



**GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE HIDALGO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL- HIDALGO**



**“EL ÁREA DE LENGUAJE EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
REGIONAL DE HIDALGO CRIRH”**

IVETTE GUADALUPE BLANCAS LEÓN

TULANCINGO DE BRAVO, HGO. MAYO 2013



**GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE HIDALGO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL- HIDALGO
SEDE TULANCINGO HIDALGO**



**“EL ÁREA DE LENGUAJE EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
REGIONAL DE HIDALGO CRIRH”**

TESINA

MODALIDAD INFORME ACADÉMICO DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA LICENCIADA
EN INTERVENCIÓN EDUCATIVA.**

PRESENTA:

IVETTE GUADALUPE BLANCAS LEÓN

TULANCINGO DE BRAVO, HGO. MAYO 2013

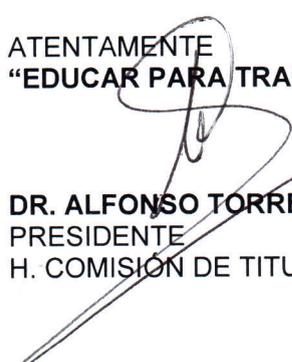
Pachuca de Soto, Hgo., 23 de mayo de 2013.

C. IVETTE GUADALUPE BLANCAS LEÓN
P R E S E N T E.

En mi calidad de Presidente de la Comisión de Titulación de esta Unidad, me permito informarle que, como resultado del análisis realizado a la Tesina Modalidad Informe Académico intitulada “**El Área de Lenguaje en el Centro de Rehabilitación Integral Regional de Hidalgo CRIRH**”, presentado por su tutora **MTRA. MARÍA GEORGINA ISLAS GUERRERO**, ha sido **DICTAMINADO** para obtener el título de Licenciada en Intervención Educativa, al haber reunido los requisitos académicos establecidos al respecto por la institución.

Con base en lo anterior, tengo a bien informarle que puede ser presentado ante el H. Jurado que se le designará al solicitar su examen profesional.

ATENTAMENTE
“**EDUCAR PARA TRANSFORMAR**”



DR. ALFONSO TORRES HERNÁNDEZ
PRESIDENTE
H. COMISIÓN DE TITULACIÓN



S. E. P. H.
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
HIDALGO

C.c.p.- Depto. de Titulación.- Universidad Pedagógica Nacional-Hidalgo.
Documento válido por 60 días a partir de la fecha de expedición.

ATH/NRR/jahm.

ÍNDICE

	PÁG.
Introducción	
CAPÍTULO I LUGAR DE FORMACIÓN.	
1.1 Licenciatura En Intervención Educativa.....	6
1.2 Líneas Específicas.....	8
1.3 Prácticas Profesionales.....	11
1.4 Servicio Social.....	13
1.5 Marco contextual.....	13
1.5.1 Infraestructura del CRIRH.....	15
1.5.2 Área de terapia de lenguaje.....	19
1.6 Diagnóstico.....	22
1.6.1 Metodología del diagnóstico.....	22
1.6.2 Resultados del diagnóstico.....	23
1.6.3 Observaciones a pacientes.....	26
1.7 Delimitación del problema.....	32
1.8 Planteamiento del problema.....	34
1.9 Justificación.....	34
CAPÍTULO II MARCO DE REFERENCIA	
2.1 Marco de referencia del desarrollo del lenguaje.....	36
2.1.1 Conceptos Básicos.....	38
2.1.2 Componentes Neurofisiológicos.....	39
2.2 Desarrollo del Lenguaje.....	41
2.3 Problemas de Lenguaje.....	47
2.3.1 Retardo Simple de lenguaje.....	47
2.3.2 Disfasia.....	48
2.3.3 Afasia.....	49
2.3.4 Trastornos de la voz y del habla.....	52
2.3.4.1 Dislalia.....	52
2.3.4.2 Disfemia.....	54
2.3.4.3 Tartamudeo.....	54
2.3.4.4 Disartria.....	55
2.3.4.5 Dislexia.....	55
2.3.4.6 Mutismo.....	56
CAPÍTULO III DISEÑO DE LA ESTRATEGIA.	
3.1 Objetivo general.....	57
3.2 Metodología de la estrategia.....	58
3.3 Organización general de la estrategia.....	61

3.4 Desarrollo de la estrategia.....	62
3.4.1 Unidad de lenguaje.....	62
3.4.2 Unidad de motricidad.....	65
3.4.3 Unidad cognitiva.....	67

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y EVALUACIÓN

4.1 ¿Qué es la evaluación?.....	72
4.2 Resultados de las actividades.....	73
4.3 Evaluación general de la estrategia implementada en Prácticas Profesionales.....	84
4.4 Facilidades y problemas de aplicación del plan.....	85
4.5 Experiencia vivida.....	86
4.6 Las condiciones de desarrollo de la intervención.....	87
4.7 Alcances logrados.....	88
4.8 Evaluación de prácticas profesionales.....	89

Conclusiones

Bibliografía

Anexos

Introducción

El lenguaje es la principal herramienta que posee el ser humano para interactuar y formar vínculos con otros, se halla estrechamente unido a la inteligencia y al pensamiento ya que para llegar al lenguaje tenemos que ser capaces de imaginar y recordar, tener el símbolo de las cosas sin que éstas estén delante.

En el presente trabajo se da a conocer el desarrollo y trabajo que se llevó a cabo durante el proceso de las prácticas profesionales en el Centro de Rehabilitación Integral Regional Hidalgo (CRIRH).

En el primer capítulo, se da a conocer el papel que tiene la Licenciatura en Intervención Educativa dentro de la Universidad Pedagógica Nacional, así como los alcances que se tienen en cuanto a las prácticas profesionales y el servicio social en los cuales se ponen en acción los conocimientos adquiridos durante la licenciatura, llevando a cabo proyectos y la realización de diagnósticos para conocer la problemática; y detectar un problema, el proponer soluciones con actividades planeadas y dirigidas hacia la solución y evaluación del mismo.

En este mismo capítulo se continúa con la descripción del lugar de intervención, dónde se encuentra ubicado, la infraestructura con la que cuenta y el personal que está laborando en el lugar, al igual que se muestra la problemática detectada en el diagnóstico realizado en el CRIRH, a través de la metodología aplicada durante su realización; posteriormente aparece el planteamiento del problema y a partir de éste se toma para la sustentación de dicho trabajo.

En el segundo capítulo se presenta el marco referencial que habla acerca del desarrollo del lenguaje, cómo se desarrolla y qué problemas puede haber o se pueden desarrollar en cuanto al lenguaje, ya sea un retardo de lenguaje o algún trastorno del habla.

En el tercer capítulo se presenta una propuesta con actividades directrices para el área de lenguaje, divididas en unidades en los aspectos de cognición,

de lenguaje oral y de psicomotricidad; los cuales tienen un objetivo en común, el potenciar el lenguaje oral para una mejor expresión y comunicación, a través de ejercicios fonéticos, cognitivos y psicomotrices, para potenciar sus aprendizajes y su comunicación.

Enseguida se presenta el capítulo cuatro donde se da a conocer el resultado y la evaluación del plan de actividades implementado, así como también la evaluación del programa de prácticas profesionales, se muestran las fortalezas y debilidades durante el transcurso de las prácticas, la experiencia vivida desde la formación en la Licenciatura en Intervención Educativa y los alcances logrados en el CRIRH.

Finalmente se muestran las conclusiones las cuales presentan los logros y las experiencias dentro del lugar de Prácticas Profesionales, al igual que se da a conocer la bibliografía consultada la cual da sustento teórico al trabajo presentado, también se presentan las evidencias de trabajo con las fotos en los anexos.

CAPÍTULO I LUGAR DE FORMACIÓN

1.1 Licenciatura en Intervención Educativa

La Universidad Pedagógica Nacional, oferta la licenciatura en Intervención Educativa, la cual se basa para desempeñarse en distintos ámbitos educativos, como lo es el lugar donde se llevaron a cabo las prácticas profesionales, el Centro de Rehabilitación Integral Regional Hidalgo (CRIRH) de Tulancingo Hidalgo, donde se puede llevar a cabo la realización de proyectos alternativos que les permitan solucionar problemas socioeducativos y psicopedagógicos, desde una perspectiva múltiple, procurando contribuir a la atención de necesidades sociales, culturales y educativas, incorporando las nuevas tendencias que en materia educativa se trabajan en los procesos de enseñanza y aprendizaje, mediante un enfoque ahora manejado por competencias profesionales; los elementos teóricos y metodológicos de la intervención educativa, nos permite a los estudiantes intervenir en problemas no solo en el ámbito escolar o psicopedagógicos, sino que también en un ámbito socioeducativo, esto es fuera de un área escolar. Se define como “intervención a la acción intencionada sobre un campo, problema o situación específica, para su transformación.”¹

La Licenciatura en Intervención Educativa, se desarrolla en un ámbito socioeducativo, al igual que psicopedagógico, la primera se refiere a una intervención la cual se está encomendada a dar una posible solución a situaciones que actualmente la sociedad está o ha sufrido en sus relaciones económicas, políticas y sociales; los sujetos sociales aspiran a un bienestar común y mejores formas de vida. En este sentido, la educación presenta un desbordamiento de lo formal hacia lo informal, ya que la educación formal se desarrolla de manera

¹.Programa de reordenamiento de la oferta educativa de las unidades UPN (Plan de Estudios). Licenciatura en Intervención Educativa. 2002". En Antología de Intervención Educativa. UPN/HGO. UPN. Pp.160.

organizada y sistemática dentro de un sistema educativo institucionalizado, cronológicamente graduado y jerárquicamente estructurado que abarca desde la escuela primaria hasta concluir los estudios²; por otro lado la educación informal hace referencia a una educación que dura toda la vida, ya que en este tipo de educación cada persona va adquiriendo y acumulando conocimientos, capacidades, actitudes y comprensión a través de las experiencias diarias y del contacto con su medio; al igual que se han roto los límites de edad en la atención de los sujetos, se habla con frecuencia de educación inicial la cual proporciona una valiosa experiencia y preparación para la transición a la escolarización a nivel primario, ya que los niños se encuentran en un ambiente escolar desde muy pequeños debido a las situaciones sociales y familiares, finalmente la educación permanente.

La intervención socioeducativa puede atender las modalidades culturales, sociales y educativas. Las áreas en que se puede incidir son: el tiempo libre, como pueden ser cursos; educación de adultos, que hace referencia al Sistema de educación abierta para adultos; educación especializada y la formación socio laboral, que incluyen ámbitos como la educación ambiental, para la salud, la paz, de adultos, permanentes, compensatorios, para la tercera edad, para los medios de comunicación y el desarrollo comunitario.³

Por otro lado el ámbito psicopedagógico, a diferencia de la socioeducativa, se desenvuelve en un ámbito escolar, y tiene como campo la atención tanto de problemas institucionales como de alumnos y maestros, ya sea en el plano de los aprendizajes o en las formas de enseñar contenidos específicos, así como también tiene que ver tanto con las necesidades psicológicas como con las educativas de uno o más alumnos y completa, o supe, la instrucción académica en las aulas, pero no se propone suplantarla.

² Ibídem pag. 44.

³ Beltrán J. Et. al Intervención Psicopedagógica y currículo Escolar, 2000, p.1. En Antología de Intervención Educativa. UPN/HGO. UPN. Pp.161.

Beltrán⁴ identifica diez posibles áreas de intervención psicopedagógica, como lo es el apoyo psicopedagógico en la escuela, la intervención en ámbitos de integración a la escuela de minusválidos; la integración en el ámbito de la creatividad y afectividad, en el ámbito de la inteligencia práctica; el ámbito de la estructura cognitiva, en cuanto al aprendizaje; y el desarrollo del lenguaje oral y escrito así como la intervención en el ámbito de las matemáticas y las ciencias sociales.

En este sentido la intervención que se desarrolló en el tiempo de las prácticas profesionales fue una intervención psicopedagógica, ya que fue llevado a cabo un proyecto, el cual estaba dirigido hacia el área de lenguaje a niños de entre 2 y 8 años de edad, con algún problema de expresión oral y de aprendizaje. La intervención psicopedagógica se dio ya que éstos niños eran referidos por las maestras de diferentes escuelas, pues estos problemas ocasionaban atrasos y dificultades para la comunicación y el aprendizaje continuo de cada uno, tratando de darle una solución al problema para que hubiera una mejor integración de los niños en sus grupos y un mejor desarrollo en cuanto a sus aprendizajes.

1.2 Líneas Específicas

La Licenciatura en Intervención Educativa, prepara a profesionales de la educación que intervienen en problemáticas sociales y educativas que trascienden los límites de la escuela, siendo capaces de incorporarse a otros ámbitos, como puede ser en salud, en lo político, así como psicológico y es capaz de plantear soluciones a los problemas derivados de los campos de intervención, iniciando con la realizando un diagnóstico tomando muy en cuenta el contexto donde se desarrolla el problema. La Universidad Pedagógica

⁴.Ibídem 162

Nacional(UPN), oferta varia líneas de formación de las cuales la sede de Tulancingo Hidalgo promueve las tres primeras, las cuales son⁵:

La Educación de las personas jóvenes y adultos (EPJA) la cual se encuentra constituida por un amplio abanico de prácticas que abarcan la educación básica, en cuanto a la alfabetización en primaria y secundaria, la capacitación en y para el trabajo, al igual que a la educación orientada al mejoramiento de la calidad de vida, a la promoción de la cultura y al fortalecimiento de la identidad, así como a la organización y la participación democrática. De esta manera los interventores en esta línea se desarrollan en un ámbito más socioeducativo ya que preparan a personas mayores que no cuentan con una alfabetización trabajando en el INEA, cuya institución tiene ese propósito.

Otra línea que oferta la UPN-Hgo. Sede Tulancingo es la Educación Inicial cuya línea forma profesionales que conocen la importancia de la educación inicial y el proceso de desarrollo integral del niño de 0 a 4 años. Sus competencias les permiten diseñar y aplicar estrategias de intervención que favorecen el desarrollo del niño, atendiendo los factores individuales, familiares y sociales; y las instancias que influyen en este proceso.

Esta línea fue muy importante en mi formación como LIE ya que fue la línea que cursé, dándome un marco referencial acerca del desarrollo infantil para poder elaborar actividades dirigidas a pequeños estimulando su desarrollo cognitivo, psicomotor y afectivo así como también conocer distintas etapas por las que van pasando los niños de acuerdo a su edad. Los conocimientos adquiridos en esta línea me dieron la oportunidad de poder desarrollar mis prácticas y servicio social en lugares donde niños de estas edades son atendidos, al igual que me abrió un panorama para poder laborar como interventora realizando proyectos dirigidos a sus necesidades, objetivos y prioridades como lo plantean las guarderías, los jardines de niños o cualquier otra instancia que así lo requiera.

⁵Ibídem 156

Finalmente la UPN-Hgo. Sede Tulancingo promueve la Educación Inclusiva la cual se encarga de la atención a las necesidades educativas específicas interviniendo en los ámbitos familiares, escolares, laborales y comunitarios, mediante la adaptación, diseño e implementación de programas y proyectos fundamentados en el conocimiento de la realidad social, así como de enfoques y presupuestos teórico-metodológicos, con una actitud comprometida, innovadora y de reconocimiento y aceptación de la diversidad, para la transformación social y el desarrollo de una educación inclusiva, considerando esta una línea con demasiada importancia en la actualidad ya que los problemas educativos y las personas que presentan alguna capacidad diferente están siendo cada vez más tomadas en cuenta en los ámbitos educativos y sociales, para lo cual debe existir nuevas propuestas para su integración hacia los programas establecidos.

Por otro lado la Universidad Pedagógica Nacional también oferta otras líneas de Intervención educativa como lo es la Gestión Educativa, la cual tiene como finalidad impulsar procesos en los ámbitos académicos, institucionales y sociales a partir del conocimiento teórico-metodológico, lo que permite, con actitud cooperativa, tolerancia y respeto, orientar a una toma de decisiones académicas, la solución de conflictos, desarrollar la capacidad de diálogo y negociación, así como hacer propuestas de intervención que contribuyan a la consolidación y desarrollo de las instituciones; tomando en cuenta el objetivo de esta línea el interventor educativo tendrá una gran responsabilidad y trabajo ante su desempeño ya que el gestionar y guiar nuevas ideas abre nuevas áreas de trabajo.

Otra de las líneas que oferta es la Interculturalidad cuyo objetivo es el reconocer la diversidad en sus diferentes manifestaciones y ámbitos, para así diseñar e instrumentar proyectos de animación e intervención para contribuir a la convivencia en un ambiente de comunicación y diálogo. Esta línea es considerada de gran importancia ya que el conocer y vincular la cultura ayuda a incorporar nuevos elementos del contexto a los procesos de aprendizaje para poder diseñar

nuevos programas y modelos adecuados a las características y necesidades de los diferentes grupos.

Por último la Orientación Educacional su finalidad es realizar diagnósticos, diseñar, implementar y evaluar proyectos, propuestas y programas de Orientación Educacional en sus modalidades individual, grupal, institucional e interinstitucional para intervenir mediante asesorías, tutorías y consultorías; en problemas identificados en el desarrollo personal, laboral y profesional de estudiantes, padres de familia, docentes y trabajadores en ámbitos educativo, profesional y laboral con una actitud de tolerancia, respeto, y una intención pre activa, preventiva y correctiva.⁶ Al igual que en las líneas anteriores, esta línea también realiza diagnósticos, sin embargo esta línea se basa más en el proceso psicopedagógico y se encarga de diseñar planes, programas y proyectos para los ámbitos escolares, familiares, laborales, institucionales y sociales a partir de enfoques de diseño participativo, teniendo como finalidad el contribuir a la intervención de las problemáticas identificadas, con una actitud crítica, colaborativa, dinámica y respetuosa.

1.3 Prácticas Profesionales

Dentro de la Universidad Pedagógica Nacional Hidalgo, se desarrollan las Prácticas Profesionales, las cuales se desenvuelven en un espacio curricular, y son acompañadas de algún encargado el cual asesora mediante determinadas técnicas de intervención sobre la realidad del campo profesional. Generalmente cada unidad o departamento formula las guías o cuadernos de prácticas, para atender a la especificidad de las carreras.

Las prácticas tienen como propósito vincular al estudiante durante su proceso formativo con las habilidades que los expertos fomentan en los diferentes

⁶ Ibídem Pp. 170

contextos laborales donde se desarrollan experiencias y vivencias desde una realidad más cercana de la intervención. Este vínculo y naturaleza pedagógica está a cargo del experto y consiste en un sistema de apoyos que proporciona al estudiante un conjunto de pericias, valores y sistema de creencias de la práctica profesional. Los resultados de la práctica guiada del estudiante serán reportados a los expertos a cargo de los practicantes, según los criterios de evaluación propios del desempeño esperado en cada campo profesional.

Dentro del marco del currículo la realización de las prácticas profesionales se deben comenzar desde el sexto semestre, una vez que ha contado con tres semestres antecedentes de introducción al campo de las líneas específicas, y la realización de proyectos de intervención, así como algunas dinámicas y actividades dirigidas al campo de trabajo con los niños o maestros. Uno como estudiante cuenta con tres espacios curriculares donde se realizarán 180 horas de prácticas profesionales, esto con el fin de poder llevar a la práctica los conocimientos adquiridos durante los semestres cursados y poder llevar a cabo la realización e intervención con una nueva propuesta que ayude a solucionar alguna problemática ya sea de manera psicopedagógica o socioeducativa.

Estos cursos serán aquellos que aseguren al estudiante la adquisición de habilidades concretas de intervención, que ayuden en su formación como profesional. Cada línea específica definirá cuáles cursos adoptarán esta modalidad y las habilidades profesionales específicas que el estudiante habrá de adquirir al culminar la asesoría recibida.⁷ La licenciatura en Intervención educativa en su línea Inicial tiene como primer curso la realización de un diagnóstico para poder iniciar con la problemática, posteriormente un apartado teórico infantil, el cual sirve como un sustento para el trabajo y la realización de una propuesta con actividades dirigidas hacia la edad y la problemática situada.

