



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

“DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL
MANEJO REHABILITATORIO EN LOS PACIENTES DE 6 A 12 AÑOS
QUE INGRESARON AL ÁREA DE COMUNICACIÓN HUMANA EN EL
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL HIDALGO,
DIAGNOSTICADOS CON PROBLEMAS DE LENGUAJE”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N

**OLGUÍN CRUZ MARÍA DEL CARMEN
SÁNCHEZ SÁNCHEZ NANCY ESTHER**

PACHUCA DE SOTO, HGO. MARZO DE 2007

“El lenguaje a de ser matemático, geométrico, escultórico; la idea a de encajar exactamente en la frase, tan exactamente que no pueda quitarse nada de la frase sin quitar eso mismo de la idea”

José Martí.

DEDICATORIAS

A mis Padres

Quienes me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a una hija: Amor. Quienes sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. Quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en una persona de provecho. A quienes nunca podré pagarles todos sus desvelos ni aun con las riquezas más grandes del mundo. Por esto y más... ¡Gracias!

A mis Hermanas

Por el apoyo moral que durante mis estudios me brindaron en el logro de un importante objetivo de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Aprender, querer avanzar siempre un poco más...

Podemos hacerlo solos, pero la mayoría de las veces necesitamos de un guía, de alguien que nos enseñe a descubrir y a valorar los secretos de sabiduría que encierra el camino; fue un placer compartir con ustedes sus conocimientos, profesores del Área Académica de Psicología, especialmente Mtro. Jorge Escobar Torres. Gracias ;

Queremos expresar un profundo agradecimiento al personal que labora en el Centro de Rehabilitación Integral Hidalgo por las facilidades otorgadas, en especial Lic. Cohutec Vargas Genis quien con su ayuda y apoyo contribuyo a la realización del presente trabajo.

Así mismo nuestra gratitud por el apoyo, las numerosas aportaciones y horas dedicadas a éste proyecto. Gracias Dra. Ana Luisa Tapia Serrano y Lic. Nora Gallardo.

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO	.....	6
INTRODUCCIÓN	.....	7
JUSTIFICACIÓN	.....	8
CAPÍTULO 1 Psicología y Comunicación Humana	.....	11
CAPÍTULO 2 Modelos teóricos en la Educación	.....	26
CAPÍTULO 3 Modelos teóricos sobre el Lenguaje	.....	66
CAPÍTULO 4 Problemas de Lenguaje	.....	83
CAPÍTULO 5 Terapia de Lenguaje	.....	95
CAPÍTULO 6 Discapacidad y Rehabilitación	.....	111
CAPITULO 7 Metodología del Diagnóstico	.....	121
METODOLOGÍA	.....	126
ANÁLISIS DE RESULTADOS	.....	141
CONCLUSIONES	.....	243
ANEXOS	.....	250
REFERENCIAS	.....	263

RESUMEN DEL PROYECTO

Esta investigación se realizó con la finalidad de determinar cuáles fueron las características del manejo rehabilitatorio en el área de comunicación humana y terapia de lenguaje en los pacientes de 6 a 12 años que ingresaron al Centro de Rehabilitación Integral Hidalgo en los años 2002 y 2003, considerando los factores que intervienen durante el proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tomando en cuenta que el paradigma en el que está basado dicho tratamiento es el modelo cognitivo-conductual; el cuál está ampliamente difundido y es respetado por la investigación y por sus resultados. Por tal motivo es el modelo elegido, presentado y utilizado preferentemente en las áreas de Comunicación Humana, Terapia de Lenguaje y Psicología para el tratamiento especializado de diversos trastornos entre ellos los problemas de lenguaje.

INTRODUCCIÓN

Según el INEGI en el Estado de Hidalgo el 2.11% de su población presenta algún tipo de discapacidad. La discapacidad que se presenta con mayor porcentaje es la motriz con un 38.76% después la discapacidad auditiva con el 18.99%, y la de lenguaje con un 6.41%, (INEGI, Censo general de población y vivienda 2000) estos datos son de suma importancia debido a que son factores que se relacionan con los problemas de lenguaje; debido a esto han desarrollado diferentes tratamientos encaminados a estimular las áreas afectadas del niño: visual auditiva, táctil, olfativa, gustativa, quinestésicas etc. (Libro C.T.A. 2003) y los elementos para hacerlo han ido evolucionando en correspondencia con los avances tecnológicos desarrollados.

Los problemas del lenguaje pueden surgir o partir de diferentes factores: prenatales; predisposiciones genéticas, lesiones síndrome alcohólico fetal, perinatales; envenenamiento por plomo y postnatales enfermedades neurológicas – medicas. (Tomhauser/Rincón/Feldman 1998).

En el Centro de Rehabilitación Integral Hidalgo, dentro del C.T.A., se atiende a población cuyas patologías más frecuentes son:

- Alteraciones del lenguaje
- Retardo de lenguaje anártrico
- Retardo de lenguaje afásico
- Retardo de lenguaje gnosicopráxico

JUSTIFICACIÓN

El estudio del hombre constituye uno de los mayores retos de todos los tiempos: Ser objeto y sujeto de estudio al propio tiempo. La búsqueda del ser esencial, del origen de la verdadera naturaleza humana, ha conseguido guiar a los investigadores hacia campos muy diversos entre los que destaca la psicología que, en virtud de su dinámica constante, abarca científicamente las áreas de mayor complejidad: conducta, pensamiento y emoción. Esta ciencia marca su profesionalización al convertirse en una actividad en contacto que se desempeña con propósitos de servicio al individuo, buscando su desarrollo armónico. (Instituto del Desarrollo Humano, 2004).

El logro de una aceptable calidad de vida de las personas con discapacidad y su rehabilitación, requiere de acciones que van desde promoción de la salud, prevención de discapacidad, recuperación funcional, integración e inclusión social.

La rehabilitación es un componente fundamental de la salud pública, siendo relevante para el logro de la equidad, pero también es un derecho fundamental y por lo tanto una responsabilidad social. En el centro de rehabilitación Integral Hidalgo las principales áreas que están vinculadas en el proceso de rehabilitación de los niños de 6 a 12 años que presentan problemas de lenguaje son: Comunicación Humanana, Terapia de Lenguaje y Psicología.

El médico en comunicación humana brinda atención a la población con problemas congénitos o adquiridos de audición, problemas de lenguaje, voz y habla, proporcionando atención médica integral con calidad y con una dinámica que le confiere su cualidad médica y rehabilitatoria.

La profesión del terapeuta de lenguaje implica proporcionar atención cordial, oportuna y de calidad para mejorar la comunicación de personas con trastornos de la audición, alteraciones de lenguaje y problemas de aprendizaje a través de la intervención terapéutica, propiciando una integración a su entorno social.

La profesión del psicólogo es brindar atención psicológica que permita al individuo con capacidad disminuida o limitada la aceptación de su padecimiento, integrándolo a la vida familiar, educativa, social y laboral. Se encuentra sumamente comprometida tanto con los individuos como con las instituciones, es un bien social y un compromiso moral, es científica y humana, es sistemática y flexible.

La dignidad de cada individuo queda bajo su salvaguardia en ámbitos tan variados como el entorno laboral, educativo, social y más importante aún, personal. Con miras a este compromiso, el psicólogo busca la mayor objetividad posible a través de un estudio con metodología científica: observa, enuncia hipótesis, teoriza y mide.

El conocimiento de las funciones del profesional en rehabilitación permite la comprensión de su importancia en el proceso de rehabilitación del paciente con discapacidad.

CAPÍTULO 1 **“PSICOLOGÍA Y COMUNICACIÓN HUMANA”**

“Los límites de mi lenguaje son los límites de mi mente”
Ludwig Wittgenstein.

El proceso de comunicación es lo que nos diferencia de otras formas de vida. A partir de esto han surgido diversos estudios sobre la comunicación, ya procedan éstos de la psicología como de la sociología, antropología ó la lingüística; estas ciencias han dado lugar a la controversia en torno al papel del lenguaje como modulador del pensamiento.

Existen dos motivos cruciales que hacen necesario comprender plenamente este proceso. En primer lugar, la comunicación de masas depende de los principios básicos de la comunicación interpersonal. Claramente, el uso de ciertos medios, como la imprenta el cine o las transmisiones, introducen especiales condiciones y consecuencias en el proceso, pero éstas no pueden ser valoradas y entendidas si se carece de una adecuada teoría básica sobre las características elementales del acto comunicativo.

En segundo lugar, el proceso de la comunicación es fundamental para todos nuestros procesos psicológicos y sociales. Sin realizar repetidamente nuestros actos de comunicación con otras personas, ninguno de nosotros desarrollaría posiblemente los procesos mentales humanos y la naturaleza social humana que nos diferencian de otras formas de vida.

Sin los sistemas de lenguaje y sin otros importantes instrumentos de la comunicación, no podríamos realizar los miles de procesos agrupados y organizados que utilizamos para coordinar nuestras actividades sociales y para conducir nuestras vidas, que son intensamente interdependientes.

Sin embargo, a pesar de la asombrosa importancia del proceso de la comunicación para todo ser humano, todo grupo y toda sociedad, sabemos poco de ello.

En este siglo solo se han formulado dos principales paradigmas teóricos. Se trata de los conceptos centrales y las conclusiones de la semántica y de las comprensiones y generalizaciones sobre el interaccionismo simbólico.

La comunicación humana ha sido una preocupación de los estudiosos desde el comienzo de la investigación intelectual. Uno de los análisis originales fue publicado por John Locke en 1690.

Según Locke la mente está vinculada directamente al proceso del lenguaje. En su teoría, describía así una relación entre palabras, significados internos y el papel del lenguaje como base para la mente y para la sociedad.

En épocas más recientes se ha estudiado en muchos campos la comunicación humana y las consecuencias de tal conducta. Las comprobaciones de esta disciplina han llevado a concluir que la comunicación humana puede ser vista, dentro de cinco perspectivas principales:

- 1) La comunicación es un proceso semántico; depende para su uso de símbolos y reglas que han sido seleccionados por una determinada comunidad de lenguaje.
- 2) Es un proceso neurobiológico, en el cual los significados para símbolos particulares quedan registrados en las funciones de la memoria de cada individuo. Por lo tanto, el sistema nervioso central desempeña un papel decisivo en el almacenamiento y la recuperación de las experiencias internas sobre aquellos significados.
- 3) Es un proceso psicológico; los significados de las palabras o de otros símbolos, para un individuo dado, son adquiridos mediante un aprendizaje. Estos significados desempeñan un papel central en la percepción del mundo y en la respuesta ante él.
- 4) La comunicación humana es un proceso cultural; el lenguaje es un conjunto de convenciones culturales. Es decir, el lenguaje de una sociedad es un conjunto de posturas, gestos, símbolos y la disposición entre todos ellos, que poseen interpretaciones compartidas o convenidas.

5) La comunicación es un proceso social; es el medio principal con que los seres humanos son capaces de interactuar en formas significativas. Así, mediante un intercambio simbólico, los seres humanos pueden desempeñar papeles, comprender las normas de un grupo, aplicar sanciones sociales, valorar las acciones ajenas dentro de un sistema de valores compartidos.

Esta integración de perspectivas muestra de alguna manera hasta donde es indispensable la comunicación para los seres humanos.

Así vemos que uno de los fenómenos más genuinamente humanos y característicos de nuestra sociedad y de nuestro tiempo es la comunicación. Es tan genuinamente humana que Watzlawick afirmará que el hombre no puede no comunicarse, es decir; la comunicación entre los seres humanos constituye un poderoso determinante de bienestar, incluyendo aspectos como la satisfacción, calidad de vida, y salud. La comunicación en sí misma puede ser la forma más efectiva de reducir el sufrimiento psicológico y es la mejor fórmula para acercarnos a ese ideal de bienestar físico y social que todos tenemos, pues después de todo, gran parte de la conducta del individuo ocurre en un contexto social, se manifiesta lingüísticamente y está mediada por procesos cognitivos (Giles, 1979).

El lenguaje y la sociedad, desde la perspectiva psicosocial, son interdependientes, pues no solo las conductas lingüísticas de los hablantes reflejan las normas de la situación tal y como la perciben, sino que gran parte de la conducta lingüística es sí misma puede con frecuencia actuar creativamente para definir y, subsecuentemente, redefinir la naturaleza de la situación en la que están implicados los participantes. Desde esta orientación se vincula el lenguaje y la comunicación con el conocimiento social, el cual se puede definir como pensamiento organizado en la interacción. Es decir el lenguaje y la comunicación afectan los tipos de conocimiento social que las personas adquieren sobre ellos mismos y los otros, las personas tienen conocimientos sociales que varían en el grado que sean representaciones del sí mismo, de los otros y de sus conductas y a su vez, el conocimiento social afecta la forma en que se comunican las personas (Musitu, 1984).

Así hablar de lenguaje y pensamiento ya es visto como una tradición en la psicología pues es generador de debates por la naturaleza de las relaciones entre lenguaje y pensamiento. De alguna manera se admite que ambos se relacionan, pero la naturaleza específica se convierte en el punto central de la discusión.

A partir de esto surgen hipótesis de la relatividad lingüística donde Edward Sapir, concluye que el lenguaje particular que cada ser humano desarrolla a través del aprendizaje, influencia no solo el modo en que percibe el mundo, sino también el

modo de actuar hacia los objetos dentro de este mundo. Sin embargo Sapir olvida la naturaleza social del conocimiento, que surge de la actividad concreta del hombre sobre medio y sus relaciones con otros hombres (Shaff, 1967).

De manera contraria a esta posición surge Piaget el consideraba que el lenguaje es una herramienta que se utiliza para expresar el pensamiento. Durante el estadio sensomotor del desarrollo se considera que el niño esta desarrollando modelos de pensamiento a través de las acciones que lleva a cabo sobre los objetos en el mundo real. Esta acción conduce al pensamiento y el cuando el niño aprende las relaciones entre los objetos en el mundo real y comienza a desarrollar categorías para manipular, mover y clasificar los objetos. (Musitu, 1984)

RESUMEN:

Existen innumerables formas de comunicación ya sea por medio de imágenes, de la acción, gestual, por medio de la omisión, simbólica, en cada una de ellas sus componentes difieren y están teñidos de matices de ilimitada variación. El proceso de comunicación es lo que nos diferencia de otras formas de vida. A partir de esto han surgido diversos estudios sobre la comunicación, ya procedan éstos de la psicología como de la sociología, antropología ó la lingüística; estas ciencias han dado lugar a la controversia en torno al papel del lenguaje como modulador del pensamiento. Es por ello que dentro de la comunicación humana existe un proceso psicológico el cual comprende, los significados de las palabras

o de otros símbolos, para un individuo dado, son adquiridos mediante un aprendizaje. Estos significados desempeñan un papel central en la percepción del mundo y en la respuesta ante él.

En el siguiente apartado mencionaremos las características y los procedimientos del manejo rehabilitatorio de los niños de 6 a 12 años que presentan problemas de lenguaje en el Centro de Rehabilitación Integral de Hidalgo dentro del área de comunicación humana.

SERVICIO DE COMUNICACIÓN HUMANA EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL HIDALGO

El servicio de Comunicación Humana del Centro de Rehabilitación Integral Hidalgo, brinda atención a la población con problemas congénitos o adquiridos de audición, entendiéndose por aparato auditivo al sistema que comprende el oído externo, medio e interno; nervio auditivo, vía auditiva hasta la integración en la corteza cerebral, destacándose que las implicaciones que tienen las diferentes patologías recaen en las limitantes que la sordera impone para el desarrollo del lenguaje y aprendizaje.

Por su nexo anatómico-funcional con la audición también se atienden problemas vestibulares, es decir, desequilibrios, vértigos, mareos, inestabilidades, síntomas todos que suelen presentarse cuando existe afectación del oído interno y/o afectación periférica o central de las vías vestibulares.

Problemas de lenguaje, entendiéndose por lenguaje como la capacidad que engloba diversos aspectos como pensamientos, ideas, deseos que se transforman en palabras de acuerdo con condiciones pragmáticas, morfosintácticas y semánticas que el uso y las normas de la lengua determinan.

Se atiende problemas de voz y habla, funciones tales inseparables del lenguaje, entendiéndose por trastornos del habla a las alteraciones que afectan patrones de pronunciación o de la producción de los sonidos de la lengua, es decir el acto motor del lenguaje.

La voz corresponde a la emisión del sonido a través de las cuerdas vocales y que es modificado por las diferentes estructuras de aparato fonoarticulador, función que requiere la integridad del aparato respiratorio, por lo que cualquier disfunción en alguna de las estructuras antes mencionadas puede dar problemas de voz.

Los problemas de aprendizaje escolar pueden derivarse de un problema de lenguaje o audición, así como de una falta de consolidación de funciones cerebrales sensorio-perceptivas, así que también se atienden estos problemas en el Servicio de Comunicación Humana que así lo soliciten de las 8:00 a las 16:00 horas de lunes a viernes, proporcionando atención médica integral con calidad y con una dinámica que le confiere su cualidad médica y rehabilitatoria.

MISIÓN

Brindar los servicios médicos en comunicación humana para integrar a la sociedad a personas con problemas congénitos o adquiridos de comunicación humana, audición, lenguaje y aprendizaje.

VISIÓN

Ser la institución líder en las áreas de audiolología, lenguaje, otoneurología y foniatría dentro de un inmueble de alta calidad y con tecnología de punta.

OBJETIVO DEL SERVICIO

Proporcionar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación específicos al 100% de la población demandante a la consulta de Comunicación Humana utilizando procedimientos y equipo tecnológico de acuerdo a la patología a tratar.

VALORES DEL SERVICIO

- Honestidad
- Servicio
- Confianza
- Ética
- Responsabilidad

DEFINICIÓN

La Medicina de la Comunicación Humana es una especialidad médica que se encarga del estudio de los problemas de comunicación como retrasos del lenguaje, cuya función en la comunicación es muy importante ya que distingue al ser humano de todo ser viviente, por conferirle habilidades propositivas, intelectuales y afectivas; problemas audiovestibulares, de voz, habla y aprendizaje

de la población que lo demande estableciendo diagnóstico y tratamiento oportuno con satisfacción del paciente y familiar.

METAS

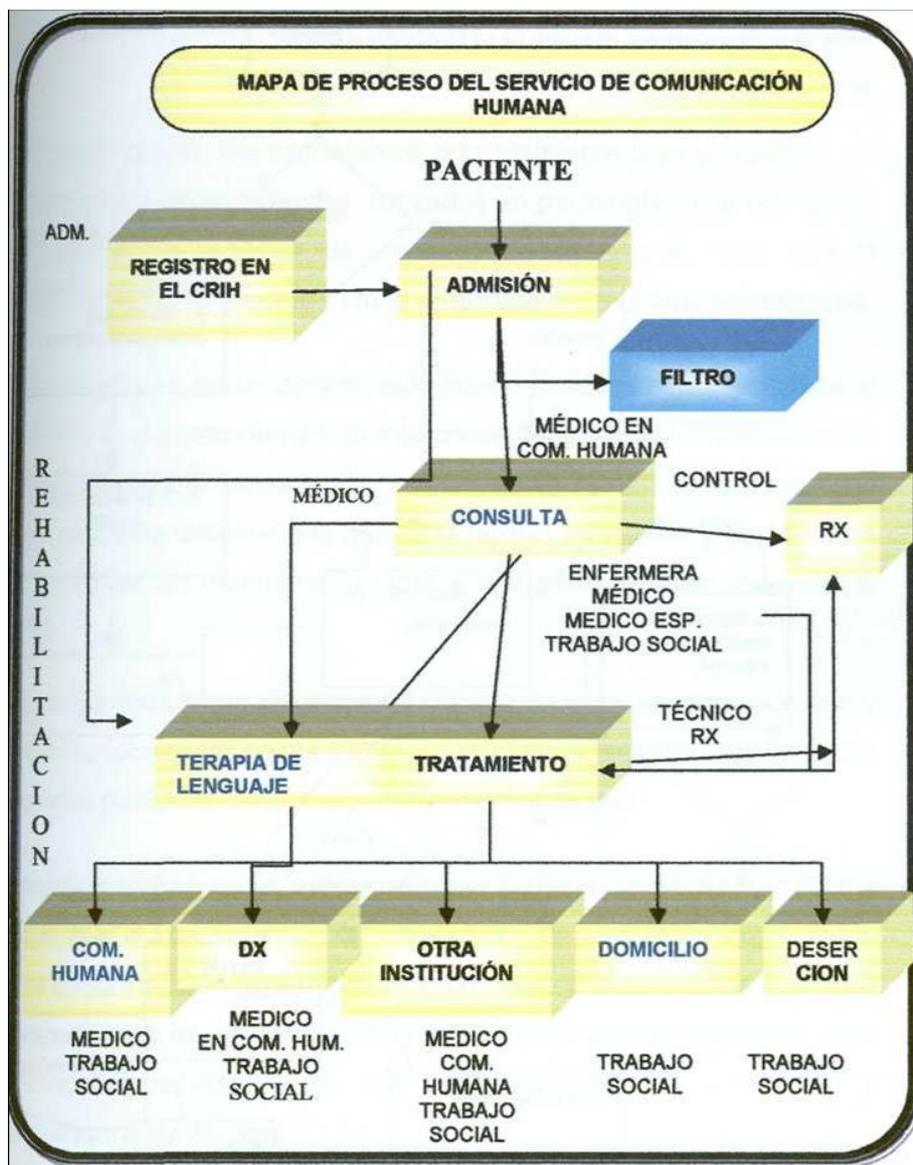
1. El servicio de Comunicación Humana, brindará atención al 100 % de la población que así lo solicite de lunes a viernes de las 8:00 a la 16:00 horas del día. Proporcionando una atención integral con calidad y calidez con una dinámica que le confiere su cualidad médica y rehabilitatoria.
2. Realizar filtro y decidir su ingreso al servicio el mismo día de la preconsulta.
3. Que el tiempo de espera en el servicio de Comunicación Humana sea igual o inferior a los 15 minutos para las consultas de primera vez.
4. Que el tiempo de espera entre la preconsulta y consulta de 1ª vez no sea mayor de 30 días.
5. A través de recepción se llevara un registro del 100% de los pacientes que ingresen al servicio, cuantos ingresan a Terapia de Lenguaje y los egresos ya sean altas por mejoría, inasistencias o deserciones.

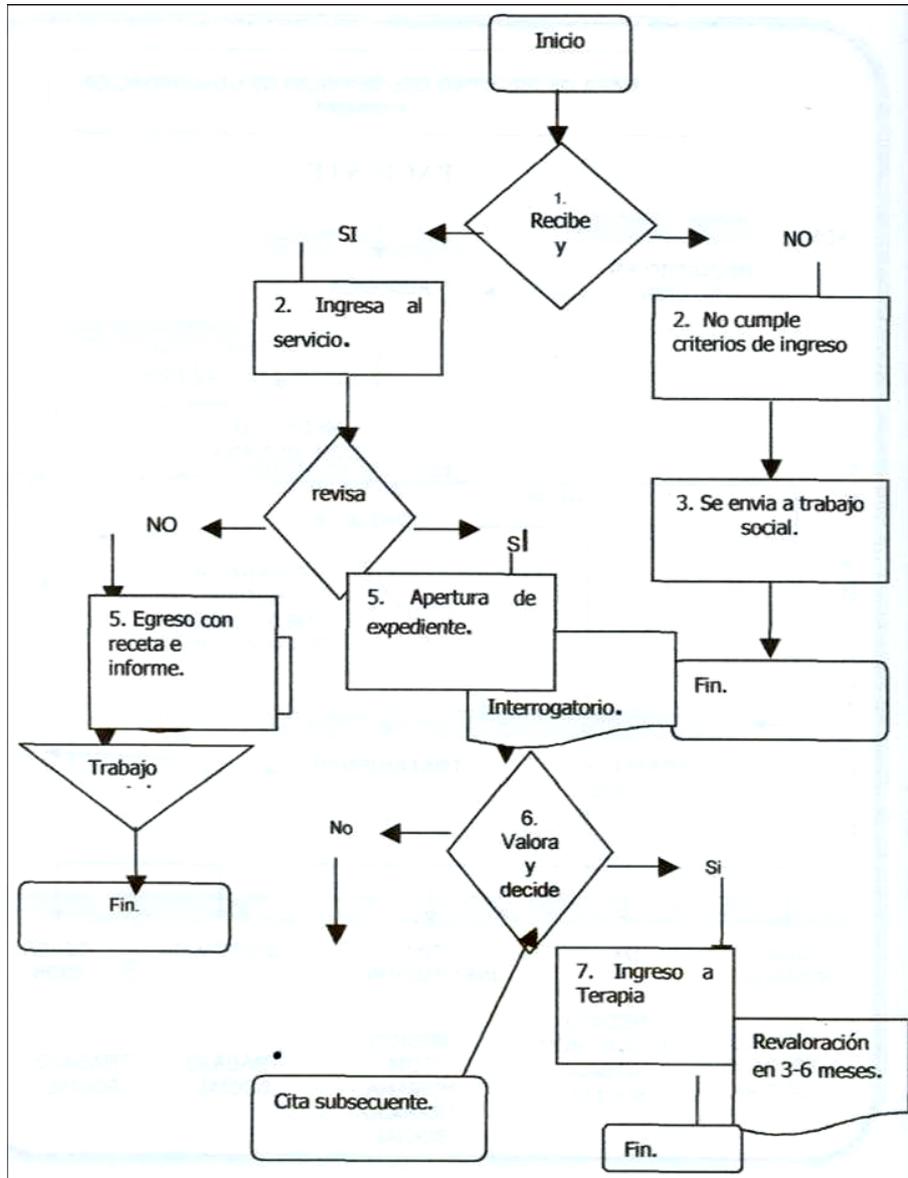
POLÍTICAS

- Coordinación entre servicio de recepción y el personal médico de Comunicación Humana y Terapia de Lenguaje.
- El personal médico es el único autorizado para canalizar a los pacientes a consulta de primera vez, subsecuente, terapia de lenguaje o alta.
- Todo paciente que cuente con expediente en este Centro que amerite valoración por el servicio de Comunicación Humana solicitará consulta de primera vez en control para su registro.
- La referencia de pacientes a otras instituciones así como solicitudes de estudios paraclínicos con los que no cuente el CRIH, serán a través de un formato de referencia y contrarreferencia con visto bueno de la coordinación médica.
- Se informará al médico en Comunicación Humana sobre los pacientes que acumulen 3 faltas al año injustificadas en el área de Terapia de Lenguaje, para darse de baja definitiva.
- El personal de UBR que rote por el servicio deberá contar con una solicitud formal expedida por el Jefe de Servicio de Enseñanza e investigación con visto bueno de la coordinación médica.

- El personal de trabajo social deberá tener conocimiento de las patologías que se ingresan al servicio de comunicación humana, para informar brevemente a los pacientes que soliciten información sobre el mismo. Y ser resolutivas en sus actividades.

A continuación se presentan los diagramas del proceso que se lleva a cabo para el ingreso al área de comunicación humana.





CAPÍTULO 2

“MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL”

“Sí lo que vas a decir no es más bello que el silencio, no lo digas”

Proverbio hindú.

En este capítulo mencionaremos principalmente lo que significa un paradigma y los paradigmas utilizados en psicología de la educación en relación al proceso de enseñanza-aprendizaje; esto con la finalidad tener un panorama más amplio de los modelos psicológicos.

Un paradigma, es un determinado marco desde el cual percibimos el mundo, lo comprendemos, lo interpretamos e intervenimos sobre el. Abarca desde el conjunto de conocimientos científicos que imperan en una época determinada hasta las formas de pensar y de sentir de la gente de un determinado lugar y momento histórico. (Hernández G. 1998)

En si, un paradigma es sólo una manera de ver y explicar que son y como funcionan las cosas. Son teorías elaboradas, bien sea sobre un aspecto particular del universo o sobre su totalidad.

Paradigma conductual, este paradigma surge en la década de 1930 y es el que mayor vigencia ha mantenido a lo largo del tiempo. Tiene una larga tradición de estudio e intervención y es uno de los que más proyecciones de aplicación han logrado en el ámbito educativo. Sus principales representantes son: Thorndike, Pavlov y Watson; y posteriormente Skinner.

Este paradigma entiende el proceso de enseñanza aprendizaje como la transmisión de contenidos desde alguien que sabe sobre el tema que se está tratando hacia alguien que no sabe, pues el aprendizaje se produce cuando el docente le transmite la información al niño que desconoce sobre el tema. En este tipo de paradigma el niño solo se limita a recibir los conceptos, por lo tanto, se deriva una enseñanza consistente en el adiestramiento y condicionamiento para aprender y almacenar la información propuesta por agentes externos al contexto. (DSM-IV, 1995).

Para el conductismo el concepto de enseñanza consiste básicamente en el arreglo adecuado de las contingencias de reforzamiento, con el fin de promover con eficacia el aprendizaje del alumno. Cualquier conducta puede ser enseñada oportunamente si se tiene una programación instruccional eficaz basada en el análisis detallado de las respuestas de los alumnos y en la forma en que serán reforzadas. La enseñanza es simplemente la disposición de contingencias de refuerzo. Otra característica, es la idea de que la enseñanza consiste en proporcionar contenidos o información, es decir en depositar información. Para los conductistas la enseñanza debe ser basada en consecuencia de reforzamiento positivo y no en procedimientos de control como los castigos.

Su concepto de aprendizaje la conducta es aprendida y es producto de las contingencias ambientales, es un cambio estable en la conducta. Desde el punto

de vista conductista cualquier conducta puede ser aprendida pues se considera que la influencia del nivel de desarrollo psicológico y las diferencias individuales es mínima.

Mientras que para el paradigma humanista la educación debe estar centrada en ayudar a los alumnos para que decidan lo que son y lo que quieren llegar a ser. Se basa en la idea de que los alumnos son diferentes y se les debe ayudar a ser más como ellos mismos y menos como los demás. Busca la autorrealización de los alumnos en todas las esferas de su personalidad. La educación es un medio favorecedor del desarrollo de los hombres.

La enseñanza que promueven es de tipo indirecto e insisten en que el maestro debe permitir a los alumnos que aprendan impulsando y promoviendo todas las exploraciones. La educación debe ser centrada en el alumno, debe ser flexible y abierta para que los alumnos logren consolidar aprendizajes vivenciales.

Metas y objetivos de la educación, las metas que persigue este paradigma son las siguientes: ayudar al desarrollo de la individualidad de las personas, apoyar a los alumnos para que se reconozcan como seres humanos y ayudarles también a desarrollar sus potencialidades. Los objetivos de sus programas buscan el crecimiento personal de los estudiantes, fomentar la originalidad, creatividad e imaginación de estos, promover las experiencias de influencia recíproca entre los

estudiantes, provocar sentimientos positivos hacia las asignaturas, inducir aprendizajes vinculando los aspectos cognitivos y vivenciales. El concepto de alumno; los alumnos son entes individuales únicos y diferentes a los demás. Los alumnos son seres con iniciativa, con necesidades personales, capaces de autodeterminación y potencialidad para desarrollar actividades y solucionar problemas, son personas que poseen afectos, intereses y valores particulares es decir, personas totales. En este paradigma; el ser humano tienen una capacidad innata para el aprendizaje, si dicha capacidad no es obstaculizada el aprendizaje se desarrollará oportunamente. Este aprendizaje llega a ser significativo cuando se involucra a la persona como totalidad y se desarrolla excepcionalmente.

Estrategias y técnicas de enseñanza, este paradigma no ofrece una teoría formalizada para la instrucción y muchos de ellos están en desacuerdo con las teorías tecnocráticas de la educación.

Frente a la ausencia o insuficiencia de explicaciones del conductismo, surgen otros enfoques y perspectivas dentro de la psicología. Estas corrientes alternativas o divergentes se caracterizan por destacar los aspectos cognitivos de la conducta, aspectos internos relacionados con la adquisición y procesamiento de la información, con lo cual la psicología recupera una realidad fundamental de su objeto de estudio.

Es lo cognitivo, precisamente, lo que distingue las conductas psicológicas de las conductas fisiológicas. Es importante mencionar que otro factor que influyó en la aparición de un nuevo paradigma es la influencia que tienen, en el desarrollo de la disciplina psicológica, los avances tecnológicos de la posguerra en Estados Unidos, particularmente los originados en las comunicaciones y la informática.

Adicionalmente, cabe mencionar las aportaciones de la gramática generativa de Chomsky, que busca explicar un proceso cognitivo complejo (el lenguaje) mediante un sistema de reglas internas.

El paradigma cognitivo, se ocupa de cómo la gente al igual que los animales estructuran sus experiencias y les da sentido, al transformar estímulos ambientales en información que puede ser aprovechada.

Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas esquemas, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado.

El paradigma de la psicología cognitiva y las terapias cognitivas consisten entonces en el principio de la mediación cognitiva. Sintéticamente: La reacción o respuesta emotiva o conductual ante una situación o estímulo está mediada por el

proceso de significación en relación a los objetivos como las metas y deseos de cada persona.

Desde esta perspectiva el aprendizaje es sinónimo de proceso, que ocurre dentro de la mente de los niños en el cual ellos deben discriminar la información que poseen, teniendo en cuenta su utilidad frente a determinada situación o problema, además de su conexión con la nueva información, lo que los lleva a nuevas conclusiones y por lo tanto, nuevas herramientas para tomar decisiones y resolver la situación a la que se enfrentan.

Es importante tener en cuenta que tan significativa es la información que se le da al niño puesto que los aprendizajes repetitivos y arbitrarios no son eficientes, mientras que el aprendizaje significativo se asimila mejor, son más duraderos y por lo tanto son capaces de cambiar la estructura cognitiva previa y de alguna manera de esto, depende la comprensión e internalización de la información, para posteriormente generar procesos reflexivos y críticos ante la realidad que los rodea y/o problemas a los que se enfrentan, generando de esta manera aprendizajes duraderos, además de la toma de conciencia de los problemas a los que se enfrentan es decir, de su propia realidad.

El paradigma cognitivo hace referencia a que la educación debe estar orientada a lograr aprendizajes significativos con sentido y al desarrollo de habilidades estratégicas, para ello no basta con la simple transmisión de contenidos sino que estos contenidos deben ser planeados para aprender significativamente. El

alumno debe desarrollar habilidades intelectuales y estratégicas para conducirse eficazmente, también debe desarrollar su potencial cognitivo y convertirse en un aprendiz estratégico para apropiarse significativamente de los contenidos curriculares.

Su concepto de alumno es; que el alumno es un sujeto activo procesador de información que posee competencia cognitiva para aprender y solucionar problemas de dicha competencia, a su vez debe ser considerada y desarrollada usando nuevos aprendizajes y habilidades estratégicas.

Estrategias de enseñanza se definen como los procedimientos o recursos que el docente puede utilizar para el logro de aprendizajes significativos. Las principales son: estrategias para activar conocimientos previos y establecer expectativas adecuadas en los alumnos, estrategias para orientar la atención de los alumnos, estrategias para organizar la información nueva, estrategias de elaboración o enlace entre los conocimientos previos o la nueva información por aprender.

Es importante mencionar que el paradigma cognitivo ha impulsado varias líneas de trabajo en el campo de la psicología educativa: el uso de estrategias de enseñanza la tecnología del texto, el entrenamiento de estrategias de aprendizaje, los programas de enseñar a pensar.

Otro paradigma de la psicología educativa es el paradigma psicogenético. Sus orígenes se ubican en la década de 1930, particularmente en algunos de los trabajos de Jean Piaget, quien es conocido como su representante más importante.

Este paradigma sustenta que, enseñar es plantear problemas a partir de los cuales sea posible reelaborar los contenidos escolares y también proveer toda la información necesaria para que los niños puedan avanzar en la reconstrucción de esos contenidos. Enseñar es promover la discusión sobre los problemas planteados, es brindar la oportunidad de coordinar diferentes puntos de vista es orientar hacia la resolución cooperativa de las situaciones problemáticas, es alentar la formulación de conceptos necesarios para el progreso del dominio del objeto de conocimiento, es propiciar redefiniciones sucesivas hasta alcanzar un conocimiento próximo al saber socialmente establecido.

Metas y objetivos de la educación, los objetivos de la educación en paradigma psicogenético favorecen y potencian el desarrollo general de l alumno y promueven la autonomía moral e intelectual. El principal objetivos es crear hombres que sean capaces de hacer cosas nuevas, no simplemente repetir lo que ya han hecho otras generaciones: hombres que sean creativos, inventivos y descubridores. Otro objetivo de la educación es este paradigma es formar mentes

que pueden criticar, que puedan verificar y que no acepten todo lo que se les ofrece.

Su concepto de alumno es; un constructor activo de su propio conocimiento y reconstructor de los distintos contenidos escolares a los que se enfrenta. El concepto de aprendizaje, distingue dos tipos de aprendizaje: en sentido amplio y en sentido estricto, el primero tiene que ver con el desarrollo y el segundo tiene que ver con el aprendizaje de datos e informaciones puntuales. Y finalmente el paradigma sociocultural. El autor más representativo de esta corriente es Lev S. Vygotsky quien desarrolla el paradigma a partir de la década de 1920. Es, en comparación con los otros paradigmas, el de menor tradición en el campo educativo, al menos en los países occidentales, pues su análisis y utilización no tiene más de veinticinco años. Sin embargo, empieza a considerarse como fundamento de ciertas experiencias, especialmente aquellas relacionadas con el aprendizaje colaborativo en modalidades educativas a distancia y en educación basada en competencias. El paradigma sociocultural tiene como concepto de enseñanza el proceso de desarrollo psicológico individual que no es independiente de los procesos socioculturales en general, ni de los procesos educacionales en particular. La postura de Vigotsky en este sentido es de que no se puede estudiar ningún proceso de desarrollo psicológico al margen del contexto histórico cultural en el que está inmerso, el cual trae consigo una serie de instrumentos y practicas sociales históricamente determinadas y organizadas.

Las metas de la educación dentro de este paradigma es la apropiación de saberes para ser enriquecidos por las generaciones nuevas. El alumno es entendido como un ser social, producto y protagonista de las múltiples interacciones sociales en que se involucra a lo largo de su vida escolar y extraescolar. De hecho, las funciones psicológicas superiores son producto de estas interacciones sociales, con las que además mantienen propiedades organizativas en común.

El concepto de aprendizaje, este paradigma hace énfasis en lo sociocultural y señala que el desarrollo ocurre siguiendo una trayectoria de afuera hacia adentro.

Aunado a estos paradigmas surgen cuatro modelos que son los mas dominantes en la actualidad dentro de la psicoterapia los cuales son: psicodinámico, humanista, sistémico y cognitivo – conductual, este último siendo de suma importancia para nuestra investigación llevada a cabo en el Centro de Rehabilitación Integral de Hidalgo por lo que profundizaremos de manera mas significativa en este último modelo.

Los modelos psicodinámicos, con su máximo exponente Sigmund Freud en el psicoanálisis, destacan la importancia del conflicto intra psíquico de naturaleza inconsciente. El método terapéutico básico del psicoanálisis clásico se fundamenta en tres procesos fundamentales: la asociación libre, el análisis de los fenómenos de transferencia y contratransferencia y el análisis de la resistencia. Junto a estos

procesos se establecen unas reglas de trabajo para el paciente la asociación libre y el terapeuta la abstinencia y atención flotante.

El conflicto intra psíquico hace referencia a la naturaleza de la actividad mental. Es por ello, que Freud cuestiona con el psicoanálisis la actividad mental que depende principalmente de la actividad del inconsciente. Los conflictos surgen de tendencias en oposición. Por un lado los impulsos sexuales o agresivos y por otro las defensas construidas contra la gratificación consciente de estos impulsos.

La persona aprende a partir de la experiencia de su niñez a afrontar la inseguridad y ansiedad proveniente de las prohibiciones sociales y expectativas de sus padres en relación a la satisfacción de sus deseos e instintos. Para ello desarrollan estrategias defensivas para el manejo de las ansiedades derivadas de sus conflictos.

Por otro lado tenemos a los modelos humanistas-experienciales, su referencia más clásica se ve destacada, en los trabajos de Rogers de la psicoterapia centrada en el cliente y Perls en su terapia Gestalt.

El enfoque de psicoterapia desarrollado por C. Rogers parte de la idea de que la persona posee una tendencia actualizante, una especie de impulso hacia el crecimiento, la salud y el ajuste. La terapia más que hacer algo al individuo, tratará de crear las condiciones para liberarlo para un crecimiento y desarrollo adecuado.

El segundo enfoque humanista más influyente en la psicoterapia es la terapia Gestalt de Perls. Este enfoque gestáltico parte de la noción del sujeto como tendente a completar su existencia. Además de la toma de conciencia en el aquí y ahora es esencial para esta terapia.

El tercer modelo psicoterapéutico importante en la actualidad son las terapias sistémicas. Uno de los puntos centrales de los modelos sistémicos es la teoría general de sistemas, que aplicada al funcionamiento de una familia, organización u otro sistema social implica que la conducta de uno de sus miembros no se puede entender separada del resto de sus miembros. Aplicada al sistema familiar supone que los miembros de la familia funcionan en interrelación, donde la causalidad circular sustituye a la causalidad lineal, además menciona que cada familia tiene características particulares de interacción que mantienen su equilibrio y matizan su gran cambio o progreso.

Y por último tenemos el modelo cognitivo-conductual el cual se basa en el trabajo con la conducta y los significados. Este modelo a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se centran en los pensamientos inconscientes y ponen

énfasis en la catarsis, se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos.

Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no el pasado, aunque si se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; actualmente algunos terapeutas cognitivos, hacen mayor énfasis de la terapia cognitivo conductual (TCC). Es decir su interés surge más en el qué tengo que hacer para cambiar, que en el por qué.

En algunas ocasiones, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio.

La TCC generalmente utiliza terapias a corto plazo. Pone énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido.

La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los

pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar.

El modelo cognitivo conductual, tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que dentro de este tipo de terapia se busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intercesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente.

Algunos de los objetivos del tratamiento cognitivo conductual es, hacer psicología para ofrecer a los pacientes estrategias que les llevan a alcanzar sus metas, a crear un motivo para comportarse de una forma más saludable. Otro de los objetivos es movilizar su energía en busca de ese cambio de conducta que le beneficia. Finalmente esta el mantener el cambio a largo plazo. Otro objetivo, es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. En lugar de promover, se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia adonde apunta la terapia.

La meta de la TCC es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de pánico. Pone el énfasis en el cambio. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. Desafía la posición del

paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al autocuestionamiento. Se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento.

Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utiliza un formato único para las diversas consultas. Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para las siguientes sesiones.

Por otra parte este modelo tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente. La práctica de la teoría cognitivo-conductual combina en diversos grados principios proveniente de múltiples líneas de investigación. Dado el carácter científico de la terapia cognitivo-conductual se nutre sencillamente de la investigación psicológica contemporánea. En este sentido, no es ni una escuela psicológica, sino que se caracteriza mejor como un marco metodológico. No importa tanto el origen de las hipótesis sino el que ellas hayan pasado por la prueba empírica que exigen los criterios metodológicos.

La intervención terapéutica en terapia cognitivo-conductual se estructura en tres pasos. El primero contempla la evaluación cuidadosa del caso, se refiere al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona y trazar los objetivos del tratamiento. Estas hipótesis conducen a la segunda fase, la intervención propiamente dicha, el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados. Finalmente, la tercera fase, el seguimiento consiste en la evaluación de la aplicación de programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios.

La mayor crítica dirigida a la terapia cognitiva-conductual se debe al hecho de que el acento no este puesto en las causas relacionadas con la historia personal del paciente, sino muy especialmente en aquellas provistas por las teorías explicativas del comportamiento humano.

