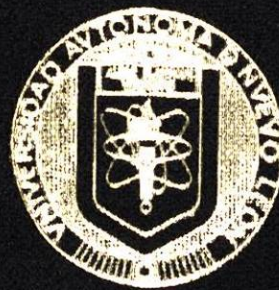


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA



LA IMPORTANCIA DEL PSICOLOGO ANTE LOS
PROBLEMAS DE LENGUAJE

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTAN

MARTHA ALICIA ADAME RODRIGUEZ
MA. GUADALUPE GRACIA TIJERINA
LETICIA E. ELIZONDO GARZA
ADRIANA MARGARITA DIAZ RODRIGUEZ

MONTERREY, N. L.

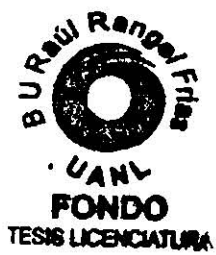
FEBRERO DE 1982

T
LR 139
.LR
C.1



1080070827

T
LB 1139
.L3
I4



Para Nuestros Padres

Por el apoyo y estímulo que con amor, siempre nos han brindado, para llegar al logro de las metas, que hasta estos momentos de nuestras vidas nos hemos fijado.

A Nuestros Hermanos.-

Con cariño para ellos, que siempre nos han proporcionado un afán de superación personal.

A Nuestras Asesoras:

Lic. Bella Aurora Garza Contreras

Profra. Bryceidee Vázquez

Por su valiosa ayuda
para la realización de
nuestro trabajo de tesis.

A Nuestros Maestros

Que han logrado impartirnos
sus valiosos conocimientos y
han hecho posible el logro de
nuestra meta.

Los niños son el centro de la atención y las esperanzas del mundo. Su energía transforma la tierra, con su nobleza, la humanidad se enriquecería. La alegría de los niños ilumina los hogares, su inquietud desaparece la monotonía, su sencillez desarma a la soberbia. Los niños son capaces de maravillarse aún en las cosas más sencillas; pueden forjarse los sueños más increíbles con las alas de su imaginación; pueden confiar ciegamente en quien los ama, pues el amor es el único sentimiento que reina en sus corazones.

Un niño por anónimo que sea es capaz de despertar los sentimientos más nobles, no importa cuan escondidos estén en nuestro interior. Podemos permanecer estóicos ante el sufrimiento de un adulto, más no así ante el sufrimiento de un niño. El mar con sus aguas cristalinas, el amanecer con sus tonos dorados, las aves con sus hermosos plumajes, las piedras preciosas con sus brillantes tonalidades, jamás igualarán la belleza que hay en la sonrisa de un niño.

Nada mejor haremos por el futuro de la humanidad, que permitir a los niños que disfruten su infancia. Ya tendrán tiempo de ser jóvenes, adultos y viejos y enfrentar los problemas que cada edad trae consigo. Por ahora procuremos hacerlos felices dejándolos que disfruten su alegría, su inquietud, su imaginación, sus ilusiones, su nobleza, pero sobre todo su verdad.

Ma. Guadalupe Gracia Tijerina.

INDICE

Introducción.....	1
Capítulo I	
Desarrollo Normal del Niño teniendo como marco de referencia los estudios de Jean Piaget.....	3
Desarrollo Motor.....	3
Desarrollo Intelectual.....	12
Desarrollo Lingüístico.....	18
Capítulo II	
Etiología y Tratamiento de los Problemas de Lenguaje.	25
A. Trastornos del Lenguaje Oral.....	28
B. Trastornos de la Lecto-Escritura.....	48
Consecuencias al no recibir atención oportuna los problemas de lenguaje.....	52
Capítulo III	
Importancia de la Preparación del Psicólogo en el campo de la Educación Especial.....	56

Capítulo IV

Equipo Multidisciplinario para la rehabilitación de los Problemas de Lenguaje.....	60
--	----

Capítulo V

Prevención de los Problemas de Lenguaje.....	68
--	----

Capítulo VI

Presentación de Casos.....	72
Reporte Psicológico 1.....	73
Reporte Psicológico 2.....	81
Reporte Psicológico 3.....	90
Reporte Psicológico 4.....	98

Conclusiones.....	107
-------------------	-----

Bibliografía.....	110
-------------------	-----

INTRODUCCION

A través de nuestra labor como psicólogos durante el período escolar universitario, nos encontramos con una gran cantidad de niños y adolescentes que presentaban problemas de lenguaje, que repercutían en su medio familiar, escolar y social; debido a que no teníamos la preparación completa y adecuada para su rehabilitación satisfactoria, nació en nosotras la inquietud de investigar más sobre dichos problemas, para hacer más fácil nuestra labor y ayudar a la resolución de los conflictos del niño, permitiéndole así, un desarrollo normal dentro de su medio ambiente.

Queremos firmemente destacar la necesidad de que todo profesionalista que se precie de ser psicólogo clínico, debe conocer, profundizar y prepararse en lo que respecta a los problemas de lenguaje, no solo como complemento de su carrera, sino como parte de su curriculum profesional, para realizar una labor más completa en beneficio de nuestros pacientes.

