



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESIS PROFESIONAL.

**“LA IMPORTANCIA DE LA ACTITUD FAVORABLE FAMILIAR EN LA
REHABILITACIÓN DEL NIÑO CON DISLALIA ARTICULAR”.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

***BRENDA SÁNCHEZ MENDOZA
CLIO DANAE ABAD MENDEZ***

ASESOR:

PSIC. ELVIA LEDO MARTELL

ORIZABA, VER.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

*A Dios, por ubicarnos en el balance de lo que el
Ha creado para nosotras, por iluminarnos
Cada día para concluir la Carrera.*

*A nuestros padres por brindarnos su gran apoyo y amor
A través de la confianza, motivación y fe.
Por ser la base y el ejemplo de
Nuestra persona.
Gracias!*

*A nuestros hermanos por sus palabras de aliento y
Alegría que nos transmitían y que nos hacían
Saber que no estábamos solas*

*A nuestros maestros, por darnos las armas para aprender,
Crecer como persona y compartir
Su sabiduría para concluir la
Licenciatura con éxito.
Gracias.*

ÍNDICE

	Página
Introducción	3
Antecedentes	6
Capítulo I Metodología de la Investigación	
1.1 Planteamiento del problema	10
1.1.1 Justificación del problema	12
1.1.2 Formulación del problema	14
1.2 Delimitación de objetivos	15
1.2.1 Objetivo general	15
1.2.2 Objetivos específicos.	15
1.3 Formulación De Hipótesis	15
1.3.1 Determinación de variables	16
1.3.1.1 Variable Independiente	16
1.3.1.2 Variable Dependiente	16
1.4 Marco Conceptual	16
1.4.1 Actitud	16
1.4.2 Rehabilitación	16
1.4.3 Dislalia	16
Capítulo II Marco contextual de referencia	
2.1 Ubicación geográfica de la investigación.	18
2.2 Antecedentes de la institución (C.R.I.O.)	19
Capítulo III Marco teórico: Desarrollo del habla	
3.1 Diferencias Entre Habla y Lenguaje.	22
3.1.1 El Habla	22
3.1.2 Lenguaje	24
3.2 Factores Que Contribuyen Al Aprendizaje Del Habla	25
3.3 Fundamentos Del Aprendizaje Del Habla	27
3.4 Aportes Del Habla Al Desarrollo Humano	29
3.5 Características Del Habla Inicial	31
3.6 Precursores Del Habla	32
3.7 Desarrollo Del Lenguaje	34
3.7.1 El llanto como primer manifestación del lenguaje	36
3.7.2 El balbuceo: formación de silabas en el niño.	37
3.7.3 Primeras Palabras	38
3.7.4 Primeras Oraciones	40
3.8 Conocimiento Del Lenguaje	41
3.9 Gramática y sintaxis	42

Capítulo IV Trastornos del lenguaje	
4.1 Clasificación De Los Trastornos Del Lenguaje	44
4.2 Trastornos De Habla Más Comunes	46
4.3 Que Es El Trastorno De Dislalia	47
4.4 Tipos De Dislalia	52
4.5 Posibles Causas de las Dislalia	60
4.6 Como Evaluar una Dislalia	64
4.7 Como Intervenir en la Dislalia.	69
Capítulo V Actitudes paternas	
5.1 Definición De Actitud	74
5.1.1 Medición de las actitudes	75
5.2 Actitudes o patrones parentales. (Estilos de crianza)	76
5.3 Los padres y los problemas de aprendizaje.	82
5.3.1 Impacto de los padres ante el diagnostico del problema y como afecta al niño.	82
5.4 Importancia de la actitud de los padres en los hijos	87
Capítulo VI Propuesta de tesis: Manual para padres con hijos que Presentan problemas de lenguaje (dislalia articular)	
6.1 introducción	93
6.2 Objetivo	94
6.3 Justificación	94
6.4 Recomendaciones para padres de niños con problemas de lenguaje	95
Capítulo VII Diseño metodológico	
7.1 Enfoque De La Investigación: Cualitativa	108
7.2 Alcance De La Investigación: Descriptiva	109
7.3 Diseño De La Investigación: No Experimental	110
7.4 Tipo De Investigación: De Campo	111
7.5 Delimitación De La Población	111
7.6 Selección De La Muestra: Probabilística	112
7.7 Instrumento De Prueba	112
7.7.1 La Escala Likert	112
7.8 Tipo de Método: Estadístico	114
Capítulo VIII Resultados de la investigación	
8.1 Análisis e Interpretación de la Investigación	115
8.2 Tabulación	115
8.3 Interpretación de las graficas	117

8.3.1 Resultados de encuestas aplicadas a padres de familia de niños con problemas de dislalia articular.	117
8.3.2 Resultados de la encuesta aplicada a los profesionistas	122
8.4 Conclusión	127
Referencias	130
Glosario	134
Anexos	142

INTRODUCCIÓN

El habla y el lenguaje son las herramientas que los seres humanos usan para comunicar o intercambiar pensamientos, ideas y emociones.

El acto del habla es una necesidad fundamental en la vida de todo ser humano, ya que esta le abre las puertas para poder integrarse a una sociedad. Los primeros años de vida son críticos para el desarrollo del habla ya que en este proceso se establecen las bases para el desarrollo posterior del mismo. El habla es una capacidad motora y mental. No solo incluye la coordinación de distintos grupos de músculos del mecanismo vocal, si no tiene también un aspecto mental: la asociación de significados con las palabras producidas, es importante que los niños deban conocer los significados de las palabras que usan y así las puedan relacionar con los objetos que representan. También tienen que pronunciar sus palabras de tal modo que otros puedan entenderlas con facilidad.

Se debe tener en cuenta que existen diversos factores que ayudan en el aprendizaje del habla por ejemplo: disposición física y mental para hablar, un buen modelo a imitar, oportunidades de practica, la motivación y la orientación que se le de al niño. A menudo, es difícil saber cuando se inicia el habla real. Muchos sonidos de los niños pequeños satisfacen solo uno de esos dos criterios.

El lenguaje es un instrumento básico para la relación interpersonal; es un acto de comunicación que permite intercambiar ideas y emociones. Se encuentra 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 presentes.

La adquisición del lenguaje es un proceso complejo y a la vez natural. Quizá mejor que cualquier otro logro del hombre, ejemplifica la diversidad y el potencial del organismo humano y nos distingue del resto de los animales.

El lenguaje esta formado de tres características fundamentales para llevarse a cabo: contenido, forma y uso. El contenido elige el significado del mensaje, la forma se refiere a los símbolos con que se representa el contenido del mensaje, junto con el modelo en que combinamos las palabras para formar oraciones y el uso indica el intercambio social entre dos o más personas.

Los trastornos del habla son muy frecuentes en los niños, y aquellos que los padecen tienen una elevada probabilidad de presentar problemas de autoestima. Al momento de diagnosticar un trastorno del lenguaje, hay una dificultad para definir y diferenciar lo normal de lo patológico, pues el desarrollo de cada niño es distinto.

Este tipo de trastornos dificultan, la comunicación lingüística, afectando no solo a aspectos lingüísticos (fonológicos, sintácticos o semánticos, tanto en el nivel de comprensión y decodificación como de expresión o producción-codificación), sino también intelectuales y de la personalidad, interfiriendo en las relaciones y rendimiento escolar, social y familiar de los individuos afectados.

Es difícil conocer la causa de estos, puede ser por localizarse en una lesión o disfunción cerebral o del sistema nervioso, donde se emplea el término orgánico, o también pueden encontrarse por algunos trastornos funcionales.

La clasificación de los trastornos varia dependiendo del grado y las áreas que afecte o que comprometa cada una, ya sea que se hable de disartrias, disfasias o dislalias.

En esta investigación se abordara el trastorno de la dislalia articular como tal, desde su definición, tipos, causas y tratamiento que se requiere para conocer todo lo referente a ello.

Así mismo, se aborda el tema de las actitudes paternas; siendo este el tema central sobre el cual gira nuestro proyecto, en este capítulo se menciona las principales actitudes con la que los padres suelen educar a sus hijos, para esto se menciona la definición de actitud, los estilos de crianza, tipos de padres y el impacto que estos tienen ante el diagnóstico del problema de sus hijos. De lo anterior el que mayor importancia adquiere es la actitud positiva, por lo que se especifica las características de este estilo de paternidad y la manera en la que esta influye en un niño diagnosticado con dislalia articular durante su proceso de rehabilitación.

Finalmente, se presenta nuestra propuesta de tesis la cual consiste en un manual elaborado a partir de la necesidad que existe de guiar a los padres de niños con dislalia articular para apoyar su proceso de rehabilitación, en este manual se encontraran algunas recomendaciones básicas que ayudaran a que los padres de estos niños a adoptar una actitud favorable desde el momento de recibir el diagnóstico hasta el proceso de rehabilitación.

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Los intentos por caracterizar el lenguaje como objeto de estudio de la psicología se han bifurcado en dos líneas: la primera, acerca del estudio del lenguaje infantil, que abarca desde el momento de la adquisición-aprendizaje; y la segunda especula de sus relaciones con las ideas filosóficas, lingüísticas y semióticas. Tales intereses no han sido uniformes a lo largo de las épocas.

Como señala Mounin (1979), las primeras reflexiones sobre el lenguaje se encuentran en la India antigua, relacionadas con el análisis —dispuesto de manera algebraica— del idioma sánscrito ("lengua perfecta de los dioses"), conservado por los hindúes en función a tradiciones mágico-religiosas de hace aproximadamente tres mil años. Se conocen a través de la obra del filósofo Panini ("Los ocho libros" o *Astadhyahyi*).

El griego Herodoto, por su parte, dio a conocer el primer "experimento" sobre el origen del lenguaje, en su relato sobre el intento del Faraón Psamético de saber cuál era la lengua "natural" del hombre. En resumen, se dieron dos recién nacidos a un pastor con la orden de no dejar que oyesen hablar a nadie. A los dos años, el pastor creyó oír la palabra *bekos*, que en idioma lidio significa "pan", concluyendo que aquel era el idioma primitivo de la humanidad. Otros intentos por el estilo fueron los de Federico II del Sacro Imperio Romano, abortado antes de su resultado final, y de Jacobo IV de Escocia., que abonó en favor del idioma hebreo. Estos relatos muestran la curiosidad sobre el lenguaje primitivo e infantil a la vez (Siguán, 1984).

En la época griega, la palabra *semiótica* designaba la rama de la medicina que comprendía el análisis y diagnóstico por medio de signos, y fueron los estoicos quienes la introdujeron en la filosofía, manteniendo que hay signos que proporcionan un conocimiento más allá de lo observable, en contradicción con los epicúreos y los escépticos.

En Roma no cabe destacar más que la primera teoría materialista del origen del lenguaje, formulada por Lucrecio. Hasta entonces todo se fundaba en la pretendida creación divina de dicha facultad.

Llegada la Edad Media, la tendencia convencionalista de Aristóteles se extendió a la Biblioteca de Alejandría, punto de reunión y apoyo de la sabiduría de la época, donde la descripción del idioma griego por el monje Dionisio el Tracio (cuyo modelo fue tomado luego para el latín por Donato y Prisciano) dio inicio a la gramática tradicional. Por entonces apareció un personaje singular que Serra y Vila (1986) declaran "el primer semiólogo de la historia", por su definición del signo que es la palabra, [San] Agustín quien describe como, según él, comenzó a hablar, aunque este *Padre de la cristiandad* era platónico —y, por lo tanto, partidario de las ideas innatas—, dio a entender con su confesión que el lenguaje es adquirido.

Para los realistas las palabras eran manifestaciones concretas de las ideas, y para los nominalistas las ideas sólo tenían realidad en el espíritu humano, por lo que las palabras no son las cosas ni sus "gérmenes", sino "nombres" (*nomina*) acordados por conveniencia.

El principal aporte del empirismo clásico fue la formulación de las tres leyes básicas de la asociación: a) contigüidad, b) semejanza, y c) repetición, las cuales, andando el tiempo, servirían para fundamentar los primeros experimentos en aprendizaje verbal conducidos por Ebbinghaus. En cuanto a los racionalistas, representados por Descartes, Leibniz y otros, sostenían que hay contenidos no aprendidos en la conciencia, típicos de la razón humana, que dan origen al lenguaje.

A comienzos del XX, se inició la "auténtica psicología del lenguaje" según Serra y Vila (1986), con Wundt, quien ubicó el habla en la actividad voluntaria. Definió la oración como la transformación de una representación mental simultánea en segmentos de habla ordenados y relacionados entre ellos de manera lógica, de acuerdo a las reglas lingüísticas.

En la actualidad el termino “trastornos del lenguaje” es utilizado para diagnosticar a niños que desarrollan aspectos selectivos en su lenguaje nativo en una forma lenta, limitada o de manera desviada, cuyo origen no se debe a la presencia de causas físicas o neurológicas demostrables, problemas de audición, trastornos generalizados del desarrollo ni a retraso mental.(PUYUELO,1997)

Los distintos tipos de trastornos del lenguaje a menudo se presentan simultáneamente. También se asocian con un déficit con el rendimiento académico durante la etapa escolar, problemas de enuresis funcional, trastornos del desarrollo de la coordinación, con problemas emocionales, conductuales y sociales etc.

De aquí se deriva la dislalia, que parte de los diversos trastornos de lenguaje que existen, de acuerdo a distintos autores como Perello, Pascual, Bruno y Sánchez,(1990) entre otros, mencionan en sus obras, que la dislalia es el trastorno del lenguaje que se distingue por la mala pronunciación de las palabras ya sea por sustitución, omisión, o alteración en el habla.

Autores como del Rio y Bosh hacen hincapié que la dislalia es la alteración del lenguaje con mayor incidencia escolar y que se manifiesta mas en niños que en niñas. Hilda De Lima apporto que a medida que el niño avanza en edad, se hace más difícil corregir su lenguaje, cosa lógica puesto que el vocabulario del niño va aumentando con su instrucción y mayor experiencia, mientras que para la corrección va disminuyendo lo maleable de sus formas de expresión.(DE LIMA,2005)

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Para hablar de dislalia primero hay que saber que esta es una palabra del origen griego *δυσ* “dificultad” *λαλία* “habla” lo cual quiere decir que se habla de la incapacidad para pronunciar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas. Este es el trastorno del lenguaje más común en los niños, el más conocido y más fácil de identificar.

Este problema del lenguaje lo podemos detectar en diferentes clases sociales, edad, sexo o religión, y afecta a muchas personas, aunque los factores a considerar a la hora de definir una causa para la dislalia sean diferentes, es importante identificarla y tratarla a tiempo.

La dislalia suele presentarse entre los tres y cinco años, y se puede diagnosticar cuando el niño es incapaz de pronunciar correctamente los sonidos del habla que son vistos como normales según se edad y desarrollo. Cuando un niño presenta dislalia suele sustituir una letra por otra, o no pronunciar consonantes. Ejemplo: *>aba<* en lugar de agua y *>tes<* en lugar de tres. Si el niño es menor de cuatro años y tiene errores en la pronunciación, puede considerarse como normal en esta etapa del desarrollo, en esta, no se aplica tratamientos ya que aun esta en fase de maduración. Sin embargo si los errores en el habla continúan más allá de los cuatro años se debe

consultar a un especialista en audición y lenguaje. La dislalia se clasifica en orgánicas, audiogenas, o funcionales.

La dislalia articular también conocida como funcional, es la mas frecuente caracterizada por un mal funcionamiento de los órganos articulatorios, es decir no sabe vibrar la lengua para pronunciar bien la RR y suele reemplazar la S por la Z o la R por la D.

La dislalia orgánica es cuando el niño tiene dificultades para articular determinados fonemas debidos por los problemas orgánicos. Cuando presentan alteraciones en las neuronas cerebrales, o alguna malformación en los órganos del habla.

La dislalia audiogena se caracteriza por dificultades originadas por problemas auditivos, el niño es incapaz de pronunciar correctamente los fonemas por que no oye bien, en algunos casos es necesario que los niños utilicen prótesis.

Son muchos los factores a considerar a la hora de definir la causa de la dislalia ya sea por retraso fonológico, trastorno fonético, o debido a alteraciones físicas, sin embargo esto es un punto importante para saber cual será el posible tratamiento ya que este varia según el problema.

Aunque la dislalia no presenta gravedad, es beneficioso corregirlas lo antes posible para evitar problemas de conducta y de comportamiento en los niños. Un pronto diagnostico en los niños es muy importante porque a menudo otros niños se ríen del defecto de articulación e imitan de forma ridícula y de burla la forma de

hablar del niño con dislalia. Esto puede agravar el problema del niño causándole trastornos en su personalidad, inseguridad, baja autoestima, problemas de comunicación con su medio y otras dificultades que pueden alterar su aprendizaje escolar.

Es conveniente saber que los niños con dislalia necesitan tratamiento con un especialista que aplique el método mas adecuado ya sea con juegos, terapia, etc. Pero sobre todo, con la ayuda y participación de la familia ya que esta denotara el avance que ejerza el niño en su rehabilitación, pues no basta con ejercicios pedagógicos, sino tratar la parte emocional y la actitud que los padres tienen hacia los niños. Es por esto que al investigar sobre la dislalia nos hemos planteado “Que efecto tiene la actitud favorable de los padres en el proceso de rehabilitación del niño con dislalia articular”

1.1.1 Justificación del problema

Se sabe que la comunicación es la fuente mas importante para que se de la interacción del ser humano dentro de la sociedad, por lo que el habla es la herramienta fundamental para que esta se lleve a cabo. Desafortunadamente no todas las personas tienen la posibilidad de comunicarse adecuadamente, entre otras cosas a causa de un trastorno de lenguaje, es en este aspecto sobre el cual gira la realización de nuestro trabajo, ya que de toda la gama de dichos trastornos el que ha captado nuestra atención es la dislalia articular, entendiendo a esta como la incapacidad que se tiene para pronunciar correctamente las palabras.

Lo que en realidad despertó el interés en este trastorno en particular, es el hecho de saber que este es el que con mayor frecuencia se presenta en los niños de acuerdo con algunas instituciones dedicadas a trabajar trastornos de lenguaje; y es en estos centros en donde se observa que afortunadamente existen una gama muy extensa de ejercicios y terapias físicas que promueven la rehabilitación de estos niños.

Sin embargo nos damos cuenta que el aspecto psicológico no está considerado dentro de los programas de rehabilitación, que para este problema de lenguaje se aplican y es en este punto en donde se realiza nuestro proyecto de tesis pues como estudiosas de la salud mental estamos seguras que el apoyo emocional de los padres en particular brindan los cimientos de la terapia física del niño con el trastorno en cuestión.

Es importante considerar que cuando los padres se enteran de la llegada de un nuevo miembro de la familia se forman expectativas en relación al futuro de su hijo, empezando así una serie de planes y proyectos tendientes a formar una vida prometedora para él. Sin embargo todo esto se viene abajo cuando al pequeño se le diagnostica con este problema, pues a partir de la noticia lo más común es que los padres cambien su actitud en relación con el pequeño afectando así el aspecto emocional del mismo.

Cabe destacar que actitudes paternas como la indiferencia, el rechazo, la sobreprotección, son las que con mayor frecuencia demuestran los padres de niños con algún trastorno y que de nuestra perspectiva dificultan el proceso de rehabilitación. Por tanto es el interés dar a conocer como dichas actitudes necesitan ser trabajadas para poder sustituirlas por aquellas que favorezcan el aspecto emocional

del niño como lo llegan a hacer las actitudes de tolerancia, comprensión y aceptación, entre otras.

Finalmente y en base a lo anterior cabe hacer mención que el propósito es de elaborar un manual que ayude a los padres de estos niños a manejar sus actitudes paternas en beneficio de sus hijos teniendo como resultado un futuro realmente prometedor para ellos.

1.1.2 Formulación del problema.

Preguntas conceptuales

Para saber que resultado tiene la actitud favorable de los padres en el proceso de rehabilitación necesitamos responder a los siguientes cuestionamientos:

- * ¿Qué es la dislalia articular?
- * ¿Como detectar la dislalia articular?
- *¿Cuales son las características de un niño con dislalia articular?
- * En general ¿cuales son las diversas actitudes con la que los padres suelen tratar al niño con dislalia articular?

Pregunta de investigación

- * ¿Qué efecto tiene una actitud favorable de los padres hacia un niño con dislalia articular en el proceso de rehabilitación?

1.2 Delimitación de objetivos

1.2.1 Objetivo general

Determinar si la actitud favorable de los padres de un niño con dislalia articular tiene una influencia positiva en el proceso de rehabilitación.

1.2.2 Objetivos específicos.

- Explicar los orígenes o causas de la dislalia articular.
- Examinar las diversas actitudes que los padres manifiestan hacia el niño con dislalia articular.
- Analizar las necesidades afectivas y emocionales en el proceso de rehabilitación del niño con dislalia articular.
- Demostrar la importancia de las actitudes favorables de los padres hacia el niño con dislalia articular en el proceso de rehabilitación.

1.3 Formulación De Hipótesis

La actitud favorable de los padres es altamente efectiva en la rehabilitación del niño con dislalia articular.

1.3.1 Determinación de variables

1.3.1.1 Variable independiente

- Proceso de rehabilitación.

1.3.1.2 Variable dependiente

- La actitud favorable de los padres.

1.4 Marco Conceptual

1.4.1 Actitud

La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto o sus símbolos. (Oskamp, 1991)

1.4.2 Rehabilitación

Rehabilitación es el conjunto de procedimientos dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, vocacional, avocacional y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales.

1.4.3 Dislalia

La dislalia es una patología del habla, que se caracteriza por una incapacidad por parte del niño para pronunciar o formar correctamente determinados fonemas o

grupos consonánticos. Es una alteración articulatoria que afectara al aspecto formal del lenguaje, pero no al contenido del mismo. (GALICIA, 2006)

CAPITULO II

MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA

2.1 Ubicación geográfica de la investigación.

Orizaba se encuentra ubicado en la zona centro montañosa del estado, sobre el valle del pico de Orizaba, en las coordenadas 18 ° 51" latitud norte y 97° 06" longitud oeste, a una altura de 1,236 metros sobre el nivel del mar. Limita al norte con Mariano Escobedo e Ixhuatlancillo, al este con Ixtaczoquitlán, al sur con Rafael delgado, al oeste con río Blanco. Su distancia aproximada al sursuroeste de la capital del estado, por carretera es de 190 Km. a una altura de 1236 m sobre el nivel del mar, con una superficie de 27.97 Km. cifra que representa un 0.04% total del estado, actualmente se cuenta con una población de más 118,000 habitantes aproximadamente la cual se encuentra dividida entre las siguientes religiones: católica 94,340, evangélica 5,554, otras 961 y ninguna 1,067.

En este municipio la atención de servicios médicos es proporcionada por clínicas, hospitales y unidades médicas que son la Secretaría de Salud del IMSS, y el ISSSTE, la Cruz Roja, y la clínica de PEMEX. Cabe señalar que en este municipio se prestan los servicios de consulta externa, hospitalización general y hospitalización especializada como lo es el hospital psiquiátrico Manuel M. De la Concha, y el centro de rehabilitación integral de Orizaba (CRIO), que es la institución donde se llevara a cabo nuestra investigación.