En suma, el método cognitivo-conductual constituye un movimiento contemporáneo de integración mucho más amplio que un paquete de técnicas. Posee lineamientos éticos y bases filosóficas y metodologías determinadas, acordes a la precisión y especificidad de las ciencias del comportamiento.

Retomando lo anterior y volviendo a sus orígenes, la evolución de la terapia cognitivo-conductual también se dividió en tres etapas o corrientes es decir desde los primeros modelos de reestructuración cognitiva pasando por los cognitivo conductuales y llegando a los más recientes, que son los construccionistas.

La primera corriente, posee cuatro pilares teóricos básicos. El primero surge a fines del siglo pasado a partir de las investigaciones del fisiólogo ruso Ivan Pavlov quién descubre un proceso de aprendizaje que luego llamará condicionamiento clásico. Se trata de un proceso por el cual los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del ambiente. Sobre los trabajos de Pavlov es que se inspira John B. Watson, quién aplicando los principios del condicionamiento clásico para remitir la fobia de un niño, funda las bases para lo que luego se llamó conductivismo. Lo que se conserva hoy en terapia cognitivo-conductual de los aportes de Watson es su énfasis en el comportamiento como tema de la psicología y en el uso del método científico como un modo de estudiarlo.

Hacia el año 1930, las investigaciones de F. B. Skinner plantean la existencia de otro tipo de aprendizaje, el condicionamiento instrumental u Operante, proceso por el cual los comportamientos se adquieren, mantiene o extinguen en función de la consecuencias que le siguen, es el conductismo radical, quien ha tenido a Skinner como su máximo representante, entiende la naturaleza humana sujeta a procesos de condicionamiento, sobre todo del condicionamiento operante, que rige no solo la conducta manifiesta, sino también la conducta subjetiva o interna como son los

procesos cognitivos-lingüísticos . El conductismo radical está centrado en el control de la conducta en función de sus consecuencias mediante el análisis funcional. Lo importante aquí son las funciones o efectos de la conducta. Todo lo que el mentalismo había entendido por funciones mentales conscientes e inconscientes, desde el lenguaje, la memoria, el inconsciente; es descrito como conducta subjetiva, sujeta a sus funciones, a sus contingencias de efecto.

El conductismo radical de Skinner, no ignora los procesos subjetivos, sino que los estudia como conductas encubiertas en función de sus consecuencias. En este sentido una de las obras capitales de Skinner, que había sido casi ignorada en la modificación de conducta, es la conducta verbal. En esa obra analiza las funciones del lenguaje humano como conducta instrumental. Esta incorporación del lenguaje supone una modificación de la propia terapia conductista, que se venía centrada casi exclusivamente en las conductas motoras. El punto de vista de Skinner acerca del lenguaje lo retomaremos más adelante para poder tener una mayor visualización acerca de este tema (Woolfolk, 1999).

Hacia la década de 1960 los trabajos encabezados por Albert Bandura comienzan a conformar un nuevo conjunto de hipótesis, cuyo énfasis recae en el papel que la imitación juega en el aprendizaje. Estas investigaciones toman cuerpo en la teoría del aprendizaje social, desde el cual se afirma que el aprendizaje no solo se produce por medio de la experiencia directa y personal sino que, fundamentalmente en los seres humanos, la observación de otras personas así

como la información recibida por medio de símbolos verbales o visuales constituyen variables críticas.

Es así como los desarrollos del conductismo radical actual, traducen toda la terapia cognitiva y las psicoterapias tradicionales a un pormenorizado análisis funcional del lenguaje. El conductismo radical ha sido criticado por su apariencia mecanicista y reduccionista de la naturaleza humana.

La segunda corriente, es la terapia cognitiva, cuando se habla de cognición se hace referencia a un término que agrupa los procesos mentales e percibir, reconocer, concebir, juzgar y razonar. Las primeras publicaciones sobre psicoterapias cognitivas comenzaron desde finales de los 50's y principios de los 60's.

Los principales representantes de el cognitivismo son: Ellis y Beck. Albert Ellis psicólogo clínico, impacientado por la lentitud del psicoanálisis buscó una vía más rápida para ayudar a cambiar a sus clientes. Desarrollo la terapia racional para capacitar a los clientes a reconocer esas distorsiones en el pensamiento y para cambiarlas vigorosamente así esta terapia pronto se convirtió en la terapia racional-emotiva y más recientemente en terapia racional-emotiva-conductual.

Ellis hizo una distinción entre creencias "racionales" y creencias "irracionales". Las primeras son útiles para ayudar a los individuos a obtener lo que quieren; en cambio las creencias irracionales son de naturaleza más dogmática y absolutista y pueden impedir o evitar que los individuos consigan lo que quieren. Su teoría es en gran parte de naturaleza cognitiva, puesto que insiste en una nueva visión de las cosas. El cambio de la conducta esta al servicio del cambio cognitivo y el objetivo final es producir un profundo cambio filosófico más que un simple alivio del síntoma.

Por su parte el psiquiatra Aarón T. Beck formado como psicoanalista. Intentó demostrar que la depresión estaba relacionada con la ira y la hostilidad invertida. Beck desarrolló el modelo cognitivo de la depresión, que se caracterizaba por el contenido negativo de las cogniciones (pensamientos automáticos) sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Más aún, la depresión conlleva un proceso cognitivo distorsionado. Estas distorsiones cognitivas son conceptualmente similares a las creencias irracionales de Ellis.

Tanto Beck como Ellis hacen hincapié en la influencia que el pensamiento ejerce sobre las emociones, aunque desde el inicio, admiten que no toda la vida emocional puede explicarse por el pensamiento. Por otra parte el pensamiento de un individuo refleja sus sistemas de interpretación del mundo, un conjunto de creencias, supuestos y reglas subyacentes que por lo general no son plenamente conocidas por las personas. (DSM-IV, 1995).

En la terapia cognitiva es central el proceso de identificar y cambiar los pensamientos automáticos, y constituye la técnica más comúnmente utilizada.

Vittorio Guidano, introdujo dos conceptos importantes: las teorías motoras de la mente y el conocimiento tácito. Las teorías motoras de la mente asumen que la mente no es un simple órgano de procesamiento de la información, sino un constructor activo de la realidad mediante sus interacciones con los estímulos que llegan y su interpretación y clasificación de los estímulos, basándose en una organización previa de constructos cognitivos (Woolfolk, 1999).

El conocimiento tácito consiste en reglas no verbales, profundas y abstractas que organizan la percepción individual de sí mismo y del mundo. Guidano postula la existencia de una organización cognitiva personal, y aplica este constructo al análisis de la organización cognitiva de distintos problemas psicológicos.

La terapia cognitiva está especialmente interesada en la importancia del significado disfuncional sobre la psicopatología. Los terapeutas cognitivos creen que la mayor parte del sufrimiento humano deriva de creencias irracionales, supuestos o significados personales adquiridos en la experiencia. La función del terapeuta cognitivo es enseñar al paciente a ser consciente de estos significados disfuncionales, a menudo de carácter inconsciente o preconscious, y a modificarlos mediante varias vías de cambio, que pueden incluir técnicas de verificación experimental, debate racional de creencias, aprendizaje de nuevas conductas, y prácticamente cualquier técnica de terapia existente que sea efectiva.

Con lo anterior queremos decir que los terapeutas cognitivos suelen ser técnicamente eclécticos al usar procedimientos de cambio efectivo, provenientes de cualquier tradición psicoterapéutica; pero sistemáticos en su teoría cognitiva del funcionamiento humano. La terapia cognitiva es actualmente el enfoque de psicoterapia más en voga, cuenta con numerosa investigación, es el más reconocido -junto a las aportaciones conductuales.

En algunas terapias, se tiene manipulación directa de la conducta manifiesta, y en ocasiones de la encubierta. Se ha dedicado relativamente poca atención directa del pensamiento y modo de razonar del paciente. Tal vez fue en reacción a la terapia de la introspección que los terapeutas conductuales al principio hicieron caso omiso de la influencia de la cognición, pues consideraban cualquier enfoque del pensamiento como un retorno al mentalismo.

Sin embargo para que la terapia conductual se considere en verdad como psicología experimental aplicada, debe incorporar teoría e investigaciones acerca de los procesos cognitivos. La reestructuración cognitiva es un término general para cambiar un patrón de pensamiento que supuestamente produce una emoción o conducta perturbada, es llevada a cabo de varias maneras por los terapeutas conductuales cognitivos.

La tercera corriente de la modificación de conducta, la más reciente en el tiempo, son las terapias constructivistas que se postulan como una alternativa a las terapias cognitivas tradicionales de Ellis y Beck. El constructivismo entiende, que la mente humana construye la realidad tanto externa como subjetiva. No existiría una realidad externa que es representada por la mente humana, que podría ser más o menos ajustada a una realidad o verdad última.

La mente no solo es capaz de influir sobre la conducta, sino sobre lo que se ha venido llamando estímulo, el mismo concepto de realidad es una construcción subjetiva e histórico-cultural donde las fuerzas de poder imponen sus criterios de lo que debe entenderse por tal cosa. Para los constructivistas este proceso constructivo de la mente de su propia experiencia está regido por reglas abstractas de carácter tácito o inconsciente, operaciones fuera del control consciente.

La terapia constructivista trata de explorar guiones tácitos y la manera en como constriñen la experiencia, de modo que al elaborarlos el paciente pueden construirse guiones alternativo. Sus métodos de terapia son exploratorios más que centrados en el cambio, esto es así porque se trata de evitar que el terapeuta imponga sus propias construcciones a los pacientes. El terapeuta establece más bien las condiciones para la exploración de las reglas tácitas que guían la vida del paciente. (Alessandri, 1982).

Para llevar a cabo la evaluación y la intervención emplean el esquema A – B - C, de manera que:

A	B	C
Acontecimientos	Imágenes	Consecuencias
Situación	Creencias	Emociones y
Circunstancias	Ideas	Conductas
Evento activador	Pensamientos	
Evaluaciones	Interpretaciones	

Según este esquema A: son los acontecimientos de la vida que están relacionados con C determinadas consecuencias emocionales y conductuales que definen un problema o trastorno psicológico. Y B son las creencias, imágenes o pensamientos que se tiene sobre los acontecimientos y las demás circunstancias de la vida. Si estas cogniciones tienen un sentido negativo ya sea irracional, catastrófico, autoderrotista, esto conlleva a problemas como: ansiedad, depresión.

Este esquema del enfoque cognitivo fue propuesto por Ellis como modelo de la terapia racional emotivo-conductual, denominada actualmente como la TREC.

A continuación mencionaremos la teoría de los autores en los cuales esta fundamentada nuestra investigación en torno al desarrollo del lenguaje infantil. En los años cincuenta, existe un muy importante debate y confrontación de teorías psicológicas y teorías lingüísticas precisamente entorno al lenguaje. Se desarrollaba la teoría de la información, las telecomunicaciones, la informática y, por tanto, parecía que disciplinas del tipo de la lingüística y la psicología podían aportar mucho a estos desarrollos tecnológicos. Durante los años sesenta se realizaron numerosas investigaciones y experimentos sobre el lenguaje infantil. A partir de los años setenta se produce lo que se llama un giro comunicativo donde se cambia drásticamente el contexto, el método y la orientación en el estudio del lenguaje infantil. Este cambio se centra en la comunicación, en la conversación.

ENFOQUE CONDUCTISTA: SKINNER.

Skinner adopta una posición empirista, es decir, considera que el desarrollo del lenguaje depende exclusivamente de los estímulos externos.

El lenguaje son respuestas que el niño aprende por condicionamientos aparentes, respuestas que son verbales e intraverbales, de manera secundaria.

El conductismo por aquella época estaba en auge y se le planteó que explicase el comportamiento verbal. Pero Skinner estaba lejos de poder explicar el lenguaje debido a los mediocres instrumentos del conductismo. El conductismo hizo que en los estudios se fijasen en el contexto, la forma de hablar al niño, lo que se llegó a llamar en un primer momento el Babytalk. Y es importante su esquema estímulo provoca una respuesta.

También permitió los programas de tratamiento de niños con alteraciones del lenguaje o tratamiento logopédico. Los estímulos no se analizan aisladamente sino que se estudia el episodio verbal global, la conversación.

El enfoque conductista sostiene que el lenguaje es una conducta adquirida en un proceso gradual de re-accionamiento responsivo reforzado. Skinner ha examinado el campo de la actividad humana verbal basándose en conocimientos sólidamente a través de la minuciosa experiencia con animales y hombres. Su marco de referencia conceptual no hace especial hincapié en la noción de forma, como es tradición en estudios de tipo lingüísticos, sino sobre la función, rechazó que el lenguaje se utilizara para comunicarse; en lugar de eso propuso que para entender el habla, la escritura otros usos del lenguaje, primero que nada debían de reconocer que son formas de conductas (Woolfolk, 1999).

Más aun, propuso que la conducta verbal no es diferente en lo esencial de cualquier otra forma de conducta. La conducta verbal se aprende en términos de relaciones funcionales entre la conducta y los eventos ambientales, particularmente de sus consecuencias. Es el ambiente social lo que refuerza la conducta verbal.

Skinner de igual manera, no afirmó que el lenguaje pueda ser aprendido solamente a partir de la imitación del habla adulta. Tampoco proclamó la necesidad de que todas las emisiones infantiles sean reforzadas. Señaló que el lenguaje está considerado por unidades que pueden dar lugar a nuevas combinaciones. Apuntó las limitaciones de los mecanismos generales anteriormente señalados para dar cuenta de la naturaleza productiva del lenguaje.

También plantea que, la conducta verbal se caracteriza por ser una conducta reforzada a través de la mediación de otras personas, en la actividad del escucha. Las conductas del hablante y el escucha conforman juntas lo que podría denominarse un episodio completo.

De manera general se puede decir que Skinner: Reemplaza la idea de lenguaje algo que la persona adquiere y posee; y como instrumento para expresar ideas y estados mentales. La conducta verbal se estudia como cualquier otra conducta.

Su particularidad es ser reforzada por sus efectos en la gente. Como resultado, está libre de las relaciones espaciales, temporales y mecánicas que prevalecen entre la conducta operante y las consecuencias no sociales.

También se opone al mentalismo. Rechaza la concepción del lenguaje como usar palabras, comunicar ideas, compartir el significado, expresar pensamientos. El lenguaje como conducta es objeto de estudio por su propio derecho, sin apelar a algo más.

Se opone a la causalidad mecanicista del modelo de estímulo-respuesta. La conducta verbal es de tipo voluntario (operante), es seleccionada por sus consecuencias ambientales, y se investiga por análisis funcional, partiendo de la descripción de la contingencia de tres términos.

La particularidad de la conducta verbal respecto a otras operantes, es que las consecuencias de la conducta del hablante están mediadas por otras personas. Las variables controladoras son sociales: la conducta de otros, controla la conducta verbal del hablante.

En vez de considerar el lenguaje como un conjunto de palabras que refieren a objetos, el significado de las palabras se investiga en términos de las variables que determinan su ocurrencia en una instancia particular. El significado se comprende al identificar las variables que controlan la emisión.

Propone el concepto de conducta gobernada por reglas. Dentro de la conducta operante diferencia dos subclases: conducta moldeada por las contingencias y conducta gobernada por reglas. La conducta gobernada por reglas ocurre cuando el individuo actúa de acuerdo a reglas explícitas, consejos, instrucciones, modelos de actuación, planes. Las reglas son estímulos que especifican contingencias. De manera directa o por implicación de la experiencia previa, la regla especifica una consecuencia ambiental de ciertas conductas.

El efecto de una regla sobre un individuo depende de la historia de aprendizaje de ese individuo respecto a la conducta (operante) de seguir reglas. Una persona seguirá reglas en la medida en que la conducta previa en respuesta a estímulos verbales similares (reglas, consejos) haya sido reforzada.

Una de las críticas hechas a las explicaciones del conductismo se basan en el aprendizaje animal, de tal manera que existe una generalización de lo que hacen los animales a lo que hacen las personas. Los estudios del desarrollo del lenguaje del conductismo se basaban en el estudio con loros.

ENFOQUE INNATISTA: CHOMSKY.

Chomsky toma una posición mentalista. La teoría de Chomsky es una teoría formal del lenguaje según la cual el lenguaje se genera a partir de unas estructuras innatas; por eso su teoría se conoce como gramática generativa.

Chomsky establece dos grandes principios. El principio de autonomía según el cual el lenguaje es independiente de otras funciones y los procesos del desarrollo del lenguaje también son independientes de otros procesos de desarrollo. El segundo principio es el principio de innatismo según el cual el lenguaje es un conjunto de elementos y reglas formales; es decir, es una gramática que no puede aprenderse asociativamente en virtud de la asociación de estímulo con respuesta, por lo tanto, es innato. Chomsky toma al conductismo como si fuese toda la Psicología por lo que si no se puede explicar debe ser porque es innato.

ENFOQUE PIAGETANO

Piaget nacido en Ginebra en 1896, el psicólogo suizo se dedicó especialmente a la psicología infantil y genética. Uno de sus estudios más conocidos es, seguramente, el que lo llevó a concluir que todo niño atraviesa por una secuencia invariable de cuatro estadios para el dominio de su intelecto.

Este autor destaca la prominencia racional del lenguaje y lo asume como uno de los diversos aspectos que integran la superestructura de la mente humana. El lenguaje es visto como un instrumento de la capacidad cognoscitiva y afectiva del individuo, lo que indica que el conocimiento lingüístico que el niño posee depende de su conocimiento del mundo.

Su estudio y sus teorías se basan en las funciones que tendría el lenguaje en el niño. Para Piaget las frases dichas por los niños se clasifican en dos grandes grupos: las del lenguaje egocéntrico y las del lenguaje socializado; estas a su vez se dividen en las siguientes categorías: Lenguaje egocéntrico;(repetición o ecolalia) el monólogo y monólogo colectivo. Y el lenguaje socializado (la información adaptada) que se divide en la crítica, ordenes, ruegos, amenazas, preguntas y respuestas.

El lenguaje egocéntrico. Se caracteriza por que el niño no se ocupa de saber a quién habla o si es escuchado, es egocéntrico, porque el niño habla más que de sí mismo pero sobre todo por que no trata de ponerse en el punto de vista de su interlocutor, el niño solo le pide un interés aparente, aunque se haga evidente la ilusión de que es oído y comprendido.

El lenguaje que Piaget clasificó como egocéntrico, no está diseñado para la comunicación. Los niños hablan, repitiendo palabras y frases, para ejercitar sus esquemas verbales. Hablar se convierte en una actividad más. Los niños se expresan en voz alta porque no pueden distinguir entre pensamiento y acción.

La repetición o ecolalia hace referencia a que el niño repite sílabas o palabras que ha escuchado aunque no tengan gran sentido para él, las repite por el placer de hablar, sin preocuparse por dirigirlos a alguien. Desde el punto de vista social, la imitación parece ser una confusión entre el yo y el no yo, de tal manera que el niño

se identifica con el objeto imitado, sin saber que está imitando; se repite creyendo que se expresa una idea propia.

En cuanto al monólogo; el niño habla para sí, como si pensase en voz alta. No se dirige a nadie, por lo que estas palabras carecen de función social y sólo sirven para acompañar o reemplazar la acción. La palabra para el niño está mucho más ligada a la acción que en el adulto. De aquí se desprenden dos consecuencias importantes: primero, el niño está obligado a ha hablar mientras actúa, incluso cuando esta sólo, para acompañar su acción; segundo, el niño puede utilizar la palabra para producir lo que la acción no puede realizar por sí misma, creando una realidad con la palabra o actuando por la palabra, sin contacto con las personas ni con las cosas implicando así el lenguaje mágico.

El monólogo colectivo: cada niño asocia al otro su acción o a su pensamiento momentáneo, pero sin preocuparse por ser oído o comprendido realmente. El punto de vista del interlocutor es irrelevante; el interlocutor sólo funciona como incitante, ya que se suma al placer de hablar por hablar el de monologar ante otro. Se supone que en el monólogo colectivo todo el mundo escucha, pero las frases dichas son sólo expresiones en voz alta del pensamiento de los integrantes del grupo, sin ambiciones de intentar comunicarse.

El lenguaje socializado en referencia a la información adaptada, donde el niño busca comunicar realmente su pensamiento informándole al interlocutor algo que le pueda interesar y que influya en su conducta, lo cual puede llevar al interlocutor algo que le pueda interesar y que influya en su conducta, lo que puede llevar al intercambio, la discusión o la colaboración. La información está dirigida a un interlocutor en particular, el cual no puede ser intercambiable con el primero que llega, si el interlocutor no comprende, el niño insiste hasta que logra ser entendido. La crítica y la burla son las observaciones sobre el trabajo o la conducta de los demás, específicas con respecto a un interlocutor, que tienen como fin afirmar la superioridad del yo y designar al otro; su función más que comunicar el pensamiento es satisfacer necesidades no intelectuales, como la compatibilidad o el amor propio. Contiene por lo general, juicios de valor muy subjetivos.

Las Preguntas: la mayoría de las preguntas de niño a niño piden una respuesta así que se les puede considerar dentro del lenguaje socializado, pero hay que tener cuidado con aquellas preguntas que no exigen una respuesta del otro, ya que el niño se le da solo; estas preguntas constituirían monólogo.

Las respuestas: son las respuestas dadas a las preguntas propiamente dichas (con signo de interrogación) y a las órdenes, y no las respuestas dadas a lo largo de los diálogos, que corresponderían a la categoría de información adaptada. Las respuestas no forman parte del lenguaje espontáneo del niño: bastaría que los

compañeros o adultos hicieran más preguntas para que el niño respondiera más, elevando el porcentaje del lenguaje socializado.

El porcentaje del lenguaje egocéntrico depende de la actividad del niño como de su medio ambiente. En general, el lenguaje egocéntrico aumenta en actividades de juego, especialmente el de imaginación y disminuye en aquellas actividades que constituyan trabajo. Con respecto al medio social, el egocéntrico disminuirá cuando el niño coopere con otros o cuando el adulto intervenga sobre el habla del niño, exigiendo el diálogo.

Para Piaget en los niños menores de 7 años sólo existe comprensión en la medida en que se encuentren esquemas mentales idénticos y preexisten tanto en el que explica como en el que escucha. Después de los 7 u 8 años del niño, cuando comienza su verdadera vida social, comiéndole verdadero lenguaje.

El enfoque cognitivo y la posición constructivista menciona que las estructuras de la inteligencia incluyen el desarrollo del lenguaje. El sujeto tiene un papel activo en el desarrollo de la inteligencia, en la construcción cognitiva, si un sujeto no interactúa no desarrolla la inteligencia ni el lenguaje.

Piaget ha denominado etapa de las operaciones concretas al período que va de los siete a los once años de edad. El niño en esta fase se caracteriza por la habilidad que va adquiriendo con la percepción de los distintos aspectos o dimensiones de una situación y el entendimiento de cómo tales aspectos o

dimensiones se relacionan. El pensamiento presta ahora más atención a los procesos que a los estados. Tales cambios capacitan al niño para manipular conceptos, especialmente si las cosas e ideas que éstos implican no son ajenas a su realidad. Del mismo modo, el habla del niño se hace menos egocéntrica en la medida en que aumenta en él la necesidad de comunicarse y la obligación de reconocer la importancia de su oyente.

Esta situación es diferente de la que verbalmente se caracteriza el niño en la etapa anterior o pre-operacional (de 4 a 7 años), en la que el niño trata de satisfacer más sus propias necesidades verbales que las de su oyente. La mayor parte del habla de un niño en esta fase no tiene, intención comunicacional. Así Piaget ha denominado etapa de las operaciones concretas al período que va de los siete a los once años de edad. El niño en esta fase se caracteriza por la habilidad que va adquiriendo con la percepción de los distintos aspectos o dimensiones de una situación y el entendimiento de cómo tales aspectos o dimensiones se relacionan.

Las etapas de Piaget son las siguientes:

1. Etapa sensorio-motora (0 a 24 meses): Es anterior al lenguaje, se contempla la existencia de un periodo holofrástico, primeras manifestaciones simbólicas.

2. Etapa Preoperativa (2 a 7 años): Los esquemas comienzan a ser simbolizados a través de palabras con un habla telegráfica. La última parte de esta etapa supone el surgimiento de la sociabilización. El lenguaje alcanza un grado de desarrollo notorio. Aparición de las primeras oraciones complejas y uso fluido de los componentes verbales.
3. Etapa de operaciones concretas (7 a 12 años): Adquisición de reglas de adaptación social. Se aprende que es posible transformar la realidad incluso a través del lenguaje.
4. Etapa de operaciones formales (12 a 15 años): Surgen verdaderas reflexiones intuitivas acerca del lenguaje, juicios sobre aceptabilidad y/o gramaticalidad de oraciones tratándose de una intuición consciente.

ENFOQUE SOCIOCULTURAL: VYGOTSKY

Lev Semionovich Vygotsky (1896-1934) es considerado el precursor del constructivismo social. Vygotsky publicó en 1934 "Pensamiento y lenguaje", pero su mayor influencia le vino con la traducción al inglés en 1962.

Para Vygotsky el lenguaje infantil es inicialmente social (modo de comunicación con los adultos) y es exterior en forma y función. Paulatinamente el lenguaje se interioriza y pasa por un periodo egocéntrico con una forma externa pero con una función interna. Finalmente se convierte en pensamiento verbal que tiene una

forma interna. A partir de este autor, se han desarrollado diversas concepciones sociales sobre el aprendizaje. Algunas de ellas amplían o modifican algunos de sus postulados, pero la esencia del enfoque constructivista social permanece.

Lo fundamental del enfoque de Vygotsky consiste en considerar al individuo como el resultado del proceso histórico y social donde el lenguaje desempeña un papel esencial. Para Vygotsky, el conocimiento es un proceso de interacción entre el sujeto y el medio, pero el medio entendido social y culturalmente, no solamente físico. También rechaza los enfoques que reducen la psicología y el aprendizaje a una simple acumulación de reflejos o asociaciones entre estímulos y respuestas.

Existen rasgos específicamente humanos no reducibles a asociaciones, tales como la conciencia y el lenguaje, que no pueden ser ajenos a la psicología. Vygotsky establece que hay dos tipos de funciones mentales: las inferiores y las superiores. Las funciones mentales inferiores son aquellas con las que nacemos, son las funciones naturales y están determinadas genéticamente. El comportamiento derivado de las funciones mentales inferiores es limitado; está condicionado por lo que podemos hacer. Estas funciones nos limitan en nuestro comportamiento a una reacción o respuesta al ambiente.

Las funciones mentales superiores se adquieren y se desarrollan a través de la interacción social. Puesto que el individuo se encuentra en una sociedad específica con una cultura concreta, Las funciones mentales superiores están determinadas por la forma de ser de esa sociedad: Las funciones mentales superiores son mediadas culturalmente Para Vygotsky, a mayor interacción social, mayor conocimiento, más posibilidades de actuar, y más sólidas funciones mentales.

A diferencia de Piaget, la actividad que propone Vygotsky, es una actividad culturalmente determinada y contextualizada, es el propio medio humano los mediadores que se emplean en la relación con los objetos, tanto las herramientas como los signos, pero especialmente estos últimos, puesto que el mundo social es esencialmente un mundo formado por procesos simbólicos, entre los que destaca el lenguaje hablado. El lenguaje es la herramienta que posibilita el cobrar conciencia de uno mismo y el ejercitar el control voluntario de nuestras acciones. Ya no imitamos simplemente la conducta de los demás, ya no reaccionamos simplemente al ambiente, con el lenguaje ya tenemos la posibilidad de afirmar o negar, lo cual indica que el individuo tiene conciencia de lo que es, y que actúa con voluntad propia. En ese momento empezamos a ser distintos y diferentes de los objetos y de los demás.

El lenguaje y el pensamiento están separados y son distintos hasta los dos años aproximadamente, tiempo partir del cual ambos coinciden en un nuevo tiempo de

compartimiento. En este momento el pensamiento empieza a adquirir algunas características verbales y el habla se hace racional.

Vigotsky no solo examina el aspecto de las funciones desde el punto biológico, también cultural, tomando al lenguaje como una herramienta para el ser humano de comunicación social. Plantea que la palabra codifica la experiencia, la cual es producto del trabajo del hombre, la palabra se encuentra ligada a la acción y tiene un carácter simpráxico hasta transformarse en un sistema de códigos independientes de la acción. Para Vigotsky la palabra da la posibilidad de operar mentalmente los objetos, donde cada palabra cuenta con un significado específico para el contexto situacional.

RESUMEN:

En este capítulo delimitamos lo que significa un paradigma, siendo este un determinado marco desde el cual percibimos el mundo, lo comprendemos, lo interpretamos e intervenimos sobre el. Abarca desde el conjunto de conocimientos científicos que imperan en una época determinada hasta las formas de pensar y de sentir de la gente de un determinado lugar y momento histórico. De los modelos existentes el que consideramos que se apega más a nuestra investigación es el modelo cognitivo-conductual el cual se basa en el trabajo con la

conducta y los significados. En el Centro de Rehabilitación Integral Hidalgo es utilizado este modelo tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, puesto que algunos tratamientos están basados en autores como; Skinner, Piaget, Vygotsky, y Azcoaga dichos autores coinciden en que para la adquisición del lenguaje intervienen diversos factores que son de suma importancia para determinar el desarrollo del lenguaje en el niño, tales como el funcionamiento físico y mental, la edad, así como el medio sociocultural en el cual se ven involucrados la familia, la escuela, y la sociedad.

CAPÍTULO 3

“MODELOS TEÓRICOS SOBRE EL LENGUAJE”

“Solo hay mundo donde hay lenguaje”

Martín Heidegger.

El lenguaje tiene gran importancia dentro de la comunicación y debemos comprender que no sólo se trata de un lenguaje verbal. ¿Pero qué es el lenguaje? El lenguaje es la capacidad lingüística que posibilita el uso de una lengua con la finalidad de la comunicación, es también un distintivo del género humano, una característica de humanización del individuo, surgido en la evolución del hombre a raíz de la necesidad de utilización de un código para coordinar y regular la actividad conjunta de un grupo de individuos. Por ello constituye además, uno de los factores fundamentales que nos permiten la integración social, la inclusión dentro de diferentes grupos de pares. Proporciona el medio más eficaz para comprender y explicar el mundo que nos rodea y nuestra propia experiencia (Alessandri, 1990).

El lenguaje proporciona el medio para relacionarnos con los demás. Podemos aprender acerca del mundo sin hacer experimentos. No necesitamos utilizar cosas pues podemos utilizar palabras, conceptos, para aumentar nuestro conocimiento del mundo. A través del lenguaje podemos comunicar nuestras experiencias a otros, y así podemos basar nuestro conocimiento en las experiencias sin la necesidad de repetirlo toda otra vez. Podemos progresar de generación en generación. La comunicación tiene un papel fundamental, pues sin ella no

podríamos expresarnos, dar a conocer nuestras ideas etc. Es de nuestro conocimiento que la comunicación se fue creando en diversas etapas y a través de diferentes recursos, por ejemplo; símbolos, gestos, señas.

Es necesario nombrar a las ciencias que se encargan del estudio de la lengua; la Macrolingüística estudia el lenguaje como medio para aclarar cuestiones extralingüísticas, de acuerdo a las necesidades de cada persona en torno a su lenguaje podemos ver un sin fin de ramas como la Etnolingüística se interesa por la relatividad lingüística como la realidad externa y la experiencia son interpretadas, clasificados y jerarquizadas la Sociolingüística se encarga de estudiar la manera como la sociedad influye sobre la lengua, la Psicolingüística se encarga de la adquisición de una lengua y del aprendizaje y la Microlingüística estudia al lenguaje en sí mismo sin relacionarlo con ningún aspecto. (López. 1990).

Al analizar el papel que desempeña el lenguaje nos sería útil una explicación de los orígenes de éste como base del desarrollo de los códigos verbales que realiza el hombre. Hoy en día solo se conocen especulaciones acerca del origen del lenguaje como la teoría de Thorndike, quien resumió la mayor parte de las especulaciones que se hicieron acerca de los orígenes del lenguaje a través de las hipótesis, que hacen énfasis en el uso del sonido hecho por el hombre para expresar sus ideas.

Thorndike definió esta manera de pensar como una teoría del “balbuceo por azar” sobre el origen del lenguaje. Todos los niños emiten sonidos, balbucean, esta producción de sonidos parece ser recompensatoria en sí, los padres recompensan la emisión de sonidos en el niño y gradualmente el niño aprende un lenguaje. Así el desarrollo del balbuceo en la emisión de sonidos es considerado análogo en el niño al desarrollo del lenguaje. (Woolfolk 1999).

El sistema de actividad del niño está determinado en cada etapa específica tanto por el grado de desarrollo orgánico como por su grado de dominio en el uso de los instrumentos. Los inicios del lenguaje inteligente están precedidos por el pensamiento técnico. En un tiempo breve los niños pueden emplear de manera correcta formas irregulares de ciertas palabras, como si repitieran lo que han escuchado. Después, cuando empiezan a aprender las reglas, sobrerregularizan las palabras aplican las reglas a cualquier cosa. (Woolfolk, 1999).

Durante los años preescolares los niños aprenden con gran rapidez palabras nuevas y duplican su vocabulario más o menos cada seis meses entre los dos y cuatro años, alrededor de 200 a 2000 palabras. Para los cinco o seis años casi todos los niños han dominado los fundamentos de su idioma materno, la entonación o el énfasis de una palabra también puede causar problemas a los pequeños. Si el significado de una oración es ambiguo y la entonación es lo que hace la diferencia, incluso niños de ocho o nueve años pueden equivocarse.

Posteriormente B. F. Skinner en los años cincuenta sentó las bases de lo que los psicólogos conductistas entenderían por lenguaje y los métodos para analizarlo. El psicólogo norteamericano BF. Skinner propuso su teoría fundamentándola en un modelo de condicionamiento operante o proceso de aprendizaje mediante el cual se logra que una respuesta llegue a ser más probable o frecuente. Skinner empleó el modelo de condicionamiento operante adiestrando animales y concluyó que podría alcanzar resultados semejantes si lo aplicaba a niños (as) y jóvenes mediante el proceso de estímulo - respuesta - recompensa.

Para Skinner la adquisición del lenguaje nace de la convivencia que se tiene con los padres así como de otras personas que conviven con el niño, de donde escuchan sus primeras emisiones y el balbuceo y se ven reforzados por emitir los sonidos más parecidos al habla del adulto. A medida que transcurren los años, se le refuerza únicamente por producir sonidos que van asemejándose cada vez más a los de los adultos y por usar la palabra correctamente. (Skinner B. 1958 y 1970)

De manera similar los niños, aprenden lentamente por tanteo (ensayo y error). Propiamente en el área del lenguaje, Skinner argumentó que los niños y las niñas adquieren el lenguaje por medio de un proceso de adaptación a estímulos externos de corrección y repetición del adulto, en diferentes situaciones de comunicación. Lo anterior significa que hay un proceso de imitación por parte del

niño donde posteriormente asocia ciertas palabras a situaciones, objetos o acciones.

Así el niño se apropia de hábitos o de respuestas aprendidas, interiorizando lo que el adulto le proporciona para satisfacer una necesidad a un estímulo en particular, como por ejemplo; hambre, dolor.

El aprendizaje del vocabulario y de la gramática se logra por condicionamiento operante. El adulto que se encuentra alrededor del niño (a) recompensa la vocalización de enunciados correctos gramaticalmente, la presencia de nuevas palabras en el vocabulario y la formulación de preguntas y respuestas o bien, castiga (desaprueba) todas las formas del lenguaje incorrecto como enunciados gramaticales o palabras no adecuadas.

Como podemos ver para la teoría conductista lo más importante no es la situación lingüística en sí, ya que relega aspectos semánticos y pragmáticos de la comunicación y los sustituye por hábitos fonológicos, morfológicos y sintácticos, características del aprendizaje mecanicista del lenguaje. Tampoco explica cómo se adquiere la gramática o el conjunto de reglas que la rigen.

Los aspectos principales en los que se basa el modelo skineriano acerca del proceso de adquisición del lenguaje se refiere a la adquisición del lenguaje humano difiere poco de la adquisición de conductas aprendidas por otras especies (por ejemplo: aprendizaje del lenguaje en loros).-Los niños imitan el lenguaje de

los adultos y estas imitaciones son un componente crítico del aprendizaje del lenguaje. Los adultos corrigen los errores de los niños(as) donde estos últimos aprenden a través de estos errores. Parte del empleo del lenguaje de los niños responde a la imitación de formas empleadas por los adultos.

Es notable que para Skinner el aprendizaje del lenguaje se realiza con lo que el adulto le proporciona al niño mediante el empleo de diferentes estímulos (recompensa, castigo), según la respuesta que el niño dé sin considerar la predisposición innata que el niño(a) posee para la adquisición del lenguaje.

Es importante destacar que esta teoría se centra en el campo extralingüístico y toma como elemento fundamental la influencia del ambiente como mediador del aprendizaje, así como la idea de que el uso del lenguaje responde a la satisfacción de determinadas necesidades por parte de los niños y las niñas.

La mayoría de los psicólogos y lingüistas piensan que el reforzamiento no explica la impresionante velocidad, exactitud y originalidad con que los niños aprenden a emplear el lenguaje. Por lo que Noam Chomsky, rechaza la hipótesis de que al niño hay que enseñarle el lenguaje. Señala que, por el contrario, el niño nace con una información genética que le permite descubrir la estructura interna de la lengua que se habla en su medio social; analizarla, diferenciarla, y a partir de esto apropiarse para su uso. El desarrollo del lenguaje entonces no se produce por

mecanismos de imitación y refuerzos simplemente de lo que se escucha sino que para comprender y producir el lenguaje debe acceder a la estructura más íntima del mismo y a los fenómenos que los sustentan.

En la adquisición de lenguaje el niño no percibe el lenguaje como estructuras rígidas, sino que, en base a lo que es capaz de producir, crea sus propias hipótesis y normas con las que se maneja mientras le resultan efectivas y las aplica utilizando dos mecanismos básicos que maneja en forma intuitiva que son la selección y combinación que le permitirán la construcción de infinitos enunciados diferentes, manifestando así la creatividad en el proceso de adquisición de la lengua. Este mecanismo le permite entender las reglas básicas de la gramática, interpretar lo que oye y construir sus oraciones. El mismo autor menciona que el desenvolvimiento del lenguaje y la conciencia metalingüística están muy vinculados al desarrollo cognoscitivo. Los niños intentan comprender y aplicar las reglas del lenguaje. Por lo que propone que algunas de esas reglas son innatas. Al emplear su capacidad para el lenguaje, los niños tratan de resolver el rompecabezas del idioma que escuchan, pasando de las holofrasas al habla telegráfica por la sobreextensión, la subextensión y la sobrerregularización a la compensación básica de la pronunciación, el vocabulario, la gramática y la sintaxis, la semántica y la pragmática aproximadamente a los cinco seis años de edad. (Ostrosky 1991).

Chomsky no tomaba en cuenta el aprendizaje, decía que el pensamiento precede al lenguaje, además definió los siguientes conceptos. *Componentes sintácticos*: son las reglas que se requieren para la formación de oraciones. *Estructura profunda*: debe ser interpretada por el componente semántico y lo superficial es representado fonéticamente. *Estructura superficial*: esta determinada por sus marcadores en la estructura profunda, que indican que transformaciones se deben llevar a cabo. *Componente semántico*: representa los significados de las oraciones de la lengua. (López, 1990).

De tal forma aunque existen diversas tendencias, los psicólogos, en general, aportan una visión que subraya no tanto el estudio de la estructura del lenguaje sino; la génesis, su significado, sus cambios y sus usos individuales y sociales.

Otra de las aportaciones que no podemos dejar de lado, es la de él lingüista Saussure, él expuso la aportación más clara y desarrollada de conceptos y principios teóricos fundamentales, además del énfasis en la solidaridad del sistema del lenguaje. Entre los planteamientos del autor esta el siguiente: El lenguaje supone dos especies de relaciones: una de selección paradigmática y otra de combinación sintagmática. Para Saussure, los miembros de una clase paradigmática no tendrían orden fijo, de allí que se les agrupe de manera arbitraria. (Feggy Ostrosky 1991).

Saussure plantea una visión global del lenguaje en oposición a la visión atomista que prevaleció en los estudios lingüísticos hasta el siglo XIX. Considera al lenguaje como una red de relaciones; sus críticas posteriores remplazaron esta expresión por la palabra estructura de la cual surgió el término estructuralismo nombre de una de las escuelas lingüísticas.

Más importantes de nuestro siglo. La lengua es para Saussure un sistema lexicológico y gramatical que existe virtualmente en la conciencia de los individuos que comparten una misma comunidad lingüística. Como producto social y como medio de comunicación entre los hombres, la lengua no depende del individuo que la utiliza. El habla por lo contrario, es la realización concreta e individual de la lengua. (Andila 1983).

La lengua en opinión de Saussure, está formada por un conjunto de signos llamados lingüísticos. Define el signo lingüístico como una entidad de carácter convencional integrada por dos caras solidarias ó interdependientes como lo es el significado/ significante. El significante esta constituido por toda la serie de imágenes auditivas y motrices que se asocian a un concepto; el significado es el concepto evocado por el signo. Es advertir que dentro de esta concepción, tanto el significado como el significante tienen carácter psicológico. Saussure es considerado el padre de la lingüística contemporánea.

Otra de las teorías impulsadas es la expuesta por el psicólogo suizo Jean Piaget, presupone que el lenguaje está condicionado por el desarrollo de la inteligencia, es decir, se necesita inteligencia para apropiarse del lenguaje.

Sostiene que el pensamiento y el lenguaje se desarrollan por separado ya que para Piaget el desarrollo de la inteligencia empieza desde el nacimiento, antes de que el niño hable, por lo que el niño aprende a hablar a medida que su desarrollo cognitivo alcanza el nivel concreto deseado. Es el pensamiento, señala Piaget, el que posibilita al lenguaje, lo que significa que el ser humano, al nacer, no posee lenguaje, sino que lo va adquiriendo poco a poco como parte del desarrollo cognitivo.

Considerando además, que los primeros pensamientos inteligentes del niño, no pueden expresarse en lenguaje debido a que sólo existen imágenes y acciones físicas. Él llama habla egocéntrica a la primera habla del niño porque la usa para expresar sus pensamientos más que para comunicarse socialmente con otras personas. Simplemente son reflexiones de sus propios pensamientos e intenciones. Podría aseverarse, entonces que el habla egocéntrica precede al habla socializada.

Para Piaget, el desarrollo de los esquemas es sinónimo de la inteligencia, elemento fundamental para que los seres humanos se adapten al ambiente y

puedan sobrevivir, es decir, que los niños y las niñas desde que nacen construyen y acumulan esquemas como consecuencia de la exploración activa que llevan a cabo dentro del ambiente en el que viven, y donde a medida que interactúan con él, intentan adaptar los esquemas existentes con el fin de afrontar las nuevas experiencias. Una de las perspectivas de Piaget es que el aprendizaje empieza con las primeras experiencias sensoriomotoras, las cuales son fundación del desarrollo cognitivo y el lenguaje, donde el aprendizaje continúa por la construcción de estructuras mentales, basadas éstas en la integración de los procesos cognitivos propios donde la persona construye el conocimiento mediante la interacción continua con el entorno.

