital”, “que la enfermera o el médico te ponga una inyección”, es moderada.

El Factor V (Miedo a los animales), obtuvo una media de 2.8, considerando una escala del 0 al 3, en promedio el nivel de ansiedad experimentada por el sujeto ante situaciones como: “ratas”, “arañas”, “víboras” es alto.

Como se puede observar la media obtenida en el Factor I (Muerte y Peligro) fue mayor a la de los Factores II, III, IV y V, percibiendo así el sujeto mayor nivel de ansiedad ante situaciones como: “ser atropellado por un coche o camión”, “ser amenazado con un arma”, “caer de un sitio alto” y percibiendo menor ansiedad en situaciones como: “Ir al dentista”, “Tener que ir al hospital”, “que la enfermera o el médico te ponga una inyección”; situaciones medidas mediante el Factor IV (Miedos médicos y escolares) el cual obtuvo una media de 2.

Los 40 ítems de la escala de Ansiedad (Estado –Rasgo) (STAIC) la cual tiene dos escalas separadas de autoevaluación y cada una contiene 20 afirmaciones, fueron analizados a partir de la obtención de la media de cada escala la cual se encuentra conformada por 20 ítems. Los resultados obtenidos pueden verse en la Gráfica 2.



Gráfica 2. Resultados de la Escala de Ansiedad (Estado-Rasgo)(STAIC).

Como se puede apreciar en la gráfica, la Escala de Ansiedad-Estado obtuvo una media de 2.25, considerando la escala de 1 al 3 los resultados indicaron que el sujeto se sentía solamente “Algo” tenso o nervioso en el momento en el que respondió la escala. Si sacamos la media de los ítems que se refieren a un estado de bienestar (11 ítems) y la media de los ítems que se refieren a un estado de discomfort (9), la media de los ítems de bienestar es 2.45 por lo que es mayor que la media de discomfort (1.8), significando que en el momento de la aplicación del inventario el niño se sentía bastante bien.

Por otra parte, la escala de Ansiedad-Rasgo obtuvo una media de 2.1, considerando la escala del 1 al 3 los resultados indicaron que el sujeto con frecuencia moderada se suele sentir tenso, preocupado o nervioso.

Los resultados obtenidos de las dos escalas de Ansiedad (STAIC y FSSC-II) indicaron que: el sujeto con frecuencia moderada se suele sentir tenso, preocupado o nervioso, sin embargo la Intensidad de miedo aumenta ante situaciones referentes a la Muerte y Peligro a lo desconocido, a los animales y al fracaso y a la crítica, percibiendo estas situaciones como altamente amenazantes y las cuales le producen una mayor intensidad de Miedo. En ambas escalas reactivos parecidos tales como: “Me preocupan las cosas del colegio”, “Me preocupa lo que otros piensan de mí” en STAIC (Escala –Rasgo) y: “salir mal en un examen”, “sacar malas calificaciones”, “mis padres criticándome” en FSSC-II, obtuvieron un alto puntaje de tres, percibidas así como amenazantes y corroborando así los resultados de ambas escalas y presentando ciertas características de ansiedad clínica mencionadas por Lewis (1970): (1) es un estado emocional que incluye temor subjetivamente experimentado o una emoción íntimamente relacionada; (2) la emoción es desagradable; (3) se dirige hacia el futuro; (4) o bien no existe una amenaza clara o la amenaza cae dentro de patrones razonables, muy distinta a la proporción de la emoción que parece provocar; (5) se dan molestias corporales subjetivas durante el periodo de la ansiedad; (6) se dan perturbaciones corporales manifiestas.

- **ÁREA LINGÜÍSTICA.**

Se presentan a continuación tres tablas en las que se muestran los fonemas evaluados y las dificultades específicas en su articulación. Cada tabla representa una aplicación para establecer la línea base en una serie de tiempo.

1ª. Aplicación.

Sonido Sujeto a prueba	Lista de palabras	1 I	2 M	3 F	Sonido aislado	Sustitución	Omisión	Distorsión	Adición
(d)	Dedo candado red					Cangado,			ruet
(ř)	ratón perro					Pero			ruata
(br)	Libro					Liblo			
(kr)	Cruz					Cluz			

2ª. Aplicación.

Sonido Sujeto a prueba	Lista de palabras	1 I	2 M	3 F	Sonido aislado	Sustitución	Omisión	Distorsión	Adición
(d)	Dedo candado red					Cangado, ret			
(ř)	ratón perro					pero			ruata
(br)	Libro					liblo			
(kr)	Cruz					cluz			

3ª. Aplicación.

Sonido Sujeto a prueba	Lista de palabras	1 I	2 M	3 F	Sonido aislado	Sustitución	Omisión	Distorsión	Adición
(d)	Dedo candado red					Cangado, ret			
(ř)	ratón perro					pero			ruata
(br)	Libro					liblo			
(kr)	Cruz					cluz			

Guía de detección y encuadre.

<p>SINTOMATOLOGÍA ESENCIAL</p>	<p>→David tiene 9 años de edad y presenta alteración en la articulación de los fonemas “d” y “rr” y los sinfonos “br” y “kr”, realizando omisiones, adiciones y sustituciones en posición inicial, media y final de las palabras tanto en su lenguaje coloquial como en repetición de esos sonidos cuando se le da un modelo de palabra que los contenga. En habla coloquial y repetida.</p> <p>→Aparentemente no muestra patologías en el sistema nervioso central, ni de los órganos fonoarticulatorios a nivel anatómico.</p>
<p>SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA</p>	<p>→El niño presenta un rendimiento escolar regular, timidez y padece de ansiedad.</p>
<p>FACTORES PREDISPONIENTES</p>	<p>→Situaciones de tipo afectivo que pueden incidir en el lenguaje del niño son:</p> <p>→El tx psicológico que padece la madre.</p> <p>→Ambiente familiar desestructurado (con conflictos).</p>
<p>TIPOS Y NIVELES</p>	<p>→A: No presenta Hotentotismo.</p> <p>→B: Dislalias: Presenta alteración en la articulación de los fonemas “d” y “rr” y los sinfonos “br” y “kr”, realizando omisiones, adiciones y sustituciones en posición inicial, media y final de las palabras.</p>
<p>CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES</p>	<p>→La expresión es fluida (No existen bloqueos ni repeticiones) y estructura bien las frases y no existe una incoordinación e imprecisión motriz general y torpeza en la movilidad de los órganos fonoarticulatorios muy afectada y clara.</p> <p>→No existe evidencia, ni diagnóstico de deficiencia mental.</p> <p>→Su dislalia no es característica común de todas las personas de su zona.</p>
<p>CRITERIOS</p>	<p>→1.- Presencia de errores en la articulación de sonidos del habla (sustitución, alteración y omisión) al principio, en medio o al final de las palabras, tanto en su lenguaje coloquial como en repetición de esos sonidos cuando se le da un modelo de palabra que los contenga.</p> <p>→2.- El sujeto tiene más de cuatro años.</p> <p>→3.- No existe evidencia, ni diagnóstico de hipoacusia, trastornos</p>

neurológicos, deficiencia mental, ni cambio idiomático.

IMPRESIÓN GENERAL.

David es un niño de 9 años de edad quien presenta problemas en la articulación de fonemas específicamente omisiones, adiciones y sustituciones en posición inicial, media y final de las palabras, que se encuentran afectando directamente sus habilidades lingüísticas. Por este motivo se infiere que existen discrepancias entre los resultados obtenidos de las pruebas cognitivas WISC-R, Raven y DFH puntuando en las dos últimas un nivel de inteligencia normal (en las cuales no se requiere de verbalización), mientras que con el WISC-R el niño obtiene una capacidad intelectual Abajo del Normal (Torpe); aparentemente los resultados de las pruebas son contradictorios, sin embargo, cabe señalar que cada una mide aspectos diferentes ya que como podemos observar aunque el niño posea una madurez intelectual normal como es demostrado por DFH y Raven, el ambiente socio-cultural en el que se desenvuelve no ha sido estimulado adecuadamente o lo suficiente las habilidades verbales lo cual se ve reflejado en los resultados del segmento verbal que mide WISC-R. El retraso intelectual es aquí debido a un retraso cultural. Agudizado este resultado también por el problema de ansiedad que presenta el niño, el cual impide pueda socializar de forma adecuada en su entorno lo cual pone al niño en desventaja con sus compañeros y evita tenga un rendimiento en proporción a su capacidad. Se infiere además que, el problema emocional –ansiedad extrema- que presenta David se debe a diferentes factores: Factores ambientales como lo son: el ámbito familiar desestructurado en el que vive, el Tx que padece la madre y el hermano aunado a Factores de personalidad, características de personalidad que el niño presenta y podrían predisponerlo a padecer niveles elevados de ansiedad, generando en él menor baja autoestima, dificultad para interactuar con pares, preocupación excesiva, etc., impidiéndole así desenvolverse de forma óptima dentro de su entorno escolar, familiar y social por lo que se concluye que el niño requiere también de terapia psicológica para el control de la ansiedad.

SUJETO 2. DANIEL.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre:	Daniel
Sexo:	Masculino
Edad:	7 años
Fecha de Nacimiento:	24 de Noviembre de 2002
Escolaridad:	2º de Primaria

MOTIVO DEL ESTUDIO.

El niño presenta dificultades de aprendizaje y problemas de lenguaje, en la escuela tiene problemas para socializar y su maestra no le presta mucha atención. Sufrió discriminación debido a sus dificultades de lenguaje en la primaria la que acudía anteriormente, ya que la maestra se desesperaba porque no le entendía por lo que se molestaba y comenzaba a girtarle, debido a este problema su familia optó por cambiarlo de escuela y tuvo que repetir el primer grado.

Su rendimiento escolar es bajo, por lo que tiene apoyo de USAER sin grandes avances, en el kinder también tuvo apoyo de CAPEP con leve mejoría, sin embargo su tía expresa que el bajo rendimiento se debe a falta de atención por parte de la escuela y de su familia, ya que su mamá no lo apoya totalmente y son sus abuelos maternos los que están al cuidado del niño.

En un principio el niño estuvo al cuidado de su bisabuela materna, la cual no permitía que nadie lo tocara, le hablara o lo cargara solo lo tenía acostado en la cama y cuando pudo permanecer sentado lo tenía rodeado de juguetes para que se entretuviera solo, ya que aún a esa edad no permitía que nadie interactuara con él, por lo mismo el niño creció en un ambiente adonde el lenguaje aparentemente se estimuló poco, donde él no podía relacionarse con nadie lo cual tuvo como consecuencia que él niño no aprendiera a socializar también se hizo caprichoso y berrinchudo y cuando sus primos u otros niños querían jugar con él, l no sabía cómo jugar ni cómo comportarse y terminaba siendo muy tosco en sus juegos por lo que los otros niños se quejaban y después ya no lo invitaban a jugar con ellos.

Por otra parte como el niño no interactuaba con nadie no aprendió a hablar normalmente y lo poco que aprendió lo hizo de forma incorrecta, ya que nadie corrigió sus errores a temprana edad. El continuó hablando con errores de articulación afectando cada vez más sus relaciones interpersonales porque hay veces en las que no se le entiende nada de lo que dice, ya que omite por completo los artículos, el verbo lo conjuga mal y hay palabras en las que omite o sustituye letras.

Toda esta privación lingüística y social que tuvo el niño por falta de estímulos en un principio de su vida tuvo como consecuencias sus problemas para socializar, ya que los niños de su edad no quieren jugar con él por ser tan tosco al momento de jugar y por no comprender muchas veces su lenguaje. Todas estas circunstancias generan en el niño ansiedad, al sentirse rechazado por los demás, miedo a ir a la escuela debido a que su maestra no le presta atención solo lo segrega de las actividades escolares.

ANTECEDENTES.

Médicos:

- Gesta 1 de 2.
- Parto normal, sin complicaciones.
- No fue planeado ni deseado.

Familiares:

- Los padres están separados desde hace 7 años y el niño le tiene miedo al papá.
- Los abuelos maternos son los que están a cargo de la crianza del niño.
- La relación con la mamá no es muy buena y tienen conflictos frecuentes porque ella quiere que el niño cuide a su hermano menor.
- Presenció violencia intrafamiliar del padrastro hacia la madre.
- Mamá con problemas de lenguaje.

Escolares:

- Kinder a los 4 años con apoyo de CAPEP.
- Primaria a los 6 años.
- Re-cursó 1º de primaria.
- Actualmente cursa 2º de primaria con apoyo de USAER.

ACTITUD DURANTE LA ENTREVISTA.

Daniel llegó puntual a su cita en buenas condiciones de higiene y aliño, en compañía de su tía; Daniel se muestra tímido, casi no habla y cuando lo hace es muy difícil entender lo que dice, ya que presenta varias omisiones y sustituciones.

Al comenzar a trabajar se mostró cooperador, un poco impaciente, se distrae mucho, es disperso.

TÉCNICAS APLICADAS.

- ✓ Entrevista con el paciente
- ✓ Prueba del Dibujo de la Figura Humana (DFH)
- ✓ Prueba Gestáltica Visomotora (Lauretta Bender)
- ✓ Escala de Inteligencia para niños WISC-R (Wechsler)
- ✓ Examen de Articulación de Sonidos en Español de María Melgar.

INTEGRACIÓN DEL ESTUDIO.

Se presentan a continuación tres tablas en las que se muestran los fonemas evaluados y las dificultades específicas en su articulación. Cada tabla representa una aplicación para establecer la línea base en una serie de tiempo.

1era. Aplicación

ÁREA ARTICULACIÓN

Palabra	Omisión	Sustitución	Distorsión	Adición
Red	De		De	
Luna		Duna		
Aretes		Aletes		
Ratón		Datón		
Perro				Pedro

2nda Aplicación

Palabra	Omisión	Sustitución	Distorsión	Adición
Mano		Namo		
Red	De		De	
Luna		Duna		
Aretes		Aletes		
Ratón		Datón		
Perro				Pedro
Cuchara		Tuchara		

3era Aplicación

Palabra	Omisión	Sustitución	Distorsión	Adición
Balón		Malón		
Red	De		De	
Luna		Duna		
Aretes		Alete		
Ratón		Datón		
Perro				Pedro

➤ **Guía de detección y encuadre.**

SINTOMATOLOGÍA ESENCIAL	→Daniel presenta dificultad en varios fonemas como la l, d, r, rr, c y s las cuales omite, sustituye o distorsiona en diferentes palabras que se presente dicho fonema.
FACTORES PREDISPONIENTES	→La sintomatología que presenta Daniel está muy ligada a un trastorno afectivo, ya que la relación con sus padres no es buena, no vive con su papá y su mamá lo rechaza constantemente al grado de cederle el control total a la abuela materna del niño. →Por otra parte Daniel ha sido poco estimulado debido a los conflictos familiares en los cuales está inmerso, esto ha ocasionado que aprenda las palabras de forma incorrecta y su pronunciación algunas veces no se le entienda.
TIPOS Y NIVELES	Daniel presenta el tipo B: Dislalias: Alteración de algún o algunos fonemas, distorsionándolos (Sigmatismos S, Rotacismos R) o sustituyéndolos por otro (Parasigmatismos, pararotacismo)...etc. al principio, en medio o al final de las palabras.
CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES	→La expresión de Daniel es fluida, ya que no existen bloqueos ni repeticiones, sin embargo no estructura bien las frases y no existe una incoordinación e imprecisión motriz general y torpeza en la movilidad de los órganos fonoarticulatorios muy afectada y clara. →Su C.I. está por debajo del término medio y presenta inmadurez.
CRITERIOS	→1.- Daniel presenta errores en la articulación de sonidos del habla (Sustitución, omisión o distorsión) al principio, en medio o al final de las palabras, tanto en su lenguaje coloquial como en repetición de esos sonidos cuando se le da un modelo de palabra que los contenga. →2.- Daniel tiene más de cuatro años. →3.- No existe evidencia, ni diagnóstico de hipoacusia, trastornos neurológicos. →4.- Existe evidencia de una posible deficiencia mental.

- **ÁREA COGNITIVA**

C.I. Verbal= 67 Deficiencia Mental	C.I. Ejecución=84 Abajo del Normal
C.I. TOTAL= 73 Límite	

El desempeño de Daniel en el área verbal del test WISC es deficiente ya que presenta un pensamiento conceptual poco desarrollado, dificultad para establecer, seleccionar y verbalizar relaciones apropiadas entre dos objetos o conceptos. Su desarrollo y comprensión verbal son deficientes, presenta dificultad para anticipar acontecimientos y posibles consecuencias. No ha adquirido conceptos ni maneja cálculos mentales de acuerdo a su edad.

En el área de ensamble de piezas muestra habilidad y buena velocidad visomotora. Se muestra optimista en las actividades y no se percibe derrotado fácilmente.

Test de Matrices Progresivas Escala Coloreada J.C. Raven	
Percentil	25= Inferior al término medio

Daniel presenta muchos problemas para concentrarse, casi no presta atención, por lo cual es incapaz de ubicar en el espacio las piezas correctamente. Muestra dificultad para percibir un todo y para discriminar estímulos innecesarios.

- **ÁREA PERCEPTO-MOTORA.**

Daniel presenta un total de 13 errores (distorsión de la forma, integración, desproporción, rotación, desintegración de la forma y deformación); correspondiente a una **edad de 5 años 6 meses a 5 años 11 meses**. Existe por lo tanto **un nivel de madurez mental inferior** a lo esperado para su edad cronológica.

- **ÁREA EMOCIONAL.**

Daniel presenta una inestabilidad emocional, personalidad pobremente integrada, impulsividad, falta de equilibrio, le falta una base firme que le brinde seguridad emocional lo cual puede deberse a su situación familiar.

Muestra sentimientos de inferioridad, inseguridad, retraimiento, refleja ansiedad o culpa por conductas sociales y controles internos pobres.

IMPRESIÓN GENERAL.

Daniel es un niño que presenta dificultades de lenguaje las cuales afectan su desempeño escolar y sus relaciones personales, presenta un C.I. por debajo de los parámetros normales por lo cual no se le puede exigir lo mismo que sus compañeros de clase, por otra parte con relación a su estado emocional muestra preocupación, inseguridad por no cumplir con las expectativas que tiene su familia de él en el ámbito escolar.

SUJETO 3. AURORA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE.	Aurora (Nombre ficticio).
SEXO.	Femenino.
EDAD.	7 años.
FECHA DE NACIMIENTO.	4 de Octubre del 2003.
ESCOLARIDAD.	2 ° de primaria.

MOTIVO DE ESTUDIO.

La niña es enviada por la escuela por presentar problemas de lenguaje y porque “no sabe leer” sic madre, además de presentar problemas en aritmética.

Aurora es una niña de 7 años con edad aparente igual a la cronológica, en buenas condiciones de higiene y aliño. Es de complexión delgada, estatura normal, tez morena y cabello castaño oscuro, es producto del segundo embarazo de la madre, el cual fue deseado y llegó a término, por parto natural sin complicaciones. Familia nuclear integrada por padre, madre, hermana de 12 años y la menor, la madre describe las relaciones familiares como armónicas.

Desarrollo psicomotor: Sostén cefálico a los 7 meses, gateo a los 10 meses, caminó a los 18 meses, comienza a comer sola al año, control de esfínteres a los 18 meses.

Desarrollo del lenguaje: Primeras palabras al 1er. año, actualmente con problemas de sintaxis no estructura de forma adecuada oraciones.

Es una niña que tiene un rendimiento académico regular debido a que presenta problemas de aprendizaje, refiere la madre que tiene dificultad para realizar cálculos (“sabe realizar cálculos sencillos” sic madre), además de que aún no sabe leer; también presenta problemas del lenguaje expresivo, sin embargo; no está siendo atendida por ninguna Institución y ha sido rechazada de varias Instituciones.

Hace 2 meses aproximadamente se le diagnosticó con Trastorno de lenguaje expresivo y Trastorno de lectura y cálculo

ANTECEDENTES.

- **MÉDICOS.**

- Producto de la segunda gesta de 2, obtenida por parto vaginal.
- Primeras palabras al 1er. año, actualmente con problemas de sintaxis no estructura de forma adecuada oraciones.
- Sostén cefálico a los 7 meses, gateo a los 10 meses, caminó a los 18 meses, comienza a comer sola al año, control de esfínteres a los 18 meses.
- Acudió a INR donde se le encontró con audición normal pero con déficit cognoscitivo.
- Es rechazada por el Centro de Comunicación Humana debido a que no cumplía con el 80% de aprendizaje.
- Tampoco es aceptaba en el Hospital Psiquiátrico Infantil "N. Navarro" debido a que no presenta problemas de conducta.

- **FAMILIARES.**

- Familia nuclear integrada por padre, madre, hermana de 14 años y la menor.
- Hermana de la paciente con retraso mental acude a una escuela especial (CAM), la madre refiere que fue a causa de que presentó hipoxia neonatal, también refiere que el médico le comentó que ya era genético.
- Buena relación entre los padres aunque a veces se pelean por que el padre consiente mucho a la paciente "le dice: peque".
- Sobrino paterno con síndrome de down.
- Abuelos paternos hablan dialecto.
- Hermano de la madre con problemas de lenguaje (tartamudea al hablar).
- Madre es la encargada de la disciplina.

- **ESCOLARES.**

- Cursó kínder 2 años.
- Cursa primaria sin apoyo de USAER (no es atendida porque no es un trastorno de conducta el que presenta).
- Calificaciones de 8, 9 y 10.
- La maestra refiere que Aurora es “una niña muy mimada en casa” por lo que, le sugiere a la madre de la niña no consentirla tanto, porque existen palabras que si las puede pronunciar.

DESCRIPCIÓN Y ACTITUD DURANTE LAS PRUEBAS.

Aurora es una niña con edad aparente igual a la cronológica, en buenas condiciones de higiene y aliño. Es de compleción muy delgada, estatura normal, tez morena clara y cabello castaño oscuro.

Puntual en todas sus citas, es acompañada desde la primera sesión por su madre. Desde el primer día que comienza la evaluación Aurora se muestra tranquila, cooperadora, presta atención cuando se le habla, muestra interés en la tarea; sin embargo, se muestra angustiada en las tareas en donde tiene que utilizar el lenguaje oral debido a que le cuesta trabajo expresarse por su problema de lenguaje.