Este se encuentra ubicado en Prolongación de Colon Oriente No. Lote 1 Colonia Agrícola Moctezuma al este del recinto Tugrablock y a la oeste del Panteón Municipal Juan De La Luz Enríquez.



Figura 1.Plano Geográfico de la Ubicación Institución.

2.2 Antecedentes de la institución (C.R.I.O.)

El centro de rehabilitación integral de Orizaba nace el 3 de julio del 2001 siendo la Química Blanca Esther Pérez García, presidenta del DIF Municipal de Orizaba la fundadora del primer patronato creadora para la elaboración de esta institución civil y abre sus puertas el 25 de septiembre del 2006 como una institución no gubernamental integrada por un equipo plural interdisciplinario y voluntario, enfocado a brindar rehabilitación integral a personas de bajos recursos y de cualquier edad con discapacidades específicas.

Este centro tiene como misión brindar amor, apoyo a la integración social y respeto a las personas con capacidades diferentes.

Su visión es contribuir a la integración total de las personas con capacidades diferentes presentes y futuras, así como la gestión y sensibilización de la sociedad en un marco de valores, respeto y amor. El objetivo es contar con un centro de rehabilitación que garantice la integración total de las personas con discapacidad hacia su sociedad.

El centro consta con diferentes clínicas de terapias como: la estimulación multisensorial, electroterapia, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, servicios en educación básica para sordos, estimulación temprana en neurodesarrollo, modificación de conducta, hidroterapia, termoterapia, mecanoterapia e integración social.

En este instituto se tiene registrado un promedio de 6,700 pacientes los cuales se atienden de cien a ciento treinta diariamente. Teniendo a 19 personas como personal dividido en cada área correspondiente a las labores del centro.

El área de lenguaje esta atendido por la Lic. Jacksol de la O González. Junto con 3 o a asistentes que realizan servicio social. Atendiendo a un promedio de 150 a 200 niños diagnosticados con Síndrome de Down, autismo, paladar hendido, labio leporino, parálisis cerebral, evento vascular, hipoacusia bilateral, dislexia ,etc. De los cuales hay un promedio de 70 niños diagnosticados con dislalia.

Los horarios de atención son de 8:00 a.m. A 12:00 p.m. Cada niño asiste a terapia una o desveces a la semana según lo requiera el caso, teniendo una duración de 30 a 60 minutos por sesión.

En cada terapia se les aplican distintas estrategias de lenguaje que ayudan a corregir la pronunciación de cada niño, de igual manera los pequeños asisten a terapia ocupacional donde aprenden dependencia, socialización e integración al un grupo.

Así mismo cuentan con un consultorio de psicología y talleres como, cerámica, pintura, plastilina, escuela para padres, hilografía, diplomados en rehabilitación física talleres para padres y cursos a personas de la tercera edad.

El centro esta constituido por un grupo de profesionales los cuales brindan su trabajo con paciencia y amor a las personas que asisten, para especificar la labor que cada uno desempeña en la institución se sugiere ver en anexos la figura 2, pagina 144.

CAPITULO III
MARCO TEÓRICO
DESARROLLO DEL HABLA

La capacidad para hablar es una necesidad importante en la vida de los niños, ya que esta implica el pertenecer a un grupo social. Los primeros años de vida son críticos para el desarrollo del habla ya que en este proceso se establecen las bases para el desarrollo posterior de este. (CRAIG, 2001)

3.1 Diferencias Entre Habla y Lenguaje.

3.1.1 El Habla

Muchas personas utilizan los vocablos de habla y lenguaje como sinónimos; sin embargo, no lo son. El lenguaje abarca todos los medios de comunicaciones en los que los pensamientos y los sentimientos se simbolizan para que tengan sentido para otros. Incluye formas tan distintas de comunicaciones como la escritura, el habla, el lenguaje de los signos, las expresiones faciales, los gestos, la pantomima, y el arte.

El habla es una forma de lenguaje en la que se utilizan palabras o sonidos articulados para comunicar significados. Puesto que la forma más eficaz de comunicaciones es también la más importante y utilizada.

El habla es una capacidad motora y mental. No solo incluye la coordinación de distintos grupos de músculos del mecanismo vocal, si no tiene también un aspecto mental: la asociación de significados con las palabras producidas, no obstante no todos los sonidos omitidos por los niños se pueden considerar como habla. En tanto no

tengan suficiente control sobre el mecanismo neuromuscular para producir sonidos claros, controlados y distintos, sus emisiones vocales serán solo sonidos articulados. Además, hasta que aprendan a asociar significados a esos sonidos controlados, por muy correctamente que los produzcan, su habla será simplemente “de pericos o loros”, es decir de imitación, por que carecerá del elemento mental del significado.

Para estimar si los niños hablan, en el sentido correcto del término, o se limita a utilizar sonidos imitados, deben utilizarse dos criterios. En primer lugar, los niños deben conocer los significados de las palabras que usan y asociarlas con los objetos que representan. En segundo lugar, los niños deben pronunciar sus palabras de tal modo que otros puedan entenderlas con facilidad. A menudo, es difícil saber cuando se inicia el habla real. Muchos sonidos de los niños pequeños satisfacen solo uno de esos dos criterios.

El aprender a hablar es un proceso prolongado y complejo. En tanto el niño no este listo para aprender, desde el punto de vista de la maduración, la naturaleza proporcionara diversas formas distintas de comunicaciones. De no ser así, se prolongaría considerablemente en periodo de impotencia. La mayoría de los niños no dicen ni siquiera sus primeras palabras hasta los doce a quince meses de edad. Sus comunicaciones se deben realizar en las formas preliminares al habla. Siguen utilizando estas últimas formas de comunicaciones hasta que dominan suficientemente las capacidades lingüísticas como para utilizar palabras significativas que puedan entender tanto ellos mismos como los demás.

Durante el primer año y medio a los dos años de vida postnatal, en tanto no aprenden suficientes palabras para utilizarlas como formas de comunicación, los bebés

usan cuatro formas de comunicaciones anteriores al habla: el llanto, los sonidos explosivos que se desarrollan muy pronto en el balbuceo, los gestos, y las expresiones emocionales. De entre esas cuatro formas la segunda, el balbuceo, es la más importante para el desarrollo del habla, por que establece las bases para las comunicaciones orales reales.

Al igual que en las disposiciones provisionales, las formas de comunicaciones pre-verbales se deben abandonar cuando concluyen su utilidad. Si los niños siguen usándolas después de que están listos para aprender a hablar, desde el punto de vista del desarrollo, serán perjudiciales para sus ajustes personales y sociales. (PAPALIA, 2010)

3.1.2 Lenguaje

El lenguaje se basa en el uso de símbolos para comunicar información. La adquisición del lenguaje es un proceso complejo y a la vez natural. Quizá mejor que cualquier otro logro del hombre, ejemplifica la diversidad y el potencial del organismo humano y nos distingue del resto de los animales.

El lenguaje consta de tres dimensiones fundamentales: contenido, forma y uso. El contenido designa el significado de un mensaje escrito o hablado. La forma se refiere a los símbolos con que se representa el contenido –sonidos y palabras-, junto con el modelo en que combinamos las palabras para formar oraciones y párrafos. El uso indica el intercambio social entre dos o más personas: el hablante y el interlocutor (BLOOM Y LAHEY, 1978).

El pre-lenguaje lo podemos ver como un sistema de comunicación rudimentario que se aprecia en el lenguaje de los bebés, y que constituye la base de la adquisición de éste. Se da a través y mediante un conjunto de cualidades necesarias para que el bebé pueda adquirir el lenguaje, y constituyen capacidades neurofisiológicas y psicológicas entre las que destacan percepción, motricidad, imitación y memoria.

La lengua: llamada también idioma, especialmente para usos extralingüísticos. Es un modelo general y constante para todos los miembros de una colectividad lingüística. Los humanos crean un número infinito de comunicaciones a partir de un número finito de elementos, por ejemplo a través de esquemas o mapas conceptuales. La representación de dicha capacidad es lo que se conoce como lengua, es decir el código. Una definición convencional de lengua es la de "signos lingüísticos que sirve a los miembros de una comunidad de hablantes para comunicarse"(CRAIG, 2001).

3.2 Factores Que Contribuyen Al Aprendizaje Del Habla

Salud. Los niños sanos aprenden a hablar antes que los que no lo son, porque tienen una mayor motivación para ser miembros del grupo social y comunicarse con los otros miembros.

Inteligencia. Los niños con un coeficiente intelectual elevado aprenden a hablar antes y muestran una superioridad lingüística marcada sobre los que tienen niveles intelectuales más bajos.

Posición socioeconómica. Los niños de los grupos socioeconómicos superiores aprenden a hablar antes, se expresan mejor y hablan más que los grupos socioeconómicos inferiores debido a que los grupos superiores reciben más animo para hablar y una mayor orientación en su aprendizaje.

Sexo. Como grupo los niños tienen retraso sobre las niñas, en el aprendizaje del habla. A todas las edades, las frases de los niños son mas breves y menos correctas desde en el punto de vista gramatical, sus vocabularios son menores y sus pronunciaciones menos precisas que las de las niñas.

Deseos de comunicarse. Cuanto mas fuerte sea el deseo de comunicación con otros, tanto mayor será la motivación que tenga el niño para aprender a hablar y estará mas dispuesto a dedicar el tipo y el esfuerzo que se necesita para ello.

Estimulación. Cuanto más se les estimula a los niños para que hablen, dirigiéndose a ellos y animándoles a que respondan, tanto antes aprenderán a hablar y mejor será la calidad de su habla.

Tamaño de la familia. Un hijo solo o un niño de familia pequeña suele hablar, por lo común, antes y mejor que los niños de familias grandes, porque los padres les pueden prestar mas atención, con el fin de enseñarles a hacerlo.

Posición ordinal. Edad por edad, el habla del primogénito es superior a los que nacen posteriormente en la misma familia. Esto se debe a que los padres pueden dedicar mas tiempo a la enseñanza y para animarles a que hablen que en el caso de los hijos posteriores.

Métodos de crianza de los niños. La crianza autoritaria de los niños, que realiza el hecho de que a los niños “se les debe ver y no oír”, es un obstáculo para el aprendizaje, mientras que el adiestramiento tolerante y democrático fomenta el aprendizaje.

Nacimientos múltiples. Los niños en nacimientos múltiples suelen tener un retraso en el desarrollo del habla, porque se asocian primordialmente unos con otros y aprenden a entender sus propias jergas. Esto debilita su motivación para aprender a hablar, con el fin de que otros puedan entenderlos.

Contactos con coetáneos. Cuanto más contacto tengan los niños con sus coetáneos y más ansiedad sientan por verse aceptados como miembros del grupo, tanto mayor será su motivación para aprender a hablar.

Personalidad. Los niños bien adaptados tienden a hablar mejor, tanto cuantitativamente como cualitativamente, que los que tienen una mala adaptación. De hecho, se considera a menudo el habla como una indicación de la salud mental del niño. (PAPALIA, 2010)

3.3 Fundamentos Del Aprendizaje Del Habla

Disposición física para hablar: La capacidad para hablar depende de la maduración de los mecanismos orales. Al nacer, el canal oral es pequeño, el paladar plano y la

lengua demasiado grande para la cavidad oral. En tanto no adopten una forma mas madura, los nervios y los músculos del mecanismo vocal no suelen producir los sonidos que se necesitan para las palabras.

Disposición mental para hablar: La disposición mental para hablar depende de la maduración del cerebro, sobre todo de sus zonas de asociación. Esta disposición se suele desarrollar entre los 12 y los 18 meses de edad y se considera como el “momento para enseñar” en el desarrollo del habla.

Un buen modelo que imitar: Para que los niños aprendan a pronunciar correctamente las palabras y, mas tarde, a combinarlas en frases correctas deberán tener un buen modelo de habla que imitar. Este modelo pueden ser las personas de su ambiente, los locutores de la radio y televisión o los actores de las películas de cine. Si carecen de un buen modelo, el aprendizaje del habla será difícil y el resultado final estará por debajo de su potencial.

Oportunidades de práctica: Si se les priva de oportunidades para practicar el habla, por cualquier razón, los niños se enojaran y sentirán frustrados, cuándo no logran que otros los entiendan. Esto suele debilitar su motivación para aprender a hablar.

Motivación: Cuando los pequeños descubren que pueden obtener lo que desean sin pedirlo y si los substitutos del habla, tales como el llanto y los gestos sirven para sus fines, se reducirán sus incentivos para aprender a hablar.

Orientación: Los mejores modos para dirigir el aprendizaje del habla son, en primer lugar, el proporcionar un buen modelo, el segundo, el pronunciar las palabras con lentitud y en forma clara, para que los niños puedan entenderlas y, en tercero proporcionarles ayuda para seguir este modelo, corrigiendo los errores que cometan al imitarlos. (PAPALIA, 2010)

3.4 Aportes Del Habla Al Desarrollo Humano

Satisfacción de necesidades y deseos. Al poder explicarles a otros sus necesidades y deseos, en lugar de tener que esperar a que comprendan el significado de su llanto, sus gestos o sus expresiones faciales, se elimina una gran parte de la frustración que experimentan los bebés cuando no se les entiende lo que quieren decir.

Atención de otros. A todos los niños les gusta encontrarse en el primer plan de la atención. Descubren muy pronto que pueden alcanzar esta meta haciendo preguntas, utilizando palabras prohibidas, expresando ideas poco convencionales o dominando las conversaciones.

Relaciones sociales. La capacidad para comunicarse con otros de un modo que puedan comprender, es esencial para la pertenencia a un grupo. Los niños que pueden comunicarse bien se ven mejor aceptados por los miembros del grupo social y tienen mayores oportunidades de desempeño de papeles de liderazgo que los que carecen de la capacidad de comunicarse o temen utilizarla.

Evaluaciones sociales. A los niños, como a los adultos, los evalúan los miembros del grupo social en función de lo que dicen y como lo dicen. Los antecedentes sociales, los orígenes raciales, la adecuación sexual y muchas otras características personales, las señalan otros por medio del habla.

Autoevaluación. A partir de los comentarios de quienes los escuchan, los niños se dan cuenta de cómo reaccionan ante de lo que dicen y si los demás se sienten impresionados de manera favorable o desfavorable. Esto proporciona la base para la autoevaluación.

Relaciones académicas. A los niños cuyo desempeño en el habla, en lo que se refiere a la pronunciación y a la estructura gramatical, se encuentra por debajo de la de sus compañeros de clase, se les juzga, por lo común, como intelectualmente inferiores a estos últimos y tienden a recibir calificaciones mas bajas que las que corresponderían a sus capacidades intelectuales. El tamaño del vocabulario influye también en la capacidad que tienen los niños para expresarse en forma oral y escrita, lo que es esencial para el éxito en la escuela.

Influencia sobre los pensamientos y sentimientos de otros. El hacer comentarios desdeñosos o decir algo desagradable a otros y sobre otros, hace que los niños sean pocos populares entre sus coetáneos y entre los adultos. Por el contrario cuando dicen cosas agradables tendrán mayores probabilidades de recibir aceptación social.

Influencia sobre la conducta de otros Los niños que hablan bien y con confianza pueden influir en sus coetáneos para que se comporten como lo desean, mas que los

que hablan en forma vacilante y con un vocabulario limitado o una gramática deficiente. Una de las características de un líder infantil es la capacidad para hablar mejor que los otros líderes del grupo. (PAPALIA, 2010)

3.5 Características Del Habla Inicial

El habla inicial no es solo una versión inmadura del habla adulta. Tienen un carácter propio, cualquiera que sea el idioma que el niño este utilizando. (Slobin, 1971).

Como hemos observado, los niños simplifican. Emplean el habla telegráfica para expresar lo suficiente con el objeto de hacer llegar su mensaje (no leche). El habla inicial también posee otras características particulares.

Los niños comprenden relaciones gramaticales que aun no pueden expresar. O esa, el niño puede entender la acción pero no expresarla.

Los niños subextienden el significado de las palabras. Por ejemplo: el tío de lisa le regalo un carro de juguete, al que la pequeña de trece meses llamo “koo-ka”. Luego su padre lleo a casa con un regalo diciendo “mira lisa, te traje un carrito”. Lisa sacudió su cabeza. Koo-ka, dijo y corrió a tomar el carro de su tío. Para ella, ese- y únicamente ese- carro era un carrito y tardo cierto tiempo antes de que pudiera llamar por el mismo nombre a cualquier otro carro de juguete. Lisa estaba subextendiendo la palabra carro, restringiéndola a un único objeto.

Los niños también sobreextienden el significado de las palabras. A los 14 meses Eddie saltaba emocionado al ver a un hombre de cabello cano en la pantalla del televisor y gritaba “Abuelo!” Eddie estaba sobre generalizando o sobre extendiendo

una palabra; pensaba que dado que su abuelo tenía el cabello gris, todos los hombres canosos podrían ser llamados “abuelo”. A medida de que los niños desarrollan un mejor vocabulario y reciben de los adultos retroalimentación sobre la conveniencia de lo que dicen, sobre extienden menos. (“no cariño, ese hombre se parece un poco al abuelo, pero es el abuelo de otro niño, no el tuyo”).

Los niños sobre regularizan las reglas: las aplican con rigidez, desconociendo que algunas tienen excepciones. Cuando John dice “Manis” en lugar de “manies” o Megan dice “yo haci” en lugar de “yo hice”, esto representa un progreso ambos niños utilizaron inicialmente las formas correctas de estas palabras irregulares, aunque lo hicieron simplemente imitando lo que habían escuchado. Una vez que aprenden las reglas correspondientes a los plurales y la conjugación en pasado (un paso crucial en el aprendizaje del lenguaje), las aplican de modo universal. El siguiente paso consiste en aprender las excepciones de las reglas lo cual generalmente ocurre al inicio de la edad escolar. (PAPALIA, 2001)

3.6 Precursores Del Habla

El lenguaje se origina en muchas fuentes una de ellas es la de los esfuerzos que hace el niño para comunicarse con otros. El lenguaje parece acompañar también, o expresar, estados emotivos o peticiones de ayuda para la satisfacción de necesidades. Hacia el primer año de edad los bebés comienzan a actuar de tal forma que hacen ver claras sus intenciones de comunicarse. Hacia estas fechas, han descubierto que los adultos pueden ser los agentes o los instrumentos para la obtención de objetos. Antes de que aparezca el habla verdadera, el niño comienza a comunicar su necesidad de

ayuda mirando a la gente potencial (un adulto u otro niño), haciendo gestos, señalando y vocalizando; si quieren agua para beber se queda mirando a la madre, produce algunos sonidos y apunta hacia el fregadero de la cocina. Al mismo tiempo, los bebés comienzan también a usar objetos como medios de llamar la atención.

El niño suele decir sus primeras palabras cerca de su primer año característicamente estas palabras consisten en una o dos sílabas, a menudo en una sílaba duplicada, como en *mama o dada* y las consonantes p, b, v, d, t, m, y n y las vocales o e i son los sonidos más comunes en niños. El número de sonidos utilizados en las primeras palabras es mucho más limitado que la amplia gama observada durante la etapa del balbuceo.

Por lo común, los niños hablan primero de cosas conocidas y sus funciones; por lo consiguiente, hay una notable semejanza en sus primeras palabras. Los pequeños se orientan hacia el movimiento y el cambio y muchas de sus primeras palabras se refieren a cosas que se mueven, a los propios actos del niño y, sobre todo, a cosas sobre las que el niño puede influir; características y sobresalientes son las palabras que designan a personas importantes, como papa, mama, bebe; alimentos, partes del cuerpo, ropa, animales y objetos del hogar.

Antes de que los niños comiencen a combinar palabras en frases u oraciones, sus pronunciaciones de una sola palabra funcionan como oraciones que nombra objetos, describen acciones, hacen peticiones o, con la debida entonación expresan estados emotivos o la sorpresa que les produce el ver algo inesperado. Las intenciones de los niños al usar una sola palabra solo pueden comprenderse plenamente en su contexto (PAPALIA, 2001).

EDAD	CONDUCTA MOSTRADA POR EL NIÑO
2 – 3 semanas	Distingue sonidos semejantes
3 – 4 semanas	Emite diferentes tipos de llanto de acuerdo a su necesidad
6 semanas	Emite sonidos de arrullo
12 semanas	Sonríe cuando le hablan
16 semanas	Voltea la cabeza en respuesta a la voz humana
20 semanas	Emite sonidos vocálicos y consonantes mientras se arrulla
5 - 6 meses	Comienza el balbuceo
8 meses	Repite ciertas palabras Ej. ma-ma
12 meses	Comprende algunas palabras; puede emitir algunas
18 meses	Produce sus primeras palabras
24 meses	Produce sus primeras oraciones
30 meses	El vocabulario aumenta, pero sin llegar a 1000 palabras; emplea frases de 3 a 5 palabras.
48 meses	Domina aspectos básicos del lenguaje

Figura 3. Desarrollo del lenguaje de acuerdo a edad.

3.7 Desarrollo Del Lenguaje

El desarrollo del lenguaje es el proceso cognitivo por el cual los seres humanos adquieren la capacidad de comunicarse verbalmente usando una lengua natural. Este desarrollo consiste en aprender a hablar o a producir lenguaje oral, aprender el significado de las palabras, aprender las reglas de la sintaxis y de la gramática y, por

ultimo aprender a leer y a escribir. El desarrollo del lenguaje adopta dos formas: el lenguaje receptivo, que es la comprensión de las palabras habladas o escritas; y el lenguaje productivo, que es la emisión de lenguaje mediante el habla o la escritura (CRAIG, 2001).

La adquisición del lenguaje es uno de los logros más complejos y notables del niño, y solo pertenece al ser humano. Los niños pueden emplear palabras para representar objetos, acciones; expresar reflexiones, experiencias, comunicar sus necesidades y sentimientos con el fin de ejercer control sobre sus vidas.

“La expansión del lenguaje ilustra la interacción de todos los aspectos del desarrollo. A medida que maduran las estructuras físicas esenciales para producir los sonidos y las conexiones neuronales necesarias para asociar el sonido y el significado se tornan mas activas, la interacción social con los adultos introduce a los bebes al desarrollo del lenguaje, algunas características del habla, como adquieren los bebes el lenguaje y progresan en su uso y de que modo los progenitores y otros cuidadores pueden ayudarlos o prepararse para el alfabetismo, la capacidad de leer y escribir.

La mayor parte de lo que sabemos nos ha sido transmitido mediante palabras y la cultura, que se pasa de generación a generación primordialmente mediante la palabra oral u escrita.

El lenguaje interviene también, en general en los procesos cognoscitivos; en el pensamiento, la memoria, el razonamiento, la solución de problemas y la planeación. Y cada uno de nosotros puede crear teóricamente al menos, un número infinito de oraciones que nunca antes se hayan pronunciado; cada uno de ellas coherente, propia,

gramaticalmente correcta e inteligible por otros” (HENRRY, JANEWAY, KAGAN, 2009).