Para que el niño alcance su desarrollo mental, es fundamental, por lo tanto que transiten desde su nacimiento diferentes y progresivas etapas del desarrollo cognitivo, etapas que no puede saltarse ni pueden forzarse en el niño a que las alcance con un ritmo acelerado. Estas etapas Piaget las denomina: Etapa sensorio-motriz; inicia con el nacimiento y concluye a los 2 años, etapa preoperacional: de los 2 años hasta los 6 años, etapa de operaciones concretas: de los 7 años a los 11 años, etapa de operaciones formales: 12 años en adelante.

Propuso, además dos tipos de lenguaje que ubicó en dos etapas bien definidas: la prelingüística y la lingüística. Se concluye que esta perspectiva psicolingüística complementa la información aportada por los innatistas en el sentido de que junto

a la competencia lingüística también es necesario una competencia cognitiva para aprender y evolucionar el dominio del lenguaje, lo que contribuye a documentar no sólo la creatividad del sujeto en la generación de las reglas, sino la actividad que le guía en todo ese proceso.

El intento mas importante de comprender la formulación de Piaget es la presentada por Vygotsky. Los estadios iniciales de desarrollo en la formulación no son tan diferentes de los propuestos por Piaget. Para Vigotsky, la adquisición del lenguaje proporciona el soporte fundamental para el problema de la relación entre el aprendizaje y el desarrollo. Al internalizarse el discurso, el lenguaje contribuye a organizar el pensamiento del niño. Y no sólo eso, si no que el lenguaje introduce cambios cualitativos a varias funciones psicológicas, tales como la percepción, las operaciones sensoriomotrices y la atención, tanto en la forma como en su relación con otras. Para éste autor, el aprendizaje infantil comienza mucho antes de que el niño llegue a la escuela, a partir del contacto con los adultos. Para él, aprendizaje y desarrollo están interrelacionados desde los primeros días de vida.

Vygotsky asume que las características innatas del niño conducen a dos desarrollos simultáneos pero paralelos: pensamiento y lenguaje. En el lado del lenguaje, el niño esta produciendo y controlando los sonidos, los tonos y numerosas palabras del lenguaje de la cultura local. Al mismo tiempo, a través de la fase sensomotora del desarrollo, el niño está iniciando la acción sobre los

objetos en el mundo real y desarrollando sus propios modelos de pensamiento sensoriomotor. (Musitu, 1984).

Así pues para Vygotsky la herramienta psicológica más importante es el lenguaje oral ó escrito, ya que es el medio de comunicación en las interacciones sociales. Para Vygotsky, el lenguaje se convierte en una habilidad intrapsicológica y por lo tanto, en una herramienta con la que pensamos y controlamos nuestro comportamiento.

El lenguaje es la herramienta que posibilita el cobrar conciencia de uno mismo y el ejercitar el control voluntario de nuestras acciones. Ya no imitamos simplemente la conducta de lo demás, ya no reaccionamos simplemente al ambiente, con el lenguaje ya tenemos la posibilidad de afirmar o negar, lo cual indica que el individuo tiene conciencia de lo que es, y que actúa con voluntad propia.

El lenguaje es la forma primaria de interacción con los adultos, y por lo tanto, es la herramienta psicológica con la que el individuo se apropia de la riqueza del conocimiento. Además el lenguaje esta relacionado al pensamiento, es decir a un proceso mental.

Por último mencionaremos al Dr. Juan E. Azcoaga, quien propone que la adquisición del lenguaje es un proceso de aprendizaje fisiológico que comprende

tres estadios de la comunicación, uno de ellos es prelingüístico y los otros dos lingüísticos. El primer estadio de la comunicación se extiende aproximadamente hasta el año de edad y comprende todas las etapas preparatorias para la adquisición del lenguaje: dos periodos sucesivos del juego vocal (propioceptivo y propioceptivo-auditivo respectivamente) y la progresión en la comprensión del lenguaje. Son las etapas de la adquisición de los estereotipos fonemáticos y su paso a los estereotipos motores verbales y de adquisición de los estereotipos verbales.

El segundo estadio – lingüístico, se extiende hasta los cinco años aproximadamente. En el aspecto neurofisiológico lo que caracteriza a ésta etapa es la adquisición progresiva de estereotipos motores verbales en un activo proceso analítico-sintético que tiene como principal elemento el analizador cinestésico-motor verbal. También aumenta significativamente la adquisición de estereotipos verbales que por un proceso neurofisiológico similar, de activo análisis y síntesis, en el que participa el analizador verbal, amplían considerablemente la capacidad de comprensión del lenguaje.

Estos procesos neurofisiológicos se manifiestan en el aspecto lingüístico en una acelerada progresión que incorpora más fonemas y ajusta la prosodia en los adultos. Pero además de la integración del sistema fonológico y la melodía de la lengua hay un sucesivo tránsito en la adquisición de los complejos sistemas gramaticales. Desde el monosílabo intencional hasta la frase completa con sus

términos, el niño pasa por varios niveles en los que podemos considerar por separado la gradual complejidad sintáctica y la incorporación semántica.

La ampliación de los aspectos gramaticales semióticos se aprecia en el mismo discurso infantil del que, una parte el monólogo del juego constituye el material que se va interiorizando en el curso de esta etapa y aun más allá de ella hasta constituir el lenguaje interno o parte discursiva del pensamiento. Este aspecto gramatical, a su vez, está en dependencia del nivel fisiológico de la actividad analítico – sintética del analizador verbal.

El tercer estadio corresponde de los 6 a los 12 años aproximadamente. Los aspectos neurofisiológicos solo son evidentes en las situaciones que crea la patología, puesto que las actividades analítico – sintéticas de los analizadores cinestésico-motor verbal y verbal, respectivamente. Esta etapa se caracteriza por una gran ampliación cuantitativa de los aspectos gramaticales sintáctico y semántico. En el aspecto psicológico la realización de operaciones concretas se caracteriza por nuevos rasgos cualitativos, como son la capacidad de seriación y la de reconocer la existencia de coordenadas espaciales correspondientes a los objetos del ambiente.

En ésta tercera etapa se acentúa más la participación de lo lingüístico y racional con relación a lo afectivo, cuando el niño cursa su periodo escolar, en condiciones normales, con los rasgos impuestos por la socialización.

La participación de los contenidos afectivos en la comunicación y en el aspecto lingüístico de ella e igualmente, la parte que le corresponde a los aspectos

lingüísticos y racionales, en el lenguaje puede llegar a disociarse en condiciones patológicas, como señalaremos en nuestro siguiente capítulo.

En resumen y de acuerdo a los autores anteriormente citados, hemos visto que el lenguaje humano es un sistema flexible de símbolos que nos permite comunicar ideas, pensamientos, y sentimientos; y que los niños aprenden con facilidad el vocabulario de su lengua materna, lo mismo que las intrincadas reglas para combinar las palabras y formar oraciones. Para dar explicación a el desarrollo del lenguaje presentamos diversas teorías que hemos analizado con autores como: Skinner, él pensaba que el niño aprende por ensayo y error. Para él la adquisición del lenguaje nace de la convivencia que se tiene con los padres así como de otras personas que conviven con el niño, de donde escuchan sus primeras emisiones y el balbuceo y se ven reforzados por emitir los sonidos más parecidos al habla del adulto. Chomsky a diferencia de Skinner sostiene que el niño nace con una predisposición a la adquisición del lenguaje: mecanismo interno para procesar el habla. Es decir, la predisposición permite al niño entender las reglas básicas de la gramática, interpretar la escucha y construir oraciones nuevas, cree que el cerebro humano está especialmente configurado para detectar y reproducir el lenguaje y que la capacidad de formar y entender lenguajes es innata en todos los seres humanos. Por su parte, Piaget basa sus teorías sobre el supuesto de que desde el nacimiento los seres humanos aprenden activamente, aún sin incentivos exteriores. Es decir las características innatas del niño conducen a acciones del

niño sobre los objetos en el mundo real lo cual también nos conduce al pensamiento como parte de la inteligencia sensomotora, esto a su vez conduce al lenguaje que Piaget lo define como; una herramienta que es utilizada para expresar los pensamientos del niño. Como lo hemos mencionado anteriormente Vygotsky retoma la teoría aportada por Piaget determinando que la herramienta psicológica más importante es el lenguaje (oral ó escrito), ya que es el medio de comunicación en las interacciones sociales. La teoría expuesta por el Dr. Juan E. Azcoaga, considera que la adquisición del lenguaje es un proceso de aprendizaje fisiológico que comprende tres estadios de la comunicación, uno de ellos es prelingüístico y los otros dos lingüísticos. Por lo que en el Centro de Rehabilitación Integral Hidalgo la teoría del Dr. Juan E. Azcoaga junto con las expuestas por Piaget y Skinner son uno de los pilares más importantes para el establecimiento de diagnósticos y tratamientos de los problemas de lenguaje.

En el siguiente capítulo se mencionan los diversos trastornos del lenguaje que se pueden presentar en la infancia. Se presentan de modo sucinto las características del manejo rehabilitatorio. Señalándose junto a sus particularidades, aspectos de su evaluación y tratamiento.

CAPÍTULO 4

“PROBLEMAS DEL LENGUAJE”

“La cultura es algo que pertenece al mundo, es quizás como el lenguaje,
algo que pertenece a la especie humana...”
Che.

Una vez señalados los antecedentes del lenguaje, a continuación nos enfocaremos a la descripción de los problemas de lenguaje y para ello comenzaremos por mencionar, ¿Qué es un problema de lenguaje? Un niño posee un problema de lenguaje cuando inicia su habla tardíamente, a pesar de haber vivido en un ambiente suficientemente estimulante o bien cuando presenta un desfase en la elaboración del lenguaje en relación con la edad cronológica habitual de las adquisiciones. (Nieto M. 1988).

Según Dale en 1990 los problemas de lenguaje son muy comunes hoy en día y deben diagnosticarse oportunamente para comenzar lo antes posible su tratamiento correspondiente de rehabilitación. Por ello es necesario actuar con prontitud para ayudar a disminuir el riesgo de que queden secuelas en el proceso del lenguaje y/o aprendizaje, esto consta de tres partes:

1. Recepción o decodificación.- Es la capacidad de interpretar las percepciones de los órganos de los sentidos. Si es del lenguaje oral, por medio de la percepción auditiva, a través del oído recogemos los sonidos y les damos un significado.

Entre los problemas de recepción encontramos las hipoacusias o déficit auditivo hasta la sordera o anacusia. Existen dos tipos de hipoacusia: conductiva y neurosensorial que a su vez se clasifican en unilateral o bilateral.

2. Integración, asociación, comprensión u organización.- Es la capacidad de relacionar y manejar de manera lógica los símbolos visuales y auditivos; es la facultad de entender o formar conceptos.

3. Expresión o Codificación.- Es la capacidad de reproducir correctamente las palabras con una articulación conveniente. Ésta se alcanza por el buen funcionamiento de los órganos articulatorios que intervienen en la pronunciación de los fonemas: labios, dientes, lengua, paladar duro, velo del paladar y mejillas, así como la laringe, faringe, cavidad nasal y sistema respiratorio. (Dale P, 1990).

Entre los problemas de expresión que son los más comunes o evidentes, encontramos: La dislalia, una alteración en la producción de un fonema o sonido que se debe a una incoordinación sensorio-motriz es decir los movimientos de la cavidad oral o auditivo-articulatoria, la discriminación de los fonemas similares. La disfemia o tartamudez es una alteración del habla caracterizada por trastorno en el ritmo del lenguaje oral y la respiración.

Para Ajuriaguerra (1981), nuestra escritura, actividad convencional y codificada, es el fruto de una adquisición. Está constituida por signos que por su forma no tienen ningún valor directamente simbólico. Es simbólica en relación con la significación que el sujeto adquiere por el aprendizaje. A la vez, esta modalidad es gnosia (reconocimiento) - praxis (ejecución) y lenguaje, producto de una actividad psicomotriz y cognoscitiva sumamente complicada en la cual intervienen varios factores como son, entre otros, la maduración general del sistema nervioso; el desarrollo psicomotor general, sobre todo en lo concerniente al sostén tónico, a la coordinación de movimientos y de las actividades minuciosas de los dedos y la mano; y la adecuada estructuración de las habilidades comunicativas y el manejo del espacio.

De acuerdo a Cardona y otros autores (1989), en el campo educativo la acción del Terapeuta del Lenguaje, debe estar encaminada principalmente a la prevención, definida como la eliminación de los factores que interfieren en la adquisición normal de los aprendizajes escolares y en el desarrollo del lenguaje y las habilidades comunicativas.

Los principales trastornos de lenguaje tratados en el CRIH están basados en la siguiente clasificación hecha por el Dr. Juan E. Azcoaga, a continuación se muestra la descripción clínica de los trastornos de lenguaje:

RETARDO LECTOGRÁFICO GNOSICOPRÁXICO

En el retardo gnosicopráxico las alteraciones comprometen al aprendizaje de la lectoescritura, sobre todo automática, pero también parcialmente la comprensiva.

Los síntomas que se presentan en el aprendizaje de la lectura son: las alteraciones advierten tanto en la lectura oral como en la silente. Estas alteraciones obedecen a las perturbaciones de la actividad analítico- sintética en los analizadores que intervienen en la organización de las gnosias visuespaciales y temporoespaciales. Como los problemas principales surgen de la discriminación de las formas de las letras, los síntomas se originan en el nivel grafemático. Se “confunden” las letras de similar configuración. Las confusiones más comunes en imprenta son: entre b y d, t y q, b y p, d y q, ó d y p, e y a, m y n, n y u, l y b, a y o, ch y cl, g y q, y y h, u y m, h y k, h y ch (Azcoaga, 1987).

Las trasposiciones de las sílabas aparecen en las palabras polisílabas: por ejemplo, “sopala” por “solapa”. En el nivel polisilábico es visible el deletreo o el silabeo por las dificultades que plantea la discriminación de la forma de los grafemas, en el nivel monosilábico, como en la lectura, se registran también transposiciones de grafemas, tal es el caso de se por es y otros similares cuya manifestación depende del tipo de escritura que practiquen los niños.

En el nivel polisilábico se advierte algo similar en las transposiciones de sílabas. Y cuando copian ya sea en imprenta o en cursiva, repiten los mismos errores observados en el dictado (o más aún) copian en imprenta o en cursiva pero no logran escribir completamente en cursiva, lo hacen mezclando los dos tipos de letra, si leen toda la palabra repiten los mismos errores de sustitución, en el nivel de conjuntos silábicos se añaden omisiones y sustituciones en la copia de conjuntos polisilábicos de palabras aún de renglones completos, por la misma deficiencia de la utilización del espacio gráfico general. Entre las alteraciones más frecuentes se encuentran las siguientes:

- Orientación invertida del trazo circular
- Deficiente unión entre grafemas de formas curvadas y rectilíneas, lo que origina selladuras y superposiciones.
- Formas gráficas deformadas o desproporcionadas entre si o aplastadas.
- Grafismo excesivamente apretado o extendido, con trazos rígidos y mala diferenciación de los espacios.
- Introducción de elementos superfluos, omisión de trazos.
- Irregularidad de los espacios entre palabras, trazos y a veces hasta rotura de la hoja, producto de la falta de habilidad práxica.
- Rotación de letras.
- Falta de adecuación al renglón y a los márgenes del espacio gráfico.

- Superposición de letras.
- Escritura de espejo, parcial, que interfiere en la codificación normal.
- Omisión o agregado de elementos pero por consolidación insuficiente del estereotipo gráfico.

Las fallas de comprensión de la lectura se hacen más evidentes tanto cuando el niño hace la lectura oral como silente. La deficiente interiorización de gnosias y praxias, constructivas y gráficas, puede operar negativamente en el aprendizaje por la propia manipulación y por influencia que puede ejercer en la organización del pensamiento.

RETARDO LECTOGRÁFICO AFÁSICO

Se caracteriza por una dificultad en la actividad combinatoria relacionada con la elocución del lenguaje, la secuela de retardo lectográfico afásico implica, por esa misma actividad combinatoria de ese análisis, una correspondiente dificultad en todas las síntesis que lo involucren, por ésta razón la secuela, aunque haya sido superada prácticamente para las funciones lingüísticas, tiende a repercutir en el aprendizaje de la lectoescritura. (Azcoaga 1987).

Las confusiones de los grafemas pueden ser no sólo resultado de las dificultades de la síntesis sino que pueden responder a perseveraciones de grafemas que fueron reconocidos o emitidos anteriormente.

Las dificultades en el nivel monosilábico aparecen por las perturbaciones para lograr las síntesis silábicas. Laboriosos deletreos se continúan con latencias hasta que se logra integrar la sílaba. En los casos más severos no pueden estos niños superar el deletreo. Además se presentan las siguientes dificultades:

- Deletreo monosilábico sin integración de la palabra entera.
- Deletreo y silabeo monosilábico con integración de la palabra entera.
- Silabeo sin integración.
- Supresión de una letra, especialmente consonante, en las sílabas directamente mixtas o complejas.
- Trasposición de letras, especialmente en sílabas directas y mixtas.
- agregado de sílabas que llevan a la conformación de una palabra conocida por el niño.
- Agregados de sílabas o letras por perseveración.
- La escritura espontánea es la más perturbada debido a que al autodictarse el niño establece una correspondencia de estereotipos fonemáticos y grafemáticos insuficientemente internalizados.
- El dictado ocupa el segundo lugar en orden de dificultades porque el modelo auditivo correcto de la persona que dicta opera como una facilitación.

La comprensión es peor en la lectura silenciosa que en la oral. Puede dar como resultado una completa falta de comprensión. La falta de refuerzo del estímulo auditivo de la propia voz. Las dificultades de comprensión de la lectura oral, tanto la que la ejecuta el niño como la que hace otra persona, son similares. La razón reside en que ambas reposan en la falta de la comprensión lingüística que es típica del síndrome afásico. Las dificultades de organización del lenguaje interno que vienen dándose desde el periodo preoperatorio con las consiguientes perturbaciones en la organización de raciocinios elementales, inciden ya desde antes de la escolaridad en la capacidad de clasificación, seriación, correspondencia, equivalencia y comprometen la adquisición de las nociones conjuntísticas en general.

RETARDO LECTOGRÁFICO ANÁRTRICO

En la secuela de retardo lectográfico anártrico se advierte un compromiso de los aspectos automáticos de la lectura y de la escritura. Estas perturbaciones resultan del bajo nivel funcional analítico – sintético, los niños tienen afectado el aprendizaje de los aspectos fonológico y sintáctico del lenguaje. Al llegar a la escuela puede ser que hayan superado, la totalidad de sus dificultades de elocución. Sin embargo, lo que persiste es el bajo nivel intencional del analizador cinestésico – motor verbal. Los trastornos fonológicos incidirán en la lectura oral y ortografía.

En el nivel grafemático de la lectura oral es evidente la magnitud de las dificultades con relación a los niveles subsiguientes. Se observan sustituciones en los grafemas con similar punto de articulación pero de sonoridad diferente. Tales son los casos de p y b, t y d, f y v, s y, l y n, k y g. También hay sustituciones de grafemas que con distinto punto de articulación, tienen en común ser sonoros o sordos, así son los casos de t y c, d y g, p y c, f y j.

En el nivel monosilábico las latencias hacen de la lectura oral un deletreo con integro silábico que se realiza a expensas de una prolongación fónica de la consonante. Esto se presenta en todos los tipos de sílabas y suena como el agregado insinuado de una vocal intermedia, por ejemplo “bula” por “bla”, (la “u” contamina la emisión de la “b”).

En el nivel de conjuntos polisilábicos se registran los mismos síntomas que se dan como lectura silabeada con ocasionales deletreos, lentificada y disprosódica, con sustituciones grafemáticas y trasposiciones silábicas.

En la lectura por señalamiento se nota que éstos niños tienen capacidad para señalar correctamente tanto grafemas aislados como monosílabos, polisílabos y conjuntos de polisílabos. Por consiguiente sólo hay dificultades en la lectura oral.

En el nivel monosilábico a las sustituciones grafemáticas, se añaden vocales iniciales con las mismas características observadas también en la lectura oral: “pa” se escribe “apa”.

Esto se presenta en las sílabas directas y mixtas (la causa reside en que se autodictan con la misma organización fonética incorrecta que ha sido descrita). También se añaden vocales en sílabas inversas y mixtas y en las complejas y vocales intermedias, en las sílabas complejas, por ejemplo, “ele” por “e”.

En el nivel polisilábico las dificultades en la síntesis entre sílabas se expresan de diversas formas:

- En polisílabos formados por sílabas inversas y directas o por sílabas mixtas o directas, se omite la consonante final de la primera sílaba o menos frecuentemente, la consonante inicial de la segunda; por ejemplo “alto” se escribe “ato” ó “alo”.
- En los polisílabos formados por sílabas inversas y complejas o por sílabas mixtas y complejas es frecuente la omisión de la consonante final de la primera sílaba o la consonante líquida de las sílabas complejas ó ambas; “antro” se escribe “atro”, “ato”, ó “anto”.
- En las combinaciones de sílabas complejas y directas generalmente se omite la consonante líquida: “plato” se escribe “pato”.
- En las palabras polisilábicas con sílabas complejas con consonante final y sílabas directas iniciales, tanto la consonante líquida como final pueden resultar omitidas: “trenza” se escribe “tenza” ó “treza”.
- En las sílabas mixtas con dos consonantes finales, seguidas de sílaba directa quedan omitidas una de las dos consonantes finales de la sílaba mixta o ambas: “consta” se escribe “costa”, “conta”.

La comprensión de lo leído no muestra alteraciones ni en la lectura oral ni en la silente, aunque ésta última puede dar un rendimiento superior.

Esto se debe a que la lectura oral obliga al esfuerzo articulatorio de algunos grafemas y ello intercepta la capacidad de atención necesaria para captar los significados. Se advierte que la patógena anártrica lleva una modificación del curso normal del aprendizaje de la lectura pues todos los niños inician la lectura oral y pasan luego a la silente, seguido de los progresos de la comprensión.

Los problemas de lenguaje señalados anteriormente son evaluados en el CRIH, a través del Área de Comunicación Humana basados en cuatro estudios:

FONOLÓGICO: se realiza a través de una tabla de logopedia.

SEMÁNTICO: se cuestionan conocimientos generales; funciones y partes del cuerpo.

MORFOSINTÁCTICO: se realiza a través de láminas, donde evalúan sustantivos, adjetivos etc.

PRAGMÁTICO: se valora la comunicación, de acuerdo al ambiente en el que se encuentre, noción temporoespacial.

RESUMEN:

Como podemos constatar un niño posee un problema de lenguaje cuando inicia su habla tardíamente, a pesar de haber vivido en un ambiente suficientemente estimulante o bien cuando presenta un desfase en la elaboración del lenguaje en relación con la edad cronológica habitual de las adquisiciones.

Los trastornos que se presentan con mayor frecuencia en los niños de 6 a 12 años en el Centro de Rehabilitación Integral Hidalgo son los establecidos en la clasificación del Dr. J. Azcoaga: retardo de lenguaje anártrico, retardo de lenguaje afásico, retardo de lenguaje, gnosicopráxico los cuales son evaluados a través de cuatro estudios; fonológico, semántico, morfosintáctico y pragmático respectivamente.

CAPÍTULO 5

“TERAPIA DE LENGUAJE”

“Educar es depositar en cada hombre toda la obra humana que lo a antecedido es hacer a cada hombre resumen del mundo viviente hasta el día en que se vive; es ponerlo debajo de su tiempo con lo que no podrá salir a flote, es preparar al hombre para la vida.
José Martí.”

La Terapia del Lenguaje, Fonoaudiología o Logopedia es la disciplina profesional de la ciencia de la Comunicación Humana y sus desórdenes, cuyo objeto de estudio es el proceso de interacción comunicativa del hombre, entendido como el intercambio de mensajes en forma intencional y relevante entre dos o más participantes conscientes, está orientado a la aparición de una conducta o actitud cognitivo - comunicativa concertada que permita el acceso al conocimiento. El cual comprende la integración de cuatro estructuras principales: neurológica, psicológica, lingüística y social. Esta red de alta complejidad posibilita la codificación y descodificación del acto comunicativo, traduciendo en palabras parte del pensamiento del individuo. Su objetivo es buscar el bienestar comunicativo de las personas que propicie un adecuado desempeño social y educativo.

El Terapeuta del Lenguaje, Fonoaudiólogo o Logopeda participa en la planeación y ejecución de acciones comunitarias de prevención, detección, diagnóstico e intervención en las áreas de lenguaje, habla y audición, con base en criterios científicos sólidos, propios o producto del desarrollo inter o transdisciplinario e instrumentación especializada, en los contextos educativo, industrial y de salud.

Igualmente se interesa por realizar investigaciones que contribuyan al fortalecimiento cognoscitivo y ético de su profesión. (DeFleur, 1990).

Dentro de las actividades que le conciernen al terapeuta del lenguaje, se encuentran: Comprensión y explicación de los fenómenos y problemas de la comunicación humana y sus desórdenes. Promoción de la salud comunicativa y prevención de los desórdenes de comunicación que deterioran la calidad de vida. Interpretación y generación de información epidemiológica de la discapacidad y de los factores protectores y de riesgo asociados a la salud comunicativa.

Una de las ayudas que puede ofrecer un Fonoaudiólogo, Terapeuta del Lenguaje o Logopeda es proporcionar modelos adecuados para hacer participar a la madre y al padre, proponerles que se acerquen y le hablen al hijo, promoviendo la recuperación del diálogo entre los padres y el niño, sobre todo en el caso de niños con discapacidades severas. La competencia comunicativa se adquiere desde la infancia. Los padres se convierten en interlocutores de las necesidades y afectos de su hijo y le ofrecen el modelo para el aprendizaje de estructuras lingüísticas, mucho antes de que el niño pueda hablar.

Resumen:

El objeto de estudio en la terapia de lenguaje es habilitar y rehabilitar el proceso de interacción comunicativa del hombre, entendido como el intercambio de mensajes en forma intencional y relevante entre dos o más participantes conscientes, está orientado a la aparición de una conducta o actitud cognitivo - comunicativa concertada que permita el acceso al conocimiento. A continuación mencionaremos las características y los procedimientos del manejo rehabilitatorio de los niños de 6 a 12 años que presentan problemas de lenguaje en el CRIH dentro del área de terapia de lenguaje.

SERVICIO DE TERAPIA DE LENGUAJE EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL HIDALGO

El servicio de terapia de lenguaje, brinda atención a la población de 3 a 100 años de edad que así lo soliciten de las 8:00 a las 20:00 horas, de lunes a viernes, proporcionando atención integral oportuna y de calidad, para mejorar su capacidad de comunicación.

Son las acciones, oportunas y eficientes realizadas por el terapeuta del lenguaje dirigido a rehabilitar la capacidad de comunicación de la población con trastornos de la audición, alteraciones del lenguaje y problemas de aprendizaje estableciendo diagnóstico y tratamiento oportuno con satisfacción del paciente y familiar.

MISIÓN

Brindar atención cordial, oportuna y de calidad para mejorar la comunicación de personas con trastornos de la audición, alteraciones de lenguaje y problemas de aprendizaje a través de la intervención terapéutica, propiciando una integración a su entorno social.

VISIÓN

Dar atención grupal, individual y asesorías en óptimas condiciones dentro de un ambiente propicio de ética y profesionalismo en un inmueble de alta calidad con tecnología de punta.

OBJETIVO DEL SERVICIO

Desarrollar la capacidad de comunicación de los pacientes que acuden al servicio de terapia de lenguaje a través de los métodos y procedimientos adecuados, oportunos y de calidad que les permita integrarse a la sociedad.

METAS

1. El servicio de terapia de lenguaje, brindará atención al 1000 % de la población de 3 a 100 años de edad, que así lo solicite en un horario de 8 a 20 horas, de lunes a viernes. Proporcionando una atención integral de calidad y eficacia.
2. Ingresar al paciente estableciendo tipo y tiempo de tratamiento de acuerdo a su patología.
3. Que el tiempo de espera en el servicio de terapia de lenguaje sea igual o inferior a 15 minutos.
4. A través del área de control y archivo se llevará un registro del 100% de los pacientes que ingresan al servicio.

POLÍTICAS

- coordinación entre el servicio de Comunicación Humana y Terapia de lenguaje.
- El médico en comunicación humana es el único autorizado para canalizar a los pacientes a terapia de lenguaje.
- De acuerdo a la patología se establece tipo de tratamiento.

- En los lugares donde exista Unidad Básica de Rehabilitación y cuente con el servicio de terapia de lenguaje, el paciente será canalizado a dicha institución para continuar su tratamiento.

DIAGRAMA

PROVEEDOR	ENTRADA	PROCESO	USUARIO	SALIDA
Médico en comunicación humana.				
	<ul style="list-style-type: none"> - Recepción de paciente. - Verificar en su carnet el envío por el médico en comunicación humana. - Anotar día y hora de la cita de primera vez 			

		- Recibir al paciente con su carnet y recibo de pago.		
			- Alta a su domicilio con indicaciones terapéuticas. -Altas voluntarias - defunción	
				Paciente de 3 a 100 años.

PROCESO DE INGRESO A TERAPIA DE LENGUAJE

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	MÉDICO EN COMUNICACIÓN HUMANA	Refiere a terapia de lenguaje al paciente para que el servicio de terapia otorgue cuatro días y sesiones.
2	TERAPEUTA DE LENGUAJE	Revisión del tarjetón de indicaciones médicas otorgándole al paciente sus días, horario e ingreso a tratamiento así como, los lineamientos del servicio.
3	CAJA	El paciente paga su cuota y se envía al paciente a toma de signos vitales, después a recibir sus terapias.
4	TERAPEUTA DE LENGUAJE	Se recibe al paciente, se le pide su recibo de pago y su carnet. Se localiza el tarjetón se revisa indicaciones.
5	TERAPEUTA DE LENGUAJE	Se realiza valoración al paciente en el área de tratamiento, se le otorga

		la enseñanza de acuerdo a las indicaciones.
6	TERAPEÚTA DE LENGUAJE	Se realiza la terapia indicada para cada paciente.
7	TERAPEÚTA DE LENGUAJE	Se realizan las eventualidades y comentarios en el tarjetón dentro del expediente.
8	TERAPEÚTA DE LENGUAJE	Llenar el formato de consultas otorgadas diariamente y entregar a la secretaria de coordinación médica.
9	FIN DEL PROCESO.	

INGRESO DE PACIENTES SUBSECUENTES A TERAPIA DE LENGUAJE

NO	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
	CAJA	El paciente paga su cuota, se envía al paciente a toma de signos vitales, después a recibir sus terapias.
	TERAPEUTA DE LENGUAJE	Se recibe al paciente, se le pide su recibo de pago y carnet. Pasa al área de tratamiento.
		Supervisa el tratamiento del paciente auxiliándolo en sus procedimientos.
		Se registran las eventualidades y comentarios en el tarjetón, dentro del expediente.
		Llenar el formato de consultas otorgadas diariamente y entregar a la secretaria de la coordinación médica.
		Al término de las sesiones, se realiza nueva valoración al

		paciente y se registran las sugerencias y observaciones a su medico tratante.
		Decide si continua o finaliza sesiones.
		Si continua en terapia de lenguaje, se realiza la operación desde el punto numero uno.
		Fin del proceso.

Dentro del área de terapia de lenguaje se encuentra el servicio de tecnología adaptada; el cual proporciona terapias para las personas discapacitadas del centro de rehabilitación Integral de Hidalgo, a través de programas de cómputo especializados en los problemas de lenguaje.

Consideramos importante mencionar el área de tecnología adaptada pues es un apoyo del área el servicio antes mencionado.

SERVICIO DE TECNOLOGÍA ADAPTADA EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL HIDALGO

Los CTA's Centros de Tecnología Adaptada surgen en nuestro país a partir de 1987 en Yucatán como un proyecto piloto de DIF Nacional y IBM empresa de equipo computacional a nivel internacional, y se crea de la necesidad de incorporar las nuevas tecnologías de la informática para el tratamiento de patologías discapacitantes en especial las relacionadas con las alteraciones de voz y de lenguaje. Hoy, en el país existen 28 CTA's los cuales atienden a un número considerable de pacientes. El programa esta operando de manera interinstitucional entre el Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia, IBM y los DIF estatales.

OBJETIVO:

El centro de tecnología adaptada a través de una base de datos llamada "integral", proporciona terapias para las personas discapacitadas usuarios del centro de rehabilitación.

USUARIOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN:

Personas con discapacidades en general, médicos y paramédicos del centro de rehabilitación integral.

SERVICIOS PARA:

Invidentes y débiles visuales, problemas de lenguaje y sordomudos, problemas neuromotores y parálisis cerebral, problemas de deficiencia mental.

PERSONAL OPERATIVO:

Personal médico, medicina física y rehabilitación neurología.

PERSONAL PARAMÉDICO:

Psicología, terapia de lenguaje, terapia ocupacional.

CRITERIOS DE INGRESO:

Usuarios con discapacidad visual, auditiva, intelectual y neuromotora, personas de la tercera edad sana, edad de dos años en adelante, previa consulta médica con médico especialista.

El CTA es un espacio preparado para trabajar con herramientas modernas que nos permiten explorar las habilidades existentes y desarrollar las que no estén presentes en cada una de las personas que reciben atención de acuerdo a sus necesidades y características individuales. (Libro Cta 2003).

En el CRIH el área fue abierta en el año 2001 y Cuenta con siete ordenadores (monitor, teclado, CPU, bocinas, micrófono, y regulador) con programas de Windows Milenio:

Speech Viewer: Brinda todos los temas que se pueden aplicar a personas hipoacúsicas que requieren una imagen para saber si hay sonido, el momento en que su voz suena, la intensidad del sonido, el ritmo y la duración de la respiración, la fuerza de la emisión y la corrección al pronunciar cada fonema; es de gran importancia que el paciente pueda observar su propia voz convertida en imagen y color.

SpeechViewer es una poderosa herramienta la cuál transforma palabras o sonidos hablados en atractivos gráficos. SpeechViewer III incrementa la efectividad de la terapia del habla y lenguaje en las personas que presentan dificultades de lenguaje, habla y audición.

Se pueden elegir de entre una docena de ejercicios, cada ejercicio responde a la voz con una inmediata, clara y valiosa respuesta además de una excelente animación que refuerza la terapia cuando se responde adecuadamente.

El software incorpora gráficos, un menú completo de acceso a los ejercicios clínicos y tiene la característica de poder grabar los fonemas ya sean palabras, frases o sonidos. Incorporación de funciones de administración clínica que permite a los terapeutas el manejo más fácil de la documentación de un paciente.

SpeechViewer III esta diseñado para ayudar y cubrir un amplio rango de edades y discapacidades como: Problemas de lenguaje y habla, parálisis cerebral, retraso mental, daño cerebral traumático, y desordenes del habla a causa de accidentes.

Resulta ideal para el uso de los profesionales de terapia de rehabilitación y maestros de educación especial.

Algunos ejercicios de SpeechViewer III son: Control de tono, intensidad, sonoridad, duración de la voz, análisis de espectros, pronunciación de fonemas y otros más.

Micromundos: Provee ejercicios atractivos que le divierten al tiempo que estimulan su creatividad especialmente en los niños con problemas de aprendizaje, percepción visual y atención.

Vía Voice: Facilita la labor de comprobar la calidad de la producción vocal en personas con alteraciones del habla, así como el dictado de textos para quienes no pueden usar sus manos sobre el teclado.

ViaVoice para Windows, es ideal para usuarios que desean dictar directamente a la computadora. Con ViaVoice para Windows es posible dictar directamente sobre el procesador de textos integrado SpeakPad, o directamente al popular Microsoft Word 97 o Word 2000.

Enciclopedia Infantil Omnia Junior: Es un programa de cuatro CDS que se puede usar a partir de los cuatro años, permite estimular diferentes áreas, como

por ejemplo: crear sus propios cuentos haciendo uso de sus ideas, así como el manejo de los cuentos tradicionales, armar rompecabezas, jugar con formas y colores, dibujar, colorear, leer, contestar preguntas; actividades que desarrollan todas las capacidades de los pequeños para la adquisición de la lectoescritura y la superación de algunos de los problemas más comunes en ésta área.

El manejo de los programas y la paquetería instaladas en éstos equipos, corresponde parcialmente a los especialistas de lenguaje: Médico en Comunicación Humana, cuatro terapeutas de Lenguaje, quienes determinan a que paciente se le ofrecerá atención dentro del Centro de Tecnología Adaptada, además de los programas más adecuados para cada uno de ellos.

El personal que hace uso de éstos equipos ha sido capacitado en el manejo de los aparatos, de los paquetes y del área en general para trabajar con el máximo de eficiencia y los menores riesgos que sean posibles. La ubicación del equipo permite trabajar en forma individual o grupal, de acuerdo a las características de los pacientes. Estos programas han sido seleccionados específicamente para el tipo de problemas que se atienden en el CRIH, y en su mayoría son del área de lenguaje, clasificados de la siguiente manera:

- Alteraciones de lenguaje no especificadas.
- Retardo lectográfico anártrico
- Retardo lectográfico afásico
- Retardo lectográfico gnosicopráxico

CAPÍTULO 6

“DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN”

“Ayudar al que lo necesita no solo es parte del deber, sino de la felicidad”
José Martí.

Se dice que una persona tiene una discapacidad si física o mentalmente tiene una función básica limitada respecto a la media o anulada por completo. La discapacidad constituye un problema de salud por su impacto sobre la calidad de vida de las personas afectadas, su repercusión sobre la familia, y los recursos que debe destinar la sociedad para su atención.

El impacto negativo de la discapacidad, es una realidad social. Algunos grupos de población con discapacidad soportan niveles de exclusión y factores de discriminación especialmente lacerantes, es decir la situación de muchas personas con discapacidad y sus familias se caracteriza por la exclusión social más severa, la pobreza, la discriminación y ausencia de igualdad efectiva de oportunidades.

Mujeres con discapacidad, personas de poblaciones indígenas, con pluridiscapacidad, niñas y niños, personas que no pueden representarse a sí mismas, que habitan en áreas rurales o apartadas en los centros de influencia social y económica o que soportan estigmas sociales como las personas con enfermedad mental son algunos de los grupos que, además del factor de

exclusión de la discapacidad, suman otros factores que multiplican los efectos de discriminación y marginación haciéndolos sumamente vulnerables y por lo tanto sujetos prioritarios de atención social.

ANTECEDENTES

El hombre desde sus inicios, en lucha por la supervivencia necesitaba estar bien dotado física e intelectualmente, el que no lo estaba, tenía serios problemas para subsistir. Al menos dotado le resultaba muy complejo integrarse socialmente; el impedido físico o retrasado mental constituía una carga al no poder satisfacer por sí mismo sus necesidades; en ésta época comenzó a formarse el criterio de que el discapacitado en la familia era como castigo, una maldición, algo negativo que debía ser eliminado u ocultado.

En otra etapa, donde la ciencia no podía explicar por qué un niño se veía afectado por una malformación o una lesión cerebral, la causa se atribuía a un castigo del cielo por alguna falta cometida, brujería o mal de ojo. La persona se ocultaba, para que los vecinos no supieran que la familia enfrentaba esta situación, y en países del mundo antiguo, se llegaban a sacrificar.

Aún en la actualidad, cuando se mencionaba la palabra síndrome de Down o parálisis cerebral, muchos piensan en una persona dependiente, incapaz, digna de lástima, sin ninguna posibilidad de integración social, una causa de sufrimiento en la familia.

La historia enseña cómo la sociedad ha ido evolucionando en la forma de enfrentar éste problema, en correspondencia con el cambio de las condiciones socioeconómicas, y el desarrollo de la ciencia. Cuando mencionamos la palabra síndrome de Down, Retraso mental, la imagen sobre la persona afectada, es fruto de la evolución histórica de la percepción de éste problema en la sociedad de pertenencia del individuo en cuestión. Según sea, la conducta de la sociedad para con el enfermo así será, el grado de cultura de la sociedad.

La crisis económica que enfrentan los países pobres ha tenido, como es lógico, una consecuencia social, amplios sectores de la población se encuentran marginados, pobres, y desempleados, sin asistencia médica, sin protección social, sin servicios de salud o educación, más difícil aún es la situación de la población infantil que por alguna razón ve afectada su capacidad funcional.

El niño, especialmente el multidisciplapacitado tiene un elevado índice de mortalidad, y una expectativa corta de vida, las posibilidades de recibir tratamiento son pocas, producto de la comercialización de los tratamientos que son altamente costosos y prolongados.

Las acciones para encontrar solución al problema han surgido generalmente como iniciativas de grupos, de padres, organizaciones religiosas, o sectores de personas sensibilizadas con el tema que ponen en práctica proyectos para dar una

respuesta mediante el gestión de fondos o la creación de determinadas instituciones, que benefician a un pequeño sector de la población afectada, pero no protegen a la gran mayoría.

En el ámbito internacional existe el Fondo de contribuciones Voluntarias de las Naciones Unidas para Problemas de Discapacidad, éste fondo se estableció en el contexto de los preparativos para el año Internacional de los Impedidos en 1981. Posteriormente se cambio su nombre por el fondo de Contribuciones Voluntarias del Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos (1983 – 1992).

Sus recursos se destinaron al apoyo de las medicinas innovadoras diseñadas con el fin de conseguir la siguiente ejecución del programa de Acción Mundial para los Impedidos.

En él ámbito nacional, a partir de 1995 en el nuevo modelo de atención para población abierta (cuyas acciones se fundamentan en la Atención primaria a la Salud), se establece como vértice la atención integral para promover, recuperar y preservar la salud del individuo, la familia y la comunidad. Para operar éste modelo de atención se establece el CRIH el cual se define como un conjunto de acciones médicas, que resultan de la problemática, necesidades detectadas y priorizadas en el diagnóstico de Salud, éstas acciones quedan constituidas en el programa de salud existente en el nivel Nacional, así como, las patologías y

prácticas de riesgo que más afectan a nuestra población. Según la OMS existe el 10% de la población con discapacidad 240 a 373 personas con discapacidad, el INEGI reporta el 2.7% del total de la población con algún grado de discapacidad lo que corresponde para el año 2005, 64,900 personas con discapacidad.

El Programa Nacional de Salud 2001 - 2006, señala que la discapacidad constituye un serio problema emergente de salud pública y establece entre sus líneas de acción, la de fortalecer la prevención, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad; la ampliación de la infraestructura pública destinada a facilitar la movilización y la atención de las necesidades especiales de los discapacitados; así como a promover y facilitar la incorporación de las personas a la vida social y laboral.

Por Decreto Presidencial de diciembre 1982, el SNDIF fue facultado para operar establecimientos de asistencia social en beneficio de personas con discapacidad; asimismo, la ley de Asistencia Social, le señala atribuciones para atender a las personas con discapacidad y lo faculta para llevar a cabo acciones en materia de prevención de la discapacidad y rehabilitación de personas de discapacidad.

Por ley la prestación de servicios a individuos en éste programa, es responsabilidad del Sistema Integran de la Familia y de los sistemas Estatales para el Desarrollo integral de la Familia.

Bajo éste contexto, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia junto con los Sistemas Estatales para el Desarrollo de la Familia. Opera el programa de Atención a Personas con Discapacidad, como una estrategia de largo plazo a través de la cual se otorgan servicios dirigidos a la población que presenta algún tipo de discapacidad y que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad social, orientando sus acciones a prevenir y rehabilitar a las personas con discapacidad, ampliar su infraestructura para su atención y promover su reincorporación a la vida social y laboral.

Estas acciones se llevan acabo en los centros de rehabilitación establecidos en:

- 4 en el distrito federal
- 20 centros de modalidad descentralizada en coordinación con 19 gobiernos estatales
- 10 centros de modalidad descentralizada en coordinación con 7 gobiernos estatales.