⁷Ibidem P.p. 172

1.4 Servicio Social

Otra manera de poner en práctica los aprendizajes durante la formación como profesionales en la Intervención Educativa es el Servicio Social, el cual constituye un espacio de formación práctica donde el estudiante se integra a las problemáticas sociales, a la vez que completa su aprendizaje, aporta nuevos enfoques a las prácticas usuales, contribuye con su trabajo al mejoramiento social o comunitario y se podrán realizar cuando ya se haya cursado un 70% del mapa curricular o de los créditos establecidos.

El Servicio Social se puede desarrollar dentro la misma Universidad, cuando existan programas de investigación, creación de medios, entre otros, acordes con el perfil que se pretende lograr; sin embargo es deseable que la vinculación con el sector social, educativo y productivo se fomente y consolide.

Al igual que las prácticas profesionales, el servicio social se desempeñó en el CRIRH en donde se dio un seguimiento al proyecto, con el cual inicio en prácticas profesionales y pude interactuar más tiempo, con los pacientes y padres de familia, así como también las terapeutas. Entre los objetivos generales que tiene el Servicio Social se destaca que debe desarrollar en el prestador una conciencia de solidaridad y compromiso con la sociedad a la que pertenece. Que el prestador realice un acto de correspondencia para con la sociedad al extender los beneficios de la ciencia al igual que la tecnología en el campo educativo como cultural. Finalmente el afirmar y completar la formación académica del prestador así como contribuir a su capacitación profesional.⁸

1.5 Marco Contextual

El Centro de Rehabilitación Integral Regional Hidalgo Valle de Tulancingo (CRIRH) se encuentra ubicado en la carretera México-Tuxpan en el Km. 37.5 en el

⁸ Ibídem 173

entronque a la comunidad de los Romeros en la colonia Paxtepec Municipio de Santiago Tulantepec (ver anexo 1).

Se creó con la finalidad de poder cubrir las necesidades de la población del Valle de Tulancingo, y así acercar los servicios de rehabilitación a las personas más desprotegidas y vulnerables de esta Región y darles la oportunidad de tener una mejor calidad de vida. Ofrece atención especializada en medicina de rehabilitación, en la cual el doctor refiere al paciente para sus terapias en las distintas áreas, en terapia física se dan terapias a personas con problemas musculares o de huesos, dentro de terapia de lenguaje, se atienden a niños con algún problema de lenguaje oral así como escrito, en terapia ocupacional se puede ver la atención para pacientes con problemas de aprendizaje o de atención, entre otras. En esta unidad se le da prioridad a personas de estrato socioeconómico bajo, estableciendo cuotas de recuperación para mantenimiento y mejora de la unidad.

El Centro de Rehabilitación Integral Regional Hidalgo (CRIRH), fue inaugurado el 9 de marzo del 2010, siendo Director del centro el Lic. Jaime Enrique León Pérez y subdirector el Dr. Isaías Martínez, actualmente se encuentra a cargo la PSIC. Maryxchel Briseño Pineda, como directora de la institución. Tuvo una inversión de más de 21 millones de pesos y se inauguró como el mejor Centro de Rehabilitación Integral Regional para personas con capacidades diferentes y tiene la capacidad para dar servicio a 10 mil personas de 16 municipios: Tulancingo, Cuautepec, Acatlán, Metepec, Santiago Tulantepec, Acaxochitlan, Singuilucan, Agua Blanca, Tenango de Doria, San Bartolo Tutotepec, Huehuetla, Apan, Almoloya, Tlanalapa, Emiliano Zapata y Tepeapulco.

1.5.1 Infraestructura Del CRIRH

Este centro cuenta con una gran infraestructura, a simple vista es presentable, con colores llamativos, tiene grandes ventanales lo cual permite buena iluminación y ventilación, cuentan con salidas de emergencia que contemplan las vías y salidas que permitan un desalojo rápido de las instalaciones en caso de peligro o emergencia, contando con materiales como extintores para algún percance.(Ver Anexo 1)

Por otro lado las diferentes áreas con las que cuenta el CRIRH y que se encuentran divididas son: Dirección: la cual está a cargo de la PSIC. Maryxchel Briseño Pineda, quien se encarga de gestionar lo que haga falta en el CRIRH. Administración: Está a cargo de una contadora, la cual esta comisionada para distribuir y administrar los recursos económicos que se le otorgan al centro. Radiología e imagen: en esta área se llevan a cabo las radiografías de los pacientes.

La sala neurosensorial, es una área donde se encarga de atender a niños con problemas de hiperactividad la cual se caracteriza por la actividad excesiva y fuera de lo normal, donde el niño no puede quedarse quieto, dentro en esta sala el paciente entra para tener un poco de relajación y poder trabajar con ellos, en las siguientes terapias, al igual que se trabaja con niños con asperger, ya que este tipo de pacientes presentan dificultades en la interacción social y en la comunicación, y autismo. Esta área es atendida por los terapeutas del área ocupacional.

El área de Estimulación Múltiple Temprana, está a cargo de una terapeuta en Física la cual se encarga de atender a bebés, con problemas motrices. Así como también se cuenta con dos áreas de Psicología, la cual atiende tanto a niños como a los padres de familia que lo necesitan o que los psicólogos lo soliciten. Dentro del área de lenguaje se cuenta con dos áreas, las cuales están a cargo de una

especialista en terapia de lenguaje y una Interventora educativa, la primera atiende a niños de aprox. De 6 años en adelante así como también adultos mayores, la otra terapeuta se encarga más de niños pequeños de 2 años hasta los 5 años.

Terapia ocupacional está a cargo de dos terapeutas, el encargado es un Especialista en Terapia Ocupacional, el cual cuenta con 6 años de experiencia. Así como también una auxiliar del área, con una Lic. En Educación Especial, llevándola a la práctica durante 4 años.

Terapia física, en este espacio, los encargados son tres terapeutas especialistas en Física, esta área cuenta con camas para realizar los ejercicios, al igual que un centro de gimnasio, mesas de trabajo.

- Mecanoterapia
- Hidroterapia

Se cuenta con dos consultorios médicos, uno de los consultorios es utilizado por el subdirector del centro, quien es especialistas en Rehabilitación, el otro consultorio se encuentra a cargo de un doctor general, para los pacientes.

En la Enfermería, a la llegada de cualquier paciente, es necesario acudir a la enfermería para tomar signos vitales, y también para detectar si algún paciente va enfermo, ya que si se encuentran con algún síntoma no pueden ser atendidos, por seguridad de salud, para evitar algún contagio o contraindicación.

En el área de Trabajo social, las trabajadoras sociales son encargadas para realizar estudios socioeconómicos, si es necesario realizar visitas a los pacientes que lo requieran al igual que gestionar platicas o eventos culturales para los pacientes.

- Pre valoración:

Recepción y control, en esta área se encuentra una secretaria la cual, agenda las citas de primera vez, asimismo lleva el control de todos los archivos de los pacientes. Como ya se mencionó el archivo, es el lugar donde se almacenan los

expedientes de los pacientes, contando actualmente con más de 1000 pacientes distribuidos en las diferentes áreas.

En la caja, se realiza el cobro de las terapias a las que se acude.

- Dos almacenes de equipo electromecánico

Se cuenta con dos sépticos, donde se guarda el material de limpieza, al igual que el material del área de física.

Los encargados de mantener limpio el lugar son el personal de Intendencia, el cual se encuentra a cargo de tres intendentes, en donde cada uno tiene su área asignada para su mantenimiento. Al igual que se cuenta con Cuatro áreas de sanitarios para dama y caballero, para uso de los pacientes.

Todas las salas anteriormente son llamadas de “calidad”, cada una de éstas cuenta con un objetivo, así como también un pequeño croquis del área. Cada área cuenta con cámaras de video, materiales con respecto al área, tiene un sanitario para el personal, ventanas grandes que permiten buena iluminación y ventilación, los colores son llamativos y el personal atiende de una manera respetuosa.

Para la entrada a este centro de rehabilitación se necesitan algunos requisitos de afiliación los cuales son:

- Tener discapacidad eventual o permanente
- Comprobante de domicilio
- Credencial de elector
- Pasar solo con un familiar
- Presentar una credencial de algún acompañante
- Para pasar a Pre valoración el horario es de 7:30 a 14:30

El Proceso de ingreso consta en:

1. El paciente por primera vez pasará a enfermería para que le tomen los signos vitales como peso, talla, temperatura y frecuencia cardiaca.
2. Posteriormente pasará a caja a pagar su Pre valoración, el costo de ésta es de \$30 pesos al público en general.
3. Pasará a la Pre valoración con el Médico General y él le dirá al paciente si es candidato de ingresar o no, dando un diagnóstico.
4. En caso de que si sea candidato a ingresar, se le hace un estudio socioeconómico en Trabajo Social y éste determinará el costo de su consulta con el especialista y de sus terapias en caso de que las requiera.
5. En archivo se le dará una cita con el Médico especialista en Rehabilitación, de acuerdo a la disponibilidad de agenda.
6. El paciente se presenta en el día y la hora indicada, llegando 15 minutos con anterioridad, pasará a Enfermería para que le tomen los signos vitales, posteriormente pasa a caja a pagar su consulta, terminando esto esperará a que lo llamen.
7. El médico especialista pasa el paciente a la hora indicada, en esta consulta se revisará al paciente y de acuerdo con el diagnóstico, el especialista dirá a qué terapias se dirigirá y cuáles van a ser recomendaciones.
8. El paciente se dirige a las áreas donde le ordenó el especialista y ahí mismo le darán sus citas.
9. El paciente se dirigirá a sus terapias de acuerdo a sus citas, llegando puntualmente.

Como cada institución el CRIRH también cuenta con un Reglamento, que consta de lo siguiente.

- El paciente no podrá ingresar si llega 10 minutos tarde y tendrá que volver a sacar cita de nuevo.

- El costo de la terapia, ésta entre los \$20 y los \$40 pesos, varía de acuerdo al estudio socioeconómico que se le aplicó al inicio al paciente.
- El costo de la consulta con el especialista en Rehabilitación está entre los \$40 y \$60.
- Solo deberá pasar un acompañante por paciente con una identificación otorgada por el mismo centro.
- Todos los pacientes deben acudir a sus sesiones con ropa cómoda y un buen aseo personal.

Los pacientes pueden hacer uso de los siguientes servicios.

- Medicina en Rehabilitación
- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Terapia de lenguaje
- Estimulación múltiple temprana.
- Psicología
- Rayos X y consulta general para los pacientes del CRIRH

El área a la cual me asignaron para realizar las Prácticas Profesionales, es:

- Terapia del lenguaje

1.5.2 Área de Terapia de Lenguaje

Son dos aulas de Terapia de Lenguaje, la Psicóloga atiende a infantes con problemas de lenguaje y neurológicos, la Lic. Alicia Flores está encargada de atender a adolescentes y adultos con trastornos del lenguaje y del habla.

AULA: 1

Encargada: Lic. Alicia Flores

Profesión: Especialista en Terapia de Lenguaje

Años de experiencia: 11 años

El objetivo específico de la encargada de esta área es: Coordinar y supervisar los servicios de terapia de lenguaje que se proporcionan en el CRIRH. A fin de garantizar la eficiencia y eficacia de las acciones terapéuticas a personas con alteraciones de audición, lenguaje y aprendizaje.

Las funciones que desempeña son:

- Asistir a juntas administrativas.
- Instruye al personal de terapia sobre las indicaciones giradas por la coordinación médica.
- Programa las actividades diarias del área.
- Supervisa que en el área operativa las instrucciones, insumos y/o materiales se ejecuten y se utilicen en el espacio correspondiente.
- Apoyar en el área de valoración y tratamiento realizando todas las actividades del terapeuta de lenguaje.
- Soluciona eventualidades del servicio.
- Reporta las incidencias a la coordinación médica.

AULA: 2

Encargada: Diana Delgadillo Garrido

Profesión: Lic. En Intervención Educativa

Años de experiencia: 1 año.

El objetivo específico de la terapeuta en el aula 2 es: Desarrollar la capacidad de comunicación de los pacientes que acuden al servicio de terapia de lenguaje a través de métodos y procedimientos adecuados, oportunos y de calidad que les permita reintegrarse en su entorno social.

Las funciones que desempeña son:

- Recepción de pacientes, estableciendo tipo y tiempo de tratamiento información sobre los lineamientos del servicio.
- Seguir el diagnóstico y prescripción del médico en comunicación humana, valoración para establecer programa de tratamiento a seguir.
- Realiza la terapia indicada para cada paciente.
- Programación aplicación, supervisión de ejercicios de comprensión, expresión e integración del lenguaje ejercicios preceptuales y psicomotores, ejercicios de lectura, escritura y calculo, elaboración de programas de casa.
- Elaborar programas de casa.
- Canalización de los pacientes a unidades básicas de rehabilitación para continuar tratamiento.
- Diseña programas para el manejo de grupo de pacientes.
- Lleva control de los pacientes en tratamiento, elabora nota de evolución, integrándolo al expediente.
- Colabora en diseño y realización de programas de actualización y capacitación a las personas.
- Participa en actividades docentes y de investigación.

Esta área muy amplia cuenta con:

- Misión: Apoyar a las personas que presenten alteración, retardo o trastorno de lenguaje, con la finalidad de intervenir en su comunicación, para mejorar la integración en su entorno y elaborar programas de casa para el manejo domiciliario.
- Visión: Brindar atención adecuada y de calidad para el progreso de cada paciente en el área de lenguaje.
- Croquis del área
- 10 mesas infantiles
- 22 sillas pequeñas
- Un pizarrón
- Una anaquel con diverso material didáctico, como: memoramas, espejos, velas, muñecos, plastilina, lotería de sonidos, de vocabulario, etc.
- Buena ventilación e iluminación.

1.6 Diagnóstico

De acuerdo con Astorga hace mención que “La primera etapa del ciclo de trabajo es el diagnóstico, el cual consiste en investigar los problemas que tenemos dentro de la organización o en la realidad que nos rodea. Elegimos un problema, recopilamos informaciones sobre él y analizamos a fondo sus causas y consecuencias, sus relaciones con otros problemas, los conflictos que abarca.”⁹En concordancia con él autor, esta etapa es primordial ya que a partir de esta se basa el trabajo a realizar ya que se encuentra la problemática en la cual se va a trabar y sustentar el desarrollo de las actividades planeadas.

1.6.1 Metodología del Diagnóstico

“La metodología representa la manera de organizar el proceso de la investigación, de controlar los resultados y de presentar posibles soluciones al problema que nos llevará a la toma de decisiones”¹⁰

Dentro de la recopilación de información se tomaron en cuenta algunas técnicas de trabajo una de ellas es la entrevista la cual Benney y Hughes señala que es “la herramienta de excavar” para adquirir información.¹¹Su finalidad puede ser de orientación o investigación, misma que puede orientarse a recoger información sobre un solo individuo o extenderse a otras personas que se hallen estrechamente relacionadas con él, tal como ocurre en los estudios de casos, o hacia el grupo y contexto a conocer.

En este caso el tipo de entrevista que se llevó a cabo es la semi-estructurada en la cual se dispone de un guión que recoge los temas que se van a y tratar a lo largo de la entrevista, sin embargo, el orden en que se abordaran los diversos temas y

⁹ Alfredo Astorga y Bart Van Bijl. “El diagnóstico en el trabajo popular”, En Antología de Diagnóstico Socioeducativo UPN/HGO. UPN. Pp.42

¹⁰ Zorrilla y Torres 1992. En metodología de la investigación 2004.

¹¹ Benny y Hughes. 1970. “Tipos de entrevista” en antología “Elementos básicos de la investigación cualitativa” UPN-Hidalgo.

el modo de formular las preguntas se dejan a libre decisión y valoración del entrevistador. (Ver anexo 2 y 3)

Por otro lado la observación fue otra de las técnicas que se utilizaron para la recopilación de información la cual consiste en "ver" y "oír" los hechos y fenómenos que queremos estudiar, y se utiliza fundamentalmente para conocer hechos, conductas y comportamientos colectivos, que puede orientar la posible intervención, solución y/o comprensión del hecho investigado.

1.6.2 Resultados del diagnóstico

Entrevista a terapeutas

En las entrevistas realizadas a las terapeutas del área de lenguaje¹², comentan el gusto de laborar en esta institución ya que fue una oportunidad de trabajo muy buena así como también el poder convivir con los niños y ver un desarrollo y avance en su lenguaje oral para una mejor comunicación.

La atención que ellas brindan a los niños durante una semana laboral es de un aprox. de entre 80 y 90 niños a la semana y de manera mensual entre 350 y 500 aprox. atendiendo a pacientes de diferentes edades, pero de manera constante oscilan entre los 3 años y los 8 años, así como también a personas adultas, estos pacientes son referidos de distintos municipios, pero más frecuentemente originarios de Tulancingo, Santiago Tulantepec, Cuautepec de Hinojosa, Acaxochitlan y Acatlán.

Los diagnósticos que se atienden son muy diversos ya que pueden presentarse, diferentes problemas como lo son retardos de lenguaje antárticos, afásicos, autismos, asperger, retraso global del desarrollo, así como hipoacusias. Mencionan las terapeutas que en estos diagnósticos es más frecuente encontrarlos en el sexo masculino, haciendo mención que no hay un tiempo

¹² Entrevista Formal, dirigidas a terapeutas del área del lenguaje el día 28 de octubre del 2011.

límite para poder atender a los niños sin embargo mencionan que tengan una edad de 10 años ya que no funcionan en forma positiva, pues no se presentan avances, como los que se esperan en un niño menor, sin embargo en el desarrollo de lenguaje según Vila (1992), hacia los tres años han desaparecido las dificultades para pronunciar diptongos y se produce un significativo progreso en las consonantes; aunque se presentan errores con algunos grupos consonánticos, normalmente en torno a los 4 años el repertorio fonético está casi completo. El léxico crece a un ritmo notable, duplicándose el vocabulario cada año. Empieza a usarse el pronombre de tercera persona, aunque su dominio y usos no estarán completos del todo hasta los 7 años.¹³

Dentro del desarrollo de sus terapias se van desarrollando de acuerdo a sus diagnósticos, nivel intelectual y de lenguaje, así como también por las edades de los pacientes, con un horario establecido que las terapeutas les otorgan, este puede ser de manera grupal donde se les atiende una hora o de manera individual que consiste en media hora, teniendo como finalidad el poder corregir o mejorar los problemas de lenguaje en los pacientes mediante un tratamiento adecuado y oportuno, a través de actividades como ejercicios de praxias lingüísticas, las cuales consisten en ejercicios con movimientos de la lengua, discriminación auditiva y fonológica, estas se basan en escuchar diferentes sonidos e identificar a que corresponde cada uno, así como también las diferencias en las frecuencias, la intensidad y el timbre entre frecuencias, intensidad y timbre entre sonidos o identificar fonemas, frases o palabras idénticas, conocimiento del mundo, dispositivos básicos de aprendizaje, y el uso de sintaxis, tomando en cuenta estos aspectos para poder dar de alta a un niño, así como el diagnóstico y los avances que van teniendo cada uno de los pacientes, y el haber cubierto las funciones de lenguaje.

¹³ Vila, Ig. (1992) "Adquisición del lenguaje". En Jesús Palacios, Álvaro Marchesi y César Coll (comps.) *Desarrollo Psicológico y educación*, 1. Madrid: Alianza Editorial. P.p. 31

Para el ingreso en esta área las terapeutas mencionan que dan inicio con un reporte o entrevista con los padres de familia, para conocer el diagnóstico y el comportamiento del niño, así como también comentan que se da a conocer el reglamento del área, de que va a tratar la terapia y el apoyo que se requiere y las actividades que se realizarán. Señalan que una terapia está formada por tres tiempos, el primero cuando se recibe al paciente y se les pide sus recibos de pago, posteriormente se da la terapia y finalmente cinco minutos antes de concluir la terapia se les solicita a los padres de familia que entren para explicarles el trabajo y la tarea que se les va a dejar para una próxima cita. Así como también aluden que no cuentan con plan de trabajo, ya que cuentan con un historial clínico con indicaciones a seguir y el diagnóstico, posteriormente elaboran una nota de lenguaje y avance para el doctor de comunicación humana.