Iniciaremos dando una descripción de las etapas del de-

sarrollo motor, intelectual y del lenguaje que presenta el niño según Jean Piaget, y las alteraciones que nos van a dar una pauta, o punto de referencia para un diagnóstico previo, lo que repercutirá en una rehabilitación oportuna y adecuada.

Trataremos también algunos de los problemas de mayor incidencia en nuestra población, así como su tratamiento y rehabilitación.

Daremos mayor importancia a la labor que debe desempeñar el psicólogo clínico, tanto como trabajador individual o como parte de un equipo multidisciplinario, ya que esto es el tema central de nuestro trabajo de tesis.

CAPITULO I

DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO, TENIENDO COMO MARCO DE REFERENCIA LOS ESTUDIOS DE JEAN PIAGET

En este primer capítulo, trataremos lo referente al desarrollo normal del niño, basándonos principalmente en los trabajos realizados por Jean Piaget. Para entender mejor el desarrollo normal del niño, lo dividiremos en tres aspectos importantes para estudiarlos separadamente: Desarrollo Motor, Desarrollo Intelectual y Desarrollo Lingüístico; éste último merecerá mayor atención ya que es el que más importancia tiene para el desarrollo de nuestro trabajo.

DESARROLLO MOTOR

Es durante los primeros 5 años de vida, cuando surgen la mayoría de las habilidades motrices, gruesas y finas, lo cual facilita la adaptación del niño a las nuevas exigencias del medio donde se desarrolla. A medida que el niño va progresando en sus habilidades motrices, se va preparando para el desarrollo de las habilidades superiores y más finas de -

los años posteriores, por lo que es muy importante que el infante desarrolle con plenitud su capacidad motriz.

El niño, al nacer es capaz de responder al tacto, a la temperatura y al dolor, por lo que sus reacciones motrices - serán respuestas a estímulos presentados por los adultos que lo rodean, y así tendremos respuestas oculares, respuestas - bucales, auditivas conjugadas con movimientos de cabeza, --- etc.. A excepción de las reacciones propias al hecho de alimentarse, si no se le presenta ningún estímulo al bebé, éste se mantendrá con actividad motriz casi nula y con esto, podemos concluir que durante los primeros dos meses de vida, el niño casi no tiene reacciones motrices debido a la falta de estimulación ambiental.

Según Gesell⁽¹⁾, el desarrollo motor del niño puede ser estudiado desde varios aspectos motrices, tales como: Postura, Locomoción, Preensión y Lateralidad, los cuales desarro-- llaremos desde el inicio de cada una de esas habilidades, -- hasta que se logran de una manera satisfactoria.

(1) Gesell Arnold

El niño de 1 a 5 años. p. 85

Postura.- El desarrollo motor se va madurando en dirección de la cabeza a los pies. El inicio lo encontramos en el dominio de los músculos de la cabeza y del cuello, que pueden ser fácilmente observados al colocar al bebé, en las posturas supina y prona. Hacia los 4 meses, el bebé es capaz de hacer movimientos rotatorios con la cabeza estando en posición supina, en tanto que en la posición prona, puede levantar la cabeza hasta casi quedar perpendicular al cuerpo. Si se sienta al niño, éste es capaz de erguir la cabeza de una manera firme. A los 6 meses, el niño tiene desarrollados -- los músculos de la parte anterior del cuerpo, lo que le permite sostenerse sobre sus brazos y erguir la cabeza así como rotarla.

El desarrollo de los músculos del tronco le permitirá -- alrededor de los 12 meses, girar sobre sí mismo sin perder -- el equilibrio, y bajar de la postura de pie a la de sentado sosteniéndose de algún objeto. En este momento el niño ya -- es capaz de caminar, solo que no logra hacerlo por falta de coordinación entre su tronco y sus extremidades.

A los 15 meses, el niño puede ponerse de pie sin ayuda ni sostén, evitando el balanceo al colocar los pies separados. Poco a poco se irá dando cuenta de que puede juntar --

los pies sin caerse, y aproximadamente a los 18 meses, podrá sentarse solo en una silla, lo que constituye un gran esfuerzo ya que no ve el objeto en el que va a sentarse. A los 20 meses puede pararse en un pie con ayuda; a los 24, puede recoger objetos sin caerse, sostener objetos sin soltarlos, correr, patear una pelota, etc.

A los 3 años, el niño ya tiene un mayor equilibrio de su cuerpo. Le resulta más fácil ponerse de pie, sostenerse sobre uno solo, caminar de puntas, caminar hacia atrás, brincar con los dos pies juntos, y es capaz de arrojar una pelota sin perder el equilibrio.

A los 4 años ha adquirido fuerza, facilidad y soltura en el uso de las piernas. Intenta acrobacias sin perder el equilibrio, puede transportar un vaso con agua sin derramarla, saltar con los pies juntos, y empieza a adoptar posturas adultas al lanzar un balón.