El centro de Rehabilitación Integral Hidalgo es una Institución que brinda atención a la población de los extremos de la vida como son: de 0 a más de 100 años de edad que así lo soliciten las 12 horas los 220 días del año laborales, proporcionando atención médica y rehabilitación integral con calidad y con una dinámica que le confiere su cualidad médica. Realiza ésta labor a través de 3 niveles de atención.

Primer nivel de atención: el que proporciona servicios al usuario, a la familia y a la comunidad de tipo integral, preventivo, curativo y de rehabilitación, apoyados en estudios de laboratorio y gabinete de baja complejidad, así como promoción de la salud, educación para la salud, fomento sanitario e investigación, orientados principalmente a los problemas de salud de mayor frecuencia y realizan acciones de referencia a otros niveles, se consideran como ejemplos: módulos básicos de rehabilitación, unidades básicas de rehabilitación, y otros similares.

Segundo nivel de atención: el que proporciona atención médica en las cuatro especialidades básicas: cirugía general, medicina interna, gineco – obstetricia y pediatría así como otras complementarias y cuatro áreas de apoyo: anatomía patológica, laboratorio clínico, anestesiología y radiología, así como acciones de referencia y contrarreferencia. En materia de rehabilitación se consideran como ejemplos: centros de Rehabilitación Integral, Servicios de medicina física, Servicios de fisioterapia y otros similares.

Tercer nivel de atención: el que realiza docencia, investigación y formación de recursos humanos y proporciona atención médica de alta complejidad y rehabilitación integral en donde la referencia de casos es caracterizada por personas con discapacidad severa o de difícil diagnóstico. En materia de rehabilitación se consideran como ejemplos: Centro de Rehabilitación, Centros de

Rehabilitación y Educación Especial, Unidad de medicina física y rehabilitación, institutos nacionales de salud y otros similares.

Grado de discapacidad: el impacto de la restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad o función necesaria dentro de su rol normal.

Grados de discapacidad: es el nivel de restricción en el desempeño propio de la persona en relación con su edad y sexo y se clasifica en: leve, moderada y severa;

1. LEVE, cuando la reducción de la capacidad del individuo para desempeñar sus actividades cotidianas es mínima y no interfiere en su productividad;

2. MODERADA, cuando la reducción de la capacidad del individuo limita parcialmente sus actividades cotidianas y su productividad; 3. SEVERA, cuando la

reducción de la capacidad del individuo es tal que lo hace completamente dependiente y poco productivo.

TIPOS DE DISCAPACIDAD

Discapacidad auditiva.- restricción en la función auditiva por alteraciones en oído externo, medio, interno, o retrococleares, que a su vez pueden limitar la capacidad de comunicación.

Discapacidad intelectual.- es un impedimento permanente en las funciones mentales consecuencia de una alteración prenatal, perinatal, postnatal o alguna alteración que limita a la persona a realizar actividades necesarias para su conducta adaptativa al medio familiar, social, escolar o laboral.

Discapacidad neuromotora. Secuela de una afección en el sistema nervioso central, periférico o ambos y al sistema músculo esquelético.

Discapacidad visual: agudeza visual corregida en el mejor de los ojos igual o menor de 20/200 o cuyo campo visual es menor a 20°.

Debilidad visual: se llama así a la incapacidad de la función visual después de tratamiento médico o quirúrgico, cuya agudez visual con su mejor corrección convencional sea de 20/60 a percepción de luz.

Discapacidad de lenguaje: Un niño posee un problema de lenguaje cuando inicia su habla tardíamente, a pesar de haber vivido en un ambiente suficientemente estimulante o bien cuando presenta un desfase en la elaboración del lenguaje en relación con la edad cronológica habitual de las adquisiciones. (Nieto M. 1988).

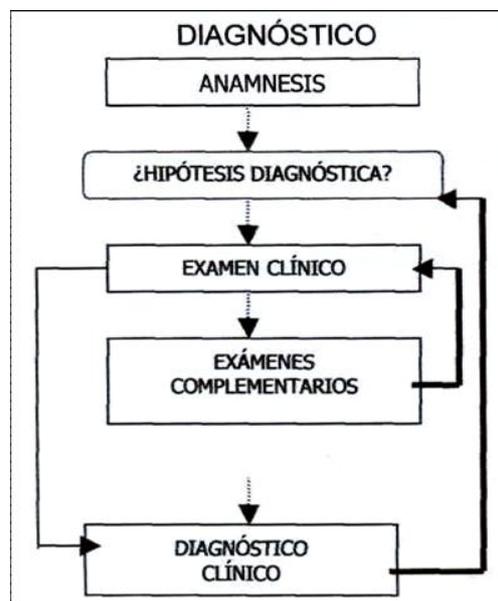
RESUMEN

Los problemas del lenguaje son parte de una discapacidad por lo que consideramos conveniente establecer los parámetros en torno a la discapacidad y el proceso de rehabilitación llevado a cabo en el CRIH.

La discapacidad constituye un problema de salud por su impacto sobre la calidad de vida de las personas afectadas, su repercusión sobre la familia, y los recursos que debe destinar la sociedad para su atención. Es por ello que debemos sumar esfuerzos de manera multidisciplinaria para lograr una pronta rehabilitación.

CAPITULO 7 “METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO”

El diagnóstico es un proceso de conocimiento. Está asentado en la actividad de los médicos, sobre todo, pero en el presente son muchas las profesiones que necesitan acudir a este procedimiento. El diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los problemas de lenguaje que se lleva a cabo en el CRIH, trata de ser lo más apegado al modelo que mostramos a continuación, sin embargo es importante señalar que de acuerdo a los recursos con los que se cuenta, el diagnóstico y las características del paciente, es la forma de cómo se va a llevar a cabo la intervención, pues cada paciente implica un tratamiento diferente.



Esquema de la metodología para el establecimiento del diagnóstico en el CRIH.

La primera indicación es el seguimiento de varias etapas, sucesivamente escalonadas, cada una de las cuales debe alcanzar determinados fines. Como se muestra en la siguiente descripción:

La anamnesis (interrogatorio, historia clínica). Es la recolección de la mayoría de los datos que deben considerarse en el conocimiento del niño y sus dificultades. Abarca desde el motivo de su consulta hasta la coronación con una hipótesis relativa a esas dificultades. Este último aspecto surge corrientemente en el trabajo, como un fruto natural del primer contacto. Le damos toda la importancia que tiene por que de él deriva la correspondiente planificación del trabajo en equipo.

El estudio clínico. Comprende el trabajo directo de los especialistas del equipo con el niño, en la exploración de sus áreas específicas de trabajo. Es indispensable que la actividad en esta etapa sea auténticamente clínica es decir que se componga del trabajo analítico del especialista que emplea sus propios recursos de conocimiento y raciocinio. Una vez intercambiadas las opiniones con los demás participantes del equipo que intervienen, surge la formulación del diagnóstico clínico que puede corresponderse totalmente con la hipótesis originaria, o sustituirla.

El estudio con métodos complementarios. Incluye la exploración con diversos recursos como radiología, audiometría, análisis de laboratorio, electroencefalografía y otros más.

Estos deben de servir de información complementaria al estudio clínico y en modo alguno puede pretenderse basar el diagnóstico en alguno de estos estudios.

ROLES EN EL EQUIPO MULTIDICCIPLINARIO

Hay consenso amplio, afirmado en reuniones nacionales e internacionales, acerca de que el diagnóstico debe ser producto del trabajo del equipo multidisciplinario. El número de los miembros del equipo puede oscilar de seis a diez o más y naturalmente la constitución ideal depende también de condiciones ideales. A continuación se menciona una indicación acerca de los diversos miembros que lo deben integrar.

1. Psicopedagogo. Por naturaleza del trabajo., es indispensable. Cabe mencionar que; en algunos casos no existe como tal y cumple con esas funciones el psicólogo educacional. En otros, este papel lo cumplen maestros que han hecho una especialización. Su tarea es el diagnóstico específico de las dificultades pedagógicas, pueden valerse de técnicas de evaluación pedagógica.
2. El neurólogo especializado en neurología del desarrollo y neuropediatría. Cabe mencionar que las técnicas de exploración en neurología son escasamente productivas. En cuanto a las funciones cerebrales superiores,

en general su exploración no es hecha por el neuropediatra sino por el psicólogo y el psicopedagogo.

3. Pediatra. Su importancia es muy grande, especialmente en ciertos medios muy castigados por la desnutrición y las enfermedades. Su formación en estas áreas puede ser de considerable importancia para planear correctamente los problemas de salud general que graviten.

4. Psicólogo. Es siempre conveniente que tenga una cierta especialización en aspectos de psicología evolutiva y psicología genética y desde luego con el resto de los profesionales, cierta capacitación en temas escolares. Las tareas de su atención son bastantes diferidas de las que corresponden a psicopedagogía. Aquí se trata de investigar procesos cognoscitivos (de pensamiento, de inteligencia) así como los problemas afectivo-emocionales, que desempeñan un papel muy importante en las dificultades del aprendizaje. Más allá de estas actividades específicas que es conveniente que las explore con métodos clínicos como entrevista, hora de juego, se incluyen actividades complementarias con las pruebas tradicionales del psicodiagnóstico pues estas pueden contribuir a apreciaciones muy valiosas acerca del proceso e aprendizaje, en particular a la actividad gnosicopráctica.

5. Especialistas del lenguaje. Se trata de una disciplina de límites muy diferentes. Su tarea consistirá en la exploración de la problemática lingüística (elocución, comprensión, y procesos de pensamiento que se vinculan a lo que e agregará la investigación de lo analizadores vinculados con el lenguaje auditivo, motor y verbal.

6. Trabajador social. La tarea que le concierne es la investigación de las condiciones de vida del niño, de la familia, del ámbito escolar, de las coordenadas sociales, condiciones económicas y culturales que determinan la existencia del niño y sus familiares.

7. Psiquiatra. Su actividad concierne a la problemática de la patología mental y desde luego su actividad está ligada a la del psicólogo que a la de otros especialistas.

Esta enumeración no se considera exclusiva. Tampoco el orden en que ha sido expuesta expresa una relación jerárquica en cuanto a su importancia. Lo cierto es que el número de miembros del equipo multidisciplinario puede aumentar con la incorporación de especialistas como; Comunicación humana, terapia física y ocupacional, odontólogos, etc.

METODOLOGÍA

OBJETIVOS DEL PROYECTO

OBJETIVO GENERAL:

- Describir las características del manejo terapéutico de los pacientes de 6 a 12 años que ingresaron en el CRIH de 2002 y 2003.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la morbilidad en los pacientes de 6 a 12 años que ingresaron al CRIH en los años 2002 y 2003.
- Determinar grupos etáreos de los pacientes de 6 a 12 años que ingresaron al CRIH en los años 2002 y 2003.
- Determinar en el niño diagnosticado con problemas de lenguaje, el nivel de lectoescritura en sus modalidades: espontáneo, copia, dictado, lectura y cálculo.
- Determinar la intensidad de uso del servicio de Comunicación Humana.
- Determinar la tasa del cumplimiento en el seguimiento de los tratamientos prescritos.
- Determinar la prevalencia de altas en los pacientes de 6 a 12 años que ingresaron al CRIH en los años 2002 y 2003.

- Determinar la tasa de abandono de tratamiento en de 6 a 12 años que ingresaron al CRIH en los años 2002 y 2003.
- Determinar el nivel de evolución del niño diagnosticado con problemas de lenguaje que asistió al área Comunicación Humana.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ¿Cuáles fueron las características del manejo rehabilitatorio en el área de comunicación humana en los pacientes de 6 a 12 años que ingresaron al CRIH en los años 2002 y 2003?

DISEÑO EPIDEMIOLÓGICO DEL ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo; busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Comparativo; busca el análisis y las relaciones entre variables de un mismo grupo y retrospectivo; estudia un fenómeno a través de registros oficiales en los que se basa para recopilar los datos.

UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL

La presente investigación se realizará en el Centro de Rehabilitación Integral Hidalgo: en al área de archivo y en la coordinación de enseñanza en una duración aproximada de 6 meses.

SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños diagnosticados con problemas de lenguaje anártrico, lectográfico, afásico y gnosicopráxico.
- Sexo indistinto
- Edades de 6 a 12 años
- Diagnosticados con problemas de lenguaje
- Niños que hayan sido canalizados al área de comunicación Humana.
- Que hayan ingresado entre los años 2002 y 2003.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que los niños presenten un coeficiente intelectual menor de 70
- Niños diagnosticados con problemas de lenguaje no especificados
- Que el expediente no cuente con los datos suficientes

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Que los datos del cuestionario sean menores al 90% de la información requerida.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó una muestra monoetápica, de tipo probabilística, del total de expedientes de niños que presentan alteraciones de lenguaje entre los años 2002 y 2003. El tamaño de la población fue de: 419.

TÉCNICA DE MUESTREO

Para la determinación de tamaño de muestra se utilizó la técnica de muestreo aleatoria simple del programa stats v2: es un software estadístico, el cual entre otras cosas determina automáticamente una relación de números de manera aleatoria; el cual arrojó un número de T. M. =75.

RUTA CRÍTICA DE LA INFORMACIÓN

1. Determinar el porcentaje de pacientes que ingresan al CRIH por presentar problemas de lenguaje.
2. Determinar el número de pacientes que ingresaron entre los años 2002 y 2003 con diagnóstico de problemas de lenguaje.
3. Determinar el tamaño de la muestra.

4. Aplicar el cuestionario piloto.
5. Realizar modificaciones pertinentes para la elaboración del cuestionario final.
6. Localizar los expedientes de los pacientes elegidos.
7. Recopilar la información del expediente.
8. Finalizar el llenado del cuestionario que se diseñó para recopilar la información.
9. Vaciado de datos para procesamiento estadístico.
10. Realizar el cruce entre las variables a nivel conceptual.
11. Determinar proporciones sobre las variables.
12. Determinar promedios y desviación entre las variables.
13. Realizar análisis sobre las diferencias entre variables.
14. Realizar texto con los resultados.

TÉCNICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

La información de este estudio fue de tipo retrolectiva, recopilada del expediente médico.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se eligieron para este estudio medidas de frecuencias: razones, proporciones y tasas, prevalencia, problemas de lenguaje, prevalencia problemas por edad y sexo con intervalos de confianza del 95%, medidas de asociación con J^2 con intervalos de confianza del 95%.

INFRAESTRUCTURA Y APOYO TÉCNICO

El estudio se llevó a cabo en Pachuca de Soto, Hidalgo en las instalaciones del CRIH, en el área de archivo y se cuenta con el apoyo de la responsable de Comunicación Humana.

IMPACTO ECONÓMICO Y/O SOCIAL

A través de ésta investigación se proporcionaron los datos necesarios en relación a la descripción de las características del manejo rehabilitatorio en los pacientes de 6 a 12 años, que ingresaron en el CRIH, diagnosticados con problemas de lenguaje; a partir de ella se obtuvieron las herramientas necesarias para modificar

o reestructurar las técnicas utilizadas para éste tratamiento. Con los datos arrojados en éste estudio, se pretende lograr un desarrollo significativo en el transcurso del proceso terapéutico.

VARIABLES (DEFINICIÓN DE LA VARIABLE, DEFINICIÓN OPERACIONAL)

Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente
Personalidad:	Organización más o menos estable y duradera de carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente, patrona de pensamiento sentimiento y comportamiento profundamente incorporado y que persiste por largos periodos de tiempo.	Pautas de pensamiento, percepción y comportamiento	Categórico.	Expediente
Coeficiente intelectual:	Cifra indicadora del nivel de inteligencia que posee el individuo en relación con otros sujetos de una muestra estandarizada.	Cuantificación de la inteligencia.	Discreto.	Expediente
Comprensión del lenguaje	Conjunto de actividades externas observables en el individuo y de fenómenos internos no observables concomitantes como metas, motivaciones y emociones.	Modo de ser del individuo y conjunto de acciones que lleva a cabo para adaptarse a su entorno.	Categórico.	Expediente
Audición:	Es uno de los cinco sentidos principales, por el cual el órgano auditivo, u oído en los vertebrados, percibe las ondas de sonido	Capacidad sensorial que permite la percepción del sonido.	Discreta.	Expediente

Articulación:	Se refiere a los movimientos de los órganos vocales para producir los sonidos del lenguaje. Los instrumentos de la articulación son: los labios, la lengua, los dientes, las mandíbulas y el paladar.	Capacidad de articular y pronunciar correctamente.	Categorico.	Expediente
Fonológico	Estudia los ruidos del lenguaje en lo que se refiere a su función.	A través de una tabla de logopedia.	Categorico	Expediente
Semántico:	Conjunto de relaciones entre las entidades lingüísticas y el mundo.	conocimientos generales; funciones y partes del cuerpo	Categorico	Expediente
Morfosintáctico	Conjunto de reglas de combinación de los morfemas para constituir palabras o frases y las reflexiones.	A través de láminas, se evalúan sustantivos, adjetivos etc.	Categorico	Expediente
Pragmático	Uso de lenguaje en interacción e intención de comunicarse.	Comunicación, de acuerdo al ambiente en el que se encuentre. Noción temporo espacial.	Categorico	Expediente
Comprensión:	Está relacionada con capacidades auditiva y visual, esenciales para la comprensión y emisión de sonidos del lenguaje.	Capacidad de interpretación de signos y símbolos.	Categorico.	Expediente
Retardo de Lenguaje Afásico.	Trastorno del lenguaje infantil de origen neurológico, que afecta el primer nivel lingüístico.	En ésta área se debe enriquecer el sistema fonológico y se debe llevar a cabo la combinación de los fonemas.	Categorico	Expediente
Retardo de Lenguaje Anártrico.	Trastorno en la organización y desarrollo del lenguaje infantil.	Este trastorno afecta fundamentalmente la comprensión verbal.	Categorico	Expediente

Retardo de Lenguaje Gnosico práxico.	Perturbaciones en la actividad analítica sintética en los analizadores que intervienen en la organización de las gnosias visoespaciales y temporoespaciales.	Alteraciones que comprometen el aprendizaje de la Lectoescritura tanto automática como comprensiva.	Categórico	Expediente
Retardo de Lenguaje Lectográfico.	Alteraciones en los procesos de la comprensión y la redacción.	Procesos cognitivos que intervienen en los actos de leer y escribir.	Categórico	expediente
Cumplimiento del tratamiento	Número de pacientes persistentes del tratamiento en las áreas de Comunicación Humana, Terapia de lenguaje y Psicología.	Proceso mediante el cual se da seguimiento al tratamiento indicado.		Expediente
Tasa de altas	Número de pacientes dados de alta del área de comunicación humana.	Consumación del proceso rehabilitatorio.		Expediente

CUESTIONARIO PILOTO

“LOS PROGRAMAS DE TECNOLOGÍA ADAPTADA EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE LENGUAJE”

1. NOMBRE:
2. FECHA: RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN _____
3. EDAD: _____
4. FECHA: INGRESO _____
5. FECHA: EGRESO _____
6. TIEMPO QUE RECIBIÓ ATENCIÓN EN TECNOLOGÍA A.
7. DIAGNÓSTICO _____
- RETARDO DE LENGUAJE LECTOGRÁFICO
RETARDO LECTOGRÁFICO ANARTRICO
RETARDO LECTOGRÁFICO AFÁSICO
RETARDO LECTOGRÁFICO GNOSICOPRAXICO
8. EDAD MENTAL _____
9. EDAD DE MADURACIÓN _____
- SUPERIOR A EDAD CRONOLÓGICA
ACORDE A EDAD CRONOLÓGICA
RETRASO RESPECTO A EDAD CRONOLÓGICA
10. COEFICIENTE INTELECTUAL _____
11. PERSONALIDAD _____
- DEPENDENCIA MATERNA
SOBREPROTECCIÓN FAMILIAR
INSEGURIDAD
INTROVERSIÓN
EXTROVERSIÓN
INMADUREZ
LABILIDAD EMOCIONAL
OTROS

12. NIVEL DE AUDICIÓN _____
NORMAL
HIPOACUSIA

13. ARTICULACIÓN _____
DISGLOSIAS
PUNTO Y MODO DE ARTICULACIÓN
DISTORSIÓN

14. COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE _____
NORMAL
REGULAR
DEFICIENTE

15. NIVEL DE LECTOESCRITURA _____
ALFABÉTICO
SILÁBICO
POLISILÁBICO

16. ESTUDIO FONOLÓGICO _____
ACORDE A EDAD CRONOLÓGICA
RETRASO RESPECTO A EDAD CRONOLÓGICA.

17. ESTUDIO SEMÁNTICO _____
ACORDE A EDAD CRONOLÓGICA
RETRASO RESPECTO A EDAD CRONOLOGÍCA.

18. ESTUDIO MORFOSINTACTICO _____
ACORDE A EDAD CRONOLÓGICA
RETRASO RESPECTO A EDAD CRONOLÓGICA

19. ESTUDIO PRAGMÁTICO _____
ACORDE A EDAD CRONOLÓGICA
RETRASO RESPECTO A EDAD CRONOLÓGICA.

RELATORÍA DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO PILOTO

Se aplicó el cuestionario piloto a seis expedientes, en los cuales se observó que los ítems núm. 8 y 9 miden características similares; es decir la Edad Mental es la cifra indicadora del nivel de inteligencia que posee el individuo en relación con otros sujetos de una muestra estandarizada y la Edad de maduración es el modo de ser del individuo y conjunto de acciones que lleva a cabo para adaptarse a su entorno. Por tal motivo se consideraron como uno solo ítem. (Enciclopedia de psicología).

CUESTIONARIO

LOS PROGRAMAS DE TECNOLOGÍA ADAPTADA EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE LENGUAJE”

1. NOMBRE:
2. FECHA: RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN
3. EDAD:
4. FECHA: INGRESO
5. FECHA: EGRESO
6. TIEMPO QUE RECIBIÓ ATENCIÓN EN TECNOLOGÍA A.
7. DIAGNÓSTICO

RETARDO DE LENGUAJE TECTOGRÁFICO
RETARDO LECTOGRÁFICO ANARTRICO
RETARDO LECTOGRÁFICO AFÁSICO
RETARDO LECTOGRÁFICO GNOSICOPRAXICO

8. EDAD DE MADURACIÓN

SUPERIOR A EDAD CRONOLÓGICA
ACORDE A EDAD CRONOLÓGICA
RETRASO RESPECTO A EDAD CRONOLÓGICA

9. COEFICIENTE INTELECTUAL

10. PERSONALIDAD

DEPENDENCIA MATERNA
SOBREPROTECCIÓN FAMILIAR
INSEGURIDAD
INTROVERSIÓN
EXTROVERSIÓN
INMADUREZ
LABILIDAD EMOCIONAL
OTROS

11. NIVEL DE AUDICIÓN _____

NORMAL
HIPOACUSIA

12. ARTICULACIÓN _____

DISGLOSIAS
APUNTO Y MODO DE ARTICULACIÓN
DISTORSIÓN

13. COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE _____

NORMAL
REGULAR
DEFICIENTE

14. NIVEL DE LECTOESCRITURA _____

ALFABÉTICO
SILÁBICO
POLISILÁBICO

15. ESTUDIO FONOLÓGICO _____

ACORDE A EDAD CRONOLÓGICA
RETRASO RESPECTO A EDAD CRONOLÓGICA.

16. ESTUDIO SEMÁNTICO _____

ACORDE A EDAD CRONOLÓGICA
RETRASO RESPECTO A EDAD CRONOLOGÍCA.

17. ESTUDIO MORFOSINTACTICO _____

ACORDE A EDAD CRONOLÓGICA
RETRASO RESPECTO A EDAD CRONOLÓGICA

18. ESTUDIO PRAGMÁTICO _____

ACORDE A EDAD CRONOLÓGICA
RETRASO RESPECTO A EDAD CRONOLÓGICA.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez realizado el diseño del estudio, así como la recopilación de información de los expedientes clínicos de pacientes de 6 a 12 años, diagnosticados con problemas de lenguaje durante los años 2002 y 2003 en el CRIH, mostramos los resultados obtenidos, utilizando como herramienta fundamental la descripción estadística de las variables que intervienen en el proceso de comunicación humana. Es importante recordar que el objetivo principal de este estudio es el análisis de las características del manejo rehabilitatorio en los pacientes de 6 a 12 años que ingresaron al servicio de Comunicación Humana, en la Institución y en el tiempo antes referidos. La fecha de inicio de la recopilación de información fue el 05 de diciembre de 2005 finalizando el 26 de mayo de 2006.

I. EDAD

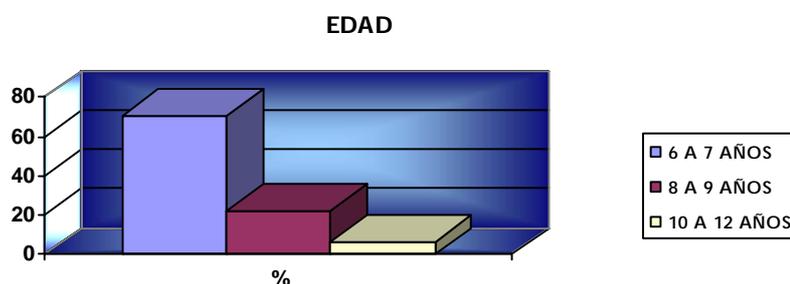
Es el tiempo de existencia desde el nacimiento. A través de éste estudio determinamos que la edad promedio de los pacientes concierne a 7.1 años con una desviación estándar = 1.3, lo que nos indica que el grupo valorado respecto a la edad es lo suficientemente homogéneo para poder hacer inferencias sobre sus características con una mayor confiabilidad. Los valores mínimo y máximo, con respecto a éste grupo, corresponde a 6 y 12 años de edad, respectivamente

(TABLA 1 EDAD).

MEDIA	7.16
DESVIACIÓN ESTANDAR	1.3
VALOR MINIMO	6
VALOR MÁXIMO	12

TABLA 1 EDAD

Con respecto a la clasificación etárea observamos que del total del grupo el 70.6 % corresponde a una edad de 6 a 7 años, el 22.6% de 8 a 9, y el 6.6% de 10 a 12; el grupo de edad que se encontró con mayor incidencia corresponde al de 6 a 7 años siendo la diferencia entre grupos significativa estadísticamente, $P = 0.5$. (GRÁFICA 1).

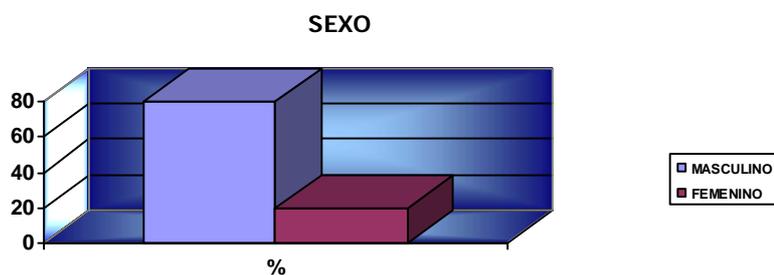


GRÁFICA 1

Debemos considerar que a ésta edad los niños inician etapa escolar, por lo que es muy frecuente que en este periodo los padres y maestros detecten diversos problemas de lenguaje, pues anteriormente no se percataron de la importancia de los síntomas presentados a lo largo de sus desarrollo.

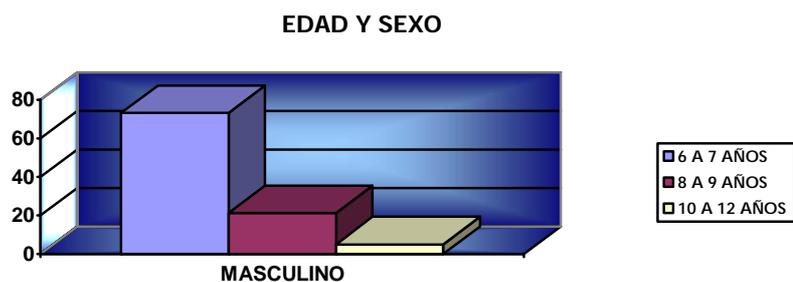
II. SEXO

Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer en los seres humanos. Con respecto al sexo podemos observar que el 80% de la población corresponde al sexo masculino y el 20% al sexo femenino. Mostrando una importante diferencia entre ambos grupos (GRÁFICA 2).



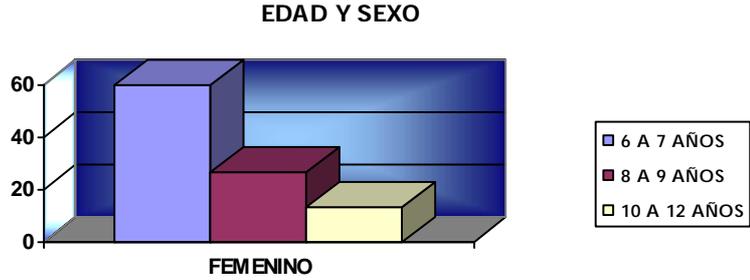
GRÁFICA 2

Con respecto al sexo masculino y a la clasificación por edad la población en estudio obtuvo los siguientes porcentajes: 73.3 % de 6 a 7 años, 21.3% de 8 a 9 años, 5% de 10 a 12 año (GRAFICA 3).



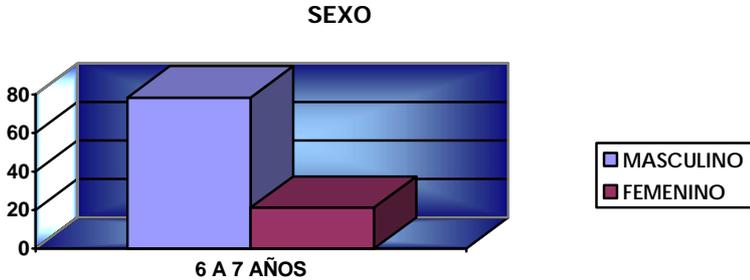
GRÁFICA 3

Con respecto al sexo femenino y a la clasificación por edad la población en estudio obtuvo los siguientes porcentajes Sexo: 60 % de 6 a 7 años, 26.6% de 8 a 9 años, 13.3% de 10 a 12 años (GRAFICA 4).



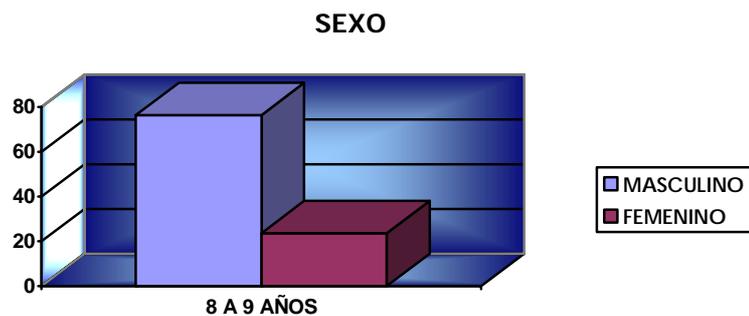
GRÁFICA 4

Del total de la población en estudio de 6 a 7 años de edad determinamos que el 78.6% corresponden al sexo masculino y el 21.3% al sexo femenino (GRAFICA 5).



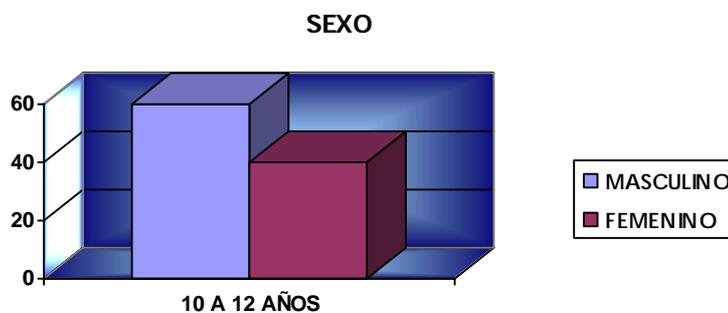
GRAFICA 5

Del total de la población en estudio de 8 a 9 años de edad determinamos que el 76.4% corresponden al sexo masculino y el 23.5% al sexo femenino (GRAFICA 6).



GRÁFICA 6

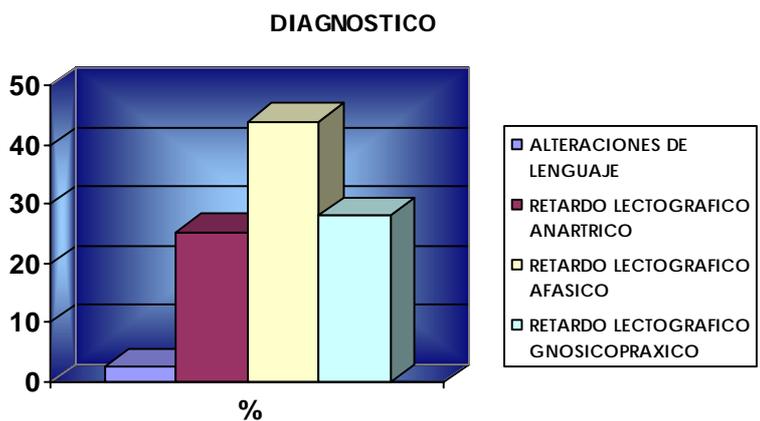
Del total de la población en estudio de 10 a 12 años de edad determinamos que el 60% corresponden al sexo masculino y el 40% al sexo femenino (GRAFICA 7).



GRÁFICA 7

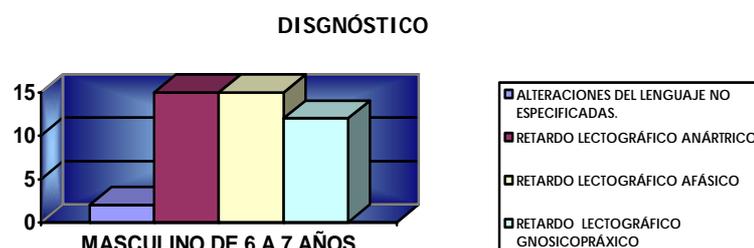
III. DIAGNÓSTICO

Los diagnósticos que presentaron los pacientes del área de comunicación humana de 6 a 12 años son los siguientes: alteraciones de Lenguaje no especificado con un 2.6 %; retardo lectográfico anártrico con un 25.3 %; retardo lectográfico afásico 44%; retardo lectográfico gnosicopráxico con un 28 %; éstos datos corroboran las hipótesis planteadas en la bibliografía consultada, en la que se establece que la patología que se manifiesta con mayor frecuencia es retardo lectográfico afásico (GRÁFICA 8).



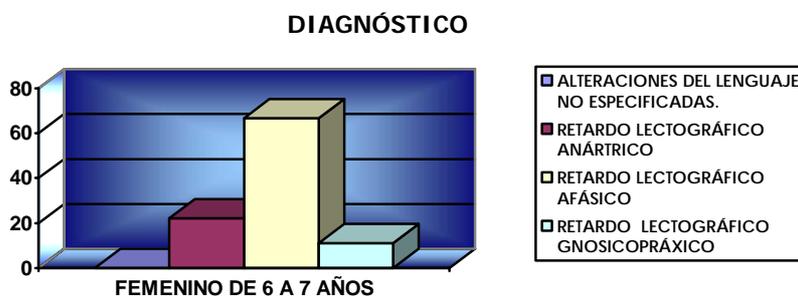
GRÁFICA 8

Con los diagnósticos establecidos por el área de Comunicación Humana en el sexo masculino de 6 a 7 años, la distribución de porcentajes se presenta a continuación: alteraciones del lenguaje no especificado 4.5%, retardo lectográfico anártrico 34%, retardo lectográfico afásico 34%, retardo lectográfico gnosicopráxico 27.2% (GRÁFICA 9).

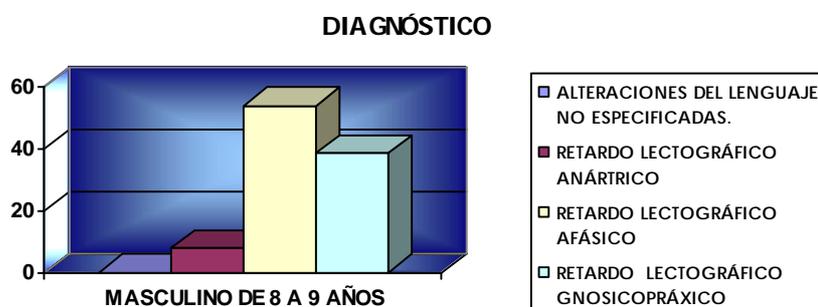


GRÁFICA 9

De acuerdo con los diagnósticos establecidos por el área de Comunicación Humana en el sexo femenino de 6 a 7 años, la distribución de porcentajes se presenta a continuación: alteraciones del lenguaje no especificado 0%, retardo lectográfico anártrico 22.2%, retardo lectográfico afásico 66.6%, retardo lectográfico gnosicopráxico 11.1% (GRÁFICA 10).



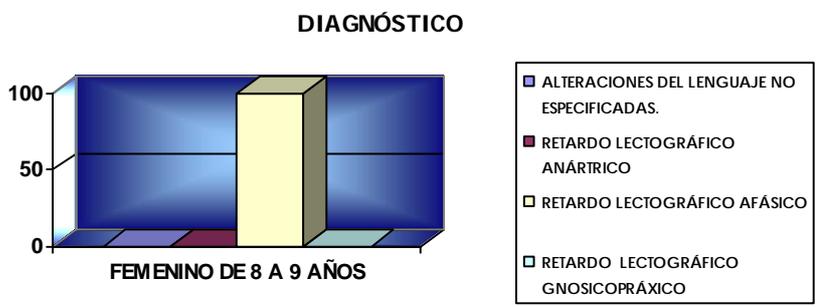
De acuerdo con los diagnósticos establecidos por el área de Comunicación Humana en el sexo masculino de 8 a 9 años, la distribución de porcentajes se presenta a continuación: alteraciones del lenguaje no especificado 0%, retardo lectográfico anártrico 7.6%, retardo lectográfico afásico 53.8%, retardo lectográfico gnosicopráxico 38.4% (GRÁFICA 11).



GRÁFICA 11

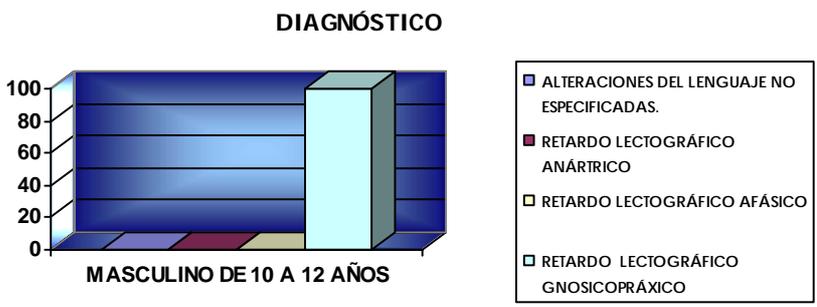
De acuerdo con los diagnósticos establecidos por el área de Comunicación Humana en el sexo femenino de 8 a 9 años, la distribución de porcentajes se presenta a continuación: alteraciones del lenguaje no especificado 0%, retardo

lectográfico anártrico 0%, retardo lectográfico afásico 100%, retardo lectográfico gnosicopráxico 0%(GRÁFICA12).



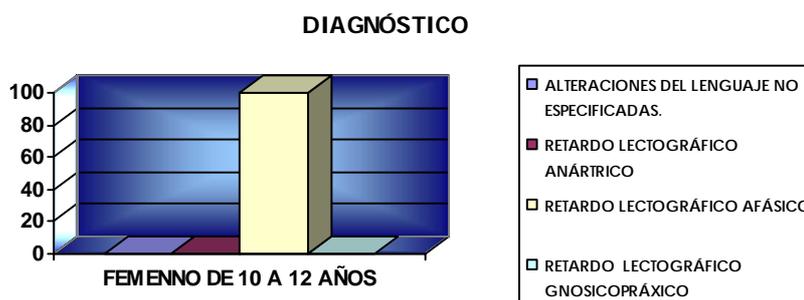
GRÁFICA 12

De acuerdo con los diagnósticos establecidos por el área de Comunicación Humana en el sexo masculino de 10 a 12 años, la distribución de porcentajes se presenta a continuación: alteraciones del lenguaje no especificado 0%, retardo lectográfico anártrico 0%, retardo lectográfico afásico 0%, retardo lectográfico gnosicopráxico 100% (GRÁFICA 13).



GRÁFICA 13

De acuerdo con los diagnósticos establecidos por el área de Comunicación Humana en el sexo masculino de 10 a 12 años, la distribución de porcentajes se presenta a continuación: alteraciones del lenguaje no especificado 0%, retardo lectográfico anártrico 0%, retardo Lectográfico afásico 100%, retardo lectográfico Gnosicopráxico 100% (GRÁFICA 14).

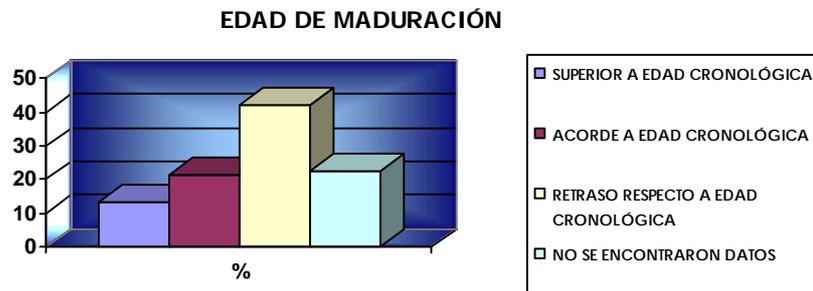


GRÁFICA 14

IV. EDAD DE MADURACIÓN.

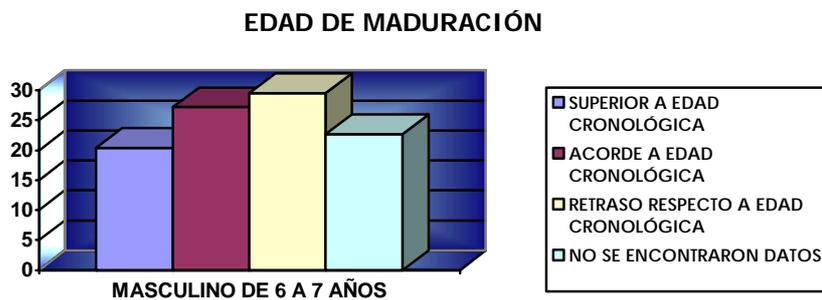
Es la edad que ha alcanzado la mente de un niño en comparación con el promedio. El siguiente factor de estudio es la edad de maduración, arrojando los siguientes resultados: el 13.3 % tiene una edad de maduración superior a la cronológica; el 21.3% es acorde a la edad cronológica el 42.2% retraso respecto a edad cronológica; del 22.6% restante no se encontraron datos en el expediente

(GRÁFICA 15).



GRÁFICA 15

Del total de la muestra determinamos que el sexo masculino de 6 a 7 años, el 20.4 % obtuvo una edad de maduración superior a la cronológica, el 27.2% acorde a edad cronológica, el 29.5% retraso respecto a edad cronológica y 22.7% no se encontraron datos en el expediente (GRÁFICA 16).