El estudio del lenguaje es uno de los campos de investigación más activos y emocionantes del desarrollo infantil en nuestros días. Esto es verdad debido en parte a que las aptitudes lingüísticas del niño se desarrollan con rapidez verdaderamente extraordinaria.

3.7.1 El llanto como primer manifestación del lenguaje.

La producción del lenguaje comienza con los llantos indiferenciados que se dan al nacer. El niño aprende pronto varios tipos de llanto y, hacia las seis semanas emite sonidos de arrullo. Cuando nace, una amplia superficie del hemisferio izquierdo le permite escuchar y responder al lenguaje (BROOKS y OBRZUT, 1981).

En el segundo o tercer mes, es sensible al habla y puede distinguir entre sonidos semejantes como “b” y “p” o entre “d” y “t” (EIMAS, 1974).

El llanto es uno de los primeros modos en que el bebe puede comunicarse con el mundo en general. Mediante el, los bebes comunican sus necesidades a alguien, para que les alivie el hambre, el dolor, la fatiga y otros estados desagradables del cuerpo y para satisfacer su deseo de atención.

Para que esta comunicación la puedan entender los demás con mayor facilidad la naturaleza prevé la diferenciación en la calidad tonal del lloro, en la tercera a cuarta semana de vida.

Las variaciones individuales en la cantidad de llanto son mayores que las de las cualidades tónicas del lloro mismo. Algunos bebés lloran poco, mientras que otros lo hacen en exceso, no más que lo normal para su edad y su nivel de desarrollo. La cantidad del llanto varía según la rapidez con la que se atiendan adecuadamente sus necesidades y deseos.

3.7.2 El balbuceo: formación de sílabas en el niño.

A la edad de cinco a seis meses, los infantes comienzan a balbucear y combinan sonidos vocales y consonantes en sucesiones de sílabas como *ba ba ba.*, *ta. Ta. Ta.* Estas emisiones de voz se parecen más al lenguaje de verdad que los gritos o arrullos, y a veces su entonación parece ser igual a una petición, pregunta o rechazo. A medida que se desarrollan los mecanismos neuromusculares del bebé, los sonidos explosivos pasan a ser balbuceos.

El balbuceo es una forma de gimnasia vocal, producida voluntariamente; pero sin que el bebé le de un significado real o lo asocie con nada.

Algunos bebés comienzan a balbucear en su segundo mes de vida y continúa durante los seis a ocho meses y disminuye notablemente después de que se emiten las primeras palabras verdaderas. Sin embargo, aun teniendo establecidas sus primeras palabras muchos niños balbucean mientras juegan, fingiendo hablar con sus juguetes.

El balbuceo es la práctica verbal que establece las bases para el desarrollo de los movimientos hábiles que se requieren en el habla. El balbuceo apresura el proceso de aprendizaje proporcionando habilidades básicas necesarias para controlar los mecanismos cruciales para las habilidades más complicadas del habla. El balbuceo fomenta el deseo de comunicarse con otros, y ayuda a los bebés a sentirse como parte del grupo social.

3.7.3 Primeras Palabras

Desde edad muy temprana, los niños captan y analizan el lenguaje que oyen a su alrededor y de alguna manera descubren las reglas que gobiernan a ese lenguaje, aun cuando pueda decirse que el lenguaje comienza con las primeras palabras habladas por el niño los infantes aprenden el significado de los sonidos y de las estructuras sonoras de su lengua varios meses antes de emitir las primeras palabras. Las unidades fundamentales de un lenguaje son las palabras. Pero cada palabra esta formada por los sonidos elementales de este lenguaje, llamados fonemas. Los fonemas, que en su mayor parte son vocales y consonantes equivalen aproximadamente a las letras del alfabeto. Cada lengua tiene sus propias reglas que rigen la combinación de fonemas y permiten la formación de unas combinaciones a la vez que prohíben otras (HENRRY, JANEWAY, KAGAN, 2009).

El niño suele decir sus primeras palabras cerca de los 12 meses, estas consisten en una o dos sílabas como “mama” o “dada”, estos son los sonidos más comunes en los niños. El número de los sonidos utilizados en las palabras es menor de la que se observa durante la etapa del balbuceo.

Por lo común, los niños hablan primero de cosas conocidas o funciones donde existe una notable semejanza en sus primeras palabras. Los niños pequeños se orientan hacia el movimiento y el cambio y muchas de sus primeras palabras se refieren a cosas que se mueven, a los propios actos del niño y, sobre todo, a cosas que el niño puede influir.

Las primeras palabras más sobresalientes que el niño pronuncia son las que le generan mayor importancia, tales como papa, mama, bebe, o alimentos como: leche, jugo, galleta, o partes del cuerpo, ojo, oreja, nariz, animales como perro, gato, etc. “Alrededor del 12% de las 50 primeras palabras describen o piden acción: por ejemplo, dame, adiós, arriba: y solo el 9% fueron modificadores como sucio, fuera, mío, rojo.

Las palabras zapatos y calcetines aparecen frecuentemente, mientras que las palabras, pantalones, suéteres y pañales no figuran en la lista de primeras palabras, objetos que simplemente están ahí, como mesas, estufas o ventanas, rara vez son nombrados, pero las cosas que se mueven, cambian o con las que se pueden hacer algo como reloj, manta o llave, son bastante comunes.

Se ha dicho que las primeras palabras de los niños se usan no solo para nombrar objetos sino para referirse a una acción o a un acontecimiento: por ejemplo, “perro” para indicar que el perro acaba de pasar (HENRRY, JANEWAY, KAGAN, 2009).

Es interesante señalar que ya desde esta edad, las diferencias individuales se manifiestan en las clases de palabras que los niños aprenden primero. Algunos niños tienden a enfocarse más en nombres de objetos como pelota o perro, mientras que otros aprenden nombres de personas empleadas en las relaciones sociales como, no, sí, quiero, por favor, deja, vete, hola, ay.

Antes de que los niños empiecen a combinar palabras en frases u oraciones, sus pronunciaciones de una sola palabra funcionan como oraciones que nombran objetos, describen acciones, hacen peticiones, con la debida entonación, expresan estados emotivos o la sorpresa que les produce el ver algo inesperado. Las intenciones de los niños al usar una sola palabra solo pueden comprenderse plenamente en su contexto. Pelota, pronunciada mientras el niño señala una pelota roja que está en el suelo, puede simplemente llamar la atención del objeto o tratar de comunicar la sorpresa que le produce ver la pelota. La palabra puede utilizarse para hacer un comentario acerca de sus movimientos, para informar al que escucha de que la pelota pertenece al niño, o para pedirla. Los gestos y entonaciones del niño pueden ayudar a aclarar sus intenciones, y los adultos son bastante hábiles para interpretarlas. Si el pequeño repite enfáticamente, pelota, pelota, mientras trata de alcanzarla, es evidente que está pidiendo ayuda para cogerla (HENRRY, JANEWAY, KAGAN, 2009).

3.7.4 Primeras Oraciones

Hacia las fechas en las que sus vocabularios llegan a las 50 palabras, a eso de los 2 años de edad, los niños comienzan a combinar palabras en oraciones de dos vocablos: "mira perro" "papa donde" "zapato fue" "mas coche" ósea sigamos andando

en coche. Después de pronunciar las primeras combinaciones de dos palabras, el número de diferentes combinaciones de palabras aumenta por lo general lentamente y luego, de pronto, comienza a aparecer a chorro. Un chico comenzó a usar combinaciones de dos palabras a los 19 meses de edad y habló 14 distintas combinaciones de dos palabras durante ese mes. En los seis meses siguientes, el mismo número acumulativo de diferentes combinaciones de dos palabras fue de 14, 24, 54, 89, 250, 1400, 2500. Aun las primeras oraciones sencillas revelan algunas propiedades estructurales características, así como regularidades sistemáticas en el orden de las palabras. Es patente que los niños han descubierto ya algunas reglas gramaticales sencillas, las cuales usan para construir oraciones nuevas. Apenas 3 años más tarde, ya han cumplido los 5 años de edad, los niños hablan en oraciones largas, complejas y bien formadas: han llegado a dominar casi, aunque no de modo completo, los complejos sistemas gramaticales de su propia lengua. Este es un formidable logro intelectual, que se efectúa rápidamente, independientemente de cual sea la lengua que se esté aprendiendo (ANTONY, COHLER, 1970).

3.8 Conocimiento Del Lenguaje

“Es evidente que todo niño puede comprender la función del lenguaje sin que solo por ello sea capaz de expresarse verbalmente. Incluso antes de hablar, el niño ya ha aprendido a comunicarse.

El niño debe comprender que no todas las formas del pensamiento son verbales, pero que la forma verbal constituye una de las maneras más rápidas de comunicarse. Mediante el aprendizaje, que resulta del *input* proveniente de su medio

ambiente, el niño aprende a jugar con el lenguaje, por las palabras, por el tono, etc., y adaptar el todo a diferentes situaciones.” (D.MERCER, 2006)

3.9 Gramática y sintaxis

Los preescolares realizan rápidos avances en el vocabulario, gramática y sintaxis. El niño que a los 3 años describe como su padre “sierra” (parte con una sierra) la madera o pide a su mamá que le “pedacite” (le parta en pequeños pedazos) su comida, a los 5 años de edad puede decirle a esta última “¡no seas ridícula!” O señalar orgullosamente sus juguetes y decir “¿ves como lo organice todo?”.

Las formas en las cuales los niños combinan las sílabas para formar palabras y las palabras para formar oraciones aumentan en sofisticación durante la niñez temprana (HENRRY, JANEWAY, KAGAN, 2009).

Entre la edad de 4 y 5 años, las oraciones tienen cuatro o cinco palabras en promedio y pueden ser afirmativas, negativas interrogativas o imperativas. Los niños de cuatro años emplean con mayor frecuencia oraciones complejas con múltiples cláusulas si sus padres utilizan a menudo tales expresiones. Los niños a esta edad tienden a conectar las frases entre sí formando largas historias. En algunos aspectos, su comprensión puede ser inmadura.

Cuando los niños tienen entre 5 y 7 años de edad, su habla es bastante similar a la de los adultos. Se expresan utilizando frases más largas y complicadas. Emplean

mayor número de conjunciones, preposiciones y artículos. Utilizan oraciones compuestas y complejas y pueden manejar todas las partes de la oración. No obstante, aunque los niños de esta edad hablan en forma fluida, comprensible y bastante gramatical, aun deben dominar muchos aspectos finos de lenguaje.

CAPITULO IV

TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Un trastorno se refiere a una alteración leve de la salud, este puede cambiar el orden regular de algo o perturbar el sentido de la conducta de alguien.

Los trastornos del lenguaje dificultan, la comunicación lingüística, afectando no solo a aspectos lingüísticos (fonológicos, sintácticos o semánticos, tanto en el nivel de comprensión y decodificación como de expresión o producción-codificación), sino también intelectuales y de la personalidad, interfiriendo en las relaciones y rendimiento escolar, social y familiar de los individuos afectados.

El origen de los trastornos del lenguaje puede ser variado. En general, cuándo la causa puede localizarse en una lesión o disfunción cerebral o del sistema nervioso, se emplea el término orgánico, y, si no es posible descubrir causas similares a las mencionadas, se consideran trastornos funcionales, es necesario mencionar que pueden ser causa de trastorno funcional tumores cerebrales, lesiones obstétricas, enfermedades infecciosas del tipo meningitis, heridas craneales, etc.(web)

4.1 Clasificación De Los Trastornos Del Lenguaje

Tratando de unificar criterios referidos a la variedad de taxonomías existentes, y con el fin de proporcionar un conocimiento genérico, podemos clasificar los trastornos del lenguaje en:

A) *Trastornos orgánicos:* Broca y Wernicke fueron pioneros en el estudio de los trastornos del lenguaje con el objetivo de localizar las áreas cerebrales específicamente relacionadas con el lenguaje. Las primeras investigaciones revelaron que las áreas de las funciones del lenguaje se sitúan en el hemisferio izquierdo, próximas a la unión de los lóbulos temporal, frontal y parietal. Las lesiones en el área de Broca, situada en la circunvolución inferior del lóbulo frontal izquierdo, provocan trastornos del lenguaje, motores y expresivos. Las Lesiones en el área de Wernicke, situada en la circunvolución superior del lóbulo temporal izquierdo, producen trastornos de tipo receptivo o sensorial, es decir, que afectan a la expresión del lenguaje. Dentro de los trastornos orgánicos se pueden incluir:

1. Afasia: es la pérdida de capacidad de producir o comprender lenguaje, debido a lesiones en áreas cerebrales especializadas en estas tareas.
2. Alalia: Es la pérdida del lenguaje producida por una afección local de los órganos vocales y, especialmente, por lesiones nerviosas cerebrales.
3. Disartria: Articulación imperfecta del habla debido a alteraciones del control muscular.

B) *Retraso en la adquisición del lenguaje:* suele producirse por ciertas desviaciones de la norma de evolución del lenguaje, tales como los retrasos, los que pueden atribuirse a diversas causas como, en algunos casos, a disposiciones heredadas, a lesiones cerebrales ocasionadas durante la etapa de gestación, en el parto o en la temprana infancia y, en otros, como consecuencia de la repercusión desfavorable del entorno, especialmente al clima familiar adverso y poco estimulante lingüísticamente.

C) Trastornos funcionales o articulatorios:

1. Disfemia o tartamudez: Habla con pronunciación entrecortada, repitiendo las sílabas.

2. Dislalia: Dificultad de articular uno o más fonemas o sonidos de la lengua en forma regular y constante

4.2 Trastornos De Habla Más Comunes

Disfemia o Tartamudez. Trastorno de la fluidez caracterizado por un discurso interrumpido con bloqueos, espasmos y/o repeticiones que suelen acompañarse de tensión muscular en cara y cuello. No existe una causa única de la disfemia (genética, sexo, trastornos de lateralidad, déficit del lenguaje y/o el habla, trastornos emocionales, traumas, etc.).

Disartria. Trastorno del habla causado por la ausencia de control sobre la musculatura oro facial. Suele ser consecuencia de una lesión cerebral. Es uno de los síntomas de algunas enfermedades degenerativas (Ela, Parkinson, Huntington, Esclerosis Múltiple, etc.). El paciente disártrico tiene un habla imprecisa, ya que suele distorsionar algunas consonantes.

Inmadurez Articulatoria. Alteración en la articulación de algunos niños que, después de los 4 años, y pese a que son capaces de emitir todos los fonemas de forma aislada, cometen errores en su lenguaje espontáneo propios de la dislalia (sustitución, omisión o distorsión).

Disglosia. Defecto o alteración de la articulación de uno o más fonemas provocado por anomalías, congénitas o adquiridas, de los órganos fono articulatorios. Existen varios tipos de disglosias: dentales, labiales, linguales, mandibulares y palatinas.

Taquilalia. Alteración del habla que se caracteriza por la rapidez excesiva de la palabra, la omisión de fonemas y/o sílabas y la distorsión de fonemas. A diferencia de la disfemia, en la Taquilalia el paciente no presenta conductas de evitación y generalmente no es consciente de su dificultad durante el discurso.

Dislalia. Es la alteración de la comunicación de las praxias articulatorias adecuadas para la emisión de un determinado fonema. Las dislalias motivadas por déficits práxicos son sistemáticas. Es decir, que la dificultad aparece siempre, cualquiera que sea la ubicación del fonema en la palabra, en el habla repetida y también en la espontánea. (ALESSANDRI, 1978)

4.3 Que Es El Trastorno De Dislalia

La dislalia es una patología del habla, que se caracteriza por una incapacidad por parte del niño para pronunciar o formar correctamente determinados fonemas o grupos consonánticos. Es una alteración articulatoria que afectara al aspecto formal del lenguaje, pero no al contenido del mismo.

La junta de Galicia integra a la dislalia como parte de las alteraciones de la articulación llamando dislalia funcional a la de mayor incidencia, la cual se debe a un mal funcionamiento de los órganos articulatorios producidos por problemas de la

psicomotricidad fina, errores perceptivos, de privación socio cultural, factores psicológicos que mantienen el habla infantil, deficiencia intelectual etc. (GALICIA, 2006).

Pereda aclara que la dislalia es un trastorno el cual altera la articulación de los fonemas o sonidos, bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos del habla o por sustitución de estos por otros, de forma impropia, en niños que no muestran patologías comprometidas en el sistema nervioso central, ni en los órganos fonológicos a nivel anatómico. (PEREDA, 2007).

La dislalia puede afectar a cualquier fonema, ya sea consonante o vocal. Si la dificultad articulatoria se produce únicamente en un fonema, hablaremos de dislalia simple. En cambio, si afecta a más de un fonema, la denominaremos dislalia múltiple.

En los casos mas graves, la dislalia del niño puede hacer su habla completamente ininteligible para los interlocutores. Cuando al niño no se le atiende prácticamente nada, nos referimos al hotentotismo o dislalia generalizada.

Una dislalia es afín cuando el error articulatorio se manifiesta en todos los fonemas con el mismo punto o modo de articulación. Es decir, cuando el error articulatorio se presenta en los sonidos oclusivos, fricativos, bilabiales, labiodentales, etc.

Desde el punto de vista del modo de articulación podemos hablar de:

Dislalias en vocales abiertas (a, e, o).

Dislalias en vocales cerradas (u, i)

Dislalias en las oclusivas o explosivas (b, p, t, k, d, g, m, n,). En aquellos fonemas en los cuales se produce en primer lugar una retención del aire y en segundo lugar una expulsión del mismo durante la articulación.

Dislalias en las fricativas (f, s, z, x, y). En los fonemas en los cuales el aire sale lentamente y rozando.

Dislalias en las africadas (ch). en el fonema en que s caracteriza por tener sucesivamente oclusión y fricación en su salida.

Dislalias en las líquidas laterales (l, ll). en los fonemas que se caracteriza por salir el aire por uno o ambos lados de la boca.

Dislalias en las líquidas vibrantes (r, rr). En los fonemas en los que la lengua produce una o mas vibraciones.

Desde el punto de vista de articulación (el lugar donde se produce el roce entre los órganos de la articulación para modular el sonido), podemos hablar de:

Dislalias bilabiales (p, b, m): el error se ocasiona en los fonemas producidos por el contacto entre los labios.

Dislalias labiodentales (f): el error se ocasiona en el fonema producido por el contacto del labio contra los incisivos superiores.

Dislalias dentales (t, d): el error se ocasiona en los fonemas producidos por el contacto de la punta de la lengua contra los incisivos superiores.

Dislalias interdentes (z): el error se ocasiona en el fonema producido por la aproximación y roce de la punta de la lengua con los incisivos superiores e inferiores.

Dislalias alveolares (s, n, l, r, rr): el error se ocasiona en los fonemas producidos por el contacto de la punta de la lengua con los alvéolos superiores.

Dislalias palatales (y, c, n, ll) el error se ocasiona en los fonemas producidos por el contacto del predorso de la lengua con el paladar.

Dislalias velares (k, g, x,): el error se ocasiona en los fonemas producidos por el contacto entre el predorso de la lengua con el velo del paladar.

En unas ocasiones la dislalia se produce por la omisión de un fonema difícil de articular para el niño, en otros casos se produce por que se sustituye un fonema por otro mas fácil de pronunciar, otras veces lo que se da es una distorsión del mismo, y finalmente, también podría ocurrir que el niño inserte un fonema junto al que le resulta difícil de emitir, para facilitar la producción del mismo.

La dislalia marca dentro de los denominados trastornos de la articulación, junto con la disartria (dislalia neurológica) y la disglosia (dislalia orgánica). Este trastorno es considerado actualmente como la alteración del lenguaje oral de mayor incidencia en el entorno escolar (PERELLO, 1990), siendo mayor su frecuencia en el sexo masculino que en el femenino.

La literatura existente en torno a la dislalia infantil, la considera como patológica a partir de los 4 años de edad, que es cuando, estadísticamente, la mayoría de los niños tiene una correcta articulación de los fonemas (PERELLO, 1990).

Bosch (1984) indica que con posterioridad a los 5 años de edad, los errores fonéticos solo afectan a un grupo reducido de niños. Así mismo, considera que el único proceso aun presente a los 5 años es la simplificación de grupos consonánticos. De la misma manera, Ingram (1976) sitúa el fin del repertorio fonológico a los 4 años de edad, exceptuando los grupos consonánticos y la correcta emisión de la líquida vibrante.

Un error articulatorio en un idioma no tiene porque serlo en otro. De ahí la importancia de tener en cuenta el factor bilingüismo cuando evaluamos a un niño con dislalia.

La intervención de la dislalia debe tener un carácter precoz, puesto que un niño con ese trastorno manifiesta, generalmente, dificultades al comienzo del aprendizaje de la lectoescritura. Esta anomalía del lenguaje se presenta con relativa frecuencia en el aula ya que es interpretado como un síntoma de retraso por lo tanto el niño puede llegar a ser considerado por su entorno como GONZALEZ RIAÑO, 1999).

Con frecuencia, el niño con dislalia es objeto de burlas y críticas en el entorno escolar y social por parte de compañeros y amigos.

Este puede repercutir notablemente sobre su personalidad. Algunas de las consecuencias de la dislalia en niños son: la aparición de conductas des adaptativas (timidez, ansiedad, temor al hablar, agresividad, etc.) y la reducción de las interacciones sociales, pudiendo provocar su aislamiento social.

Estos defectos pueden ser corregidos, entre mas temprano se haga será más fácil, pues con el paso del tiempo se tendrá el vicio de hacer omisiones y/o sustituciones que se presentaran en el lenguaje espontáneo.

La dislalia requiere una gran dosis de observación y paciencia. Observación para saber que facilidades ofrece el niño en la corrección, y paciencia para repetir, tantas veces como sea necesario, como pronunciar los fonemas correctamente. A medida que el niño avanza en edad, se hace más difícil corregir su lenguaje, cosa lógica puesto que el vocabulario del niño va aumentando con su instrucción y mayor experiencia, mientras que para la corrección va disminuyendo lo maleable de sus formas de expresión. (DE LIMA, 2005)

4.4 Tipos De Dislalia

Desde un punto de vista clasificatorio, tomaremos la clasificación etimológica de las dislalias de Pascual (1998), según la cual podemos hablar de 4 tipos de dislalias: dislalia evolutiva, dislalia audio gena, dislalia funcional y dislalia orgánica.

A) Dislalia Evolutiva O Fisiológica

Es caracterizada propia del desarrollo evolutivo del niño, ya que se encuentra dentro de lo normal, pues el niño está en proceso de adquisición del lenguaje y los errores se irán corrigiendo progresivamente. (PEREDA, 2007)

Este es un trastorno de la articulación normal en la infancia, que se da con anterioridad a los 4 años de edad, y coincide con la fase de desarrollo del lenguaje en la que el niño no articula bien o distorsiona uno o varios fonemas.

Puede que el niño no disponga de suficiente madurez cerebral para producir adecuadamente los fonemas o puede que no disponga de la precisa madures del aparato fono articulador.