A los 5 años puede pararse por largo tiempo en un pie, mantenerse sobre las puntas varios segundos; saltar en un pie varios metros, y adopta la postura adulta en el lanzamiento a distancia de una pelota.

Locomoción.- El primer paso en este aspecto es, la rotación del cuerpo de una posición supina a la de prona. A los 6 meses, el niño puede sostenerse sobre sus brazos y rodillas pero, sin levantar el abdomen; a los 8 meses ya es capaz de gatear, y aproximadamente hacia los 11 meses será capaz de pararse con ayuda. Entre los 12 y 18 meses, el gateo es reemplazado por el caminar como medio de locomoción, y es aquí cuando empieza a perfeccionar su modo de caminar, siendo capaz de caminar de costado y hacia atrás, arrastrar un juguete con ruedas, etc. A esta edad, se le dificulta el ascenso y descenso de escalinatas, lo cual realiza solo con ayuda, puede tomar objetos fuera de su alcance trepando en sillas, taburetes, etc.

A los 20 meses sus pasos están más perfeccionados, sin embargo, todavía apoya toda la planta del pie. Empieza a correr a los 21 meses, y también ya puede subir una escalera sin ayuda, pero usando los dos pies en cada escalón y bajarla caminando con ayuda.

A los 2 años, es capaz de caminar considerables distancias si no se le apura, utilizando la punta y el talón de los pies, puede rotar la cabeza al tiempo de caminar, pero no puede hacer giros breves. A esta edad su carrera se ha -

perfeccionado, y es capaz de hacerlo con más soltura y seguridad.

Entre los 2 y 3 años, la marcha se vuelve automática y segura, lo que incita al niño a realizar piruetas aún fuera de su alcance. Ya es capaz de subir y bajar solo una escalera usando alternativamente los dos pies, y también manejar un triciclo utilizando los pedales hábilmente.

A los 4 años, el caminar es más firme y le llama mucho la atención los movimientos gimnásticos, como girar, columpiarse, saltar, etc.; corre con facilidad a distintas velocidades, puede dar vueltas muy marcadas y seguir corriendo.

A los 5 años, ha adquirido gran habilidad para realizar las actividades con mayor soltura y menor esfuerzo, por lo que requiere menos vigilancia, puede seguir el compás de la música, etc.. Ya está casi listo para realizar las actividades de los años escolares.

Prensión.- Del nacimiento hasta los tres meses de edad aproximadamente, el niño posee la capacidad visual disminuída, lo que le impide intentar alcanzar algunos de los obje--

tos que le rodean. En ese momento, es cuando el niño comienza a dirigir sus movimientos, pues ya puede controlar su fijación visual.

Generalmente, es en la posición supina, cuando empiezan los movimientos de prensión, al intentar coger una sonaja -- que está a su alcance; a los 4 meses, observa el objeto y aumentan sus movimientos para tratar de alcanzarlo, aunque sin éxito. A partir de los 5 meses, realiza aproximaciones hacia la sonaja que culminan al tomarla ocasionalmente, y será hasta los 6 meses cuando logra asirla sin dificultad. Al inicio de la prensión se utilizan las dos manos, y poco a poco se le va haciendo más fácil tomarla con una.

A los 8 meses, disminuyen los movimientos laterales de tanteo y puede dirigir su brazo hacia el objeto a tomar. A los 10 meses el hecho de tomar un objeto cercano, se realiza con actividad bien coordinada aunque sin mucha fluidez. Al año 3 meses, el niño es capaz de realizar la toma del objeto con suaves movimientos continuos y casi sin errores espaciales, y al año 6 meses, la toma se hace casi automática.

A los 2 años, ya puede tomar un objeto distante con una mano sin apoyarse en la otra, sin embargo hace una exagerada

flexión del tronco. Puede imitar algunos movimientos simples como levantar los brazos verticalmente, aplaudir, poner las palmas sobre la cabeza y dar vueltas a las manos, una al rededor de otra. Ya es capaz de encontrar las mangas al vestirse, quitarse los calcetines, etc.

A los 3 años es capaz de trazar un cuadrado, copiar un dibujo de un círculo, construir torres con cubos, atajar una pelota grande, alimentarse por sí solo sin derramar mucha comida, verter agua de una jarra al vaso sin derramarla y al desvestirse puede quitarse los pantalones.

A los 4 años el niño es capaz de vestirse y desvestirse sin mucha ayuda, puede tocarse la punta de la nariz con el índice y cepillarse los dientes. Todos estos movimientos se hallan perfeccionados a los 5 años y los realiza con mayor seguridad y destreza.

Lateralidad.- A medida que crece el niño, va surgiendo en él una dominancia tanto visual como manual. La mayoría de los investigadores concuerdan con la teoría de que, la dominancia se debe a la superioridad funcional de un hemisferio sobre el otro.