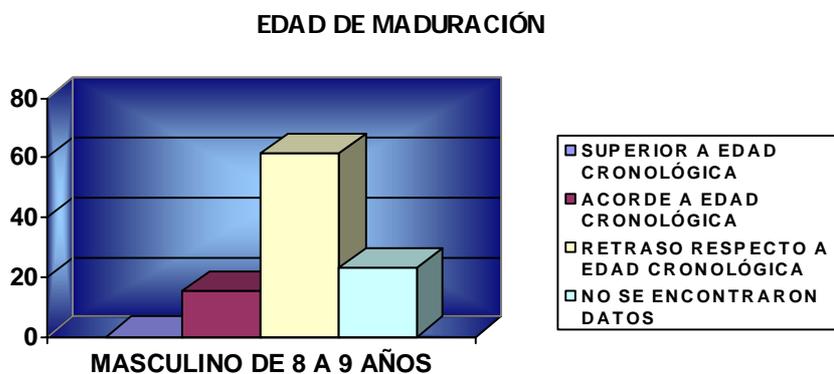
GRÁFICA 16

Del total de la muestra determinamos que el sexo femenino de 6 a 7 años el 11.1 % obtuvo una edad de maduración superior a la cronológica, 22.2% acorde a edad cronológica, 55.5% retraso respecto a edad cronológica y 11.1% no se encontraron datos en el expediente (GRÁFICA 17).



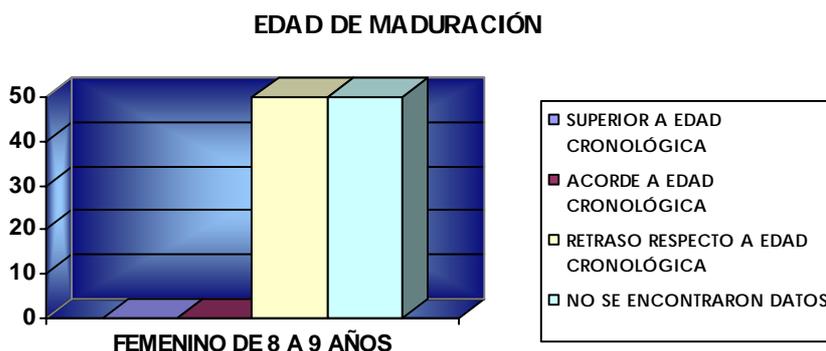
GRÁFICA 17

Del total de la muestra determinamos que el sexo masculino de 8 a 9 años el Edad de maduración, 0% obtuvo una edad de maduración superior a la cronológica, 15.3% acorde a edad cronológica, 61.5% retraso respecto a edad cronológica y 23% no se encontraron datos en el expediente (GRÁFICA 18).



GRÁFICA 18

Del total de la muestra determinamos que el sexo femenino de 8 a 9 años el 0% obtuvo una edad de maduración superior a la cronológica, el 0% acorde a edad cronológica, el 50% retraso respecto a edad cronológica y el 50% no se encontraron datos en el expediente (GRÁFICA 19).



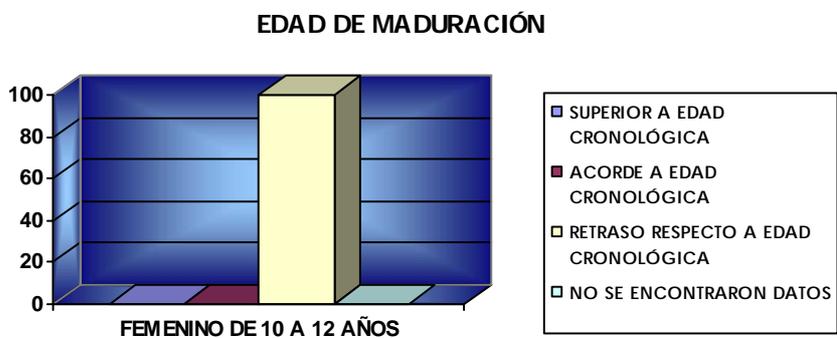
GRÁFICA 19

Del total de la muestra determinamos que el sexo masculino de 10 a 12 años el 0% obtuvo una edad de maduración superior a la cronológica, el 0% acorde a edad cronológica, el 100% retraso respecto a edad cronológica y el 0% no se encontraron datos en el expediente (GRÁFICA 20).



GRÁFICA 20

Del total de la muestra determinamos que el sexo femenino de 10 a 12 años el 0% obtuvo una edad de maduración superior a la cronológica, el 0% acorde a edad cronológica, el 100% retraso respecto a edad cronológica y el 0% no se encontraron datos en el expediente (GRÁFICA 21).



GRÁFICA 21

V. COEFICIENTE INTELECTUAL

Es la cifra indicadora del nivel de inteligencia que posee el individuo en relación a otros sujetos de una muestra estandarizada. Es la cuantificación de la inteligencia. Con respecto al Coeficiente intelectual se obtuvieron los siguientes resultados en el sexo masculino de 6 a 12 años (TABLA 2).

MEDIA	87.2
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	35.3
VALOR MÍNIMO	70
VALOR MÁXIMO	120

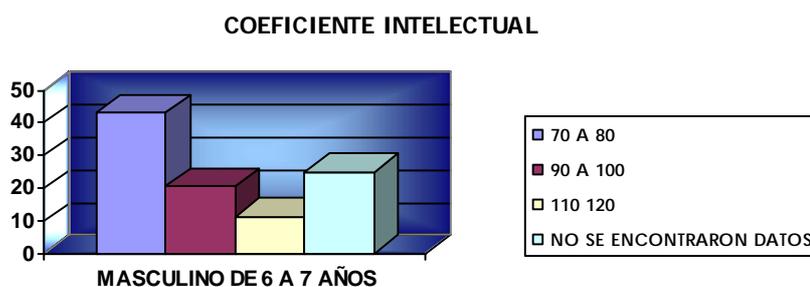
TABLA 2

Con respecto al Coeficiente intelectual se obtuvieron los siguientes resultados en el sexo femenino 6 a 12 años (TABLA 3).

MEDIA	82.9
DESVIACIÓN ESTANDAR	13.4
VALOR MÍNIMO	73
VALOR MÁXIMO	92

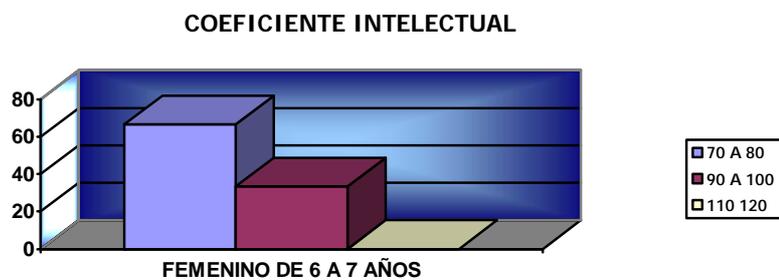
TABLA 3

Distribución porcentual en el sexo masculino de 6 a 7 años de edad: el 43.1% corresponde a un C.I. de 70 a 80, el 20.4% de 90 a 100, el 11.3 % de 110 a 120, el 25% no se encontraron datos (GRÁFICA 22).



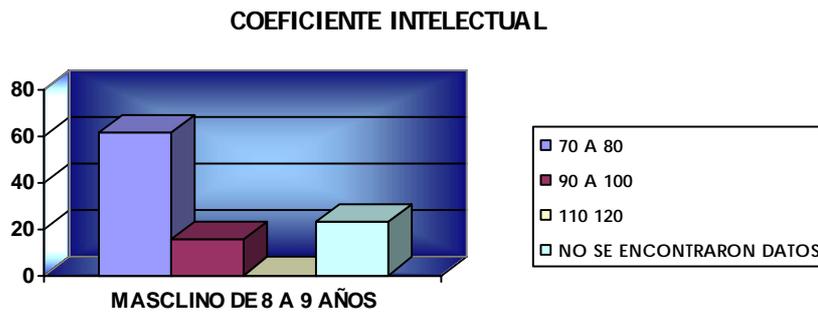
GRÁFICA 22

Distribución porcentual en el sexo femenino de 6 a 7 años de edad: el 66.6% corresponde a un C.I. de 70 a 80, el 33.3% de 90 a 100, el 0 % de 110 a 120, el 0% no se encontraron datos (GRÁFICA 23).



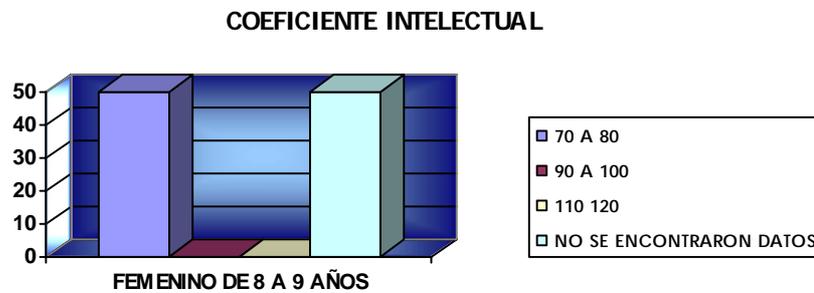
GRÁFICA 23

Distribución porcentual en el sexo masculino de 8 a 9 años de edad: el 61.5% 70 a 80, el 15.3% de 90 a 100, el 0 % de 110 a 120, el 23% no se encontraron datos (GRÁFICA 24).



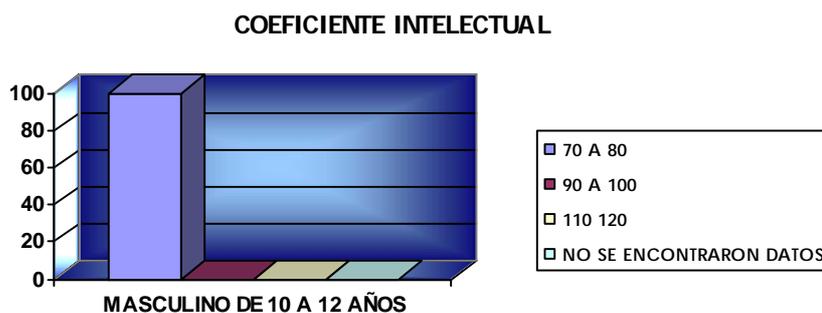
GRÁFICA 24

Distribución porcentual en el sexo femenino de 8 a 9 años de edad: el 50% 70 a 80, el 0% de 90 a 100, el 0 % de 110 a 120, el 50% no se encontraron datos (GRÁFICA 25).



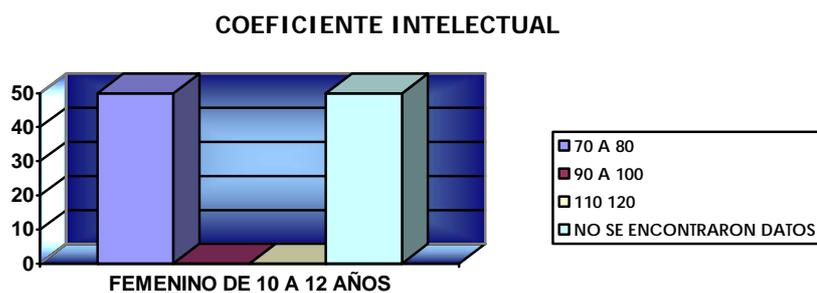
GRÁFICA 25

Distribución porcentual en el sexo masculino de 10 a 12 años de edad: el 100% 70 a 80, el 0% de 90 a 100, el 0 % de 110 a 120, el 0% no se encontraron datos (GRÁFICA 26).



GRÁFICA 26

Distribución porcentual en el sexo femenino de 10 a 12 años de edad: el 50% 70 a 80, el 0% de 90 a 100, el 0 % de 110 a 120, el 50% no se encontraron datos (GRÁFICA 27).

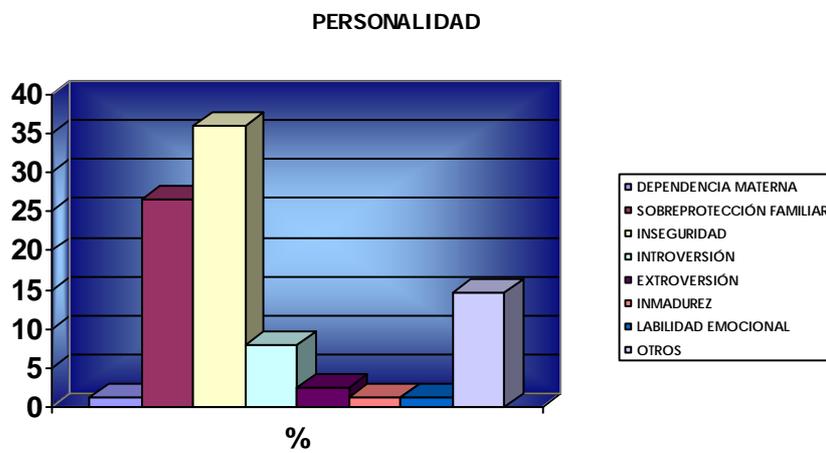


GRÁFICA 27

VI. PERSONALIDAD

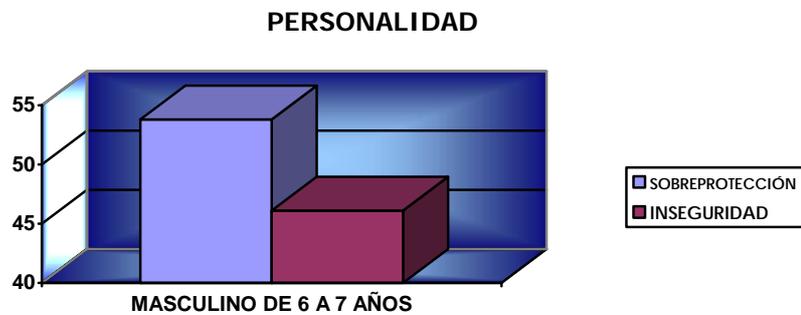
La personalidad es el conjunto dinámico de características emocionales, de pensamiento y de conducta que son únicas a cada persona, es la suma total de las formas en que un individuo reacciona y se relaciona con los demás; son los rasgos mensurables que exhibe una persona. La estructura de la personalidad se forma a partir de la socialización y la individualización.

Los rasgos de personalidad de los pacientes diagnosticados con problemas de lenguaje, se encuentran distribuidos de la siguiente manera: el 1.3% corresponde a Dependencia materna, 26.6% sobreprotección familiar, 36% inseguridad, 8% introversión 8% extroversión, 2.6% inmadurez, 1.3% labilidad emocional, 1.3% otras características, 14.6% no se encontraron datos en expedientes. Es importante mencionar que de los factores antes mencionados nos enfocaremos a los dos rasgos de personalidad con mayor incidencia (GRÁFICA 28).



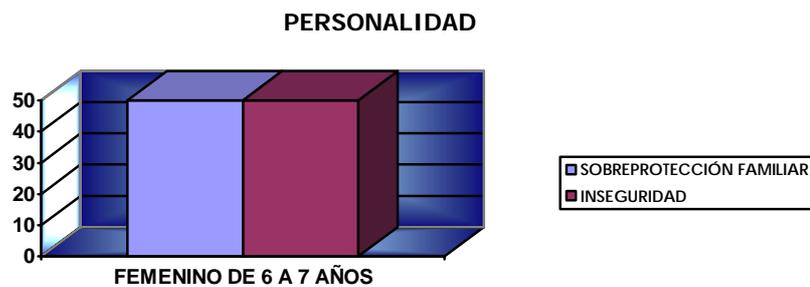
GRÁFICA 28

La población de sexo masculino de 6 a 7 años de edad mostró los resultados como a continuación se presentan: 53.8% sobreprotección, 46.1% inseguridad (GRÁFICA 29).



GRÁFICA 29

La población de sexo masculino de 6 a 7 años de edad mostró los resultados como a continuación se presentan: 50% sobreprotección, 50% inseguridad (GRÁFICA 30).



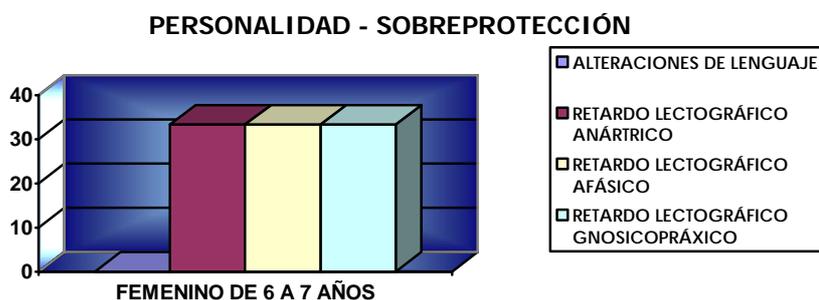
GRÁFICA 30

La población de sexo masculino de 6 a 7 años de edad con personalidad, sobreprotección en relación a los diagnósticos especificados por el área de comunicación humana, obtuvo los resultados como a continuación se presentan: 0% alteraciones del lenguaje, 28.5% retardo lectográfico anártrico, 42.8% retardo lectográfico afásico, 28.5% retardo lectográfico gnoscoprático (GRÁFICA 31).



GRÁFICA 31

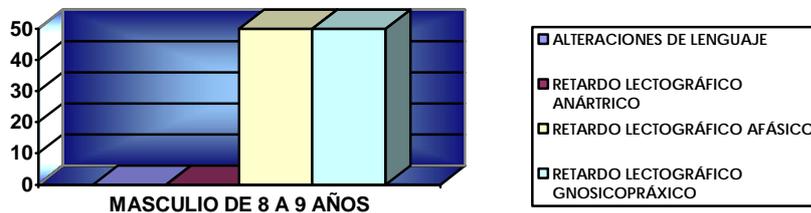
La población de sexo femenino de 6 a 7 años de edad con personalidad, sobreprotección en relación a los diagnósticos especificados por el área de comunicación humana, obtuvo los resultados como a continuación se presentan alteraciones del lenguaje 0%, 33.3% retardo lectográfico anártrico, 33.3% retardo lectográfico afásico, 33.3% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 32).



GRÁFICA 32

La población de sexo masculino de 8 a 9 años de edad con personalidad, sobreprotección en relación a los diagnósticos especificados por el área de comunicación humana, obtuvo los resultados como a continuación se presentan: alteraciones del lenguaje 0%, 0% retardo Lectográfico anártrico, 50% retardo Lectográfico afásico, 50% retardo Lectográfico Gnosicopráxico (GRÁFICA 33).

PERSONALIDAD - SOBREPOTECCIÓN

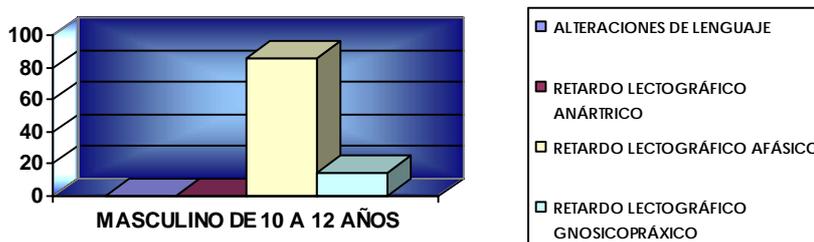


GRÁFICA 33

No existen datos de personalidad, sobreprotección en el sexo femenino de 8 a 9 años.

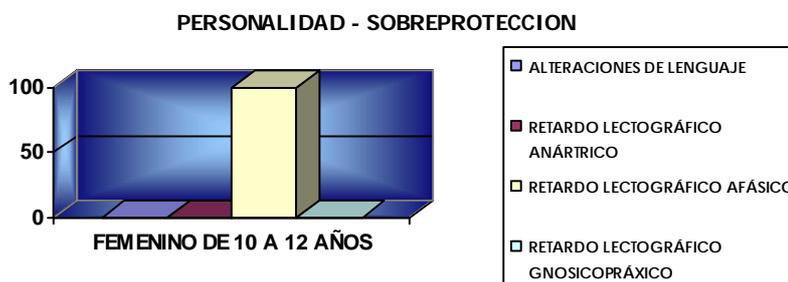
La población de sexo masculino de 10 a 12 años de edad con personalidad sobreprotección en relación a los diagnósticos especificados por el área de comunicación humana, obtuvo los resultados como a continuación se presentan: 0% alteraciones del lenguaje, 0% retardo lectográfico anártrico, 85.7% retardo lectográfico afásico, 14.2% retardo lectográfico gnoscopráxico (GRÁFICA 34).

PERSONALIDAD - SOBREPOTECCIÓN



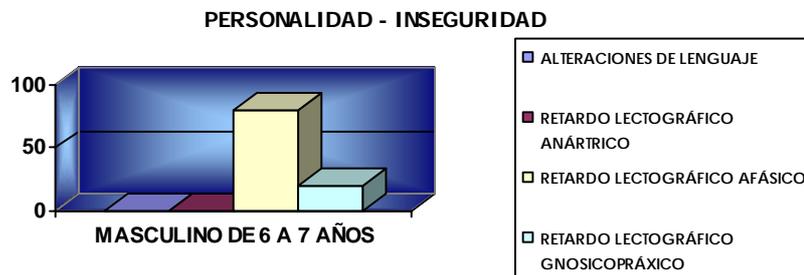
GRÁFICA 34

La población de sexo femenino de 10 a 12 años de edad con personalidad, inseguridad en relación a los diagnósticos especificados por el área de comunicación humana, obtuvo los resultados como a continuación se presentan: 0% alteraciones del lenguaje, 0% retardo Lectográfico anártrico, 100% retardo Lectográfico afásico, 0% retardo Lectográfico Gnosicoprático (GRÁFICA 35).



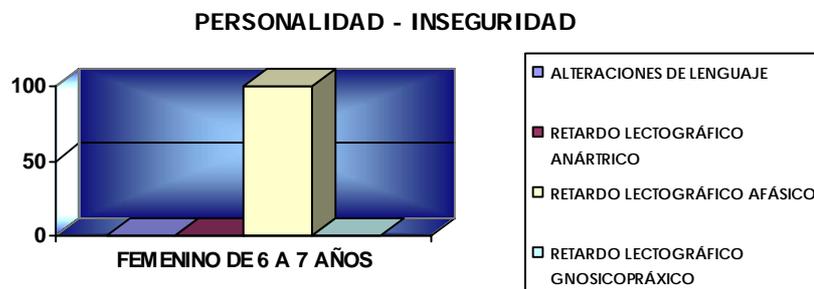
GRÁFICA 35

La población de sexo masculino de 6 a 7 años de edad con personalidad, inseguridad en relación a los diagnósticos especificados por el área de comunicación humana, obtuvo los resultados como a continuación se presentan: 0% alteraciones del lenguaje, 0% retardo Lectográfico anártrico, 80% retardo Lectográfico afásico, 200% retardo Lectográfico Gnosicoprático (GRÁFICA 36).



GRÁFICA 36

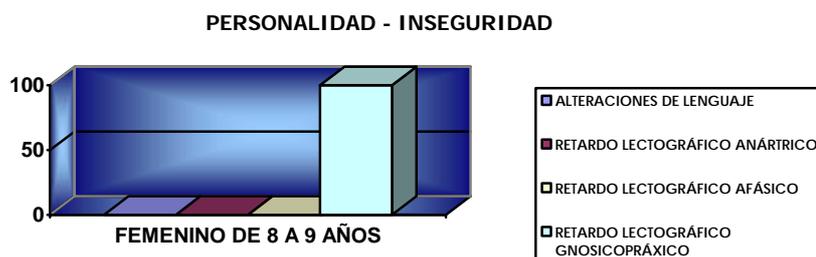
La población de sexo femenino de 6 a 7 años de edad con personalidad, inseguridad en relación a los diagnósticos especificados por el área de comunicación humana, obtuvo los resultados como a continuación se presentan: 0% alteraciones del lenguaje, 0% retardo Lectográfico anártrico, 100% retardo Lectográfico afásico, 0% retardo Lectográfico Gnosicopráxico (GRÁFICA 37).



GRÁFICA 37

No existen datos de personalidad inseguridad, en el sexo masculino y femenino de 8 a 9 años.

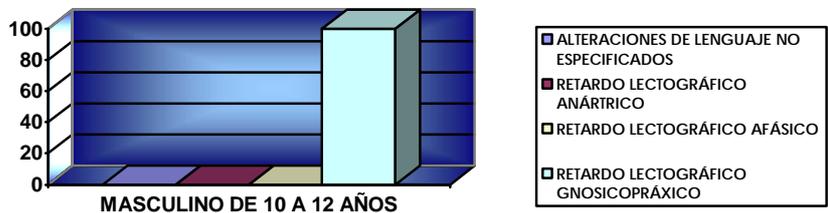
La población de sexo femenino de 8 a 9 años de edad con personalidad, inseguridad en relación a los diagnósticos especificados por el área de comunicación humana, obtuvo los resultados como a continuación se presentan: 0% alteraciones del lenguaje, 0% retardo Lectorográfico anártrico, 0% retardo Lectorográfico afásico, 100% retardo Lectorográfico Gnosicopráxico (GRÁFICA 38).



GRÁFICA 38

La población de sexo masculino de 10 a 12 años de edad con personalidad, inseguridad en relación a los diagnósticos especificados por el área de comunicación humana, obtuvo los resultados como a continuación se presentan: 0% alteraciones del lenguaje, 0% retardo Lectorográfico anártrico, 0% retardo Lectorográfico afásico, 100% retardo Lectorográfico Gnosicopráxico (GRÁFICA 39).

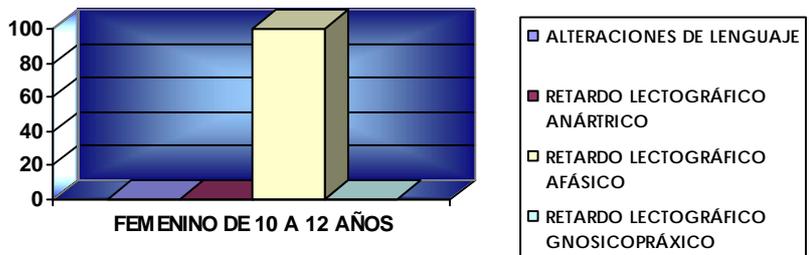
PERSONALIDAD - INSEGURIDAD-



GRÁFICA 39

La población de sexo femenino de 10 a 12 años de edad con personalidad, inseguridad en relación a los diagnósticos especificados por el área de comunicación humana, obtuvo los resultados como a continuación se presentan: 0% alteraciones del lenguaje, 0% retardo Lectográfico anártrico, 100% retardo Lectográfico afásico, 0% retardo Lectográfico Gnosicopráxico (GRÁFICA 40).

PERSONALIDAD - INSEGURIDAD



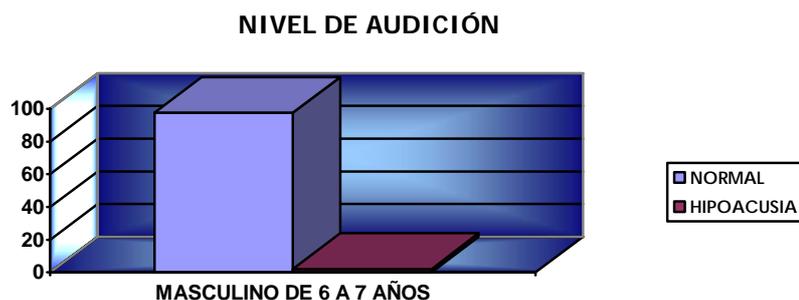
GRÁFICA 40

VII. NIVEL DE AUDICIÓN

A continuación se describen las variables evaluadas por el área de comunicación humana como nivel de audición, articulación, comprensión de lenguaje, nivel de lectoescritura, estudio fonológico, estudio semántico, estudio morfosintactico, estudio pragmático.

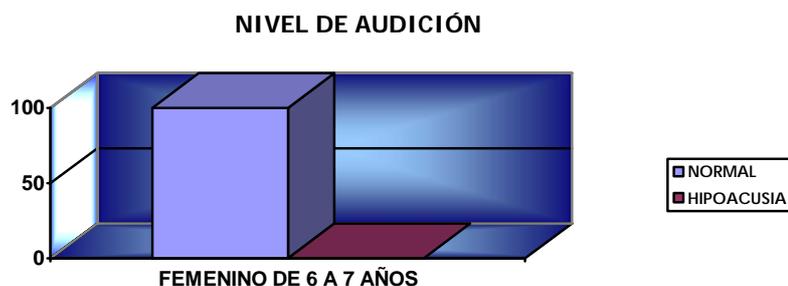
El lenguaje oral se fundamenta en la audición, sin este sentido debidamente conservado y desarrollado es difícil que el Desarrollo Global se presente eficazmente. La evaluación auditiva se realiza a través de una serie de exámenes entre ellos la audiometría, la cual nos permite determinar la localización del problema y el grado de pérdida auditiva.

Del total del grupo en estudio, el nivel de audición en el sexo masculino de 6 a 7 años, se expresa de la siguiente manera: 97.7% normal, 2.2% hipoacusia (GRÁFICA 41).



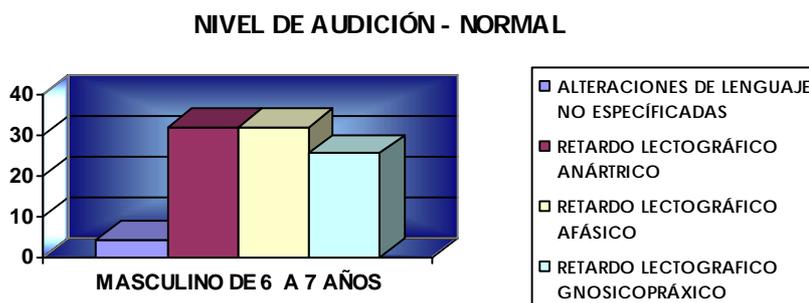
GRÁFICA 41

Del total del grupo en estudio, el nivel de audición en el sexo masculino de 6 a 7 años, se expresa de la siguiente manera: 100% normal, 0 % hipoacusia (GRÁFICA 42).



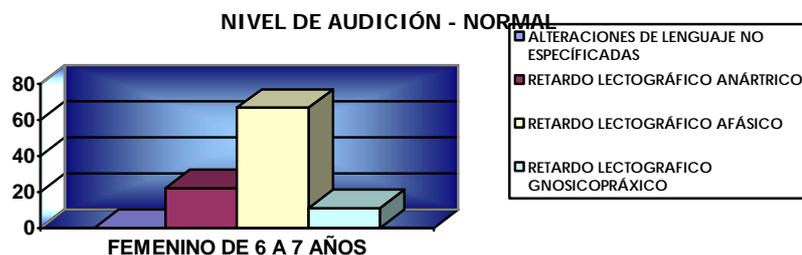
GRÁFICA 42

Del total del grupo en estudio, el nivel de audición normal, en relación a los diagnósticos de problemas de lenguaje, en el sexo masculino de 6 a 7 años, se expresa de la siguiente manera: 4.2% alteraciones de lenguaje no especificado, 31.9% retardo lectográfico anártrico, 31.9 % retardo lectográfico afásico, 25.5% retardo lectográfico gnosicoprático (GRÁFICA 43).



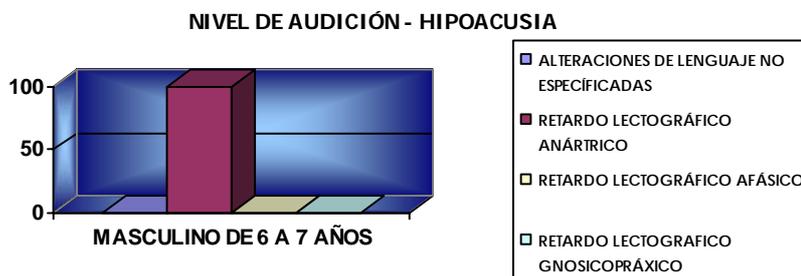
GRÁFICA 43

Del total del grupo en estudio, el nivel de audición normal en relación a los diagnósticos de problemas de lenguaje, en el sexo masculino de 6 a 7 años, se expresa de la siguiente manera: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 22.2% retardo Lectográfico anártrico, 66.6% retardo Lectográfico afásico, 11.1% retardo Lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 44).



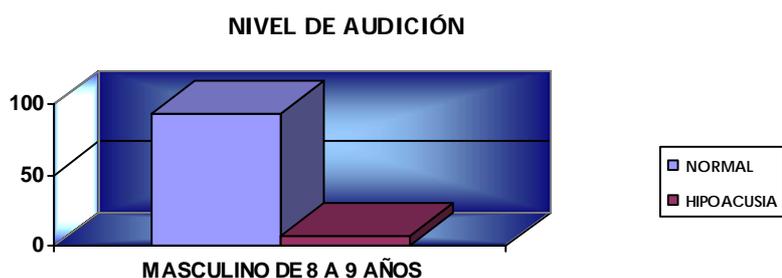
GRÁFICA 44

Del total del grupo en estudio, el nivel de audición normal en relación a los diagnósticos de problemas de lenguaje, en el sexo masculino de 6 a 7 años, se expresa de la siguiente manera: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 100% retardo Lectográfico anártrico, 0% retardo Lectográfico afásico, 0% retardo Lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 45).



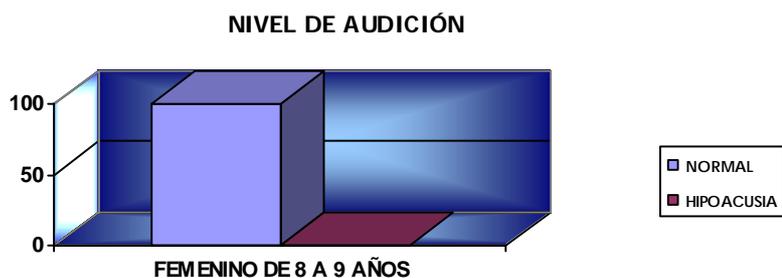
GRÁFICA 45

No existen datos de nivel de audición, hipoacusia en sexo femenino de 6 a 7 años. Del total del grupo en estudio, el nivel de audición en el sexo masculino de 6 a 7 años, se expresa de la siguiente manera: el 92.3% corresponde a audición normal, y el 7.6% hipoacusia (GRÁFICA 46).



GRÁFICA 46

Del total del grupo en estudio, el nivel de audición en el sexo masculino de 6 a 7 años, se expresa de la siguiente manera: 100% normal, 0% hipoacusia (GRÁFICA 47).



GRÁFICA 47

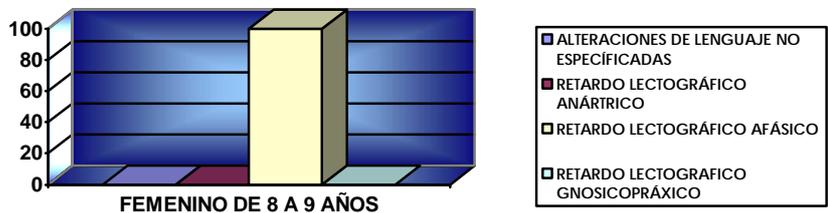
Del total del grupo en estudio, el nivel de audición normal en relación a los diagnósticos de problemas de lenguaje, en el sexo masculino de 6 a 7 años, se expresa de la siguiente manera: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 8.3% retardo Lectográfico anártrico, 50% retardo lectográfico afásico, 41.6% retardo lectográfico gnosicoprático (GRÁFICA 48).



GRÁFICA 48

Del total del grupo en estudio, el nivel de audición normal en relación a los diagnósticos de problemas de lenguaje, en el sexo masculino de 6 a 7 años, se expresa de la siguiente manera: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 8.3% retardo Lectográfico anártrico, 50% retardo Lectográfico afásico, 41.6% retardo Lectográfico gnosicoprático (GRÁFICA 49).

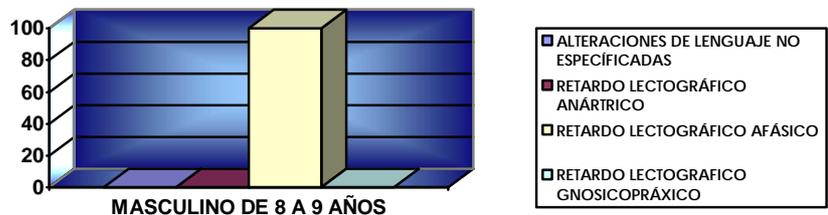
NIVEL DE AUDICIÓN - NORMAL



GRÁFICA 49

Del total del grupo en estudio, el nivel de audición normal en relación a los diagnósticos de problemas de lenguaje, en el sexo masculino de 6 a 7 años, se expresa de la siguiente manera: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicoprásico (GRÁFICA 50).

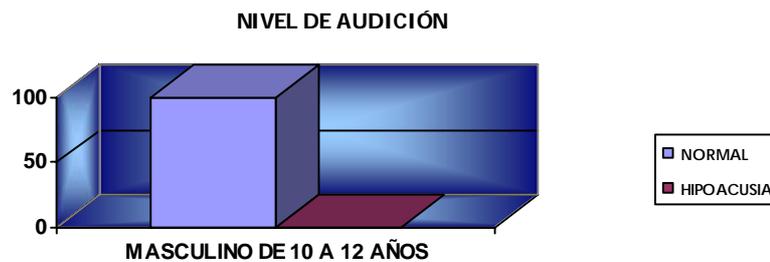
NIVEL DE AUDICIÓN - HIPOACUSIA



GRÁFICA 50

No existen datos de nivel de audición, hipoacusia en sexo femenino de 8 a 9 años.

Del total del grupo en estudio, el nivel de audición en el sexo masculino de 10 a 12 años, se expresa de la siguiente manera: 100% normal, 0% hipoacusia (GRÁFICA 51).



GRÁFICA 51

Del total del grupo en estudio, el nivel de audición en el sexo femenino de 10 a 12 años, se expresa de la siguiente manera: 100% normal, 0% hipoacusia (GRÁFICA 52).



GRÁFICA 52

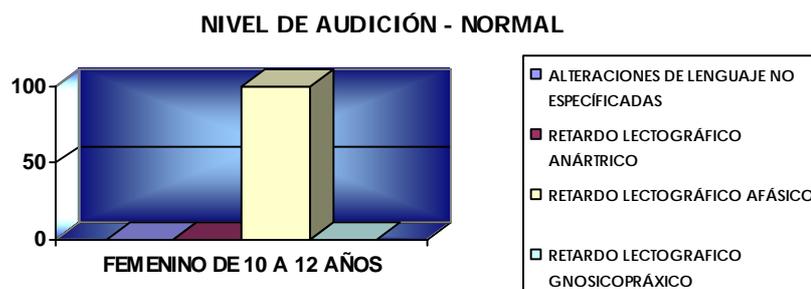
Del total del grupo en estudio, el nivel de audición normal en relación a los diagnósticos de problemas de lenguaje, en el sexo masculino de 6 a 7 años, se expresa de la siguiente manera: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas,

8.3% retardo lectográfico anártrico, 0% retardo lectográfico afásico, 100% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 53).



GRÁFICA 53

Del total del grupo en estudio, el nivel de audición normal en relación a los diagnósticos de problemas de lenguaje, en el sexo masculino de 6 a 7 años, se expresa de la siguiente manera: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 8.3% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 54).



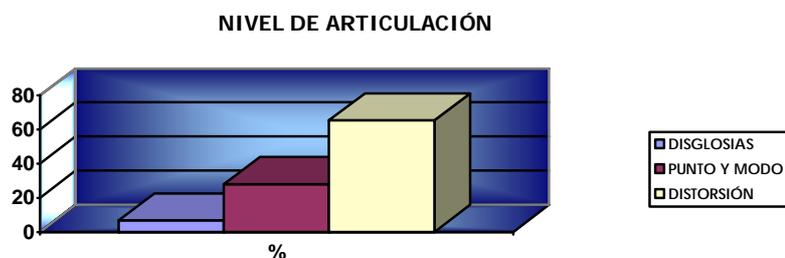
GRÁFICA 54

No existen datos de nivel de audición, hipoacusia en sexo masculino y femenino de 10 a 12 años.

VIII. NIVEL DE ARTICULACIÓN

Articulación es el acto de colocar correctamente los órganos articulatorios en posición adecuada para producir fonemas específicos. La realización acústica de fonemas la denominamos sonidos. Se denominan alteraciones de la articulación la producción incorrecta de uno o varios sonidos combinados.

Durante la valoración clínica se determina el nivel de articulación del lenguaje en el paciente. En el caso en estudio se presentó la siguiente variación: distorsión con 65.3%; en el punto y modo de articulación con 28% y disglosias con 6.6 % (GRÁFICA 55).

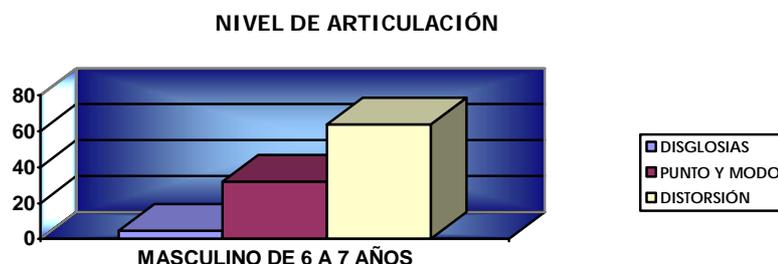


GRÁFICA 55

Durante la valoración clínica se determina el nivel de articulación del lenguaje en el paciente. En el caso en estudio se presentó la siguiente variación en el sexo

masculino de 6 a 7 años: 4.5% disglosias, 31.8% punto y modo, 63.6% distorsión.

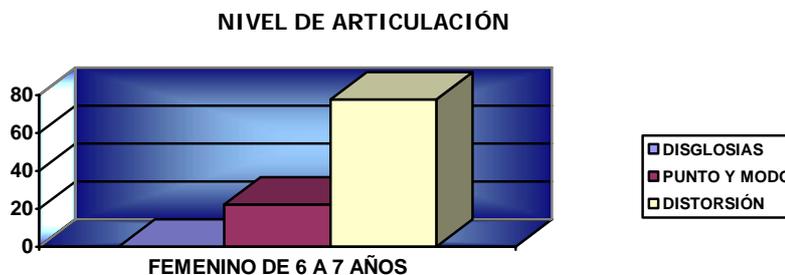
(GRÁFICA 56).



GRÁFICA 56

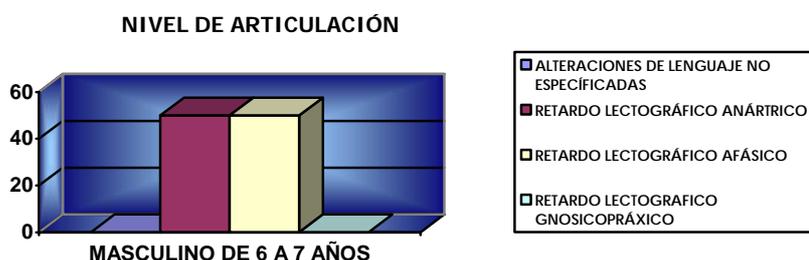
Durante la valoración clínica se determina el nivel de articulación del lenguaje en el paciente. En el caso en estudio se presentó la siguiente variación en el sexo femenino de 6 a 7 años: 0% disglosias, 22.2% punto y modo, 77.7% distorsión

(GRÁFICA 57).



GRÁFICA 57

Del caso en estudio, del sexo masculino de 6 a 7 años, el nivel de articulación, disglasias en relación con los diagnósticos anteriormente establecidos se presento la siguiente variación: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 50% retardo Lectográfico anártrico, 50% retardo Lectográfico afásico, 0% retardo Lectográfico gnosicoprático (GRÁFICA 58).

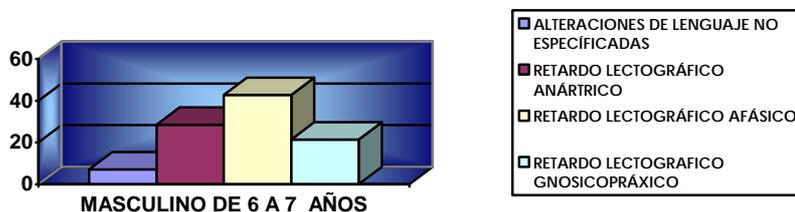


GRÁFICA 58

No se encontraron datos del sexo femenino de 6 a 7 años que presenten alteraciones del lenguaje de tipo disglasias.