Normalmente, el niño con dislalia evolutiva no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha.

Esta dislalia normalmente se supera con el tiempo y únicamente si continua a partir de los 4 o 5 años pasa a ser considerada patológica.

Durante este periodo no se considera aconsejable la intervención directa sobre la dificultad articulatoria del niño. El tratamiento debe ser indirecto, y centrado fundamentalmente en despatologizar el problema, puesto que algunos padres interpretan la dislalia evolutiva del niño como un síntoma de retraso, generándose en ellos una elevada angustia.

Las actividades respiratorias y de soplo, y los movimientos de labios y lengua favorecen una correcta articulación; de ahí que sea recomendable realizar ejercicios de este tipo con el niño en situaciones de juego, y sin que tome conciencia de que se esta interviniendo en el.

Asimismo, es fundamental hablar claro al niño, utilizar un lenguaje adulto (no infantilizarlo), evitar emitir los defectos articulatorios del niño y bromear con los errores articulatorios que comete.

B) Dislalia Audiogena

Es cuando la alteración articulatoria del niño es consecuencia de un déficit auditivo o por un problema de discriminación auditiva; un niño que no oye bien o no discrimina adecuadamente, no puede articular de manera apropiada; generalmente, confundirá aquellos fonemas que son semejantes; en niño emitirá los fonemas tal y como los escucha, es decir, inadecuadamente.

La alteración articulatoria dependerá de la intensidad de la pérdida auditiva y de la capacidad del niño para compensarla.

Un indicador de cara a la detección precoz de la dislalia audiogena es el hecho de que el niño presente alteraciones en la cadencia normal del habla. Es decir, alteraciones en el ritmo y la voz, características habituales en niños con deficiencia auditiva.

La intervención ante un niño con dislalia audiogena se centrará fundamentalmente en aumentar la capacidad auditiva de este a través de prótesis, favorecer la discriminación auditiva a través de ejercicios de discriminación de sonidos, fonemas, palabras y frases, mejorar la voz y el ritmo, y corregir los fonemas alterados e implantar los inexistentes.

C) Dislalia Orgánica

Es cuando la alteración articulatoria del niño es consecuencia de un déficit orgánico. Es decir, la causa puede estar en los órganos del habla o por una lesión cerebral (PEREDA, 2007)

Cuando la dislalia se produce como consecuencia de una lesión neurológica (SNC) se denominan disartrias, y forman parte de las alteraciones del lenguaje de los deficientes motorices. En cambio, si se producen como consecuencias de anomalías anatómicas o malformaciones de los órganos del habla: paladar, labios, lengua, dientes, mandíbula, etc., reciben el nombre de diglosias. Seeman (1967) las denomina dislalias mecánicas.

Determinados autores consideran que la dislalia audiogena, dado su carácter orgánico (déficit sensorial) debe contemplarse como una dislalia de carácter orgánico.

D) Dislalia Funcional O Articular

Es una alteración de la articulación producida por un mal funcionamiento de los órganos articulatorios, pudiendo ser consecuencia de la falta de madures de estos. No se encuentra causa física ni orgánica en esas alteraciones de articulación. Puede cometer diferentes tipos de errores: de sustitución (sustituir un fonema por otro), de omisión (no pronunciarlo), de inversión (cambiarlo por el siguiente) y de distorsión. (PEREDA, 2007)

El niño con dislalia funcional no usa correctamente los órganos periféricos del habla a la hora de articular uno varios fonemas a pesar de no existir ninguna causa de tipo orgánico.

El defecto articulatorio puede ser consecuencia de una falta de habilidad del niño para pronunciar correctamente aquellos fonemas que suponen una mayor precisión de los órganos periféricos del habla. Los errores articulatorios más frecuentes son: la sustitución, omisión o distorsión de la r, k, l, s, z y ch.

En algunos casos el niño dislalico tiene conciencia de su inadecuada articulación e intenta corregirse imitando la articulación correcta del adulto, pero sus órganos no responden y no se encuentra el movimiento correcto que debe realizar para pronunciar un sonido adecuadamente.

Cuando un fonema es sustituido por otro se antepone el prefijo para-, y cuando lo que se produce es una articulación defectuosa le añadimos la terminación -cismo o -tismo al nombre griego del fonema alterado. Algunos de los defectos más comunes son:

- paralambdacismo: sustitución de la /l/ por otro fonema.
- Sigmatismo: alteración defectuosa de la /s/.
- Rotacismo: alteración defectuosa de la /r/.
- Mitacismo: alteración defectuosa de la /m/.
- Betacismo: alteración defectuosa de la /p/ y /b/.
- Gammacismo: alteración defectuosa de la /g/.

- Lambdacismo: alteración defectuosa de la λ y Λ .
- Deltacismo: alteración defectuosa de la d y t .
- Ceceo: articulación de z en vez de s .
- Seseo: articulación de s en vez de z .

Los errores o defectos que puede cometer un niño con dislalia funcional, son cuatro: la sustitución, la omisión, la inserción y la distorsión.

La Sustitución es un error articulatorio que consiste en sustituir un fonema por otro. El niño cuando no puede articular correctamente un fonema lo reemplaza por otro conocido y más fácil de producir para él. Puede ser consecuencia de un problema de percepción auditiva y el niño no discrimina entre ambos fonemas. En este caso el niño emite el fonema tal y como lo percibe.

Es el error más frecuente y el más difícil de corregir, puesto que se da un hábito articulatorio erróneo. Una vez que el niño consigue emitir correctamente el fonema, debe integrarlo en su lenguaje espontáneo, ya que tiene asociado el defecto articulatorio a la palabra que utiliza habitualmente. Por eso se recomienda empezar a enseñarle este fonema en palabras nuevas, para que las automatice primeramente y posteriormente las generalice a las palabras que utiliza habitualmente.

La sustitución puede darse en cualquier posición dentro de la palabra (al principio, en medio o al final de la palabra). Las sustituciones más frecuentes son: λ , d , g , en lugar de r (“quiedo” por “quiero” o “pego” por “perro”); t por k (“tama” por “cama”); sinfon con λ por sinfon con r (“flesa” por “fresa”); d por λ (“deche” por “leche”); s por z (“caza” por “casa”); etc.

Otro caso mas común es el empleo de una consonante nasal por otra (\m\ por \n\). En ocasiones el niño cambia los sonidos de su orden natural, dándoles otro del que se debieran utilizar en las palabras (“estatua y chocolate” por “estuatua y cocholate”).

La omisión es un error articulatorio que consiste en que el niño no articula los fonemas que no domina, y por tanto los omite. El niño puede que omita el fonema que no puede emitir o la silaba completa que contiene ese fonema.

También al igual que las sustituciones, la omision puede producirse en cualquier parte de la palabra (al principio, medio o final), ejemplo de ello son: “mion” por “camion”; “apato” por “zapato”; “tinteo” por “tintero”; etc.

El error de articulación podemos considerarlo un proceso normal antes de los 4 años. Ya que forma parte del desarrollo y adquisición del lenguaje del niño. Es normal que un niño antes de los 4 años omita fonemas fundamentalmente al principio de las palabras: “ato”, “oche”, “tonio”, “ame” por “gato”, “coche”, “otonio” y “dame”.

La omisión es un error muy frecuente en el lenguaje de los niños con deprivacion afectiva y/o sociocultural y en los vulgarismos, aunque en estos casos se suele omitir la silaba entera o el fonema en medio de la palabra: “tefono”, “teefono”, por “telefono”.

Por lo general, lo más frecuente es omitir el fonema: en situación implosiva (“cuato”, “pueto” por “cuanto y puerto”), y en los sinfonos (“pato”, “fesa”, por “plato” y “fresa”).

La inserción o adición consiste en insertar junto a un fonema difícil de producir para el niño, otro sonido o fonema que no corresponde a esa palabra, y que facilita su articulación. Es el error articulatorio menos frecuente. Pero en cambio, es muy frecuente en los niños que tienen dificultad para articular la *\r* inicial. En estos casos se les suele anteponer una vocal para facilitar su articulación: “arrascar” por “rascar”.

Este defecto articulatorio tiende a darse fundamentalmente en los sinfonos (“palato”, “calavo”, “feresa”, por “plato”, “clavo” y “fresa”) y en el lenguaje vulgar (amoto, aradio, araton...)

En ocasiones, delante de una vocal posterior inicial de palabra se inserta una “g”: “gusar” por “usar”.

La Distorsión es un error articulatorio que consiste en emitir sonidos de forma incorrecta o deformada. Es decir, el fonema se produce de forma aproximada a la correcta, pero sin llegar a serlo. Es el segundo de los defectos articulatorios en orden a su frecuencia. Se produce sobre todo en posición intervocálica (pero, cara), y generalmente en la *\r*.

El niño al articular el fonema suele hacer un movimiento “extraño”: como sacar la lengua o hacer vibrar los labios en lugar de vibrar la lengua. Se suelen deber

a: una imperfecta posición de los órganos articuladores, una falta de control del soplo espiratorio (la forma en que sale el aire durante la articulación), una falta de vibración de las cuerdas vocales, etc.

No obstante debemos mencionar que las repercusiones de un defecto articulatorio en el niño pueden ser considerables: reducción de las interacciones sociales (aislamiento) y aparición de conductas desadaptativas: timidez, ansiedad a hablar en público y agresividad.

La actitud familiar y el medio escolar son fundamentales tanto en el mantenimiento del error articulatorio como en su posterior rehabilitación e intervención. (SUAREZ,MORENO,GARCIA,2006)

4.5 Posibles Causas de las Dislalia

En algunos casos son varias las causas del trastorno, pudiéndose combinar varios factores para incidir en el niño, algunas de ellas son:

- Motricidad

La escasa habilidad motora en el niño, fundamentalmente en su motricidad fina.

La articulación del lenguaje requiere una gran habilidad motora. Prueba de ellos es que aquellos fonemas que precisan un mayor control de los órganos

articulatorios, especialmente de la lengua, son los últimos que aparecen (PEREDA, 2007).

El defectuoso control a nivel psicomotriz, puede ocasionar en el niño una falta de habilidad para ejecutar los movimientos que se le pide. Esto, puede repercutir a su vez sobre la habilidad y la coordinación necesaria para realizar los movimientos precisos para articular correctamente.

Hablar requiere de una gran habilidad motora. Los fonemas que precisan un mayor control de los órganos articulatorios son aquellos que implican la movilidad de la lengua (\l, \r, y sílfones: cl, gr, pr). De ahí que sean los últimos que adquiere el niño. Parece que existe una relación directa entre el grado de retraso motor y los defectos de pronunciación del niño.

- Organización perceptiva

Dificultades del niño en la percepción del espacio y el tiempo. El niño no puede imitar algunos movimientos necesarios para la articulación, por recibirlos inadecuadamente.

El lenguaje surge en el niño por imitación de movimientos y sonidos. Cuando la percepción espacial y temporal esta deteriorada en un niño, difícilmente podrá discriminar los matices que distinguen la articulación de los distintos fonemas. El niño ve un movimiento articulatorio pero no lo percibe tal y como lo es, lo que lleva a articularlo incorrectamente.

- Audición y comprensión.

Déficit en la discriminación auditiva o falta de comprensión. La dificultad del niño para diferenciar acústicamente los fonemas mas parecidos, repercutirá sobre la producción de estos.

Puede que la capacidad del niño para diferenciar entre intervalos entre fonemas, intensidad, duración, etc., no sea la adecuada. Aunque también, el problema puede ser consecuencia de un análisis (decodificación) imperfecto de los sonidos. El niño oye bien pero analiza o integra mal los fonemas correctos que oye.

- Características y fonemas.

Trastornos afectivos y actitudes parentales que impiden que el lenguaje evolucione con normalidad (por ejemplo: celos, sobre protección, permisividad, rechazo, abandono, etc.)

Salomón (1961) apunta que los niños con dislalia se diferencian de los niños con un desarrollo normal del habla en sus relaciones fraternales y en sus tensiones, angustias y miedos. Susman (1980) considera que la dificultad articulatoria infantil puede estar ocasionada por la inmadurez del niño, bloqueos emocionales, conductas inestables, etc.

Perelló (1990) estima que la dislalia es mas frecuente en niños con determinadas características de la personalidad. Según el, estos niños durante la

exploración se muestran intranquilos, inconstantes, distraídos, tímidos, a veces apáticos y faltos de interés por aprender. Así mismo, plantea que las madres de estos niños son más neuróticas y altivas que las madres de los niños con un desarrollo normal del habla.

Bruno y Sánchez (1994) consideran que entre los factores favorecedores de la aparición y/o mantenimiento de la dislalia se encuentran las presuntas características psicopatológicas del niño. Es decir, que la personalidad del niño podría actuar como un factor etiológico indirecto en la alteración articulatoria.

- Ambiente

Carencia de ambiente (institucionalizaciones), ambientes pobres culturalmente (modelos parentales y sociales defectuosos), situaciones de bilingüismo, etc.

- Herencia

Familias enteras que comenten los mismos errores articulatorios, en los cuales no se sabe a ciencia cierta el papel que juega la herencia y el papel que juega el aprendizaje inadaptado (refuerzo por imitación). Podemos ver familias enteras que tiene dificultad para pronunciar correctamente la r . Como referente histórico tenemos a Gutzmann (1956). Este autor detecto en el 4% de los niños con dislalia, antecedentes familiares.

- Inteligencia

En el caso de que el defecto articulatorio sea consecuencia de una deficiencia mental en el niño, no podemos hablar de dislalia funcional, sino de problemas de articulación secundarios a un cuadro clínico, el retraso mental.

4.6 Como Evaluar una Dislalia

Cuando un niño alcanza la edad de cuatro o cinco años, y sigue manifestando en su lenguaje dislalias múltiples que dificultan la comunicación, es imprescindible acudir a un especialista en problemas de lenguaje (logopeda) que analice el caso en profundidad y nos pueda dar un diagnóstico. Este nos permitirá conocer con exactitud cuales son las dificultades que impiden al niño el desarrollo normal del habla.

Para emitir un diagnóstico acertado sobre el problema, el especialista mantiene entrevistas con los padres y aplica al niño una serie de pruebas que le permite analizar profundamente la situación de este; además de todos aquellos aspectos que, si son deficitarios o están alterados, pueden ser causantes del trastorno en el habla.

El primer paso que debe de dar el especialista es conocer la situación familiar y personal del niño (circunstancias del embarazo y parto, desarrollo psicomotor y lingüístico, historia del problema que presenta, etc.). Estos datos se obtienen a través de una entrevista a los padres que permite en algunos casos sospechar una posible causa auditiva o neurológica de la dislalia, lo que haría preciso un examen médico antes de continuar con la exploración. (JIMÉNEZ, 2006).

De cara al diagnóstico de la dislalia es imprescindible llevar a cabo una tarea de carácter global, que suponga el análisis de todos los aspectos que pueden repercutir en la conformación de dicho cuadro patológico. Es decir, que no debemos conformarnos con realizar exclusivamente un estudio de la articulación del niño. El evaluador debe evaluar los siguientes aspectos, si desea realizar un diagnóstico completo y adecuado: la articulación del niño, la capacidad intelectual, la motricidad, la percepción y orientación espacial, la percepción temporal y el ritmo, la percepción y discriminación auditiva, la personalidad y todos los exámenes complementarios que se consideren oportunos, tales como un análisis audiométrico y un estudio neurológico, etc.

Antes de comenzar a describir los aspectos objeto de valoración por parte del explorador, es necesario recalcar la necesidad de llevar a cabo una anamnesis, es decir, una entrevista familiar, con finalidad de conocer la situación personal y familiar del niño con dislalia. La anamnesis es el único medio que nos permite recabar información sobre cuestiones relacionadas con la estructura y dinámica familiar, que pueden ser de especial interés de cara a la intervención.

A través de la anamnesis debemos recabar información sobre las siguientes cuestiones:

Datos de identificación, datos sobre antecedentes personales, datos evolutivos del niño, historia del problema, actitud familiar frente al problema articulario, actitud del niño ante el problema articulario, situación escolar del niño y otros datos exploratorios.

Una vez realizada la anamnesis, debemos comenzar con la evaluación de cada uno de los aspectos que pueden estar interviniendo en la dislalia del niño.

A continuación pasamos a describir cada uno de ellos:

a. Examen articulatorio.

Una vez que hemos recabado la Información sobre cuales son los errores articulatorios que comete el niño desde el punto de vista de los padres, es necesario que realicemos una exploración exhaustiva de la articulación del niño con la finalidad de conocer exactamente los errores que presenta: el /los fonemas-problema, el /los error/errores (sustitución, omisión, inserción y distorsión) y la /s posición /es (inicial-media-final).

La exploración articulatoria de los aspectos mencionados anteriormente deberá realizarse a tres niveles: lenguaje espontáneo, lenguaje dirigido o provocado y lenguaje repetido. La finalidad es determinar si el niño comete estos errores de forma generalizada. Puede que un niño cuente con la precisión necesaria para articular correctamente un fonema en tareas de repetición pero no lo haga en las interacciones sociales espontáneas con otros niños o adultos.

b. examen del nivel intelectual y la comprensión verbal

Frente a un niño con dislalia, es importante determinar si nos encontramos ante un trastorno primario o secundario. De ahí que sea de especial interés descartar si el

niño presenta retraso cognitivo y en que grado, puesto que la dislalia puede ser una patología secundaria a la deficiencia mental.

Para determinar el cociente intelectual (CI) del niño podemos utilizar un elevado número de pruebas de evaluación. Algunas de las más significativas son: las escalas de inteligencia (WISC-R Y WPPSI), el Test de Matrices Progresivas, el Test de la Figura Humana (Goodenough), los TIG 1 Y 2, etc.

c. Examen de la psicomotricidad

Es imprescindible llevar a cabo un análisis del aspecto motor del niño, puesto que la mayoría de dislálicos manifiestan dificultades en el área motriz. Este estudio debe valorar lo siguiente: el desarrollo de la psicomotricidad general, la motricidad buco-facial, la respiración del niño y la capacidad de soplo, y el tono y relajación.

d. percepción y orientación espacial.

Para evaluar la organización perceptiva podemos utilizar pruebas que valoren la madurez perceptiva y motora del niño a través de su coordinación vasomotora: el Test de Bender, el Test de Toulouse-Pieron, el Test de Cuadrados de Letras, el Test de Percepción de Diferencias de Caras y el Test de Formas Idénticas.

e. percepción temporal y ritmo

Para analizar la capacidad de percepción, y discriminación de los diferentes tiempos y ritmos, podemos utilizar la Prueba de Ritmo de Mira Stambak (1951), aplicable a niños de 6 a 12 años.

Esta prueba evalúa la capacidad de reestructuración temporal del niño, a través de la secuenciación del golpeo, midiendo 3 aspectos: reproducción por medio de golpes de estructuras temporales, simbolización mediante dibujos de estructuras espaciales, y simbolización de estructuras temporales (lectura y reproducción por medio de golpes, transición de estructuras temporales <dictado>).

f. percepción y discriminación auditiva

También es preciso analizar la capacidad de discriminación auditiva del niño como:

- Discriminación de sonidos.
- Discriminación de fonemas.
- Discriminación de palabras.

g. personalidad

Para explorar la personalidad del niño podemos utilizar el Test de la Familia de Lluís Font, el Test de la Familia de Corman, el Test de Pata Negra de Corman.

4.7 Como Intervenir en la Dislalia.

El tratamiento de la dislalia tiene que tener un carácter pluridimensional (teniendo en cuenta la totalidad del niño). No debe dirigirse exclusivamente al problema del habla que presenta el niño, sino que debe trascender más allá.

El tratamiento esta básicamente fundamentado en dos grupos de actividades: praxias bucofonatorias y entrenamiento de la discriminación auditiva.

En cualquier caso, existe una serie de consideraciones básicas que son validas para todo tipo de tratamiento:

- 1.- Mantener siempre las sesiones terapéuticas en un ambiente distendido y relajado.
- 2.- Establecer un orden que valla de lo mas sencillo a lo mas difícil, de lo mas opuesto a lo mas cercano, de lo visible y perceptible a lo menos evidente.
- 3.-Acompañar las actividades terapéuticas encaminadas a mejorar algunas de las vías sensoriales afectadas, de soportes y ayudas pertenecientes a los otros campos sensoriales mas débiles en su funcionamiento.
- 4.- Favorecer las iniciativas del niño y su motivación a partir del juego.
- 5.- Informar al niño de lo que se pretende conseguir.

6.- Aceptar los errores que se comenten es una conducta necesaria y útil. Así, se aprenden los patrones correctos por comparación y se crean los mecanismos de autocorrección necesarios para el aprendizaje. (PUYUELO, 1997)

De igual manera debemos incidir sobre todas aquellas causas que pueden estar interviniendo en mayor o menor medida en el/los defectos articulatorios del niño.

De ahí que el tratamiento debe centrarse en dos aspectos fundamentales:

- Ejercicios dirigidos a la mejora de las funciones que inciden en la expresión oral del lenguaje: respiración, psicomotricidad, percepción, orientación temporo-espacial, ritmo y discriminación auditiva.
- Ejercicios dirigidos a conseguir una perfecta articulación y su automatización o integración al lenguaje espontáneo: articulación, praxias, repetición, colocación, lenguaje dirigido y lenguaje espontáneo.

Así mismo, en ocasiones será necesario acompañar esta intervención de un tratamiento psicoterapéutico. Esto será así en aquellos casos en los que el niño manifieste alguna repercusión psicológica que agrave, mantenga o intervenga en cierta medida sobre su trastorno del habla.

La reeducación del niño con dislalia debe comenzar tempranamente. Cuanto antes iniciemos el proceso de intervención, las expectativas de adecuación del habla del niño al patrón normal aumentara. De ahí que el tratamiento precoz se considere como indicador de un pronóstico favorable.

Es preciso señalar que toda reeducación precoz debe basarse en el desarrollo fonológico normal. Es decir, que siempre es necesario tener en cuenta la adquisición gradual de los fonemas en el niño, en relación a la edad cronológica de este. La aparición de los fonemas se hacen dentro de un orden que aunque varía ligeramente de un niño a otro, a grandes rasgos sigue una constante.

La intervención debe variar según el momento evolutivo en que se encuentre el niño. Si el niño es menor de 4 -5 años, dado el carácter evolutivo de la dislalia, el tratamiento debe ir dirigido fundamentalmente a despatologizar el patrón del habla del niño de cara a sus padres. Los padres deben entender que el aparato fono-articulador del niño se encuentra en proceso de maduración, y que no todos los niños evolucionan de la misma manera.

Por tanto, es necesario reducir la angustia familiar ante el /los defecto/tos articulatorio/s del hijo, y mas aun cuando este no tiene conciencia del error o errores que comete. Puede ser muy útil proporcionar a los padres algunas pautas que faciliten al niño la articulación correcta. Algunas de ellas son: hablarle de forma pausada y clara, evitar ruidos de fondo cuando se le habla, evita presiones excesivas para que pronuncie correctamente, no transmitir la ansiedad que nos produce escucharlo, evitar repetir las palabras tal y como el niño las pronuncia, darle tiempo diario a interactuar, proporcionar pautas para la realización de praxias, respiración, relajación, ritmo, orientación espacial, motricidad, discriminación auditiva, organización perceptiva, etc.