TÉCNICAS APLICADAS.

- Entrevista con la madre y con la niña.
- Escala de Inteligencia para niños WISC-R (Wechsler).
- Prueba Gestáltica visomotora (Lauretta Bender).
- Test del dibujo de la Figura Humana DFH (koppitz).
- Test de Matrices Progresivas de Raven.
- Prueba de articulación de María Melgar de González.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS.

- **ÁREA PERCEPTOMOTORA.**

La niña obtiene un total de seis errores correspondiente a una edad de **7 años / 7 años 5 meses** con fallas en la reproducción de modelos: desproporción, rotación (altamente significativo), modificación de la forma, perseveración, deformación (significativo) y distorsión de la forma (significativo); mostrando indicadores emocionales de impulsividad, ansiedad e incapacidad para planear y organizar el material. Nivel de madurez mental término medio.

- **ÁREA INTELECTUAL.**

C.I. VERBAL	68	Deficiencia Mental.
C.I. EJECUCIÓN	81	Abajo del Normal (Torpe).
C.I. TOTAL.	72	Limítrofe.

Los resultados obtenidos muestran que Aurora tiene **una capacidad intelectual limítrofe (72)**, mostrando organización visual deficiente, coordinación visomotora deficiente, problemas en la velocidad y precisión de la actividad motora. Rango de información deficiente, pobres conocimientos adquiridos dentro de su entorno cultural y social.

Por otra parte, muestra una buena comprensión verbal, habilidad para establecer conceptos, capacidad de concentración, habilidad para diferenciar los detalles esenciales de los que no lo son, razonamiento, memoria.

En la prueba de la **Figura Humana** Aurora presenta todos los indicadores esperados para su edad, por lo que obtiene un **puntaje de 5 (nivel normal)**, el cual indica que su rendimiento intelectual y madurez son normales para su edad.

El desempeño de Aurora en el **test de Matrices Progresivas de Raven** fue satisfactorio en todas las subpruebas. Los resultados de esta prueba ubican a Aurora en un rango igual al Término medio, con un percentil de 50. Aurora mostró una habilidad para comparar, razonar por analogía y organización espacial de acuerdo a lo esperado para su edad.

De acuerdo a los resultados se puede observar que aunque Aurora presenta una madurez mental normal (DFH), el ambiente en el que se desenvuelve no ha sido lo suficientemente estimulante debido al nivel socio-cultural bajo del cual proviene y la sobreprotección familiar lo cual se ve reflejado en los resultados del WISC-R, discrepando así con los resultados de Raven debido a que éste último mide inteligencia no verbal principalmente habilidades perceptuales, de observación y razonamiento analógico.

- **ÁREA EMOCIONAL.**

Aurora muestra sentimientos de inseguridad, ansiedad, agresividad y timidez. Egocéntrica, sus relaciones denotan búsqueda de gratificación y cariño, significando inseguridad y falta de confianza en sus relaciones sociales.

Aurora tiene una identificación sexual adecuada, en el dibujo de la Familia se dibuja en primer lugar, seguida de su madre y por último a su hermana, se perciben problemas de relación con su padre al cuál omite del dibujo.

- **ÁREA LINGÜÍSTICA.**

Se presentan a continuación tres tablas en las que se muestran los fonemas evaluados y las dificultades específicas en su articulación. Cada tabla representa una aplicación para establecer la línea base en una serie de tiempo.

1ª. Aplicación.

Sonido Sujeto a prueba	Lista de palabras	1	2	3	Sonido aislado	Sustitución	Omisión	Distorsión	Adición
		I	M	F					
(x)	Jabón ojo reloj					Relok			
(d)	Dedo candado red					Cantado, Ret			
(r)	aretes collar						Colla		
(ř)	ratón perro								perruo
(bl)	Blusa					Brusa			
(kl)	clavos						Cavos		
(fl)	flor					Fror		fror	
(gl)	globo					Grobo			
(pl)	plato					Prato			
(dr)	cocodrilo							cocoriro	
(pr)	príncipe						Pincipe		
(tr)	tren						Ten		

2ª. Aplicación.

Sonido Sujeto a prueba	Lista de palabras	1	2	3	Sonido aislado	Sustitución	Omisión	Distorsión	Adición
		I	M	F					
(x)	Jabón ojo reloj					Relok			
(d)	Dedo candado red					Cantado, Ret			
(r)	aretes collar						Colla		
(ř)	ratón perro								perruo
(bl)	Blusa					Brusa			
(kl)	clavos						Cavos		
(fl)	flor					Fror		fror	
(gl)	globo					Grobo			
(pl)	plato					Prato			
(dr)	cocodrilo							cocoriro	
(pr)	principe						Pincipe		

(tr)	tren						Ten		
------	------	--	--	--	--	--	-----	--	--

3ª. Aplicación.

Sonido Sujeto a prueba	Lista de palabras	1 I	2 M	3 F	Sonido aislado	Sustitución	Omisión	Distorsión	Adición
(x)	Jabón ojo reloj					Relok			
(d)	Dedo candado red					Cantado, Ret			
(r)	aretes collar						Colla		
(ř)	ratón perro								perruo
(bl)	Blusa					Brusa			
(kl)	clavos						cavos		
(fl)	flor					Fror		fror	
(gl)	globo					Grobo			
(pl)	plato					Prato			
(dr)	cocodrilo							cocoriro	
(pr)	principe						pincipe		
(tr)	tren						Ten		

Guía de detección y encuadre.

SINTOMATOLOGÍA ESENCIAL	<p>→Aurora es una niña de 7 años de edad y presenta alteración en la articulación de los fonemas: “j”, “d”, “r”, “rr” y los sinfones: “bl”, “kl”, “fl”, “gl”, “pl”, “dr”, “pr” y “tr”, realizando omisiones, adiciones y sustituciones en posición inicial, media y final de las palabras tanto en su lenguaje coloquial como en repetición de esos sonidos cuando se le da un modelo de palabra que los contenga. En habla coloquial y repetida.</p> <p>No muestra patologías en el sistema nervioso central, ni de los órganos fonoarticulatorios a nivel anatómico.</p>
SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	<p>→La niña presenta problemas en la adquisición de la lecto- escritura presentando problemas en la percepción visual con respuesta motriz</p>

	reducida, así como timidez.
FACTORES PREDISPONIENTES	→Aurora proviene de un nivel sociocultural bajo y sobreprotección familiar.
TIPOS Y NIVELES	→A: No presenta Hotentotismo. →B: Dislalias: Presenta alteración en la articulación de los fonemas: “j”, “d”, “r”, “rr” y los sínfonos: “bl”, “kl”, “fl”, “gl”, “pl”, “dr”, “pr” y “tr”, realizando omisiones, adiciones y sustituciones en posición inicial, media y final de las palabras
CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES	→La expresión es fluida (No existen bloqueos ni repeticiones), no existe una incoordinación e imprecisión motriz general y torpeza en la movilidad de los órganos fonoarticulatorios muy afectada y clara. →No existe evidencia, ni diagnóstico de deficiencia mental, sin embargo obtiene un CI (límitrofe).
CRITERIOS	→1.- Presencia de errores en la articulación de sonidos del habla (Sustitución, distorsión alteración y omisión) al principio, en medio o al final de las palabras, tanto en su lenguaje coloquial como en repetición de esos sonidos cuando se le da un modelo de palabra que los contenga. →2.- El sujeto tiene más de cuatro años. →3.- No existe evidencia, ni diagnóstico de hipoacusia, trastornos neurológicos, deficiencia mental, ni cambio idiomático.

IMPRESIÓN GENERAL.

Aurora es una niña de 7 años de edad quien presenta problemas percepto visuales, así como problemas en la articulación de fonemas presentando omisiones, adiciones, distorsiones y sustituciones en posición inicial, media y final de las palabras que se encuentran afectando directamente sus habilidades lingüísticas e impiden pueda expresarse de manera adecuada provocando que en ocasiones su lenguaje sea incomprensible. Por lo mismo, existen discrepancias entre las pruebas cognitivas WISC-R , Raven y DFH puntuando en las dos últimas un nivel de inteligencia normal (en las cuales no se requiere de verbalización) mientras que en WISC obtiene una capacidad intelectual límitrofe (en donde también existe una discrepancia no significativa de 13 puntos entre la escala verbal y la de ejecución).

También esta discrepancia entre las pruebas se debe a la desventaja socio-cultural en la que se encuentra el sujeto, por lo que sus habilidades intelectuales y cognitivas relacionadas al uso y comprensión del lenguaje, se ven afectadas por esta pobreza ambiental resultando en un hándicap para su integración social en el grupo y para conseguir un rendimiento en proporción a su capacidad natural. Con relación a las dificultades en el dominio del lenguaje y en la adquisición de la lecto-escritura, Roselli y colaboradores (2004) han encontrado fuertes correlaciones entre todas las escalas del WISC-R (excepto rompecabezas) y las Escalas de la ENI o Evaluación Neuropsicológica Infantil (Rosselli –Cook, et al., 2004), especialmente con la escala de Fluidez fonológica del ENI, la cual evalúa la capacidad del niño para formar palabras al escuchar los fonemas que la integran. Se le dicen los sonidos constitutivos de una palabra (p. ej., / k /, / a /, / s /, / a /) y el niño debe decir la palabra). Entonces, se podría esperar si hay puntuaciones bajas en todas las sub-pruebas del WISC (excepto rompecabezas), que también haya un pobre desempeño en la Escala de Fluidez Fonológica. El desempeño está influido por los niveles de vocabulario del niño y por el medio socio-cultural en el que vive. Un bajo nivel educativo de los padres se asocia a una baja producción en pruebas de fluidez verbal .El problema de articulación de lenguaje afecta también el proceso de adquisición de la lecto-escritura, problema agudizado porque en su casa es muy consentida y no se le estimula a producir de forma adecuada los fonemas

Resultados cuantitativos de la fase de intervención.

Diseño experimental de caso único o N= 1.

Diseño de series temporales o caso único tipo AB. El diseño experimental llamado Series de tiempo consiste en un proceso periódico de medición sobre algún grupo o individuo y de la introducción de una variación experimental. Un ejemplo común de este tipo de investigación es el diseño A/B, en el que se observa sistemáticamente el comportamiento de una unidad experimental (en este trabajo, los errores de articulación) con la presencia de una variable independiente (programa de intervención para reducir los problemas de articulación) y sin ella, para lo cual se hacen mediciones periódicas de la variable dependiente, a lo largo del estudio (Silva Rodríguez, 2004).

Debe diferenciarse entre la pre-evaluación y la línea base (A):

No cualquier medición efectuada antes de la manipulación experimental es una línea base, ya que ésta comprende un proceso dinámico de *medición en puntos sucesivos en el tiempo* (por eso al diseño se le llama *serie de tiempo*) y no una única medición de la conducta (lo que es la pre-evaluación o pre-test). El error común es estimar como línea base a la preevaluación que proporciona *un solo dato* en el tiempo, ya que ésta no tiene el número de mediciones requeridas para considerarla como tal. Según Hersen y Bellack -1978- dichas mediciones deben ser *tres*, como mínimo. Por otro lado, la línea base y la preevaluación obedecen a metodologías completamente diferentes (Silva Rodríguez, pp. 212-213).

Ahora bien, cualquier serie de tiempo debe ser estudiada en cuanto a tres elementos fundamentales: el primero se refiere a evaluar su estabilidad, nivel y tendencia en una serie de datos recolectados en condiciones similares. El segundo consiste en introducir un cambio en la situación, eso es, manipular experimentalmente una variable; en tercer lugar, hay que obtener la estabilidad, nivel y tendencia de la serie de tiempo de datos ocurridos en la segunda condición, para su contrastación con los datos de la primera condición (línea base).

De tal modo que, si existen diferencias entre la serie de línea base y la serie experimental, podremos tener confianza en que la manipulación experimental es la responsable de los cambios.

Análisis cuantitativo dentro de las fases:

Índice del nivel de ejecución: El término nivel se refiere al grado de ejecución que un sujeto alcanzó en un periodo dado (en nuestro caso, errores de articulación de fonemas) y el promedio obtenido de todas las ejecuciones el cual constituye una descripción real de la conducta de un sujeto único (Sidman, 1978, en Silva Rodríguez, p. 216).

Con la fórmula siguiente obtenemos dicho promedio de ejecución:

$$N = \frac{\sum Y_{t=1}}{n} = \bar{Y}$$

donde

Y^* es el estimador del nivel para la fase

Y es el valor de la conducta en el tiempo t de observaciones

n es el número de medidas realizadas en la fase.

Índice de variabilidad de la ejecución.-El índice de variabilidad en la serie de tiempo se obtiene mediante:

$$V = \left[\frac{\sum Y^2 - n(\bar{Y}^2)}{n} \right]^{1/2}$$

Ahora bien, el rango de variabilidad (R.V.) se obtiene por medio de la suma y resta del índice de variabilidad de la serie: esto es: $Y \pm V$, en donde $Y_t + V$ es el límite superior del rango, y $Y_t - V$ es el límite inferior.

También se puede obtener un coeficiente de variabilidad el cual está expresado en porcentaje:

$$CV = \frac{V}{\bar{Y}} \times (100)$$

Índice de tendencia temporal y determinación de la magnitud de la tendencia: la tendencia consiste en cualquier dirección ascendente o descendente en las medidas de la serie, dentro de una condición fase. El parámetro fundamental de la tendencia es la pendiente b mientras que a es la intersección de la línea de tendencia en el tiempo $t=0$. Si $b > 0$, el nivel promedio de Y_t se incrementa conforme transcurren las

sesiones de observación. Si $b < 0$, el nivel promedio Y_t , de la serie de tiempo decreta a medida que avanza el tiempo de observación. Si $b = 0$ no habrá ninguna tendencia.

De ahí que el índice relevante para evaluar la tendencia en una serie de tiempo sea determinar el valor de la pendiente b . Este índice puede calcularse mediante la fórmula:

$$b = \frac{n \sum X_t Y_t - \sum X_t \sum Y_t}{\left[\sum X^2 - \frac{(\sum X_t)^2}{n} \right]}$$

El cálculo de b proporciona información tanto de la dirección como de la magnitud de la tendencia. Cuando el signo de la pendiente b es positivo, la serie de tiempo tiene una tendencia a incrementarse, mientras que cuando tiene un signo negativo, tiende a decrementarse. El valor de b proporciona información de la magnitud del cambio de conducta conforme transcurre el tiempo.

Señaladas ya las fórmulas para la obtención de cada uno de estos estimadores (nivel, estabilidad o variabilidad y tendencia), se presentarán a continuación los datos obtenidos por cada uno de los niños que participaron en esta intervención tanto en la línea base (A), como en la fase de tratamiento o experimental (B). Primeramente se presentarán los datos crudos (frecuencias) en tablas; en seguida se sustituirán dichos valores en las fórmulas respectivas para obtener los tres índices. En tercer lugar, se representarán gráficamente las fases A (línea base) y B (tratamiento) para comparar los índices de nivel, variabilidad y tendencia de las dos fases. En cuarto lugar, se interpretarán los resultados.

CASO AURORA.

Línea Base				Tratamiento				
No. De estimulos	Tiempo No. De errores			No. De estimulos.	Fonema	Tiempo		
	Toma 1. No de errores	Toma 2. No. De errores	Toma 3. No. De errores			Toma 1. No de errores	Toma 2. No. De errores	Toma 3. No. De errores
12	12	12	12	12	Fonema D	10	6	1
12	7	7	7	12	Fonema R	6	3	1
12	4	4	4	12	Fonema X	3	2	0
12	6	6	6	12	Fonema RR	7	3	0
10	8	8	8	10	Sinfon bl	6	4	3
10	9	9	9	10	Sinfon pl	7	2	1
10	10	10	10	10	Sinfon fl	8	2	1
10	9	9	9	10	Sinfon gl	8	5	2
10	10	10	10	10	Sinfon Kl	5	1	1
10	10	10	10	10	Sinfon Dr	9	6	3
10	10	10	10	10	Sinfon Tr	7	3	2
10	10	10	10	10	Sinfon Pr	2	1	0

$\Sigma=$ 105 105 105 78 38 15

Tabla__1__. Frecuencia de errores en la línea base y en la fase de tratamiento.

<i>Línea base (errores)</i>	<i>Ejercicios de articulación (errores)</i>
-----------------------------	---

Línea Base

Nivel:

$$\frac{105 + 105 + 105}{3} = \frac{315}{3} = \mathbf{105}$$

Variabilidad: **0**

Tendencia: **0**

Fase de Tratamiento

Nivel:

$$Ye = \frac{78 + 38 + 15}{3} = \frac{131}{3} = \mathbf{43.67}$$

Sesiones	1	105	78
	2	105	38
	3	105	15

Variabilidad:

$$Ve = \left[\frac{(78)^2 + (38)^2 + (15)^2 - 3(43.67)^2}{3} \right]^{1/2}$$

$$Ve = \sqrt{677.33} = 26$$

Tendencia

$$b = 3 \frac{(106)(78) + (107)(38) + (108)(15) - (106+107+108)(78+38+15)}{3[(106)^2 + (107)^2 + (108)^2] - (106+107+108)^2}$$

$$b = \frac{-189}{6} = -31.50$$

Con estos datos, se puede calcular la constante a en la ecuación del modelo lineal para trazar la línea de tendencia:

$$a = Y^*_t - b(X^*_t) = 43.67 - (-31.50)(?)$$

Determinación de la magnitud de la tendencia:

Sesiones Errores

(X_t)	(Y_t)	X^2	$(X)(Y)$
1	78	1	78
2	38	4	76
3	15	9	45
$\Sigma 6$	131	14	199

$$a = Y_t - b(X_t)$$

$$a = 43.67 - (-31.50)(2) = 106.67$$

Por lo cual, la línea de tendencia es:

$$Y = 106.67 + (-31.50)(1) = 75.17$$

$$Y = 106.67 + (-31.50)(2) = 43.67$$

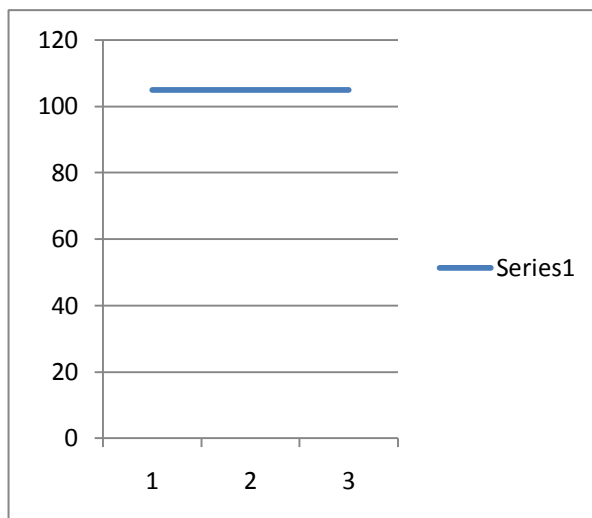
$$Y = 106.67 + (-31.50)(3) = 12.17$$

Por lo tanto, las coordenadas para la gráfica de tendencia son:

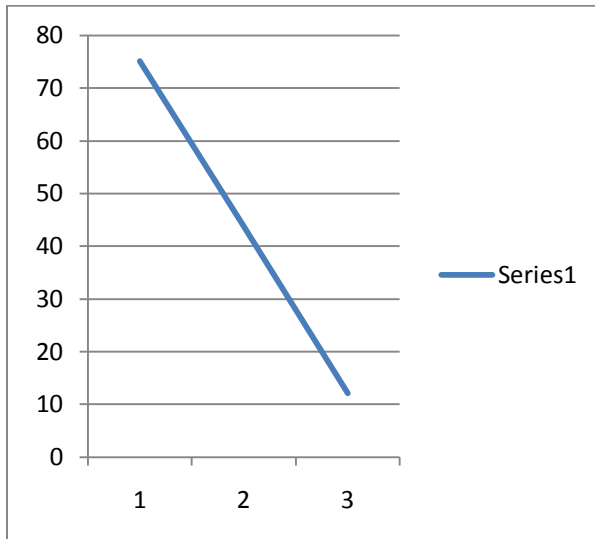
(1, 75.17) (2, 43.67) (3, 12.17).

Representación gráfica de los índices anteriores (línea base y tratamiento):

Gráfica 3. Línea base



Gráfica 4. Tratamiento



Por lo tanto, para el caso “Aurora”, el efecto del tratamiento experimental fue:

1. Disminuir el nivel promedio de aparición de errores, puesto que en la línea base fue 105 respuestas por sesión, mientras que en la fase de tratamiento el nivel de errores disminuyó a 43.67 promedio errores por sesión.
2. La variabilidad aumentó en la serie en la fase de tratamiento (B) puesto que en la línea base se tiene una fluctuación de 0 mientras que en la condición experimental la variabilidad es en promedio 26 errores. De tal modo que la conducta (errores de articulación) varió en un 59.54%.

Coefficiente de variabilidad:

$$CV_{LB} = \frac{V_{LB}}{Y_{LB}} (100) = 0 \text{ (línea base)}$$

$$CV_e = \frac{V_e}{Y_e} (100) = \frac{26}{43.67} (100) = 59.54\% \text{ (tratamiento)}$$

Y el rango de variabilidad fue $Y_t + V = 43.67 + 26 = 69.67$ para el límite superior y $Y_t - V = 43.67 - 26 = 17.67$ para el límite inferior.

3. El cambio en la tendencia es el efecto que más fortalece las conclusiones acerca de la efectividad de una manipulación experimental, puesto que el cambio en la dirección de la serie muestra que ésta cambia de una tendencia estable a decreciente. El caso presenta un cambio de tendencia conocido como *abrupto* (Silva Rodríguez, p. 233).
4. Se puede predecir, a partir de estos resultados, que de proseguir el tratamiento con la niña los problemas de articulación podrían resolverse completamente mediante unas pocas sesiones más.