El área de trabajo en la que se llevan a cabo las terapias se encuentran organizadas de diferente manera ya que cada terapeuta tiene su aula, una terapeuta hace mención que cómo su espacio es pequeño solo cuenta con un escritorio, un librero chico para su material al igual que una mesa de trabajo con sus sillitas para los niños, el material didáctico con él cuenta es de atención, para ejercicios de soplo, tarjetas de vocabulario y de discriminación auditiva, en comparación de esta área la otra terapeuta explica que su área es más amplia se pueden aplicar dinámicas grupales, cuenta con material didáctico y de trabajo.

Las terapeutas mencionan que llevan un control de datos generales dentro de su área en una carpeta la cual está organizada por diagnósticos. Las reglas internas que se establecen en esta área para los pacientes constan en llegar 15 minutos antes de su terapia, acudir con el material solicitado y tareas así como acudir aseados es lo que refieren las terapeutas.

Comentan las terapeutas que la participación de los padres dentro de las terapias es de vital importancia, ya que ellos deben dar continuidad de la terapia en casa así como estimular a los niños; sin embargo algunos papás no llevan a cabo los

ejercicios propuestos por las terapeutas, y éste es un problema en que encuentran algunas veces las terapeutas ya que los padres no dedican el tiempo para el reforzamiento, así como la resistencia de algunos de ellos en la aceptación de su diagnóstico, al igual que la poca colaboración con los materiales y el retraso en los horarios citados es lo que mencionan las terapeutas, originando que no allá avances en los pacientes así como también retraso en actividades planeadas.

1.6.3 Observaciones a pacientes

A partir de las observaciones realizadas¹⁴ durante el desarrollo del diagnóstico teniendo como objetivo detectar alguna problemática se arrojó la siguiente información.

Asperger

El desarrollo de las terapias durante un día de trabajo puede estar organizado por grupos o de manera individual, al igual que por diagnósticos, al trabajar con el paciente con un diagnóstico de Síndrome de Asperger, la terapeuta le ponía toda la atención pues solo trabajaba con él, sin embargo se observa que no se tiene una actividad específica planeada para los niños, a pesar que tiene un plan de trabajo por parte del doctor en comunicación humana; generalmente la terapeuta solo escoge material al azar como lo son masas moldeables y moldes de animalitos, dejando trabajar al paciente solo, pues se dedicaba a observarlo y en pocas ocasiones dar indicaciones, como: “haz un pez”...

¹⁴ Observaciones realizadas del 6 de febrero al 3 marzo de 2011.

El trabajo con el grupo de asperger está conformado por cinco niños, de 3 a 4 años de edad aprox., caracterizados por una conducta en ocasiones un poco agresiva, la terapeuta inicia la actividad de la misma manera que con el paciente que acude de manera individual en esta ocasión repartiendo una masa a cada paciente y una pieza de molde a cada uno, en ocasiones solo estaba pendiente que no se agredieran entre sí.

Algunas de las actividades que se realizan es colocar sobre la mesa algunas imágenes de las cuales tenían que buscar sus opuestos, repartiendo a los niños una tarjeta a cada quien y que ellos lo fueran realizando. Otra de las actividades recurrentes por parte de la terapeuta era dibujar en los cuadernos de los niños imágenes de animales o verduras para que los niños los iluminara. Una actividad más observada es la colocación de imágenes las cuales tenían que encontrar sus iguales, o también colocaba material de pinza fina para ensartar, al finalizar la terapia pedía a su mamá algún material para la siguiente sesión, que en ocasiones olvidaba trabajar con el material solicitado.

Hipoacusia

Otro tipo de problema que la terapeuta trataba era la hipoacusia o sordera donde tenía al igual que con otros diagnósticos el trabajo de manera individual y grupal, al dar inicio con un solo paciente la terapeuta iniciaba con ejercicios de sonido, donde el niño ponía una pelotita de unicel a un lado de un oído, emitiendo ella un sonido detrás de él, dando la indicación que si lo escuchaba colocara la pelotita sobre la mesa, esa actividad se repetía de tres a cinco veces, durante la terapia, pasando ese tiempo la terapeuta siempre se colocaba detrás de él dando indicaciones, como: pásame tu lápiz, dame tu goma, en otras ocasiones se empezaba a trabajar vocabulario con onomatopeyas al imitar el sonido de los animales, tal como el gato, el perro y la vaca pues eran sonidos sencillos. Estas actividades se llevan a cabo durante la mayoría de las terapias, variando un poco

el vocabulario de acuerdo a los campos semánticos como animales, alimentos, entre otros; obteniendo pocos resultados ya que los pacientes lo hacían de manera automática pues sabían que actividad seguía, y lo memorizaban sin haber evolución.

El trabajo en grupo con niños de entre 3 y 4 años se aprecia que se realiza de la misma manera ya que los colocaba frente a la pared en fila y ella se coloca detrás de ellos, emitiendo sonidos con diferentes objetos, como lo era un silbato, un tambor o una flauta; sin embargo los niños en ocasiones al repetir tantas veces la misma actividad, colocaban el objeto que se les daba sobre la mesa solo con ver el movimiento de la terapeuta aunque no se emitiera sonido alguno, otro tipo de actividad que la terapeuta utiliza para trabajar es con tarjetas con las vocales como si fuera una lotería ya que iban colocando un frijol en la letra de acuerdo con el sonido que escucharan de la terapeuta. El inicio de la dinámica de trabajo era la misma durante todas las terapias en ocasiones se solicitaba material como juguetes para trabajar.

Otro de los grupos observados con el mismo problema de hipoacusia integrado por cinco niños con una hipoacusia más severa o profunda a comparación a la de los otros pacientes, teniendo una edad entre los 5 y 7 años aprox., la terapeuta inicia la sesión con la misma dinámica que con los pacientes anteriores pues los ejercicios de sonido siempre los llevaba a cabo, como lo son los sonidos de animales y algunas veces de instrumentos musicales.

Al término de estos ejercicios comenzaba con una lotería de animales emitiendo el sonido que generan cada uno y que ellos reconocieran quien lo emitía, en pocas ocasiones se logró ver algún dictado conformado con dos silbas tal como papá y mamá.

Síndrome de Down

En el trabajo con niños con síndrome de Down se reparte en dos pequeños grupos, y la atención de una paciente de manera individual. El trabajo con la paciente por su tipo de diagnóstico es un poco más dirigido hacia el manejo de su

boca ya que salivaba mucho, en este caso se le da masajes buco-faciales, así como de respiración y soplo ya que las características de los niños con Down es de tener una lengua muy ancha, la terapeuta se dedica a dar masajes durante toda la sesión mencionando que dicha consta de 30 minutos. En otras terapias trabaja con las masas moldeables y material de motricidad fina.

El primer grupo observado se encuentra conformado por tres niños los cuales oscilan entre 2 y 3 años de edad aprox. los cuales acuden 1 vez por semana, llevando un año a terapias, en este caso al igual que con la paciente que acude de manera individual se les brindan los masajes y los ejercicios, con este grupo la terapeuta de manera espontánea realiza actividades de motricidad ya que saca de sus materiales fichas con agujetas donde tienen que ir ensartando, al igual que agrupar por colores, en ocasiones inicia con repetición de algunas palabras para comunicarse entre sus familiares como mamá y papá.

El último grupo al cual se le prestó atención es de pacientes de un poco más edad ya que contaban entre los 4 y 5 años, quienes tienen menos problemática con la salivación, pues tienen un mejor control con su lengua, la terapeuta trabaja algunas praxias linguales frente a espejos, al igual que da comienzo a trabajar con vocabulario iniciando con los campos semánticos, dando inicio con sí mismos y reconociéndose con imágenes y fotos. El trabajo con este grupo se lleva a cabo de igual manera en otras sesiones incrementando más vocabulario semántico.

Retardo de Lenguaje anártrico

Uno de los problemas o diagnósticos más comunes de los niños atendidos es el retardo de lenguaje anártrico, el cual se caracteriza por la alteración de la elocución del lenguaje que se caracteriza por un déficit en la actividad del analizador cenestésico motor verbal, y cuando se llevaba a cabo el trabajo con un solo paciente con este tipo de problemas se les brinda más atención ya que los

ejercicios son más constantes y pueden trabajarse más actividades en cuanto a pronunciación y vocabulario, al igual que los demás pacientes los niños cuentan con un historial clínico por parte del doctor en comunicación humana donde viene qué tipos de actividades llevar a cabo, sin embargo durante el tiempo de la terapia, no se hace una revisión de dicho expediente para dar continuidad a las actividades propuestas, posteriormente en una siguiente sesión repite la mayoría de las actividades, argumentando la terapeuta que es importante repasar para que haya avance.

En sesión con grupo de niños pequeños la terapeuta inicia al igual que con un paciente a trabajar praxias linguales y ejercicios de respiración y soplo, trabajo con espejos y pronunciación de palabras, repitiendo en su totalidad las mismas actividades de vocabulario, en ocasiones utiliza copias de algunos libros de lectura o de imágenes para colorear y poder concluir la terapia, en otras ocasiones trabaja con material de motricidad fina así como también con masas flexibles.

Labio Paladar Hendido

La atención hacia los pacientes con labio paladar hendido y labio leporino se manejan ejercicios de cavidad oral los cuales constan de realizar masaje en el área de la boca al igual que la cara. En estas sesiones la terapeuta solicita material a los padres de familia para llevar a cabo las actividades ocasionalmente solicita alimentos líquidos o espesos para realizar los ejercicios de succión y deglución, siendo constante este tipos de actividades y llevadas a cabo durante todo el tiempo de la sesión.

Padres de familia

Por otro lado las entrevistas realizadas a los padres de familia¹⁵ que acuden al CRIRH, referente a la atención que se les brinda a la institución y el desarrollo de las terapias en sus hijos, se arrojó la siguiente información:

Los padres mencionan que llevan a sus hijos a terapia porque tienen un problema de lenguaje mencionando que no pueden pronunciar bien las palabras o no se expresan bien, teniendo un diagnóstico con retardo de lenguaje en la mayoría de los casos de tipo anártrico, el cual de acuerdo con Azcoaga, es una alteración del lenguaje que tiene lugar antes de la integración normal del lenguaje. Es el trastorno particularizado de la actividad del analizador kinestésico motor verbal que afecta la manera de hacer uso del lenguaje oral a la hora de expresarse, es el resultado de una acción nociva sobre el cerebro infantil que lo afecta antes del primer nivel lingüístico. Las formas más leves comprometen el desarrollo de la elocución del lenguaje del modo de un atraso cronológico común. Las formas más graves se manifiestan clínicamente como mudéz y luego dejan secuelas en el aspecto gramatical.¹⁶

Los padres exponen que llevan a sus hijos por recomendación de familiares, conocidos así como en pocos casos por la maestras de las escuelas a donde acuden sus hijos, así como de médicos, los pacientes llevan acudiendo al centro alrededor de entre 4 meses y 2 años comentan los padres, observando un avance favorable en su desarrollo de lenguaje ya que refieren que tienen una mejor pronunciación de palabras así como mejor comunicación con los demás. Las asistencia a las terapias son programadas una vez por semana, algunos pacientes

¹⁵ Entrevista realizada a padres de familia ; Octubre 2011

¹⁶ Azcoaga, J. "Retardo del lenguaje de Patogenia Anártrica". www.textosdepsicologia.blogspot.mx/2010/09/azcoaga-j-retardo-del-lenguaje-de_6201.html 6 de junio 2012.

no solo acuden a terapia de lenguaje sino también a otras como lo son Psicología, Ocupacional y pocas veces dependiendo del problema a terapia física.

La mamás de los pacientes comentan que tienen conocimiento acerca del trabajo de las terapeutas ya que al finalizar las sesiones, la terapeuta comenta que es lo que se llevó a cabo durante el tiempo de trabajo, así como también encomienda las tareas a realizar durante el tiempo que no acuden al centro de rehabilitación, dejando ejercicios de lenguaje como es la respiración y el soplo, de movimientos linguales así como trabajos en la libreta como pegar imágenes de animales, colores, y objetos.

Los padres de familia manifiestan que se sienten muy a gusto con el trabajo que realiza su terapeuta ya que tienen una buena comunicación con ella y cualquier duda se las explica. Comentan algunos padres que en ocasiones se les solicita material para trabajar en las terapias, algunas veces les piden alimentos, globos, dulces y espejos, refiriendo que no siempre los utilizan.

1.7 Delimitación del problema

En el área de lenguaje donde se atienden a niños de 1 a 8 años de edad aprox., donde se trabaja con diferentes diagnósticos tales como retardos de lenguaje, síndrome de Down, hipoacusias, síndromes de asperger, entre otras patologías, se pudo detectar que de acuerdo a la elaboración del diagnóstico, en el área de terapia de lenguaje, se nota una ausencia en actividades específicas, dirigidas hacia los diferentes diagnósticos que los pacientes tienen; ya que la aplicación de actividades son las mismas con la mayoría de los pacientes, ya que realizan actividades en ocasiones al azar sin tomar en cuenta indicaciones referidas por parte del especialista en comunicación humana.

La terapia del habla y del lenguaje es el tratamiento para la mayoría de los niños con discapacidades del habla y aprendizaje del lenguaje. Las discapacidades en el habla se refieren a problemas con la producción de sonidos, mientras que los problemas con el aprendizaje del lenguaje son las dificultades al combinar las palabras para expresar ideas.

Los fonoaudiólogos, generalmente conocidos como terapeutas del habla, son profesionales educados en el estudio de la comunicación humana, su desarrollo y sus trastornos, en la articulación del lenguaje, problemas con su fluidez, trastornos orales, motores y de la voz, así como trastornos en el lenguaje receptivo y expresivo.

Al evaluar las habilidades del habla, lenguaje, comunicación cognitiva y la forma de tragar de los niños y adultos, los patólogos del habla y del lenguaje pueden identificar problemas en la comunicación y la mejor manera de tratarlos.

En la fonoaudiología, el terapeuta trabaja con el niño individualmente, en un pequeño grupo o directamente en un aula de clase para sobrellevar las dificultades que incluye cada trastorno en particular.

Los terapeutas utilizan una variedad de estrategias incluyendo: las Actividades de intervención del lenguaje. En estos ejercicios el Patólogo del Habla y del Lenguaje interactuará con un niño jugando y hablando. El terapeuta puede utilizar fotos, libros, objetos o eventos actuales para estimular el desarrollo del lenguaje. El terapeuta también puede pronunciar correctamente las palabras como ejemplo y utilizar ejercicios de repetición para fortalecer el habla y los mecanismos del lenguaje. Otras terapias que son utilizadas son la Terapia de la articulación. Donde se aplican ejercicios de articulación o producción de los sonidos incluyen la pronunciación correcta de sonidos y silabas por parte del terapeuta generalmente durante actividades de juego. El terapeuta le demostrará físicamente al niño cómo emitir ciertos sonidos como el sonido de la “r” y cómo mover la lengua para producir ciertos sonidos. Por otro lado la Terapia oral y

motora de la alimentación. Es dónde El terapeuta utilizará una variedad de ejercicios, incluyendo el masaje facial, y movimientos para ejercitar la lengua, labios y mandíbula que fortalecen los músculos de la boca. El terapeuta también trabajará con diferentes texturas y temperaturas de alimentos para incrementar la atención oral del niño mientras come y traga.

1.8 Planteamiento Del Problema

Durante el desarrollo del proyecto se llega a la etapa del planteamiento del problema, el cual Hernández Sampieri define como “el afinar y estructurar más formalmente la idea de investigación”¹⁷ con esto se tiene que el planteamiento es la base principal, pues a partir de este se toma en cuenta el sustento teórico y práctico con el que se va a trabajar, por lo cual se presenta a continuación el siguiente planteamiento:

¿Qué actividades implementar para potenciar el servicio del área de lenguaje con actividades para estimular el lenguaje en los niños de 3 a 4 años que asisten al CRIRH?

1.9 Justificación

Al trabajar en el área de lenguaje y al darse cuenta la falta de actividades y material que se necesita para el trabajo con los pacientes, se aspira a implementar nuevas alternativas de trabajo con el propósito de potenciar el servicio que se da en el centro de rehabilitación para dar mejores resultados a los pacientes, al mismo tiempo que se estimula el lenguaje en los niños que oscilan entre los 3 y

¹⁷Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar (1997) Metodología de la Investigación. P.p. 58

4 años que acuden a sus citas, esto con el fin de tener una mejor comunicación, expresión y convivencia entre sus iguales.

El lenguaje es una herramienta que sirve para interactuar y formar vínculos con otros, al igual que se enlaza con la inteligencia y al pensamiento ya que para llegar al lenguaje tenemos que ser capaces de imaginar y recordar, teniendo el símbolo de las cosas sin que éstas estén presentes.

Desde esta atención sistemática, organizada y variada, los padres de familia pueden apreciar el desarrollo y mejora que hay en sus hijos en cuanto a su lenguaje, al tomar las terapias y dando un seguimiento continuo con nuevas propuestas de trabajo, al igual que se muestran resultados más específicos dentro de su evaluación y su avances, al mismo tiempo un progreso en cuanto a su convivencia entre sí ya que en ocasiones se presenta poca tolerancia entre padres e hijos por la falta de entendimiento a su comunicación oral.

Por otro lado la ejecución de diferentes estrategias de trabajo da como resultado una mejor aceptación al CRIRH en cuanto al área de trabajo de lenguaje ya que se pretende incrementar la matrícula de pacientes y entregar mejores resultados positivos con los mismos.

CAPÍTULO II MARCO DE REFERENCIA

Cuando se tiene planteado el problema de estudio, es decir, que se poseen objetivos y preguntas de investigación y cuando además se han evaluado su relevancia y factibilidad, el siguiente paso consiste en sustentar teóricamente la intervención, etapa que algunos autores llaman “elaborar el marco teórico”. Ello implica analizar y exponer aquellas teorías, enfoques teóricos, investigaciones y antecedentes en general que se consideren válidos para el correcto encuadre del estudio.¹⁸

Un sustento teórico es fundamental en todo proceso de investigación, ya que este es el que orienta, guía dicho proceso, pues permite reunir, depurar y explicar los elementos conceptuales y teorías existentes sobre el tema que se presenta. El marco teórico implica analizar y exponer las teorías, enfoques teóricos, investigaciones y antecedentes en general que se consideren válidos para el correcto encuadre de un estudio; es útil porque describe, explica y predice el fenómeno o hecho al que se refiere un tema, además organiza el conocimiento al respecto y orienta la investigación que se lleva a cabo sobre determinado tema.

2.1 Marco De Referencia del desarrollo del lenguaje

El lenguaje es la principal herramienta que posee el ser humano para interactuar y formar vínculos con otros. Se halla estrechamente unido a la inteligencia y al pensamiento ya que para llegar al lenguaje tenemos que ser capaces de imaginar y recordar, tener el símbolo de las cosas sin que éstas estén delante.

En cuanto al lenguaje el pequeño lo va adquiriendo de acuerdo a las etapas del desarrollo de niños el cual según BARRIENTOS A. Blanca” inician con algunos sonidos, llanto y gritos a los cuales se les determina etapa pre-verbal, la cual se presenta hasta el primer año de edad, posteriormente se encuentra la etapa

¹⁸Soriano, R. (1981). *Guía para realizar investigaciones sociales*. México, DE: Universidad Nacional Autónoma de México. Sexta Edición.

verbal, el cual comprende un desarrollo en el cual se adquieren reglas gramaticales, la construcción de enunciados, así como la utilización del lenguaje para la comunicación, la cual se manifiesta de los 3 a los 4 años de edad”.¹⁹

La fase del balbuceo se considera un periodo muy importante en la adquisición del lenguaje ya que en este periodo se van integrando y fortaleciendo los mecanismos de control y retroalimentación del habla, el cual es un proceso continuo donde el niño realiza ajustes respiratorios y la tasa de articulación y su emisión secuencial (Lenneberg, 1969), así pues va dando inicio a un lenguaje.