Durante los primeros meses de vida, el niño no muestra preferencia por ninguna mano, aunque durante los juegos, los exámenes y la alimentación básicamente, el niño se siente -- más seguro en la utilización de una de sus manos.

Cuando el niño ya es capaz de tomar sus alimentos por sí solo, se puede observar la preferencia de usar determinada mano al tomar la cuchara, el vaso, etc.

La preferencia manual comienza a distinguirse después - de los 6 meses, y hasta los 18 meses es cuando ya está com-- pletamente determinada. De los 2 a los 5 años se puede ob-- servar que, los niños hacen las cosas con más precisión y e-- ficacia, cuando lo hacen con la mano derecha que con la iz-- quierda.

Algunos investigadores han señalado que los niños ambi-- laterales, presentan retraso en el inicio del desarrollo del lenguaje y en otros aspectos motrices, aunque estos desaparecen al predominar un solo lado. El niño puede entonces to-- mar los objetos con una sola mano (la dominante), y utili-- zar la otra solo como refuerzo en caso de que no pueda hacer lo con una.

El infante se da cuenta de las ventajas de usar un solo brazo para tomar las cosas, ya que alcanza mayor longitud, y lo usa por ejemplo al lanzar una bola, haciendo torres con cubos, etc.

DESARROLLO INTELECTUAL

Jean Piaget estudia la operación intelectual tal y como se presenta al observador a través de las diversas asimilaciones del niño en etapas llamadas estadios. Existe un estadio cuando hay un orden de aparición de las adquisiciones, las cuales deben ser constantes, y que servirán como base a las estructuras que se formen posteriormente.

Cada etapa del desarrollo cognitivo presenta sus características específicas las cuales están relacionadas con la conducta infantil en general.

La adaptación es de suma importancia en el desarrollo cognitivo ya que los dos aspectos, asimilación y acomodación, permiten el desarrollo adecuado del niño. La asimilación es la integración de lo externo a las estructuras propias de la persona, y la acomodación es la transformación de las estruc

turas propias en función de los cambios del medio exterior.

En el desarrollo de las estructuras cognitivas, unidas al desarrollo de la afectividad y a la socialización del niño Jean Piaget ha distinguido cuatro períodos, los cuales -- trataremos de explicar brevemente excepto por el cuarto período, debido a que éste se desarrolla en la adolescencia y -- hemos observado que en la actualidad, cualquier persona con trastornos, recibe rehabilitación desde el momento de descubrir el problema, generalmente a temprana edad.

1o. Período Sensoriomotriz.- El primer período comprende del nacimiento a los 24 meses, es el de la inteligencia sensorio motriz que antecede al lenguaje y al pensamiento propiamente dicho.

Primeramente se presenta una etapa de la ejercitación - de los reflejos de carácter instintivo, posteriormente aparecen los hábitos elementales.

A las reacciones reflejas se le incorporan nuevos estímulos para ser asimilados permitiéndole al niño diferentes - modos de obrar.

A partir de los 5 ó 6 meses se multiplican y se diferencian los comportamientos del estadio anterior ya que el niño puede incorporar nuevos objetos a esquemas de acción ya formados los cuales se transforman en función de la asimilación para permitirle al niño adaptarse al medio.

En este período sensoriomotriz lo que el niño siente y percibe lo asimilará a su actividad infantil. No hay una disociación entre el niño y el mundo exterior a lo que Jean -- Piaget llama egocentrismo infantil. Al fundamentarse las categorias básicas de todo conocimiento: objeto, espacio, tiempo y causalidad, el niño podrá objetivar el mundo exterior - con respecto a su propio cuerpo.

Al finalizar el primer año de vida el niño podrá realizar acciones complejas, como volverse para alcanzar un objeto, utilizar objetos como soporte para conseguir sus objetivos o para cambiarlos de posición.

2o. Período Preoperatorio.- El segundo período llega hasta los 6 años. Con la adquisición del lenguaje, el pensamiento y el comportamiento del niño progresan notablemente.

Aproximadamente a los 18 meses el niño imita modelos, - con partes del cuerpo que no percibe directamente, como fruncir las cejas, sin tener el modelo delante. Con el desarrollo de la imitación y la representación, el niño puede realizar los actos simbólicos, e integrar un objeto cualquiera en su esquema de acción para sustituir a otro.

La función simbólica se desarrolla entre los 3 y los 7 años realizándose en forma de juego por medio del cual el niño toma conciencia del mundo. Mediante el juego reproduce situaciones que lo impresionaron, ya que no puede pensar en ellas, porque es incapaz de separar acción propia y pensamiento. Para el niño el juego simbólico es un medio de adaptación intelectual y afectivo.

El niño todavía es incapaz de apartarse de su punto de vista. Sigue aferrado a sus propias percepciones, sin relacionarlas entre sí.

El niño presta atención a lo que ve y oye a medida en que se efectúa la acción, sin poder dar marcha atrás, es el pensamiento irreversible.

3o. Período de las Operaciones Concretas.- Este período se -

sitúa entre los 7 y los 12 años de edad, señala un gran avance en cuanto a la socialización y objetivación del pensamiento.