La colaboración de los padres es fundamental en el proceso reeducador del niño. De nada servirá que se trabaje determinados aspectos para la consecución de un patrón del habla normal, si no conseguimos generalizarlo tanto al contexto familiar como escolar.

Así mismo, en niños de edad inferior a 4-5 años, la intervención terapéutica debe sentarse en tareas y actividades relacionadas con: la motricidad general, motricidad oro-linguo-facial, tono y relajación, respiración y soplo, discriminación auditiva, percepción temporo-espacial, etc., y en ejercicios articulatorios que faciliten la adquisición fonológica correcta. Es preciso tener siempre presente en que momento dentro del desarrollo fonológico se encuentra el niño. Es decir, que tiene adquirido y que le falta, en función a su edad cronológica.

Las actividades, tareas y ejercicios que se realicen con el niño deben llevarse a cabo en un contexto de juego. La situación lúdica debe aparecer de cara al niño, desestructurada e informal, aunque la realidad sea muy distinta. Debemos evitar en todo momento su fatiga, por lo que cada sesión oscilara entre 20 y 40 minutos aproximadamente. Inicialmente, conviene realizar actividades simples y exitosas para el niño, de manera que consigamos su colaboración motivación e implicación en el proceso reeducador.

El tutor, al igual que los padres, es fundamental en el proceso terapéutico. Siempre que sea posible es preciso proporcionarle pautas que faciliten la generalización de los logros y la adaptación del niño al medio escolar. Algunas de ellas pueden ser: evitar, en la medida de lo posible, las burlas por parte de los

compañeros, hacerle preguntas cuando esta seguro de que el niño sabe la respuesta para animarlo y aumentar su autoestima, darle el tiempo suficiente para que responda o manifieste una opinión, evitar las interrupciones por parte de otros compañeros, incluirle en actividades colectivas, fomentando su participación y la seguridad en su mismo.

Cuando el niño supera la barrera de los 4-5 años, el proceso terapéutico pasa a un formato más sistemático y estructurado. Con ello no queremos decir que debamos abandonar el contexto lúdico de cara a la intervención, si no que el tratamiento debe ir dirigido en mayor medida a la dificultad articulatoria del niño.

Por una parte, a través de las actividades dirigidas a la mejora de la expresión oral del niño. Y por otra, mediante actividades que posibilitan la corrección del /los defecto/s articulatorio/s, y la posterior generalización e integración de los logros al lenguaje cotidiano. (SUAREZ,MORENO,GARCIA,2006)

CAPITULO V

ACTITUDES PATERNAS

5.1 Definición De Actitud

La actitud, un término definido principalmente desde la Psicología, puede entenderse de diversas formas. Entre ellas, se le considera como la postura que adopta el cuerpo humano según los diferentes movimientos del ánimo, sin embargo, la forma más común de entender aquello que se conoce por actitud, es aquella disposición anímica del ser humano expresada de algún modo en particular.

La palabra actitud (en latín *actitudo*) se asocia antiguamente con la palabra latina *optus*, que significa "apto y preparado para la acción". Este antiguo significado se refiere a algo directamente observable. Sin embargo, en la actualidad los investigadores consideran la "actitud" como un constructo que, aunque no es directamente observable, precede a la conducta, y guía nuestras selecciones y decisiones de acción.

La actitud que adopta una persona o grupo de individuos depende de muchos factores, depende de las múltiples experiencias y relaciones que hayan ido acumulando a lo largo de su historia de vida. De este modo, las actitudes toman forma a partir del conjunto de creencias que se vaya conformando, comprendiendo por esto a aquella única predisposición a actuar de cierta forma ante ciertas situaciones o circunstancias, como vemos una persona adoptará una actitud particular frente a determinada situación, la que variará de un individuo a otro ante un contexto similar.

Lo mismo ocurre con determinados grupos de personas o colectivos como podría ser un gobierno o un partido político. (HOGG, VAUGHAN, 2008)

La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto o sus símbolos. (OSKAMP, 1991)

5.1.1 Medición de las actitudes:

Las actitudes pueden medirse por medio directo o indirecto según sea o no advertidas por el sujeto. “Las técnicas mas elaboradas para medir actitudes están diseñadas de tal forma que obtengan información sobre dos dimensiones: direccionalidad e intensidad, la forma general de las escalas de actitudes distinguen entre la aceptación, la indiferencia o el rechazo del objetivo de referencia, junto con una indicación de la intensidad de sus sentimientos al respecto. Refiriéndose a las actitudes de aceptación y rechazo .Antonio Pinilla explica:

Actitud de aceptación: La actitud es positiva cuando se organiza, la propia conducta en Pro del establecimiento de una relación en la que predomina la aceptación, estimación, apoyo, ayuda y cooperación. Las manifestaciones principales de esta actitud se traducen en comportamientos que se describen como: ir hacia; buscar el contacto, respuestas que se presentan como actos de aproximación, como resultado de un estilo cognoscitivo abierto que obedece a un conjunto de rasgos mas o menos estructurales de la personalidad y se cristaliza en un sistema total que sirve al

hombre no solo para conocer sino también para valorar y actuar sobre la realidad física social y sobre si mismo.

Actitud de rechazo: cuando una actitud es negativa se presenta el recelo que aleja a las personas y las predispone en contra suya. El recelo es opuesto a la cooperación por el distanciamiento que suscita y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo mecanismo de defensa con que responde a la persona que se encuentra en tensión. Los mecanismos de defensa se utilizan generalmente para anticipar y detener la intensidad provocada por un estímulo frustrante.

5.2 Actitudes o patrones parentales. (Estilos de crianza)

Se sabe que existen muchos factores que afectan las emociones y acciones de los niños pequeños, incluidos la maduración encefálica, una de estas influencias son los padres.

Los padres son fundamentales en forma directa o indirecta, sobretodo en la primera infancia, ellos deciden si los niños irán a la escuela, tendrán amigos o que jugaran, se dice que la modalidad de los padres es fundamental cuando el temperamento hace probable la internalización o externalización de los problemas. Entonces los padres pueden cambiar la inclinación destructiva del niño o llevarlo al límite de una patología.

Los estilos de crianza son un conjunto de conductas que son comunicadas al niño y que también causan un clima emocional en el cual la conducta parental se

expresa. Es decir, es la interacción entre padres e hijos. Estas incluyen tanto las conductas en las cuales los padres representan sus prácticas parentales, así como las conductas no verbales como: gestos, cambios en el tono de la voz, o las expresiones emocionales espontáneas. Estos estilos son entendidos como la acción y el efecto de criar a los niños; estos ayudan y forman parte de la socialización, proceso por medio del cual, los nuevos miembros de la sociedad les son enseñados ciertas reglas de conducta, así como también aprenden indicadores que les ayudan a determinar cuales son las acciones más adecuadas para cada situación, ellos aprenderán a integrarse dentro del sistema social, el cual les brindará entre otras cosas seguridad, afecto, satisfacciones, y así mismo también aprenderán como actuar ante conductas negativas.

Estas conductas también les enseñan a los niños a ponerse metas, desarrollar su lenguaje y a que se formen valores. Además les ayudan adoptar conductas provechosas para ellos.

Existen 4 estilos de crianza:

a) Autoritaria. Los padres de este estilo ejercen un control estricto y suelen mostrar poco afecto a los hijos. Aplican las reglas con mucho rigor, prestan poca atención a las necesidades de sus hijos. Los padres autoritarios dan órdenes y esperan que sean obedecidas; no tiene grandes intercambios verbales con sus hijos. Escasamente consideran las peticiones de ellos y no responden a sus demandas, combinan estas actuaciones con poco afecto y altos niveles de control. Es propio de este estilo el que aparezcan conductas de privaciones junto con las de coerción verbal

y física. Se comportan como si sus reglas fueran inmutables, actitud que pueden hacer muy frustrantes los intentos de autonomía de los hijos.

Los efectos que atribuyen los padres autoritarios a sus hijos

Suelen tener hijos retraídos, y temerosos que son dependientes, mal humorados, poco asertivos e irritables, tienden a ser obedientes, ordenados. Poco tenaces a la hora de perseguir metas. Manifiestan pocas expresiones de afecto con los iguales, siendo poco espontáneos, llegando incluso a tener problemas en establecer estas relaciones. Tienen un “lugar de control” externo, En la adolescencia estos niños , en especial los varones, a veces muestran una reacción excesiva al ambiente restrictivo y punitivo en el que son criados, lo que los vuelve rebeldes y agresivos, las mujeres tiene mas probabilidad de permanecer pasivas y dependientes (KAGAN,MOSS,1962).

Las graves consecuencias del autoritarismo, vivido en el propio hogar durante demasiados años, son bastante frecuentes que se transmitan de generación en generación como si se tratara de una “reacción en cadena”.

b) Autoritativa. (Con autoridad) los padres combinan un control moderado con afecto, aceptación e impulso de la autonomía, aunque fijan límites a la conducta, estos son razonables; ofrecen explicaciones adecuadas al nivel de comprensión del niño. Sus acciones no parecen arbitrarias ni injustas; de ahí a que los hijos estén mas dispuestos a aceptar las restricciones. Además, escuchan las objeciones de los pequeños y muestran flexibilidad cuando así conviene.

Los efectos que atribuyen los padres autoritativos a sus hijos.

Los hijos de estos padres destacan en casi todos los aspectos. Son los más seguros de si mismos, y los que muestran mayor autocontrol y competencia social. Con el tiempo adquieren mayor autoestima y logran un mejor desempeño escolar que los niños educados con otros estilos (BURI, 1988; DORNBUSCH, 1987).

c) Permisiva. Estos padres muestran mucho afecto y ejercen poco control, imponiendo pocas o nulas restricciones a la conducta de sus hijos. El regreso casa mas tarde de lo habitual quizá ni siquiera plantee un problema, por que no habrá límites ni una hora fija para acostarse ni la regla de que el niño debe decir siempre a sus padres donde se encuentra. En lugar de pedirles permiso para permanecer mas tarde fuera de casa, la niña solo les comunicara lo que planea hacer o dejara que ellos mismos lo averigüen después. Cuando los padres permisivos se enfadan o impacientan con sus hijos, a menudo reprimen esos sentimientos. De acuerdo con Diana Baumrind muchos están ocupados mostrándoles un amor incondicional que no cumplen con otras funciones importantes, en particular, imponer a su conducta los límites necesarios (BAUMRIND, 1975).

Los efectos que atribuyen los padres permisivos a sus hijos.

Los padres permisivos crían niños que no son muy felices, ellos carecen de autocontrol sobretodo a lo que se refiere a la cuestión de dar y recibir de las amistades entre pares. Su regulación emocional insuficiente los convierte en inmaduros e impide

la formación de amistades, la principal razón de su infelicidad. Suelen vivir en el hogar y siguen siendo dependientes en la vida adulta temprana. Presentan dificultades para asumir responsabilidades. Tienen bajos niveles de autoestima.

d) Disciplinada. Que atienden las necesidades de sus hijos; los cuales establecen estándares claros y son firmes en sus reglas. Utilizan sanciones de manera adecuada; apoyan la individualidad e independencia de los hijos; promueven la comunicación familiar y respetan tanto los derechos de los hijos como los suyos propios. Otro aspecto muy significativo de este tipo de padres es que ajustan las demandas que hacen a sus hijos de acuerdo con sus diferentes niveles de desarrollo.

Los padres explican a sus hijos las razones de las normas que establecen, reconocen y respetan su independencia, negociando con ellos y tomando decisiones en conjunto. (CRAIG .2001).

Los efectos que atribuyen los padres disciplinados a sus hijos.

Los padres disciplinados crían niños con más probabilidades de tener éxito, ser coherentes, inteligentes ser felices consigo mismos y generosos con los demás, en general, estos niños son queridos por sus maestros y compañeros, sobretodo en las culturas donde se valora la iniciativa individual. (STASSEN, 2009).

MacCoby & Martin (1983) proponen otros dos estilos, ya que el estilo permisivo puede adoptar dos formas distintas: el democrático-indulgente que es un

estilo permisivo y cariñoso, y el de rechazo-abandono o indiferente, que se caracteriza por una actitud fría, distante y asociada a maltratos.

e) Estilo indiferente o de rechazo-abandono. Es el estilo de crianza utilizado por padres que rechazan y son negligentes, que no son receptivos ni exigentes y a quienes sus hijos parecen serles indiferentes. Al niño se le da tan poco como se le exige, pues los padres presentan unos niveles muy bajos en las cuatro dimensiones: afecto, comunicación, control y exigencias de madurez. No hay apenas normas que cumplir, pero tampoco hay afecto que compartir; siendo lo más destacable la escasa intensidad de los apegos y la relativa indiferencia respecto de las conductas del niño. Los padres parecen actuar bajo el principio de no tener problemas o de minimizar los que se presentan, con escasa implicación y esfuerzo.

Los efectos que atribuyen los padres indiferentes o de rechazo-abandono

Cuando la permisividad se acompaña de hostilidad y falta de afecto, el niño da rienda suelta incluso a los impulsos más destructivos. Los estudios dedicados a los delincuentes juveniles demuestran que, en muchos casos, su ambiente familiar presenta exactamente esta combinación de permisividad y hostilidad.

f) Estilo permisivo-democrático-indulgente es sobre protector los padres rara vez castigan, orientan o controlan a sus hijos, pero son cariñosos y se comunican bien con ellos.

Los efectos que atribuyen los padres permisivo-democrático-indulgentes.

Tienden a tener niveles altos de autocontrol y de autoestima. Son más capaces de afrontar situaciones nuevas con confianza. Son persistentes en las tareas que inician. Son interactivos y hábiles en las relaciones con los iguales, independientes y cariñosos.

5.3 Los padres y los problemas de aprendizaje.

Desde el momento en que un padre se enteran de la llegada de un nuevo miembro a la familia se forman una serie de expectativas, planes y proyectos tendientes a formar una vida prometedora para el. Sin embargo todo esto se viene abajo en el momento en que los padres se dan cuenta que tienen un hijo con problemas de aprendizaje, esto llega a ser angustiante para cualquier padre y no solo al recibir la noticia, sino a todo lo largo del crecimiento. A partir de este momento los padres cambian su actitud en relación con el pequeño, ya que para algunos les es difícil aceptar que su hijo padece algún tipo de incapacidad ya que ningún padre esta preparado para ser el padre de un niño con problemas de aprendizaje.

5.3.1 Impacto de los padres ante el diagnostico del problema y como afecta al niño.

Desde el momento que un niño da señales de la presencia de algún un problema, normalmente es la madre la primer persona que sospecha de la existencia de este y expresa sus preocupaciones al padre, en esta etapa de percepción los padres

suelen negar la existencia de un problema, hay padres que emocionalmente sanos, suelen mostrar una negación temporal a dejarse llevar por el impacto de la situación.

Los padres enfocan con dificultad esta etapa de percepción del problema y su preocupación los lleva, por lo general a buscar información y apoyo de los profesionales, haciendo un esfuerzo para reconocer y afrontar el problema.

Los padres deben reconocer el tipo de problema que se está presentando, pero sus esperanzas acerca del éxito del niño pueden dificultar esto. Poseen una imagen idealizada del niño que conseguirá grandes cosas y sobrepasará o por lo menos, obtendrá su mismo nivel socio-cultural. La presión social en este sentido causa gran desasosiego en los padres cuyos hijos no dan la talla.

Los padres han descrito sus primeras reacciones al enterarse de las diferencias en el aprendizaje de sus hijos.

En ocasiones tienen una sensación de alivio: finalmente sus sospechas han sido confirmadas.

Muchas otras veces la respuesta a la noticia es de sorpresa, conmoción, incredulidad, y enojo, en especial hacia el maestro, y la escuela, pero fundamentalmente hacia el niño. Al hacer un análisis retrospectivo los padres advierten que lo único que este primer “diagnóstico profesional” ha logrado, es que vean a sus hijos de forma diferente de cómo ven a los demás niños. De pronto, ante los ojos de los padres, el niño parece menos maduro, menos competente y, por cierto, menos exitoso. Muchos también han dicho que sus hijos se “veían diferentes”. Por

primera vez llegaron a ser la oveja negra de la familia, o a parecerse al pariente fracasado a quien ya nadie menciona. (OSMAN, 2004).

Las reacciones normales incluyen el conflicto de los padres >>ir de médico en médico<< y el uso de varios mecanismos de defensa, para reducir la ansiedad generada por la culpa, la pena. La rabia, el dolor y el miedo.

Cada padre se diferencia en la percepción del problema. Esta situación puede conducir a episodios conflictivos entre los padres. Con frecuencia la madre intenta persuadir al padre de que se necesita ayuda profesional y asume la responsabilidad mayor en el crecimiento del niño y en su atención. El padre acepta su exclusión y se dedica a negocios u otras actividades del mundo exterior. La madre puede resentirse por la reacción del padre y la vida familiar puede volverse tensa. Sin embargo, el conflicto paterno no siempre debe asociarse a la presencia de un niño con problemas de aprendizaje. J.J. Gallagher y otros informaron que, algunos casos los padres se unen más.

Los padres intentan reducir su ansiedad, por lo que frecuentemente se denominan mecanismos de defensa. Estos mecanismos pueden conducir a distorsiones de la realidad y complicar la búsqueda de una causa. Los mecanismos de defensa más comunes son la negación, rechazo a creer que algo está mal. Los padres pueden proclamar que su niño es muy capaz e insisten en ofrecer cosas no realistas, tales como lecciones de piano, de baile, etc. También pueden sobreproteger al niño, no permitiéndole que participe en actividades que podrían realizar y disfrutar. Estas expectativas de sobreprotección interfieren con el desarrollo óptimo del niño. Estas

expectativas a menudo hacen que el niño se sienta frustrado e inadecuado y la sobreprotección puede hacer demasiado dependiente.

El reconocimiento del problema resulta difícil. Las expectativas cerradas, la culpa, la rabia, los conflictos paternos, la pena y otros estados adversos forman un caleidoscopio de sentimientos donde emergen grupos de padres con repuestas individuales. Estas reacciones paternas pueden servir como una función saludable, que permita que los padres enfrenten el problema y su impacto y emerjan con actitudes positivas. Trout (1983) señaló que durante esta etapa, los padres pueden hacer duelo por la pérdida del niño ideal. Robinson y Robinson (1976) aconsejaron que este periodo no debe interrumpirse demasiado rápido, sin la ayuda de profesionales que les ofrezcan a los padres tiempo y oportunidad para adaptarse al problema. Una vez que ellos enfrentan el tema y confían en la ayuda, pueden comenzar a reunir las piezas y prepararse para educar al niño. En algunas situaciones, los padres no se adaptan y continúan utilizando los mecanismos de defensa, que inhiben el desarrollo óptimo del niño.

Según Robinson y Robinson (1976) Los padres buscan una causa por dos razones: esperanza de curación y desaparición de la culpa.

El tener que aceptar la idea de que el niño tiene problemas de aprendizaje resulta un proceso difícil y una experiencia dolorosa para los padres. Los sentimientos que aparecen a lo largo de todo el proceso son muchos y variados, y pueden ser diferentes en cada miembro de la familia.

Los padres pasan por etapas emocionales después de haberse enterado de que su hijo tiene diferencias en el aprendizaje, Con el tiempo, sentimientos de irritación se convierten en resignación y finalmente en aceptación.

En esta etapa Robinson y Robinson (1976) lo describen como un respeto afectuoso por el niño, tal como es, aprecio por sus éxitos, tolerancia hacia sus debilidades y placer en la relación con él. Wortis (1966) señaló dos índices de aceptación, (1) la madre mantiene sus relaciones normales y continuas con sus actividades, (2) los padres hacen coincidir las necesidades de sus niños normales con las de su niño incapacitado. Para facilitar la aceptación. McWirther (1976) señaló que los padres reciben apoyo emocional, al conocer a otros padres de niños con problemas de aprendizaje.

Weiss y Weiss (1976) recomiendan que los padres traten a los niños como normales, enfatizando sus habilidades, en lugar de preocuparse por sus debilidades.

Por otra parte a diferencia de la aceptación, el rechazo se identifica con facilidad Gallagher (1956) lo comentó como una persistencia de valores negativos no reales del niño, que conlleva a un tono negativo general en la relación padre-hijos y puede manifestarse en bajas expectativas, mantenimiento de objetivos poco realistas, escape y el hecho enmascarar el rechazo contraponiendo un punto de vista exactamente opuesto. (MERCER, 2006)

Es importante saber lo que un padre debe hacer al respecto del problema, ya que este ha sido aceptado, y se ha buscado ayuda, es el momento en que un tratamiento efectivo debe empezar. Con frecuencia, es el psicólogo o el representante

de la escuela quien explica el problema a los padres y, como es de esperar, en contra de ellos los padres desquitan su enojo y su frustración. Por esta causa, estos profesionales llegan a considerarlos como “personas difíciles”, Los padres no deben sentirse intimidados por el especialista que se muestra impaciente o intolerante ante sus preocupaciones. Es posible que no resulte fácil, pero deben tratar de hacer mas preguntas al especialista y de aclarar sus sentimientos. Si continúan sintiéndose frustrados, pueden pedir una cita con algún otro profesional.

Así como es importante que los padres reconozcan que entender la diferencia en el aprendizaje de un niño es un proceso continuo, también los especialistas deben darse cuenta de que aquellos pueden no comprender el problema la primera vez que se les explica y que cualquier tipo de emoción o respuesta son parte del proceso natural de asimilación, nuestra responsabilidad como profesionales es mantener las vías de comunicación abiertas para que los padres regresen cuando sientan que estén listos para oír el consejo y aceptar ayuda.

5.4 Importancia de la actitud de los padres en los hijos

Los sentimientos de padres hacia sus hijos determinan en mucho las actitudes que los niños pueden tener hacia el aprendizaje y hacia si mismos. Algunos de los mensajes mas notorios que reciben de sus padres son los mensajes no verbales. Ciertos niños parecen ser mas sensibles a los estados de animo o a los sentimientos que se encuentran a su alrededor, al lenguaje corporal o a las expresiones faciales. Saben

cuando sus padres están molestos o cuando estos pueden depender del apoyo y de las palabras de aliento de los demás.

Un estudio realizado por Doreen Kronick demostró que los niños con problemas en el aprendizaje parecían ser principalmente vulnerables a la tensión y a los problemas familiares. Estaban muy conscientes del malestar y de la frustración que había provocado en sus padres. Desde el momento en que no es fácil convivir en una familia en la que existe un niño que requiere mucho tiempo y mucha atención, las hermanas y los hermanos también sienten las “vibraciones” ambientales y reaccionan de manera similar a sus padres. Las diferencias en el aprendizaje de los niños son indudablemente un asunto familiar. (MERCER, 2006)

Los padres pueden sentirse culpables por los problemas de aprendizaje de sus hijos. Una madre o un padre podrían pensar: “tal vez es mi culpa; debí haberle enseñado mas cosas”, o, “el problema debe venir por parte de mi familia”.