Dentro del desarrollo del lenguaje existen tres teorías de la adquisición, las cuales presentan el punto de vista de los autores, la primera es la teoría Conductista la cual la encabeza SKINNER(1957) el cual menciona que el niño no sabe nada de lenguaje, pero posee aptitudes necesarias subyacentes, al igual que va aprendiendo por el refuerzo selectivo de imitación, balbuceo y la conformación de la conducta vocal. Por otro lado la segunda teoría se basa en lo Nativista, la describe Chomsky, quien enfatiza en el papel de las habilidades innatas, y menciona que un niño al nacer está lingüísticamente preparado para desarrollar el lenguaje, y señala que el niño posee reglas innatas que le permiten formar miles de frases que nunca ha escuchado, y no es necesario oír cada frase hasta que pueda usarla. Por último la tercera teoría es la interaccionista, la cual desarrolla Piaget(1960), quien menciona que los procesos de lenguaje y los cognoscitivos se desarrollan simultáneamente, a medida que el niño atraviesa una serie de etapas fijas en el desarrollo, que requieren interacciones más complejas con el entorno.²⁰

¹⁹Ardilla Alfredo “El desarrollo del lenguaje, en psicología del lenguaje”, año 1989. p.p. 36

²⁰Cecil D. Mercer, “Dificultades de aprendizaje 2”, año 2006, p.p. 72-73,

2.1.1 Conceptos Básicos

En este apartado se dan a conocer una serie de conceptos que son importantes para la comprensión de qué es el lenguaje y cómo se desarrolla.

Se dará inicio con el concepto de comunicación, según Richards la define como “algo que va más allá de la simple interacción, ya que implica la idea de mutualidad, reciprocidad e intersubjetividad”, el cual es el intercambio de información con éxito adaptativo, la comunicación tiene diferentes formas de expresión, entre ellas: el lenguaje y la comunicación gestual; por otro lado otro concepto es el habla, la cual es la realización física y perceptiva del lenguaje es la ejecución del lenguaje, y finalmente el lenguaje que es “un sistema de códigos con la ayuda de los cuales se designan los objetos del mundo exterior, sus acciones, cualidades y relaciones entre los mismos.”²¹

De acuerdo con Damasio, los elementos que componen un lenguaje basado en sonido son los fonemas que son las unidades de sonido cuya concatenación en un determinado orden produce fonemas. Otro componente son los morfemas las cuales se refieren a las menores unidades significativas cuya combinación crea una palabra. En cambio la sintaxis se refiere a las combinaciones admisibles de las palabras en las frases y las oraciones para que estas tengan sentido. El léxico por su parte es el conjunto de todas las palabras de un lenguaje dado. Cada entrada de su lista incluye toda la información con ramificaciones morfológicas o sintácticas, pero incluye el conocimiento conceptual.

La semántica hace referencia a los significados que corresponden a todos los elementos léxicos y a todas las oraciones posibles. La prosodia es la entonación que puede modificar el significado literal de las palabras y de las frases. Por último el discurso se encarga del encadenamiento de las frases para que constituyan una narración,²² un ejemplo de ello es la oración “Juan lazó un perro” y “Juan tiene un lazo”.

²¹ Luria, (1977). Centre Londres 94, Psiquiatría-Paidopsiquiatría. P.p. 2

²² Damasio, A. y Damasio, H. (1992) “Cerebro y lenguaje”. Investigación y Ciencia. Años 1992.

2.1.2 Componentes Neurofisiológicos

En el lenguaje actúan una serie de componentes neurofisiológicos que permiten la descodificación y elaboración del mismo. Entre los principales, a grandes rasgos, podemos destacar el sentido de la audición que permite escuchar lo que se nos dice, el cerebro y la corteza cerebral que permiten por una parte decodificar lo oído y mandar órdenes a los órganos fonatorios para producir el lenguaje los cuales permiten la producción sonora del lenguaje, es decir el habla.

La emisión de sonidos requiere, al espirar, de una vibración particular de las cuerdas vocales acompañada de una ubicación adecuada de las diferentes piezas del aparato bucofaríngeo. Estos músculos y cavidades son controlados a nivel cerebral, a través de los nervios que provienen del encéfalo.

La orden motriz parte, por lo tanto, del córtex cerebral a nivel del área motriz primaria (área broca). Una vez dada la orden, el sonido emitido por las cuerdas vocales tras la exhalación del aire se caracteriza por la intensidad, el timbre y la altura. La boca y la faringe actúan de cajas de resonancia y permiten la formación de los fonemas. Esto formaría lo que conocemos por Lenguaje expresivo, es decir la producción del lenguaje o el habla. La conducta de expresión oral es constantemente reajustada en función de informaciones auditivas.²³

En cuanto al lenguaje receptivo se refiere a como captamos y comprendemos la señal hablada. El habla como hemos podido comprobar anteriormente consiste en una vibración del aire ambiental. Este produce una movilización del tímpano (oído) que al provocar la movilización de los huesecillos del oído medio, transforma el mensaje al oído interno e inducen en el la movilización de los líquidos. Esta señal supone un desplazamiento de diferentes membranas, así como de las células

²³Rondal, J.A. y Seron, X. (1991) Trastornos del lenguaje 1: lenguaje oral, lenguaje escrito y neurolingüística. P.p. 34

ciliadas, Es en este estadio que la información deviene neuronal. Posteriormente, tras el paso por el área de Wernicke habrá una comprensión del mensaje emitido por el interlocutor.²⁴

Entre los componentes cerebrales, según Damasio, algunos autores creen que el cerebro procesa el lenguaje por medio de tres grupos de estructuras que actúan influyéndose recíprocamente. El primero se refiere a un amplio conjunto de sistemas neuronales; que hay en los dos hemisferios representa las interacciones no lingüísticas entre el cuerpo y su entorno, mediadas por sistemas sensoriales y motores.

El segundo grupo es un número menor de sistemas neuronales localizados en el hemisferio izquierdo que representa los fonemas y las reglas sintácticas para combinar las palabras. Si se les ha estimulado desde el interior crean las formas verbales y generan frases que se han de decir o escribir. Si por el contrario, el estímulo proviene del exterior efectúan el procesamiento inicial de las señales del lenguaje auditivo o visual.

²⁴Love, R. y Webb, W (1994) Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje. P.p. 24.

Por último el grupo de que está situado en la parte en el hemisferio izquierdo sirve de interconexión entre los dos anteriores. Puede tomar un concepto y estimular la producción de formas verbales o puede recibir palabras y hacer que el cerebro evoque los conceptos correspondientes.²⁵

2.2 Desarrollo Del Lenguaje

Conocidos ya los mecanismos que crean el lenguaje, se puede conocer que se va desarrollando desde la primera infancia a los años escolares hasta adquirir la producción propia del adulto. Para ello vamos a diferenciar dos etapas. En la primera de ellas no podemos hablar de lenguaje propiamente, sino de comunicación. Esta fase consiste en la puesta en marcha de aquellos mecanismos que permitirán el nacimiento del lenguaje como tal, al cual se le llama período pre-lingüístico.

En la etapa lingüística eclosionan las primeras características del lenguaje adulto, aquí veremos la evolución de los componentes del mismo. La etapa se va desarrolla entre los 0-6 meses, lo primero que aparece es el grito al nacer.

Durante el primer mes, dicho grito se transforma en un grito emocional. Esto ya se considera una forma de lenguaje pues hace que los demás intervengan. Desde el primer momento se debe hablar a los bebés, hacernos entender, debemos interactuar con el lactante puesto que la interacción madre-bebé es primordial para su desarrollo normal. El bebé aprende los primeros sonidos vocalizados. Hacia los tres meses se crea el balbuceo, rico y melódico. Entre los 7 y 11 meses, el niño escucha mucho y repite, es lo que denominamos "ecolalia". Juega con los sonidos, disfruta produciendo sonidos. Responde al oír su nombre. A partir de los siete meses inhibe más el balbuceo, habla menos y por eso la llamamos a esta etapa "Mutismo". La primera palabra puede darse a los 8 meses aunque lo más normal es que sea a los 12 meses.

²⁵ Ibídem

Fase de las primeras palabras

De los 12 a los 18 meses, es la etapa de las palabras, como lo es el balbuceo.

De los 18 a los 24 meses, es capaz de decir frases de dos palabras. Para el niño esto es una frase.

De los 24 a los 36 meses, se desarrolla el estadio de formación gramatical.

El tiempo que transcurre entre la primera palabra y las primeras frases es muy importante para evaluar un posible retraso.

Fase del pequeño lenguaje

Hacia los 3 años, es capaz de decir "Yo". Su lenguaje hablado es bastante correcto. Muchos niños en esta edad tartamudean, esto es normal. Ésta es la época en la que se lanzan a hablar y por este motivo tienden a tartamudear. Debemos hacer que hablen poco a poco.

Durante los 3 años a los 5 y medio, progresan las construcciones gramaticales. Es la época de la verdadera comunicación.

A los 5 años y medio, el niño asume ya un lenguaje correcto.

La interconexión neuronal es el punto central de todo el desarrollo, ya que esta correlaciona altamente con el desarrollo conductual que va apareciendo en el niño. Así podemos ver que tras el nacimiento, en las primeras semanas e incluso meses, la conducta del recién nacido está plagada de automatismos y movimientos incontrolados. Sólo a medida que vaya produciéndose el desarrollo madurativo que va del centro a la periferia del cerebro, lo automático se va convirtiendo en voluntario y lo incontrolado en controlado. Aquí cobran importancia dos leyes que se refieren al desarrollo psicomotor, estas son²⁶:

²⁶Weiner, I.B. y Elkind, D. (1985) Desarrollo normal y anormal del niño pequeño. P.p. 46

La ley céfalo-caudal del desarrollo, se controlan antes las partes del cuerpo que están más próximas a la cabeza y posteriormente se extenderá el control hacia abajo, eso significa, se controlan antes los movimientos de la cabeza que de las piernas, esto explica el hecho de que el niño sea capaz de mantener erguida antes la cabeza que la espalda, y ésta antes de que las piernas puedan mantenerlo de pie.

La ley próximo-distal, controla las partes que están más cercanas al eje del cuerpo, que las más alejadas. Esta ley es la que permite explicar el por qué el desarrollo de la motricidad fina es posterior al de la motricidad gruesa, ya que se puede observar que el niño controla antes los movimientos de los hombros, que los movimientos finos de los dedos.

Por ejemplo un bebé de 4 meses al que se presenta un objeto interesante, agita todo su cuerpo de una forma general, pero cuando crece, a los 7 meses, ya puede coger con la mano el objeto deseado.

Entre los aspectos más automáticos e incontrolados, más dependientes del nivel cerebral nos encontramos con los reflejos, que son las primeras "armas" del recién nacido para enfrentarse (sobrevivir en) con el mundo exterior. Estos reflejos están presentes en todos los niños normales en el momento de su nacimiento. A partir del nacimiento, estos reflejos van a tener un destino variado: algunos desaparecerán muy pronto (reflejo de Moro), otros desaparecerán algo más tarde (hociqueo) y otros pasarán a ser conductas voluntarias (la succión). La mayoría de los reflejos desaparecen como tales en el curso de los primeros cuatro meses, como consecuencia de procesos madurativos del cerebro.²⁷

A nivel cognitivo y según Piaget²⁸, el recién nacido estaría en el período sensorio-motor. Este primer período es un estadio pre-verbal donde el niño comienza a

²⁷ Gassier, J. (1983) *Manual del desarrollo psicomotor del niño*. Barcelona: Toray-Masson. P.p. 75

²⁸ Luque, A. y Palacios, J. (1992) "Inteligencia sensoriomotora". P.p. 85.

formar sus propios esquemas sensorio-motores. Debe aprender operaciones básicas con las cuales relacionarse con el mundo exterior. La primera tarea de los lactantes es comenzar a establecer sus propios límites del ego (donde acaba él y empieza el mundo externo). Por medio de la interacción con los objetos y personas y en relación a ellos empiezan a organizar el tiempo y el espacio. A medida que progresan, empiezan a demostrar signos de intencionalidad, este es el paso inicial de la aparición de la inteligencia. Con este comienzo, los niños están en camino hacia el desarrollo sensorio motor, lo que van a conseguir mediante la elaboración de cuatro entendimientos: constancia de objetos, espacio coordinado, causalidad y temporalidad.

De las adaptaciones innatas (reflejos), el niño irá a través del contacto con su medio ejercitando una serie de movimientos que le permitirán hacia el final de la 1ª infancia realizar una serie de movimientos controlados y voluntarios. Podrá controlar la posición de su cuerpo y de los segmentos corporales más importantes (brazos, manos, tronco). Por lo tanto, el movimiento del niño va integrando y controlando cada vez un mayor número de grupos musculares, con lo cual estos se van haciendo cada vez más precisos. Como pasaba en el resto del desarrollo físico, estas habilidades tendrán una evolución muy rápida entre el primer y el tercer año. Esta mejoría en los movimientos hará que la actuación y percepción hacia el entorno sea diferente, a la vez que permite incorporar repertorios psicomotores muy especializados (primeros pasos hacia el final del año, coordinación viso-motriz).

Pero, además de las habilidades motrices hacia los 3 meses ya hay otros indicadores físicos y emocionales importantes. Así, el niño tiene a su disposición todos los sentidos para recibir información del exterior. La significación que le dé el niño todavía estará en el placer/displacer pero esta irá evolucionando.

A los 3 meses también aparece la sonrisa social, este es uno de los organizadores de la vida psíquica del niño. El niño es capaz de reconocer la cara humana a

través de su forma de los componentes de la misma. Es el primer paso hacia la individualización.

En el octavo mes coincidiendo con una mayor independencia en el ámbito motor, aparece el miedo hacia el extraño. Con la sonrisa social y acompañado de otros factores como es la alimentación, cuidados en general, el niño es capaz de reconocer a la madre y cuidadores más habituales. Hacia los 8 meses la presencia de un extraño produce en el niño una ansiedad que hace que reclame la atención de la madre.

Por último, citando a Spitz, tras la adquisición de las principales habilidades motoras gruesas y con la aparición de los primeros rasgos de la psicomotricidad fina aparece hacia los dos años la negación. La negación consiste en el período en que el niño se siente totalmente dominador de la situación y es capaz de decir no ante cosas que no le gustan. Es el primer concepto que el niño asimila. Ahora es capaz de contralar su medio a través de la palabra y no como lo hacía anteriormente mediante gritos, llantos o pataletas.

Una vez que hemos visto a grandes rasgos lo que pasa con el desarrollo psicomotor y psico-afectivo en la etapa pre-lingüística ahondaremos en que es lo que está pasando en el área del lenguaje.²⁹

Según Vila (1992), durante los tres primeros meses de vida las rutinas ligadas a las necesidades del bebé y el adulto comparten unos significados que permiten regular conjuntamente algunos de sus comportamientos. En esta relación específica que hay entre el cuidador (madre u otro miembro) y el niño, la madre empieza a enseñar inconscientemente el lenguaje. Esto ocurre mediante el habla de estilo materno, baby-talk o madresía.

La madresía tal como la llama Johnston parece seguir el desarrollo básico, comenzando en el nivel más fundamental y haciéndose gradualmente más complejo a medida que el niño crece. La madresía se caracteriza por ser simple

²⁹Spitz, R. (1958) El primer año de vida del niño. Madrid: Aguilar. P.p. 75

estructuralmente (usa frases cortas, no subordinadas, no modificadores), hay un alto grado de redundancia, el tono es alto, la prosodia exagerada, el léxico (palabras utilizadas) son aquellas que están presentes en el entorno del niño, hay preguntas y explicaciones sobre lo que la madre va diciendo o lo que el niño hace.³⁰

La madresía suele aparecer hacia el tercer o cuarto mes, aunque puede aparecer con anterioridad. Hasta entonces el niño captaba los ruidos que había a su alrededor y lloraba o gritaba para dar a conocer su estado. La madre en esta época es capaz de diferenciar los lloros y saber si se trata de hambre, sueño, ganas de jugar, molestia. Hacia los 6 meses el niño empieza a explorar los parámetros de su aparato vocal para ver que puede hacer. Aprenden a producir vocales abiertas y las primeras consonantes. Con el balbuceo y el laleo, el niño va experimentando los sonidos. También aparece una ecolalia, el niño parece un “loro” ante cualquier cosa que diga la madre, repite como si estuviera jugando.

Hacia el final de este primer período el niño será capaz de decir las primeras palabras. En esta etapa que va desde los 2 a los 5-7 años el niño adquiere en su totalidad el lenguaje. A nivel físico el desarrollo se va desacelerando. El niño va adquiriendo cada vez mayor número de habilidades motoras finas, hay un mayor contacto y adaptación con su entorno más próximo. A nivel cognitivo el niño se sitúa, según Piaget en el estadio pre operacional. Este período se caracteriza por el acceso progresivo a la inteligencia representativa; cada objeto se representará por una imagen mental que lo substituirá en su ausencia. En esta etapa se desarrollarán el lenguaje, el dibujo, el juego simbólico. Los niños a partir de ahora podrán pensar de una forma ordenada, aunque en un principio ciertos componentes puedan obstaculizar esta tarea como son:

- Egocentrismo: incapacidad de observar un punto de vista que no sea el suyo.
- Centración: incapacidad para separar lo propio del medio ambiente.
- Dificultad de transformación: una operación que cambia las reglas de algo.
- Reversibilidad: una acción que puede hacerse puede deshacerse.

³⁰ Johnston, E.B. y Johnston, A.V. (1993) Desarrollo del lenguaje: lineamientos piagetianos. P.p. 39

Según Vila (1992), hacia los tres años han desaparecido las dificultades para pronunciar diptongos y se produce un significativo progreso en las consonantes; aunque se presentan errores con algunos grupos consonánticos, normalmente en torno a los 4 años el repertorio fonético está casi completo.

El léxico crece a un ritmo notable, duplicándose el vocabulario cada año. Empieza a usarse el pronombre de tercera persona, aunque su dominio y usos no estarán completos del todo hasta los 7 años. Los posesivos son comprendidos. Hacia los 2 años aparecen las primeras combinaciones de 3 o 4 elementos, no siempre respetando el orden. Las primeras interrogativas son preguntas de sí o no arcadas únicamente por la entonación; luego aparecen con qué o dónde. A los 4 años dominan las construcciones sintácticas simples. En los pronombres, la distinción del género es clara y consistente a los 5 años; desde los 6 o 7, también lo es la de número. Mejora el uso de los tiempos y modos verbales, aunque siguen siendo frecuentes las incorrecciones en los condicionales o subjuntivos. La sintaxis se hace cada vez más compleja con la adquisición de los primeros usos de las subordinadas, las yuxtapuestas y las coordinadas, si bien los verbos no siempre se ajustan correctamente. Hacia el final de este período, la lectoescritura introduce al niño en una nueva dimensión de uso del lenguaje y de acceso a los conocimientos elaborados culturalmente

2.3 Problemas De Lenguaje

2.3.1 Retardo simple de lenguaje

Es un trastorno caracterizado por un desfase cronológico del conjunto de los aspectos del lenguaje, sin que los niños presenten deficiencias a nivel motor, sensorial ni mental, al igual que no presentan problemas de relación con los demás.

El retraso simple del lenguaje se caracteriza por la aparición de las primeras palabras después de los 2 años de edad, cuando normalmente se producen estas

palabras entre 12-18 meses. La combinación de 2 ó 3 palabras aparece aprox. a los 3 años, cuando normalmente éstas aparecen a los 2 años. De 3 a 5 años su vocabulario funcional es de 200 palabras y a los 4 años su estructura sintáctica es muy sencilla, es decir su lenguaje es poco entendible para las personas ajenas al niño. Una de las causas que se considera para este retardo es de manera exógena por una posible falta de estimulación.³¹

2.3.2 Disfasia

La disfasia "se aplica en general a los niños que presentan un trastorno severo del lenguaje, y cuyas causas no se deben a razones obvias como pueden ser: sordera, retraso mental, alguna dificultad motora, desórdenes emocionales o alteraciones de la personalidad".³².