Valiéndose de la intuición y de la acción propia, el niño sabe descentrar lo que repercute en lo cognitivo y afectivo. Mediante un sistema de las operaciones concretas el niño puede liberarse de los sucesivos aspectos de lo percibido para distinguir lo que permanece invariable. No se limita a su punto de vista sino que los coordina y saca las consecuencias; las operaciones del pensamiento son concretas, sólo con la realidad susceptible de ser manipulada o cuando puede recurrirse a una representación suficientemente viva. No puede razonar fundándose en enunciados verbales ni sobre hipótesis ya que esto se logra en el estadio del pensamiento formal.

El niño concibe los estados de una transformación como " modificadores " que se compensan entre sí o bajo el aspecto de " invariante ", que implica la reversibilidad. Emplea estructuras de agrupamiento en problemas de seriación y clasificación; establece equivalencias numéricas sin tomar en cuenta la disposición espacial de los elementos; relaciona la duración y el espacio recorridos con lo que logra compren

der la idea de velocidad. Las explicaciones de fenómenos físicos se objetivizan, comienza a tomar en consideración los diferentes factores y su relación, es el inicio de una causalidad objetivada y especializada.

El desarrollo infantil avanza lentamente; todavía no sabe reunir en un sistema todas las relaciones que pueden darse entre los factores.

La coordinación de acciones y percepciones son la base del pensamiento operatorio y afecta a las relaciones interindividuales. Mediante la confrontación de los enunciados verbales de las personas adquiere conciencia de su pensamiento con respecto al de los otros. Al asimilar el mundo a sus esquemas cognitivos y preferencias, como en el juego simbólico, sustituirá la adaptación y el esfuerzo conformista de los juegos constructivos y sociales sobre las bases de unas reglas. El símbolo de carácter individual y subjetivo, se sustituye por una conducta que tiene en cuenta el aspecto objetivo de las cosas y las relaciones sociales interindividuales.

El niño toma en cuenta las reacciones de los que lo rodean y la conversación " consigo mismo " al estar en grupos

se transforma en diálogo o en una discusión.

DESARROLLO LINGUISTICO

Al nacer el niño no posee ningún tipo de lenguaje, lo va adquiriendo poco a poco, paralelamente al desarrollo psicomotor, por medio de la estimulación continua de las personas que lo rodean, principalmente de la madre, ya que es quien más tiempo pasa con él.

El lenguaje es un proceso que se aprende mediante el contacto con la sociedad en que se desenvuelve. Además del aspecto social debe poseerse una audición normal, desarrollo adecuado de los órganos de la fonación y cierta madurez intelectual y psicológica.

Aún antes de poder hablar, el niño es capaz de comunicar sus necesidades a los adultos que lo rodean, por medio de gestos y sonidos inarticulados.

Las primeras vocalizaciones infantiles que se desarrollan son los fonemas /a/, /e/, /u/, /o/, /i/, en este orden respectivamente.

Después de la fonación de las vocales, aparecen los primeros sonidos consonánticos que articula el niño y son generalmente /m/, /d/, éns seguida /p/, /t/, /n/; posteriormente - los sonidos /g/, /k/, la semivocal /w/ y finalmente los fongemas de mayor dificultad /r/, /s/, /f/ y /rr/.

En el balbuceo infantil, el niño repite como si fuera - juego las sílabas que logra articular en un estado de ánimo agradable y placentero y se presenta normalmente a las 28 semanas de edad.

A través del contacto social, el niño pasa por una etapa llamada de imitación, la cual no debería llamarse así, ya que el niño no copia voluntariamente las palabras, sino que evoca los circuitos auditivo-vocales que se fijaron durante el balbuceo y trata de reproducirlos. Posteriormente a los ciclos auditivo-motores se suman las asociaciones visuales - de las palabras lo que conduce poco a poco a la articulación espontánea.

El balbuceo desaparece debido a un audiomutismo fisiológico; este período sirve de preparación a las vías y centros relacionados con las palabras, acumulando el niño recuerdos visuales y auditivos que servirán de base a los con-

ceptos verbales.

De los 12 a los 18 meses, el niño puede ejecutar órdenes, lo cual es una prueba de su comprensión del lenguaje, pero será hasta los 2 años y medio aproximadamente cuando podrá formular respuestas verbales.

En el transcurso del desarrollo del lenguaje el niño pasa por un período silencioso, durante el cual se forma su lenguaje interior. Debido a que su expresión es muy limitada, surgen aquí las generalizaciones o extensiones del significado de la palabra.

En el período de la formación de los conceptos mentales de las palabras, el niño pasa por un estado llamado invención lo cual no es otra cosa mas que la deformación de las palabras como consecuencia de su falta de habilidad en la articulación; esto es lo que se conoce como jerga infantil.

A partir de los 30 meses, el niño ha mejorado su articulación, lo que le permite comunicarse con personas ajenas a la familia.