Algunas veces aflora el resentimiento entre los padres. Uno de ellos puede llegar a sentir que la causa de la disfunción del niño se debe al cónyuge, especialmente si este también tuvo dificultades de este tipo. Aunque estos sentimientos pueden ser parte de una reacción natural a la frustración, el señalar a un culpable realmente no nos ayuda en nada.

El hecho de tener un hijo con problemas, en ocasiones origina una disminución en la autoestima de los padres, por lo que produce aun más tensión en el matrimonio. Gracias a los estudios realizados en esta área, sabemos que una condición

física o mental imperfecta en el niño puede llegar a significar una amenaza para sus sentimientos de competencia y de autoestima. Las dudas acerca de uno mismo tienden a crear todavía más culpa, que con frecuencia viene acompañada de un sentimiento de desesperanza.

La frustración y la desesperanza llegan a asociarse con el enojo, que es involuntariamente expresado en contra del niño. Cuando no podemos controlar nuestras emociones y no tenemos forma de expresarlas, la ira es una respuesta común.

A los padres les resulta muy difícil hablar acerca de sus sentimientos de culpa o de irritación. Hay padres que no sienten culpa o enojo por los problemas de sus hijos pequeños. Simplemente no sienten nada, a al menos piensan que no tienen esos sentimientos. No le dan importancia a los problemas de aprendizaje de los pequeños, si es que llegan a enterarse de que existen.

Algunas veces una actitud así es positiva para el niño. Cuando regresa de la escuela nadie enjuicia su habilidad o ineptitud para la lectura. Como se ve enfrentado con el fracaso, el hogar se convierte realmente en un refugio y en una gloria para él. Sin embargo, esta situación podría significar también que sus dificultades no son tenidas en cuenta y, por lo tanto, se dejan sin tratamiento. Todos perciben la negativa de sus padres; incluso en la escuela pueden sentirse temeroso de crear dificultades al tratar de discutir acerca de crear dificultades al tratar de discutir acerca de los problemas del niño.

Después de los primeros sentimientos de culpa y de enojo, la decepción y la ansiedad son quizá los sentimientos más universales que los padres experimentan cuando perciben que su hijo tiene diferencias en el aprendizaje.

Para algunos padres los problemas de aprendizaje de un niño no provocan la vergüenza y el resentimiento de los que hemos estado hablando. En estos casos niños con tales características pueden llegar a ser la razón de la existencia de una madre o de un padre, el objetivo de sus energías. Ciertos padres, que quizás no han encontrado su razón de ser en la vida, hacen de las diferencias en el aprendizaje de un niño una carrera de tiempo completo. Así, un padre transforma los problemas de su hijo en el aspecto familiar más importante.

Un niño con una diferencia en el aprendizaje, al considerar sus propios problemas y la reacción de los demás hacia el, se siente totalmente diferente, el niño generalmente percibe que algo no marcha bien, mucho antes de que alguien lo comente con sus padres. Al escuchar en la escuela los comentarios para si mismo, piensa que el es un “caso mental o un retrasado”.

La clave para sobrellevar un problema familiar es una mente abierta. Muchas familias no pueden comunicar fácilmente sus sentimientos y pensamientos. Cada miembro del grupo se guarda para si sus pensamientos e intercambia muy pocas palabras con los demás en el transcurso del día.

El padre juega un papel fundamental para los niños que tienen diferencias en el aprendizaje. Los padres representa modelos importantes, en especial para los varones,

el niño admira a su padre, independiente de que sea un buen atleta o represente éxito en el mundo de los adultos. Contar con un modelo es crucial para el niño en desarrollo que tiene problemas de aprendizaje. El niño necesitara saber que crecerá siendo un hombre completo, a pesar de sus diferencias en el aprendizaje o de otros problemas que lo aquejen. La aceptación tacita del padre hace que este proceso sea más fácil y cómodo. Por el contrario, los papas pueden muy fácilmente imposibilitar un desarrollo saludable si piensan que sus hijos son incompetentes, incapaces de colmar sus expectativas. Después de todo el apoyo del padre y su voluntad de compartir la responsabilidad con su esposa, hacen que la familia sea más unida. El padre y la madre deberían decidir en que situaciones cada uno puede ayudar a mejorar al niño, y de acuerdo con esto dividirse las obligaciones relacionadas con su educación.

Una vez que los padres comprendan las dificultades de sus hijos y puedan reconocer sus sentimientos acerca del problema, disminuyen considerablemente la ansiedad del niño explicándole el problema de la forma mas honesta posible. Los niños necesitan conocer la verdad en un lenguaje que puedan entender. Los padres deben mitigar la culpa que los pequeños sienten por no ser ‘normales’, o por no ser la clase de persona que los demás quisieran que fueran. Si los niños sienten la aceptación y el apoyo en el hogar, les resultara más fácil enfrentarse a lo que podría parecerles un mundo hiriente y hostil. Se les puede convencer de que los problemas no serian tan graves si se discutieran en conjunto, y si ellos dejaran de imaginar las terribles causas de sus diferencias. Un niño puede encontrar aliados inesperados en sus hermanos si estos conocen y entienden cual es realmente el problema. La familia en general se beneficiaria si logran hablar abiertamente acerca de este tema que mucho tiempo atrás fue considerado tabú.

Los padres también deben decirle al niño que es lo que esta bien en el. Siempre hay un motivo para elogiar un solo aspecto de la vida del niño- como estudiante, deportista, o como artista- no debe ser considerado demasiado importante para nadie. Después de todo, el niño es también una persona. Debe saber que alguien se preocupa por el en su totalidad, no únicamente por sus habilidades para el aprendizaje. Así, tendrá confianza en los otros y fe en si mismo.

Las actitudes negativas paternas que con mayor frecuencia demuestran los padres de estos niños, necesitan ser trabajadas para poder sustituirlas por aquellas que favorezcan el aspecto emocional del niño como lo llegan a hacer las actitudes de tolerancia, comprensión y aceptación, entre otras.

CAPITULO VI

PROPUESTA DE TESIS:

MANUAL PARA PADRES CON HIJOS QUE PRESENTAN PROBLEMAS DE LENGUAJE (DISLALIA ARTICULAR).

6.1 Introducción

El lenguaje oral es el modo de comunicación y de representación mas utilizada, este es el instrumento o medio de comunicación y representación por excelencia.

Entendemos por lenguaje la facultad exclusivamente humana que sirve para la representación, expresión y comunicación de pensamientos o ideas. A menudo nos percatamos que no todas las personas cuentan con esta facultad y les resulta difícil comunicarse con su entorno debido a las alteraciones del lenguaje oral que existen, una de ellas es la dislalia.

Al presentarse un problema de este tipo, los padres buscan alternativas de como brindar ayuda a sus hijos, ya sea acudiendo a instituciones especializadas o de forma particular, sin dejar atrás el problema como tal.

Es por ello que como profesionistas de la salud ofrecemos esas alternativas mediante un manual, el cual ayude a aceptar y afrontar el problema de lenguaje de sus hijos. Este manual consta de una serie de recomendaciones que abarcan diferentes aspectos como la aceptación, comunicación, autoestima, tareas y disciplina que requieren padres e hijos para el proceso de rehabilitación del trastorno de lenguaje.

6.2 Objetivo

Que los padres del niño con dislalia articular aprendan a desarrollar una actitud favorable, mediante la practica de las recomendaciones propuestas, con la finalidad de beneficiar al niño durante su proceso de rehabilitación.

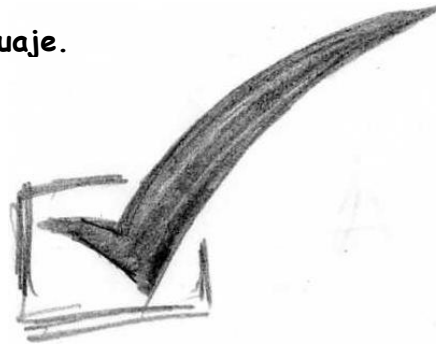
6.3 Justificación

Conscientes de que la rehabilitación de un niño con una necesidad especial esta sujeta al apoyo de la familia, en particular los padres, durante el trabajo de rehabilitación, nos dimos a la tarea de proponer el presente manual, en donde de una manera sencilla y practica, se orienta a los padres de familia a adquirir una actitud que favorezca la recuperación del niño que en particular sufre dislalia articular, pues este es el tema central de nuestro proyecto. Lo anterior parte del hecho de tomar en consideración lo expuesto por el personal especializado que directamente trabaja con niños que padecen el trastorno antes mencionado, pues argumentan que el apoyo de los padres es la base de la pronta rehabilitación de estos, mediante actitudes basadas en la aceptación, la dedicación, el compromiso y el afecto que estos muestren a sus hijos y a su problemática. Así mismo, es importante mencionar que muchos padres no toman en cuenta la parte emocional y afectiva en el proceso de rehabilitación de su hijo, dejando todo en manos de los terapeutas de lenguaje, ocasionando que la recuperación de los mismos sea lenta e infructuosa. Con este manual esperamos que los padres de familia que no están conscientes de la importancia de su rol en el proceso de recuperación, tomen en cuenta que de ellos depende en primera instancia que sus hijos logren superar su problema, adaptándose adecuadamente a su sociedad.

6.4 RECOMENDACIONES PARA PADRES DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE LENGUAJE

Recomendaciones para reconocer el problema de dislalia articular:

* Acepte el problema de su hijo, esto le brindara más seguridad al niño a aceptar de igual forma su problema de lenguaje.



* Elimine todo sentimiento de culpa, ya que esto le ayudara a comprender mejor el problema.

* No exagere el trastorno más de lo que es, para no causar confusión en el niño.



- * No muestre irritación y enojo ante el problema de su hijo esto ayudara a no generar sentimientos de culpa.



- * Busque información profesional que le ayude a entender con facilidad el problema



EL COMPROMISO DEL PADRE DE FAMILIA CON EL PROCESO DE REHABILITACIÓN, FAVORECERÁ LA RECUPERACIÓN DEL TRASTORNO. POR LO QUE SE SUGIERE:

*** Preste la atención suficiente al niño durante todo el proceso.**



*** Asista puntualmente a todas las sesiones que a su hijo le sean programadas durante el proceso.**

*** Trabaje de manera conjunta con los profesionales encargados de rehabilitar a su hijo.**



*** Apoye a su hijo en la realización de las tareas propuestas por el terapeuta**



*** Dote del material necesario requerido en terapia.**

*** Por ningún motivo interrumpa la terapia de lenguaje.**

*** Refuerce todo avance significativo logrado por el niño.**



PROPUESTAS PARA GENERAR UNA COMUNICACIÓN ADECUADA ENTRE PADRE E HIJO, SIENDO ESTA UNA HERRAMIENTA ESENCIAL EN EL TRABAJO DE REHABILITACIÓN.

*** Pronuncie correctamente las palabras al niño, esto beneficiara la articulación del habla.**

*** No discuta sobre el trastorno de su hijo delante de el para que el niño no sienta que es la causa del problema.**



*** Platique con su pareja todo lo referente al proceso de rehabilitación de su hijo, para que ambos estén involucrados.**



*** Escuche con atención y platique con su hijo, así establecerán una mejor comunicación.**

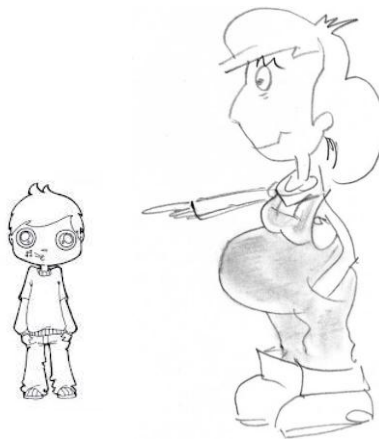


*** Permita que el niño platique y cuestione, así conocerá lo que su hijo piensa.**



*** Enseñe a su hijo a nombrar los sentimientos en forma apropiada, así identificara los sentimientos de forma correcta.**

*** No use palabras atacantes como "tu" y reemplázelas por "yo", "nosotros" o "a mi", enfóquese en sus sentimientos y no en el comportamiento.**



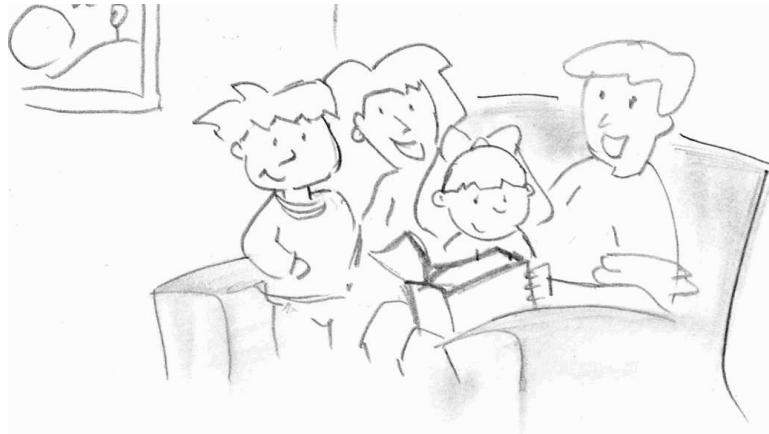
*** Establezca contacto visual con el niño.**



*** Manifieste sentimientos y emociones con relación a lo que en verdad siente, esto ayudara al niño a reconocer y expresar necesidades afectivas.**

SUGERENCIAS PARA MANTENER NIVELES ELEVADOS DE AUTOESTIMA EN EL NIÑO:

- * Organice su tiempo para convivir en familia esto le demostrara al pequeño que es importante.



- * Estimule las habilidades que el niño ya posee, ello fomenta la autonomía del niño.

- * Muestre afecto y comprensión de acuerdo a las necesidades de sus hijos, así creara confianza en si mismo y un buen desarrollo en el.



- * Llame al niño por su nombre, esto ayudara a su hijo a crear su propia identidad.

*** Juegue con sus hijos para fomentar la atención en el, esto estimulara su desarrollo.**



*** Asigne actividades sencillas a su hijo, así se creara una actitud responsable en el.**

*** Enseñe al niño lo que puede hacer, así creara autonomía en el.**



*** Deje que el niño decida que jugar y beneficiara su independencia.**

* Mantenga el control de sus emociones durante el trabajo con su hijo, la frustración y desesperación atrasan el proceso de recuperación.



*No sobreproteja o rechace a su hijo, estas conductas aumentan la inseguridad del niño.



CONSEJOS PARA ESTABLECER DISCIPLINA Y DEDICACIÓN AL HACER TAREAS CON SUS HIJOS, LO QUE PERMITIRÁ QUE ESTE DESARROLLE UNA ACTITUD POSITIVA HACIA EL TRABAJO:

- * Mantenga un horario fijo para hacer las tarea esto ayudara a crear hábitos en su hijo y evita el problema de obligar al niño a hacer las tareas.**



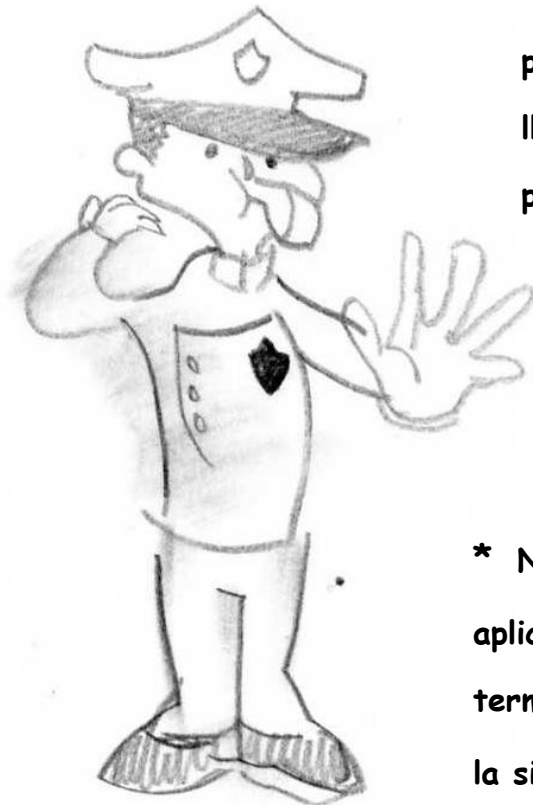
- * Analice la tarea y ejercicios que el niño tiene que hacer antes de sentarse a realizar la tarea, esto servirá para saber como puede ayudar a su hijo cuando así lo requiera.**

***Dedique el tiempo completo con sus hijos a la hora de hacer sus tareas, esto beneficiara a que el niño centre su atención a lo que esta realizando.**



*** Establezca un periodo razonable para realizar la tarea, ello evitara la tensión y frustración del niño. (Se recomienda un pequeño receso de 5 a 10 minutos)**

* Establezca limites así su hijo sabrá que cualquier acto negativo no llamara su atención.



* No delegue la autoridad a su pareja ("espera a que tu papa llegue") eso causara a que el niño piense que usted no puede

* No desista del castigo que ya a aplicado antes de que este haya terminado, así su hijo no manipulara la situación.

* Premie a su hijo ante una acción correcta y aplique un castigo cuando este lo amerite, así su hijo sabrá que todo mal o buen comportamiento tendrá una consecuencia.



CAPÍTULO VII

DISEÑO METODOLOGICO

7.1 Enfoque De La Investigación: Cualitativa

El enfoque de investigación cualitativa es usado principalmente en las ciencias sociales la cual se basa en cortes metodológicos, e interviene en la interacción social empleando métodos de recolección de datos que son no cuantitativos. La investigación cualitativa requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los individuos.

Por esto es que nuestra investigación a tomado a dicho enfoque como referencia, ya que estamos tratando con un grupo de individuos que interactúan entre si, es decir el padre y la relación que tiene hacia su hijo con dislalia articular, donde se pretende explorar, describir y determinar si la actitud de los padres de un niño con dislalia articular tiene una influencia importante en el proceso de rehabilitación.

A diferencia de la investigación cuantitativa, la investigación cualitativa busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento.

La investigación cualitativa se basa en la toma de muestras pequeñas, esto es la observación de grupos de población reducidos, de la misma manera nuestra población esta determinada de un pequeño grupo de individuos con las mismas características.

7.2 Alcance De La Investigación: Descriptiva

De acuerdo al tema que se esta investigación, el tipo de investigación mas conveniente para utilizarse en este trabajo, es el estudio descriptivo ya que en los estudios descriptivos se tienen la misión de mostrar la forma en que ocurre el problema que se estudia.

Este se ocupa de la descripción de las características que identifican los diferentes elementos de la investigación y su interrelación. Cuyo propósito es la delimitación de los hechos que conforman el problema de investigación.

Por esto es posible identificar formas de conducta y actitudes de las personas que se encuentran dentro de la población a investigar. De la misma manera que se puede descubrir y comprobar la posible asociación de las variables de investigación, es decir la relación que hay con la actitud positiva de los padres y la pronta rehabilitación de sus hijos con dislalia articular.

Los estudios descriptivos acuden a técnicas específicas en la recolección de información, como la observación, las entrevistas y los cuestionarios. En este caso se hace el uso de cuestionarios a los papas de los niños con dislalia articular y la observación para recabar la información. También pueden utilizarse informes y documentos recolectados por otros investigadores. La mayoría de las veces se utiliza el muestreo para la recolección de información, y esta información es sometida a un proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico. (MENDEZ, 2001)

7.3 Diseño De La Investigación: No Experimental.

En este trabajo se utilizó un diseño no experimental ya que este diseño se define como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, es decir, se trata de estudios donde no se hace variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables.

El caso de los padres de niños con dislalia articular no se manipulará la información dado que tomaremos la actitud natural que ellos manifiestan o han demostrado en el proceso de rehabilitación de su hijo.

Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos, de hecho no hay condiciones o estímulos que se administren a los participantes del estudio. Sin embargo en los experimentos, el investigador construye una situación a la que son expuestos varios individuos. Esta situación consiste en recibir un tratamiento o un estímulo en determinadas circunstancias para después evaluar los efectos de la exposición. Por decirlo de alguna manera, “se construye una realidad”

En cambio en un estudio no experimental no se construye ninguna situación, solo observaremos situaciones ya existentes, la actitud que han demostrado los padres desde el instante en que se diagnosticó dislalia articular en sus hijos, hasta el momento en el que siguen con el tratamiento de dicho problema, y el efecto que todas estas actitudes conllevan en el proceso de rehabilitación de sus hijos.

7.4 Tipo De Investigación: De Campo.

El tipo investigación aplicada en este trabajo es de campo ya que esta diseñada para comprender y resolver alguna situación, necesidad o problema en un contexto determinado. El investigador trabaja en el ambiente natural en que conviven las personas y las fuentes consultadas, de las que obtendrán los datos más relevantes a ser analizados, son individuos, grupos y representaciones de las organizaciones científicas no experimentales dirigidas a descubrir relaciones e interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas en estructuras sociales reales y cotidianas.

Se definió investigación de campo porque el estudio fue aplicado en una institución (C.R.I.O) donde se localizo al grupo muestra que contaba con las características necesarias para ser estudiadas.

7.5 Delimitación De La Población.

El objetivo de análisis a investigar son las actitudes de los padres que tienen niños con dislalia articular, para esto es importante localizar un grupo que contenga las mismas características, es decir necesitamos de un grupo de padres que tengan hijos que se encuentren tomando tratamiento en alguna institución.

En este trabajo nos hemos limitado a investigar a un grupo de personas que sean padres de niños dislálicos de clase media provenientes de la región del valle de Orizaba y que acuden al centro de rehabilitación integral de Orizaba (CRIO).

La mayoría de los padres que deciden llevar a sus hijos a terapia son enviados por recomendación de las maestras de primaria o por iniciativa propia, ellos acuden a sesión una vez por semana, o dos veces por mes dependiendo el nivel del trastorno o el avance del tratamiento en dicha institución.

7.6 Selección De La Muestra: Probabilística

Según Hernández Sampieri las muestras probabilísticas son todos los elementos de la población que tienen la misma probabilidad de ser escogidos y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, y por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de análisis. (HERNANDEZ, 2003)

En esta investigación la selección de la muestra es tomada como probabilística, ya que en todo el universo cualquier elemento que constituye nuestra población posee las mismas características que nos dará la información que necesitamos obtener, todos los elementos de la población son padres de niños con problemas de dislalia articular que asisten a tomar tratamiento en el Centro de Rehabilitación Integral de Orizaba, los cuales tienen la misma posibilidad de ser elegidos como muestra.

7.7 Instrumento De Prueba

7.7.1 La Escala Likert

Ya se ha mencionado que una actitud es una predisposición aprendida por las personas para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable

ante un objeto o sus símbolos. Las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja); estas propiedades forman parte de la medición.

Los métodos mas conocidos para medir las variables que constituyen las actitudes son: el método de escalamiento Likert, el diferencial semántico y la escala de Guttman.