Las disfasias se caracterizan por un desarrollo del lenguaje severamente alterado en niños intelectualmente normales mayores de 5 años, tanto en la comprensión como en la emisión del lenguaje, no posible de explicar por problemas intelectuales, sensoriales, motores o a lesiones neurológicas, acompañado de problemas asociados (atención dispersa, aislamiento, labilidad emocional). Este déficit en el lenguaje oral se caracteriza, además de por un retraso cronológico en la adquisición del lenguaje.

Las características descriptivas de la disfasia, dentro del campo lingüístico, se divide en deficiencia expresiva, la cual puede ir desde el mutismo a cuadros cercanos a la dislalia. En general, la intencionalidad comunicativa es pobre y se presentan grandes dificultades para adaptarse al interlocutor; en relación al lenguaje propiamente tal, se presentan dificultades para repetir frases y estructurar de manera adecuada las estructuras sintácticas (agramatismo) y se observa deficiencia en la integración auditiva y en el vocabulario.

³¹ Aspectos evolutivos, diagnóstico y tratamiento de dificultades. P.p. 116

³² Serón y Aguilar, 1992, Cómo detectar al niño con problemas del habla. P.p.341

Dentro del campo no lingüístico y los aspectos cognitivos se presentan dificultades en el desarrollo del juego simbólico y en otras funciones simbólicas, además de tener problemas en la construcción de imágenes mentales y un déficit de memoria secuencial, auditiva a corto plazo y verbal, así como alteraciones en la estructura del tiempo y el espacio, además de heterogeneidad de los resultados en las distintas sub-pruebas de las escalas de la inteligencia no verbal.

En los aspectos perceptivos se presentan dificultades en la discriminación de estímulos auditivos, tiempo de latencia más largo necesaria para la percepción auditiva y problemas de lateralización en el tratamiento de los estímulos auditivos.

Dentro del aspecto psicomotor, hay dificultades práxicas, alteraciones del proceso de lateralización y por último inmadurez de las destrezas motoras.

Por otro lado los aspectos conductuales se ven afectados por alteración de la capacidad de atención, así como de hiperactividad, además de alteración de las relaciones afectivas y del control de las emociones.

2.3.3 Afasia

Se puede definir como "una alteración del lenguaje debido a lesiones cerebrales producidas después de la adquisición del lenguaje o en el transcurso del mismo."³³. Es posible señalar distintos tipos de afasia, de acuerdo a la modalidad de expresión afectada, las cuales casi nunca se encuentran en forma pura: oral, escrita, gestual y de recepción. Para efectos de diferenciar la afasia de otros trastornos, es preciso que exista una lesión del sistema nervioso central que afecte al lenguaje, la cual se produce generalmente en las áreas fronto-temporo-parietales del hemisferio dominante, normalmente el izquierdo, por una encefalopatía, un accidente cardio-vascular, un TEC o un tumor. Se considera afasia, con más claridad, cuando se produce a partir de los 3 años de edad,

³³Ibidem P.p. 337

aproximadamente. La pérdida de lenguaje es brusca y consecutiva a un periodo de coma. En los primeros momentos el niño puede permanecer mudo, o emitir apenas algunas palabras.

La afasia se puede clasificarse según el tipo de lesión y los trastornos causados sobre los diferentes factores que intervienen en el lenguaje.

La afasia sensorial o de Wernicke, se manifiesta tras una lesión en tercio posterior de las circunvalaciones temporales del hemisferio izquierdo, zona cortical encargada de la función auditiva. Se expresa en dificultades para analizar los sonidos de la lengua, trastornándose la comprensión y expresión del lenguaje oral, imposibilitando la repetición correcta de elementos lingüísticos aislados e impidiendo la percepción de conjuntos de sonidos como poseedores de significado.³⁴

La afasia acústico-amnésica, es una variante de la afasia de Wernicke, donde se presentan dificultades para retener algunos rasgos auditivos del lenguaje. El paciente puede repetir sonidos y palabras aisladas, pero no puede repetir series de 3 o 4 palabras seguidas o secuencias sonoras aceleradas.

Por otro lado la afasia motora va de acuerdo a la localización de la lesión, como puede ser la afasia motora aferente o cenestésica, en la cual existe una imposibilidad de hallar la combinación de movimientos necesarios para emitir los fonemas o cadenas sonoras que forman las palabras o frases; esto, debido a la dificultad para percibir sus órganos fonatorios y la posición exacta en que estos deben estar para realizar un fonema. En casos graves el paciente no puede emitir ningún sonido, en tanto que en las formas más leves podrá hacerlo, pero confundiendo aquellos que sean similares en su forma de articulación.

Asimismo la afasia motora eferente o de Broca, se produce por una lesión en la zona pre-motora del área del lenguaje. Ocasiona una falta de fluidez en la

³⁴Ibidem P.p. 347

articulación, una incapacidad para encadenar distintas articulaciones en un orden gramático correcto, aunque el proceso en sí no se ve afectado.

De la misma manera la afasia dinámica, es causada por una lesión en el área inferior del lóbulo frontal del hemisferio izquierdo, presentándose dificultades para organizar las ideas y transformarlas en verbalizaciones. Se observan en los sujetos déficits en la iniciativa de expresarse espontáneamente, siendo las expresiones ecológicas o estereotipadas.

La afasia semántica, hace referencia hacia los sujetos que tienen dificultad en establecer el significado de una frase de acuerdo a las posiciones de las distintas palabras dentro de la estructura gramatical. Además, se pueden dar otros casos de anomia, en la cual el sujeto no puede encontrar el nombre de los objetos.

• Afasia pragmática: "Las palabras informativas aparecen con la sintaxis adecuada, el mensaje es desordenado y caótico y muestran restricción de vocabulario."

En contraste la afasia global o total, se denomina así cuando el lenguaje oral está prácticamente abolido en todos sus aspectos: sensoriales, prácticos y motores. Es denominada por afasia de Broca y Wernicke. Generalmente este trastorno va asociado a una hemiplejía y el pronóstico suele ser severo.

Finalmente la afasia infantil es un trastorno del aspecto emisor del lenguaje. Para llegar a una mejor clarificación, la afasia infantil adquirida se sitúa entre el trastorno denominado disfasia y un trastorno específico del lenguaje. En el primero, el déficit es en la estructuración del lenguaje, en el segundo, la perturbación se produce en el inicio y en la elaboración del lenguaje. "Esta afasia infantil adquirida es la resultante de la aparición de una lesión cerebral entre los dos - tres primeros años de vida."³⁵

Se diferencia de la afasia adulta por el tipo de desórdenes que produce y no tanto por la lesión en sí, ya que en el niño (dependiendo de la edad), al no estar

³⁵Ibidem P.p.118

totalmente elaborados los esquemas neuro-lingüísticos, la lesión no produce tanta alteración como en el adulto.

Como causa de las lesiones cerebrales causantes de la afasia encontramos la encefalitis, accidentes cerebro-vasculares o tumores cerebrales. El pronóstico será más favorable mientras menos definida estuviese la lateralización hemisférica de la zona del lenguaje en el momento de producirse la lesión.

En las afasias adquiridas existe predominancia de los trastornos expresivos por sobre los receptivos, especialmente una reducción del lenguaje espontáneo; se presentan trastornos del lenguaje escrito y en la lectura que pueden hacerse permanentes. Los criterios de diagnóstico de la afasia son: retraso severo de la comprensión y expresión del lenguaje, disfuncionamiento en la percepción de los estímulos presentados, desorganización en el almacenamiento de la información, inteligencia normal.

En la afasia congénita encontramos uno o varios déficits en la construcción del lenguaje, sin que exista necesariamente una lesión, como en la afasia adquirida. Además de estos signos, los niños que tienen afasia congénita suelen presentar desórdenes en la discriminación y asociación fonética, junto a problemas en la memoria secuencial auditiva.

2.3.4 Trastornos de la Voz y del Habla

Son trastornos que afectan a la producción lingüística del niño, dichas perturbaciones se pueden ver asociados con pequeñas alteraciones de la conducta. De los cuales se describen la dislalia, disfemia y la disartria.³⁶

2.3.4.1 Dislalia

Es un trastorno de la expresión del lenguaje, es de tipo fonético. Los niños que presentan este trastorno hacen sustituciones de sílabas. Se trata de un trastorno

³⁶ Ibidem. P.p. 119

en la articulación de palabras y constituye una problemática muy común en niños de edades entre 5 y 8 años.³⁷

Existen varios tipos de dislalias:

- Omisión: El niño emita algún fonema; por ejemplo casa solamente pronuncian asa.
- Sustitución: Se produce una sustitución de un fonema por otro; por ejemplo perro por pelo.
- Distorsión: El niño pronuncia de manera incorrecta, el caso más clásico es la no pronunciación de la “erre” castellana. Como carro por cado o en ocasiones dicen cocholate en lugar de pronunciar chocolate.

La dislalia puede presentarse por múltiples causas: ambiental, regresiva, auditiva.

La dislalia evolutiva es una anomalía articulatoria que se presentan en las primeras etapas del desarrollo del habla y son consideradas normales, ya que el niño está en pleno proceso de adquisición del lenguaje y aún no puede emitir con exactitud la totalidad de los fonemas; estos son aprendidos en una secuencia relativamente similar para todos los niños, la cual debería ser completada a los 6-7 años, tras lo cual debería una alteración ser considerada patológica.

Las dislalias funcionales son aquellas donde no se presenta ningún trastorno físico u orgánico que justifique la dislalia. Son denominados por algunos autores desórdenes fonológicos, ya que los niños habrían organizado su sistema fonológico de manera distinta a la habitual.

La dislalia audio-gena, hace referencia hacia los problemas de articulación son producidos por deficiencias auditivas, ya que el niño no puede reconocer de manera adecuada sonidos semejantes. La gravedad de la dislalia estará en relación al grado de hipoacusia y entre las medidas a tomar se encuentra el uso de prótesis

³⁷ Ídem

auditivas y la intervención pedagógica para desarrollar la discriminación auditiva, enseñar articulaciones ausentes, lectura labial, etc.

La dislalia orgánica, son los trastornos de articulación motivados por alteraciones orgánicas. Cuando la alteración afecta a los órganos del habla ya sea como anomalías anatómicas o malformaciones, se denomina disglosia

2.3.4.2 Disfemias

Es un marcado deterioro de la fluidez verbal caracterizado por repeticiones y/o prolongaciones de los elementos del habla tales como sonidos, sílabas, palabras y frases pueden ocurrir también otras clases de interrupciones, como los bloqueos, pausas. Estas interrupciones normalmente ocurren con frecuencia o son de naturaleza chocante. La extensión del trastorno puede variar de una situación a otra y es más grave cuando existe una presión especial para comunicarse.³⁸.

2.3.4.3 Tartamudeo

Cuadro clínico que suele observarse alrededor de los 3 años, es decir en el momento en que el niño empieza a enfrentarse con complejas formas gramaticales. Las características más destacables del tartamudeo son: las repeticiones de la sílaba al principio de la palabra, los bloqueos y las aspiraciones. Hay que valorar el tipo de tartamudeo y la ansiedad que lo acompaña. Esta ansiedad es uno de los desencadenantes principales del tartamudeo.

Si la tartamudez es primaria, es decir, aparece cuando el niño se inicia con el lenguaje más complejo, puede desaparecer en el momento en que el niño haya madurado neurológicamente como para poder enfrentarse con esa pesada carga lingüística. En mayores este trastorno se considera un trastorno psiquiátrico susceptible de psicoterapia para su resolución.

³⁸Ibidem P.p. 120

2.3.4.4 Disartria

Son los problemas de articulación del habla a consecuencia de una lesión cerebral (quedan dañados los nervios craneales) produciendo una parálisis o ataxia de los músculos de los órganos fonatorios.

Además de los problemas fonatorios, el niño con disartria presenta dificultades para mover los músculos bucales en otros tipos de actividades, como masticar o deglutir. El caso extremo es la anartria, en la cual el niño no puede emitir correctamente ningún fonema.³⁹

La disartria es la alteración en la producción de un fonema debido a un problema del sistema nervioso central o neuronal; a diferencia de la dislalia. Es común encontrar sustitución del fonema /r / por / l / como: / pera / por / pela /; o por / d / como: / pera / por / peda /.

2.3.4.5 Dislexia

La dislexia, “es un problema persistente en el lenguaje escrito caracterizado por una dificultad grave para identificar las palabras escritas que padecen algunas personas, por lo demás normales”⁴⁰. Puede aparecer cuando la persona ya ha aprendido a leer y escribir, como consecuencia de un daño cerebral, o antes de que la persona haya aprendido a leer, cuyo origen podría radicar en deficiencias constitucionales. El primer caso es la dislexia adquirida y el segundo dislexia evolutiva

Los niños disléxicos muestran dificultades en el aprendizaje de la lectura y suele acompañarse de otras alteraciones como por ejemplo: disartria (alteración del ritmo de la escritura), dislogia (hablar con confusión de presente, pasado y futuro), una de las posibles causas pueden ser factores genéticos, factores ligados a sufrimiento cerebral, trastornos emocionales, alteración en elóculo-motricidad.

³⁹Ibidem P.p. 120.

⁴⁰Defior, S. & Serrano, F. “La conciencia fonémica, aliada de la adquisición lenguaje escrito”, año 2011

2.3.4.6 Mutismos

Rechazo a hablar en una o más situaciones sociales, incluyendo la escuela a pesar de tener capacidad para hablar y entender el lenguaje hablado⁴¹. Algunos pueden comunicarse mediante gestos con afirmaciones o negaciones con la cabeza (Sacudiéndola) o en algunos casos utilizando monosílabos o expresiones cortas. Lo más frecuente es que el niño no hable en la escuela, aunque sí en casa. Lo más grave es el rechazo a hablar en todas las situaciones.

Generalmente poseen habilidades normales para el lenguaje, aunque algunos pueden sufrir un retraso en el desarrollo del lenguaje y/o trastornos en la articulación y la fluidez (dislalias /tartamudez).El rechazo a hablar no es, sin embargo, debido a un déficit grave del lenguaje o a otro trastorno mental. Pueden hablar aunque sea mal pero no lo hace.

El mutismo selectivo es aquel en que el niño que lo padece deja de hablar en determinados lugares o con determinadas personas. Puede durar semanas, meses. Este trastorno se presenta en niños tímidos, con una gran dependencia padre / madre, que les cuesta ir a la escuela, o que han sufrido algún trauma psicosocial. Suelen ser niños muy ricos en mímica y gestualización.

⁴¹Ídem

CAPÍTULO III DISEÑO DE LA ESTRATEGIA

Dentro del desarrollo de un proyecto se desenvuelve una estrategia la cual tiene como guía el objetivo el cual se pretende cumplir durante su aplicación, esta estrategia está diseñada de acuerdo a las necesidades encontrada durante la realización del diagnóstico, para que con ella pueda darle solución a dicho problema.

3.1 Objetivo general

Dentro de cualquier proyecto realizado se debe tomar en cuenta un elemento programático el cual identifica la finalidad hacia donde debe dirigirse los planes; el objetivo general orienta la investigación del proyecto y permite mantener una constante de referencia en el trabajo a ejecutarse, por lo que este debe establecer qué es lo que se va a hacer en el desarrollo de la misma, para dar respuesta a la situación planteada; así como también debe ser concreto, viable, preciso, claro, sin ambigüedad, y susceptible de alcanzar; dentro de la expresión cualitativa el objetivo debe responder a la pregunta "qué se quiere hacer" y "para qué". Es por ello que se plantea el siguiente objetivo:

“Estimular en los niños el lenguaje oral para una mejor expresión y comunicación, a través de ejercicios fonéticos, cognitivos y psicomotrices, para mejorar sus aprendizajes y su comunicación.”

Objetivos Específicos

- Potenciar en los pacientes que asisten a CRIRH su lenguaje, a través de actividades dirigidas a lenguaje fonético.

- Favorecer en los niños una mejor motricidad para poder llevar a cabo mejor sus actividades en su entorno social mediante actividades dirigidas
- Fortalecer en los niños su desarrollo cognitivo con actividades que potencien sus aprendizajes a través de actividades dirigidas a sus edades.

3.2 Metodología de la estrategia

La Metodología, hace referencia al conjunto de procedimientos basados en principios lógicos, utilizados para alcanzar una gama de objetivos que rigen en una investigación. En este caso se tomó en cuenta la metodología cualitativa ya que esta se utiliza para descubrir y refinar preguntas de investigación; A veces, pero no necesariamente, se prueban hipótesis, se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones⁴² para la planeación y la realización de las actividades, ya que se consideró el desarrollo verbal en función de la edad a la que corresponde el vocabulario y las características de cada niño. Así como también se tomó en cuenta un diagnóstico que el doctor dictamina, al igual que las observaciones realizadas hacia los niños en su desarrollo de cada una de las actividades aplicadas en el CRIRH.

Para desarrollar este proyecto se eligieron las unidades didácticas debido a que son un instrumento práctico de planificación para el proceso de enseñanza-aprendizaje.

La unidad didáctica es un método que se utiliza para planificar y sistematizar, las diferentes tareas que se llevan a cabo con un grupo específico de alumnos; lo que implica la determinación de qué se pretende enseñar, él cómo hacerlo y cómo y con qué procedimientos evaluarlo. Dentro de las unidades didácticas se deben contemplar el desarrollo de ciertas destrezas que vayan posibilitando la formación

⁴²Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar (1997) Metodología de la Investigación. P.p. 70.

integral de la personalidad del niño, así como la realización de una serie de actividades de claro valor formativo⁴³.

Las unidades son utilizadas generalmente en los primeros niveles educativos como la Educación infantil y la Educación primaria se utiliza como medio de planificación de lo que se va a realizar a lo largo de un tiempo determinado, al igual que pueden combinarse con pequeños proyectos de investigación o talleres.

Una unidad didáctica suele contar con objetivos didácticos, los cuales tienen una coherencia con los objetivos generales y referenciales, es una enunciación de las capacidades previstas que debe alcanzar el alumnado al final de la unidad, así como también cuenta con los contenidos, los cuales contienen saberes organizados de manera organizada y que se enuncian como conceptos, procedimientos y actitudes. La Metodología es el estilo de enseñanza, organización de los grupos, tiempos y espacios y materiales empleados.⁴⁴

Las actividades, dentro de las unidades son los medios para alcanzar los objetivos previstos. Se suele establecer diferentes tipos de actividades que abarcan la recogida de ideas previas, actividades introductorias, de desarrollo, de síntesis y de expresión en diferentes ámbitos.

En este sentido se utilizarán actividades directrices, las cuales desempeñan un papel determinante en la formación de los procesos y cualidades psíquicas de la personalidad en cada etapa del desarrollo⁴⁵. Para que los menores alcancen el desarrollo esperable en cada periodo de la infancia así como la formación de su personalidad, ha de organizarse bien el sistema de influencias educativas. Por ello, serán claves las propiedades del organismo biológico de los pequeños y las condiciones de vida y educación en que los adultos que les rodean les atienden, enseñan y educan. En cada tipo de actividad que lleva a cabo un menor, se produce la asimilación de cualidades y acciones psíquicas que resultan

⁴³ Alcántara Ahumada Concha 2007 introducción a la programación de aula en educación infantil. P. p. 15

⁴⁴ Ídem

⁴⁵ Domínguez Pino, Martha. 2004. El conocimiento de sí mismo y sus posibilidades. Pp.42

indispensables para su realización como seres humanos. Por ejemplo, entre las acciones internas están: Aprenden a comer con una cuchara, a vestirse, a dibujar, a hacer pequeñas construcciones, a imitar las palabras que les formulan. Al mismo tiempo, también se van conformando acciones internas: La percepción, el pensamiento, la imaginación y la memoria, que les garantizan su orientación en el medio.

Dentro de la evaluación se encuentran los resultados obtenidos sino de la unidad en sí, dentro de la estrategia se evaluará mediante la técnica de la observación la cual servirá para registrar los progresos efectuados por los alumnos y el grado de consecución o adquisición de las capacidades. La cual es útil para los contenidos actitudinales y de los procedimentales del desarrollo de dicho plan aplicado.