Según Gesell⁽²⁾, el niño hacia los 5 años tiene su sistema articulatorio completamente desarrollado.

A partir de la aparición de las primeras palabras, la mayoría de los autores coinciden en que los sustantivos son los primeros en aparecer. De acuerdo a los apuntes elaborados por Borel Maisonnny⁽³⁾, de los 2 a los 3 años, el niño utiliza sustantivos con artículos y empieza a usar los verbos sin conjugación.

De 3 a 4 años, el niño comienza a utilizar sustantivos abstractos, adjetivos y adverbios. Es en esta edad cuando surgen las interrogantes ¿ cómo ?, ¿ por qué ?, ¿ para qué ? y empieza a utilizar pronombres, conjunciones y preposiciones. Entre los 4 y los 5 años, el niño es capaz de establecer semejanzas y diferencias entre los objetos.

(2) Gesell Arnold

Diagnóstico del desarrollo. p. 42

(3) Maisonnny Borel

Le langage oral e écrit. p. 32-40

Piaget, en su desarrollo de la expresión verbal en el niño considera dos etapas: la del lenguaje egocéntrico y el lenguaje socializado.

El lenguaje egocéntrico se caracteriza por la práctica del lenguaje, por el simple placer de hacerlo sin la finalidad de comunicarse.

La repetición silábica o de palabras y el monólogo individual son las etapas que se observan en la función egocéntrica del lenguaje.

Entre el lenguaje egocéntrico y el socializado surge el monólogo colectivo, que es la forma más social de las variedades egocéntricas.

En el lenguaje socializado la expresión oral cumple con su función primordial: servir como medio de intercomunicación entre los individuos.

Según Arnold Gesell⁽⁴⁾, el desarrollo evolutivo del habla infantil se presenta de la siguiente manera: desde el momento del nacimiento el niño es capaz de expresar gritos; a medida que avanza en edad emite ruidos guturales y atiende algunos sonidos, realiza murmullos, risas, balbuceos y es -- hasta los 10 meses aproximadamente cuando empieza a decir palabras como papá o mamá y a entender cuando se le habla por su nombre.

Posteriormente, su vocabulario va aumentando en número de palabras acompañándolas de ademanes y respondiendo a instrucciones sencillas.

Hacia los dos años usa frases a manera de oraciones, -- comprende órdenes sencillas e identifica las figuras de objetos familiares, hasta llegar a usar oraciones.

Aproximadamente a los 4 años de edad es el período en el que el lenguaje se desarrolla más rápidamente, y es hasta los 5 años que el niño ha adquirido la capacidad para usar --

(4) Nieto Herrera Margarita E.

el lenguaje eficazmente y empieza a tener nociones de las reglas y de las limitaciones sociales de su uso.

Si el niño es capaz de expresarse sin dificultad, cumplirá con un requisito primordial de nuestra sociedad, lo cual le permitirá tener una personalidad equilibrada y una vida útil y feliz.

CAPITULO II

ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LENGUAJE

En este capítulo primeramente trataremos de definir y -diferenciar los términos empleados para designar las anomalías del lenguaje y enseguida, las causas y el tratamiento recomendables para cada uno de ellos.

Problema de lenguaje.- Se considera un problema de lenguaje toda alteración que se presenta en la comunicación oral. El origen de la presentación de estos problemas puede ser de diversa índole: origen orgánico, cuando algunos de los órganos de la fonación se encuentran impedidos para lograr su función como en el caso de un niño con paladar hendido; origen funcional, cuando los órganos se encuentran en perfectas condiciones funcionales pero el niño no logra hablar como por ejemplo niños con tartamudez, y de origen ambiental, cuando las causas que impiden el lenguaje provienen del medio que lo rodea, principalmente del ambiente familiar.

Vicio de lenguaje.- Es el resultado de un problema de lenguaje cuyo origen sea funcional o ambiental o de un trastorno no atendido a tiempo. Es más difícil corregir un vicio que un problema de lenguaje, ya que se necesita de la cooperación y participación activa de parte del niño, pues sin ella no sería posible la rehabilitación.

Retraso del lenguaje.- Se llama retraso del lenguaje cuando aún teniendo el desarrollo y la madurez necesarios para comunicarse por medio del lenguaje, el niño es incapaz de hacerlo. Las causas del retraso pueden ser de origen funcional o ambiental ya que el lenguaje es una función que no responde a ninguna necesidad orgánica y su adquisición depende mucho de la iniciativa y voluntad del niño.

Mutismo del lenguaje.- Es un trastorno adquirido que consiste en la desaparición del lenguaje existente, sin agresión cerebral. Es de origen mental.

El mutismo puede ser total cuando deja de hablar completamente ante cualquier situación y persona, o parcial cuando habla con una persona y se niega a hacerlo con las demás.