Para esta investigación se utilizo el escalamiento tipo Likert, a pesar de que este método fue desarrollado por Rensis Likert a principios de los 30; se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado. Este tipo de escala fue seleccionada ya que es la ideal para medir actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Es decir, esta escala nos permitirá medir la actitud que los padres han manifestado en la rehabilitación de sus hijos.

Esta escala se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo, a través de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala, a cada punto se le asigna un valor numérico.

A la escala likert se le conoce como escala sumada debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem.

Para una mejor comprensión de información, la encuesta elaborada se encuentra en los anexos de la pagina 145.

7.8 Tipo de Método: Estadístico

El método estadístico consiste en una secuencia de procedimientos para el manejo de los datos cualitativos y cuantitativos de la investigación. Dicho manejo de datos tiene por propósito la comprobación, en una parte de la realidad, de una o varias consecuencias verificables deducidas de la hipótesis general de la investigación.

Las características que adoptan los procedimientos propios del método estadístico dependen del diseño de investigación seleccionado para la comprobación de la consecuencia verificable en cuestión.

El método estadístico tiene las siguientes etapas:

1. Recolección: en este primer paso nos dimos a la tarea de recaudar información a través de encuestas para medir las actitudes de los padres.
2. Recuento: en este punto se realizo el conteo de los ítems para obtener un porcentaje.
3. Presentación: ya teniendo los resultados se tabularon en graficas tipo pastel.
4. Síntesis y análisis: teniendo los resultados de las encuestas y graficas, se analizo la información para obtener una conclusión fina

CAPITULO VIII

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

8.1 Análisis e Interpretación de la Investigación

Al inicio de nuestra investigación nuestros objetivo eran determinar si la actitud favorable de los padres de un niño con dislalia articular tiene una influencia importante en el proceso de rehabilitación, para llegar a eso investigamos acerca de los orígenes o causas de la dislalia articular, examinamos diversas actitudes que los padres manifiestan hacia el niño con este trastorno de lenguaje y se analizaron las necesidades afectivas y emocionales que manifiestan los niños en el proceso de rehabilitación.

Para comprobar que nuestra hipótesis era admisible se aplicaron encuestas a padres de familia y profesionales que están relacionados el tratamiento de los niños. Estos resultados nos mostraron que nuestra hipótesis fue comprobada.

8.2 Tabulación

A continuación se muestran los resultados de las preguntas que componen la encuesta aplicada a la muestra de 20 padres de familia que pertenecen al campo de nuestra investigación en forma tabular para una mejor comprensión. En la que nos podemos dar cuenta de los resultados de dieciséis preguntas con cuatro respuestas opcionales.

NUMERO DE PREGUNTAS	SIEMPRE	CON FRECUENCIA	POCAS VECES	NUNCA	TOTAL DE ENCUESTAS
1.	3	6	7	4	20
2.	12	3	5	0	20
3.	5	1	7	7	20
4.	2	9	9	0	20
5.	14	2	4	0	20
6.	14	3	3	0	20
7.	16	4	0	0	20
8.	10	6	4	0	20
9.	8	8	4	0	20
10.	14	3	3	0	20
11.	14	5	1	0	20
12.	8	7	5	0	20
13.	12	6	2	0	20
14.	15	3	2	0	20
15.	11	6	3	0	20
16.	12	4	4	0	20

Fijura4. Tabulación de encuestas

En la primera columna se muestra el número de preguntas que cada encuesta posee. En las siguientes cuatro columnas, están las posibles respuestas que los encuestados tenían para elegir; en donde se puede observar cuantos escogieron determinada respuesta.

Ejemplo.

NUMERO DE PREGUNTAS	SIEMPRE	CON FRECUENCIA	POCAS VECES	NUNCA	TOTAL DE ENCUESTAS
1.	3	6	7	8	20

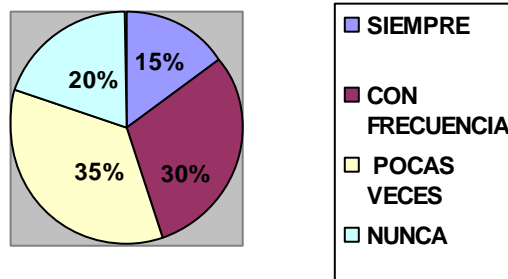
En la pregunta numero 1, tres encuestados contestaron siempre, seis con frecuencia, siete pocas veces y cuatro nunca, al sumar estos números $3+6+7+8=20$ que es el total de personas encuestadas.

8.3 Interpretación de las Graficas

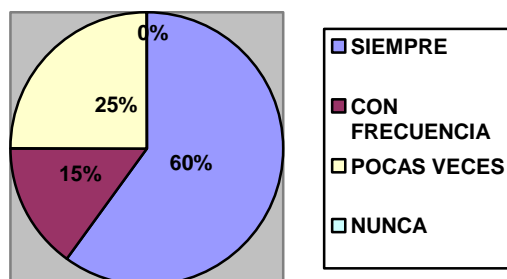
8.3.1 Resultados de encuestas aplicadas a padres de familia de niños con problemas de dislalia articular.

A continuación se explican los resultados de cada una de las preguntas de las encuestas aplicadas.

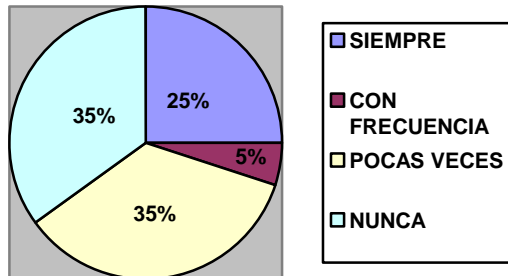
1.- De la población encuestada, del 100%, el 35% de los padres menciono que el saber que su hijo presenta un problema de lenguaje pocas veces le hace sentir culpable, el 30% lo siente con frecuencia, el 20% nunca y solo 15% de los padres siempre se sienten culpables.



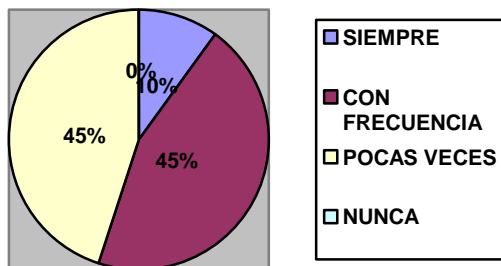
2.- En la presente grafica el 60% de los padres le dedican el tiempo necesario a su hijo, al momento de realizar sus tareas escolares, el 25% pocas veces lo hacen y el 15% con frecuencia.



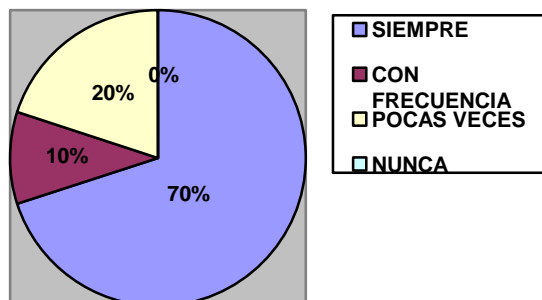
3.- Al 35% de los padres les resulta difícil aceptar el problema de lenguaje de su hijo, el otro 35% pocas veces, el 25% siempre y solo el 5% con frecuencia aceptan este problema.



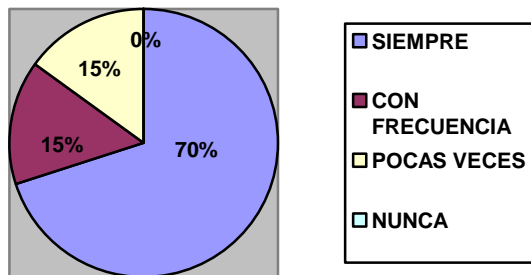
4.-En la grafica mostrada, el 45% de los padres con frecuencia mantienen un control estricto sobre la conducta de su hijo, el otro 45% pocas veces lo hacen y solo el 10% siempre lo mantienen.



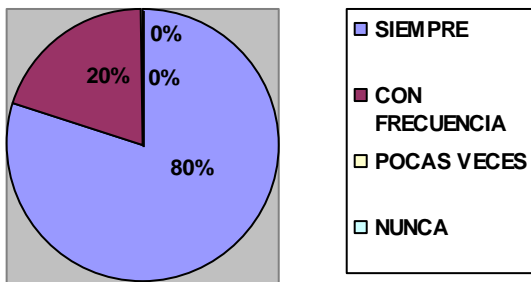
5.-En esta grafica, el 70% de los padres siempre prestan atención a las necesidades afectivas de su hijo, el 20% pocas veces y el 10% con frecuencia lo hacen.



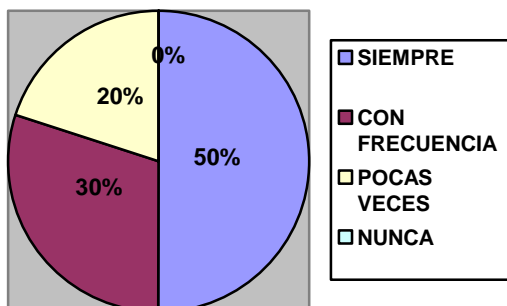
6.-En la presente grafica, se muestra que el 70% de los padres siempre les enseñan a manifestar sentimientos y emociones a sus hijos, el 15% con frecuencia y es otro 15% pocas veces lo enseñan.



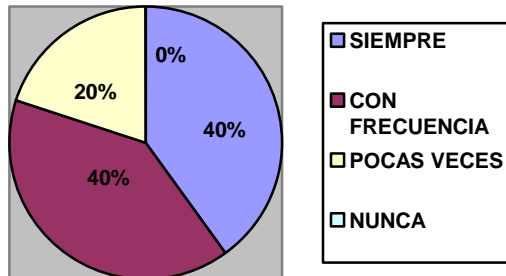
7.- El 80% de los padres le piden a su hijo ser obediente y ordenado, y el 20% restante con frecuencia lo hacen.



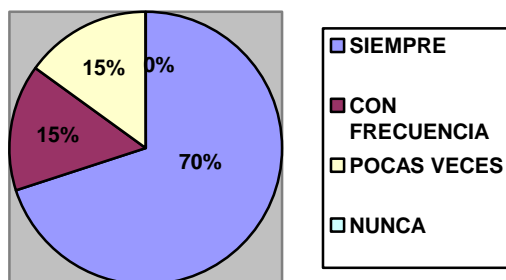
8.- En esta grafica el 50% mostró ser siempre razonable y flexible ante las necesidades afectivas de su hijo, el 30% con frecuencia y solo el 20% pocas veces lo muestran.



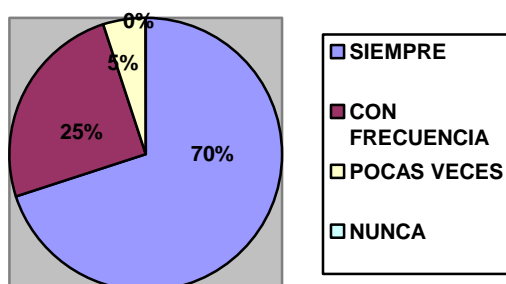
9.- En esta grafica se puede observar que el 40% de los padres siempre permiten que su hijo sea autónomo e independiente al momento de realizar una tarea, el otro 40% lo hacen con frecuencia y el 20% pocas veces lo permiten.



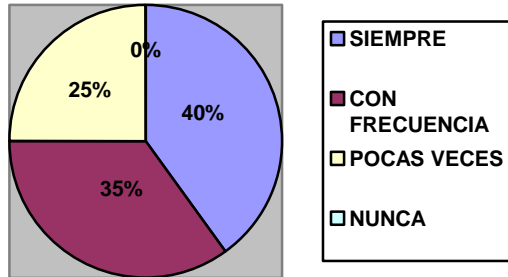
10.- El 70% de los padres siempre muestran afecto y comprensión a su hijo, el 15% con frecuencia y el otro 15% pocas veces.



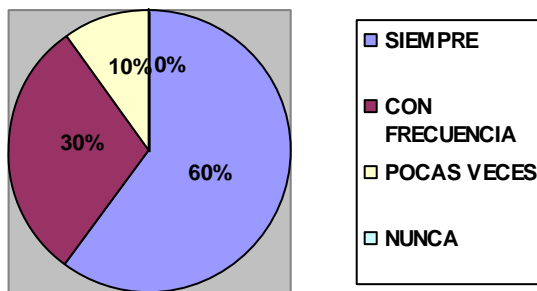
11.- Aquí podemos observar que el 70% de los padres promueven la iniciativa en su hijo en las actividades escolares, el 25% con frecuencia y solo 5% pocas veces la promueven.



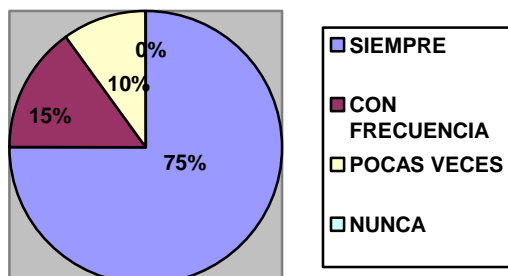
12.- Respecto a los derechos y decisiones de los niños, el 70% de los padres siempre los respetan, el 25% con frecuencia y el 5% pocas veces lo hacen.



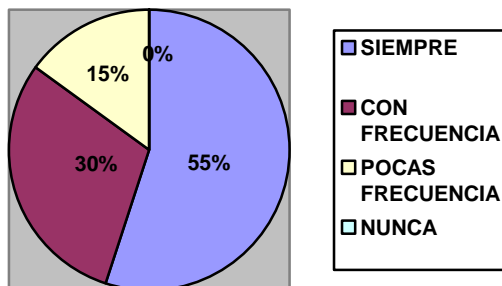
13.- De acuerdo a esta grafica el 60% de los padres encuestados mostraron que en general promueven la comunicación e interacción con su hijo, el 30% con frecuencia y solo el 10% pocas veces.



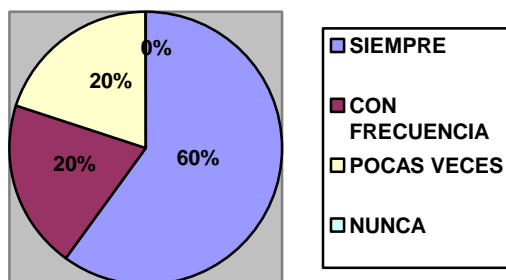
14.- El 75% de los padres manifestaron que siempre motivan a su hijo para que sea disciplinado en sus tareas, el 15% con frecuencia y 10% restante pocas veces lo hacen.



15.- De acuerdo a la disciplina, el 55% de los padres menciona que cuando castigan a su hijo, siempre son justos y razonables, el 30% con frecuencia y pocas veces solo el 15%.



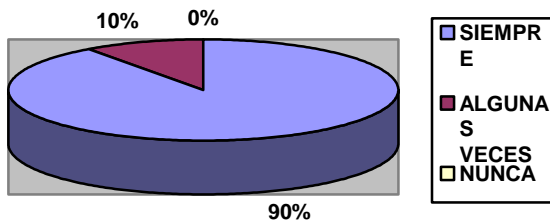
16.- En esta última pregunta aplicada a los padres el 60% siempre considera que su hijo es feliz, el 20% con frecuencia lo creen y el otro 20% pocas veces lo piensan.



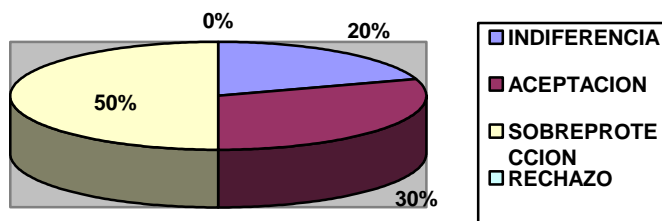
8.3.2 resultados de la encuesta aplicada a los profesionistas

Los datos que a continuación se muestran son resultado de una serie de preguntas que se les hizo por medio de una encuesta a profesionistas que laboran en el Centro Integral de Rehabilitación de Orizaba, institución que atiende a niños con problemas de lenguaje la cual se encuentra en los anexos de la pagina 147.

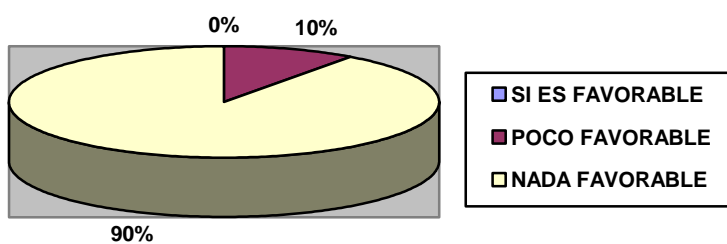
1.- De la primer pregunta que compone nuestra encuesta, el 90% de los profesionistas siempre consideran que la actitud del padre o madre de familia es un factor de influencia en la rehabilitación del niño con dislalia articular, y el 10% opina que solo algunas veces.



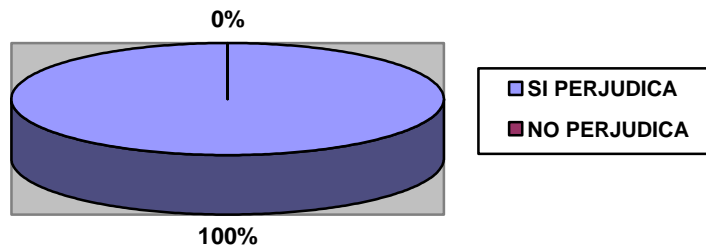
2.- El 50% de los profesionistas menciono que la sobreprotección es la actitud que mas predomina en los padres de niños con dislalia articular, el 30% dice que es la aceptación y el 20% restante dijo que es la indiferencia.



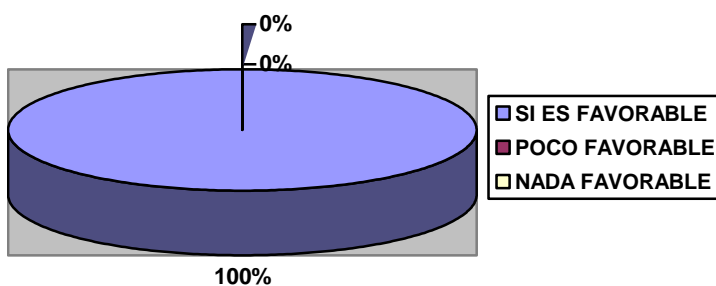
3.- El 90% de los encuestados menciona que la actitud sobre protectora de los padres hacia el niño con dislalia articular es nada favorable en el proceso de rehabilitación y el 10% restante menciono que es poco favorable.



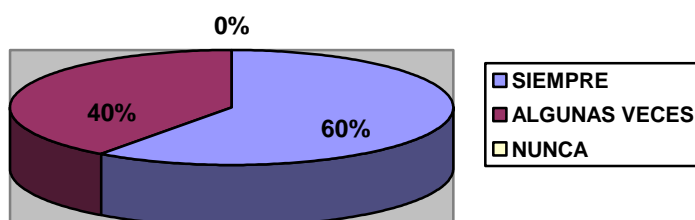
4.- Cuestionando que si la actitud de rechazo del padre hacia el niño con dislalia articular perjudica el trabajo de rehabilitación, el 100% de los profesionistas esta de acuerdo con dicho cuestionamiento.



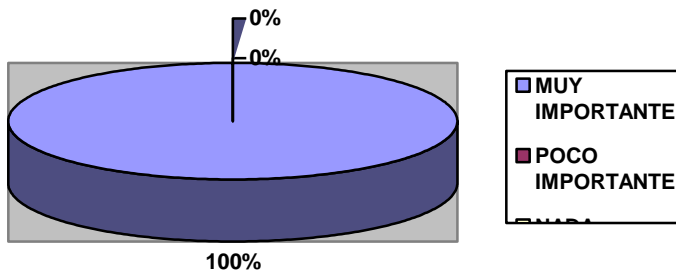
5.- Acertadamente el 100% de los profesionistas menciona, que si es favorable el que un padre acepte el problema de lenguaje de su hijo en el proceso de rehabilitación.



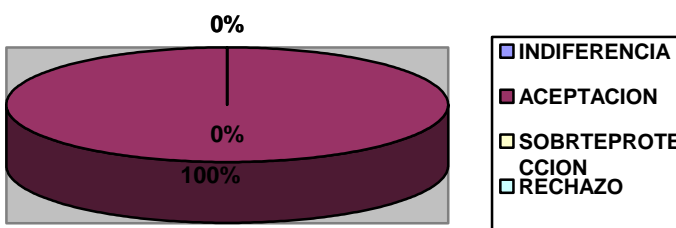
6.- El 60% de los profesionistas mostraron que siempre la indiferencia que un padre manifiesta ante el niño con dislalia articular es causa de un atraso en el proceso de rehabilitación, y el 40% restante menciona que solo algunas veces.



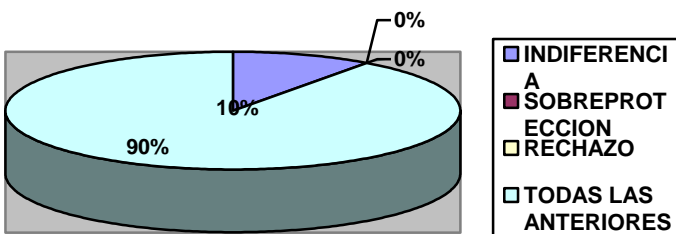
7.- El 100% de los encuestados considera que es muy importante que un padre apoye emocionalmente al niño con dislalia articular.



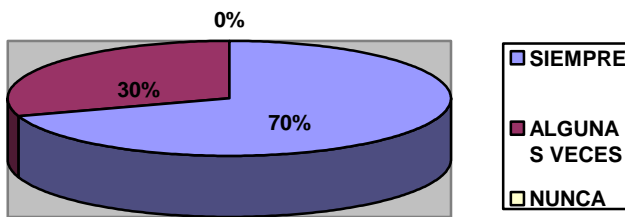
8.- En esta grafica podemos observar que el 100% de los profesionistas consideran que la actitud paterna que mas beneficia el proceso de rehabilitación de un niño con dislalia articular es la aceptación.



9.- De las actitudes como la indiferencia, sobreprotección y rechazo, el 10% de los profesionistas menciono que la primera de ellas es una actitud paterna perjudica en el proceso de rehabilitación y el 90% menciono que en realidad perjudican todas las anteriores.



10.- En esta ultima, se muestra que el 70% de los encuestados revelaron que el hecho de que un padre de familia no acepte el problema de lenguaje de su hijo con dislalia articular siempre influye en su proceso de rehabilitación y solo el 30% dijo que algunas veces.



8.4 Conclusión

Nuestra investigación esta enfocada en determinar si la actitud favorable de los padres tiene una influencia importante en la rehabilitación de niños que padecen el trastorno de dislalia articular, que acuden al centro de rehabilitación integral de Orizaba.

Para iniciar nuestro objetivo, fue necesario acudir a dicho centro de rehabilitación para situar a los niños pacientes que acuden al departamento de terapia de lenguaje e identificar a sus padres para poder entrevistarlos y aplicar encuestas dirigidas a obtener la información acerca de las actitudes que ellos manifiestan a sus hijos durante el proceso de rehabilitación.