3.3 Organización general de la estrategia

Unidad	Propósito	Actividad
UNIDAD DE LENGUAJE	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer e identificar los diferentes sonidos que tienen los animales e imitarlos, como forma de estimular los órganos fonarticuladores. 	<ul style="list-style-type: none"> “Imitando a los animales”
	<ul style="list-style-type: none"> Que el pequeño aprenda a distinguir y percibir los diferentes estados de ánimo. 	<ul style="list-style-type: none"> “Mis estados de ánimo”
	<ul style="list-style-type: none"> Hacer que los alumnos interactúen y se conozcan entre sí mostrando afecto mutuo, para tener una mejor convivencia y comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> “Abrazos afectivos”
UNIDAD DE MOTRICIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Favorecer su desarrollo motriz mediante una pelota para mejorar su coordinación y equilibrio. 	<ul style="list-style-type: none"> “Las pelotas saltarinas”
	<ul style="list-style-type: none"> Favorecer la seguridad del niño mediante la coordinación y equilibrio al caminar en un espacio curvo. 	<ul style="list-style-type: none"> “La viborita”
UNIDAD COGNITIVA	<ul style="list-style-type: none"> Estimular el conocimiento del esquema corporal en los niños. 	<ul style="list-style-type: none"> “La tómbola de cuerpo”
	<ul style="list-style-type: none"> Favorecer su adaptación a la escuela así como las relaciones con los demás, mediante la creación de un ambiente familiar y de confianza mediante un álbum de fotos. 	<ul style="list-style-type: none"> “Te conozco, me conoces”
	<ul style="list-style-type: none"> Estimular a que el niño explore el entorno que rodea para encontrar un objeto perdido mostrando seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> “Dónde está mi juguete”
	<ul style="list-style-type: none"> Conozcan diferentes tipos de que existen y las identifiquen por su nombre. 	<ul style="list-style-type: none"> “Exploro y aprendo”
	<ul style="list-style-type: none"> Estimular los principios de conteo mediante el juego con la representación de números para interiorizar el significado. 	<ul style="list-style-type: none"> “El gusano de los números”

3.4 Desarrollo de la estrategia

3.4.1 Unidad de lenguaje

1.- "Imitando a los animales"

EDAD: 2-3 AÑOS ÁREA: Cognitiva y lenguaje

PROPÓSITO: Reconocer e identificar los diferentes sonidos que tienen los animales e imitarlos, como forma de estimular los órganos fono articuladores).

Referencia Teórica: "La comunicación práctica y material encaminan al niño a adentrarse al mundo que lo rodea así como los objetos creados por el hombre" (GONZÁLEZ Maura, Viviana; psicología para educadores en antología actividades directrices del desarrollo en la infancia temprana. LIE. UPN-H. (2005).

TIEMPO: 30 minutos

ACTIVIDAD	RECURSOS	EVALUACIÓN
<p>*Se preguntará a los pequeños qué animales conocen, cuál es el de mayor agrado para ellos, Cuales tienen en casa etc.</p> <p>*Se les pondrá sonidos de diferentes animales, dónde el pequeño dirá a qué animal es el que pertenece.</p> <p>*Por un momento el pequeño reproducirá el sonido de su animal preferido.</p>	<p>*Imágenes</p> <p>*Sonidos de los animales como la vaca, el perro, caballo y borrego.</p> <p>*cubo con las imágenes y las texturas de animales como unavaca, un perro, un caballo, y borrego</p>	<p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none">• interés mostrado en la actividad• Reconocimiento del sonido de los animales del cubo• Asociación del sonido con la imagen que se les presentó.• Imitación del animalito que se le presenta.

2.-“MIS ESTADOS DE ÁNIMO”

EDAD: 3 a 4 años

ÁREA: afectivo-emocional

PROPÓSITO: Que el pequeño aprenda a distinguir y percibir los diferentes estados de ánimo.

Tiempo: 15 minutos.

ACTIVIDAD	RECURSOS	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Se va propiciar el saludo entre los pequeños con la canción titulada “TE QUIERO”• Se les proporcionará una hoja con los diferentes estados de ánimo.• Se realizarán gestualizaciones de los diferentes estados de ánimo frente a un espejo• Posteriormente se emitirán sonidos como risa (jajajaja), llanto, enojo, haciendo referencia a los estados de ánimo.• Se dará una indicación para que los pequeños coloreen ¿cómo se sienten? (enojados, tristes, alegres, etc.).• Posteriormente se les proporcionará plastilina y realizarán con éste material la carita del estado de ánimo que en la actividad anterior ellos colorearon.	<ul style="list-style-type: none">• Grabadora• Música• Imágenes• Colores• Plastilina• Espejo	<p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Actitudes que el pequeño mostró durante la canción• Realización de las gestualizaciones que se le pide• Expresión con el dibujo y el moldeado de su estado de ánimo

3.-"ABRAZOS AFECTIVOS"

EDAD: 3 a 4 años.

ÁREA DE FORMACIÓN: Afectivo-Emocional

PROPÓSITO: Hacer que los alumnos interactúen y se conozcan entre sí mostrando afecto mutuo, para tener una mejor convivencia y comunicación.

Tiempo: 15 a 20 minutos

ACTIVIDAD	RECURSOS	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Bailar libremente al sonido de una melodía y cuando para la música nos damos abrazos con 2, 3, 4 ó 5 compañeros.• Pasa el beso: El juego consiste en dar un beso al que tienes al lado, cuando estamos todos sentados en el piso, al mismo tiempo que decimos: «pasa el beso».• Proporcionar el saludo y afecto entre los niños con la canción "te quiero", moviendo sus brazos en forma de abrazo y saludo, finalmente se abrazarán todos.	<ul style="list-style-type: none">• Grabadora• Música	Observar: <ul style="list-style-type: none">• Actitud que muestra durante la canción• Relación e integración con sus compañeros• Actitud que muestran posteriormente en las siguientes sesiones

3.4.2 Unidad de motricidad

4.-“Las Pelotas Saltarinas”

Edad: 3 años

Área: psicomotriz.

Propósito: Favorecer su desarrollo motriz mediante una pelota para mejorar su coordinación y equilibrio.

Tiempo: 20 min.

ACTIVIDAD	RECURSOS	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Se le otorgará al niño una pelota y se le invitará a jugar con ella.• Se le dejará que en un inicio haga actividades sólo con la pelota.• Después de un determinado el adulto intervendrá y comenzará el juego con actividades como:<ul style="list-style-type: none">• Lanzar la pelota• Patearla.• Girarla sobre su cabeza• Colocarla en frente, atrás, abajo, y sobre del niño	<ul style="list-style-type: none">• Pelotas	Por medio de la observación identificar: <ul style="list-style-type: none">• Cuáles son sus primeras reacciones con la pelota• Que actividades realiza el niño con la pelota• Si el niño participa con el adulto cuando él les pone las actividades.

5.-“La Viborita”

Edad: 2-3 Años

Área: Psicomotora

Propósito: Favorecer la seguridad del niño mediante la coordinación y equilibrio al caminar en un espacio curvo.

Referencia Teórica: “La coordinación de los movimientos es más evidente cuando camina, cambia de dirección, pasa de la posición de rodillas a estar de pie sin necesidad de apoyarse, e incluso se sostiene sobre un solo pie y se pone de puntillas (JUSTO DE LA ROSA, MARISOL, LIE. UPN-H. (2005).

Tiempo: 15 a 20 minutos.

ACTIVIDAD	RECURSOS	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Despejar una habitación de modo que quede libre de obstáculos.• Hacer en el suelo una línea con cinta adhesiva. Empezar con una línea recta y luego hacer una curva y gire, y acabar con una espiral.• Animar al niño a que “camine por la cuerda floja”. Hacerlo uno primero, caminando por encima de la cinta adhesiva. Tratar de no salirse de la cinta.• Después la toca al niño. Mira si puede seguir la cinta mejor que tú.	<ul style="list-style-type: none">• Cinta adhesiva• Pintura para pared.	<p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Seguridad al caminar en la línea recta.• Actitud al caminar en un espacio curvo• Camina sin salirse• Actitud mostrada a la actividad.

3.4.3 Unidad cognitiva

6.-“La Tómbola Del Cuerpo”

Edad: 3 A 4 Años

Área: Cognitiva

Propósito: Estimular el conocimiento del esquema corporal en los niños.

Referencia Teórica:”La maduración general le lleva a desarrollar la identidad propia, utiliza el nombre para referirse a sí mismo, aumenta el conocimiento del esquema corporal, señalando partes del cuerpo cuando el adulto las nombra y se identifica como miembro del grupo familiar”(JUSTO de la Rosa, Marisol; 2004; características generales del niño o la niña de 13 a 24 meses. En: las actividades directrices del desarrollo en la infancia temprana.UPN-H LIE. (2005)

Tiempo: 20 a 30 minutos

ACTIVIDAD	RECURSOS	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• En una caja se colocarán imágenes de las partes del cuerpo.• El niño sacará la imagen de la tómbola y la identificará en su cuerpo con ayuda de la educadora, la cual dirá el nombre de la parte del cuerpo.• El niño deberá colocar la imagen en el lugar que corresponde sobre la imagen de una silueta humana completa	<ul style="list-style-type: none">• Caja• Imágenes de las partes del cuerpo• Silueta del cuerpo humano completa	<p>Observar</p> <ul style="list-style-type: none">• Identifica las partes del cuerpo en sí mismo• Muestra seguridad al ubicarlas• Pronunciación de las partes del cuerpo• Coloca la imagen en forma correcta sobre la silueta

7.-“Te Conozco, Me Conoces”

Edad: 3 años

Área: afectivo-emocional

Propósito: Favorecer su adaptación a la escuela así como las relaciones con los demás, mediante la creación de un ambiente familiar y de confianza mediante un álbum de fotos

Referencia Teórica: “Es importante que los niños conozca los nombres de pila de los demás y sepan que los otros conocen el suyo.”

(Jugar juntos es comunicarse y vivir con los demás. En: “Las actividades directrices del desarrollo en la infancia temprana” Antología de la UPN-Hgo. LIE Pag. 160)

Tiempo:20 minutos aproximadamente, depende del número de niños y de cuanto se tarden explicando su foto.

ACTIVIDAD	RECURSOS	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• El adulto pedirá anteriormente que el niño traiga de su casa una foto de él con su familia.• El adulto invitará a los niños a compartir su foto con sus compañeros• La maestra también llevará su foto e iniciará explicando lo que vivió en su foto y la pegará en un espacio de la pared destinado para las fotos.• El adulto motivara a cada uno de los niños para que platicuen ahora de lo que están haciendo en la foto.	<ul style="list-style-type: none">• Fotos	Mediante la observación identificar si el niño: <ul style="list-style-type: none">• Menciona el nombre de sus familiares• Menciona lo que hicieron o donde se encuentran en la foto• Escucha atento a la explicación de las fotos de los demás• Realiza preguntas a las fotos de los demás.

8.-“Donde Está Mi Juguete”

Edad: 3 Años

Área: Cognitiva

Referencia Teórica: “La preferencia mostrada hacia los juguetes depende del grado de significación que tiene para el infante, lo cual se observa en la satisfacción experimentada en el contacto con estos y el tiempo asignado”.(Díaz Vega, José Luis, 2002. “Los juguetes”. En: las Actividades Directrices del Desarrollo en la Infancia Temprana. Antología de la UPN-H LIE. Pág. 284)

PROPÓSITO: Estimular que el niño explore el entorno que lo rodea para encontrar un objeto perdido mostrando seguridad.

Tiempo: 20 minutos

Actividad	Recursos	Evaluación
<ul style="list-style-type: none">• Buscar tres juguetes que le llamen la atención o sean de su preferencia para él bebé.• Poner al niño en un lugar cómodo y acercarle los juguetes para que él los pueda manipular y explorar• Cuando el niño ya se haya familiarizado con el juguete, esconderlo debajo de una cobija donde el vea que se lo coloque e invitarlo a que lo encuentre.• Repetir la actividad anterior en diferentes lugares al que el niño pueda llegar.	<ul style="list-style-type: none">• Tres juguetes del interés del niño• 1 cobija	<ul style="list-style-type: none">• Observar: ¿Cuál es el objeto que llama más su atención?• Menciona características del objeto.•• Muestra seguridad con que busca el objeto

9.-“Exploro Y Aprendo”

Edad: 3 A 4 Años

Área: Cognitiva

Propósito: Conozcan diferentes tipos de hojas que existen y las identifiquen por su nombre.

Referencia: “El deporte, la danza, y distintas actividades mímicas constituyen estímulos expresivos, pero realizarlos implica áreas de motricidad enteramente olvidadas por la familia como en el caso de la sensibilidad táctil y la diferencia entre tipo de aromas” (ANTUNES,Celso; 2004; Juegos para estimular las inteligencias múltiples. En antología actividades directrices del desarrollo en la infancia temprana. LIE. UPN-H (2005)

Tiempo: 2 sesiones de 15 minutos

ACTIVIDAD	RECURSOS	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">○ Colocar frente a él niño las cajas con las diferentes semillas.• Intercambiar y manipular las diferentes texturas de las semillas.• Identificar el tipo de semilla es.• Cuestionarle ¿qué semilla es?, ¿qué sientes?	<ul style="list-style-type: none">• Hojas de plantas• Papel• Colores	<ul style="list-style-type: none">• Observar:• Interés mostrado por la actividad• Explora todas las semillas• Identifica y reconoce el material• Sensación mostrada al tocar el objeto.

10.-“El Gusano De Los Números”

Área De Formación: Cognitiva

Propósito: Estimular los principios de conteo mediante el juego con la representación de números para interiorizar el significado.

La siguiente actividad se puede realizar en varios momentos no es únicamente en un solo tiempo, ya que este tipo de aprendizaje lleva su tiempo y requiere de reforzamiento.

TIEMPO: 45 minutos

ACTIVIDAD	MATERIAL	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Poner en la pared o piso un gusano previamente hecho con material apto y atractivo para los niños y que contenga la cantidad de objetos del 1 al 9. Por otra parte integras 9 tarjetas también con la cantidad de objetos del 1 al 9. • Permitir que el niño toque y explore el material. • Que el niño tome una tarjeta, y contar junto con él, el número de objetos que están en esa tarjeta. Ejemplo tres lápices • Ahora buscar en el gusano donde está la misma cantidad. Indicando si es igual la cantidad. • Y así sucesivamente con cada representación de las cantidades. No importa el orden de las tarjetas lo importante es ir contando con el niño el número de objetos • Reforzar su conocimiento ubicando en otros objetos, esas cantidades. Ejemplo tenemos 1 gato. hay dos zapatos. aquí hay 3 manzanas, cuatro cucharas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gusano con la cantidad de números. Ejemplo: • un pingüino • dos payasos • tres lápices, cuatro peces • cinco manzanas etc. • Tarjetas con objetos representando las cantidades. • Pegamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • observar los siguientes puntos • Muestra seguridad al ubicarlos. • Pronuncia los números en orden de acuerdo a la serie numérica. • Inicia el conteo en forma voluntaria.

CÁPITULO IV RESULTADOS Y EVALUACIÓN

4.1 ¿Qué es la evaluación?

Evaluación puede conceptualizarse como un proceso dinámico, continuo y sistemático, enfocado hacia los cambios de las conductas y rendimientos, mediante el cual verificamos los logros adquiridos en función de los objetivos propuestos.

La Evaluación adquiere sentido en la medida que comprueba la eficacia y posibilita el perfeccionamiento de la acción.

"La evaluación es una operación sistemática, integrada en la actividad educativa con el objetivo de conseguir su mejoramiento continuo, mediante el conocimiento lo más exacto posible del alumno en todos los aspectos de su personalidad, aportando una información ajustada sobre el proceso mismo y sobre todos los factores personales y ambientales que en ésta inciden. Señala en qué medida el proceso educativo logra sus objetivos fundamentales y confronta los fijados con los realmente alcanzados."⁴⁶Esta etapa dentro de cualquier proyecto es fundamental ya que en este apartado se puede observar si se están logrando los objetivos planeados y si las actividades realizadas son las adecuadas para el problema detectado; así como la posibilidad de que sean replanteadas las actividades propuestas a partir de la valoración que se le da a cada una de ellas.

La evaluación incluye actividades de estimación cualitativa y cuantitativa, así como también involucra otros factores que conforman la definición. De acuerdo con Miras y Solé (1990) el evaluar implica seis aspectos para que se pueda poderse ejecutar, el primero habla de la demarcación del objeto o situación que se vaya a evaluar, el segundo aspecto trata del uso de criterios para la realización de la evaluación tomando en cuenta las intenciones del programa, el siguiente aspecto presenta una sistematización necesaria para la obtención de la información a

⁴⁶Pila Teleña, A. (1995) Preparación Física. Tomos I, II, III. P.p.35

través de diversas técnicas o instrumentos de evaluación, el cuarto expresa la elaboración de una representación fidedigna del objeto evaluado, así mismo el quinto aspecto hace mención sobre la emisión de juicios de naturaleza esencialmente cualitativa, y finalmente la toma de decisiones para producir ajustes y mejoras de la situación.⁴⁷

4.2 Resultados de las actividades

Dentro del desarrollo del plan de trabajo se llevó a cabo en dos momentos ya que se trabajaba de manera grupal e individual con los pacientes lo cual influyo en la aplicación de las actividades, pues en ocasiones tenían que ser modificadas para su aplicación pues el diagnostico de los pacientes lo requería, en seguida se presenta el resultado de las actividades aplicadas dentro del área de terapia de lenguaje:

⁴⁷Miras y Solé 1990. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. P.p. 180

Act.1 “Imitando a los animales”	
Desarrollo de la actividad con un paciente	Desarrollo de la actividad con grupo de pacientes
<p>Esta actividad se llevó a cabo con un niño de tres años con un retardo de lenguaje simple, en un principio el paciente se mostró indiferente ante las imágenes, pues no les llamaba la atención, posteriormente cuando escuchó los sonidos de los animales en el cubo, se sorprendió y quería tocarlo, después se realizó la asociación de sonido imagen logro imitar los sonidos con el cubo, (caballo, vaca, borrego, perro, gato), sin embargo le costó un poco de trabajo ya que confundía algunos animales como la vaca con el borrego, en otras sesiones logro emitir bien los sonidos y asociar mejor cada uno de los animales con las imágenes.</p>	<p>La realización de la actividad en grupo se tuvo que modificar o adaptar un poco ya que el trabajo era entre varios pacientes de cuatro años de edad, con el mismo diagnóstico que se trabajó con un solo paciente, en esta ocasión los niños tenían que imitar en su totalidad el animal, no solo el sonido, sino también los movimientos, como caminar en cuatro patas, correr y saltar; una vez lanzado el cubo los niños realizaban la imitación, por ejemplo si caía en la imagen del caballo ellos relinchaban y se ponían en cuatro patas, y cuando salió la imagen de la vaca todos mugían, la mayoría emitía “muuuuu”, por lo cual la mayoría se veían demasiado interesados al hacer los sonidos y participaban de manera correcta, ya que identificaban al animal correspondiente, pero sin embargo algunos niños solo seguían a los demás compañeritos sin realizar bien la imitación, ya que si los niños gateaban ellos igual, y cuando los demás emitían algún sonido de algún animal los demás primero escuchaban y después hacían el sonido, por ejemplo con el caballo solo un niño pudo emitir el sonido pues le hacía “hiiiiiiiiiiii”, el resto del grupo solo lo observaba y un niño más intento hacer el sonido emitiendo “hihihihi”;</p> <p>Regularmente con la actividad del cubo de sonidos los niños muestran interés y atención al escuchar los sonidos, lo que no sucedió con la asociación de imagen-sonido de los animales, donde se considera que por la ausencia del sonido del cubo, no hay una interacción de la actividad, pero si existe una identificación de los animales en las imágenes de los animales que se mostraban.(Ver anexo 3)</p>