Para estudiar el origen de los problemas de lenguaje, - que aquejan a la niñez de nuestra sociedad creemos necesario estudiar separadamente los trastornos del lenguaje oral y -- los del lenguaje escrito, para ubicar a los pacientes acertadamente en el área que se requiera, de tal manera que reci-- ban el tratamiento adecuado a la patología presentada. Aclarando que cualquier trastorno del lenguaje oral, leve o severo que presente el niño, va a repercutir en el proceso de aprendizaje de la lecto-escritura.

TRASTORNOS
DEL
LENGUAJE

A. Trastornos del lenguaje oral

- a) Disartrias periféricas
- b) Disartrias centrales

B. Trastornos de la lecto-escritura

- a) Dislexia
- b) Disgrafía

A. TRASTORNOS DEL LENGUAJE ORAL

Al decir trastornos del lenguaje oral, nos estamos refiriendo a cualquier anomalía que presente el niño durante la acción de comunicarse verbalmente con los demás.

a) Disartrias Periféricas

Según Margarita E. Nieto Herrera⁽⁵⁾, las disartrias periféricas son alteraciones específicas en la articulación de los fonemas⁽⁶⁾.

Las disartrias periféricas presentan diversas etio

(5) Nieto Herrera Margarita E.

Anomalías del lenguaje y su corrección. p. 170

(6) Debido a que muchos de los trabajos elaborados por ella - han sido realizados con niños mexicanos, serán éstos los que tomemos como base para desarrollar el tema de Trastornos de Lenguaje.

logías tales como:

- Orgánicas, principalmente las malformaciones congénitas o adquiridas que impidan el habla;
- Funcionales, que dificultan la articulación aún cuando los órganos no presenten alteraciones, como la deficiencia auditiva o en la deficiencia mental;
- Endocrinas, relacionadas con el crecimiento del niño y al haber un estancamiento en éste, se presentan alteraciones en el lenguaje,
- Psicossomáticas, al presentar alteraciones el psiquismo, puede haber trastornos en el lenguaje, y
- Ambientales, las cuales al ser desfavorables para el desarrollo del niño ocasionan una articulación defectuosa.

Nos damos cuenta de que un niño tiene disartrias - cuando al hablar presenta síntomas tales como:

- = Omisión, al dejar de pronunciar un fonema de la palabra;
- = Sustitución, cuando cambia un fonema por otro distinto;
- = Distorsión, en la cual el niño deforma el sonido del fonema problema, y
- = Inserción, cuando agrega fonemas a las palabras.

De acuerdo a investigaciones realizadas con niños mexicanos se llegó a la conclusión de que los fonemas - que presentan mayor dificultad en la pronunciación son: /r̄/, /s/, /r/, /l/ debido a que son los menos audibles y los más difíciles de articular. De acuerdo al fonema que presenta problemas, las disartrias se clasifican en rotacismo, sigmatismo, deltacismo y lambdacismo. Anteponiéndole el prefijo " para " a cualquiera de estas -- clasificaciones significa la sustitución del fonema afectado por otro distinto.

El tratamiento varía según la gravedad del trastorno y centrándose en el fonema defectuoso.

Se inicia con la repetición aislada del fonema que se le dificulta hasta que logre diferenciarlo auditivamente de otros. Una vez que lo ha logrado, se le muestra la manera correcta de articularlo incentivándolo -- con ritmos y melodías hasta que sea capaz de emitirlo - correcta y automáticamente, integrándolo posteriormente a las palabras.

Describiremos brevemente cada una de las anomalías más comunes en las que se clasifican las disartrias pa-

ra poder distinguirlas con facilidad.

Rotacismo.- El fonema /r/ tiene un mecanismo de articulación bastante delicado lo que lo hace el fonema más difícil de articular del lenguaje humano. Su etiología coincide con la de las disartrias periféricas en general. Encontramos más comúnmente este trastorno en los niños que presentan hendiduras del paladar, hipoacusia o sordomudez, débiles mentales, así como también lesiones o enfermedades de la lengua y frenillo lingual corto. El rotacismo se manifiesta por la dificultad para pronunciar la /r/.

La corrección de este fonema requiere de un largo período de rehabilitación aparte de disposición del paciente, su aplicación y constancia.

Durante el tratamiento de este trastorno deberá empezarse por el fonema /r̄/ (o sea la r doble), y luego continuar con la /r/ por medio de ejercicios que incluyen diferentes posiciones de la lengua sin emular sonido alguno, luego se seguirá con la articulación del fonema acompañado de vocales y luego de consonantes que formen parte del vocabulario usado por el niño e inte--

grándolo posteriormente a otras palabras que lo inclu--
yan.

Sigmatismo.- Es uno de los defectos de articulación más frecuentes y se caracteriza por la dificultad para articular el fonema /s/ que incluye la s, c, y z.

La causa principal del sigmatismo es la hipoacusia por lo que todos los sordos la presentan. También la encontramos en niños con antecedentes familiares de sigmatismo, deficiencia del lenguaje, motriz, de atención; también hay sigmatismo por imitación.

Un niño inteligente, hábil, atento y constante se puede rehabilitar con facilidad si se le trata antes de entrar a la escuela y evitando todo trato con personas que presenten dicho problema.