CASO DANIEL:

Línea Base:	Tratamiento:
Nivel: 40	Nivel: 16
Variabilidad: 0	Variabilidad= 11.43
Tendencia. 0	Tendencia= -14

Cálculo de la línea de tendencia para Fase de Tratamiento

$$a = Y_t - b(X_t)$$

$$a = 16 - (-14)(2) = 44$$

Por lo cual, la línea de tendencia es:

$$Y = 44 + (-14)(1) = 30$$

$$Y = 44 + (-14)(2) = 16$$

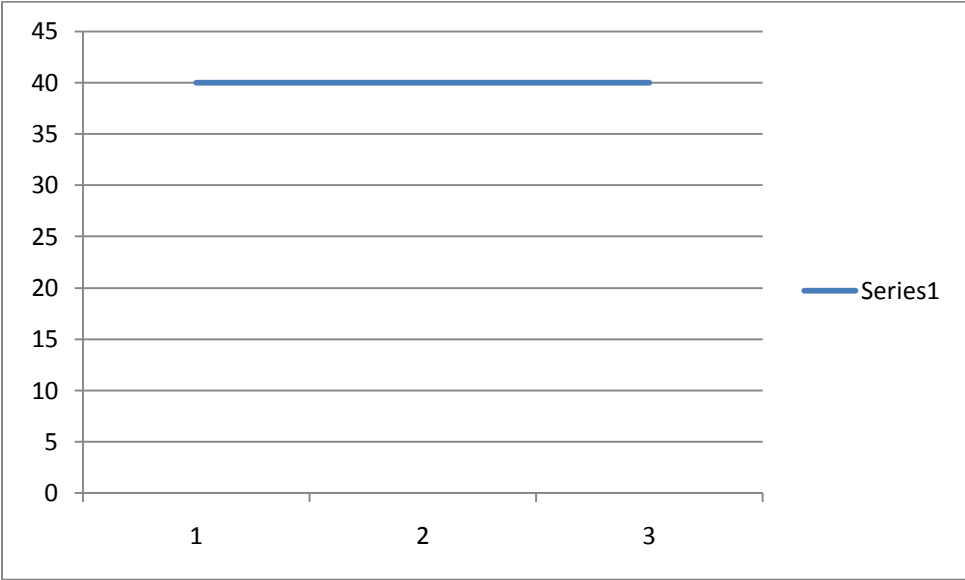
$$Y = 44 + (-14)(3) = 2$$

Por lo tanto, las coordenadas para las dos fases son:

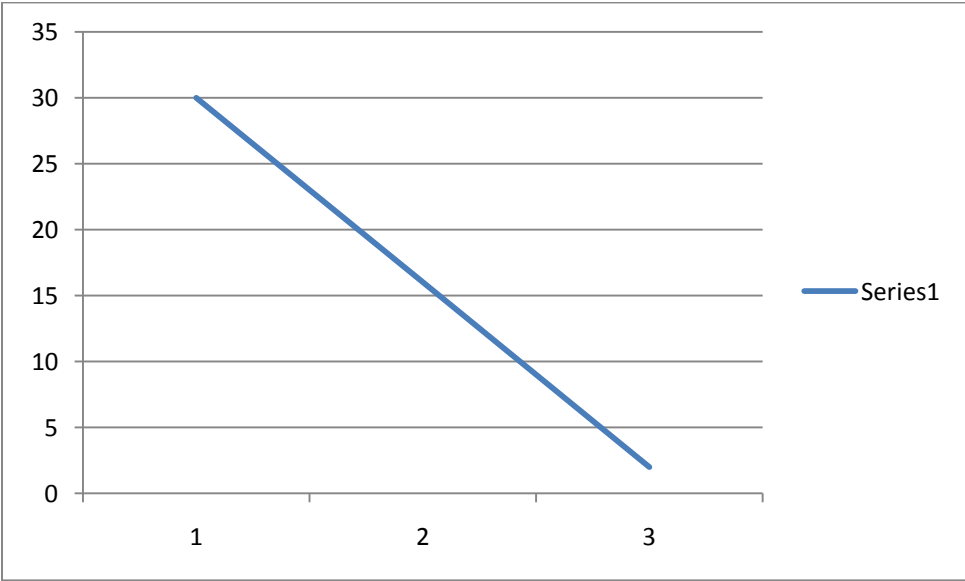
Coordenadas Línea base (1, 40; 2, 40; 3, 40)

Coordenadas Tratamiento (1, 30; 2, 16; 3, 2)

Gráfica 5.Línea Base



Gráfica 6.Tratamiento



Por lo tanto, para el caso “Daniel”, el efecto del tratamiento experimental fue:

5. Disminuir el *nivel promedio* de aparición de errores, puesto que en la línea base fue de 40 respuestas/error por sesión, mientras que en la fase de tratamiento el nivel de errores disminuyó a 16 *errores promedio* por sesión.
6. La variabilidad aumentó en la serie en la fase de tratamiento (B) puesto que en la línea base se tiene una fluctuación de 0 mientras que en la condición experimental la variabilidad es en promedio 11.43 errores. De tal modo que la conducta (errores de articulación) varió en un 71.44%.

Coefficiente de variabilidad:

$$CV_{LB} = \frac{V_{LB}}{Y_{LB}} (100) = 0 \text{ (línea base)}$$

$$CV_e = \frac{V_e}{Y_e} (100) = \frac{11.43}{16} (100) = 71.44\% \text{ (tratamiento)}$$

Y el rango de variabilidad fue $Y_t + V = 16 + 11.43 = 27.43$ para el límite superior y $Y_t - V = 16 - 11.43 = 4.57$ para el límite inferior.

7. El cambio en la tendencia es el efecto que más fortalece las conclusiones acerca de la efectividad de una manipulación experimental, puesto que el cambio en la dirección de la serie muestra que ésta cambia de una tendencia estable a decreciente. El caso presenta un cambio de tendencia conocido como *abrupto* (Silva Rodríguez, p. 233).

CASO DAVID:

Línea Base:	Tratamiento:
Nivel: 18	Nivel: 6
Variabilidad: 0	Variabilidad= 7.35
Tendencia. 0	Tendencia= -5.50

Cálculo de la línea de tendencia para Fase de Tratamiento

$$a = Y_t - b(X_t)$$

$$a = 6 - (-5.50)(2) = 17$$

Por lo cual, la línea de tendencia es:

$$Y = 17 + (-5.50)(1) = 11.5$$

$$Y = 17 + (-5.50)(2) = 6.0$$

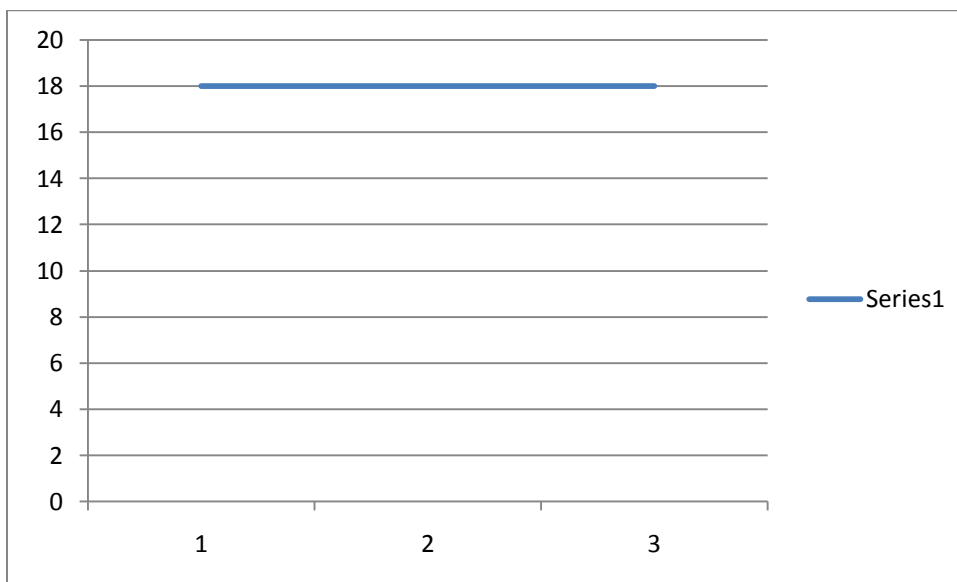
$$Y = 17 + (-5.50)(3) = 0.5$$

Por lo tanto, las coordenadas para las dos fases son:

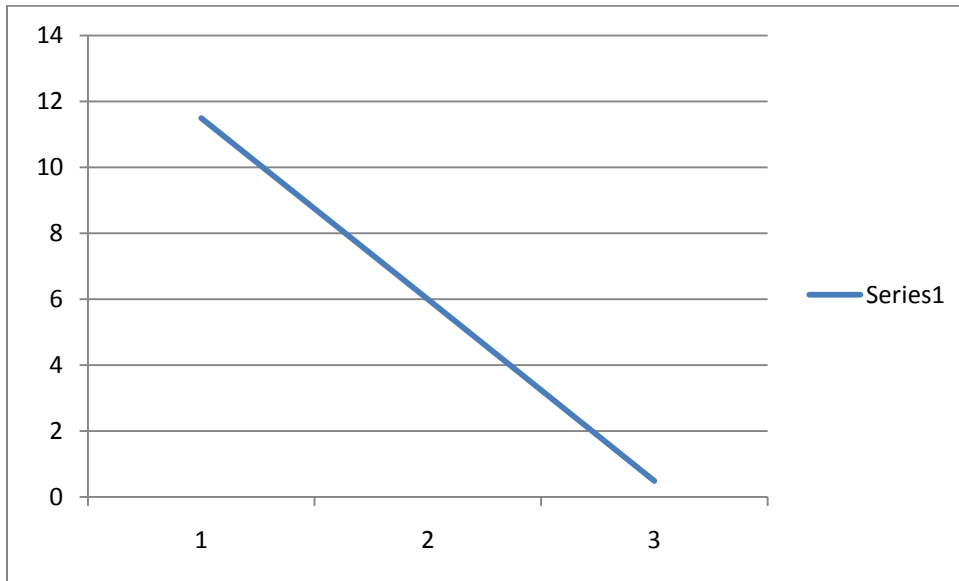
Coordenadas Línea base (1, 18; 2, 18; 3, 18)

Coordenadas Tratamiento (1, 11.5; 2, 6; 3, 0.5).

Gráfica 7. Línea Base



Gráfica 8. Tratamiento



Por lo tanto, para el caso “David”, el efecto del tratamiento experimental fue:

1. Disminuir el nivel promedio de aparición de errores, puesto que en la línea base fue de 18 respuestas/error por sesión, mientras que en la fase de tratamiento el nivel de errores disminuyó a 6 errores promedio por sesión.
2. La variabilidad aumentó en la serie en la fase de tratamiento (B) puesto que en la línea base se tiene una fluctuación de 0 mientras que en la condición experimental la variabilidad es en promedio 7.35 errores. De tal modo que la conducta (errores de articulación) varió en un 122.5%.

Coefficiente de variabilidad:

$$CV_{LB} = \frac{V_{LB}}{Y_{LB}} (100) = 0 \text{ (línea base)}$$

$$CV_e = \frac{V_e}{Y_e} (100) = \frac{7.35}{6} (100) = 122.5\% \text{ (tratamiento)}$$

Y el rango de variabilidad fue $Y_t + V = 6 + 7.35 = 13.35$ para el límite superior y

$Y_t - V = 6 - 7.35 = -1.35$ para el límite inferior.

3. El cambio en la tendencia es el efecto que más fortalece las conclusiones acerca de la efectividad de una manipulación experimental, puesto que el cambio en la dirección de la serie muestra que ésta cambia de una tendencia estable a decreciente. El caso presenta un cambio de tendencia conocido como *abrupto* (Silva Rodríguez, p. 233).

Resultados cualitativos de la fase de intervención.

Cuando comenzamos con la intervención, la cual está basada en un diseño específico de investigación llamado diseño experimental de caso único, tratamos de realizar actividades como jugar cartas, armar rompecabezas, jugar con dibujos para colorear para que los niños entraran en confianza con nosotras y estuvieran cómodos en todo el proceso de investigación-intervención, ya que en las entrevistas nos habíamos dado cuenta de que los tres niños eran muy diferentes de carácter: Daniel era alegre y platicador le gustaba contar lo que había hecho en el día o contaba anécdotas de su vida, mientras que David era sumamente tímido y retraído se ponía nervioso si nos dirigíamos a él, de hecho en la primer entrevista no quiso que su mamá lo dejara solo y solo accedió a esto si su mamá se quedaba afuera del espacio que teníamos y donde él pudiera verla; Aurora por otro lado era una niña tímida pero contestaba a todo lo que se le preguntaba. Sin embargo, después de las actividades realizadas, procedimos a realizar la evaluación psicopedagógica en la cual los niños se sintieron más cómodos y entraban sin miedo o pena al lugar donde trabajábamos con ellos, contaban chistes o nos contaban todo lo que habían hecho en la escuela y al paso del tiempo también nos contaban cómo ya le hablaban a otros niños o que sus compañeros ya los invitaban a jugar y esto los hacía sentirse felices y tenían ganas de hacer las cosas, ya que se mostraban más participativos en la escuela; o Daniel que no sabía leer ni escribir de repente cambió su actitud y quería aprender todo y contaba que él quería saber lo mismo que sus nuevos amigos.

Algo con lo que no contábamos al principio de la intervención era que algunas de las actividades que teníamos contempladas para cada sesión las tuvimos que modificar porque los niños no se sentían cómodos o no querían hacerlas, al principio nos costó trabajo hacer que los niños realizaran los ejercicios de soplo o en los que tenían que verse en el espejo, ya que les daba pena al verse en el espejo o comenzaban a reírse y eso provocaba que su respiración se acelerara y no ejecutaran bien los ejercicios, por lo que teníamos que volver a empezar con los ejercicios de respiración y eso nos hacía perder tiempo. Otra cosa con la que no contábamos eran las actividades donde teníamos que mostrarles tarjetas con el fonema afectado y los niños

después querían seguir jugando con ellas y si les decíamos que ya teníamos que hacer otra actividad a veces se enojaban y ya no querían trabajar bien.

Sin embargo fueron niños muy participativos que realmente querían cambiar su forma de hablar y hacían los ejercicios que les decíamos que hicieran en casa, aún si sus papas a veces no los ayudaban ellos ya sabían lo que tenían que hacer y lo hacían y eso ayudó mucho a que la intervención tuviera éxito.

Había veces que alguno de los niños llegaba y se ponía a contar chistes o a hacer bromas y distraía a los otros dos, por lo que teníamos que realizar actividades como contarles un cuento o pedirles que nos narraran una historia para que se tranquilizaran y así comenzar a trabajar.

Algo curioso era cuando los niños tenían que realizar los ejercicios respiratorios si alguno de los niños comenzaba a bostezar los otros niños como que se contagiaban y también comenzaban a bostezar y terminaban riéndose y diciendo que ya tenían sueño y que mejor los dejáramos que se fueran a dormir un rato, por lo que teníamos que hacerlos hablar bastante o cantar alguna canción para que dejaran de bostezar y continuar con los ejercicios de motilidad facial.

Entre las actividades que mejor nos funcionaron están aquellas en las que los niños tenían que completar frases con alguna palabra que tuviera el fonema afectado que se estaba trabajando en esa sesión, ya que ellos pensaban que era como una competencia y ponían mucha atención para que ellos fueran los primeros en decir la palabra y si lograban articular el fonema afectado de forma correcta todos felicitábamos al niño que lo dijera le aplaudíamos y eso los hacía sentir muy bien porque se sentían valorados, estimulados y veían que su esfuerzo era tomado en cuenta. Por otro lado, los otros dos niños se sentían estimulados y querían decir bien las palabras para ser ellos los felicitados y a final de cuentas los niños se echaban porras unos a otros y se sentían protegidos y apoyados por ellos mismos, ya que de igual forma si se

equivocaban o todavía no podían articular de forma correcta algún fonema se daban ánimos y platicaban entre ellos diciéndose que si se podía y ellos mismos se ayudaban para realizar los ejercicios. Por lo que creemos que el que los niños interactuaran con otros niños con una condición similar los ayudó a superar su dificultad de articulación y también a fomentar una mejor socialización porque entre ellos no tenían ese miedo de hablar y que se burlaran de ellos y eso les ayudó a ganar confianza para mejorar su lenguaje espontáneo.

Sin embargo, cada niño es y se comportó diferente por lo que sus resultados variaron. A continuación describimos las áreas que mejoraron en cada niño:

DAVID. Se obtuvieron avances significativos después de haber aplicado el Programa de Intervención tanto en su lenguaje articulatorio como en el área afectivo-social y esto ha repercutido tanto en su rendimiento escolar como en el área afectiva. David ahora se expresa con mayor facilidad, seguridad y confianza al haber eliminado los problemas articulatorios que presentaba al inicio del tratamiento y esto le ha permitido relacionarse más con las personas; el maestro refiere también que David se muestra con mayor seguridad, se relaciona con mayor facilidad con sus compañeros de clase y participa más en clase. Por su parte, la madre de David incluso menciona que en su última exposición frente al grupo su maestro lo felicitó ya que se expresó con mayor facilidad y confianza.

Otra de las ganancias del programa de intervención es que David ahora también sostiene el contacto visual por más largos periodos de tiempo; además refiere la madre también que han disminuido las conductas estereotipadas con las manos las cuales se incrementan en situaciones de tensión “las mueve como en círculo con un gancho, cuando salimos lleva un muñeco para hacer los ejercicios” sic madre; las cuales han disminuido en frecuencia un 80%.

DANIEL. Los resultados que se pudieron obtener después de haberse aplicado el Programa de Intervención fueron positivos porque le ayudaron tanto en sus relaciones sociales

como educativas. Estos resultados positivos se ven reflejados por una parte en que el niño fue capaz de relacionarse mejor con sus compañeros de clase porque ya no tenía miedo de hablar con los niños y que se fueran a burlar de él; también en su casa adquirió más confianza para platicar con su familia y con los clientes que frecuentan la tienda de su abuela materna.

Por otra parte, en el ámbito escolar el niño comenzó a tener más disposición para aprender cosas que para su edad ya tenía que saber, pero que por sus dificultades de articulación no se sentía motivado para aprender porque no diferenciaba el sonido de algunas letras y confundía otras y le costaba mucho trabajo. Esto ocasionaba el rechazo por parte de su maestra, por lo que el niño perdió el interés por aprender y optó por no hacer nada en la escuela, pero a partir de la intervención él se sintió más seguro para comenzar a aprender a leer y escribir.

Otro cambio importante que se observó durante el tratamiento fue que Daniel pasó de ser un niño tímido e inseguro a ser un niño más abierto, más flexible para adoptar conductas positivas, sin embargo fue muy reservado al momento de abordar su situación familiar, ya que la situación con su mamá no es buena porque la actual pareja de la madre no quiso que Daniel viviera con ellos y lo dejó en casa de sus abuelos maternos; su papá no se ha hecho responsable del niño en ningún momento y la situación con sus abuelos que es con los que vive no es estable, ya que si la mamá se pelea con los papás como venganza se lleva a Daniel con ella y es una situación desgastante para el niño, esto le causa mucho estrés y una angustia que no ha podido superar.

Aurora. Después del Programa de Intervención se observan avances significativos tanto en la articulación de su lenguaje como en la solución de su problema para la adquisición de la lectura y esto ha repercutido tanto en su rendimiento académico como en el área afectiva. La niña se muestra más segura, se expresa con mayor facilidad y confianza ya que son mínimos los problemas articulatorios que presenta, por lo que se le ha facilitado el relacionarse más con las personas y con su familia, incluso la maestra refiere que Karla participa más en clase e

interactúa con mayor facilidad con sus compañeros, la articulación de su lenguaje es más comprensible y puede sin ninguna dificultad expresar sus necesidades y deseos.

En cuanto a la adquisición de la lectura también hubo avances significativos debido a que se le ha facilitado el reconocimiento fonema-grafema lo cual le ha ayudado en el proceso de adquisición de la lectura.

Conclusiones.

Los resultados obtenidos con la presente investigación-intervención proporcionan evidencia a favor de las hipótesis formuladas. Se constata que la fase B de un diseño experimental de tipo N=1 o de series de tiempo, basada en un tratamiento directo (dirigido al logro de la correcta articulación, su generalización e integración en el lenguaje espontáneo) e indirecto (dirigido al desarrollo y mejora de los aspectos funcionales que intervienen en el habla) favorece la correcta articulación de los fonemas afectados en los niños (as) objeto de estudio. Estos niños cuyas edades oscilan entre los 7 y 9 años de edad, se beneficiaron con esta intervención (hablándose de “intervención” porque cualquier tratamiento o manipulación de variable dentro de un diseño experimental, es también una intervención), fortaleciendo de esta forma la efectividad de los estudios basados en manipulación experimental de la conducta siendo ésta la responsable de los cambios, observando así que los errores fueron disminuyendo en proporción directa del tratamiento (a más tratamiento menos errores) por lo que se logró disminuir el nivel promedio de aparición de errores en los sujetos.

Se pudo observar que los niños objeto de estudio presentaban dificultad para relacionarse con los demás, se mostraban inhibidos, tímidos, inseguros, mostraban temor al hablar, manifestaban ansiedad, falta de interés por aprender, presentando así algunos rasgos singulares de personalidad consecuencia del problema de articulación del lenguaje oral planteados por Perelló (1995) en donde según él, estos niños durante la exploración se muestran intranquilos, inconstantes, distraídos, tímidos, a veces apáticos y faltos de interés por aprender. Asimismo plantea que las madres de estos niños son más neuróticas y altivas que las madres de los niños con un desarrollo normal del habla. También coincide con lo planteado por Cantwell y Baker (1987), Pascual (2001) y Solomon (1961).

Así mismo presentaban sobreprotección por parte de los padres o tutores, discriminación por parte de sus compañeros e incluso de los profesores, lo cual ocasionaba que las características de personalidad antes mencionadas persistieran e impidieran que los niños

pudieran relacionarse con su entorno e impactaba directamente sobre su desarrollo de lenguaje y la adquisición de habilidades lingüísticas corroborando lo planteado por Jonhson (1959), De lima, H. (2001) y Pascual (2000) quienes plantean que en el niño con dislalia puede darse una reacción de frustración, manifestándose en retraimiento y timidez. El hecho de haber sufrido alguna humillación por esta causa le hará disminuir la confianza en sí mismo y generará una inseguridad creciente. Ante esto los niños se muestran muy sensibles, sensibilidad que puede estar fomentada por la sobreprotección parental. Lo que a su vez puede hacer persistir el desorden articulatorio (Gallardo y Gallego, 1993), también corroborando el importante papel que desempeñan los padres o tutores en el desarrollo del habla lo que coincide con lo que plantean Schertz y Odom (citados en Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 2009) quienes señalan que los cuidadores no solo determinan en gran parte la forma en que el niño adquiere el lenguaje, sino que tienen un peso relevante en la posible evolución de las dificultades asociadas al mismo.