Act.2 “Mis estados de ánimo”	
<p>Desarrollo de la actividad con un paciente</p>	<p>Desarrollo de la actividad con grupo de pacientes</p>
<p>Esta actividad se llevó a cabo con una niña de 3 años de edad con un problema de labio leporino, con la cual se realizaron varios ejercicios de gestualización cuya actividad favoreció para el desarrollo y seguimiento de sus terapias, al inicio se mostraba un poco cohibida ya que no quería realizar dicha actividad, pues le daba pena hacerlo y se negaba hacer lo que se le pedía, se le dio un espejo para que ella pudiera trabajar observando como hacia los movimientos de la cara dependiendo del estado de ánimo si sentía feliz, triste o enojada, al cuestionarle cómo se sentía ella dijo que feliz, posteriormente hizo la gestualización de una carita feliz sonriendo, con la siguiente indicación se mostró interesada ya que al realizar su dibujo lo hizo de una manera optimista, ya que se observó que su estado de ánimo era oportuno pues se mostraba atraída por la actividad, de igual manera se mostró con el moldeado con la masa. (ver anexo 4)</p>	<p>Al igual que con un paciente la actividad se llevó a cabo con niñas con labio leporino, pero este grupo contaba con una edad de 4 a 5 años aprox. cuya edad favoreció ya que al inicio con la canción mostraron demasiada participación y emoción en los movimientos, pues movían su cabeza de un lado hacia el otro, al igual que aplaudían y movían sus manitas de un lado a otro.</p> <p>Al realizar las gestualizaciones las niñas les costó un poco de trabajo ya que anteriormente no llevaban alguna terapia o realización de masajes faciales, lo cual influyo en los ejercicios, sin embargo lo realizaron de la mejor manera ya que trataban de hacerlo como ellas podían, pues trataban de hacer las gestualizaciones que se les ponían en las imágenes como era sorprendido, triste, y feliz, al hacer la primera gestualización que fue la de sorprendido una pequeña logro abrir la boca más que las demás pues solamente ponían los labios semi-abiertos, con la siguiente imagen que fue la de triste, fue un poco más sencillo ya que pudieron colocar bien los labios hacia abajo como lo indicaba la imagen, al cuestionarles cómo se sentían todas respondieron que felices y realizaron su dibujo, las tres niñas realizaron una carita feliz.</p> <p>Posteriormente al concluir su dibujo lo pegaron dentro del área, las cuales auxiliaron en las siguientes sesiones para realizar las gestualizaciones.</p>

Act.3 “Abrazos afectivos”	
Desarrollo de la actividad con un paciente	Desarrollo de la actividad con grupo de pacientes
<p>La realización de esta actividad se ejecutó con una pequeña de 3 años con síndrome de Down la cual se mostró demasiado feliz ya que regularmente le gusta demostrar su cariño mediante abrazos y beso lo cual la motivo más ya que dicha actividad trataba de eso, esta actividad repercutió en ella ya que cada vez que llegaba al área de trabajo saludaba muy amable pues en una primera ronda saludaba a todos los que estaban de mano y posteriormente en una segunda ronda lo hacía con un beso en la mejilla y al finalizar la terapia realizaba lo mismo para despedirse, y también comentaba su mamá que afuera lo hacía de igual manera.</p>	<p>Se trabajó con un grupo de niños con Down cuyo grupo era un poco huraño, ya que este grupito de niños no toleraba que estuvieran cerca de ellos y no había convivencia e interacción entre ellos, ya que se irritaban fácilmente y se ponían un poco agresivo y en ocasiones lloraban, igualmente eran muy poco participativos, ya que al pedirles que llevaran a cabo la actividad mostraban indiferencia y costaba trabajo atraer su atención, en el desempeño de la actividad, en un principio mostraban resistencia para brindarse los abrazos y los besos, pues cuando alguien lo iniciaba a dar un abrazo lo demás lo empujaban, o corrían dentro del área para poder evitar el abrazo, pues esto no lo hacían con frecuencia, con el desenvolvimiento de la actividad lograron abrazarse todos y cantar al final.</p> <p>Con el transcurso de las sesiones y la repetición de la actividad los pacientes desarrollaron un ambiente más cálido y amable ya que podían convivir entre ellos sin agresiones y podían tolerar un abrazo, al igual que se podía trabajar mejor ya que mostraban más interés hacia las actividades y mejor participación.(ver anexo 6)</p>

Act.4 “Las pelotas saltarinas”	
Desarrollo de la actividad con un paciente	Desarrollo de la actividad con grupo de pacientes
<p>El desarrollo de esta actividad fue con un niño con autismo que tenía 3 años de edad, al iniciar se le entrego la pelota se mostró un poco indiferente y solo se le quedaba viendo así como también se la metía a la boca, no le daba alguna importancia en especial.</p> <p>Después se le dio movimiento a la pelota botándola, al ver esto el pequeño empezó a poner la pelota y empezó a imitar los movimientos que se hacían pero sin poder interactuar con él tan directo ya que se oponía al contacto.</p>	<p>Se trabajó con un grupo de niños con un daño neurológico los cuales asilaban entre los 5 y 6 años aprox. a este grupo se les entregó una pelota a cada quien, sin embargo su comportamiento fue muy agresivo ya que arrebatan el material y se golpeaban sin sentido entre ellos ya que una paciente quería tener todas las pelotas y los demás niños no se las prestaban.</p> <p>Cuando nuevamente todos tenían su pelota iniciaron a botarla dentro del área, posteriormente la empezaban a patear esta acción les llamó la atención ya que imitaban el juego de futbol pues al lanzar la pelota unos a otros gritaban gol.</p> <p>Al darles indicaciones para que trabajaran con la pelota los niños prestaban poca atención teniendo que quitarles las pelotas para que se les explicara que tenían que hacer ejemplificando la actividad.</p> <p>Posteriormente los niños podían pasar la pelota de un lugar a otro sin que se les cayera con ayuda de su cuerpo tratando de que no se les callera, en esta actividad se mostraron contentos e interesados ya que sus facciones lo demostraban así como el nivel de participación; en ocasiones se ayudaban entre ellos, pues se ponían la pelota entre sus manos, en ocasiones se ponían la pelota entre la espalda de ambos niños, la relación en este grupo fue más propicio ya que su convivencia se mostró sin agresiones entre ellos.</p>

Act.5 “La viborita”

Desarrollo de la actividad con un paciente	Desarrollo de la actividad con grupo de pacientes
<p>Esta actividad se realizó con pequeño con un problema de hipoacusia o sordera muy leve, el cual se mostró interesado por las cuerdas flojas que se les manejo, las cuales estaba colocadas en el piso, al él se le daban las indicaciones por detrás, para que pudiera escuchar y que hiciera correctamente lo que se le pedía ya que en ocasiones solo leía los labios y no hacía caso a indicaciones, durante el trabajo en la sesión el niño mostro agrado ya que al caminar por las cuerdas de manera recta lo hacía lo mejor que podía tratando de no salirse de dicha línea en esto mostro seguridad para hacerlo, en el espacio curvo se le observo un poco inseguro ya que rascaba su cabeza dando muestra de que no podría hacerlo al primer intento se salió de las cuerdas se le dio otra oportunidad y lo realizo mejor ya que en esta ocasión no se salió tan fácilmente, ya que cruzaba sus pies equilibrándose.</p>	<p>El manejo de esta sesión fue con un grupo de pequeños con un daño neurológico severo por lo cual tenían demasiado problema y casi fue imposible realizar la actividad ya que en lugar de seguir a línea marcada con cuerdas, ellos las tomaban del piso y las arrastraban dentro del área de trabajo, cuando se les ejemplifico el cómo tenían que realizar la actividad no se pudo captar en un 100% su atención y solo imitaban, lo que hacía el compañero de enfrente, pues si él brincaba los demás también lo hacían, o si se saltaba en un pie los demás también lo hacían y si él se quedaba parado lo empujaban para que siguiera haciendo movimientos, con estas situaciones no se pudo llegar al objetivo.</p>

Act.6 “La tómbola del cuerpo”	
<p>Desarrollo de la actividad con un paciente</p>	<p>Desarrollo de la actividad con grupo de pacientes</p>
<p>La realización de esa actividad se llevó a cabo con un niño de cuatro años con síndrome de asperger , el cual presenta muy poca atención hacia las cosas, indicaciones o actividades, por lo cual él trabajo se mostró un poco complicado en un principio ya que no entendía y no prestaba atención hacia las indicaciones que se les daba, se le tuvo que dar ejemplos de cómo tendría que hacer la actividad, como el cómo habría de colocar las imágenes y que indicaba cada imagen que saliera, donde al igual que al principio no mostró interés, sin embargo se le puso música del “Chuchuwa” para que se moviera con el ritmo de la canción y pudiera mover las partes del cuerpo que se indicaban, eso lo motivo un poco, ya que cada vez que sacaba una imagen se le cuestionaba que ¿qué podría hacer con esa parte? Y él movía la parte de su cuerpo, le costó un poco de trabajo colocar la pieza del rompe-cabeza en el lugar indicado al principio, ya que no había algo que lo guiara, posteriormente le fue más fácil pues se iba ubicando con las demás pieza. Cuando se le pidió que digiera el cómo se llamaban las partes del cuerpo señalándoselas, le fue un poco complicado pues algunas partes las confundía como los brazos con las piernas y las orejas con los ojos.(ver anexo 7)</p>	<p>Se trabajó con un grupo de niños de entre 4 y 5 años aprox., los cuales también son niños con asperger, el trabajo se tuvo que modificar ya que en esta ocasión los niños escogieron las partes del cuerpo que ellos quisieran, tratando de que todos tuvieran la misma cantidad, cuando se sacaba la imagen ellos tenían que buscar entre las que tenían y si la tenían la colocaban en el rompe-cabeza, esta actividad les llamo mucho la atención ya que estaban muy atentos en las partes que ellos tenían y en la que se sacaba, algunas veces se ayudaban entre ellos en la ubicación de las piezas, y después las colocaban en el la silueta del cuerpo, hubo confusión en algunas partes como lo eran las piernas y los brazos ya que estas piezas eran casi del mismo tamaño, y las colocaban al revés. Posteriormente se les dio una hoja con la silueta de un niño y una niña, tenían que colocar lo que le faltaba, esto fue de manera individual y les consto un poco de más de trabajo ya que la parte del tronco no era identificada por ellos. Finalmente se les pregunto el nombre de las partes del cuerpo, diciéndoles... cómo se llama esta parte que tiene dedos, ellos respondieron “nanos” y otros dijeron “manos”, esto último no fue de mucho agrado para los pequeños ya que no mostraban interés cuando se les preguntaba, solamente un pequeño realizó su participación pero le costó trabajo algunas partes como lo fue las rodillas y los brazos, pues al señalarle la parte el alzaba los hombros y decía “no sé”, ya que solo mencionaba manos, pies y cabeza.</p>

Act.7 “Te conozco, me conoces”	
Desarrollo de la actividad con un paciente	Desarrollo de la actividad con grupo de pacientes
<p>Esta actividad se llevó a cabo con un paciente con síndrome de asperger que tenía 4 años de edad, el cual al presentar sus fotos se mostró demasiado emocionado ya que al ver la imágenes se reconocía al igual que reconocía a sus familiares, el platicaba donde estaban y quienes eran los que estaban en la imagen como lo era su mamá y su abuela, contestaba adecuadamente las preguntas que se le hacían dentro de la actividad sin salirse del tema, cómo ¿Qué paso ese día? ¿Dónde es ese lugar?</p>	<p>Al igual que en la actividad individual se trabajó con un grupo de pequeños con asperger, los cuales también se mostraron alegres al presentar sus imágenes de fotografías, las cuales reconocían inmediatamente, tratando de explicar dónde estaba y quienes estaban con élen ese momento, todos escucharon con atención las explicaciones que cada uno daba, pues mencionaban quienes estaban dentro de la foto, y donde se encontraban, todos reconocieron a sus familiares, como era el caso de mamá, papá y sus abuelos, cuando cada uno pasaba los demás niños querían tomar la foto diciendo “avel, avel”, al final de la explicación se rolaban las fotos para que los niños tuvieran la oportunidad de mirar todas las fotos de los compañeros. Dentro de cada explicación que los niños iban compartiendo de sus fotos los compañeritos norealizaron ninguna pregunta en cuanto a lo que se exponía, aunque se les diera la indicación de que lo hicieran.</p>

Act.8 “Dónde está mi juguete”	
Desarrollo de la actividad con un paciente	Desarrollo de la actividad con grupo de pacientes
Esta actividad solo se realizó en grupo de pacientes.	Esta actividad se realizó con un grupo de pacientes de 4 años con TDAH, los cuales llevaron un juguete cada quien, posteriormente se les pusieron más objetos junto a los suyos, como lo eran títeres, tambores y cubos, con los cuales interactuaron de igual manera, una vez que los compartieron, se les pidió que los colocaran en una caja cosa que no querían hacer pues no querían separarse de ellos, al escondérselos, se mostraron ansiosos por encontrarlos, se les cuestiono cómo era su juguete, cada uno de ellos dio la explicación como era, un niño dijo que era “pequeño y tenía llantas de color amarillo”, otro pequeño menciono que era “gane y dojo, tenia unas luedasnegas y que era su juguete”, y el ultimo pequeño no describió su juguete solamente dijo “ no sé, es un cado”, esto fue en el caso de un carrito que llevaban cada uno de los niños, la mayoría mostró participación y seguridad en la búsqueda ya que examinaban sin miedo pues se esparcían dentro del área tratando de localizar su objeto perdido, ya que buscaban por si mismos sin que se les dijera nada.

Act.9 “Exploro y Aprendo”	
Desarrollo de la actividad con un paciente.	Desarrollo de la actividad con grupo de pacientes
<p>La realización de esta actividad se inició con un niño cuyo diagnóstico es de un daño neurológico un poco severo, este paciente cuenta con una edad de 4 años aprox. el cual acudía con su mamá a las terapias la cual me ayudo a realizar la actividad, esta actividad se tuvo que modificar ya que el material con el que se pretendía trabajar no se encontraba en el área, y se cambió por semillas colocadas en cajas, al inicio se mostró demasiado efusivo y aventaba las semillas, en el desarrollo de la actividad se fue relajando y al término de la exploración metió sus manos dentro de la caja de linaza ya que esta le causo una sensación favorable ya que no quería sacarlas y se quedaba demasiado quieto.</p> <p>Cuando se le cuestionó qué semilla era la que estaba tocando, él no contestaba nada solamente tocaba las semillas sin hacer sonido alguno.</p>	<p>El trabajo fue con un grupo de 4 niños con daño neurológico los cuales tenían 5 años de edad, al igual que con el paciente se trabajó con las semillas esta les fueron extrañas, se les pusieron cuatro tipos de semillas que eran frijol, linaza, garbanzo y arroz, en un principio pues la sensación de tocarlas era extraño para ellos, posteriormente al rolar las cajas se mostraban inquietos e interesados pues querían meter sus manos y sentir la textura de la semilla que ahora tenían, al final la mayoría quería solo tener la linaza ya que su textura es muy suave.</p> <p>Al cuestionarles que sintieron en sus manos, ellos no contestaban nada, solamente movían su cabeza de un lado a otro, cuando se les decía “¡¡¡sientes que suave está!!!” ellos movían solo su cabeza de un lado a otro, algunas veces sonreían.</p>

Act.10 “El gusano de los números”

Desarrollo de la actividad con un paciente	Desarrollo de la actividad con grupo de pacientes
<p>Esta actividad fue realizada un niño con TDAH el cual tiene una edad de 4 años, le llamo mucho la atención el gusano, el cual estaba pegado dentro del área de trabajo, él ya identificaba algunos números, como el 1 y el 4, el cuatro se le facilitaba porque hacía correspondencia con su edad y el número 1 se le facilitaba por que con ese iniciaba la serie numérica , durante la aplicación de esta actividad el niño mostró gran interés, sin embargo se notaba un poco de inseguridad al poder ubicarlos números en el gusano ya que tenía que volver a ver la tarjeta y hacer el conteo de los dibujos, con los primeros cuatro números, le fue más sencillo pues se tenían pocos objetos y podía ubicar más rápidamente en el gusano, al terminar la ubicación, inicio la pronunciación de manera no convencional, ya que con él gusano en la pared empezó a decir uno, dos, tres, cuatro, seis, nueve, y esto le causo emoción pues fue un logro para él, ya que anteriormente no lo realizaba o se distraía demasiado.</p> <p>En sesiones posteriores al ingresar al área de trabajo empezaba a realizar el conteo de manera voluntaria ya que se ponía frente al gusanito y empezaba a contar el número de objetos que se encontraban en las imágenes diciendo uno, dos en el caso del número 2.</p>	<p>Esta actividad se llevó a cabo solo con paciente.</p>

4.3 Evaluación general de la estrategia implementada en Prácticas Profesionales

Durante la aplicación de la estrategia se pudo observar que los propósitos de cada unidad se lograron ya que se vio un avance en algunos pacientes como era la claridad en el lenguaje así como el enriquecimiento de éste y la mención de algunas palabras, mostrando un lenguaje más fluido lo que posibilitaba una comprensión en su forma de comunicación. La comunicación fue un factor clave para poderse integrar con sus compañeros y tener una mejor relación con sus iguales.

Por otro lado en el aspecto cognitivo cuyo propósito al igual que el de lenguaje también se vio alcanzado ya que los aprendizajes de los pacientes fueron fortalecidos con las actividades, las cuales estaban dirigidas respectivamente a sus edades, y necesidades; ya que éstas agilizaban su memoria y se relacionaban con el reconocimiento, también asociaron palabras o imágenes conocidas o familiares para ellos, en este caso animales y frutas, así como prendas de ropa u objetos de la casa, esto para contribuir en la formación de conceptos y ampliar su vocabulario como herramienta de comunicación.

Finalmente en cuanto a la motricidad se favoreció en los niños la coordinación de movimientos corporales así como la independencia para ir de un lugar a otro dentro del salón de terapia mostrando mayor confianza y seguridad al tomar materiales y juguetes, al igual que se vio mayor aceptación en cuanto al desarrollo de las actividades ya que había más cooperación por parte de los pacientes, pues ya no existía tanto rechazo para la realización como en otras ocasiones.

4.4 Facilidades y problemas de aplicación del plan

Durante la aplicación de las actividades me encontré con diversas problemáticas, en la mayoría fue por la falta de atención de los niños ya que los problemas con los que se presentaban eran muy severos, al igual que algunas ocasiones el grupo de pacientes era grande y de diferente diagnósticos.

Otro problema con los que lidie fue la falta de material didáctico ya que era insuficiente para todos los pacientes, al igual que no estaba dirigido para todos los diagnósticos, así como el espacio donde me desenvolvía para llevar a cabo las actividades ya que era muy reducido y no me podía desplegar o aplicar la actividad como hubiese querido ya que en el aula 1 solo cuenta con una mesa de unos 60 x 60 cm. aprox. y cuatro sillas pequeñas y algunas veces había grupos de 6 niños y se tenía que conseguir sillas a otras áreas y el área de trabajo se reducía.

Dentro de las facilidades de la aplicación del plan se puede mencionar la disposición por parte del titular de la institución ya que éste se mostrósatisfecho con nuestro trabajo y nos daba apertura con todos los pacientes pues la labor realizada era considerada de calidad y sin paga, lo cual se podía atender más pacientes y abarcar más demanda.

Considero que una de mis fortalezas dentro de la aplicación de las actividades fue poder moldearlas si se mostraba algún problema ya que al final lograba cumplir con el propósito con el que se contaba.

Así como el poder socializar con los pacientes y poder ganarme su confianza rápidamente para poder llevar a cabo las actividades, ya que algunos pacientes se sentían amenazados con mi presencia y se mostraban agresivos, al igual que pude interactuar con los padres de familia explicándoles mi estancia ahí y que ellos me dieran la confianza para atender a sus hijos sin problema alguno y contar con su apoyo en la adquisición de materiales o de tareas a realizar en casa mostrando interés en cada una de las actividades realizadas.