Del caso en estudio, del sexo masculino de 6 a 7 años, el nivel de articulación, punto y modo en relación con los diagnósticos anteriormente establecidos se presento la siguiente variación: 7.1% alteraciones de lenguaje no especificadas, 28.5% retardo lectográfico anártrico, 42.8% retardo lectográfico afásico, 21.4% retardo lectográfico gnosicoprático (GRÁFICA 59).

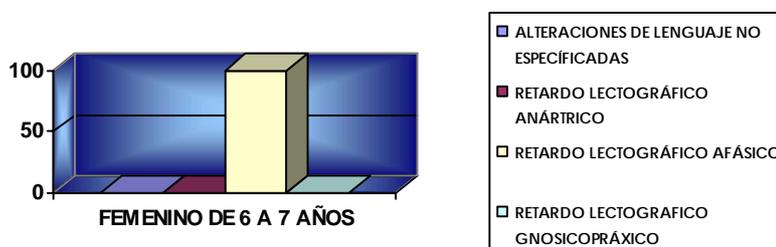
NIVEL DE ARTICULACIÓN PUNTO Y MODO



GRÁFICA 59

Del caso en estudio, del sexo femenino de 6 a 7 años, el nivel de articulación, punto y modo en relación con los diagnósticos anteriormente establecidos se presento la siguiente variación: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo Lectográfico anártrico, 100% retardo Lectográfico afásico, 0% retardo Lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 60).

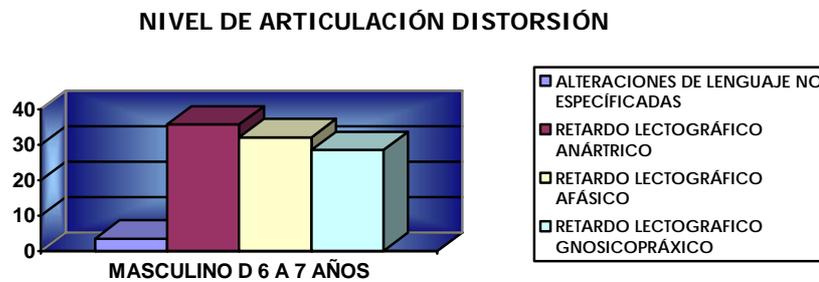
NIVEL DE ARTICULACIÓN - PUNTO Y MODO



GRÁFICA 60

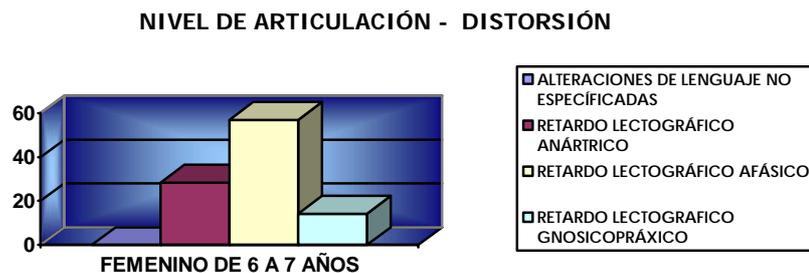
Del caso en estudio, del sexo masculino de 6 a 7 años, el nivel de articulación, distorsión en relación con los diagnósticos anteriormente establecidos se presento la siguiente variación: 3.5% alteraciones de lenguaje no especificadas, 35.7%

retardo Lectográfico anártrico, 32.1% retardo Lectográfico afásico, 28.5% retardo Lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 61).



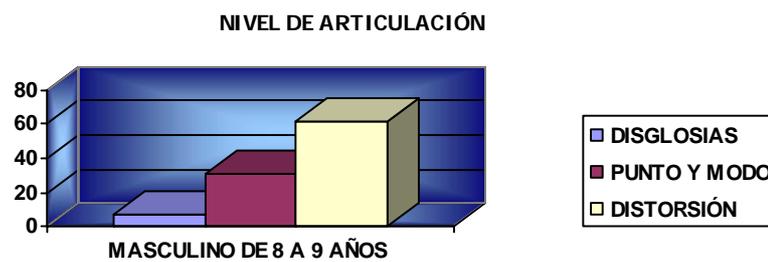
GRÁFICA 61

Del caso en estudio, del sexo femenino de 6 a 7 años, el nivel de articulación, distorsión en relación con los diagnósticos anteriormente establecidos se presento la siguiente variación: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 28.5% retardo lectográfico anártrico, 57.1% retardo lectográfico afásico, 14.2% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 62).



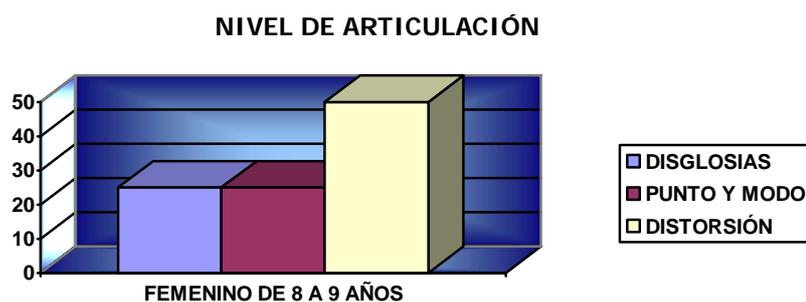
GRÁFICA 62

Durante la valoración clínica se determina el nivel de articulación del lenguaje en el paciente. En el caso en estudio se presentó la siguiente variación en el sexo masculino de 8 a 9 años: 7.6% disglosias, 30.7% punto y modo, 61.5% distorsión (GRÁFICA 63).



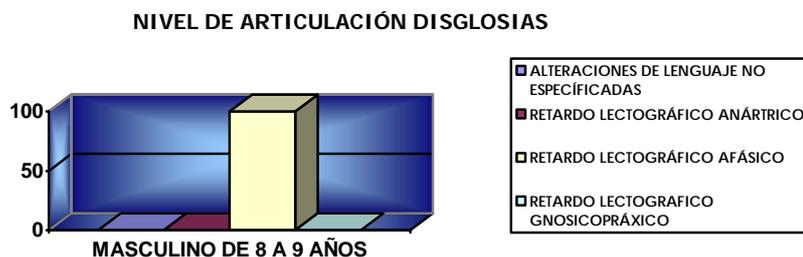
GRÁFICA 63

Durante la valoración clínica se determina el nivel de articulación del lenguaje en el paciente. En el caso en estudio se presentó la siguiente variación en el sexo femenino de 8 a 9 años: 25% disglosias, 25% punto y modo, 50% distorsión (GRÁFICA 64).



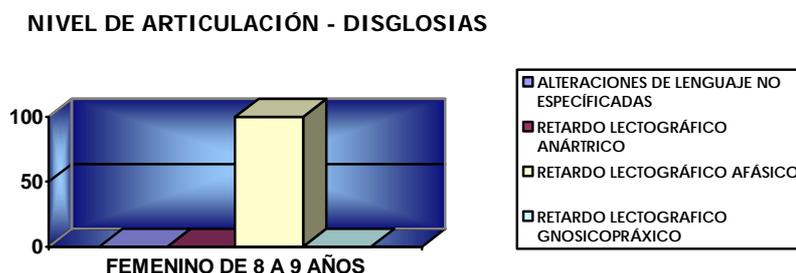
GRÁFICA 64

Del caso en estudio, del sexo masculino de 8 a 9 años, el nivel de articulación, disglasias en relación con los diagnósticos anteriormente establecidos se presento la siguiente variación: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo Lectográfico anártrico, 100% retardo Lectográfico afásico, 0% retardo Lectográfico gnosicoprático (GRÁFICA 65).



GRÁFICA 65

Del caso en estudio, del sexo femenino de 8 a 9 años, el nivel de articulación, disglasias en relación con los diagnósticos anteriormente establecidos se presento la siguiente variación: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 0% retardo lectográfico afásico, 100% retardo lectográfico gnosicoprático (GRÁFICA 66).



GRÁFICA 66

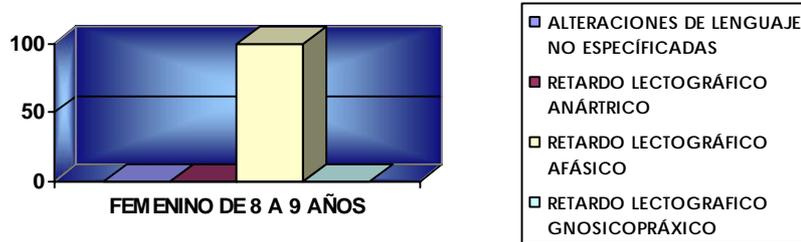
Del caso en estudio, del sexo femenino de 8 a 9 años, el nivel de articulación, punto y modo en relación con los diagnósticos anteriormente establecidos se presento la siguiente variación: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 50% retardo lectográfico afásico, 50% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 67).



GRÁFICA 67

Del caso en estudio, del sexo femenino de 8 a 9 años, el nivel de articulación, punto y modo en relación con los diagnósticos anteriormente establecidos se presento la siguiente variación: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRAFICA 68).

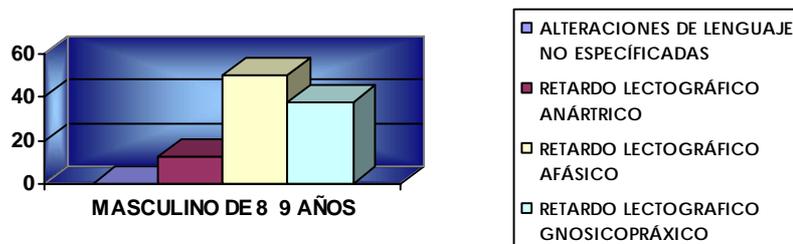
NIVEL DE ARTICULACIÓN - PUNTO Y MODO



GRÁFICA 68

Del caso en estudio, del sexo masculino de 8 a 9 años, el nivel de articulación, distorsión, en relación con los diagnósticos anteriormente establecidos se presento la siguiente variación: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 12.5% retardo lectográfico anártrico, 50% retardo lectográfico afásico, 37.5% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 69).

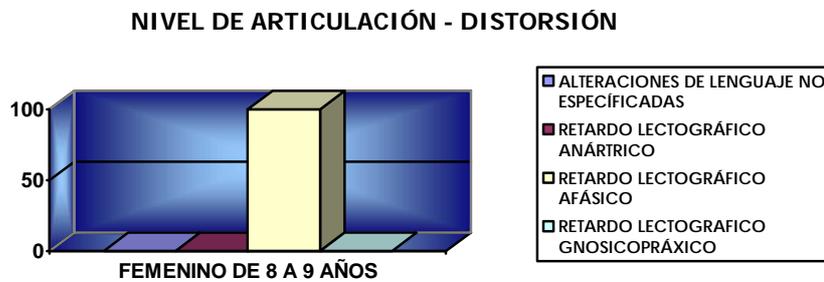
NIVEL DE ARTICULACIÓN - DISTORSIÓN



GRÁFICA 69

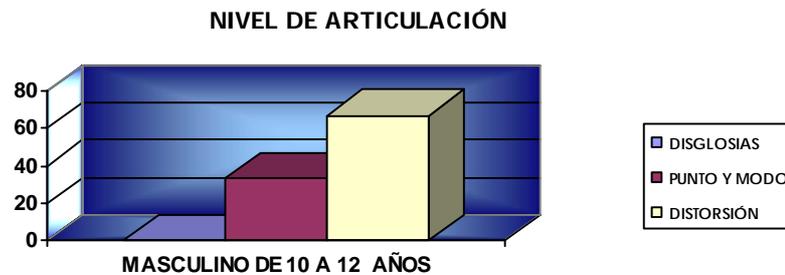
Del caso en estudio, del sexo femenino de 8 a 9 años, el nivel de articulación, distorsión, en relación con los diagnósticos anteriormente establecidos se presento la siguiente variación: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0%

retardo Lectográfico anártrico, 100% retardo Lectográfico afásico, 0% retardo Lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 70).



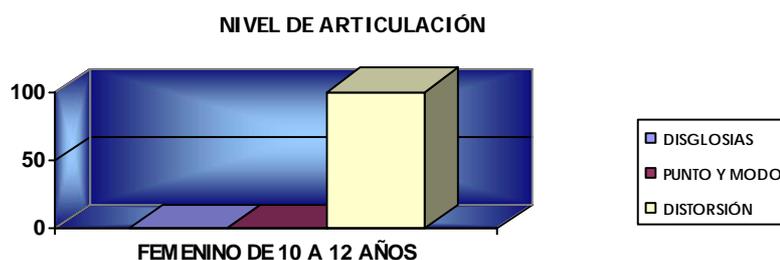
GRÁFICA 70

Durante la valoración clínica se determina el nivel de articulación del lenguaje en el paciente. En el caso en estudio se presentó la siguiente variación en el sexo masculino de 10 a 12 años: 0% disglasias, 33.3% punto y modo, 66.6% distorsión (GRÁFICA 71).



GRÁFICA 71

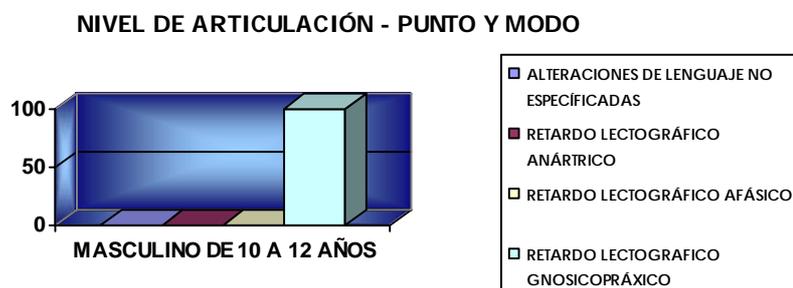
Durante la valoración clínica se determina el nivel de articulación del lenguaje en el paciente. En el caso en estudio se presentó la siguiente variación en el sexo femenino de 10 a 12 años: 0% disglasias, 0% punto y modo, 100% distorsión. (GRÁFICA 72).



GRÁFICA 72

No existen datos de nivel de articulación de tipo disglasias en el sexo femenino y masculino de 10 a 12 años.

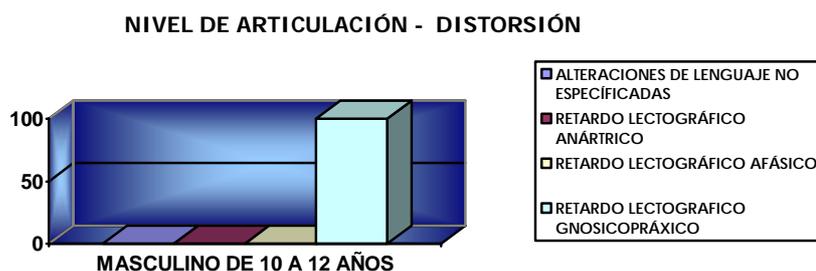
Del caso en estudio, del sexo masculino de 10 a 12 años, el nivel de articulación, punto y modo en relación con los diagnósticos anteriormente establecidos se presentó la siguiente variación: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo Lectográfico anártrico, 100% retardo Lectográfico afásico, 0% retardo Lectográfico gnosicoprático (GRÁFICA 73).



GRÁFICA 73

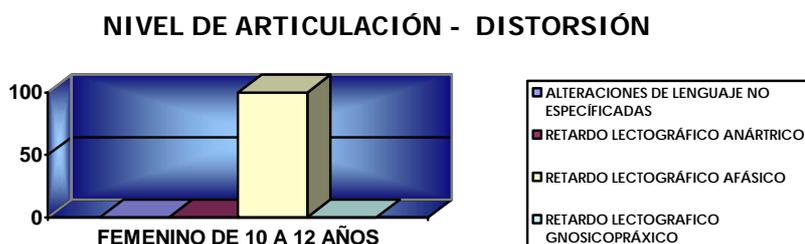
No existen datos de nivel de articulación, punto y modo en el sexo femenino de 10 a 12 años.

Del caso en estudio, del sexo masculino de 10 a 12 años, el nivel de articulación, distorsión en relación con los diagnósticos anteriormente establecidos se presentó la siguiente variación: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 0% retardo lectográfico afásico, 100% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 74).



GRÁFICA 74

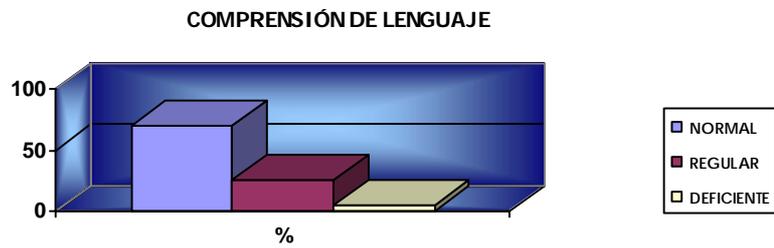
Del caso en estudio, del sexo femenino de 10 a 12 años, el nivel de articulación, distorsión en relación con los diagnósticos anteriormente establecidos se presentó la siguiente variación Nivel de articulación, distorsión: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnoscoprático (GRÁFICA 75).



GRÁFICA 75

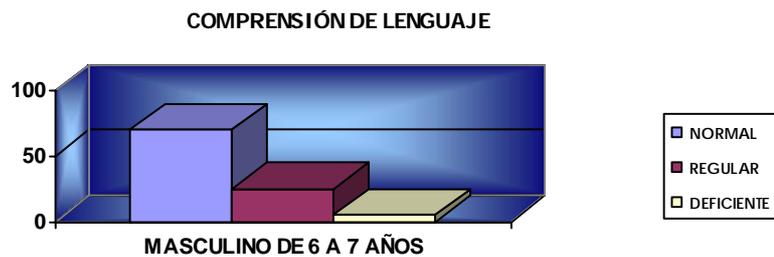
IX. COMPRENSIÓN DE LENGUAJE

El lenguaje es el principal medio de pensamiento para la especie humana, y en especial, de la creación y la imaginación. En el proceso de la comunicación intervienen emisor y receptor, este último interpreta lo que se dice. A esto le llamamos comprensión de lenguaje. Los pacientes en estudio mostraron el siguiente nivel de comprensión: el 64% normal: 33.3% regular y 2.6% deficiente (GRÁFICA 76).



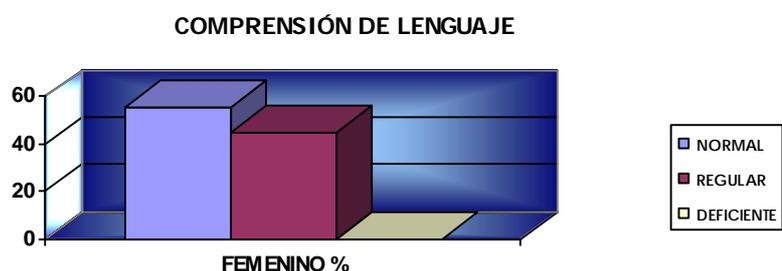
GRÁFICA 76

Del sexo masculino de 6 a 7 años de edad se obtuvo el siguiente nivel de comprensión de lenguaje: 70.4% normal, 25% regular, 4.5% deficiente (GRÁFICA 77).



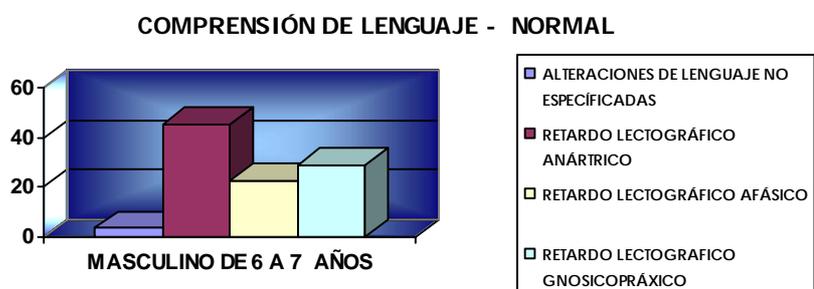
GRÁFICA 77

Del sexo masculino de 6 a 7 años de edad se obtuvo el siguiente nivel de comprensión de lenguaje: 55.5% normal, 44.4% regular, 0% deficiente (GRÁFICA 78).



GRÁFICA 78

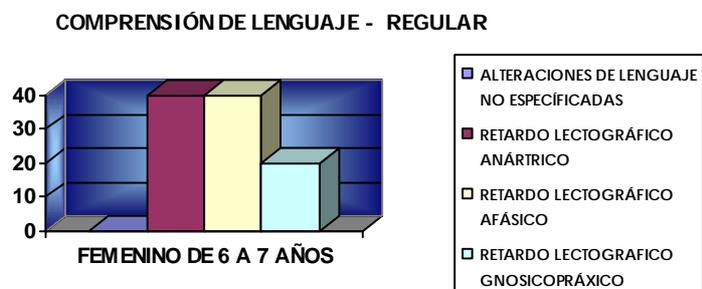
Del sexo masculino de 6 a 7 años de edad de nivel de comprensión de lenguaje normal en relación con los diagnósticos de problemas de lenguaje se obtuvieron los siguientes resultados: 3.2% alteraciones de lenguaje no especificadas, 45.1% retardo lectográfico anártrico, 22.5% retardo lectográfico afásico, 29% retardo lectográfico gnoscopráxico (GRÁFICA 79).



GRÁFICA 79

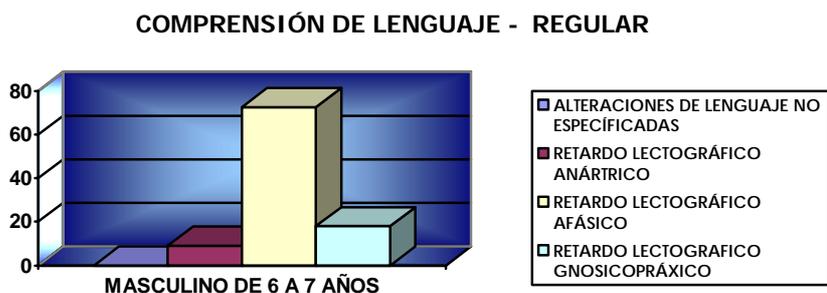
Del sexo femenino de 6 a 7 años de edad de nivel de comprensión de lenguaje normal en relación con los diagnósticos de problemas de lenguaje se obtuvieron los siguientes resultados: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 40%

retardo Lectográfico anártrico, 40% retardo Lectográfico afásico, 20% retardo Lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 80).



GRÁFICA 80

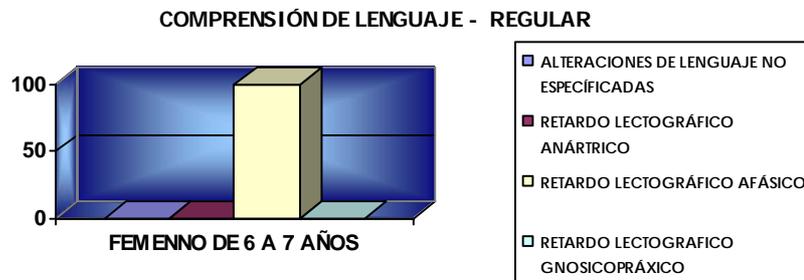
Del sexo masculino de 6 a 7 años de edad de nivel de comprensión de lenguaje regular en relación con los diagnósticos de problemas de lenguaje se obtuvieron los siguientes resultados: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 40% retardo Lectográfico anártrico, 40% retardo Lectográfico afásico, 20% retardo Lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 81).



GRÁFICA 81

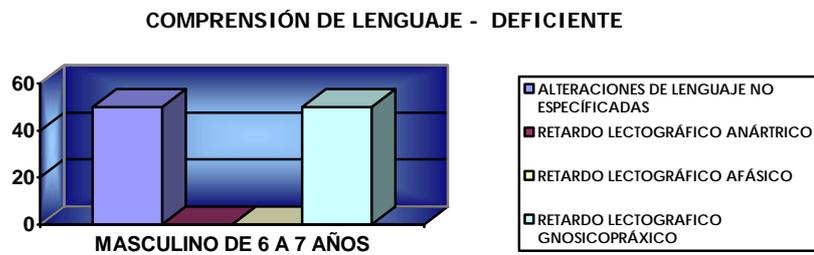
Del sexo femenino de 6 a 7 años de edad de nivel de comprensión de lenguaje regular en relación con los diagnósticos de problemas de lenguaje se obtuvieron los siguientes resultados: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0%

retardo Lectorográfico anártrico, 100% retardo Lectorográfico afásico, 0% retardo Lectorográfico gnosicoprático (GRÁFICA 82).



GRÁFICA 82

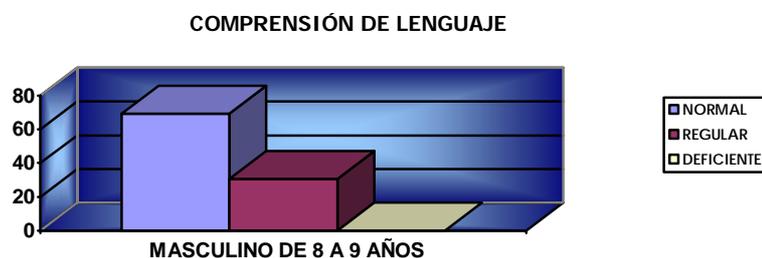
Del sexo femenino de 6 a 7 años de edad de nivel de comprensión de lenguaje deficiente, en relación con los diagnósticos de problemas de lenguaje se obtuvieron los siguientes resultados: 50% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo Lectorográfico anártrico, 0% retardo Lectorográfico afásico, 50% retardo Lectorográfico gnosicoprático (GRÁFICA 83).



GRÁFICA 83

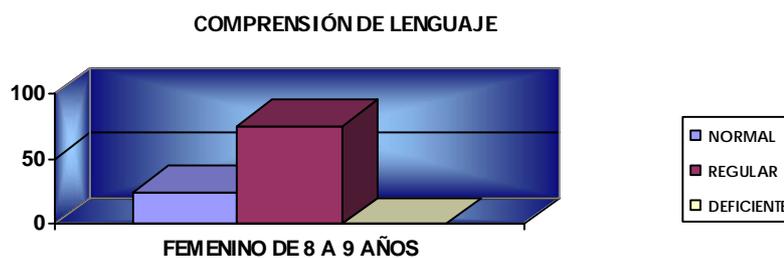
No existen datos de comprensión de lenguaje deficiente, en el sexo femenino de 6 a 7 años.

Del sexo masculino de 8 a 9 años de edad se obtuvo el siguiente nivel de comprensión de lenguaje: 69.2% normal, 30.7% regular, 0% deficiente (GRÁFICA 84).



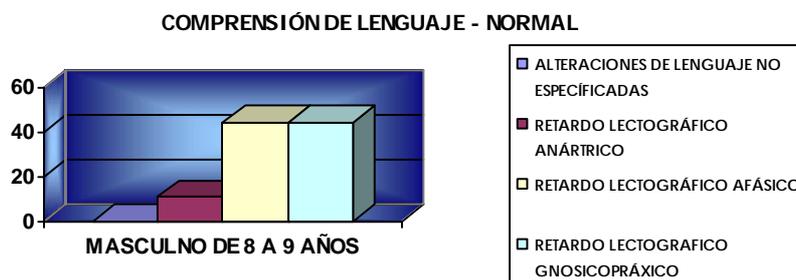
GRÁFICA 84

Del sexo femenino de 8 a 9 años de edad se obtuvo el siguiente nivel de comprensión de lenguaje: 25% normal, 75% regular, 0% deficiente (GRÁFICA 85).



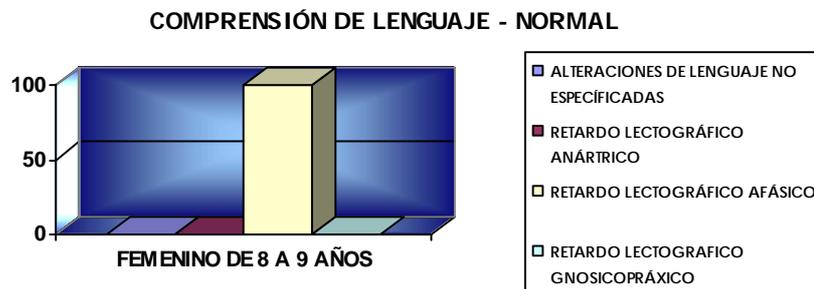
GRÁFICA 85

Del sexo masculino de 8 a 9 años de edad de nivel de comprensión de lenguaje normal, en relación con los diagnósticos de problemas de lenguaje se obtuvieron los siguientes resultados: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 40% retardo lectográfico anártrico, 40% retardo lectográfico afásico, 20% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 86).



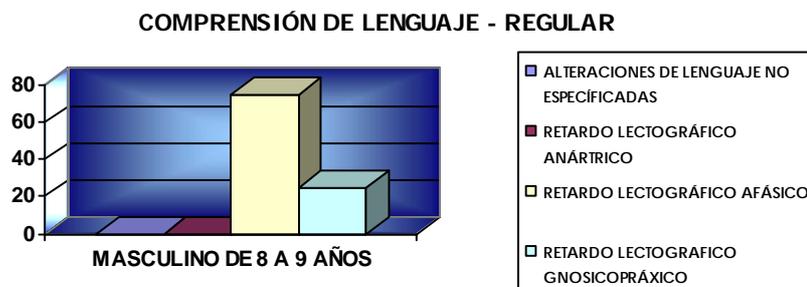
GRÁFICA 86

Del sexo femenino de 8 a 9 años de edad de nivel de comprensión de lenguaje normal, en relación con los diagnósticos de problemas de lenguaje se obtuvieron los siguientes resultados: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo Lectográfico anártrico, 100% retardo Lectográfico afásico, 0% retardo Lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 87).



GRÁFICA 87

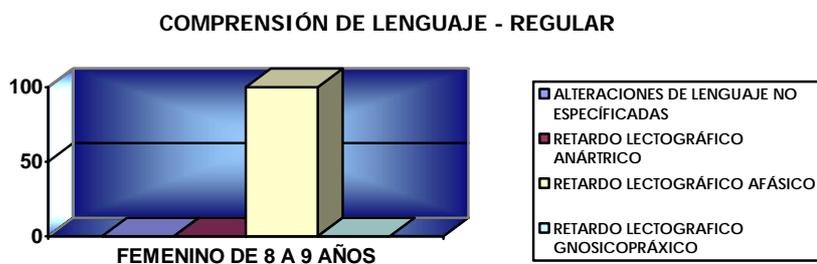
Del sexo masculino de 8 a 9 años de edad de nivel de comprensión de lenguaje regular, en relación con los diagnósticos de problemas de lenguaje se obtuvieron los siguientes resultados: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 75% retardo lectográfico afásico, 25% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 88).



GRÁFICA 88

Del sexo masculino de 8 a 9 años de edad de nivel de comprensión de lenguaje regular, en relación con los diagnósticos de problemas de lenguaje se obtuvieron los siguientes resultados: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0%

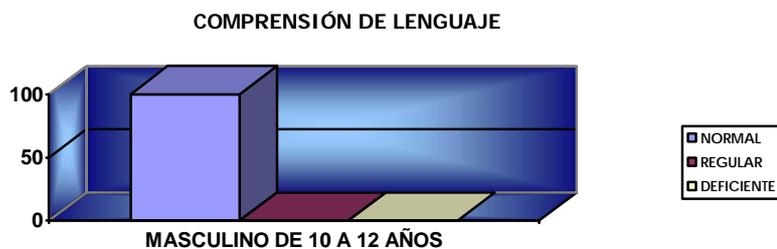
retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 89).



GRÁFICA 89

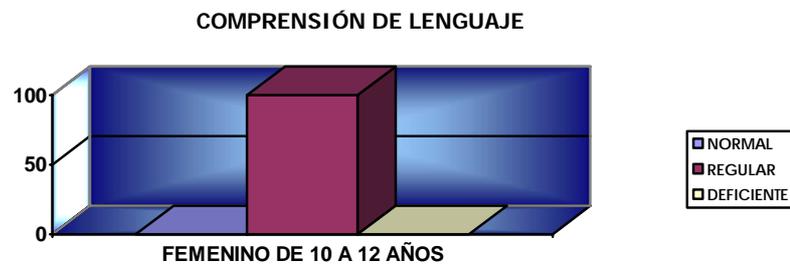
No existen datos de comprensión de lenguaje deficiente en el sexo femenino y masculino de 8 a 9 años.

Del sexo masculino de 10 a 12 años de edad se obtuvo el siguiente nivel de comprensión de lenguaje: 100% normal, 0% regular, 0% deficiente (GRÁFICA 90).



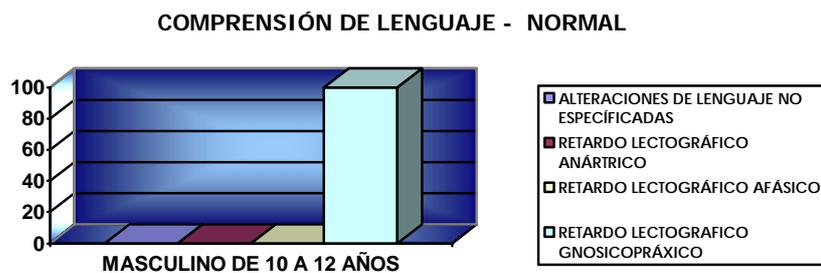
GRÁFICA 90

Del sexo femenino de 10 a 12 años de edad se obtuvo el siguiente nivel de comprensión de lenguaje: 0% normal, 100% regular, 0% deficiente (GRÁFICA 91).



GRÁFICA 91

Del sexo masculino de 10 a 12 años de edad de nivel de comprensión de lenguaje regular, en relación con los diagnósticos de problemas de lenguaje se obtuvieron los siguientes resultados: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 0% retardo lectográfico afásico, 100% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 92).

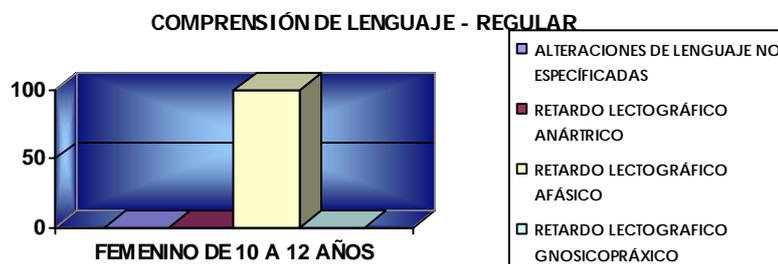


GRÁFICA 92

No existen datos de comprensión de lenguaje normal de sexo femenino de 10 a 12 años.

No existen datos de comprensión de lenguaje regular de sexo masculino de 10 a 12 años.

Del sexo femenino de 10 a 12 años de edad de nivel de comprensión de lenguaje regular, en relación con los diagnósticos de problemas de lenguaje se obtuvieron los siguientes resultados: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 93).

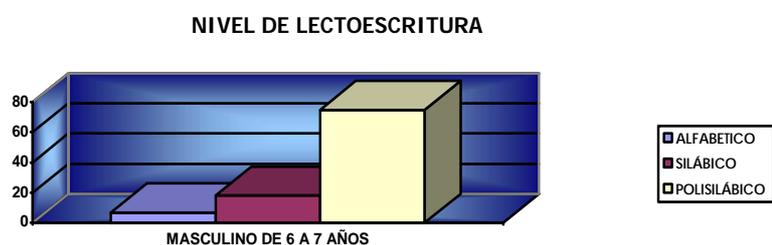


GRÁFICA 93

No existen datos de comprensión de lenguaje deficiente de sexo femenino y masculino de 10 a 12 años

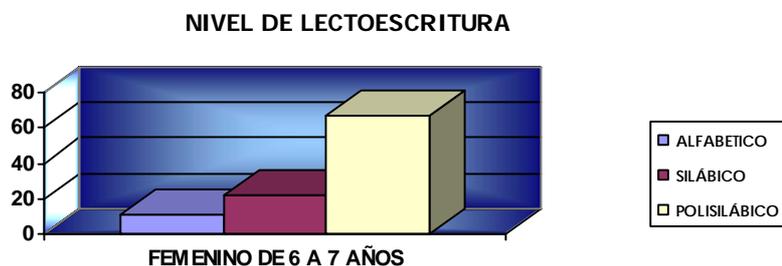
X. NIVEL DE LECTOESCRITURA

Es la capacidad y habilidad de leer y escribir adecuadamente. Del grupo total de estudio se presenta la siguiente distribución porcentual en el nivel de lectoescritura en el sexo masculino de 6 a 7 años de edad: el 6.8% corresponde a un nivel alfabético, el 18.1% silábico y el 75% polisilábico (GRÁFICA 94).



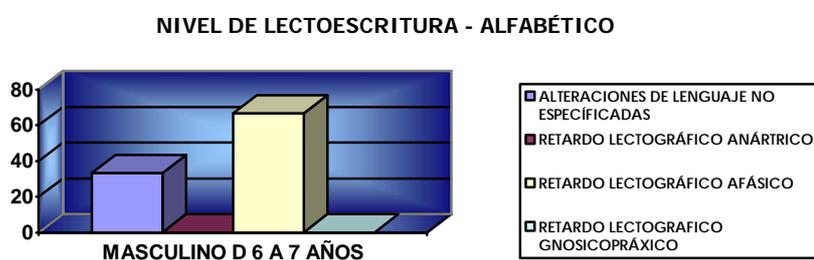
GRÁFICA 94

Del grupo total de estudio se presenta la siguiente distribución porcentual en el nivel de lectoescritura en el sexo femenino de 6 a 7 años de edad: el 11.1% corresponde a un nivel alfabético, el 22.2% silábico y el 66.6% polisilábico (GRÁFICA 95).



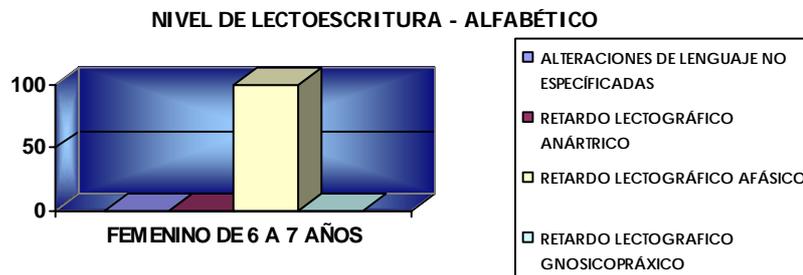
GRÁFICA 95

Del grupo en estudio en relación con los diagnósticos de lenguaje anteriormente establecidos, determinamos que el nivel de lectoescritura, alfabético en el sexo masculino de 6 a 7 años de edad, se expresa de la siguiente manera: 33.3% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 66.6% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 96).



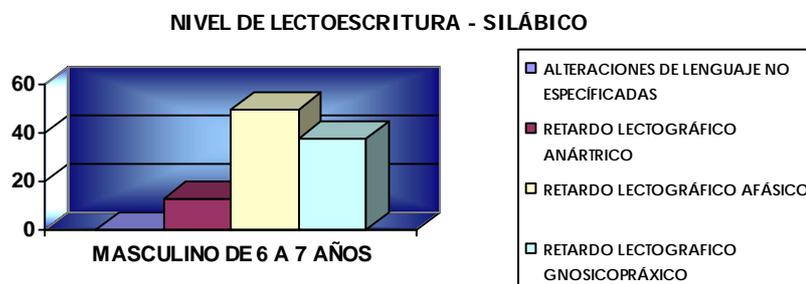
GRÁFICA 96

Del grupo en estudio en relación con los diagnósticos de lenguaje anteriormente establecidos, determinamos que el nivel de lectoescritura, alfabético en el sexo femenino de 6 a 7 años de edad, se expresa de la siguiente manera: alfabético: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 97).



GRÁFICA 97

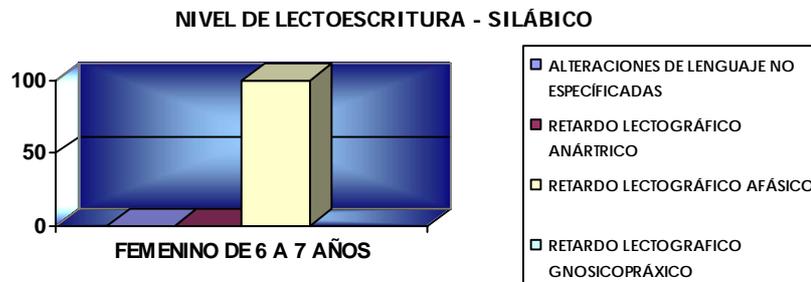
Del grupo en estudio en relación con los diagnósticos de lenguaje anteriormente establecidos, determinamos que el nivel de lectoescritura, silábico en el sexo masculino de 6 a 7 años de edad, se expresa de la siguiente manera: silábico: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 12.5% retardo lectográfico anártrico, 50% retardo lectográfico afásico, 37.5% retardo lectográfico gnoscopráxico (GRÁFICA 98).



GRÁFICA 98

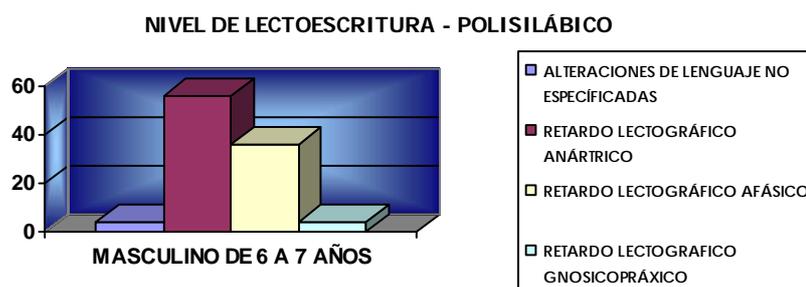
Del grupo en estudio en relación con los diagnósticos de lenguaje anteriormente establecidos, determinamos que el nivel de lectoescritura, silábico en el sexo femenino de 6 a 7 años de edad, se expresa de la siguiente manera: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100%

retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 99).



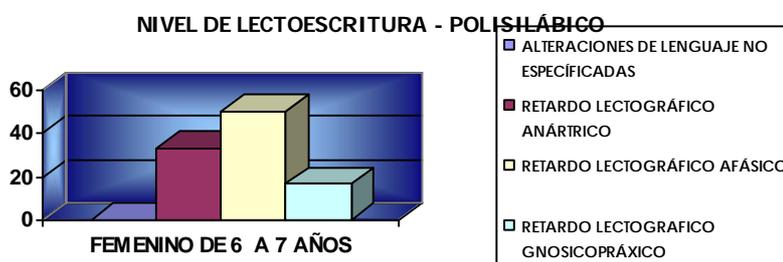
GRÁFICA 99

Del grupo en estudio en relación con los diagnósticos de lenguaje anteriormente establecidos, determinamos que el nivel de lectoescritura, polisilábico en el sexo masculino de 6 a 7 años de edad, se expresa de la siguiente manera: Nivel de lectoescritura polisilábico: 4% alteraciones de lenguaje no especificadas, 56% retardo Lectográfico anártrico, 36% retardo Lectográfico afásico, 4% retardo Lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 100).