También presentaban debido a su problema del habla problemas en el aprendizaje de la lecto-escritura corroborando así lo que plantea Gallego 1993, el niño/a dislálico presenta una serie de problemas de esta índole que difícilmente podrán ser solucionados sin una intervención logopédica que corrija sus errores articulatorios.

Al finalizar la Intervención la cual estuvo conformada por ejercicios de respiración, soplo, bucales, linguales y de motilidad facial, juegos de articulación, ejercicios de reconocimiento del fonema (psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al fonema o sífon afectados así como de discriminación auditiva, no sólo se pudieron sustentar las hipótesis de investigación formuladas, sino que también se obtuvieron resultados positivos en la adquisición de la lecto-escritura según lo reportado por el profesor de grupo; además se logró a base de mejorar ésta que los niños (as) desarrollaran mayor seguridad y confianza para expresarse y establecer relaciones interpersonales lo cual impactó directamente en su ámbito escolar, afectivo, social y familiar; estos ámbitos que se veían afectados por su problema del habla lo cual queda sustentado por los estudios de Cantwell y

Baker, 1987, 1991; y Cohen, 2001 quienes enfatizan que el desarrollo del habla y del lenguaje influye de forma profunda en muchos otros aspectos del desarrollo del niño, incluyendo el desarrollo cognitivo general, el juego, el rendimiento escolar, las relaciones con los compañeros y el desarrollo emocional y comportamental.

Se puede ver que la estimulación por parte del entorno que le rodea al niño es muy importante en el desarrollo del lenguaje, a parte del gran papel que juega la maduración de actividades cerebrales superiores.

Así el tratamiento de la Dislalia de forma oportuna permite al niño desarrollar competencias que le permitan en un futuro tener una calidad de vida óptima y poder insertarse en la sociedad cumpliendo así con el objetivo de la Rehabilitación la cual es concebida como “un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida” (INEGI, 2000). Y por lo tanto como menciona Galindo 2009 “Al suprimir los problemas del habla de una persona, se le están dando elementos necesarios, aunque no suficientes, para que resulten fructíferas sus interacciones verbales con otros miembros de su comunidad”.

Alcances y limitaciones.

Los alcances que identificamos de este trabajo son:

- Desarrollo en los niños participantes de competencias que les permitan tener una calidad de vida satisfactoria en cuanto al lenguaje al mejorar sus relaciones sociales por medio de su mejora en el proceso de comunicación y lingüístico; así como un mejor desempeño y desenvolvimiento en el ámbito escolar; esto redundará en una adaptación social que les permita insertarse en un futuro con mayor facilidad al ámbito laboral.
- Diseñar un programa de intervención útil para el tratamiento de niños con dislalia funcional.

Limitaciones.

- El acceso a un pequeño número de niños con NEE siendo que son muchos los niños quienes necesitan este tipo de tratamiento.

Referencias.

- Acosta, V., Acosta A., Moreno, M. (1999). *Dificultades del lenguaje en ambientes educativos: del retraso mental al trastorno específico del lenguaje*. España: Elsevier.
- Anastasiow, K. G. (2000). *Educating Exceptional Children*. Boston New York: Houghton Mifflin Company, 318.
- Asociación para la Investigación y el Desarrollo Educativo, Aidex. www.aidex.es, página consultada el 25 de Febrero del 2008.
- Ato, E.L., Galián, C.M., Cabello, F.L. XIX (2009). Intervención familiar en niños con trastornos del lenguaje: Una revisión. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 1419-1448, 1422.
- Avila, R. 1967. *Aspectos fonéticos y léxicos del español hablado en Tamazunchale*. México, 83-84.
- Azcoaga, J. (1982): *Los retardos del lenguaje en el niño*. Paidós, Buenos Aires.
- Bautista, R. (2002). *Necesidades Educativas Especiales*. Málaga: Aljibe..
- Belinchon, M. y otros. (1992). *Psicología del lenguaje. Investigación y teoría*. Madrid. Trotta.
- Bolaños, I. (1956). *Breve manual de fonética elemental*. México: Porrúa, 20-24.
- Bloom, L. y Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York: John Wiley & sons, Inc.
- Cantwell, D.P. y Baker, L. (1987). The prevalence of anxiety in children with communication disorders. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Castejón, J. (2007). *Unas bases psicológicas de la educación especial*. España. Club Universitario.
- Cohen, N. (2001). *Language impairment and psychopathology in infants, children and adolescents*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Crystal, D. (1989): *Patología del lenguaje*. Cátedra: Madrid.
- Defior, S. (1996). *Las dificultades de aprendizaje: un enfoque cognitivo*. Málaga: Aljibe.

- De lima, H. (2005). *Cómo ayudar a niños con problemas de aprendizaje*. México: Selector.
- Galindo, E., Galguera, I., Taracena, E., y Hinojosa, G. (2009). *Modificación de la Conducta en la Educación Especial. Diagnóstico y programas*. México: Trillas
- Fayne Esquivel y Ancona, M. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: El Manual Moderno.
- Galindo, E. y cols. (2009) *Modificación de conducta en la Educación especial: Diagnóstico y programas de rehabilitación*. México: Trillas.
- García, J. (1998). *Manual de dificultades de aprendizaje*. Narcea: Madrid.
- García Vílchez, V. (1993). *Conducta y Lenguaje: Bases Generales de las Técnicas de Modificación de Conducta*, En: Gallardo, J.R. y Gallego, J.L. (Eds.) *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico*. Aljibe. Málaga.
- Gallardo, J.R. y Gallego, J.L. (1993). *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico*. Málaga: Algibe.
- Gallego, J. L. (1999). *Dificultades de la articulación en el lenguaje infantil*. Málaga: Aljibe.
- González, E. (1999). *Trastornos del lenguaje. Necesidades Educativas Especiales*. Madrid: CCS.
- González, J. (2003). *Alteraciones del habla en la infancia. Aspectos clínicos*. Argentina: Médica Panamericana, 1-10.
- Hernández, R.S., Fernández, C.C., Baptista, P.L. (2008). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill Companies Inc.
- Ingeburg, S. (1985). *Los problemas del lenguaje en el niño*. Barcelona, España: Fontanella, 46.
- Jarque, J.M. (1984). *Perspectiva histórica y situación actual*. En *Cuadernos de Pedagogía*. Núm. 120, 4-11.
- Johnson, W. (1959). *Problemas del habla infantil*. Buenos Aires, Argentina: Kapelusz
- Launay, C. L., Maisonnny, B.(1984). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. España: Masson, S.A.

- Lou, M. (1999). *Logopedia. Ámbitos de intervención*. Málaga. Ed. Aljibe.
- Nieto, M. (1967). *Anomalías del lenguaje y su corrección*. México: Librería de Medicina, 118-120.
- Pascual, P. (1988). *La dislalia*. Madrid: CEPE.
- Pascual, P. (1998). Incidencia recíproca entre el habla y la personalidad. En P. Pascual, P. (). *La dislalia. Naturaleza, Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid: CEPE.
- Pascual, P. (2000). *La dislalia naturaleza, diagnóstico y rehabilitación*. Madrid: CEPE.
- Pascual, G. (2001). *Tratamiento de los defectos de articulación en el lenguaje del niño*. Barcelona: Cisspraxis.
- Perelló, J. (1995). *Trastornos del habla*. España: Elsevier.
- Peñafiel, F., Fernandez, J. (2000). *Cómo intervenir en logopedia escolar*. Madrid: CCS.
- Revista de Distribución Gratuita, Publicación de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. Año 1 No. 2-Noviembre/Diciembre 2006- .
- Rondal, Jean A. (1988). *Trastornos del lenguaje I. Lenguaje oral, Lenguaje escrito, neurolingüística*. Buenos Aires: Paidós, 41.
- Roselli-Cook, M. et al., (2004). Evaluación neuropsicológica infantil (ENI): Una batería para la evaluación de niños entre 5 y 16 años. Estudio normativo colombiano. *Revista de Neurología*, Vol. 38 (8), pp. 720-731.
- Sánchez, E. M. (2001). *Principios de Educación Especial*. Madrid: CCS.
- Sanz del Río. (1985). *Integración escolar de los deficientes. Panorama internacional. Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes*. Madrid.
- Solomon, A. (1961). Personality and behaviour patterns of children with functional defects of articulation. *Child Development*.
- Wiener, J. M. (2006). *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. España: Elsevier.

ANEXO 1

ENTREVISTA TIES CON EL PROFESOR O LA PROFESORA

Se trata de una entrevista posterior a la observación en el aula; pretende recabar datos que completen los recogidos y que solo pueden ser obtenidos a través del Profesorado. El cuestionario original propone las siguientes preguntas, que pueden ser completadas con otras:

1.)Cuál es el nivel de rendimiento de este/a alumno/a en un día cualquiera?

2.)Son diferentes los objetivos instructivos de este/a alumno/a que los de sus compañeros/as?

3.)Cuáles son sus expectativas para este/a alumno/a? (Calidad de trabajo, participación en clase, realización de tareas, orden, necesidades de apoyo).

4.)Cómo realiza el programa de enseñanza para esta/e alumna/o?
(Recoge áreas fuertes y débiles, nivel de habilidades, necesidades emocionales, intereses).

5.)Cómo determina cuál es el nivel de enseñanza apropiado para esta/e alumna/o?

6. Hábleme sobre el trabajo individual de este/a alumno/a. (Cantidad de ejercicios, tipos de tareas que puede hacer individualmente, proporción de éxitos).

7.)Cómo evalúa el progreso de este/a alumno/a? (Registro de observación, decisiones sobre qué enseñar después, criterio de dominio).

ANEXO 2.

REGISTRO DEL CONTEXTO - SOCIOFAMILIAR

1. DATOS PERSONALES

Apellidos: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____

Sexo: ____ Lugar que ocupa en su familia: _____

Domicilio: _____ Tfno: _____

¿A qué edad fue por primera vez al Colegio?: _____

¿En cuántos Colegios ha estado?: _____

¿De qué tipo?: _____

¿Ha cambiado de colegio? ¿Por qué?: _____

¿Ha repetido algún curso?: _____

¿Ha tenido problemas de adaptación? _____ Asistencia: _____

Rendimiento: _____ ¿Por qué?: _____

¿Acude con regularidad a clase?: _____

Otros datos: _____

2. DATOS FAMILIARES

Nombre del padre: _____ Edad: _____

Estudios: _____ Profesión: _____

Nombre de la madre: _____ Edad: _____

Estudios: _____ Profesión: _____

OTROS HIJOS					
NOMBRE	F.NTO.	EDAD	PROFES.	TRABAJO	OBSERV.

Otros familiares: _____

Tutores: _____

Otros datos: _____

3. SITUACIÓN ECONÓMICA - AMBIENTAL

a) Ingresos familiares:

Padre: _____ Madre: _____

Hijos: _____

Otros ingresos: Orfandad: _____ Viudedad: _____

Jubilación: _____ Deficiencia: _____

Pluses familiares: _____ Incapacidad: _____

Observaciones: _____

b) Vivienda:

Propia: _____ Alquilada: _____

Amortización: _____ N° de habitaciones: _____

Ventilación: _____ Humedad: _____

Servicios: Agua caliente: _____ Aseo: _____

Baño: _____ Calefacción: _____ Otros: _____

Observaciones: _____

c) Situación escolar que implica:

¿Utiliza transporte escolar?: _____

¿Utiliza comedor escolar?: _____

¿Participa en actividades extraescolares?: _____

¿Cuáles?: _____

¿A qué hora debe levantarse el alumno para asistir a clase? _____

¿Cuántas horas pasa el alumno fuera de casa un día de clase? _____

Otros datos: _____

4. ANTECEDENTES FAMILIARES Y AMBIENTALES

a) Familiares:

¿Algún miembro de la familia o antepasado presenta el mismo problema?: _____

Hay en alguna de las dos familias:

Minusválidos físicos ¿Quién?: _____

¿De qué tipo?: _____

Minusválidos psíquicos ¿Quién?: _____

¿De qué tipo?: _____

Otros problemas: _____

¿Son familiares o hay parentesco entre los padres?: _____

b) Ambientales:

Lengua materna:_____ Otras lenguas:_____

¿Ha sufrido el niño cambios de residencia?:_____

¿Cuándo?_____ ¿Por qué?:_____

¿Ha habido cambios bruscos de posición social?:_____

¿Ha vivido el niño fuera de la familia?:_____

¿Por qué?:_____ ¿Con quién?:_____

¿Cuánto tiempo?:_____ ¿A qué edad?:_____

¿Dónde duerme el niño?:_____

¿Solo?:_____ ¿Con otros hermanos?:_____

¿Con los padres?:_____ ¿Otros?:_____

5. ANTECEDENTES PERSONALES

a) Prenatales - embarazo:

¿Fue un embarazo deseado?:_____

¿Cómo reaccionó la familia al embarazo?:_____

¿Transcurrió el embarazo bajo control médico?:_____

¿Durante el embarazo tuvo lugar algún problema médico?:_____

¿Cuál?:_____

¿Cuándo?:_____

b) Circunstancias perinatales - parto:

¿Fue la madre preparada al parto?:_____ ¿Cuánto tiempo transcurrió desde las primeras contracciones hasta el parto?:_____

Lugar del parto:_____

¿El parto fue normal o inducido?:_____

Si fue inducido ¿cómo?:_____

Prematuro: meses de gestación:_____

Incubadora:_____

¿Tuvo el niño algún problema durante o inmediatamente después del parto?
¿Cuál?:_____

¿Tuvo la madre algún problema durante o inmediatamente después del parto?
¿Cuál?: _____

¿Nació el niño con algún defecto o malformación?: _____

Otros datos: _____

c) Desarrollo psicomotor:

¿Cuándo sostuvo la cabeza?: _____

¿Cuándo apareció la sonrisa social?: _____

¿Cuándo se mantuvo sentado?: _____

¿Cuándo comenzó a gatear?: _____

¿Cuándo se mantuvo de pie?: _____

¿Cuándo comenzó a caminar?: _____

d) Control de esfínteres:

¿Cuándo comenzó a pedir "pis"?: _____ ¿Cuándo comenzó a pedir "caca"?: _____

¿Dejó de controlar en algún momento?: _____

¿Tuvo enuresis diurna o nocturna?: _____

¿Desde cuándo y hasta cuándo?: _____

¿Tuvo encopresis diurna o nocturna?: _____

¿Desde cuándo y hasta cuándo?: _____

e) ¿Cómo era su hijo/a de pequeño/a?: _____

6. ENFERMEDADES O TRASTORNOS

Enfermedades propias de la infancia: _____

Otras: _____

¿Ha tenido medicación a largo plazo?: _____

Intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones: _____

7. COMPORTAMIENTO GENERAL

a) Autonomía personal:

Comida: _____

Aseo: _____

Vestido: _____

¿Tiene amigos o es solitario?: _____

¿Qué hace en el tiempo libre?: _____

¿Qué juegos le gustan?: _____

¿Presta atención a lo que le rodea?: _____

¿Le permiten desplazarse solo por el barrio?: _____

¿Por qué?: _____

b) Conductas problemáticas:

¿Tiene comportamientos agresivos? Explíquense: _____

¿Tiene tendencia a la rabieta y al berrinche? Explíquense: _____

¿Le gusta molestar e incordiar a los demás? _____

¿Es un niño hiperactivo? Explíquense: _____

¿Tiene conductas autoagresivas?: _____

¿Tiene afición a coger lo que no es suyo?: _____

¿Es mentiroso?: _____

¿Se escapó alguna vez de casa?: _____

Otros comportamientos problemáticos: _____

¿Tiene dificultades con la comida? ¿De qué tipo?: _____

¿Tiene dificultad con el sueño? ¿Cuáles?: _____

¿Tiene miedos injustificados? ¿A qué?: _____

¿Tiene algún tic? ¿En qué consiste?: _____

8. CIRCUNSTANCIAS ESCOLARES

¿Tienen los padres relaciones con los profesores durante el curso?: _____

¿Cuántas veces?: _____ ¿Por qué?: _____

¿Acude el niño regularmente a clase?: _____

¿Va a gusto al colegio?: _____

¿Qué opina de sus profesores?: _____

¿Estudia el niño en casa?: _____

¿Tiene un lugar apropiado?: _____

¿Se le respeta cuando estudia?: _____

¿Trae muchos deberes escolares?: _____

¿Los realiza?: _____ ¿Cuánto tiempo le ocupan?: _____

¿Le ayuda alguien? ¿Quién?: _____

¿Cómo reacciona ante un examen?: _____

¿Lee en casa?: _____ ¿Qué lecturas?: _____

¿Cómo consideran los padres que es su hijo/a respecto a?:

Inteligencia: _____

Atención: _____

Nivel de vocabulario: _____

Imaginación: _____

9. DINÁMICA FAMILIAR

Problemática familiar que puede afectar al niño: _____

Relación de los padres con los hijos: _____

Actitud de los padres hacia este hijo o esta hija: _____

Relación entre hermanos y participación de estos en los juegos del niño: _____

Nivel de expectativas de los padres hacia este hijo: _____

Nivel de integración familiar del niño: _____

10. BARRIO

¿Hay cerca algún parque o zona verde donde pueda jugar el niño o la niña?: _____

¿Hay cerca algún centro recreativo, deportivo, cultural,... donde pueda asistir?: _____

¿Están los servicios médicos o sociales en su barrio, o debe emplear mucho tiempo en desplazamientos?: _____

Otros: _____

CONTEXTO SOCIOFAMILIAR

ASPECTOS QUE FAVORECEN

ASPECTOS QUE DIFICULTAN

ANEXO 3

FORMULARIO DE LA ESCALA INSTRUCTIVA (TIES)

Autores: Ysseldyke, J.E. y Christenson, S.L.

Alumno: _____

Nivel: _____ F.Nto: _____

Colegio: _____

Tutor/a: _____

F.de observación: _____

F. de la entrevista con el profesor: _____

F. de la entrevista con el alumno: _____

INSTRUCCIONES:

Describe el lugar de enseñanza. Incluye la intensidad de la observación, adaptación de los grupos de enseñanza y tipo de tareas que desarrollan.

INSTRUCCIONES:

Describe algunas circunstancias atípicas ocurridas durante la observación.

I. DESCRIPCIÓN - INSTRUCCIONES

El formulario de la Escala Instructiva TIES, contiene elementos de los 12 componentes ambientales de la enseñanza eficaz. Estos elementos describen el ambiente instructivo del alumno o alumna que se está evaluando, y no de otros. Después de la observación y la entrevista con el profesor o profesora y con el alumno o alumna, valoraremos las características del ambiente instructivo, seleccionando una de las cuatro posibles categorías: 4 significa que la descripción se parece mucho al sistema de enseñanza utilizado con el alumno; 3 significa que la descripción se parece algo; 2 significa que la descripción se parece poco; y 1 significa que la descripción no se parece nada al sistema de enseñanza utilizado con el alumno. Rodee con un círculo sólo una categoría.

1. EXPOSICIÓN DE CONTENIDOS:

1 2 3 4

Se presentan de forma clara; las instrucciones que se dan contienen suficiente información para que el alumno entienda qué tipos de conductas o habilidades van a ser desarrolladas; y se comprueba la comprensión del alumno antes de la práctica independiente. Esto se va a evaluar teniendo en cuenta si:

1.1. Desarrollo de la clase:

- Se consigue la atención del alumnado.
- Se comprueban las habilidades o los conocimientos previos a las clases.
- Se especifican los objetivos instructivos y se le dice al alumno porqué la tarea es importante y como puede realizarla.
- Se proporcionan explicaciones mediante demostraciones, con ejemplos concretos.
- La explicación de la lección se organiza paso a paso y hay un alto grado de interacción académica profesor/a alumno/a en torno a las habilidades o conocimientos previos a aprender.
- La clase se desarrolla a un ritmo que permite mantener la atención del alumno o la alumna.

1.2. Claridad de las instrucciones:

- La atención del alumno o la alumna se consigue antes de presentar las instrucciones orales.
- Las instrucciones, escritas u orales, se dan en un lenguaje fácilmente comprensible, con un tamaño y número apropiado, y se dan en un orden correcto.

1.3. Comprobación de la comprensión:

- Se usa la práctica guiada o controlada.
- Los profesores comprueban habitualmente la comprensión del alumno sobre lo que se está enseñando.
- Se realiza un control activo del rendimiento del alumno durante los primeros 5 o 10 minutos de las actividades prácticas de trabajo en el pupitre.

2. AMBIENTE DE CLASE:

1 2 3 4

La clase se controla eficiente y eficazmente; hay una atmósfera positiva de apoyo; el tiempo se usa productivamente. Esto va a ser evaluado teniendo en cuenta si:

2.1. Control del aula:

- Las reglas y normas de clase están claras.
- Las reglas y normas de clase se comunican claramente a los alumnos y alumnas en la primera semana del curso.
- Las normas se recuerdan con frecuencia durante todo el año escolar.
- Los problemas de disciplina se cortan rápidamente.
- Los alumnos y alumnas conocen las consecuencias de una conducta apropiada o inapropiada.

2.2. Uso productivo del tiempo:

- La transición entre actividades es corta.
- Hay pocas interrupciones durante el curso de las actividades de clase.
- En clase hay un enfoque orientado hacia la tarea.
- Se dedica tiempo suficiente a las actividades académicas.

2.3. Clima de clase:

- Se aceptan las diferencias individuales.
- Las interacciones profesor/a-alumno/a son positivas.
- Hay una atmósfera de apoyo, cooperativa, para el alumno observado.