4.5 Experiencia vivida

Durante la estancia en el CRIRH, viví situaciones muy favorables ya que el convivir con niños con necesidades especiales, sensibilizo mi perspectiva de trabajo ya que algunas veces realizaba actividades, sin tomar muy en cuenta la forma de aplicación o interacción durante el desarrollo de la misma, así mismo me permitió conocer más acerca de los problemas de lenguaje, las características y cómo se organiza el sistema lingüístico, al igual del cómo se organiza una terapia.

Al inicio de las prácticas profesionales empecé con un poco de miedo ya que nunca había convivido con niños con alguna necesidad específica y solo entre como observadora durante 2 días para ver cómo se organizaban las terapias y que tipos de niños acudían, me mostré sorprendida en un inicio pues la terapeuta tenía un buen manejo de sus actividades y de sus pacientes, al igual que una comunicación con los demás terapeutas a donde los niños también acudían.

Posteriormente pude interactuar con algunos pacientes auxiliando a la terapeuta en actividades, las cuales eran solicitadas por la misma, esto en un principio me costó un poco de trabajo ya que no conocía en su totalidad los diagnósticos de los pacientes y que se debería trabajar con ellos, la terapeuta fue muy amable conmigo y me explicaba lo que se tendría que trabajar y como se le daba seguimiento a la terapia, en ocasiones me daba un poco pánico al interactuar con pacientes en especial con niños de asperger puesto que eran demasiado agresivos se alteraban demasiado.

Consecutivamente en mi estancia fue solicitada mi participación en cuanto a materiales didácticos ya que al ser una institución que acababa de iniciar actividades no contaban con lo suficiente para trabajar, esto me causo conflicto ya que era demasiado material el que solicitaban, y alteraban mis actividades dentro de la universidad, pues no me daba el tiempo suficiente para realizarlas, ya que la solicitud del material era consecutivo y los gastos eran mayores.

Más adelante en el desarrollo de las actividades me fue permitido el poder hacer una entrevista de nuevo ingreso al área para conocer el desarrollo y organización de la misma cuya finalidad es de conocer los antecedentes del paciente para poder localizar la problemática, en un principio me costó un poco de trabajo por interacción con los padres, al igual que hacer la evaluación de lenguaje a los niños; sin embargo con el paso del tiempo fui adquiriendo un poco de experiencia en la elaboración de actividades con ayuda de las materias que curse en la Universidad Pedagógica Nacional como es el caso de las actividades directrices, cuya materia estaba dirigida a realizar actividades dirigidas hacia las necesidades hacia quien va dirigidas, así como la realización de un ambiente para su aprendizaje como lo vimos en dicha materia. Esto me permitió conocer e interactuar con más pacientes y me dieron la oportunidad de darme seguimiento a sus terapias dándome un horario establecido para trabajar con ellos y así yo poder aplicar las actividades planeadas y dirigidas hacia ellos dándome una satisfacción enorme y poniéndome un reto en mi formación como interventora educativa ya que el desempeño de mi trabajo me abrió las puertas para poder laborar dentro de la institución ya que me propusieron laborar dentro de la misma, pero la falta de algunos conocimientos teóricos referentes a los problemas de lenguaje me impidieron poder quedarme frente al área de trabajo.

4.6 Las condiciones de desarrollo de la intervención

El desarrollo de las prácticas profesionales en el CRIRH fue porque se presentó la oportunidad y el espacio para poder trabajar con niños con necesidades especiales a los cuales se pudo apoyar con la intervención de actividades diseñadas hacia sus necesidades.

El apoyo hacia personas especiales o con alguna discapacidad, también me inspiró a realizar mis prácticas en esa institución, así como también el conocer más acerca de los problemas y diagnósticos que se tratan, así como el seguimiento que se les da, al igual el tipo de actividades que se llevan a cabo con los pacientes y poder sugerir o apoyar con otro tipo de actividades como en este caso las directrices cuyo objetivo también es favorecer el desarrollo de su lenguaje.

4.7 Alcances logrados

De acuerdo a lo que marca el programa se considera que se llevó un buen trabajo ya que la intervención que se tuvo dentro del CRIRH se fue construyendo de manera positiva, sin embargo durante la aplicación de las actividades que se diseñaron, se tuvieron un poco de problemas ya que a la hora de su aplicación tenían que ser en ocasiones modificadas, ya que el trabajo con un solo paciente era demasiado diferente que el trabajo en grupo, por lo cual considero que mi mejor desempeño fue con el trabajo en grupo desde la intervención ya que los objetivos de las unidades se fueron cumpliendo como lo requería como fue el potenciar el lenguaje en los pacientes, así como el favorecimiento de una motricidad y el fortalecimiento en su desarrollo cognitivo.

Las competencias de algunos cursos que me sirvieron de apoyo fueron en este caso el de las actividades directrices, cuya competencia es el poder diseñar y aplicar estrategias educativas en situaciones concretas de aprendizaje tomando en cuenta un sustento teórico y metodológico de las actividades directrices en el desarrollo de la primera infancia, con la finalidad de que se oriente la intervención para promover el desarrollo infantil de la edad temprana, la cual me sirvió de gran apoyo ya que de este modo realice las actividades las cuales estaban dirigidas hacia el área de lenguaje.

Otra competencia que también me fue de gran apoyo fue la de creación de ambientes de aprendizaje ya que esta me permitió diseñar un ambiente de aprendizaje tomando en cuenta el contexto, la intención, el tiempo, los sujetos, los contenidos y los materiales de apoyo los cuales en ocasiones eran insuficientes y se tenían que realizar o adquirir para el desarrollo de algunas actividades.

Dentro del área del lenguaje se notaron grandes avances con la intervención que se tuvo ya que se observó más asistencia por parte de los pacientes, así como avances en los mismos pues su lenguaje que presentaban en principio se consideraba en un 30 a 40% y al hacer una evaluación al finalizar cada unidad de

trabajo se observaba un avance en los pacientes, porque al expresarse de manera oral, su lenguaje era más fluido, claro y entendible.

4.8 Evaluación de Prácticas Profesionales

Las Prácticas Profesionales me permitieron desarrollar las competencias marcadas como lo es el poder realizar diagnósticos, planear y evaluar e intervenir en problemas que la carrera de Intervención Educativa demanda.

Durante el desarrollo de mis prácticas profesionales considero que faltó un asesoramiento más acerca de qué se trataba, ya que por mi parte en un principio el objetivo fue cubrir las horas requeridas al igual que obtener los créditos, sin embargo considero que no hay un seguimiento como tal ya que debería haber un enlace de un solo proyecto y en una sola institución los tres periodos de prácticas así como el de servicio social ya que algunas veces iniciamos en un lugar y concluimos en otro como es mi caso, lo que ocasiono que no se pudiera consolidar óptimamente las acciones que se emprenden en cada lugar, ya que al iniciar en un lugar y llevar a cabo un diagnóstico y no darle seguimiento va atrasando o limitando el trabajo para poder llegar a la titulación, ya que se inicia de cero en cada institución nueva a la que se ingresa.

Por otro lado considero que las practicas está bien ubicadas dentro del mapa curricular ya que al estar en el área de trabajo tenemos las herramientas suficientes para realizar un diagnóstico al igual que podemos iniciar en la construcción de un plan de actividades para la solución del mismo.

Conclusiones

Durante la realización de las prácticas profesionales fui adquiriendo nuevos conocimientos y reforzando con los que ya contaba, los cuales me llevaron a realizar nuevas actividades en el centro de rehabilitación CRIRH, teniendo varios alcances durante mi estancia en cuanto a las terapias de lenguaje, ya que el trabajo que lleve a cabo en esta área me dejó grandes satisfacciones como el poder ayudar a personas y poder orientar a quien lo necesitaba.

Durante el proceso que viví con los pacientes que fueron atendidos bajo mi responsabilidad en el área de lenguaje pude darme cuenta que hubo gran avance en cuanto a su expresión oral ya que era mayormente comprensible, en cuanto al trabajo realizado puedo mencionar que el trabajo que daba mejores resultados o se veía un mejor avance era el trabajo de manera individual con un solo paciente, esto desde el avance de cada niño, ya que se le brindaba mejor atención y había mayor avance que en el trabajo en grupo, pero cabe señalar como se menciona en páginas atrás que desde la intervención me era más fácil trabajar en grupo pues las actividades estaban diseñadas para trabajarlas de esa manera, ya que éste por ser un poco amplio impedía que a todos se les brindara la misma atención pues en ocasiones el diagnóstico clínico era diferente, pero de igual manera el trabajo con grupo algunas veces favorecía las terapias pues la socialización entre compañeros ayudaba para que se motivaran algunos pacientes, como en el caso de niños con retardo de lenguaje y en ocasiones con niños que presentaban síndrome de asperger.

Por otro lado el trabajo con los padres fue muy grato ya que estos atendieron a las solicitudes que se les hacían en cuanto a material adquirido, y también se veía satisfacción por parte de ellos en cuanto a las terapias pues la asistencia era continua y de manera adecuada con lo solicitado así como también la realización de tareas y reforzamiento en casa.

En cuanto a la intervención educativa que desempeño durante las prácticas profesionales pude darme cuenta la importancia que tiene esta licenciatura pues al realizar un diagnóstico antes de llevar a cabo cualquier actividad es sumamente importante ya que este será de mucha utilidad para el desarrollo y seguimiento de cada una de las actividades planeadas así como la evaluación de la misma para lo cual se encuentra preparado un LIE.

Bibliografía

- Alfredo Astorga y Bart Van Bijl. (1991) "El diagnóstico en el trabajo popular", en: Manual de Diagnóstico participativo. Humanitas, Buenos Aires. En Antología de Diagnóstico Socioeducativo LIE UPN/HGO. UPN.
- Beltrán J. Et. 2000 Intervención Psicopedagógica y currículo Escolar, En Antología de Intervención Educativa. LIE UPN/HGO. UPN. Pp.161.
- Ardilla Alfredo 1989 "El desarrollo del lenguaje, en psicología del lenguaje", año.
- Aspectos evolutivos, diagnóstico y tratamiento de dificultades. Educación infantil. Ediciones Ceac. 2004.
- Azcoaga, J. 2012 "Retardo del lenguaje de Patogenia Anártrica". www.textosdepsicologia.blogspot.mx/2010/09/azcoaga-j-retardo-del-lenguaje-de_6201.html
- Cecil D. Mercer 2006, "Dificultades de aprendizaje", Edit. CEAC
- Damasio, A. y Damasio, H. (1992) "Cerebro y lenguaje". *Investigación y Ciencia*.
- Defior, S. & Serrano, F. (2011). "La conciencia fonémica, aliada de la adquisición lenguaje escrito." *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 31(1), 2-
- Domínguez Pino, Martha. 2004 "El conocimiento de sí mismo y sus posibilidades". Editorial pueblo y educación, En Antología de Las Actividades directrices del Desarrollo en la infancia temprana, LIE UPN/HGO. UPN.
- Gassier, J. (1983) *Manual del desarrollo psicomotor del niño*. Barcelona: Toray-Masson.

- Hernandez Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar (1997) Metodología de la Investigación. México, Mc Graw Hill,
- Johnston, E.B. y Johnston, A.V. (1993) *Desarrollo del lenguaje: lineamientos piagetianos*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Love, R. y Webb, W (1994) Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Luque, A. y Palacios, J. (1992) "Inteligencia sensoriomotora". En Jesús Palacios, Álvaro Marchesi y César Coll (comps.) *Desarrollo Psicológico y educación, 1*. Madrid: Alianza Editorial
- Luria, (1977). Centre Londres 94, Psiquiatría-Paidopsiquiatría. P.p. 2
- Programa de reordenamiento de la oferta educativa de las unidades UPN (Plan de Estudios). Licenciatura en Intervención Educativa. 2002". En Antología de Intervención Educativa. UPN/HGO. UPN. Pp.160.
- Rojas Soriano, R. (1981). Guía para realizar investigaciones sociales. México, DE: Universidad Nacional Autónoma de México. Sexta Edición.
- Rondal, J.A. y Seron, X. (1991) *Trastornos del lenguaje 1: lenguaje oral, lenguaje escrito y neurolingüística*. Barcelona: Paidós.
- Sataloff, R. (1993) "La voz humana". *Investigación y Ciencia*. Febrero 1993.
- Serón J. M. y Aguilar M., 1992, Psicología de la comunicación y el lenguaje. Madrid EOS

- Spitz, R. (1996) *El primer año de vida del niño*. Madrid: Aguilar.
- Vila, Ig. (1992) “Adquisición del lenguaje”. En Jesús Palacios, Álvaro Marchesi y César Coll (comps.) *Desarrollo Psicológico y educación, 1*. Madrid: Alianza Editorial.
- Weiner, I.B. y Elkind, D. (1985) *Desarrollo normal y anormal del niño pequeño*. Barcelona: Paidós Educador
- Zorrilla Santiago y Torres Miguel 1992. *En metodología de la investigación*. Edit. MC. Graw.

Anexos

ANEXO 1



Mapa de ubicación del Centro de Rehabilitación Integral Regional de Hidalgo.
Carretera México-Tuxpan Km. 37.5 en el entronque a la comunidad de los
Romeros en la colonia Paxtepec Municipio de Santiago Tulantepec

ANEXO 2



Universidad Pedagógica Nacional-Hidalgo

Sede Tulancingo Hidalgo

Lic. En Intervención Educativa.

Entrevista A Terapeutas



***Buenas tardes, esperando contar con su apoyo, le pedimos que si nos pudiera contestar las siguientes preguntas, con el fin de recopilar información.**

Área_____ Edad_____

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted laborando en esta institución?
2. ¿Con qué nivel de estudios cuenta?
3. ¿Porque decidió ser terapeuta?
4. Qué es lo más satisfactorio en el desarrollo de su trabajo?
5. ¿Cómo fue su ingreso a esta institución?
6. ¿Cuántos niños atiende usted semanal y mensualmente?
7. ¿Cuáles son las actividades principales que usted desarrolla en este espacio?
8. ¿Cuáles son los diagnósticos que atiende?
- 10 ¿En qué sexo son más frecuentes los pacientes?
- 11 ¿De qué lugar asisten con más frecuencia los pacientes para las terapias?
- 10 ¿Qué finalidad tienen las terapias?
- 11 ¿Hay un tiempo límite para dar un tratamiento a un niño?

- 12 ¿Cuándo usted considera que un niño se puede dar de alta?
- 13 ¿Cómo están organizadas sus terapias (horario)?
- 14 ¿Cómo están organizadas sus terapias (diagnósticos o edades)?
- 15 ¿Cómo está estructurada una terapia?
- 16 ¿Cuáles son las actividades con las que inicia en una primera terapia?
- 17 ¿Qué edades atiende y cuales son más constantes?
- 18 ¿Cómo está organizada el área de trabajo?
- 19 ¿Elabora algún plan de trabajo?
- 20 ¿Cómo está organizado su plan de trabajo?
- 21 ¿Lleva algún control con datos generales de sus pacientes?
- 22 ¿Existen reglas a seguir para trabajar, que tipo?
- 23 ¿Elabora un plan de trabajo para atender a los niños?
- 24 ¿Qué procedimiento se sigue para iniciar una terapia dentro de su área?
- 25 ¿Cuál es el papel de los padres en las terapias de sus hijos?
- 26 ¿Cuáles son las dificultades a las que se enfrenta en su trabajo diario?
- 27 De forma general ¿Qué sugeriría a los padres que asisten a las terapias?

ANEXO 3



Universidad Pedagógica Nacional-Hidalgo

Sede Tulancingo Hidalgo

Lic. En Intervención Educativa.



ENTREVISTA A PADRES DE FAMILIA

*Buenas tardes, esperando contar con su apoyo, le pedimos que si nos pudiera contestar las siguientes preguntas, con el fin de recopilar información.

1. ¿Por qué trae a su hijo al CRIRH?
2. ¿Quién le recomendó acudir al CRIRH?
3. ¿Qué diagnóstico le dieron de su hijo?
4. ¿Usted como padre le han dicho que es lo que tiene que hacer?
5. ¿Cuánto tiempo tiene acudiendo?
6. ¿Qué tipo de avance a observado en su hijo?
7. ¿Conoce la forma de trabajo de las terapeutas con sus hijos?
8. ¿La terapeuta le deja tareas y/o actividades para realizar en casa?
9. ¿Qué tipo de tarea y/o actividades les dejan a sus hijos?
10. ¿Se siente a gusto con el trabajo de la terapeuta?
11. ¿Cómo es la comunicación entre terapeuta y usted?
12. ¿Le solicitan algún material? ¿De qué tipo?
13. ¿A cuántas terapias acude su hijo? ¿Qué tipo?
14. ¿Cada cuando acude a las terapias?
15. ¿Cómo califica la organización del CRIRH?
Buena regular mala
16. ¿Recomendaría usted la institución?
17. ¿Sus citas son respetadas?
18. ¿Ha visto algún avance en su hijo?
19. ¿Cómo es la atención del personal hacia con usted?
20. ¿Está satisfecho con la atención?
21. ¿Trae a su hijo por iniciativa propia?

ANEXO 4



Trabajo en grupo con la actividad “Imitando a los animales”, donde los pacientes tenían que reconocer e imitar los animales que se le solicitaba.



ANEXO 5



En la actividad número 2 “Estados de ánimo”, se presentaron las imágenes para que la paciente con labio leporino pudiera gestualizar como las tarjetas se lo solicitaba.



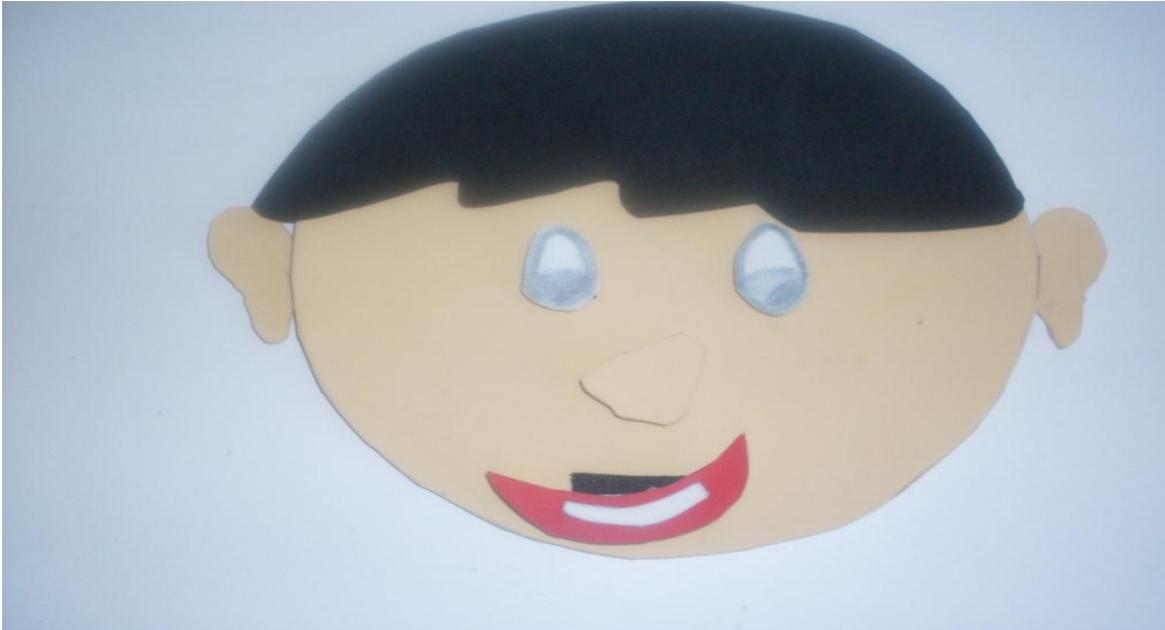
ANEXO 6



Se trabajó la actividad “Brazos afectivos” con grupo de niños con síndrome de Down. donde cantaban y demostraban un poco de afecto unos a otros.



ANEXO 7



En la actividad número 7 “La tómbola del cuerpo” se colocó un rompecabezas a la pequeña, con silueta de un cuerpo humano donde tenía que poner las partes que correspondía, dando como resultado la imagen que se muestra arriba.