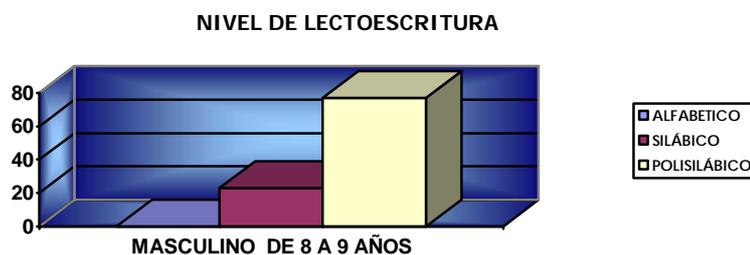
GRÁFICA 100

Del grupo en estudio en relación con los diagnósticos de lenguaje anteriormente establecidos, determinamos que el nivel de lectoescritura, polisilábico en el sexo femenino de 6 a 7 años de edad, se expresa de la siguiente manera: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 33.3% retardo lectográfico anártrico, 50% retardo lectográfico afásico, 16.6% retardo lectográfico gnoscopráxico (GRÁFICA 101).



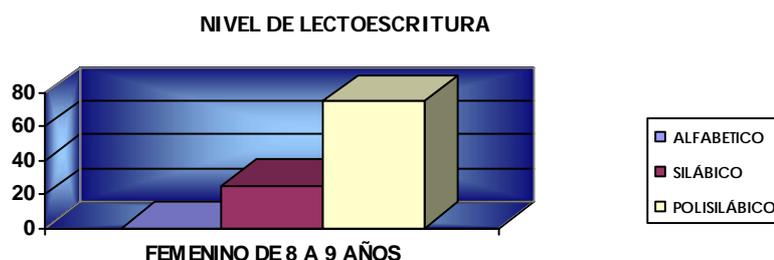
GRÁFICA 101

Del grupo total de estudio se presenta la siguiente distribución porcentual en el nivel de lectoescritura en el sexo masculino de 8 a 9 años de edad: 0% alfabético, 23% silábico, 76.9% polisilábico (GRÁFICA 102).



GRÁFICA 102

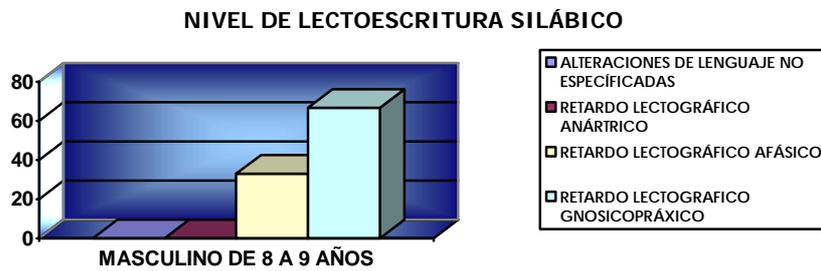
Del grupo total de estudio se presenta la siguiente distribución porcentual en el nivel de lectoescritura en el sexo masculino de 8 a 9 años de edad: 0% alfabético, 25% silábico, 75% polisilábico (GRÁFICA 103).



GRÁFICA 103

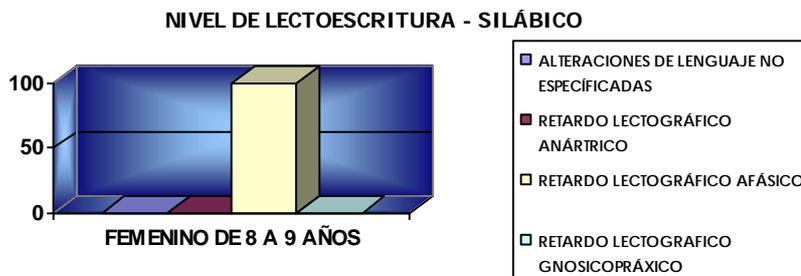
No existen datos de nivel de lectoescritura alfabético de sexo masculino y femenino de 8 a 9 años.

Del grupo en estudio en relación con los diagnósticos de lenguaje anteriormente establecidos, determinamos que el nivel de lectoescritura, silábico en el sexo masculino de 8 a 9 años de edad, se expresa de la siguiente manera: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 33.3% retardo lectográfico afásico, 66.6% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 104).



GRÁFICA 104

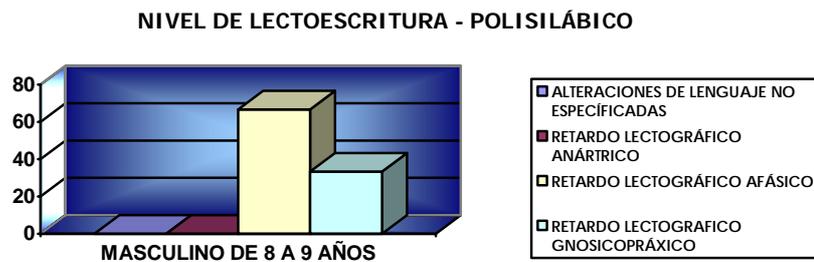
Del grupo en estudio en relación con los diagnósticos de lenguaje anteriormente establecidos, determinamos que el nivel de lectoescritura, silábico en el sexo femenino de 8 a 9 años de edad, se expresa de la siguiente manera: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 105).



GRÁFICA 105

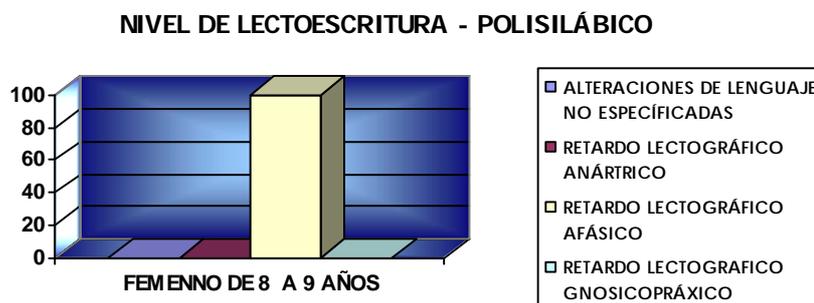
Del grupo en estudio en relación con los diagnósticos de lenguaje anteriormente establecidos, determinamos que el nivel de lectoescritura, polisilábico en el sexo masculino de 8 a 9 años de edad, se expresa de la siguiente manera: 0%

alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 66.6% retardo lectográfico afásico, 33.3% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 106).



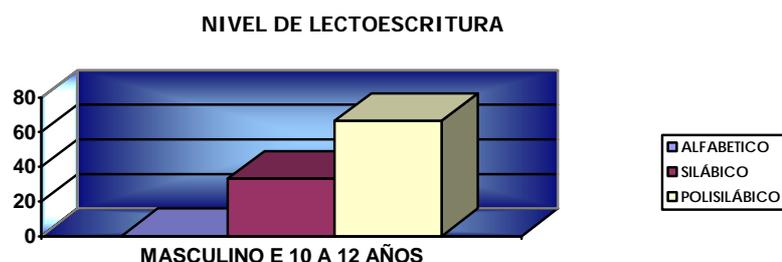
GRÁFICA 106

Del grupo en estudio en relación con los diagnósticos de lenguaje anteriormente establecidos, determinamos que el nivel de lectoescritura, polisilábico en el sexo masculino de 8 a 9 años de edad, se expresa de la siguiente manera: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 107).



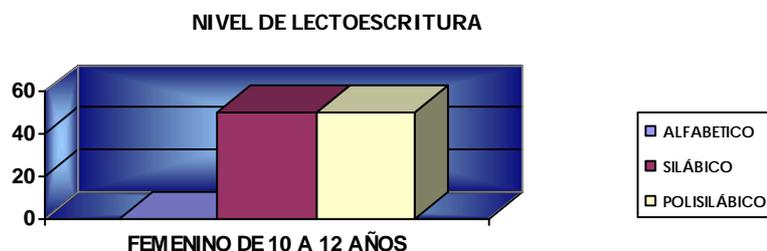
GRÁFICA 107

Del grupo total de estudio se presenta la siguiente distribución porcentual en el nivel de lectoescritura en el sexo masculino de 10 a 12 años de edad: 0% alfabético, 33.3% silábico, 66.6% polisilábico (GRÁFICA 108).



GRÁFICA 108

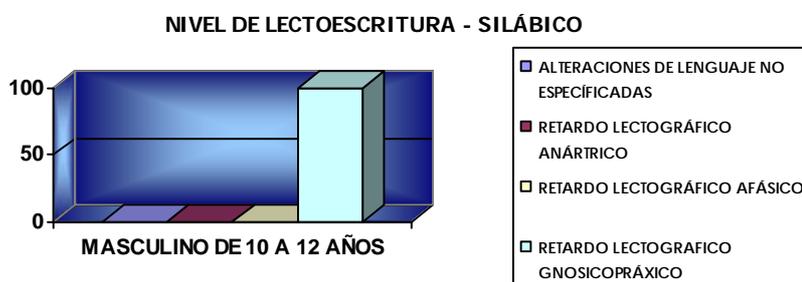
Del grupo total de estudio se presenta la siguiente distribución porcentual en el nivel de lectoescritura en el sexo femenino de 10 a 12 años de edad: 0% alfabético, 50% silábico, 50% polisilábico (GRÁFICA 109).



GRÁFICA 109

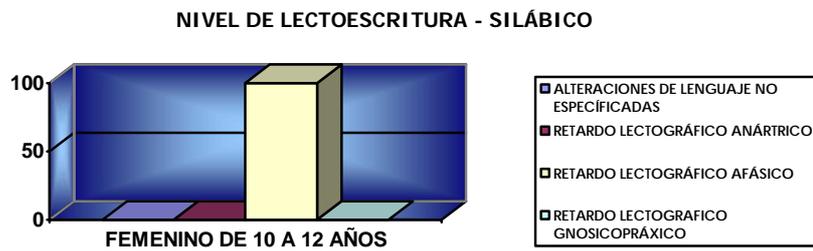
No existen datos de nivel de lectoescritura alfabético de sexo masculino y femenino de 10 a 12 años.

Del grupo en estudio en relación con los diagnósticos de lenguaje anteriormente establecidos, determinamos que el nivel de lectoescritura, silábico en el sexo masculino de 10 a 12 años de edad, se expresa de la siguiente manera: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 0% retardo lectográfico afásico, 100% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 110).



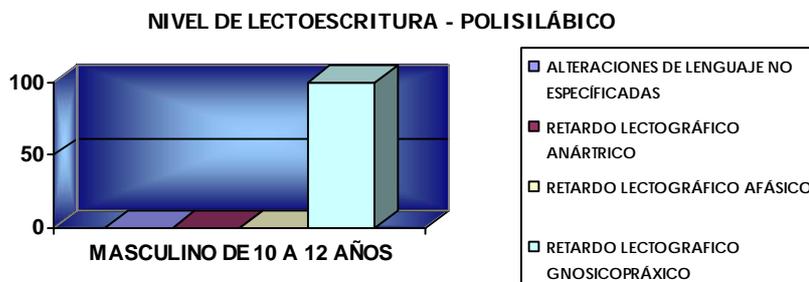
GRÁFICA 110

Del grupo en estudio en relación con los diagnósticos de lenguaje anteriormente establecidos, determinamos que el nivel de lectoescritura, silábico en el sexo femenino de 10 a 12 años de edad, se expresa de la siguiente manera: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 111).



GRÁFICA 111

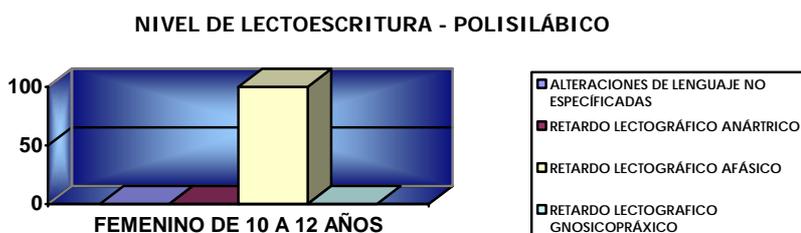
Del grupo en estudio en relación con los diagnósticos de lenguaje anteriormente establecidos, determinamos que el nivel de lectoescritura, polisilábico en el sexo masculino de 10 a 12 años de edad, se expresa de la siguiente manera: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 0% retardo lectográfico afásico, 100% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 112).



GRÁFICA 112

Del grupo en estudio en relación con los diagnósticos de lenguaje anteriormente establecidos, determinamos que el nivel de lectoescritura, polisilábico en el sexo femenino de 10 a 12 años de edad, se expresa de la siguiente manera: 0%

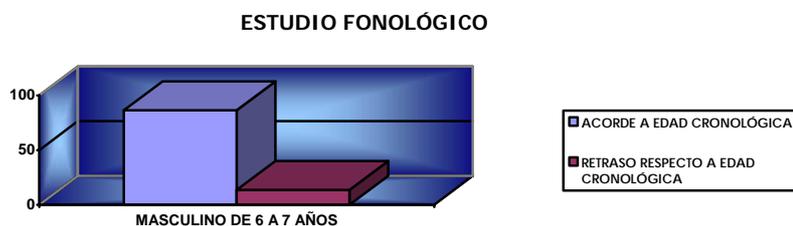
alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 113).



GRÁFICA 113

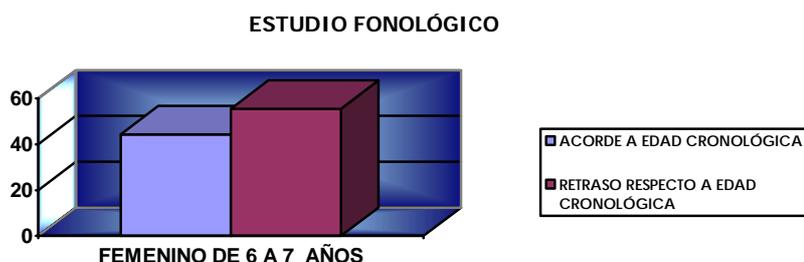
XI. ESTUDIO FONOLÓGICO

La fonología se refiere al sistema de sonidos usados por el humano hablante de un idioma particular. Considera las posibles combinaciones de sonidos que permite ese idioma y las reglas que rigen estas combinaciones. En el estudio de caso se obtuvieron los siguientes resultados del estudio fonológico en el sexo masculino de 6 a 7 años de edad: 86.3% acorde a edad cronológica, 13.6% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 114).



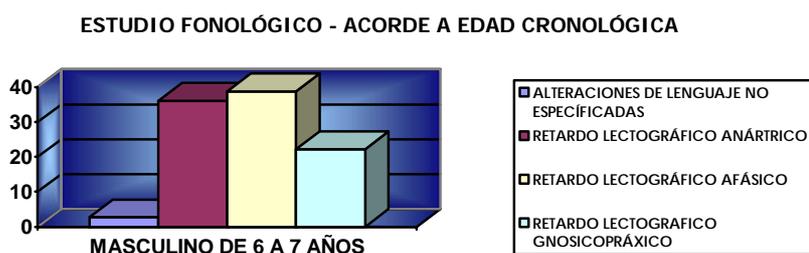
GRÁFICA 114

En el estudio de caso se obtuvieron los siguientes resultados del estudio fonológico en el sexo femenino de 6 a 7 años de edad: 44.4% acorde a edad cronológica, 55.5% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 115).



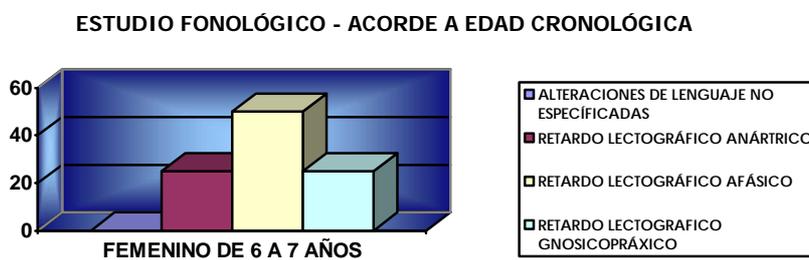
GRÁFICA 115

En el estudio de caso se obtuvieron los siguientes resultados del estudio fonológico acorde a edad cronológica en el sexo masculino de 6 a 7 años de edad en comparación con los diagnósticos de lenguaje: 2.7% alteraciones de lenguaje no especificadas, 36.1% retardo Lectográfico anártrico, 38.8% retardo Lectográfico afásico, 22.2% retardo Lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 116).



GRÁFICA 116

En el estudio de caso se obtuvieron los siguientes resultados del estudio fonológico, acorde a edad cronológica en el sexo femenino de 6 a 7 años de edad en comparación con los diagnósticos de lenguaje: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 25% retardo lectográfico anártrico, 50% retardo lectográfico afásico, 25% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 117).



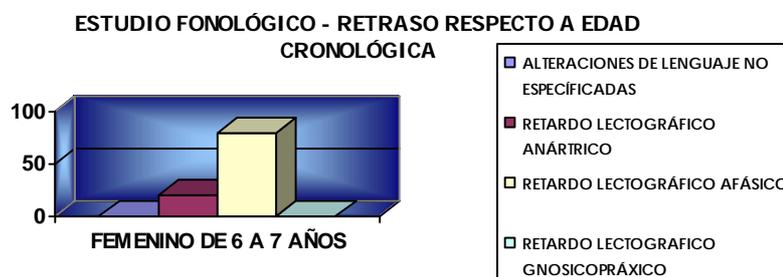
GRÁFICA 117

En el estudio de caso se obtuvieron los siguientes resultados del estudio fonológico retraso respecto a edad cronológica, en el sexo masculino de 6 a 7 años de edad en comparación con los diagnósticos de lenguaje: 16.6% alteraciones de lenguaje no especificadas, 33.3% retardo lectográfico anártrico, 16.3% retardo lectográfico afásico, 33.3% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 118).



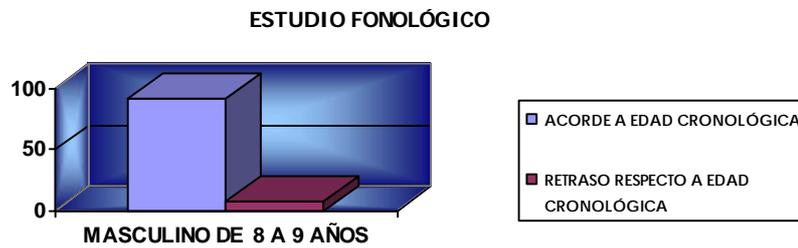
GRÁFICA 118

En el estudio de caso se obtuvieron los siguientes resultados del estudio fonológico retraso respecto a edad cronológica, en el sexo femenino de 8 a 9 años de edad en comparación con los diagnósticos de lenguaje: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 20% retardo lectográfico anártrico, 80% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 119).



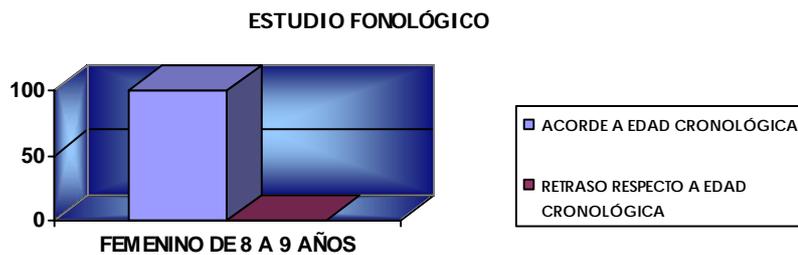
GRÁFICA 119

En el estudio de caso se obtuvieron los siguientes resultados del estudio fonológico en el sexo masculino de 8 a 9 años de edad: 92.3% acorde a edad cronológica, 7.6% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 120).



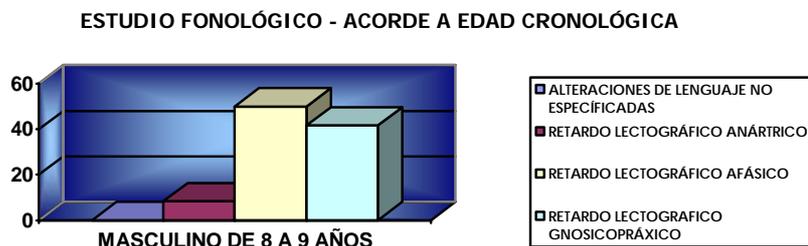
GRÁFICA 120

En el estudio de caso se obtuvieron los siguientes resultados del estudio fonológico en el sexo femenino de 8 a 9 años de edad: 100% acorde a edad cronológica, 0% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 121).



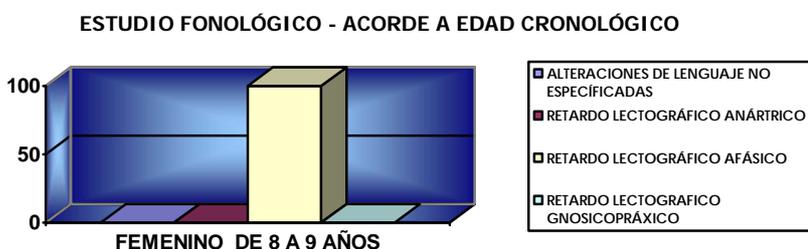
GRÁFICA 121

En el estudio de caso se obtuvieron los siguientes resultados del estudio fonológico acorde a edad cronológica, en el sexo masculino de 8 a 9 años de edad en comparación con los diagnósticos de lenguaje: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 8.3% retardo lectográfico anártrico, 50% retardo lectográfico afásico, 41.6% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 122).



GRÁFICA 122

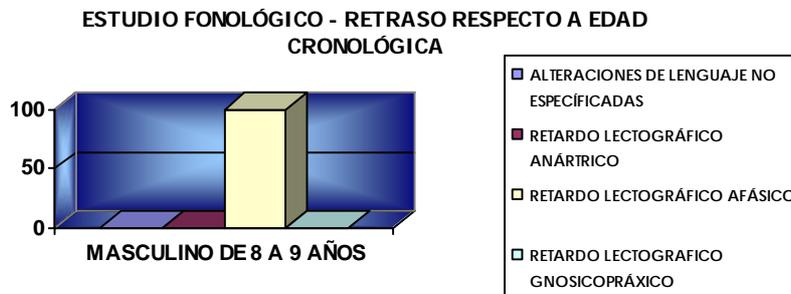
En el estudio de caso se obtuvieron los siguientes resultados del estudio fonológico acorde a edad cronológica, en el sexo femenino de 8 a 9 años de edad en comparación con los diagnósticos de lenguaje: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 123).



GRÁFICA 123

En el estudio de caso se obtuvieron los siguientes resultados del estudio fonológico retraso respecto a edad cronológica, en el sexo masculino de 8 a 9 años de edad en comparación con los diagnósticos de lenguaje: 0% alteraciones

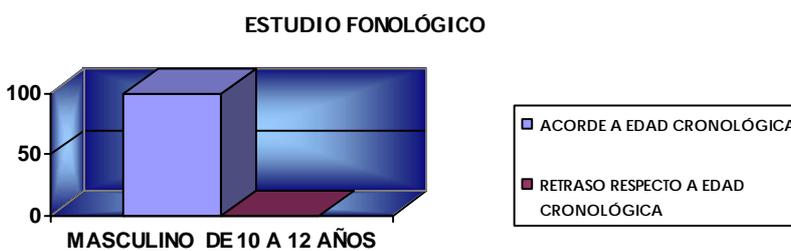
de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 124).



GRÁFICA 124

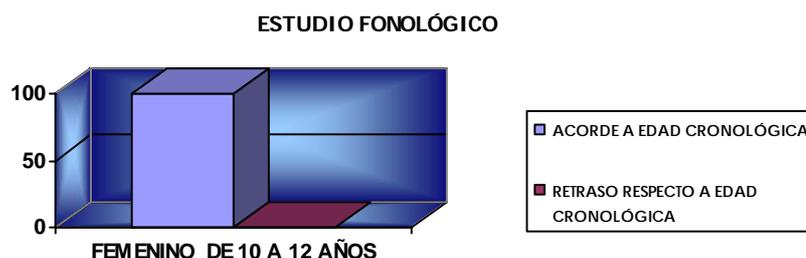
No existen datos de estudio fonológico, retraso respecto a edad cronológica, en sexo femenino de 8 a 9 años.

En el estudio de caso se obtuvieron los siguientes resultados del estudio fonológico en el sexo masculino de 10 a 12 años de edad: 100% acorde a edad cronológica, 0% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 125).



GRÁFICA 125

En el estudio de caso se obtuvieron los siguientes resultados del estudio fonológico en el sexo femenino de 10 a 12 años de edad: 100% acorde a edad cronológica, 0% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 126).



GRÁFICA 126

No existen datos de estudio fonológico, retraso respecto a edad cronológica, en sexo masculino y femenino de 10 a 12 años.

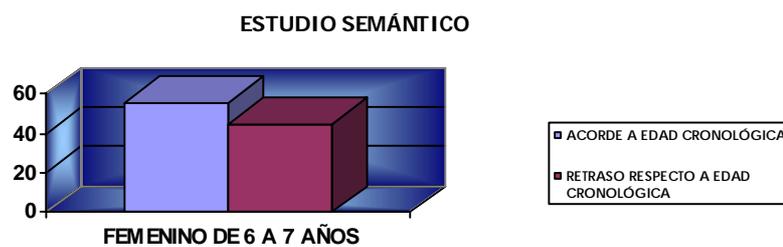
XII. ESTUDIO SEMÁNTICO

La semántica corresponde a los significados de las palabras, es decir la representación del mundo que conocemos. Analizando los resultados del estudio semántico podemos determinar que del sexo masculino de 6 a 7 años de edad: el 75% es acorde a edad cronológica, 25% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 127).



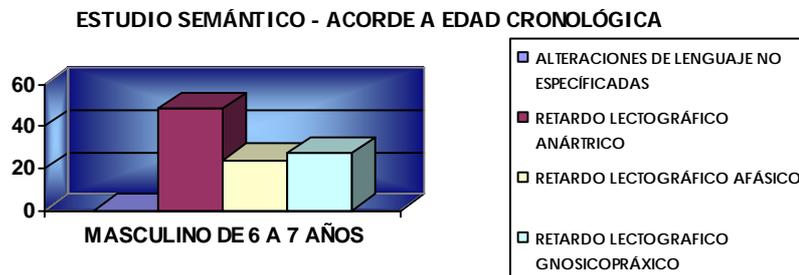
GRÁFICA 127

Analizando los resultados del estudio semántico podemos determinar que del sexo masculino de 6 a 7 años de edad: el 55.5% acorde a edad cronológica, 44.4% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 128).



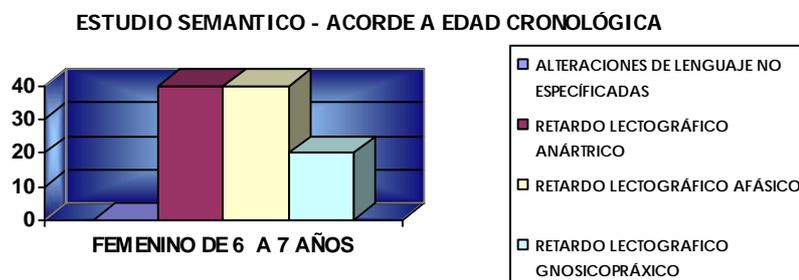
GRÁFICA 128

Del total de la población del sexo masculino de 6 a 7 años de edad, corresponden los siguientes resultados en el estudio semántico acorde a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 48.4% retardo lectográfico anártrico, 24.2% retardo lectográfico afásico, 27.2% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 129).



GRÁFICA 129

Del total de la población del sexo femenino de 6 a 7 años de edad, corresponden los siguientes resultados en el estudio semántico acorde a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 40% retardo lectográfico anártrico, 40% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnoscopráxico (GRÁFICA 130).



GRÁFICA 130

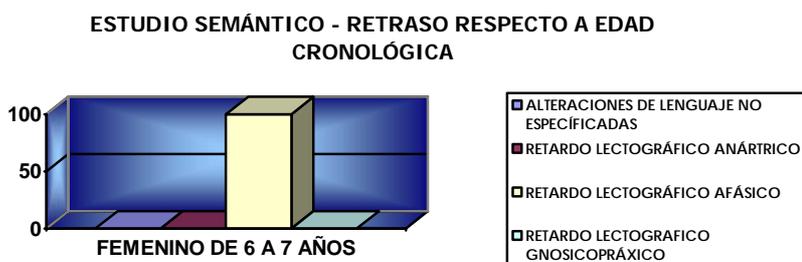
Del total de la población del sexo masculino de 6 a 7 años de edad, corresponden los siguientes resultados en el estudio semántico, retraso respecto a edad cronológica: 18.1% alteraciones de lenguaje no especificadas, 54.5% retardo

lectográfico anártrico, 27.2% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 131).



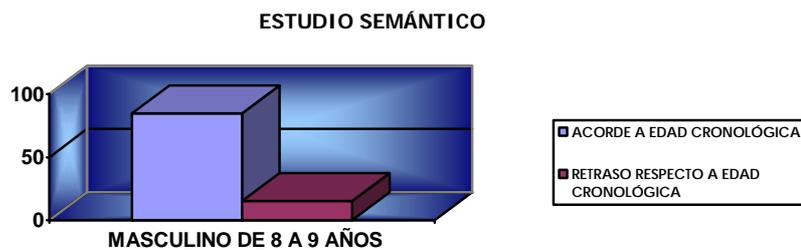
GRÁFICA 131

Del total de la población del sexo femenino de 6 a 7 años de edad, corresponden los siguientes resultados en el estudio semántico, retraso respecto a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 132).



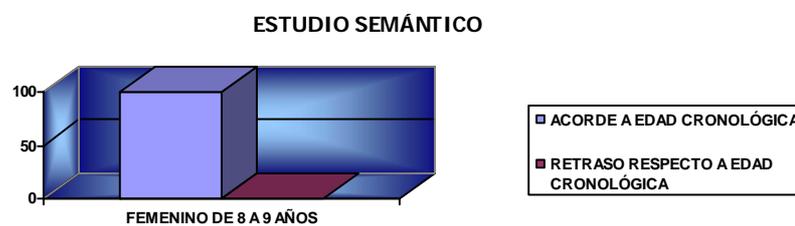
GRÁFICA 132

Analizando los resultados del estudio semántico podemos determinar que del sexo masculino de 8 a 9 años de edad: 84.6% acorde a edad cronológica, 15.3% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 133).



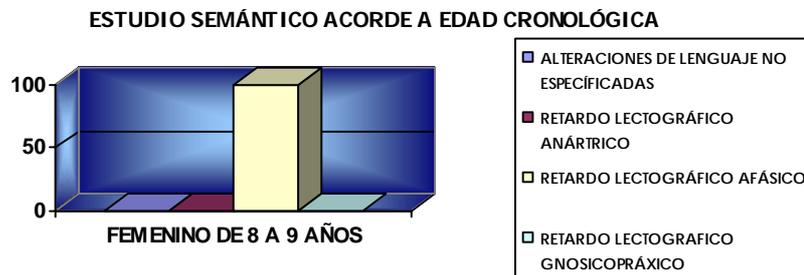
GRÁFICA 133

Analizando los resultados del estudio semántico podemos determinar que del sexo femenino de 8 a 9 años de edad: 100% acorde a edad cronológica, 0% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 134).



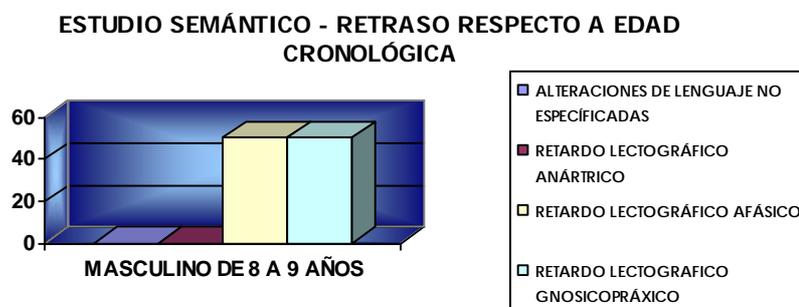
GRÁFICA 134

Del total de la población del sexo femenino de 8 a 9 años de edad, corresponden los siguientes resultados en el estudio semántico, acorde a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 136).



GRÁFICA 136

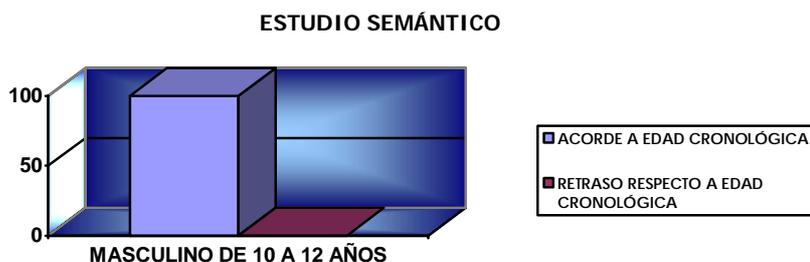
Del total de la población del sexo masculino de 8 a 9 años de edad, corresponden los siguientes resultados en el estudio semántico, retraso respecto a edad cronológica Estudio semántico retraso respecto a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 50% retardo lectográfico afásico, 50% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 137).



GRÁFICA 137

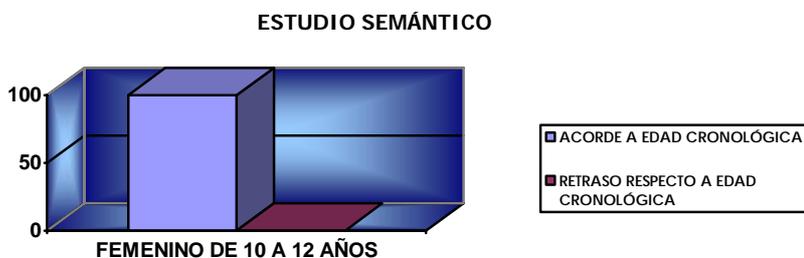
No existen datos de estudio semántico, retraso respecto a edad cronológica, en sexo femenino de 8 a 9 años.

Analizando los resultados del estudio semántico podemos determinar que del sexo masculino de 10 a 12 años de edad: 100% acorde a edad cronológica, 0% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 138).



GRÁFICA 138

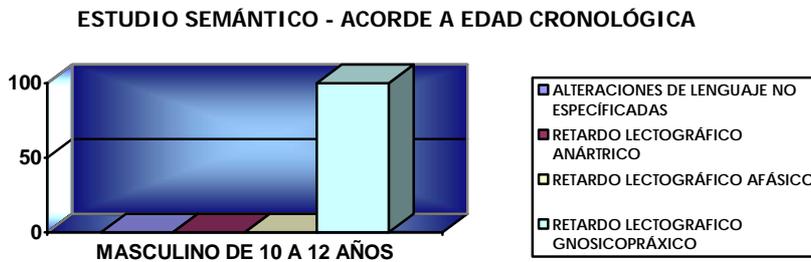
Analizando los resultados del estudio semántico podemos determinar que del sexo femenino de 10 a 12 años de edad: 100% acorde a edad cronológica, 0% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 139).



GRÁFICA 139

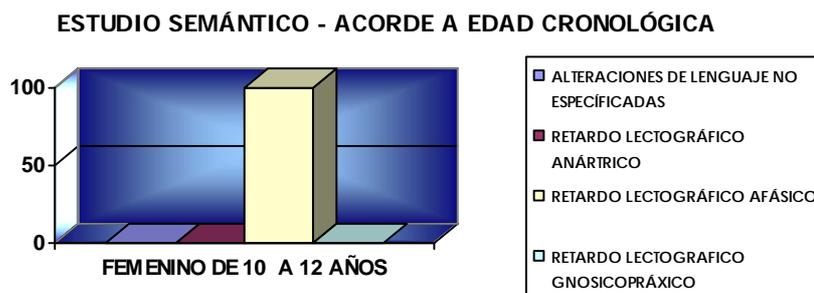
Del total de la población del sexo masculino de 10 a 12 años de edad, corresponden los siguientes resultados en el estudio semántico, acorde a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico

anártrico, 0% retardo lectográfico afásico, 100% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 140).



GRÁFICA 140

Del total de la población del sexo femenino de 10 a 12 años de edad, corresponden los siguientes resultados en el estudio semántico, acorde a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 141).



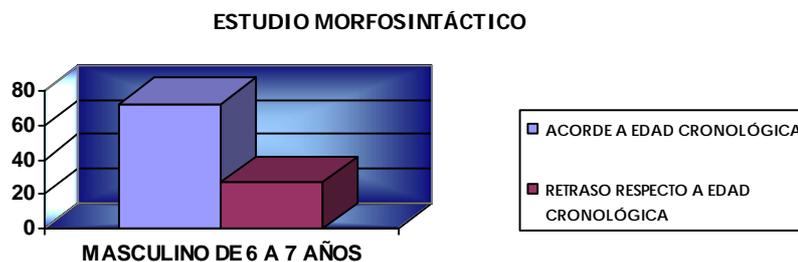
GRÁFICA 141

No existen datos de estudio semántico, retraso respecto a edad cronológica, en sexo masculino y femenino de 10 a 12 años.

XIII. ESTUDIO MORFOSINTÁCTICO

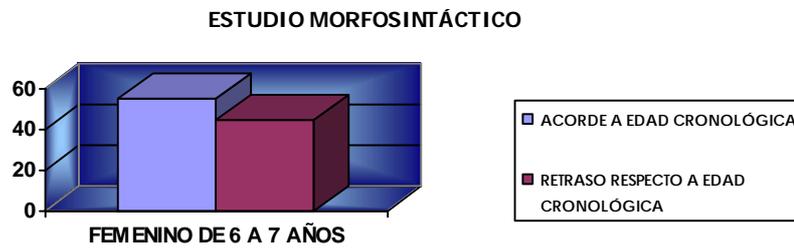
Morfo-Sintaxis se refiere a las reglas que gobiernan las combinaciones de las palabras, es decir, cuando van una al lado de la otra y las terminaciones y raíces de las palabras (infinitivos, conjugaciones de verbos, pluralidad, singularidad).

De la aplicación del estudio morfosintactico podemos darnos cuenta que el grupo del sexo masculino de 6 a 7 años de edad mostró un dominio variado en su lenguaje, observando los siguientes resultados: 72.7% acorde a edad cronológica, 27.2% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 142).



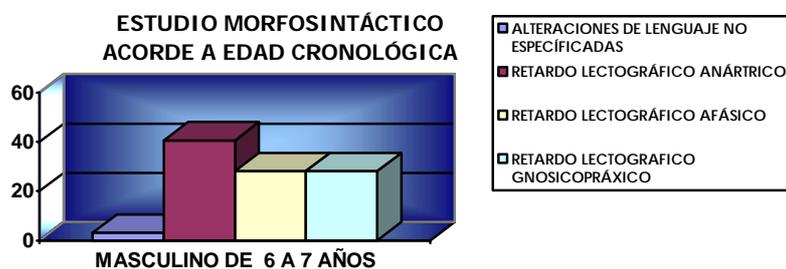
GRÁFICA 142

De la aplicación del estudio morfosintactico podemos darnos cuenta que el grupo del sexo femenino de 6 a 7 años de edad mostró un dominio variado en su lenguaje, observando los siguientes resultados: 55.5% acorde a edad cronológica, 44.4% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 143).



GRÁFICA 143

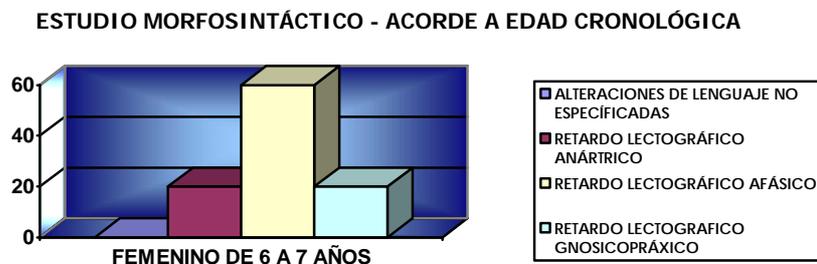
De el grupo del sexo masculino de 6 a 7 años de edad se muestran a continuación los resultados obtenidos en el estudio morfosintactico, acorde a edad cronológica: 3.1% alteraciones de lenguaje no especificadas, 40.6% retardo lectográfico anártrico, 28.1% retardo lectográfico afásico, 28.1% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 144).



GRÁFICA 144

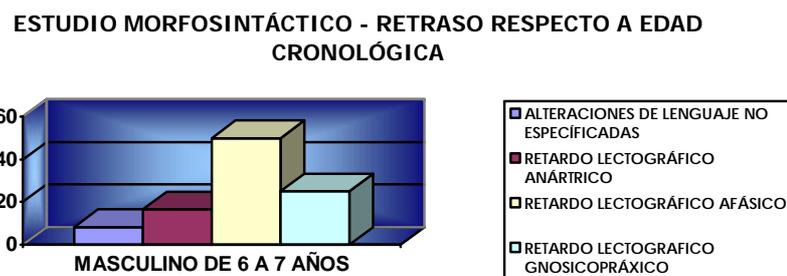
De el grupo del sexo femenino de 6 a 7 años de edad se muestran a continuación los resultados obtenidos en el estudio morfosintactico, acorde a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 20% retardo lectográfico anártrico,

60% retardo lectográfico afásico, 20% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 145).



GRÁFICA 145

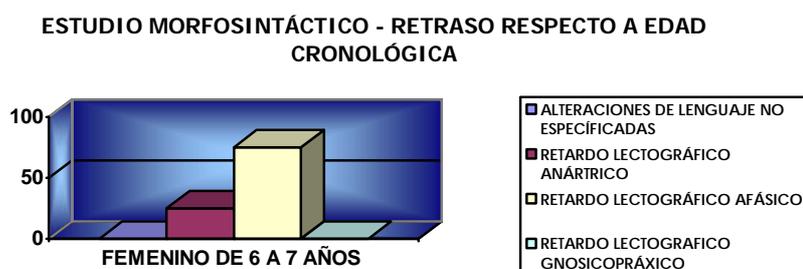
De el grupo del sexo masculino de 6 a 7 años de edad se muestran a continuación los resultados obtenidos en el estudio morfosintactico, retraso respecto a edad cronológica: 8.3% alteraciones de lenguaje no especificadas, 16.6% retardo lectográfico anártrico, 50% retardo lectográfico afásico, 25% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 146).



GRÁFICA 146

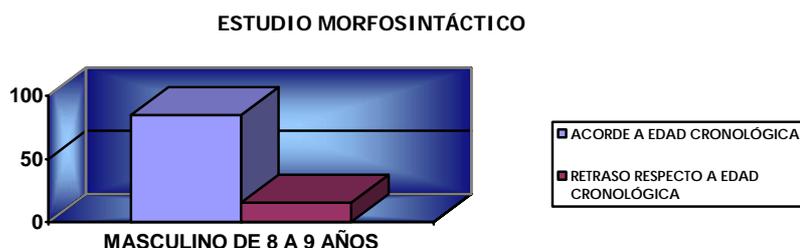
De el grupo del sexo femenino de 6 a 7 años de edad se muestran a continuación los resultados obtenidos en el estudio morfosintactico, retraso respecto a edad

cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 25% retardo lectográfico anártrico, 75% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 147).



GRÁFICA 147

De la aplicación del estudio morfosintactico podemos darnos cuenta que el grupo del sexo masculino de 8 a 9 años de edad mostró un dominio variado en su lenguaje, observando los siguientes resultados: 84.6% acorde a edad cronológica, 15.3% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 14).



GRÁFICA 148

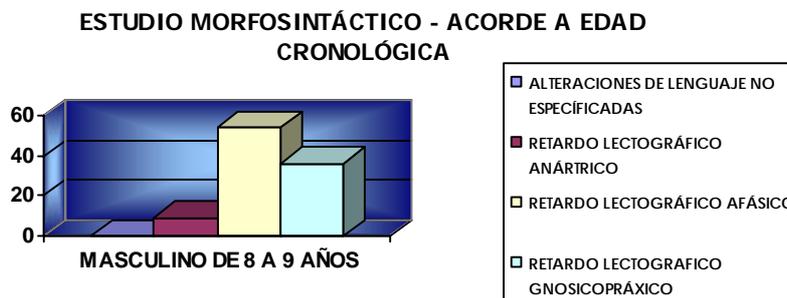
De la aplicación del estudio morfosintactico podemos darnos cuenta que el grupo del sexo femenino de 8 a 9 años de edad mostró un dominio variado en su lenguaje, observando los siguientes resultados: 100% acorde a edad cronológica, 0% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 149).