3. EXPECTATIVAS DEL PROFESOR:

1 2 3 4

Existen expectativas reales sobre la cantidad y nivel del trabajo que ha de completar el niño o la niña, y éstas se le comunican claramente. Esto va a ser evaluado teniendo en cuenta si:

- La alumna o el alumno comprende las expectativas del profesor en cuanto a la cantidad, orden y exactitud del trabajo a desarrollar.
- El alumno comprende como demostrar el dominio del objetivo instructivo.
- Se valora o conoce el nivel del alumno o alumna al asignarle el trabajo.
- Se espera que el alumno o la alumna utilice el tiempo de clase de forma productiva.

4. ÉNFASIS COGNITIVO:

1 2 3 4

Las habilidades de pensamiento necesarias para la realización de las tareas son comunicadas al alumno explícitamente. Esto va a ser evaluado teniendo en cuenta si:

- Las habilidades de pensamiento son claramente demostradas.
- El profesor explica cómo y por qué las respuestas del alumno son correctas e incorrectas.
- El alumno ha tenido la oportunidad de explicar el proceso utilizado para completar la tarea.
- Las estrategias de aprendizaje se enseñan directamente

5. ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES:

1 2 3 4

El profesor o la profesora tiene y usa estrategias eficaces para aumentar el interés y el esfuerzo del alumno. Esto va a ser evaluado teniendo en cuenta si:

- El profesor muestra interés por el material presentado.
- El alumno comprende la importancia de las tareas asignadas.
- La instrucción se diseña de forma que refleje los intereses y experiencias del alumno.
- Se usan técnicas motivacionales externas cuando resulta adecuado.

6. APLICACIONES PRÁCTICAS RELEVANTES:

1 2 3 4

Se le da la oportunidad de practicar con materiales adecuados. Las tareas de clase son realmente importantes para evaluar los objetivos instructivos. Esto va a ser evaluado teniendo en cuenta si:

6.1. Oportunidad de las prácticas:

- El alumno consigue al menos un 70% de los trabajos prácticos propuestos.
- Se le da un amplio margen de tiempo con el fin de conseguir de forma independiente, las habilidades con un 90-100% de posibilidades de éxito.
- Se continúa con los ejercicios hasta que se consigue el automatismo.

6.2. Relevancia de la tarea:

- La exposición instructiva, la práctica independiente y las tareas, se relacionan con el logro de los objetivos específicos por parte del alumno.

6.3. Material instructivo:

- El alumno adquiere un nivel adecuado en función de las tareas asignadas.
- Las habilidades se practican de diferentes formas para facilitar la generalización.
- Se usan materiales diferentes y suplementarios, además de los libros de texto y de los materiales usados con todos los alumnos, cuando resultan apropiados.
- Los materiales son adecuados e interesantes.

7. TIEMPO DE TRABAJO ESCOLAR:

1 2 3 4

El alumno responde, de forma activa, al contenido académico; el profesor o la profesora controla el nivel al que responde el alumno cuando no está trabajando. Esto va a ser evaluado teniendo en cuenta si:

7.1. Implicación del Alumno:

- El alumno o la alumna participa activamente en clase.
- Se mantiene la atención del alumno mediante un ritmo adecuado y de la presentación de oportunidades para responder.
- Las preguntas son dirigidas al alumno, y éste tiene oportunidades de responder con frecuencia.
- El alumno está poco tiempo en situación de espera o pasivo.

7.2. Continuidad del Trabajo del Alumno:

- Se controla la actividad del alumno.
- Hay un mecanismo establecido para que el alumno o alumna consiga ayuda si la necesita.
- Hay establecidos procedimientos y actividades para cuando el alumno finalice su trabajo rápidamente.

8. FEEDBACK RECIBIDO:

1 2 3 4

El alumno recibe información específica e inmediata sobre su rendimiento o conducta, y cuando comete errores, se le proporciona la debida corrección. Esto va a ser avaluado teniendo en cuenta si:

8.1. Feedback:

- Hay un feedback inmediato, frecuente y explícito sobre su nivel de rendimiento.
- El feedback elogia y motiva en relación a tareas específicas.

8.2. Procedimientos correctivos:

- Se proporciona una nueva explicación.
- Se utilizan fórmulas de enseñanza alternativas cuando los errores son reiterados.
- Se muestran procedimientos correctos y se razona sobre ellos.
- Se utilizan ayudas y ejercicios para reducir los errores.

9. INSTRUCCIÓN ADAPTADA:

1 2 3 4

Se modifica el currículo para adaptarlo a las necesidades educativas específicas del alumno o la alumna. Esto va a ser evaluado teniendo en cuenta si:

- Existe posibilidad de modificar la instrucción para el alumno.
- Existen variedad de opciones instructivas.
- Se utilizan varios métodos de enseñanza y tipos de materiales.
- El alumno recibe apoyo y práctica adicional en áreas de dificultad.
- Hay un control directo, frecuente y continuo de la instrucción.

10. EVALUACIÓN DEL PROGRESO:

4 3 2 1

Hay una valoración directa y frecuente del nivel de realización de los objetivos de enseñanza; los datos sobre el progreso y rendimiento del alumno se usan para programar su futura enseñanza. Esto va a ser evaluado teniendo en cuenta si:

10.1. Control del progreso del alumno:

- Se especifican los objetivos instructivos y el criterio de dominio.
- Hay una evaluación frecuente y centrada en el currículo.
- Se mantienen registros del progreso del alumno.
- El alumno es informado regularmente de su progreso hacia el dominio de los objetivos instructivos.

10.2. Seguimiento:

- Los errores del alumno son analizados de forma sistemática.
- El nivel de rendimiento del alumno se compara con el requerido para el dominio de los objetivos.
- Los datos sobre el rendimiento del alumno se usan para tomar decisiones de revisión, enseñarle de otra forma o cambiar a una nueva técnica.

11. PLANIFICACIÓN DE LA ENSEÑANZA:

1 2 3 4

Las necesidades del alumno o alumna han sido analizadas minuciosamente, y la enseñanza se adapta a los resultados del diagnóstico. Esto va a ser evaluado teniendo en cuenta si:

11.1. Diagnóstico:

- Se usan procedimientos eficaces para analizar el nivel instructivo del alumno o alumna.
- El profesor o profesora tiene una buena comprensión de los puntos fuertes y débiles del alumno, tanto académicos como afectivos.
- El currículo se ha analizado por tareas y se han identificado las habilidades necesarias para completar las tareas asignadas.
- El profesor conoce bien la complejidad de las tareas que el alumno ha de realizar y de las habilidades necesarias para completarlas con éxito.

11.2. Prescripción de la enseñanza:

- Los objetivos de enseñanza son apropiados para el nivel de las habilidades del alumno.
- Las estrategias de enseñanza, métodos y materiales están adaptados a los intereses y al nivel de las habilidades del alumno.
- Se modifican las tareas asignadas al nivel necesario para que el alumno las realice con éxito y progrese de forma continua
- Se establece un criterio de dominio.
- Se abarca una cantidad de contenido adecuada.

12. COMPRENSIÓN DEL ALUMNO:

1 2 3 4

El alumno o la alumna demuestra comprender lo que ha de hacer en clase. Esto va a ser evaluado teniendo en cuenta si:

- El alumno comprende las instrucciones de las tareas.
- El alumno o alumna comprende los objetivos de enseñanza.
- El alumno comprende el proceso necesario para completar el trabajo asignado.

ANEXO 4

REGISTRO DE OBSERVACIÓN

CONTEXTO DE AULA	
ASPECTOS QUE FAVORECEN	ASPECTOS QUE DIFICULTAN

. REGISTRO DE OBSERVACIÓN

EXPOSICIÓN DE CONTENIDOS

- Desarrollo de la lección
- Claridad de exposición
- Control de la comprensión del alumno.

AMBIENTE DE CLASE

EXPECTATIVAS DEL PROFESOR/A

Dirección. Uso del tiempo. Clima.

ÉNFASIS COGNITIVO

ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES

APLICACIONES PRÁCTICAS RELEVANTES

Oportunidades. Relevancia de la tarea. Materiales.

TIEMPO DE TRABAJO ESCOLAR

FEEDBACK RECIBIDO

Implicación del alumno. Mantenimiento.

Feedback. Correcciones

INSTRUCCIÓN ADAPTADA

EVALUACIÓN DEL PROGRESO

Control. Plan de seguimiento.

ANEXO 5.

Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAIC) (adaptación Española) (Seisdedos, 1990).

Nombres y Apellidos _____ Edad: _____

INSTRUCCIONES PRIMERA PARTE.

En la primera parte encontraras unas oraciones que dicen algo de ti mismo. Lee cada oración y señala la respuesta que mejor diga cómo te SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas.

No te detengas mucho en cada oración y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras AHORA.

	Nada	Algo	Mucho
1 Me siento calmado	1	2	3
2 Me encuentro inquieto	1	2	3
3 Me siento nervioso	1	2	3
4 Me encuentro descansado	1	2	3
5 Tengo miedo	1	2	3
6 Estoy relajado	1	2	3
7 Estoy preocupado	1	2	3
8 Me encuentro satisfecho	1	2	3
9 Me siento feliz	1	2	3
10 Me siento seguro	1	2	3
11 Me encuentro bien	1	2	3
12 Me siento molesto	1	2	3
13 Me siento agradable	1	2	3
14 Me encuentro atemorizado	1	2	3
15 Me encuentro confuso	1	2	3
16 Me siento animoso	1	2	3
17 Me siento angustiado	1	2	3

18 Me encuentro alegre	1	2	3
19 Me encuentro contrariado	1	2	3
20 Me siento triste	1	2	3
INSTRUCCIONES SEGUNDA PARTE.			
En la segunda parte encontraras unas oraciones que dicen algo de ti mismo. Lee cada oración y señala la respuesta que mejor diga cómo te SIENTES EN GENERAL, no sólo en éste momento. No hay respuestas buenas ni malas.			
No te detengas mucho en cada oración y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras GENERALMENTE.			
1 Me preocupa cometer errores	1	2	3
2 Siento ganas de llorar	1	2	3
3 Me siento desgraciado	1	2	3
4 Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5 Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6 Me preocupo demasiado	1	2	3
7 Me encuentro molesto	1	2	3
8 Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9 Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10 Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11 Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12 Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13 Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14 Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15 Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16 Me preocupa lo que los otros piensen de mi	1	2	3
17 Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo.	1	2	3
18 Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19 Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20. Me siento menos feliz que los demás chicos.	1	2	3

ANEXO 6.

FSSC-II

Name: _____ Age: _____ Date: _____

DIRECTIONS: A number of statements which boys and girls use to describe the fears they have are given below. Read each carefully and put an X in the box in front of the words that best describe your fear. There are no right or wrong answers. Remember, find the words which best describe how much fear you have.

1. Being teased	None	Some	A lot
2. Roller coaster or carnival rides	None	Some	A lot
3. Being alone	None	Some	A lot
4. Being put down/criticized by others	None	Some	A lot
5. Mice	None	Some	A lot
6. Losing my friends	None	Some	A lot
7. Being in closed places	None	Some	A lot
8. Going to the doctor.	None	Some	A lot
9. Getting bad marks at school.	None	Some	A lot
10. Our country being invaded.	None	Some	A lot
11. Darkness.	None	Some	A lot
12. Nuclear war	None	Some	A lot
13. Taking dangerous/bad drugs.	None	Some	A lot
14. Having to talk in front of my class.	None	Some	A lot
15. Violence on television.	None	Some	A lot
16. Spiders.	None	Some	A lot
17. Murderers.	None	Some	A lot
18. My parents criticizing/putting me down.	None	Some	A lot
19. Being in a fight.	None	Some	A lot
20. Being kidnapped.	None	Some	A lot
21. Getting a serious illness.	None	Some	A lot
22. Meeting someone for the first time.	None	Some	A lot
23. Fire.	None	Some	A lot
24. Having an operation.	None	Some	A lot
25. Someone in my family dying.	None	Some	A lot
26. Making mistakes.	None	Some	A lot
27. My parents arguing.	None	Some	A lot
28. Tornadoes/ hurricanes.	None	Some	A lot
29. Myself dying.	None	Some	A lot
30. Being hit by a car or truck.	None	Some	A lot
31. Being sent to the principal.	None	Some	A lot
32. Ghosts or spooky things.	None	Some	A lot
33. Being threatened with a gun.	None	Some	A lot
34. Forest fires or bush fires.	None	Some	A lot
35. Not being able to breathe.	None	Some	A lot
36. Getting punished by my father.	None	Some	A lot
37. Failing a test.	None	Some	A lot
38. Drunk people.	None	Some	A lot
39. Snakes.	None	Some	A lot
40. My parents separating/getting divorced.	None	Some	A lot
41. Getting an electric shock.	None	Some	A lot
42. Someone in my family having an accident.	None	Some	A lot
43. Getting lost in a crowd.	None	Some	A lot
44. Having no friends.	None	Some	A lot

45. Someone in my family getting sick.	None	Some	A lot
46. Strange looking people.	None	Some	A lot
47. Getting punished by my mother.	None	Some	A lot
48. A burglar breaking into our house.	None	Some	A lot
49. Having bad dreams.	None	Some	A lot
50. Being alone at home.	None	Some	A lot
51. Rats.	None	Some	A lot
52. Going to a new school.	None	Some	A lot
53. Earthquakes.	None	Some	A lot
54. Getting an injection from a nurse/doctor.	None	Some	A lot
55. Bees.	None	Some	A lot
56. Sitting for a test.	None	Some	A lot
57. Being bullied.	None	Some	A lot
58. Getting my school report.	None	Some	A lot
59. Thunder.	None	Some	A lot
60. Lizards.	None	Some	A lot
61. AIDS.	None	Some	A lot
62. Haunted houses.	None	Some	A lot
63. Tigers.	None	Some	A lot
64. Dead people.	None	Some	A lot
65. Getting lost in a strange place.	None	Some	A lot
66. Thunderstorms.	None	Some	A lot
67. Cemeteries/graveyards.	None	Some	A lot
68. Dogs.	None	Some	A lot
69. The sight of blood.	None	Some	A lot
70. Looking foolish.	None	Some	A lot
71. Flying in a plane.	None	Some	A lot
72. Strangers.	None	Some	A lot
73. Having to go to hospital.	None	Some	A lot
74. Falling from high places.	None	Some	A lot
75. Sharks.	None	Some	A lot
76. Riding in a car or bus.	None	Some	A lot
77. Going to the dentist.	None	Some	A lot
78. Having to go to the school.	None	Some	A lot
79. Gangs.	None	Some	A lot
80. Deep water or the ocean.	None	Some	A lot

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Un número de enunciados en los que niños y niñas suelen describir sus temores están puestos abajo. Lee cada uno cuidadosamente y pon una X en la respuesta que mejor describa tu temor, no hay respuestas correctas ni equivocadas. Recuerda, encontrar la respuesta que mejor describa cuanto temor sientes:

1. Ser vacilado	Nada	Algo	Mucho
2. Montaña rusa o juegos de feria.	Nada	Algo	Mucho
3. Quedarme solo.	Nada	Algo	Mucho
4. Ser criticado por otros.	Nada	Algo	Mucho
5. ratones.	Nada	Algo	Mucho

6. Perder a mis amigos.	Nada	Algo	Mucho
7. Espacios cerrados.	Nada	Algo	Mucho
8. Ir al doctor.	Nada	Algo	Mucho
9. Sacar malas calificaciones.	Nada	Algo	Mucho
10. Ser sorprendido por ataques de bomba.	Nada	Algo	Mucho
11. Obscuridad.	Nada	Algo	Mucho
12. Guerra nuclear.	Nada	Algo	Mucho
13. Estar en peligro.	Nada	Algo	Mucho
14. Hablar en frente de la clase.	Nada	Algo	Mucho
15. La violencia en la televisión.	Nada	Algo	Mucho
16. Arañas	Nada	Algo	Mucho
17. Asesinos.	Nada	Algo	Mucho
18. Mis padres criticándome.	Nada	Algo	Mucho
19. Estar en medio de una pelea.	Nada	Algo	Mucho
20. Ser raptado.	Nada	Algo	Mucho
21. Una enfermedad seria.	Nada	Algo	Mucho
22. Conocer a alguien por primera vez.	Nada	Algo	Mucho
23. Fuego.	Nada	Algo	Mucho
24. Tener una operación	Nada	Algo	Mucho
25. Muerte de alguno de mis familiares.	Nada	Algo	Mucho
26. Cometer errores	Nada	Algo	Mucho
27. Escuchar a mis padres discutir.	Nada	Algo	Mucho
28. Tornados o huracanes.	Nada	Algo	Mucho
29. Morir.	Nada	Algo	Mucho
30. Ser atropellado por un coche o camión.	Nada	Algo	Mucho
31. Ser enviado (a) al director del colegio.	Nada	Algo	Mucho
32. Fantasmas o cosas misteriosas.	Nada	Algo	Mucho
33. Ser amenazado (a) con un arma.	Nada	Algo	Mucho
34. Incendios forestales.	Nada	Algo	Mucho
35. No poder respirar.	Nada	Algo	Mucho
36. Ser castigado por mi padre.	Nada	Algo	Mucho
37. Salir mal en un examen	Nada	Algo	Mucho
38. Gente en estado de ebriedad.	Nada	Algo	Mucho
39. Víboras.	Nada	Algo	Mucho
40. Que mis padres se separen o se divorcien.	Nada	Algo	Mucho
41. Recibir una descarga eléctrica.	Nada	Algo	Mucho
42. Que alguna persona de mi familia tenga un accidente.	Nada	Algo	Mucho
43. Perderme en un lugar donde hay mucha gente	Nada	Algo	Mucho
44. No tener amigos.	Nada	Algo	Mucho
45. Que alguna persona de mi familia se enferme.	Nada	Algo	Mucho

46. La gente de aspecto extraño.	Nada	Algo	Mucho
47. Ser castigado por mi madre.	Nada	Algo	Mucho
48. Que un ladrón entre a tu casa.	Nada	Algo	Mucho
49. Tener pesadillas.	Nada	Algo	Mucho
50. Quedarme sólo en casa.	Nada	Algo	Mucho
51. Ratas.	Nada	Algo	Mucho
52. Asistir a un nuevo colegio.	Nada	Algo	Mucho
53. Terremotos	Nada	Algo	Mucho
54. Que la enfermera o el médico te pongan una inyección.	Nada	Algo	Mucho
55. Abejas.	Nada	Algo	Mucho
56. Tener un examen.	Nada	Algo	Mucho
57. Ser intimidado.	Nada	Algo	Mucho
58. Obtener un reporte.	Nada	Algo	Mucho
59. Los truenos.	Nada	Algo	Mucho
60. Lagartijas	Nada	Algo	Mucho
61. SIDA.	Nada	Algo	Mucho
62. Casas embrujadas.	Nada	Algo	Mucho
63. Tigres.	Nada	Algo	Mucho
64. Gente muerta.	Nada	Algo	Mucho
65. Perderse en un lugar extraño.	Nada	Algo	Mucho
66. Las tormentas.	Nada	Algo	Mucho
67. Cementerios	Nada	Algo	Mucho
68. Perros.	Nada	Algo	Mucho
69. Ver sangre	Nada	Algo	Mucho
70. Parecer tonto (a).	Nada	Algo	Mucho
71. Volar en avión	Nada	Algo	Mucho
72. Extraños.	Nada	Algo	Mucho
73. Tener que ir al hospital.	Nada	Algo	Mucho
74. Caer de un sitio alto.	Nada	Algo	Mucho
75. Los tiburones.	Nada	Algo	Mucho
76. Viajar en coche o en autobús.	Nada	Algo	Mucho
77. Ir al dentista.	Nada	Algo	Mucho
78. Tener que ir al colegio.	Nada	Algo	Mucho
79. Las pandillas.	Nada	Algo	Mucho
80. Agua profunda o el océano	Nada	Algo	Mucho

ANEXO 7.

EXAMEN DE ARTICULACIÓN DE SONIDOS EN ESPAÑOL

(Hoja de calificación)

Nombre _____ Edad _____ Escuela _____ Fecha _____

Califique como sigue: sustitución, p/f: omisión, -/s; distorsión, /p; adición, escriba la palabra (tiguer e en vez de tigre).

Tarjetón	Sonido Sujeto a prueba	Lista de palabras			1	2	3	Sonido aislado	Adición.
1	(m)	mesa	cama					
2	(n)	nariz	mano	Botón					
3	(ñ)		piñata						
4	(p)	pelota	mariposa						
5	(x)	jabón	ojo	Reloj					
6	(b)	balón	bebé						
7	(k)	casa	boca						
8	(g)	gato	tortuga						
9	(f)	foco	elefante						
10	(y)	llave	payaso						
11	(d)	dedo	candado	Red					
12	(l)	luna	bola	Pastel					
13	(r)		aretes	Collar					
14	(ř)	ratón	perro						
15	(t)	teléfono	patín						
16	(č)	chupón	cuchara						

17	(s)	silla	vaso	Lápiz					
MEZCLAS									
18	(bl)	Blusa							
19	(kl)	Clavos							
20	(fl)	Flor							
21	(gl)	Globo							
22	(pl)	Plato							
23	(br)	Libro							
24	(Kr)	Cruz							
25	(dr)	Cocodrilo							
26	(fr)	Fresas							
27	(gr)	Tigre							
28	(pr)	Príncipe							
29	(tr)	Tren							
DIPTONGOS									
30	(au)	Jaula							
31	(ei)	Peine							
32	(eo)	Leoncito							
33	(ie)	Pie							
34	(ua)	Guante							
35	(ue)	Huevo							

ANEXO 8. CARTAS DESCRIPTIVAS.

TEMA. Fonema /d/

OBJETIVO GENERAL: Lograr que el sujeto produzca el fonema /d/ de forma adecuada.

SESIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN.
1	Propiciar la correcta articulación del fonema /d/.	Respiración y soplo. Ejercicios bucales, linguales y de motilidad facial.	-Soplo suave y largo. -Pasar la punta de la lengua por el borde de los incisivos superiores, describiendo un arco cada vez mayor que abarque también el borde de los caninos y el de los premolares. -Movimientos giratorios de la lengua entre los labios y el sistema dentario. -Tocar con la punta de la lengua los incisivos superiores e inferiores por dentro. -Tocar con la punta de la lengua los alvéolos superiores.	45 min.	-Vela. -Miel.	Se le mostraran al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).
		Realización del fonema	Sacamos nuestro espejo y nos miramos en él mientras pronunciamos (d) , para esto se le cuestionará al niño sobre: ¿Cómo está nuestra boca? ¿Por dónde sale el aire?. ¿ Podemos observar cómo se ha de doblar nuestra lengua contra el paladar?. Posteriormente se le pedirá al niño que mantenga sus labios entreabiertos, permitiendo ver sus dientes y la punta de la lengua, que deberá colocar entre ambas arcadas dentarias. Se coloca la mano en la laringe para notar la vibración. La omisión de "d" después de "n" y "l" es muy común. Se le hará notar al niño al tacto la diferente fuerza con que se da la salida del aire, en el dorso de la mano, entre la /t/ y la /d/, ésta última de forma más suave. Cuando en su emisión falta la emisión laríngea, convirtiéndola entonces en /t/, se hará notar al tacto esta vibración.		- Abatelenguas. -Espejo	
		Juegos de articulación	✓ Onomatopeyas con sonido dominante. (d). - Vamos a imitar el sonido de las campanas: Ding, dong, dang, ding, dong, dang. ✓ Ahora jugamos al "Veo-veo". Veo-veo... ¿Qué ves? Una cosa que tiene /d/: dedo, dinero, toldo, medalla ✓ Articular palabras cuya única diferencia está en la presencia o ausencia del fonema /d/. ¿Es lo mismo dado que nado?. Decimos las diferencias.		-Tarjetas -Imágenes -Dibujos	

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Repetir sílabas y logotomas que contengan el fonema /d/: da, do,du, de, di, dadu, dudo, dadi, doma, dade, deme, dido, domo, dode, dado ✓ Repetir palabras que contengan el fonema /d/: dedo-dado-nido-nudo-duda-dame-lado-codo-seda-ducha-dile-deja ✓ Completar y construir frases con el fonema /d/: En la mano tengo cinco..... (dedos); Para comprar cosas necesitamos..... (dinero); La luna sale de noche y el sol de..... (día) ✓ Repetir: con tu dedo, dame, dame, con mi dedo, yo te di. Dame con tu dedo, yo te doy a ti 															
2	Reconocimiento del fonema (psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al fonema		- Se le proporcionará al niño una hoja en la cual vendrá un dibujo del fonema defectuoso, en donde el niño tendrá que colorear la imagen y encerrar en un círculo el grafema referente al fonema.	45 min.	-Hoja con imágenes del fonema afectado.	Se le mostraran al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).												
	Discriminación auditiva		Comenzaremos con la identificación de ruidos y sonidos conocidos por el niño/a en los que éste señalará o nombrará la fuente sonora hasta llegar a la discriminación auditiva de fonemas parecidos. Para discriminar el fonema /d/ y /g/, pediremos al niño/a que al oír /día/ o /guía/, si percibe /d/ levantará el brazo y dará un golpe en el suelo si lo que cree escuchar ha sido /g/.															
			<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">/d/</td> <td style="width: 50%; border: none;">/t/</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Domar</td> <td style="border: none;">Tomar</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Boda</td> <td style="border: none;">Bota</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Codo</td> <td style="border: none;">Coto</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Condado</td> <td style="border: none;">Contado</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Soldar</td> <td style="border: none;">Soltar</td> </tr> </table>	/d/	/t/	Domar	Tomar	Boda	Bota	Codo	Coto	Condado	Contado	Soldar	Soltar			
/d/	/t/																	
Domar	Tomar																	
Boda	Bota																	
Codo	Coto																	
Condado	Contado																	
Soldar	Soltar																	
3	Lograr que sea integrado a su lenguaje espontáneo, la forma correcta del fonema que tenía ausente o defectuoso.	Lenguaje espontáneo	Se realizará una conversación con el niño previamente estructurada, en la cual aparezca en varias ocasiones el fonema ausente o defectuoso.	20 min	-Tarjetas.	Se le mostraran al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).												
		Lenguaje espontáneo provocado	El niño tendrá que completar una serie de preguntas (intraverbales), cuyas respuestas impliquen la articulación del fonema afectado.	25 min														

TEMA. Fonema /j/

OBJETIVO GENERAL: Lograr que el sujeto produzca el fonema /j/ de forma adecuada.

SESIÓN.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN.
1	Propiciar la correcta articulación del fonema /j/.	Respiración y soplo. Ejercicios bucales, linguales y de motilidad facial. Realización del fonema	-Soplo largo y regularmente fuerte. -Imitación de gárgaras. -Doblar la lengua hacia abajo y hacia atrás con ayuda de los incisivos inferiores. Sacamos nuestro espejo y nos miramos en él mientras pronunciamos (j). ¿Cómo está nuestra boca? ¿Por dónde sale el aire?. ¿ Podemos observar cómo se ha de doblar nuestra lengua contra el paladar?. Posteriormente se le pedirá al niño que mantenga los labios separados permitiendo ver los dientes y la lengua. La punta de esta se coloca detrás de los incisivos inferiores, pero alejada de ellos y más abajo que el nivel de sus bordes libres. Se lleva el dedo índice de arriba a bajo de la garganta a la vez que se articula el fonema para notar la vibración. Una forma indirecta de conseguir este sonido es pedir al niño que, imaginando que se le ha quedado algo en la garganta, trate de arrancarlo con fuerza hacia fuera, logrando así fácilmente la articulación deseada, al acercarse el postdorso de la lengua a la zona velar. Otra forma de obtenerla será a partir de la /g/ que tiene el mismo punto de articulación. Se le pide la emisión de ésta de forma continuada, que es su realización fricativa, haciendo que baje la voz hasta hacerla de forma susurrada, con lo cual irá perdiendo la sonoridad y se convertirá en /j/. También se puede hacer notar la diferencia entre /g/ y /j/.	45 min.	-Vela. -Miel. -Abatelenguas. -Espejo	Se le mostraran al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).
	Juegos de articulación	✓ Jugamos al "Veo-veo". Veo-veo... ¿Qué ves? Una cosa que tiene /x/: jarro, jinete, caja, ajo, reloj. ✓ Articular palabras cuya única diferencia está en la presencia o ausencia del fonema /x/. ¿Es lo mismo juntos que puntos?. Decimos las diferencias. Repetir sílabas y logotomas que contengan el fonema /x/: jaja, jeje, jiji, jojo, juju, joja, joje, jujo, jejo, jiju, jajuj, juje, joju, joji, jaji, jinete, gitano.			-Tarjetas -Imágenes -Dibujos	
2	Reconocimiento del fonema (psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al fonema		- Se le proporcionará al niño una hoja en la cual vendrá un dibujo del fonema defectuoso, en donde el niño tendrá que colorear la imagen y encerrar en un círculo el grafema referente al fonema.	45 min.	-Tarjetas. -Hoja con imágenes del fonema defectuoso.	Se le mostraran al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).
	Discriminación auditiva		Comenzaremos con la identificación de ruidos y sonidos			

		conocidos por el niño/a en los que éste señalará o nombrará la fuente sonora hasta llegar a la discriminación auditiva de fonemas parecidos. Para discriminar el fonema /j/ y /b/, pediremos al niño/a que al oír /jota/ o /bota/, si percibe /j/ levantará el brazo y dará un golpe en el suelo si lo que cree escuchar ha sido /b/.				
		/j/ /b/				
		Jota Bota				
		Jarra Barra				
		Jugo Hugo				
<hr/>						
3	Lograr que sea integrado a su lenguaje espontáneo, la forma correcta del fonema que tenía ausente o defectuoso.	Lenguaje espontáneo	Se realizará una conversación con el niño previamente estructurada, en la cual aparezca en varias ocasiones el fonema ausente o defectuoso.	20 min	- Tarjetas.	- Se le mostraran al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).
		Lenguaje espontáneo provocado	El niño tendrá que completar una serie de preguntas (intraverbales), cuyas respuestas impliquen la articulación del fonema afectado.	25 min		

TEMA. Fonema /l/

OBJETIVO GENERAL: Lograr que el sujeto produzca el fonema /l/ de forma adecuada.

SESIÓN.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN.
1	Propiciar la correcta articulación del fonema /l/.	Respiración y soplo. Ejercicios bucales, linguales y de motilidad facial.	-Soplo normal. -Sacar una lengua larga y fina. -Abrir la boca, sacar la lengua y llevarla arriba y abajo. Relamerse con la punta de la lengua en la cara interna de las mejillas. Tocar con la punta de la lengua los incisivos superiores e inferiores por dentro. -Rápidos movimientos de salida y entrada de la lengua, vibrando sobre el labio superior. -Doblar la lengua sujeta por los incisivos superiores e impulsarla con fuerza hacia afuera. -Pasar la punta de la lengua por el centro del paladar de atrás hacia a delante y viceversa. -Golpear los alvéolos superiores con la punta de la lengua.	45 min.	-Vela. -Miel.	Se le mostraran al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).
		Realización del fonema	Sacamos nuestro espejo y nos miramos en él mientras pronunciamos (l). ¿Cómo está nuestra boca? ¿Por dónde sale el aire?. ¿ Podemos observar cómo se ha de doblar nuestra lengua contra el paladar?. Posteriormente se le pedirá al niño que mantenga los labios y los dientes entreabiertos y levante la punta de la lengua apoyándose en la protuberancia alveolar de los incisivos superiores. Se ejercita colocando la lengua en posición "l" para bajarla con rapidez y pronunciar "la". Las manos se colocan en ambas mejillas para notar la vibración. Se reeduca teniendo en cuenta el punto de vibración y salida del aire. También se puede conseguir la articulación de la /l/, partiendo de la postura adecuada de la lengua, pidiendo al niño que, desde esa posición, realice una inspiración nasal profunda seguida de una espiración bucal violenta a modo de soplo áfono que haga inflar y mover ligeramente las mejillas, al no moverse la lengua de su posición inicial, ayudándole con la indicación de que tiene que soplar con la cara para facilitarle la comprensión del proceso.		- Abatelenguas. -Espejo	
		Juegos de articulación	✓ Jugamos al "Veo-veo". Veo-veo... ¿Qué ves? Una cosa que tiene /l/: lápiz, lobo, pelo, melón, dedal, miel. ✓ Repetir sílabas y logotomas que contengan el fonema /l/: la, le, lo, lu, lala, lale, lalo, lali, lalu, lelo, lela, ele, lelu, loli, lola, lolo, lolu, lole, lulo, lula, luli. Para desayunar bebo un vaso de..... (leche); En el mar hay muchas..... (olas); El rey de la selva es el..... (león).		-Tarjetas -Imágenes -Dibujos	

2		Reconocimiento del fonema (psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al fonema	- Se le proporcionará al niño una hoja en la cual vendrá un dibujo del fonema defectuoso, en donde el niño tendrá que colorear la imagen y encerrar en un círculo el grafema referente al fonema.	45 min.	-Hoja con imágenes del fonema afectado.	Se le mostrarán al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).
		Discriminación auditiva	Comenzaremos con la identificación de ruidos y sonidos conocidos por el niño/a en los que éste señalará o nombrará la fuente sonora hasta llegar a la discriminación auditiva de fonemas parecidos. Para discriminar el fonema /l/ y /r/, pediremos al niño/a que al oír /pelo/ o /pero/, si percibe /l/ levantará el brazo y dará un golpe en el suelo si lo que cree escuchar ha sido /r/. /l/ /r/ Polo Poro Calo Caro Ala Ara Tala Tara Ralo Raro			
3	Lograr que sea integrado a su lenguaje espontáneo, la forma correcta del fonema que tenía ausente o defectuoso.	Lenguaje espontáneo	Se realizará una conversación con el niño previamente estructurada, en la cual aparezca en varias ocasiones el fonema ausente o defectuoso.	20 min	-Tarjetas.	- Se le mostrarán al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).
		Lenguaje espontáneo provocado	El niño tendrá que completar una serie de preguntas (intraverbales), cuyas respuestas impliquen la articulación del fonema afectado.	25 min		

TEMA. Fonema /r/

OBJETIVO GENERAL: Lograr que el sujeto produzca el fonema /r/ de forma adecuada.

SESIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN.
1	Propiciar la correcta articulación del fonema /r/.	Respiración y soplo. Ejercicios bucales, linguales y de motilidad facial.	<p>Soplo normal (mediano). -Sacar una lengua ancha. -Relamerse con la punta de la lengua de los labios superiores e inferior en movimiento circular en ambos sentidos. -Tocar con la punta de la lengua los incisivos superiores e inferiores por dentro. -Tocar con la punta de la lengua los molares superiores e inferiores a derecha e izquierda alternativamente. -Doblar los bordes de la lengua hacia adentro formando un canal longitudinal. -Doblar la lengua hacia arriba y hacia atrás con ayuda de los incisivos superiores. -Golpear los alvéolos superiores con la punta de la lengua.</p>	45 min.	-Vela. -Miel.	Se le mostraran al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).
		Realización del fonema	<p>Sacamos nuestro espejo y nos miramos en él mientras pronunciamos (r). ¿Cómo está nuestra boca? ¿Por dónde sale el aire?. ¿ Podemos observar cómo se ha de doblar nuestra lengua contra el paladar?.</p> <p>Posteriormente se le pedirá al niño que mantenga los labios entreabiertos permitiendo ver los incisivos superiores e inferiores. No existe contracción labial. Los incisivos inferiores se colocan detrás de los incisivos superiores, en distinto plano vertical. La punta de la lengua se apoya suavemente en la protuberancia alveolar de los incisivos superiores. Se reeduca por medio de ejercicios linguales y ejercicios de respiración. El dedo índice se coloca horizontalmente debajo del labio superior para notar la salida del aire.</p> <p>Se pedirá al niño que coloque la punta de la lengua en los alvéolos de los incisivos superiores y desde esa postura hacerle soplar con fuerza, para que el aire emitido haga vibrar a la lengua. Otra forma, si supiera pronunciar “tra” pero no la /r/ aislada, consiste en alargar este sonido intermedio del sífon para conseguirla.</p>		-Abatelenguas. -Espejo	
		Juegos de articulación	<p>Jugamos al “Veo-veo”. Veo-veo... ¿Qué ves? Una cosa que tiene /r/: cara, oruga, arena, mar. Articular palabras cuya única diferencia está en la presencia o ausencia del fonema /r/. ¿Es lo mismo cara que casa?. Decimos las diferencias. Repetir palabras que contengan el fonema /r/: para-mira-mora-llora-cara-coro-vara-mar-por-dar-ser-carne-barba-</p>		-Tarjetas -Imágenes -Dibujos	

		corto.				
2		Reconocimiento del fonema (psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al fonema	- Se le proporcionará al niño una hoja en la cual vendrá un dibujo del fonema defectuoso, en donde el niño tendrá que colorear la imagen y encerrar en un círculo el grafema referente al fonema.	45 min.	-Hoja con imágenes del fonema afectado.	Se le mostraran al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).
		Discriminación auditiva	Comenzaremos con la identificación de ruidos y sonidos conocidos por el niño/a en los que éste señalará o nombrará la fuente sonora hasta llegar a la discriminación auditiva de fonemas parecidos. Para discriminar el fonema /r/ y /l/, pediremos al niño/a que al oír /pero/ o /pelo/, si percibe /r/ levantará el brazo y dará un golpe en el suelo si lo que cree escuchar ha sido /l/.			
			/r/ /l/ Pero Pelo Muro Mulo Tara Tala Tira Tila Arma Alma			
3	Lograr que sea integrado a su lenguaje espontáneo, la forma correcta del fonema que tenía ausente o defectuoso.	Lenguaje espontáneo	Se realizará una conversación con el niño previamente estructurada, en la cual aparezca en varias ocasiones el fonema ausente o defectuoso.	20 min	-Tarjetas.	Se le mostraran al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).
		Lenguaje espontáneo provocado	El niño tendrá que completar una serie de preguntas (intraverbales), cuyas respuestas impliquen la articulación del fonema afectado.	25 min		

TEMA. Fonema /s/

OBJETIVO GENERAL: Lograr que el sujeto produzca el fonema /s/ de forma adecuada.

SESIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN.
1	Propiciar la correcta articulación del fonema /s/.	Respiración y soplo. Ejercicios bucales, linguales y de motilidad facial.	Soplo de fuerte a ligero. -Abrir y cerrar la boca despacio. -Proyectar labios unidos hacia afuera y sonreír. -Sacar la lengua fina. -Tocar con la punta de la lengua los incisivos superiores e inferiores por fuera y dentro alternativamente.	45 min.	-Vela. -Miel.	Se le mostraran al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).
		Realización del fonema	Sacamos nuestro espejo y nos miramos en él mientras pronunciamos (s). ¿Cómo está nuestra boca? ¿Por dónde sale el aire?. ¿ Podemos observar cómo se ha de doblar nuestra lengua contra el paladar? Posteriormente se le pedirá al niño que mantenga labios están entreabiertos, permitiendo ver los dientes. La lengua se halla arqueada, y la punta se coloca en los alvéolos superiores, formando una pequeña apertura, por la que pasa la corriente de aire. Se pronuncia el fonema ante la llama de una vela, la cual se moverá hacia adelante. Al mismo tiempo se mueve el dedo índice hacia adelante y hacia atrás, al compás de la llama, para mecanizar el movimiento que forma el aire del sonido. El defecto más común es el "ceceo", que consiste en sustituir la "s" por la "z". * Se pedirá al niño la articulación de este sonido y mientras lo realiza, indicándole que continúe con la emisión del aire fonador, se tira del labio inferior hacia abajo quedando de esa forma los incisivos y la lengua en la posición adecuada, permitiendo así que la /f/ se convierta en /s/. * Una vez conseguida la emisión de la /s/ en sílaba directa, se tratará de conseguir una articulación en inversa. Para ello se pedirá al niño que repita, de forma rápida y continuada sa, sa, sa,..., llegando así al final a la emisión de la inversa "as". También se puede solicitar la emisión de la vocal y a continuación pedir al niño que sople silbando; como se realizó anteriormente, o bien seguir la vocal de la sílaba directa de forma rápida, hasta aislar la inversa a- sa- a- sa.		-Abatelenguas. -Espejo	
		Juegos de articulación	Onomatopeyas con sonido dominante (s) vamos a imponer silencio: /sssssssssssss/. Jugamos al "Veo-veo". Veo-veo... ¿Qué ves? Una cosa que tiene /s/: saco, sol, casa, mesa, gafas, pinzas. Buscar palabras, imágenes, dibujos o grabados que conlleven		-Tarjetas -Imágenes -Dibujos	

			<p>el fonema /s/.</p> <p>Confeccionar un vocabulario mural colectivo con palabras que incluyan dicho fonema.</p> <p>Articular palabras cuya única diferencia está en la presencia o ausencia del fonema /s/. ¿Es lo mismo sal que mal?</p> <p>Repetir sílabas y logotomas que contengan el fonema /s/: sa, so, se, su, si, saso, sase, sasi, saso, sasú, seso, sesa, sesi, sese, sesu, sosa, sose, sosi, soso, sosu, sesu...</p> <p>Repetir palabras que contengan el fonema /s/: seta-sapo-sopa-sola-sale-mesa-misa-silla-risa-rosa-beso-casa-piso-sol.</p> <p>Completar y construir frases con el fonema /s/: Cuando hace mucho calor luce en el cielo el..... (sol); Cuando andamos pisamos por el..... (suelo); Si la comida está sosa echamos..... (sal).</p>															
2		<p>Reconocimiento del fonema (psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al fonema</p> <hr/> <p>Discriminación auditiva</p>	<p>- Se le proporcionará al niño una hoja en la cual vendrá un dibujo del fonema defectuoso, en donde el niño tendrá que colorear la imagen y encerrar en un círculo el grafema referente al fonema.</p> <hr/> <p>Comenzaremos con la identificación de ruidos y sonidos conocidos por el niño/a en los que éste señalará o nombrará la fuente sonora hasta llegar a la discriminación auditiva de fonemas parecidos. Para discriminar el fonema /s/ y /f/, pediremos al niño/a que al oír /siesta/ o /fiesta/, si percibe /s/ levantará el brazo y dará un golpe en el suelo si lo que cree escuchar ha sido /f/.</p> <table border="0"> <tr> <td>/s/</td> <td>/f/</td> </tr> <tr> <td>Siesta</td> <td>Fiesta</td> </tr> <tr> <td>Insecto</td> <td>Infecto</td> </tr> <tr> <td>Risa</td> <td>Rifa</td> </tr> <tr> <td>Gasas</td> <td>Gafas</td> </tr> <tr> <td>Suerte</td> <td>Fuerte</td> </tr> </table>	/s/	/f/	Siesta	Fiesta	Insecto	Infecto	Risa	Rifa	Gasas	Gafas	Suerte	Fuerte	45 min.	-Hoja con imágenes del fonema afectado.	Se le mostraran al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).
/s/	/f/																	
Siesta	Fiesta																	
Insecto	Infecto																	
Risa	Rifa																	
Gasas	Gafas																	
Suerte	Fuerte																	
3	Lograr que sea integrado a su lenguaje espontáneo, la forma correcta del fonema que tenía ausente o defectuoso.	<p>Lenguaje espontáneo</p> <hr/> <p>Lenguaje espontáneo provocado</p>	<p>Se realizará una conversación con el niño previamente estructurada, en la cual aparezca en varias ocasiones el fonema ausente o defectuoso.</p> <hr/> <p>El niño tendrá que completar una serie de preguntas (intraverbales), cuyas respuestas impliquen la articulación del fonema afectado.</p>	20 min	-Tarjetas.	Se le mostraran al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).												
				25 min														

TEMA. Fonema /rr/

OBJETIVO GENERAL: Lograr que el sujeto produzca el fonema "rr" de forma adecuada.

SESIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN.
1	Propiciar la correcta articulación del fonema /rr/.	Respiración y soplo. Ejercicios bucales, linguales y de motilidad facial.	-Soplo fuerte y largo. -Abrir la boca, sacar la lengua y llevarla arriba y abajo. -Tocar con la punta de la lengua los incisivos superiores e inferiores por fuera. Movimientos giratorios de la lengua entre los labios y sistema dentario. -Doblar la lengua hacia abajo y hacia atrás con ayuda de los incisivos inferiores. -Golpear los alvéolos superiores con la punta de la lengua. -Movimientos vibratorios de labios y de todo el tórax y brazos. -Poner la lengua entre los labios y hacer vibración de labios y lengua.	45 min.	-Vela. -Miel.	Se le mostraran al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).
		Realización del fonema	Sacamos nuestro espejo y nos miramos en él mientras pronunciamos (rr). ¿Cómo está nuestra boca? ¿Por dónde sale el aire?. ¿ Podemos observar cómo se ha de doblar nuestra lengua contra el paladar?. Posteriormente se trabajará a partir de la "r" simple, ampliándola con los siguientes ejercicios: tar, tarr, tarr.../rá, rrá, rrrá... Se pedirá al niño la emisión de una /r/ simple prolongada y realizada lo más anterior posible y en ese proceso se le ayudará presionándole con los dedos las mejillas y llevándole así los labios hacia delante mientras continúa con la pronunciación de la /r/ simple, que de esta forma se irá acercando cada vez más a la múltiple, al facilitárselo con la postura propuesta. El proceso seguido para lograr convertir la /r/ simple en múltiple es progresivo, dándose un aumento paulatino en el número de vibraciones, acercándose así cada vez más a la forma adecuada, hasta conseguir al final la emisión totalmente correcta.		-Abatelenguas. -Espejo	
		Juegos de articulación	✓ Onomatopeyas con sonido dominante. (rr). - Vamos a imitar el ruido de una moto: rrrruummmmm ✓ Jugamos al "Veo-veo". Veo-veo... ¿Qué ves? Una cosa que tiene (rr): ratón, rueda, perro, arruga ✓ Articular palabras cuya única diferencia está en la presencia o ausencia del fonema /rr/. ¿Es lo mismo dado que nado?. Decimos las diferencias.		-Tarjetas -Imágenes -Dibujos	

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Repetir sílabas y logotomas que contengan el fonema /rr/: ra, ro, re, ri, ru, rarro, rarru, rarrí, rarru, rarre, rerra, rerrí, rerru, rorra, rorri. ✓ Repetir palabras que contengan el fonema /rr/: ropa-rama-rama-rojo-rubio-rotar-reloj-burro-zorro-arriba. <p>Completar y construir frases con el fonema /rr/: completar y construir frases con el fonema (rr): La casa del perro es la..... (perrera); Por la noche croan las..... (ranas); La sangre es de color..... (rojo).</p>															
2		Reconocimiento del fonema (psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al fonema	- Se le proporcionará al niño una hoja en la cual vendrá un dibujo del fonema defectuoso, en donde el niño tendrá que colorear la imagen y encerrar en un círculo el grafema referente al fonema.	45 min.	-Hoja con imágenes del fonema afectado.	Se le mostrarán al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).												
		Discriminación auditiva	Comenzaremos con la identificación de ruidos y sonidos conocidos por el niño/a en los que éste señalará o nombrará la fuente sonora hasta llegar a la discriminación auditiva de fonemas parecidos. Para discriminar el fonema /rr/ y /l/, pediremos al niño/a que al oír /perro/ o /pelo/, si percibe /rr/ levantará el brazo y dará un golpe en el suelo si lo que cree escuchar ha sido /l/.															
			<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">/rr/</td> <td style="width: 50%; border: none;">/l/</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Perro</td> <td style="border: none;">Pelo</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Carro</td> <td style="border: none;">Calo</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Parra</td> <td style="border: none;">Pala</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Cerro</td> <td style="border: none;">Celo</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Carreta</td> <td style="border: none;">Caleta</td> </tr> </table>	/rr/	/l/	Perro	Pelo	Carro	Calo	Parra	Pala	Cerro	Celo	Carreta	Caleta			
/rr/	/l/																	
Perro	Pelo																	
Carro	Calo																	
Parra	Pala																	
Cerro	Celo																	
Carreta	Caleta																	
3	Lograr que sea integrado a su lenguaje espontáneo, la forma correcta del fonema que tenía ausente o defectuoso.	Lenguaje espontáneo	Se realizará una conversación con el niño previamente estructurada, en la cual aparezca en varias ocasiones el fonema ausente o defectuoso.	20 min	-Tarjetas.	- Se le mostrarán al niño una serie de tarjetas que contengan el fonema ausente o defectuoso en posición inicial, medio y final (4 tarjetas de cada fonema).												
		Lenguaje espontáneo provocado	El niño tendrá que completar una serie de preguntas (intraverbales), cuyas respuestas impliquen la articulación del fonema afectado.	25 min														

TEMA. Sinfones: pl, bl, fl, pr, br, fr

OBJETIVO GENERAL: Lograr que el sujeto los produzca de forma adecuada. Los sinfonos pertenecientes a éste primer apartado son aquellos en cuya articulación intervienen órganos diferentes.

SESIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN.
1	-Propiciar la correcta articulación de los sinfonos (BL).		Se sentará el reeducador junto al niño frente al espejo y se le hará articular, para el grupo bl, la /l/. Sin mover la lengua de la posición de este fonema, se le hará llevar los labios a la posición de la /b/, tratando de que pronuncie los fonemas casi al mismo tiempo y de forma continuada: l – b – l – bl – bl.	45 min.		Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
	-Propiciar la correcta articulación de los sinfonos (PL).		Se sentará el reeducador junto al niño frente al espejo y se le hará articular, para el grupo pl, la /l/. Sin mover la lengua de la posición de este fonema, se le hará llevar los labios a la posición de la /p/, tratando de que pronuncie los fonemas casi al mismo tiempo y de forma continuada: l – p – l – pl – pl.		Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).	
	-Propiciar la correcta articulación de los sinfonos (FL).		Se sentará el reeducador junto al niño frente al espejo y se le hará articular, para el grupo fl, la /l/. Sin mover la lengua de la posición de este fonema, se le hará llevar los labios a la posición de la /f/, tratando de que pronuncie los fonemas casi al mismo tiempo y de forma continuada: l – f – l – fl – fl.		Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).	
	-Propiciar la correcta articulación de los sinfonos (PR).		Se sentará el reeducador junto al niño frente al espejo y se le hará articular, para el grupo pr, la /r/. Sin mover la lengua de la posición de este fonema, se le hará llevar los labios a la posición de la /p/, tratando de que pronuncie los fonemas casi al mismo tiempo y de forma continuada: r – p – r – pr – pr.		Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).	
	-Propiciar la correcta articulación de los sinfonos (BR).		Se sentará el reeducador junto al niño frente al espejo y se le hará articular, para el grupo br, la /r/. Sin mover la lengua de la posición de este fonema, se le hará llevar los labios a la posición de la /b/, tratando de que pronuncie los fonemas casi al mismo tiempo y de forma continuada: r – b – r – br – br.		Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).	
2		Juegos de articulación con el sinfón <i>Pl</i> .	- Se realizarán ejercicios en los que el sujeto tendrá que repetir una serie de Frases, trabalenguas y cuentos en los que tenga que articular el sinfón afectado.	45 min.	-Frases. - Trabalenguas. -Cuentos.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
		Reconocimiento del sinfón <i>pl</i> (psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al	- Se le proporcionará al niño una hoja en la cual vendrá un dibujo del fonema defectuoso, en donde el niño tendrá que colorear la imagen y encerrar en un círculo el grafema referente al fonema.		-Hoja con dibujos.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en

fonema			posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Juegos de articulación con el sinfón <i>Bl</i> .	-	Se realizarán ejercicios en los que el sujeto tendrá que repetir una serie de Frases, trabalenguas y cuentos en los que tenga que articular el sinfón afectado.	-Frases. - Trabalenguas. -Cuentos. Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Reconocimiento del sinfón <i>bl</i> (psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al fonema	-	Se le proporcionará al niño una hoja en la cual vendrá un dibujo del fonema defectuoso, en donde el niño tendrá que colorear la imagen y encerrar en un círculo el grafema referente al fonema.	-Hoja con dibujos. Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Juegos de articulación con el sinfón <i>Fl</i> .	-	Se realizarán ejercicios en los que el sujeto tendrá que repetir una serie de Frases, trabalenguas y cuentos en los que tenga que articular el sinfón afectado.	-Frases. - Trabalenguas. -Cuentos. Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Reconocimiento del sinfón <i>fl</i> (psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al fonema	-	Se le proporcionará al niño una hoja en la cual vendrá un dibujo del fonema defectuoso, en donde el niño tendrá que colorear la imagen y encerrar en un círculo el grafema referente al fonema.	-Hoja con dibujos. Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Juegos de articulación con el sinfón <i>Pr</i> .	-	Se realizarán ejercicios en los que el sujeto tendrá que repetir una serie de Frases, trabalenguas y cuentos en los que tenga que articular el sinfón afectado.	-Frases. - Trabalenguas. -Cuentos. Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Reconocimiento del sinfón <i>pr</i> (psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al fonema.	-	Se le proporcionará al niño una hoja en la cual vendrá un dibujo del fonema defectuoso, en donde el niño tendrá que colorear la imagen y encerrar en un círculo el grafema referente al fonema.	-Hoja con dibujos. Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).

		Juegos de articulación con el sinfón <i>Br</i> .	- Se realizarán ejercicios en los que el sujeto tendrá que repetir una serie de Frases, trabalenguas y cuentos en los que tenga que articular el sinfón afectado.		-Frases. - Trabalenguas. -Cuentos.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
		Reconocimiento del sinfón <i>br</i> (psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al fonema	- Se le proporcionará al niño una hoja en la cual vendrá un dibujo del fonema defectuoso, en donde el niño tendrá que colorear la imagen y encerrar en un círculo el grafema referente al fonema.		-Hoja con dibujos.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
3	Lograr que sea integrado a su lenguaje espontáneo, la forma correcta del sinfón que tenía ausente o defectuoso.	Lenguaje espontáneo <i>Sinfón Pl</i>	Se realizará una conversación con el niño previamente estructurada, en la cual aparezca en varias ocasiones el sinfón ausente o defectuoso.	45 min.		Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
		Lenguaje espontáneo provocado <i>Sinfón Pl</i>	El niño tendrá que completar una serie de preguntas (intraverbales), cuyas respuestas impliquen la articulación del fonema afectado.			Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
		Lenguaje espontáneo <i>Sinfón Bl</i>	Se realizará una conversación con el niño previamente estructurada, en la cual aparezca en varias ocasiones el sinfón ausente o defectuoso.			Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
		Lenguaje espontáneo provocado <i>Sinfón bl</i>	El niño tendrá que completar una serie de preguntas (intraverbales), cuyas respuestas impliquen la articulación del fonema afectado.			Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
		Lenguaje espontáneo <i>Sinfón Fl</i>	Se realizará una conversación con el niño previamente estructurada, en la cual aparezca en varias ocasiones el sinfón ausente o defectuoso.			Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en

posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).

Lenguaje espontáneo
provocado

El niño tendrá que completar una serie de preguntas (intraverbales), cuyas respuestas impliquen la articulación del fonema afectado.

Sinfón *fl*

Se le mostrarán al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).

Lenguaje espontáneo

Se realizará una conversación con el niño previamente estructurada, en la cual aparezca en varias ocasiones el sinfón ausente o defectuoso.

Sinfón *Pr*

Se le mostrarán al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).

Lenguaje espontáneo
provocado

El niño tendrá que completar una serie de preguntas (intraverbales), cuyas respuestas impliquen la articulación del fonema afectado.

Sinfón *Pr*.

Se le mostrarán al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).

Lenguaje espontáneo

Se realizará una conversación con el niño previamente estructurada, en la cual aparezca en varias ocasiones el sinfón ausente o defectuoso.

Sinfón *Br*.

Se le mostrarán al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).

Lenguaje espontáneo
provocado

El niño tendrá que completar una serie de preguntas (intraverbales), cuyas respuestas impliquen la articulación del fonema afectado.

Sinfón *Br*.

Se le mostrarán al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).

TEMA. Sinfonos: tr, dr, gr, cr, tl, gl, cl.

OBJETIVO GENERAL: Lograr que el sujeto los produzca de forma adecuada.

Este apartado lo constituyen aquellos grupos en que es el mismo órgano, la lengua, la que entra en actividad, variando sólo su posición para uno u otro fonema.

SESIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN.
1	-Propiciar la correcta articulación de los sinfonos (Tr).		Se sentará el reeducador junto al niño frente al espejo y se le hará articular, para conseguir el grupo tra, se comenzará haciendo repetir con rapidez tara... tara...tara, haciendo que ponga la fuerza articular en la segunda sílaba y articulando la primera vocal átona y muy breve. De esta forma se acaba convirtiendo en tra.	45 min.		Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
	-Propiciar la correcta articulación de los sinfonos (Dr).		Se sentará el reeducador junto al niño frente al espejo y se le hará articular, para conseguir el grupo dra, se comenzará haciendo repetir con rapidez dara... dara...dara, haciendo que ponga la fuerza articular en la segunda sílaba y articulando la primera vocal átona y muy breve. De esta forma se acaba convirtiendo en dra.		Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).	
	-Propiciar la correcta articulación de los sinfonos (CR).		Se sentará el reeducador junto al niño frente al espejo y se le hará articular, para conseguir el grupo cra, se comenzará haciendo repetir con rapidez cara... cara...cara, haciendo que ponga la fuerza articular en la segunda sílaba y articulando la primera vocal átona y muy breve. De esta forma se acaba convirtiendo en cra.		Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).	
	-Propiciar la correcta articulación de los sinfonos (GL).		Se sentará el reeducador junto al niño frente al espejo y se le hará articular, para conseguir el grupo gla, se comenzará haciendo repetir con rapidez gala... gala...gala, haciendo que ponga la fuerza articular en la segunda sílaba y articulando la primera vocal átona y muy breve. De esta forma se acaba convirtiendo en gla.		Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).	
	-Propiciar la correcta articulación de los sinfonos (CL).		Se sentará el reeducador junto al niño frente al espejo y se le hará articular, para conseguir el grupo cl, se comenzará haciendo repetir con rapidez cala... cala...cala, haciendo que ponga la fuerza articular en la segunda sílaba y articulando la primera vocal átona y muy breve. De esta forma se acaba convirtiendo en cla.		Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).	
2		Juegos de articulación con el sinfón Tr.	- Se realizarán ejercicios en los que el sujeto tendrá que repetir una serie de Frases, trabalenguas y cuentos en los que tenga que articular el sinfón afectado.	45 min.	-Frases. - Trabalenguas. -Cuentos.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
		Reconocimiento del sinfón tr	- Se le proporcionará al niño una hoja en la cual vendrá un		-Hoja con	Se le mostraran al niño 10

(psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al fonema	dibujo del fonema defectuoso, en donde el niño tendrá que colorear la imagen y encerrar en un círculo el grafema referente al fonema.	dibujos.	tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Juegos de articulación con el sinfón <i>Dr.</i>	- Se realizarán ejercicios en los que el sujeto tendrá que repetir una serie de Frases, trabalenguas y cuentos en los que tenga que articular el sinfón afectado.	-Frases. - Trabalenguas. -Cuentos.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Reconocimiento del sinfón <i>dr</i> (psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al fonema	- Se le proporcionará al niño una hoja en la cual vendrá un dibujo del fonema defectuoso, en donde el niño tendrá que colorear la imagen y encerrar en un círculo el grafema referente al fonema.	-Hoja con dibujos.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Juegos de articulación con el sinfón <i>Cr.</i>	- Se realizarán ejercicios en los que el sujeto tendrá que repetir una serie de Frases, trabalenguas y cuentos en los que tenga que articular el sinfón afectado.	-Frases. - Trabalenguas. -Cuentos.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Reconocimiento del sinfón <i>cr</i> (psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al fonema.	- Se le proporcionará al niño una hoja en la cual vendrá un dibujo del fonema defectuoso, en donde el niño tendrá que colorear la imagen y encerrar en un círculo el grafema referente al fonema.	-Hoja con dibujos.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Juegos de articulación con el sinfón <i>Gl.</i>	- Se realizarán ejercicios en los que el sujeto tendrá que repetir una serie de Frases, trabalenguas y cuentos en los que tenga que articular el sinfón afectado.	-Frases. - Trabalenguas. -Cuentos.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Reconocimiento del sinfón <i>gl</i> (psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al fonema	- Se le proporcionará al niño una hoja en la cual vendrá un dibujo del fonema defectuoso, en donde el niño tendrá que colorear la imagen y encerrar en un círculo el grafema referente al fonema.	-Hoja con dibujos.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5

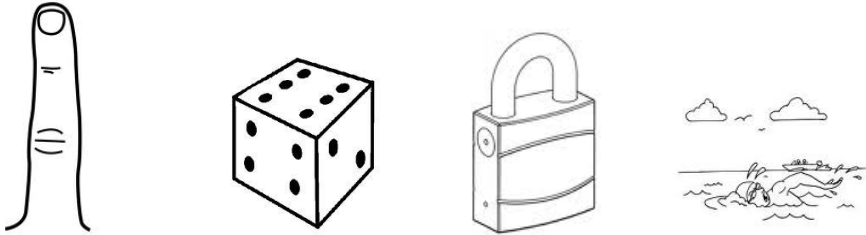
					tarjetas de cada fonema).
	Juegos de articulación con el sinfón <i>Cl</i> .	-	Se realizarán ejercicios en los que el sujeto tendrá que repetir una serie de Frases, trabalenguas y cuentos en los que tenga que articular el sinfón afectado.	-Frases. - Trabalenguas. -Cuentos.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
	Reconocimiento del sinfón <i>c/</i> (psicomotricidad) y discriminación visual del grafema correspondiente al fonema	-	Se le proporcionará al niño una hoja en la cual vendrá un dibujo del fonema defectuoso, en donde el niño tendrá que colorear la imagen y encerrar en un círculo el grafema referente al fonema.	-Hoja con dibujos.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
3	Lograr que sea integrado a su lenguaje espontáneo, la forma correcta del sinfón que tenía ausente o defectuoso.	Lenguaje espontáneo Sinfón <i>Tr</i> .	Se realizará una conversación con el niño previamente estructurada, en la cual aparezca en varias ocasiones el sinfón ausente o defectuoso.	45 min.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
	Lenguaje espontáneo provocado Sinfón <i>Tr</i> .		El niño tendrá que completar una serie de preguntas (intraverbales), cuyas respuestas impliquen la articulación del fonema afectado.		Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
	Lenguaje espontáneo Sinfón <i>Dr</i>		Se realizará una conversación con el niño previamente estructurada, en la cual aparezca en varias ocasiones el sinfón ausente o defectuoso.		Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
	Lenguaje espontáneo provocado Sinfón <i>dr</i>		El niño tendrá que completar una serie de preguntas (intraverbales), cuyas respuestas impliquen la articulación del fonema afectado.		Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).

Lenguaje espontáneo Sinfón <i>cr</i>	Se realizará una conversación con el niño previamente estructurada, en la cual aparezca en varias ocasiones el sinfón ausente o defectuoso.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Lenguaje espontáneo provocado Sinfón <i>cr</i> .	El niño tendrá que completar una serie de preguntas (intraverbales), cuyas respuestas impliquen la articulación del fonema afectado.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Lenguaje espontáneo Sinfón <i>Gl</i> .	Se realizará una conversación con el niño previamente estructurada, en la cual aparezca en varias ocasiones el sinfón ausente o defectuoso.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Lenguaje espontáneo provocado Sinfón <i>gl</i> .	El niño tendrá que completar una serie de preguntas (intraverbales), cuyas respuestas impliquen la articulación del fonema afectado.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Lenguaje espontáneo Sinfón <i>Cl</i> .	Se realizará una conversación con el niño previamente estructurada, en la cual aparezca en varias ocasiones el sinfón ausente o defectuoso.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).
Lenguaje espontáneo provocado Sinfón <i>cl</i> .	El niño tendrá que completar una serie de preguntas (intraverbales), cuyas respuestas impliquen la articulación del fonema afectado.	Se le mostraran al niño 10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media. (5 tarjetas de cada fonema).

ANEXO 9.

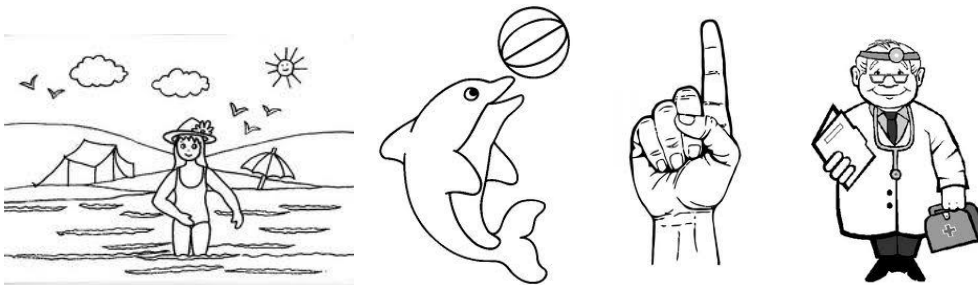
Fonema D Evaluación

4 fonemas con el fonema D en posición inicial, media y final.



Cuento con la "D" (Intraverbales)

Había una vez una muchacha que tenía muchas ganas de "nadar" 'por lo que decidió ir al mar estando ahí se encontró a un "delfín" con el cual jugo todo el día y sin darse cuenta se hizo de noche y ya casi no veía nada, así que se despidió de su amigo delfín, pero al momento de salir del mar no se fijo que había unas piedras y se lastimo su "dedo" y lloro y lloro porque tenía mucho dolor y tuvo que ir al "doctor".



Fonema D Actividades

Act. Juguemos al "veo-veo"



Act. Completar y construir frases.

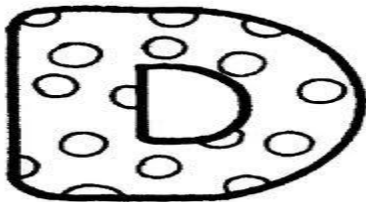


1.- Para comprar cosas necesitamos.....



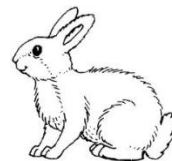
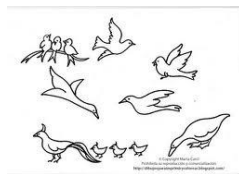
2.- La luna sale de noche y el sol sale de.....