Se aplicaron un total de 20 encuestas a diferentes padres de familia y de acuerdo a los resultados se observo que estadísticamente la mayoría de los padres aceptan el trastorno sin sentir culpa ante el problema de sus hijos, se muestran ser razonables y flexibles manteniendo un control estricto a la hora de aplicar un castigo, motivando al niño para ser disciplinado en sus tareas no dejando atrás la comunicación e interacción con su hijo prestando la atención a las necesidades afectivas del pequeño, respetando derechos y decisiones, guiándolos a manifestar sentimientos y emociones sin dejar atrás su autonomía e independencia. Por ello y de lo cual consideran que a pesar del trastorno de lenguaje que padecen, sus hijos son felices.

Es importante mencionar las observaciones realizadas por la Lic. En educación especial Jacksol De La O González, encargada del departamento de lenguaje de dicha institución, la cual, al comentarle estos resultados, afirmo que las

conductas paternas manifestadas hacia el niño se ven reflejadas en el avance que cada niño presenta en su terapia de lenguaje.

Aportando información que enriquece nuestra investigación, menciono que efectivamente el apoyo de los padres es importante en todo proceso de recuperación de algún trastorno, desde el momento que deciden llevar a su hijo al centro, inician un proceso de interés y preocupación por el pequeño, añadiendo que no solo se trata de llevar al niño y pedir al especialista que lo cure, si no el compromiso de asistir a sus citas con puntualidad y constancia, ya que este es un factor que interviene en la rehabilitación, y así no se pierde la secuencia del tratamiento, de lo contrario, si el niño asiste irregularmente, decae el proceso y se pierde la continuidad, teniendo como resultado que al niño se le olvide lo que ya ha aprendido y en lugar de avanzar, se tiene que re-iniciar el desarrollo nuevamente.

Por eso es importante la actitud positiva de los padres, hacer un compromiso verdadero con el terapeuta, con sus hijos y con ellos mismos, donde se comprometan a asistir puntualmente, a preocuparse e interesarse por el avance del niño, ayudarlo y prestarle el tiempo y la dedicación adecuada al pequeño.

Para hacer mas efectiva nuestra investigación se aplicaron un total de diez encuestas a cada uno de los profesionales que están relacionados con la rehabilitación de los niños, donde los resultados en promedio nos dicen que efectivamente los padres muestran actitudes de aceptación y apoyo emocional, las cuales favorecerán en el proceso de rehabilitación y que a diferencia de las actitudes negativas tales como, sobreprotección, rechazo e indiferencia atrasan el proceso de dicha cuestión.

Con esta información obtenida se demuestra que la hipótesis: “La actitud favorable de los padres es altamente efectiva en la rehabilitación del niño con dislalia articular”, fue comprobada.

Finalmente y en base a que nuestra hipótesis fue comprobada tenemos como intención proponer un manual que ayude y refuerce las actitudes favorables que estos padres tienen hacia sus hijos con problemas de dislalia articular. En este manual el propósito es el guiar a los padres para que estas actitudes positivas prevalezcan en ellos, y para que los padres que aun no asumen esas actitudes, puedan desarrollarlas en beneficio futuro de sus hijos.

REFERENCIAS

Alessandri, M.L. (1978) “trastornos del lenguaje” ediciones Landeria S.A.

Antony E.J. & Cohler, B.J. (1970) “the invulnerable child” New York . Guilfor.

ATS/DUE DE LA XUNTA DE GALICIA (2006) “TEMARIO ESPECIFICO VOL I”
2da. Edición editorial MAD S.L España.

Bandura, A. & Walters R.H. (1963) “Social learning and personality development.”
New York: Holt, Rinehart & Winston

Baumrind, D. (1975) “ Early socialization and the discipline controversy”
Morristown, NJ: General Learning Press

Bloom Y Lahey, (1978) “Language development and language disorders”. New York:
Wiley.

Brooks, L. R. y Obrzut, J. E. (1981) “brain lateralization: implication for infant
estimulation and development”.

Buj Pereda, M.J. (2007) “Psicología infantil” Editorial, Horsori.

Buri (1988) “Effects of parental authoritarianism and authoritativeness on self-
esteem. Personality and social Psychology Bulletin”.

B. Osman, B. (2004) "Problemas de aprendizaje" Editorial trillas.

D Mercer, C. (2006) "Dificultades De Aprendizaje" Ediciones Ceac

De lima, H. (2005) "Como ayudar a niños con problemas de aprendizaje" Editorial Selector.

Dornbusch (1987) "The relation of parenting style to adolescent school performance. Child development".

Eimas , P.D.(1974) Linguistic proccesing of speech by young infants.In R.L.

Schiefel-bush & L.L. Lloyd (Eds.) Baltimore:University Park Press.

González Riaño (1999)"La programación del aprendizaje lingüístico escolar"
Universidad de Oviedo.

Hernández, Sampieri R., Collado Fernández, C. y Lucio Baptista, P. (2003)
"Metodología de la investigación" 3ra Ed. México Mc Graw Hill

Henry Mussen Paul, Janeway Conger John, Kagan Jerome,(2009)"child development and personality" Editorial Harper & Row, Universidad de Michigan.

Hogg, Vaughan (2008) "psicología social" Editorial medica panamericana

J. Craig G. (2001) "Desarrollo Psicológico". Editorial Prentice Hall. México

Jiménez ortega, J. (2006) “Superar las dificultades de lenguaje: hablar, leer y escribir”
Ediciones la tierra hoy.

Kagan y mooss (1962) “Birth to maturity: A study in Psychological development. Edt.
New York : Wiley.

Maccoby & Martin (1983) “Socialization in the context of the family: parent-child
interaction”. in p. h. mussen Edt. new york: wiley.

Mounin, G. (1979) “Historia de la lingüística.” Madrid. EDT. Gredos

Morris, Ch. (1962). “Signos, lenguaje y conducta.” Buenos Aires Edt. Losada.

Oskamp, (1991). “Attitudes and opinions” (encontrado en la web)

Papalia E.D. (2010) “Desarrollo humano” editorial MC Graw Hill Colombia

Perelló, (1990) “trastornos del habla”

Puyuelo, M. (1997) “Casos clínicos en logopedia 1” Edt. Elsevier Masson.

Serra, M. y Vila, I. (1986). “Panorama histórico de la psicolingüística” Madrid:
Pirámide

Siguán, M. (1984). "Aproximación histórica del estudio del lenguaje infantil. En Estudios sobre psicología del lenguaje infantil" Madrid Edt. Pirámide.

Slobin, (1971) "They learn the same way all around the world" Psychology today

Stassen berger, K. (2009) "psicología del desarrollo: infancia y adolescencia" edit. Medica panamericana.

Suarez Muñoz A., Moreno Manzo J.M. García-Baamonde Sánchez M.E. (2006) "Educar y Reeducar con Cuentos" Edt.CCS

GLOSARIO

A

Adquisición: Acto o hecho en virtud del cual una persona obtiene el dominio o propiedades de un bien o servicio o algún derecho real sobre éstos

Adiestramiento: que hace referencia a la acción y efecto de adiestrar. Este verbo, a su vez, se refiere a hacer diestro, enseñar e instruir

Afasia: es la pérdida de capacidad de producir o comprender el lenguaje, debido a lesiones en áreas cerebrales especializadas en estas tareas.

Alteración: es el cambio que se presenta en la esencia o forma de una cosa.

Alalia: Alteración del lenguaje en donde existe una incapacidad para articular fonemas Pérdida del lenguaje producida por una afección local de los órganos vocales.

Alvéolo: Cavidad de la mandíbula de los animales vertebrados en la que está insertado el diente.

Anomalía: Irregularidad de uno o varios elementos de una lengua respecto al modelo correspondiente.

Análisis audiométrico: examen exhaustivo que tiene por objeto el estudio de las alteraciones de la audición.

Anímico: Relativo al ánimo: estado anímico; equilibrio anímico.

Aquejen: (de aquejar) Afectar o causar daño una enfermedad, vicio o defecto: le aqueja un fuerte dolor de cabeza. Suelen conjugarse solo sus terceras personas y las formas no personales.

B

Balbuceo: Fase del desarrollo del lenguaje que tiene lugar de los 5 a los 10-11 meses y que consiste en la pronunciación espontánea y repetida de fonemas y sonidos con una finalidad tanto lúdica como madurativa.

Bilabial: adj. [Sonido] en cuya pronunciación intervienen los dos labios: la "b" representa un sonido bilabial.

Bilingüismo: Uso habitual de dos lenguas en una misma región o comunidad lingüística:

Broca: (afasia de broca) Se caracteriza por la casi imposibilidad para articular y el empleo de frases cortas (habla telegráfica), que son producidas con gran esfuerzo.

C

Coetáneo: significa contemporáneo, de la misma edad.

Coefficiente intelectual: abreviado CI (en inglés intelligence quotient, IQ), es una puntuación, resultado de alguno de los test estandarizados diseñados para medir la inteligencia.

Colectividad: *s. f.* Conjunto de individuos agrupados que comparten los mismos intereses, ideales, etc.:

Coerción: es la amenaza de utilizar la violencia (no solo física sino de cualquier otro tipo) con el objetivo de condicionar el comportamiento de los individuos.

Convencional: quiere decir que se acepta por acuerdo entre personas, empresas, instituciones o países:

D

Déficit: es una escasez de algún bien, ya sea dinero, comida o cualquier otra cosa. La palabra déficit, por tanto, se utiliza para referirse a diversas situaciones.

Deprivación: privación, necesidad, carencia, deshabitación.

Desasosiego: m. Inquietud, intranquilidad, sus gritos le causaron un gran desasosiego.

Decodificación: Es el proceso por el cual se convierten símbolos en información entendible por el receptor. Su proceso contrario es la codificación.

Desdeñoso: Que manifiesta desdén o indiferencia.

Dislalia: Dificultad para articular las palabras.

Disfemia:(tartamudez): es un trastorno de la comunicación (no un trastorno del lenguaje) que se caracteriza por interrupciones involuntarias del habla que se acompañan de tensión muscular en cara y cuello, miedo y estrés.

Disglosia: es un trastorno de la articulación de los fonemas.

Disartria: es un trastorno del habla cuya etiología se atribuye a una lesión del sistema nervioso central y periférico.

Distender: destensar, relajar, aflojar

Discriminación: marginación, apartamiento, diferencia, exclusión, distinción, preferencia, segregación.

E

Ejemplificar: Demostrar, ilustrar o autorizar algo mediante ejemplos. ♦ Se conj. Como sacar.

Encefálico: Del encéfalo o relativo a él: tumor encefálico; masa encefálica **Espasmo:** m. PAT. Contracción involuntaria de los músculos, causada generalmente por un mecanismo reflejo: sufrió un espasmo mientras nadaba.

Estimulación: f. Incitación o excitación de algo para acelerar un proceso o avivar una actividad: estimulación del crecimiento, de la economía.

Exclusión: f. Rechazo de una persona o cosa, que queda fuera del lugar que ocupaba: han decidido la exclusión de varios miembros del consejo

F

Fonológico: (proceso fonológico) es un fenómeno natural de las lenguas por las cuales unos sonidos influyen sobre otros, y se provocan cambios en la articulación o sonido en un determinado contexto sonoro o se producen reestructuraciones del sistema fonológico.

Fonema: Los fonemas son unidades teóricas básicas postuladas para estudiar el nivel fónico-fonológico de una lengua humana. Entre los criterios para decidir, qué constituye o no un fonema se requiere que exista una función distintiva: son sonidos del habla que permiten distinguir palabras en una lengua.

H

Hostilidad: Enemistad o aversión que muestra una persona hacia otra.

Habla Telegráfica: es el uso de unas pocas palabras de contenido sin palabras de función o ciertos indicios gramaticales que comunican, por ejemplo, una acción,

posesión o lugar. Cabe mencionar que el habla telegráfica se utiliza durante la adquisición de cada idioma.

I

Implosivo: [Sonido] oclusivo que, en posición final de sílaba, acaba sin la abertura súbita de las consonantes explosivas.

Inteligible: Adj. Que puede ser comprendido o entendido

Input: Sistema de entrada de información.

Incoherente: (ilógico, incomprensible, ininteligible) adj. Que no tiene coherencia.

Incidencia: es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

Inserción: Introducción o inclusión de una cosa en otra

Indulgente: adj. Tolerante, inclinada a perdonar y atenuar yerros o a conceder gracias:

Inmutable: adj. Que no cambia

Ineptitud: Falta de aptitud, inhabilidad.

J

Jerga: f. Conjunto de expresiones especiales y particulares de una profesión o clase social. Lenguaje difícil de entender

L

Logopeda: Experto en los métodos de la logopedia.

Logopedia: Conjunto de métodos para la reeducación y el tratamiento de todos los trastornos relacionados con el lenguaje.

Lúdico: adj. Del juego o relativo a él.

M

Maleable: Fácil de influir, dócil.

Motivación: f. Motivo, causa, razón que impulsa a una acción.

Motricidad: Capacidad para moverse. Acción del sistema nervioso central o de algunos centros nerviosos que determina la contracción muscular ante ciertos estímulos.

N

Negligente: adj. y com. Descuidado. Que no se aplica como debiera.

O

Oscilación: Crecimiento y disminución alternativa de la intensidad de algunas manifestaciones o fenómenos.

Oclusión: Crecimiento y disminución alternativa de la intensidad de algunas manifestaciones o fenómenos.

P

Pantomima: f. Género teatral basado en gestos y movimientos, sin utilizar la palabra. Comedia que se hace para simular algo.

Patología: Parte de la medicina que estudia las enfermedades. Enfermedad, dolencia.

Patente: adj. Claro, evidente. Documento en que una autoridad concede un derecho o permiso.

Punitivo: (disciplinario) adj. Del castigo o relativo a él.

Predisposición: (propensión, tendencia) Inclinação o actitud que se tiene ante una cosa.

Praxias: son las habilidades motoras adquiridas. Indican diversas alteraciones de los hemisferios cerebrales.

Pluridimensional: adj. Plural, múltiple, que tienen más de una dimensión o aspecto.

R

Recelo: m. Desconfianza, sospecha, temor.

Relativo: adj. Que se refiere a algo y es condicionado por ello.

Rudimentario: adj. Simple y elemental.

S

Sucinto: Adj. Breve, conciso y preciso: su presentación fue aplaudida por lo sucinta.

Semántico, a adj. De la semántica o relativo a ella: estudio, campo semántico. f. Parte de la lingüística que estudia el significado de los signos lingüísticos y de sus combinaciones, desde un punto de vista sincrónico o diacrónico.

Sonidos Oclusivos: Las explosivas, u oclusivas orales (o, a menudo, sólo "oclusivas"), son aquellas consonantes es las que hay una oclusión (bloqueo) completa de las cavidades oral y nasal del tracto vocal, por lo que no fluye el aire.

Sonidos Fricativos: En las fricativas se produce una fricción continua en el punto de articulación, sin que la salida del aire se vea interrumpida totalmente en ningún momento. Ejemplos de fricativas son /f, s/ en español (sordas) o /v, z/ en inglés (sonoras). La mayoría de las lenguas cuentan con consonantes fricativas, aunque muchas sólo tienen una /s/.

T

Trastorno m. Acción y resultado de trastornar. Enfermedad o alteración de la salud.

Taxonomía: Ciencia que se ocupa de los principios, métodos y fines de la clasificación.

Taquialia: trastorno cuyas características consiste en hablar muy deprisa. Es una aceleración en la emisión de las palabras.

Tabú:(voz polinesia) m. Todo aquello que está prohibido hacer o decir,ya sea por convenciones religiosas, psicológicas o sociales:

Tácito: adj. Callado, que no se expresa formalmente, sino que se supone o sobreentiende: acuerdo tácito de silencio.

V

Vulgarismo: Palabra, expresión o frase vulgar



ANEXOS

Anexo 1. Directorio del personal del CRIO

NOMBRE	DESCRIPCION	HORARIO
C.P. Alberto Godoy Reyes	Director General	8:00am – 5:00pm
Dr. Oscar Guevara Jiménez		8:00am – 5:00pm
C.P. Perla García Rojas	Contadora General	8:00am – 5:00pm
C.P. Nelly Estrada Carrillo	Auxiliar Contable	8:00am – 5:00pm
C. Leticia Flores Gómez	Coordinadora de Servicio Social	8:00am – 5:00pm
L.I. José Luis Vázquez Nieto	Encargado del Área de Sistemas	8:00am – 5:00pm
T.S. Flor Castillo Suárez	Trabajadora Social	8:00am – 5:00pm
Psic. Guadalupe Martínez Exzac	Psicóloga	8:00am – 5:00pm
Psic. Maria Del Socorro Vilchi	Modificación de Conducta	8:00am – 5:00pm
Prof. Eder Alfonso Rocha	Escuela Sordomudos	8:00am – 5:00pm
Lic. Jacksol de la O González	T. Lenguaje Ocupacional	8:00am – 5:00pm
Lic. Maritte Bernal Martínez	Intervención de Neurodesarrollo	8:00am – 5:00pm
Lic. Eduli Briñas Masón	Mecanoterapia	8:00am – 5:00pm
Lic. Erika Martínez Pérez	Electroterapia	8:00am – 5:00pm
Yazmín Rosas Ortega	Recepción	8:00am – 5:00pm
Sr. Jesús Cortez Rivera	Personal de Confianza	8:00am – 5:00pm
Sr. Enrique G Mendoza Tenório	Intendencia	8:00am – 5:00pm
Sra. Dulce M. Amezca Herrera	Intendencia	8:00am – 5:00pm
Sr. José Carmelo Girón Miranda	Velador	6:00pm – 8:00am

Figura 2. Tabla de directorio de la Institución

Anexo 2. Formatos de encuesta.

	UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A.C. Campus Orizaba INCORPORADA A UNAM Facultad de psicología		
Nombre del niño: _____ Edad: _____			
Objetivo: La presente encuesta tiene como finalidad, el obtener información acerca de las actitudes paternas en el proceso de rehabilitación del niño con dislalia articular.			
INSTRUCCIONES: A través de los siguientes cuestionamientos subraye la respuesta que considere correcta. Responda con honestidad.			
1.- El saber que su hijo presenta un problema de lenguaje le hace sentir culpable.			
Siempre	Con frecuencia	Pocas veces	Nunca
2.- Le dedico el tiempo necesario a mi hijo, al momento de realizar sus tareas escolares.			
Siempre	Con frecuencia	Pocas veces	Nunca
3.- Me resulta difícil aceptar el problema de lenguaje de mi hijo.			
Siempre	Con frecuencia	Pocas veces	Nunca
4.- Mantengo un control estricto sobre la conducta de mi hijo.			
Siempre	Con frecuencia	Pocas veces	Nunca
5.- Presto atención a las necesidades afectivas de mi hijo.			
Siempre	Con frecuencia	Pocas veces	Nunca
6.- Le enseño a mi hijo a manifestar sentimientos y emociones.			
Siempre	Con frecuencia	Pocas veces	Nunca
7.- Le pido a mi hijo ser obediente y ordenado.			
Siempre	Con frecuencia	Pocas veces	Nunca
8.- Soy razonable y flexible ante las necesidades afectivas de mi hijo.			
Siempre	Con frecuencia	Pocas veces	Nunca
9.- Permito que mi hijo sea autónomo e independiente al momento de realizar alguna tarea.			
Siempre	Con frecuencia	Pocas veces	Nunca
10.- Muestro afecto y comprensión a mi hijo.			
Siempre	Con frecuencia	Pocas veces	Nunca
11.- Promuevo la iniciativa en mi hijo en las actividades escolares.			
Siempre	Con frecuencia	Pocas veces	Nunca
12.- Respeto los derechos y las decisiones de mi hijo.			
Siempre	Con frecuencia	Pocas veces	Nunca
13.- En general, promuevo la comunicación e interacción con mi hijo.			
Siempre	Con frecuencia	Pocas veces	Nunca
14.- Motivo a mi hijo para que sea disciplinado en sus tareas.			
Siempre	Con frecuencia	Pocas veces	Nunca
15.- Cuando castigo a mi hijo, soy justo y razonable.			
Siempre	Con frecuencia	Pocas veces	Nunca
16.- Considero que mi hijo es feliz.			
Siempre	Con frecuencia	Pocas veces	Nunca
Entiendo y acepto que la información obtenida en este documento es totalmente confidencial por lo cual se ha respondido con toda honestidad.			
_____ Firma			



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A.C.
Campus Orizaba
INCORPORADA A UNAM
Facultad de psicología



Objetivo: La presente encuesta tiene como finalidad, el obtener información acerca de las actitudes paternas en el proceso de rehabilitación del niño con dislalia articular. La información obtenida en este documento es totalmente Confidencial por lo que le solicito tenga a bien responder con toda honestidad.

Nombre Completo: _____ Profesión: _____ Puesto que desempeña en la institución: _____

INSTRUCCIONES: De los siguientes cuestionamientos, marque la repuesta que considere correcta.

1.-Considera que la actitud del padre o madre de familia, es un factor de influencia en la rehabilitación del niño con dislalia articular.

SIEMPRE ALGUNAS VECES NUNCA

2.- De las siguientes actitudes seleccione la que mas predomina en los padres de niños con dislalia articular.

INDIFERENCIA ACEPTACION SOBREPOTECCION RECHAZO

3.-La actitud sobre protectora de los padres hacia el niño con dislalia articular favorece el proceso de rehabilitación.

SI ES FAVORABLE POCO FAVORABLE NADA FAVORABLE

4.-Considera que la actitud de rechazo del padre hacia el niño con dislalia articular perjudica el trabajo de rehabilitación.

SI PERJUDICA NO PERJUDICA

5.-El que un padre acepte el problema de lenguaje de su hijo favorece el proceso de rehabilitación.

SI ES FAVORABLE POCO FAVORABLE NADA FAVORABLE

6.-la indiferencia que un padre manifiesta ante el niño con dislalia articular es causa de un atraso en el proceso de rehabilitación.

SIEMPRE ALGUNAS VECES NUNCA

7.-Considera importante que un padre apoye emocionalmente al niño con dislalia articular.

MUY IMPORTANTE POCO IMPORTANTE NADA IMPORTANTE

8.-Que actitud paterna usted considera, que mas beneficia el proceso de rehabilitación de un niño con dislalia articular.

INDIFERENCIA ACEPTACION SOBREPOTECCION RECHAZO

9.- Que actitud paterna hacia el niño con dislalia articular perjudica el proceso de rehabilitación.

INDIFERENCIA SOBREPOTECCION RECHAZO TODAS LAS ANTERIORES

10.- El hecho de que un padre de familia no acepte el problema de lenguaje de su hijo con dislalia articular influye en su proceso de rehabilitación.

SIEMPRE ALGUNAS VECES NUNCA

Entiendo y acepto que la información obtenida en este documento es totalmente confidencial por lo cual se ha respondido con toda honestidad

Firma