GRÁFICA 149

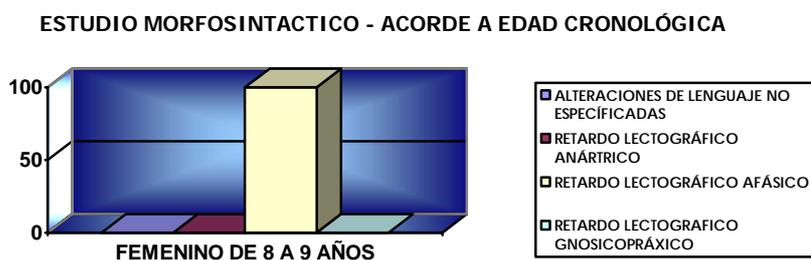
De el grupo del sexo masculino de 8 a 9 años de edad se muestran a continuación los resultados obtenidos en el estudio morfosintactico, acorde a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 9% retardo lectográfico anártrico, 54.5% retardo lectográfico afásico, 36.3% retardo lectográfico gnoscopráxico.

GRÁFICA 150



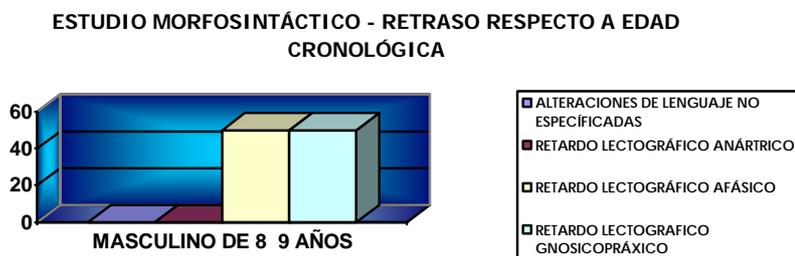
GRÁFICA 150

De el grupo del sexo femenino de 8 a 9 años de edad se muestran a continuación los resultados obtenidos en el estudio morfosintactico, acorde a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 9% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 151).



GRÁFICA 151

De el grupo del sexo masculino de 8 a 9 años de edad se muestran a continuación los resultados obtenidos en el estudio morfosintactico, retraso respecto a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 50% retardo lectográfico afásico, 50% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 152).



GRÁFICA 152

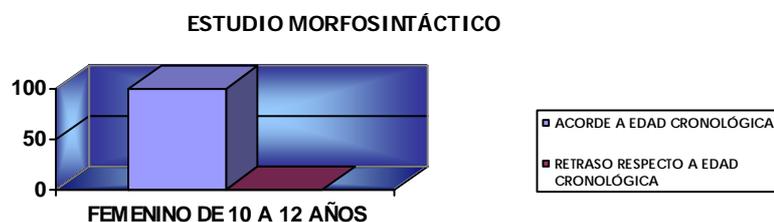
No existen datos de estudio morfosintactico, retraso respecto a edad cronológica en el sexo femenino de 8 a 9 años.

De la aplicación del estudio morfosintactico podemos darnos cuenta que el grupo del sexo masculino de 10 a 12 años de edad mostró un dominio variado en su lenguaje, observando los siguientes resultados: 100% acorde a edad cronológica, 0% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 153).



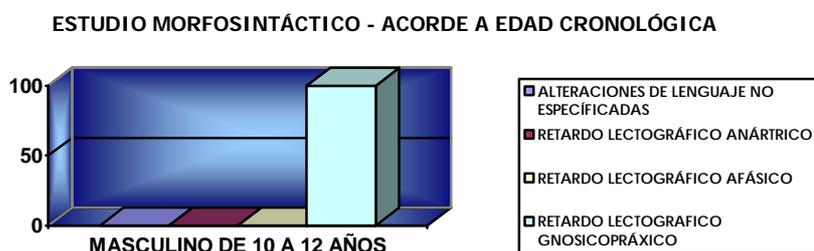
GRÁFICA 153

De la aplicación del estudio morfosintactico podemos darnos cuenta que el grupo del sexo femenino de 10 a 12 años de edad mostró un dominio variado en su lenguaje, observando los siguientes resultados: 100% acorde a edad cronológica, 0% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 154).



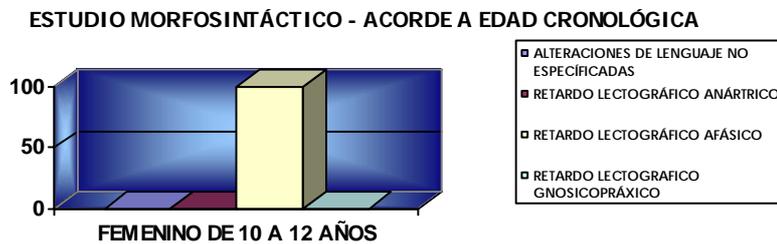
GRÁFICA 154

De el grupo del sexo masculino de 10 a 12 años de edad se muestran a continuación los resultados obtenidos en el estudio morfosintactico, acorde a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 9% retardo lectográfico anártrico, 0% retardo lectográfico afásico, 100% retardo lectográfico gnosicoprático (GRÁFICA 155).



GRÁFICA 155

De el grupo del sexo femenino de 10 a 12 años de edad se muestran a continuación los resultados obtenidos en el estudio morfosintactico, acorde a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicoprático (GRÁFICA 156).

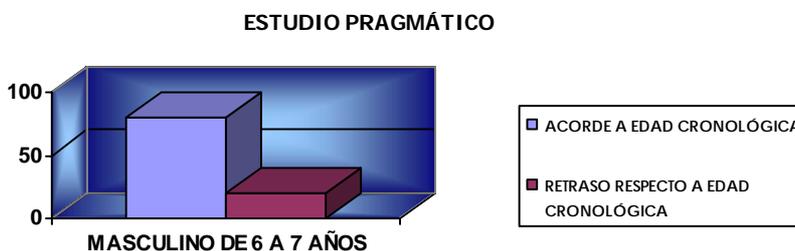


GRÁFICA 156

No existen datos de estudio morfosintactico, retraso respecto a edad cronológica en el sexo masculino y femenino de 10 a 12 años.

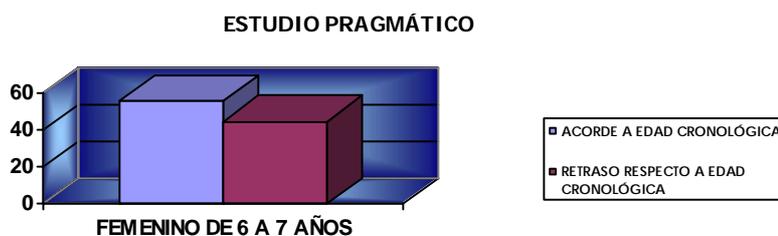
XIV. ESTUDIO PRAGMÁTICO

La pragmática se refiere a la intención que subyace a lo que decimos, es decir, qué, en qué momento y para qué lo decimos (el uso del Lenguaje). Dentro del estudio pragmático se determinó la siguiente distribución porcentual en el sexo masculino de 6 a 7 años de edad: el 79.5% es acorde a su edad cronológica, el 20.4% mostró retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 157).



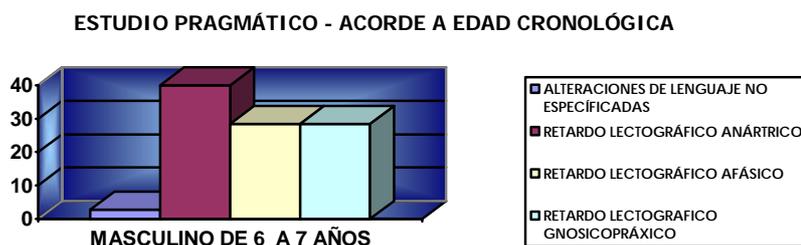
GRÁFICA 157

Dentro del estudio pragmático se determinó la siguiente distribución porcentual en el sexo femenino de 6 a 7 años de edad: 55.5% acorde a edad cronológica, 44.4% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 158).



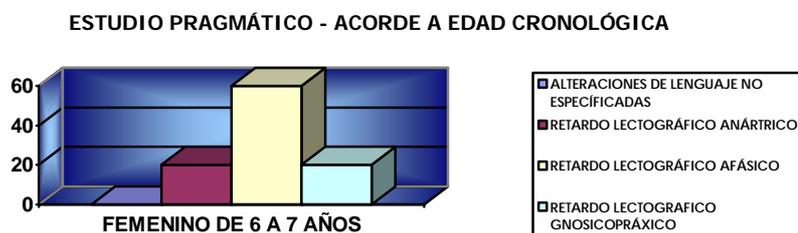
GRÁFICA 158

De acuerdo con los diagnósticos establecidos por el área de comunicación humana y en relación con el sexo masculino de 6 a 7 años de edad, se establecen los siguientes resultados del estudio pragmático, acorde a edad cronológica: 2.8% alteraciones de lenguaje no especificadas, 40% retardo lectográfico anártrico, 28.5% retardo lectográfico afásico, 28.5% retardo lectográfico gnoscopráxico (GRÁFICA 159).



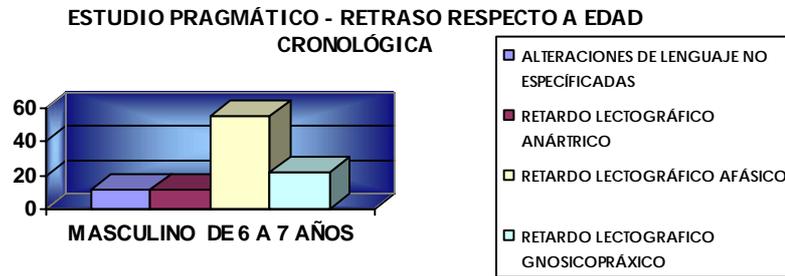
GRÁFICA 159

De acuerdo con los diagnósticos establecidos por el área de comunicación humana y en relación con el sexo femenino de 6 a 7 años de edad, se establecen los siguientes resultados del estudio pragmático, acorde a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 20% retardo lectográfico anártrico, 60% retardo lectográfico afásico, 20% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 160).



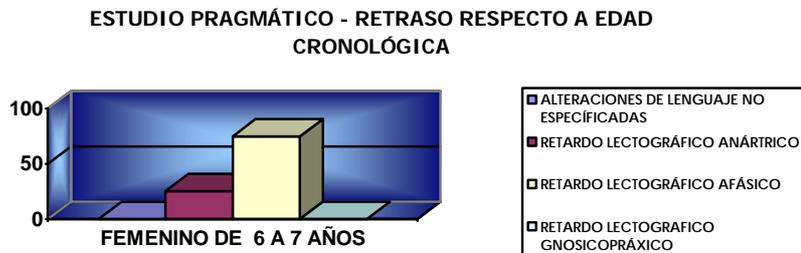
GRÁFICA 160

De acuerdo con los diagnósticos establecidos por el área de comunicación humana y en relación con el sexo masculino de 6 a 7 años de edad, se establecen los siguientes resultados del estudio pragmático, retraso respecto a edad cronológica: 11.1% alteraciones de lenguaje no especificadas, 11.1% retardo lectográfico anártrico, 55.5% retardo lectográfico afásico, 22.2% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 161).



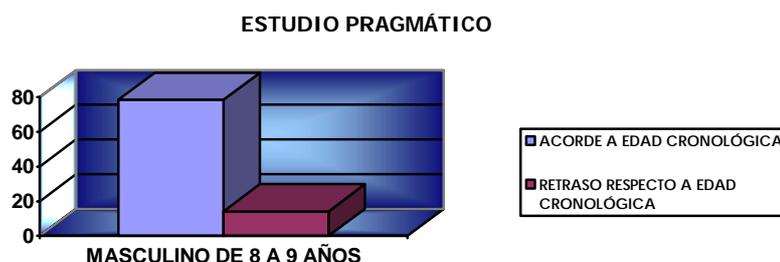
GRÁFICA 161

De acuerdo con los diagnósticos establecidos por el área de comunicación humana y en relación con el sexo femenino de 6 a 7 años de edad, se establecen los siguientes resultados del estudio pragmático, retraso respecto a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 25% retardo lectográfico anártrico, 75% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 162).



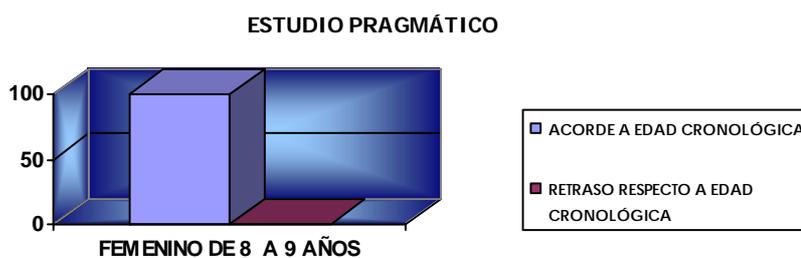
GRÁFICA 162

Dentro del estudio pragmático se determinó la siguiente distribución porcentual en el sexo masculino de 8 a 9 años de edad: 78.5% acorde a edad cronológica, 14.2% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 163).



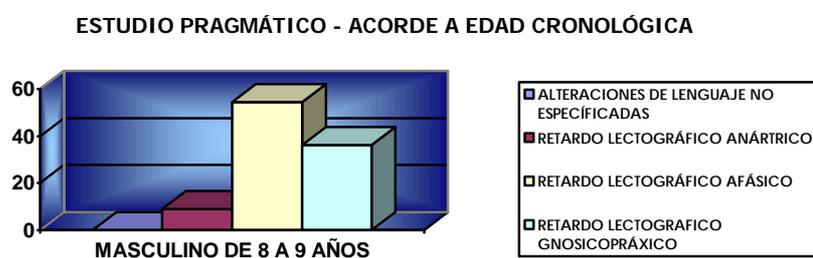
GRÁFICA 163

Dentro del estudio pragmático se determinó la siguiente distribución porcentual en el sexo femenino de 8 a 9 años de edad: 100% acorde a edad cronológica, 0% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 164).



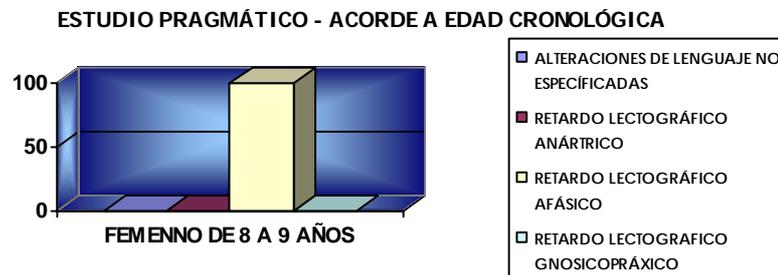
GRÁFICA 164

De acuerdo con los diagnósticos establecidos por el área de comunicación humana y en relación con el sexo masculino de 8 a 9 años de edad, se establecen los siguientes resultados del estudio pragmático, acorde a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 9% retardo lectográfico anártrico, 54.5% retardo lectográfico afásico, 36.3% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 165).



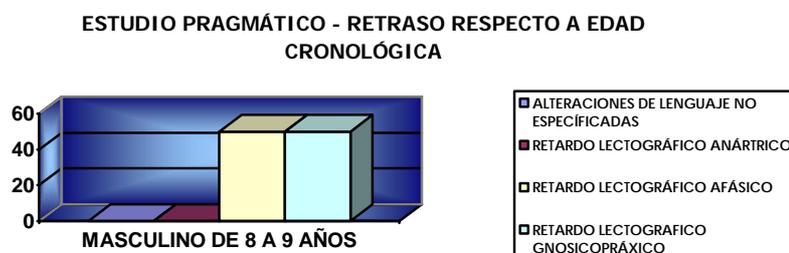
GRÁFICA 165

De acuerdo con los diagnósticos establecidos por el área de comunicación humana y en relación con el sexo femenino de 8 a 9 años de edad, se establecen los siguientes resultados del estudio pragmático, acorde a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 166).



GRÁFICA 166

De acuerdo con los diagnósticos establecidos por el área de comunicación humana y en relación con el sexo masculino de 8 a 9 años de edad, se establecen los siguientes resultados del estudio pragmático, retraso respecto a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 50% retardo lectográfico afásico, 50% retardo lectográfico gnosicoprático (GRÁFICA 167).



GRÁFICA 167

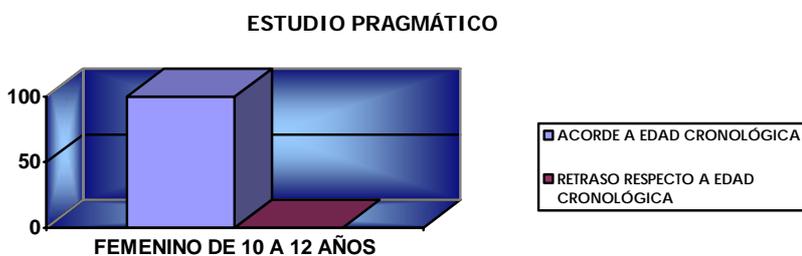
No existen datos de estudio pragmático, retraso respecto a edad cronológica en el sexo femenino de 8 a 9 años.

Dentro del estudio pragmático se determinó la siguiente distribución porcentual en el sexo masculino de 10 a 12 años de edad: 100% acorde a edad cronológica, 0% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 168).



GRÁFICA 168

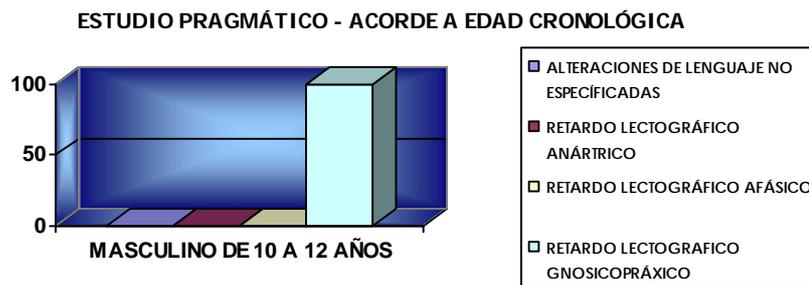
Dentro del estudio pragmático se determinó la siguiente distribución porcentual en el sexo femenino de 10 a 12 años de edad: 100% acorde a edad cronológica, 0% retraso respecto a edad cronológica (GRÁFICA 169).



GRÁFICA 169

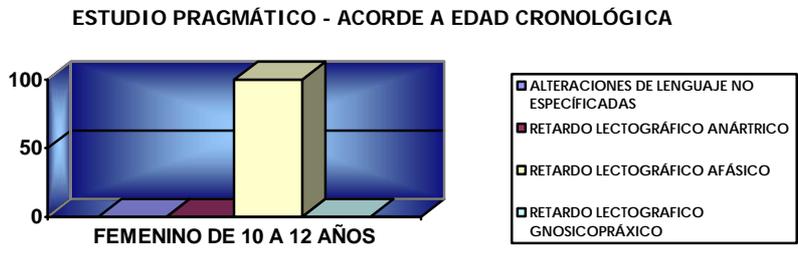
De acuerdo con los diagnósticos establecidos por el área de comunicación humana y en relación con el sexo masculino de 10 a 12 años de edad, se establecen los siguientes resultados del estudio pragmático, acorde a edad

cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 0% retardo lectográfico afásico, 100% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 170).



GRÁFICA 170

De acuerdo con los diagnósticos establecidos por el área de comunicación humana y en relación con el sexo femenino de 10 a 12 años de edad, se establecen los siguientes resultados del estudio pragmático, acorde a edad cronológica: 0% alteraciones de lenguaje no especificadas, 0% retardo lectográfico anártrico, 100% retardo lectográfico afásico, 0% retardo lectográfico gnosicopráxico (GRÁFICA 171).



GRÁFICA 171

No existen datos de estudio pragmático, retraso respecto a edad cronológica en el sexo masculino y femenino de 10 a 12 años.

CONCLUSIONES

Un niño posee problemas de lenguaje cuando inicia su habla tardíamente o cuando se ha desarrollado dentro de un ambiente restrictivo y poco estimulante o bien cuando presenta un desfase en la elaboración de lenguaje en relación con la edad cronológica. Esta investigación se realizó con la finalidad de determinar las características del manejo rehabilitatorio en el área de comunicación humana en los pacientes de 6 a 12 años que ingresaron al CRIH en los años 2002 y 2003.

Durante los 6 y 12 años, los niños construyen sus conceptos básicos, estructuras, procesos de lectura, escritura, aritmética, ciencia y relaciones interpersonales. Establecen patrones y actitudes escolásticas y sociales que regirán su conducta durante toda la vida. Dentro del área de comunicación humana la edad en la que los problemas de lenguaje se presentaron con mayor incidencia es en niños de 6 a 7 años con un porcentaje de 70%; recordando que a esta edad los niños ingresan a educación primaria por lo que es común que en ésta edad se detecten dichos problemas y de acuerdo a la prontitud con la se detecte e inicie el tratamiento, disminuye el riesgo de secuelas en el proceso de lenguaje y/o aprendizaje. A la edad de 8 a 12 años es menos frecuente que se presenten problemas de lenguaje, la mayoría de éstos niños ya se encuentran en tratamiento así mismo a ésta edad el problema de lenguaje ha sido superado mediante algún tratamiento anteriormente aplicado.

Del total de ésta población la mayor manifestación de problemas de lenguaje se presentó en el sexo masculino con un 80%, siendo éste porcentaje significativo estadísticamente, tomando en cuenta que el sexo femenino inicia su desarrollo con mayor prontitud que el sexo masculino. En el área de Comunicación humana el diagnóstico que se presentó con mayor frecuencia en los pacientes de 6 a 12 años diagnosticados con problemas de lenguaje es: Retardo Lectorográfico afásico, seguido de éste se encuentra el retardo Lectorográfico gnosicopráxico, posteriormente el retardo Lectorográfico anártrico y finalmente alteraciones de lenguaje no especificadas. Es importante señalar que este último se encuentra en discusión la etiología o diagnóstico de problema de lenguaje, por tal motivo sólo es especificado como alteración de lenguaje. Estos datos corroboran las hipótesis planteadas en la bibliografía consultada, en la que se establece que la patología que se manifiesta con mayor frecuencia es el Retardo Lectorográfico Afásico.

De acuerdo al diagnóstico establecido y al sexo las patologías que se presentaron en el sexo masculino de 6 a 12 años son: Retardo Lectorográfico Afásico y Retardo Lectorográfico Gnosicopráxico y en el sexo femenino de 6 a 12 años la patología que se presentó con mayor incidencia fue Retardo Lectorográfico Afásico. Del total de ésta población proyecta una edad de maduración con retraso respecto a su edad cronológica aunado a esto consideramos que entre el diagnóstico y la edad de maduración existe un lazo significativo por lo que determinamos que la edad de maduración influye en el desarrollo de los problemas de lenguaje. No así en el

coeficiente intelectual, en ésta investigación observamos que el sexo masculino de 6 a 12 años obtuvo un C.I. promedio de 90, mientras que el sexo femenino de 6 a 12 años obtuvo un C.I. promedio de 76, haciendo énfasis en que el valor máximo del total de la población lo obtuvo el sexo masculino obteniendo un C.I. de 120. Por tal motivo consideramos que el C.I. bajo no es una variable determinante, sin embargo influye en el desarrollo de problemas de lenguaje.

Un trastorno de personalidad del niño o un desajuste en su adaptación, puede ocasionar una alteración o detención en la normal evolución de su lenguaje, por ello consideramos importante señalar que la sobreprotección y la inseguridad son factores que influyen en el desarrollo de éstos problemas. Y es ahí donde el área de psicología trata de investigar los procesos cognoscitivos (de pensamiento, de inteligencia y de memoria) así como los problemas afectivos emocionales, que desempeñan un papel muy importante en las dificultades del aprendizaje y lenguaje. Puede contribuir con apreciaciones muy valiosas acerca del proceso de aprendizaje en particular.

En el área de comunicación humana se detecto, que los pacientes de 6 a 12 años diagnosticados con problemas de lenguaje poseen un nivel de audición normal en un 98%, considerando que la hipoacusia no es determinante para generar problemas de lenguaje en ésta población. Al mismo tiempo la población presenta en su nivel de articulación, mayor incidencia en la distorsión. Siendo la distorsión

significativa debido a que esta se presenta de los 6 a 12 años abarcando ambos sexos. Manifestándose con mayor frecuencia en el retardo lectográfico afásico y retardo lectográfico gnosicopráxico.

En el proceso de la comunicación humana interviene la comprensión del lenguaje. De acuerdo con los resultados obtenidos de esta variable determinamos que la muestra proyecta una comprensión de lenguaje normal. Siendo ésta un dato significativo debido a que abarca las edades de 6 a 12 años tanto en el sexo femenino como masculino, teniendo además una correlación por frecuencia con el retardo Lectográfico anártrico y el retardo Lectográfico afásico siendo este último el más frecuente.

Los pacientes de sexo masculino y femenino oscilan en un nivel de lectoescritura alfabético y polisilábico, con una correlación de frecuencia en los diagnósticos retardo lectográfico afásico, y el retardo lectográfico gnosicopráxico. Generalmente se encuadra en esta categoría a los niños desde los 8 años que presentan dificultad para la adquisición de la lectoescritura, de acuerdo a los datos bibliográficos para que un niño alcance un nivel de lectoescritura adecuado debe poseer un coeficiente intelectual medio, el cual está también correlacionado con el CI de la población muestra de esta investigación.

De la revisión del caso en estudio del sexo masculino y femenino de 6 a 12 años tenemos que; de acuerdo al nivel fonológico la mayor frecuencia se encontró en un nivel acorde a la edad cronológica, en correlación con el retardo Lectográfico anártrico, esto debido a una distorsión de pronunciación de los fonemas consonánticos que se da generalmente en este diagnóstico.

Cuando se detecta un problema de lenguaje en el área de comunicación humana se presentan algunos de los siguientes síntomas: en el nivel fonológico, aparece un patrón fonológico desviado así como la omisión de consonantes. En el nivel semántico: existe una reducción de objetos del entorno. En el morfosintáctico: los niños presentan un desorden en la secuencia normal de sustantivo-verbo-sustantivo con alteraciones de los tiempos verbales. Y por último el nivel pragmático, donde existe un predominio del uso del lenguaje para conseguir objetos, y acciones proporcionados por el niño de manera escasa. Partiendo de ésta información tenemos que; de los resultados obtenidos en las variables semántico, morfosintáctico, y pragmático la población de sexo masculino y femenino de 6 a 7 años proyectan una frecuencia de retraso respecto a su edad cronológica, por lo que se concluye que estas variables son significativas en el desarrollo de los problemas de lenguaje anteriormente señalados.

Es importante mencionar que en la población de 8 a 12 años del sexo masculino presentó una disminución significativa en el retraso respecto a edad cronológica,

esta disminución podría depender de una mayor estimulación en el vocabulario expresivo del niño y una comunicación de sus deseos.

En los pacientes de 6 a 12 años que presentaron problemas de lenguaje durante los años 2002 y 2003 en el CRIH, intervienen diversos factores y/o estímulos que determinan el proceso de rehabilitación tales como: función física y mental, edad y nivel socioeconómico, estas características fueron mencionadas por diversos autores tales como, Skinner, Piaget, Vygotsky y Azcoaga, estas características fueron corroboradas a través de la presente investigación. Durante la revisión de expedientes clínicos de la población seleccionada.

A partir de éstas aportaciones concluimos que la evolución del niño diagnosticado con problemas de lenguaje de 6 a 12 años que asiste al área de comunicación humana, depende de el trabajo multidisciplinario que se realiza en el CRIH, aunado al apego del tratamiento, seguimiento y trabajo en casa que realicen los pacientes.

Consideramos prudente realizar las siguientes sugerencias en beneficio de la calidad de los servicios brindados a los pacientes que presenten problemas de lenguaje:

- Difundir mayor información a la población, enfocada a la prevención y tratamiento de los problemas de lenguaje con la finalidad de realizar una detección temprana de los problemas de lenguaje que se presentan en la infancia.
- Generar conciencia en los padres sobre la importancia del cumplimiento y seguimiento al tratamiento de los problemas de lenguaje, con la finalidad de obtener óptimos resultados durante la rehabilitación del paciente.
- Creemos importante la posibilidad de que el CRIH considere la reapertura del Centro de Tecnología Adaptada, siendo esta una herramienta que sirve como estímulo para mejorar los problemas de lenguaje.

ANEXOS

ENTREVISTA DE ADMISIÓN

I. **DATOS ADMINISTRATIVOS**

1. Nombre del paciente
2. Edad
3. Fecha de nacimiento
4. Domicilio
5. Teléfono
6. Enviante
7. Fecha de ingreso
8. Historia clínica

II. **MOTIVO DE CONSULTA**

1. ¿Cuál es el motivo por el cual han venido a consultar?
2. ¿Desde cuándo lo detectaron?
3. ¿Quién lo detectó (padres, maestros, médico)?
4. ¿Qué circunstancias familiares rodearon el momento de aparición del problema?
5. ¿Qué pasó desde entonces?
6. ¿Por qué decidieron traerlo a esta institución?

III. COMPOSICIÓN E HISTORIA DEL GRUPO FAMILIAR

1. ¿Quiénes componen la familia?

2. ¿Características de la familia?

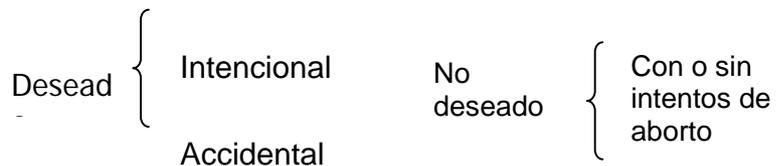
Hijos, edad de todos los miembros, otros familiares en casa, ocupaciones, variaciones en la composición de la familia, circunstancias económicas.

3. ¿Cuántos años de casados llevan los padres de los pacientes?

4. ¿Cuánto tiempo pasó hasta que nació el primer hijo?

5. ¿Cómo fue el embarazo del hijo enviado a la institución?

6. ¿Fue un hijo deseado en ese momento?



7. ¿Qué esperaban un niño o una niña?



8. ¿Hubo algún suceso importante durante el embarazo?

9. ¿Qué tipo de vida hacían ustedes en esa época

10. ¿Cómo fue el parto? A término, prematuro, demorado.

¿Hubo fórceps u otros traumatismos obstétricos?

¿Cesárea?

- ¿Inducción?
 - ¿anoxia-cianosis?
 - ¿Incubadora?
 - ¿Cuánto duro?
 - ¿Dónde se realizó?
11. ¿Qué sintieron al ver al bebé por primera vez?
 12. ¿Cuál fue el peso del bebé?
 13. ¿Lloró apenas nació?
 14. ¿Otros aspectos de interés durante el parto?

IV. PAUTAS MADURATIVAS

A. Primer Año de vida.

a. Alimentación

1. ¿Qué tipo de alimentación recibió los primeros meses?
Materna artificial mixta
2. ¿Con qué ritmo era alimentado?
3. ¿Hubo dificultades?
4. ¿Cómo y cuándo dejó de darle pecho? ¿Por qué?
5. ¿Uso chupón? ¿Hasta cuándo? ¿Cómo la dejó?
6. ¿Cómo y cuando aparecieron los primeros dientes?

a. Sueño

7. ¿Dónde dormía?
Cohabitación colecho solo o con hermanos
8. ¿Cómo era su sueño?
Cantidad de horas llantos nocturnos

c. motricidad

9. ¿Cómo eran sus movimientos los tres primeros meses?
10. ¿Cuándo levantó la cabeza?
11. ¿Cuándo se sentó?
12. ¿Gateó?
13. ¿Cuándo empezó a caminar?
14. ¿Cómo aprendió?
15. ¿Se caía con frecuencia?

d. lenguaje

16. ¿Cuándo empezó con juego vocal?
17. ¿Cuándo comenzó a decir las primeras palabras?

B. Evolución posterior

a. Alimentación

18. ¿Cómo recibió las comidas que le fueron agregando
19. ¿Hubo alguna dificultad en especial?
¿Hubo algo particular en el pasaje de líquido o sólido?

Problemas en la masticación

Rechazo vómitos diarreas babeo

20. ¿Cómo come actualmente?
21. ¿Come solo?

b. sueño

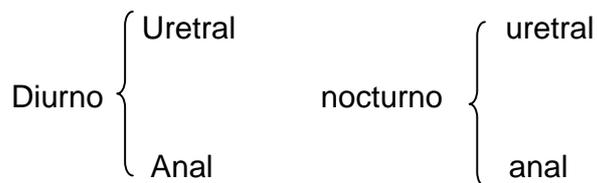
22. ¿Hubo variaciones importantes en las características del sueño?
23. ¿En que época?

- 24. ¿Cómo duerme ahora?
- 25. ¿Dónde duerme (solo, con los padres etc.)?
- 26. ¿Lo escucharon moverse, hablar en sueños? ¿Con qué frecuencia?
- 27. ¿Suele contarles sus sueños?
- 28. ¿Cuántas horas duerme?

c. motricidad

Control de esfínteres

- 29. ¿Cuándo empezaron a señalarle a controlar esfínteres?



- 30. ¿Cuándo controló definitivamente?
- 31. ¿Cómo hicieron para enseñarle?
- 32. ¿Hubo regresiones?

C. Aspectos generales

- 33. ¿Es un chico tranquilo?
- 34. ¿Lo definirían como muy inquieto?
- 35. ¿Notaron alguna dificultad cuando trataba de aprender a manipular algo?
- 36. ¿Qué mano utiliza?

37. ¿Hábitos de independencia (comer, vestir, bañarse solo)?

d. Lenguaje

38. ¿Cómo fue ampliando su vocabulario?

39. ¿Cuándo comenzó a decir frases?

40. ¿Actualmente se le entiende bien lo que dice?

41. ¿Pronuncia correctamente lo que dice?

42. ¿Se expresa adecuadamente?

¿Construye bien las frases?

43. ¿Comprende lo que se le habla?

44. ¿Se orienta bien frente a un sonido?

45. ¿Debe repetírsele varias veces un pedido o un llamado?

46. ¿Parece estar siempre distraído?

47. ¿Tuvo alguna dificultad?

48. ¿Escucharon que hablara solo en un juego?

49. ¿Tiende a ser callado o conversador?

V. CONDICIONES DE SALUD

1. ¿Qué enfermedades tuvo? ¿En qué época?

2. ¿Recuerda fiebres muy altas?

3. ¿Hubo desmayos, convulsiones, traumatismos?

4. ¿Fue operado en alguna oportunidad? ¿De que?

5. ¿Tuvo algún tratamiento en específico que no se haya mencionado?

6. ¿En la actualidad es proclive a enfermarse?

7. ¿Hay algún antecedente importante en la familia de ustedes?

8. ¿Qué actitud tiene el paciente y ustedes en caso de enfermedad?

VI. EL PACIENTE EN LA FAMILIA

A. Aspectos generales

1. ¿Cómo se lleva con ustedes?
2. ¿Y con los hermanos?
3. ¿A quién prefiere?
4. En general ¿Cuál es el tiempo que comparten con él?
5. ¿A qué juega preferentemente? ¿Cuáles son sus juegos preferidos?
¿Con quién juega?
6. ¿Qué cosas le interesan?
7. ¿Qué cosas le preocupan?
8. ¿Cuáles son los temores que frecuentemente expresa?
9. ¿Suele comentarlo con ustedes?
10. ¿Es demostrativo?
11. ¿Cuáles son los afectos que más expresa?
rabia miedo cariño pena
12. ¿Suele llorar? ¿por qué causas?
13. ¿Acostumbra mentir?
14. ¿Notaron hábitos específicos (tic, movimientos raros)?

B. Educación sexual

15. ¿Pregunta o preguntó algo sobre el nacimiento, la diferencia de sexo o la unión sexual? Si no, ¿ustedes le hablaron de eso?
16. ¿Lo vieron masturbarse? ¿Con qué frecuencia? ¿En qué circunstancias? ¿A qué edad?

VII. EL PACIENTE Y LA ESCUELA

A. Jardín de infantes

a. adaptación social

1. ¿Hizo o está en el jardín de niños?
2. ¿Cuánto tiempo?
3. ¿Hubo preparación de los padres antes que entrara al jardín?
4. ¿Cuál fue la actitud del paciente al entrar?
5. ¿Lloró el primer día?
6. ¿Cómo se desempeño posteriormente?
7. ¿Se hacía de amiguitos?
8. ¿Cuál es su rol con ellos (líder, acompañante, etc.)?
9. ¿Qué cuenta (contaba) al volver a casa?
10. ¿Tuvo cambios de maestra?

b. Aspectos específicos

11. ¿Reconocía y diferenciaba formas?
12. ¿Reconoce tamaños?
13. ¿Conoce arriba-abajo delante-detrás izquierda-derecha cerca-lejos?
14. ¿Qué dibuja? ¿cómo?
15. ¿Era capaz de relatar algo coherentemente?
16. ¿Cómo era la actividad constructiva (rompecabezas, torres)?
17. ¿Está definida la lateralidad?
Diestro zurdo ambidiestro

Escuela primaria

b. Adaptación social

1. ¿Hubo problemas de adaptación en la escuela? (Inhibición retraimiento, mala conducta).
2. ¿Cómo se lleva con los compañeros y con la maestra?
3. ¿Siempre se ha llevado con los compañeros de la misma manera o ha habido variaciones?
4. ¿Cuáles pueden ser las causas de esas dificultades?
5. ¿Otras particularidades?

b. Aspectos específicos

24. ¿Cómo fue el ingreso de la escuela primaria?
25. ¿Se presentaron problemas en primer grado?
26. ¿De qué tipo? Automática ó comprensiva
27. ¿Método que se utilizó para enseñarle a leer y escribir?
28. ¿Hubo problemas en los años siguientes? ¿En cuáles? ¿De qué tipo?

Lectoescritura

29. ¿Cómo se desempeña en lectura?

Automática {
¿Deletrea?
¿Silabea?
¿Es corriente?

Comprensiva ¿es capaz de comprender los aspectos esenciales de la lectura?

30. ¿Cómo se desempeña en escritura? ¿Presenta dificultades en la escritura de letras, palabras etc, errores de Ortografía? ¿Dificultades para redactar?

c. Matemáticas

31. ¿Hay dificultades para el aprendizaje de operaciones?

32. ¿Hay dificultades para la comprensión de enunciados de los problemas, para su resolución o aplicación?

d. Otras asignaturas

33. ¿Hay dificultades en otras asignaturas? ¿De qué tipo?

34. ¿Hay dificultad en el aprendizaje de las materias especiales (educación física, dibujo etc.)?

35. ¿Aprende idiomas? ¿Cómo se desempeña?

36. ¿Aprende alguna otra actividad?

37. ¿Necesitó el paciente ayuda complementaria (tutorías)?

38. ¿Cómo hace los deberes? ¿Sólo o con ayuda?

39. ¿Hubo cambio de escuelas?

40. ¿Ha qué tipo de escuelas a concurrido?

41. ¿Sabe estudiar sólo?

42. ¿Durante la escuela primaria, en general ¿hubo problemas de concentración, memoria?

IIIV. EL PACIENTE Y SU GRUPO DE PARES

1. ¿Cómo son las relaciones del paciente con los otros chicos de su edad?
2. ¿Observaron si tiende a jugar a algún papel frente a los otros (líder, dependiente, chistoso, relegado)?
3. ¿Se relaciona con los chicos de su mismo sexo?
4. ¿Se relaciona con los chicos de su misma edad, mayores o menores?
5. ¿Qué actividades desarrolla con los amigos? ¿juegos? ¿De qué tipo? ¿Hobbies? ¿Deportes?
6. ¿Dónde se desarrolla? ¿en su casa? ¿En la de los amigos? ¿En la calle? ¿En el club?

**IX. CONFRONTACIÓN DE LA HIPÓTESIS DIAGNOSTICA DEL
PSICÓLOGO CON LA HIPÓTESIS DE LOS PADRES.**

X. OBSERVACIONES SOBRE LA ENTREVISTA

**XI. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA-POSIBILIDADES
TERAPEUTICAS.**

REFERENCIAS

1. Andila Alfredo, *Psicología del lenguaje*, México Trillas, 1983.
2. Alessandri Laura María, *Trastornos de lenguaje*, México, Euro-México, 1990.
3. Aidex (n.d./2000b). *Disfasia: Guía de detección y encuadre*. Aidex. [Documento WWW]. URL <http://www.aidex.es/disfasias.doc>
4. Ajuriaguerra Jean. *La escritura del niño*, Barcelona, Laia, 1976.
5. Azcoaga, Juan. *Alteraciones del aprendizaje escolar*. España, Paidós, 1981.
6. Azcoaga, Juan. *Aprendizaje fisiológico y aprendizaje pedagógico*. México, El Ateneo, 1981.
7. Bravo Valdivieso L. *Lenguaje y Dislexias*, Enfoque cognitivo del Retardo Lector, alfa omega, 1999.
8. Casas Hilari J. *Enciclopedia de Psicología*, España, Océano. 1999
9. DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson.1995.

10. Block Lisa de Behar. *El lenguaje de la publicidad, Siglo veintiuno*, Argentina editores s.a.
11. David K. Berlo, *El proceso de la comunicación. Introducción a la teoría y a la práctica*, El Ateneo.
12. Ostrosky Feggy. *Lenguaje Oral y Escrito*, México. Trillas, 1991.
13. Hernández, G. *Paradigmas de la Psicología de la Educación*. México, Paidós 1998.
14. Hilgard E. *Teorías del aprendizaje*, La Habana, Instituto Cubano del Libro, 1972.
15. Kaplún M. *Los Materiales de autoaprendizaje Marco para su elaboración*. Chile, UNESCO, 1995.
16. López HJ. *Temas de Psicología Pedagógica*, La Habana, Pueblo y Educación. 1990.
17. Monfort, M. Y Juárez, A. *Los niños disfásicos: descripción y tratamiento* Madrid, CEPE, 1997.
18. O'Shea T, Self J. (1989) *Enseñanza y Aprendizaje con Ordenadores*, La Habana Ed. Científico-Técnica

19. *Pensamiento y lenguaje*, Buenos Aires, La Pléyade, 1977.
20. Saetler P. *A History of Instructional Technology*, USA, Mc Graw Hill, 1968.
21. Safer DJ, Allen RP. *Niños hiperactivos. Diagnóstico y tratamiento*, Madrid, Santillana, Aula XXI, 1987.
22. Serón, J.M. y Aguilar M. *Psicopedagogía de la comunicación y el lenguaje*. Madrid, EOS, 1992.
23. Skinner B. *Teaching Machines*, Science, 1958.
24. Skinner B. *Tecnología de la Enseñanza*, Labor, 1970.
25. M.L.DeFleur y S.Ball-Rokeach. *Teoría de la comunicación de masas*, Paidós Comunicación.
26. Tomhauser/Rincón/Feldman, *Problemas de Aprendizaje Perceptivo motor* México, Médica Panamericana, 1998.
27. Vigotsky, Lev. *El desarrollo de los procesos psíquicos superiores*, Barcelona, I Crítica, 1989.
28. Woolfolk A. *Psicología Educativa*, México, Pearson, 1999.