Act. Colorear la imagen del fonema afectado.



Fonema "J" Evaluación

4 fonemas con el fonema J en posición inicial, media y final.



Cuento con la "J" (Intraverbales)

Había una vez un niño llamado Fabián al que le gustaba comer frutas y verduras, sin embargo no le gustaba el "jitomate" y su fruta preferida era la "jícama" y las comía después de "jugar" futbol en el patio y cuando hacía calor su mamá le llevaba una "jarra" de agua de sabor.

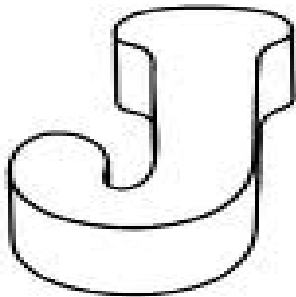


Fonema J Actividades

Act. Juguemos al "veo-veo"



Act. Colorear la imagen del fonema afectado.



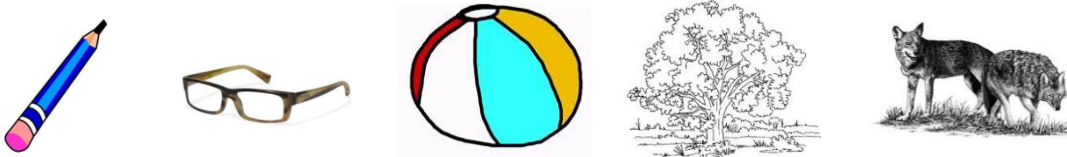
Fonema L Evaluación

4 fonemas con el fonema L en posición inicial, media y final.



Cuento de la “L” (Intraverbales)

Había una vez un niño que tenía un “lápiz” mágico con el cual se la pasaba dibujando todos los días y debido a eso llegó el momento que ya casi no veía, por lo que tuvo que usar “lentes”; un día empezó a escribir un cuento de un niño que estaba jugando con una “pelota” y esta se boto muy fuerte y se quedó atorada en un “árbol” y el niño fue a buscarla, pero en esa detrás del árbol salió un “lobo” feroz y que espanta al niño.



Fonema L Actividades

Act. Juguemos al “veo-veo”



Act. Completar y construir frases.



LECHE

1.- Para desayunar bebo un vaso de.....



2.- En el mar hay muchas.....



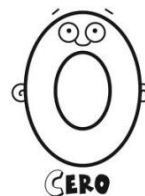
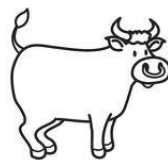
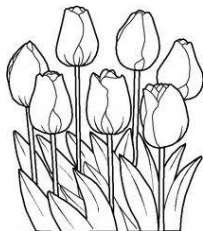
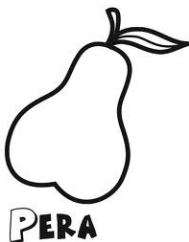
3.- El rey de la selva es el.....

Act. Colorear la imagen del fonema afectado.



Fonema R Evaluación

4 fonemas con el fonema RR en posición inicial, media y final.



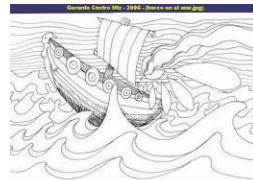
Cuento de la "R" (Intraverbales)

Daniel era un niño tan aplicado en la escuela que un día sus abuelos decidieron darle de regalo unos "colores" Daniel estaba muy contento y todos los días dibujadaba muchas cosas, un día se le ocurrió dibujar una "palmera" y le quedo tan bonita que decidio regalarsela a sus abuela, por lo que tomo sus "tijeras" y comenzo a recortarla, pero no se fijo bien y se corto un dedo y comenzo a "llorar" mucho, así que su abuela para que se le quitará el dolor le horneo unas ricas galletas en forma de "corazón" y con eso Daniel dejo de llorar y volvió a dibujar.

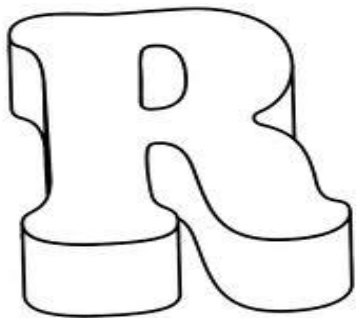


Fonema R Actividades

Act. Juguemos al "veo-veo"



Act. Colorear la imagen del fonema afectado.



¡Escribe una palabra con esta letra! _____

Fonema S Evaluación

4 fonemas con el fonema S en posición inicial, media y final.



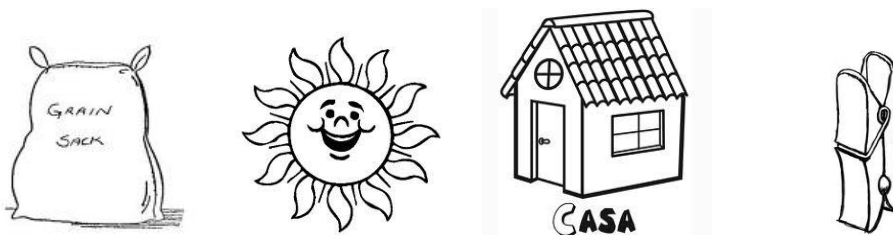
Cuento de la "S"

Era un día tan bonito que Daniel salio a dar un paseo, sin embargo el "sol" estaba muy fuerte e hizo que Daniel comenzara a "sudar" mucho, por lo que se fue a acostar al "pasto" pero no contaba con que en el pasto había muchos "gusanos" y se espanto mucho y se fue corriendo muy rápido a su "casa".

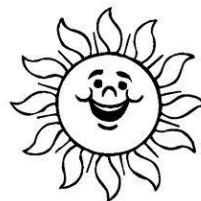


Fonema R Actividades

Act. Juguemos al "veo-veo"



Act. Completar y construir frases.

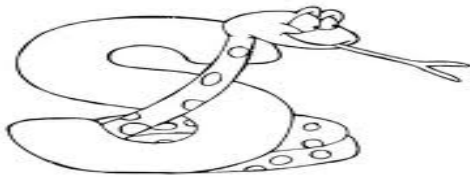


1.- Cuando hace mucho calor luce en el cielo el.....



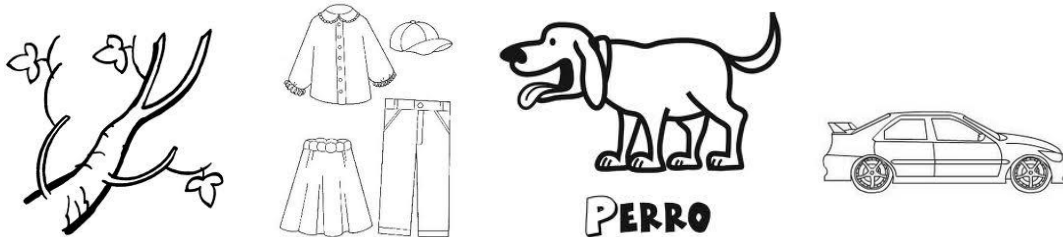
2.- Si la comida esta sosa le echamos....

Act. Colorear la imagen del fonema afectado.



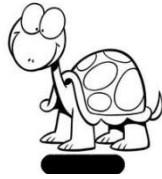
Fonema RR Evaluación

4 fonemas con el fonema RR en posición inicial, media y final.



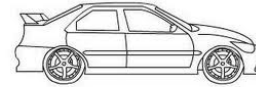
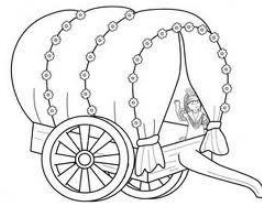
Cuento de la "RR"

Daniel era un niño muy travieso y le gustaba coleccionar animalitos uno de ellos era Mickey el "ratón" el cual era muy tranquilo y le gustaba mucho el queso, otra de sus mascotas era Rene la "rana" la cual le gustaba brincar por todos lados y su ultima mascota era Quica la "tortuga" a la cual solo le gustaba dormir y dormir un día decidio hacerle una broma a su mamá y espantarla con todas sus mascotas, a lo que su mamá pego un gritote ¡Ay que miedo!! Y Daniel comenzo a "reir" y reir, sin embargo después se arrepintio y decidio regalarle unas "rosas" para que se encontentara su mamá.

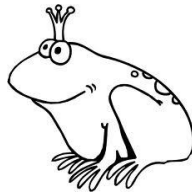


Fonema RR Actividades

Act. Juguemos al “veo-veo”



Act. Completar y construir frases.

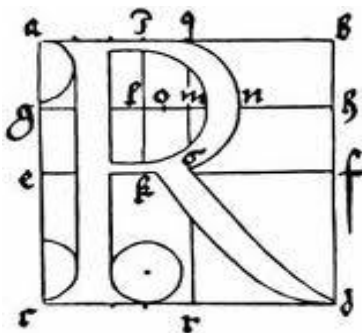


1.- Por las noches croan las....



2.- La sangre es de color....

Act. Colorear la imagen del fonema afectado.

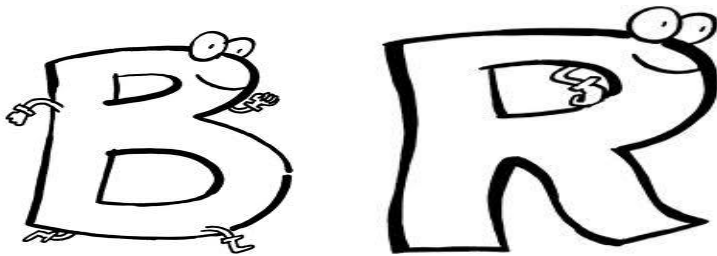


Sinfon “BL” Evaluación

10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media.

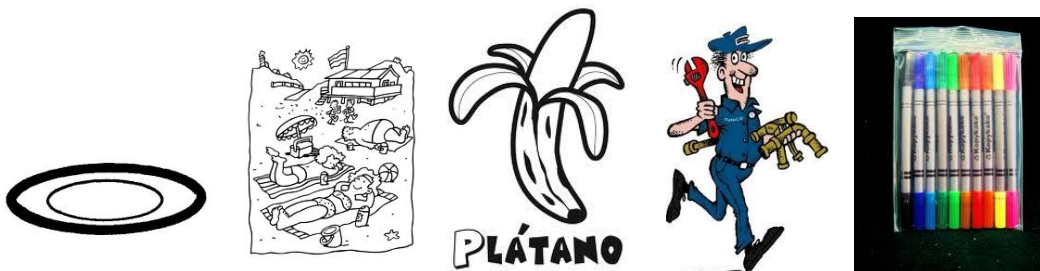


Act. Colorear la imagen del fonema afectado.



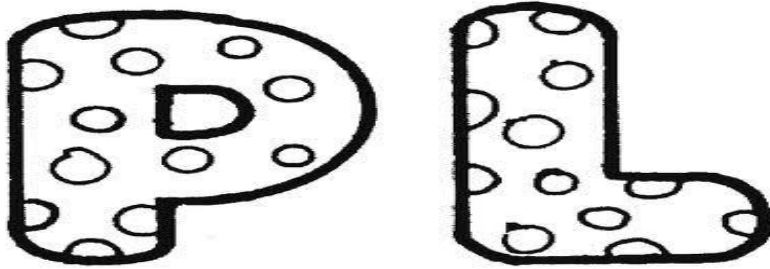
Sinfon "PL" Evaluación

10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media.



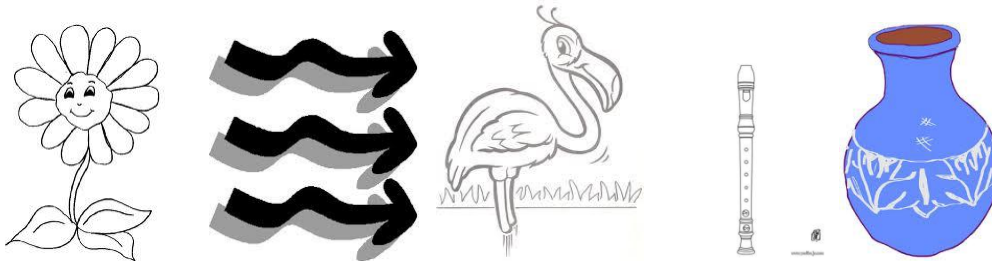


Act. Colorear la imagen del fonema afectado.

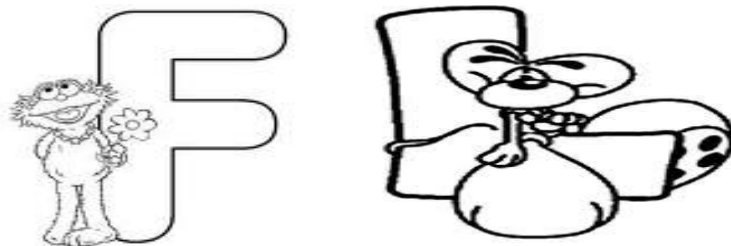


Sinfon "FL" Evaluación

10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media.



Act. Colorear la imagen del fonema afectado.

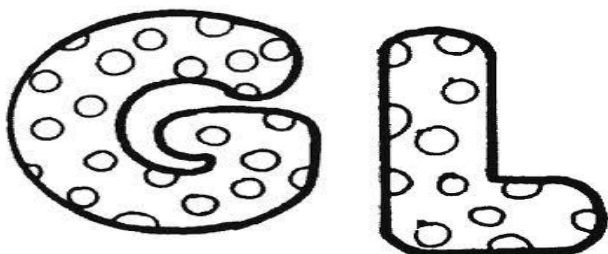


Sinfon "GL" Evaluación

10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media.

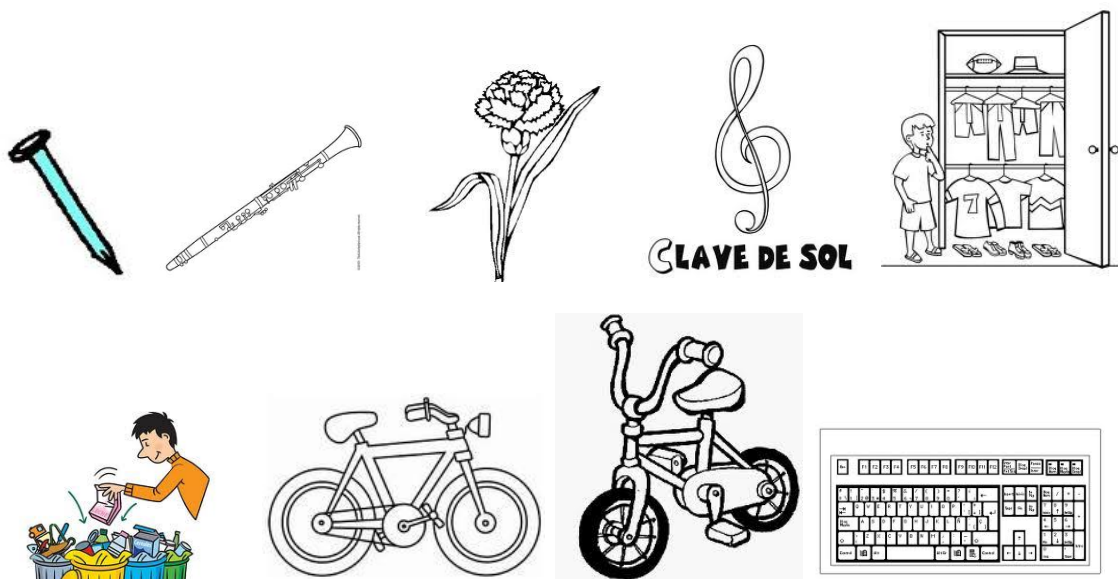


Act. Colorear la imagen del fonema afectado.

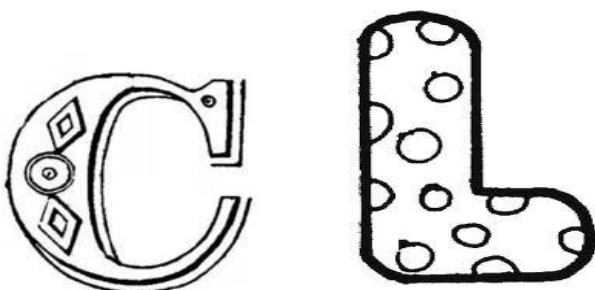


Sinfon "KL" Evaluación

10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media.

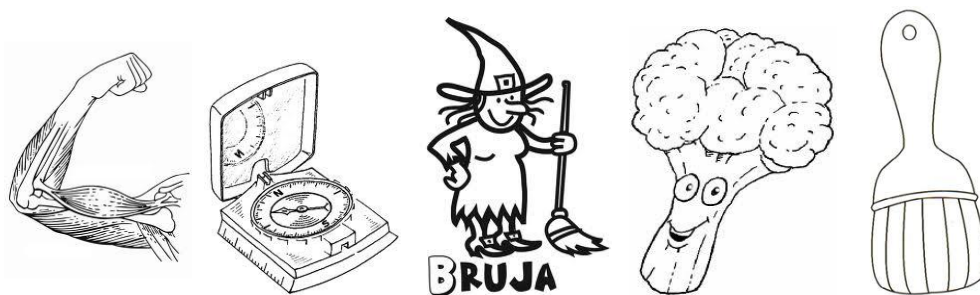


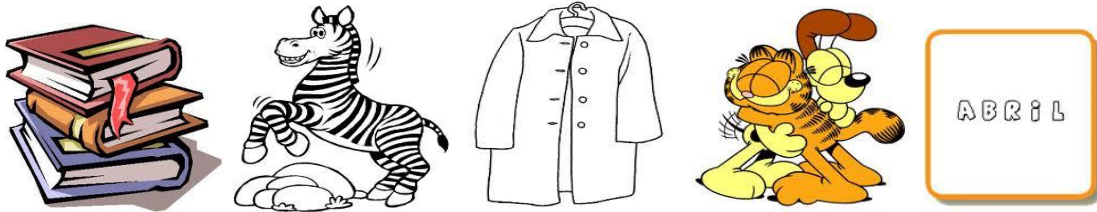
Act. Colorear la imagen del fonema afectado.



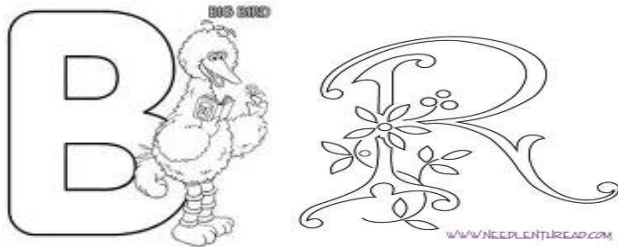
Sinfon "BR" Evaluación

10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media.





Act. Colorear la imagen del fonema afectado.

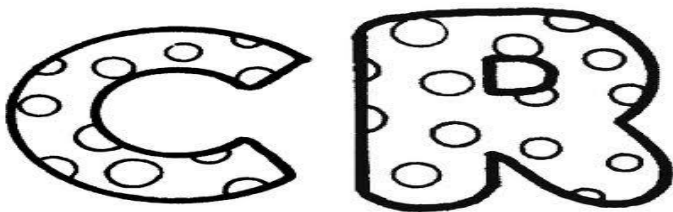


Sinfon "CR" Evaluación

10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media.



Act. Colorear la imagen del fonema afectado.

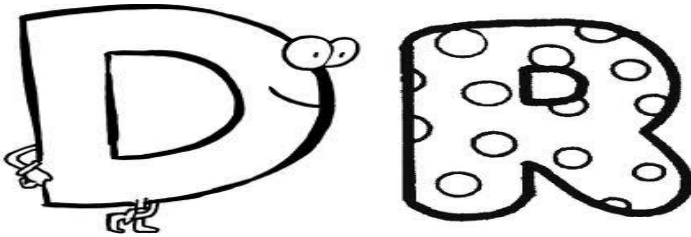


Sinfon "DR" Evaluación

10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media.

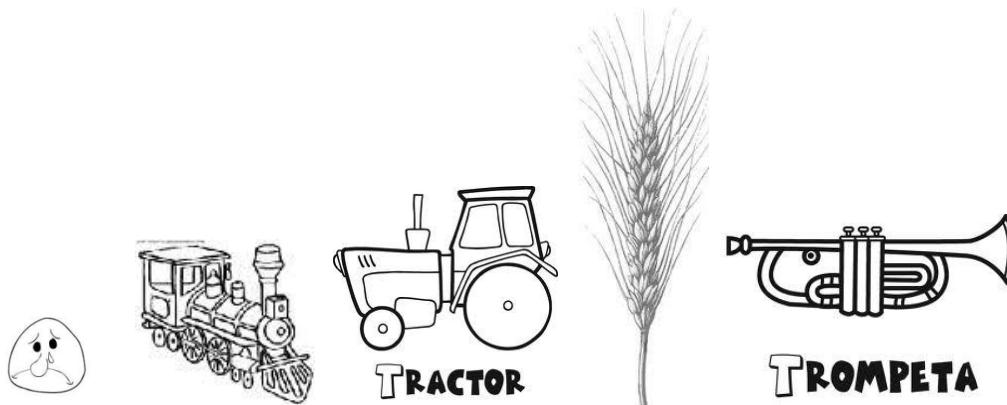


Act. Colorear la imagen del fonema afectado.



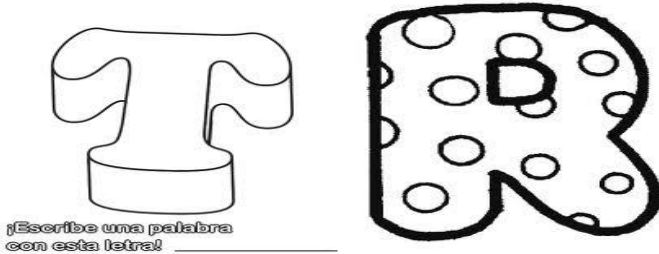
Sinfon "TR" Evaluación

10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media.





Act. Colorear la imagen del fonema afectado.



Sinfon "PR" Evaluación

10 tarjetas que contengan el sinfon ausente o defectuoso en posición inicial y media.



Act. Colorear la imagen del fonema afectado.