El especialista que lo trate deberá enseñarle un sonido nuevo, ya que la pronunciación defectuosa no se puede corregir porque el niño cree que es la correcta. Se inicia el tratamiento con ejercicios de respiración, tales como inhalación, exhalación, soplado, etc., luego se ejecuta el fonema aislado; posteriormente se incluye

en sílabas y estas en palabras.

Lambdacismo.- En este defecto de articulación, el niño sustituye la /l/ por la /n/, debido a que el aire que debiera salir por la boca lo hace por la nariz.

Para la corrección de este fonema es necesaria la colaboración del niño así como su constancia para lograr buenos resultados.

La rehabilitación se inicia con ejercicios de respiración de tal manera que el niño tome conciencia de la manera adecuada de desalojar el aire para la pronunciación del fonema /l/. Una vez que ha logrado esto, se le indica al niño la manera adecuada de colocar la lengua en el momento de la ejecución del fonema comprobándose mediante un espejo bajo la nariz, de que el aire salga por la boca. Ya que ha logrado producir en forma correcta aisladamente el fonema, éste se incorpora a sílabas y posteriormente a palabras.

Deltacismo.- Existen varias circunstancias bajo las cuales el niño emite inadecuadamente el fonema: cuando no articula el fonema con vibraciones laríngeas, la

cual hace que sustituya la /d/ por /t/ o /z/; al hacer presión con la punta de la lengua contra el borde de los incisivos superiores de tal manera que el aire sale lateralmente y la sustituye por la /l/; coloca la punta de la lengua detrás de los incisivos inferiores y sustituye el fonema por la /g/, baja el velo del paladar saliendo el aire por la nariz y lo sustituye la /n/ y por último la omisión del fonema en algunas palabras principalmente cuando va intermedia y seguida a las consonantes /l/ y /n/.

Para que se pueda lograr la rehabilitación es necesario que el niño corrija la manera de espirar el aire y de colocar la lengua, ya que este trastorno se produce cuando cualquiera de ellas se realiza inadecuadamente. Una vez que se hace adecuadamente se sigue el mismo proceso de rehabilitación de los fonemas mencionados anteriormente.

Algunos otros trastornos que pueden ocasionar disartrias periféricas son: hipoacusia, fisuras palatinas y labiales, frenillo labial superior hipertrófico, anquiloglosia y macroglosia. Hemos considerado desarrollar cada uno de estos aspectos brevemente de tal mane-

ra que nos sirvan para tener una visión global de los -
causantes de estos trastornos.

Hipoacusia.- Este término sirve para designar la dismi-
nución de la agudeza auditiva; cuando hay una pérdida
total de ella se le llama Anacusia. Hay varios grados
de sordera que nos permiten ubicar por grupos a las per-
sonas que la padecen:

- Personas sordas de nacimiento o desde la primera in--
fancia que pueden llegar a hablar, pero solo después
de una enseñanza especial
- Personas que quedan sordas después de haber aprendido
a hablar
- Individuos parcialmente sordos, que pueden oír con --
dificultad.

Los factores etiológicos más importantes de la sor-
dera son la herencia y las enfermedades. En cuanto a -
la transmisión hereditaria de la sordera indicaremos --
que toda persona que tenga familiares que padezcan este
trastorno pueden ser portadoras de algunas debilidades
del aparato auditivo, la cual transmitirá a sus descen-
dientes.

La sordera puede deberse a enfermedades sufridas durante la infancia entre las cuales la meningitis cerebral y la fiebre escarlatina son las más frecuentes, -- aunque hay algunas otras como el sarampión que también pueden producirla.

Cuando se descubre a un niño con problemas auditivos, deberán de atenderse con prontitud, ya que éstos -- pueden provocar sordera total.

El niño que no oye bien se muestra distraído, no alterna con sus amiguitos, su apariencia por lo general es tranquila, falta de interés por el mundo que lo rodea, y poco dispuesto a comunicarse verbalmente con los demás, ya que su lenguaje es pobre como una consecuencia de su mala percepción de los sonidos, y con ello se expone a las burlas de sus compañeros.

En algunos casos el problema se puede remediar a través de una operación quirúrgica y en otros será necesario colocarle un audífono que le permitirá tener mayor alcance de los sonidos. Después de que se ha realizado cualquiera de estas dos opciones se someterá al niño a una terapia de lenguaje, permitiéndole así comuni-

carse normalmente con los demás.

Cuando el niño es totalmente sordo y sin esperanzas de corregirse se le elaborará un programa específico de rehabilitación.

Fisuras Palatinas y Labiales.- Se les conoce también - como paladar hendido y labio leporino, son malformaciones congénitas como consecuencia de una detención del desarrollo físico que se lleva a cabo en la vida intrauterina. Los tejidos que han de formar los labios, mandíbula y paladar crecen de los costados para unirse en el centro, y al detenerse dicho crecimiento da lugar a las fisuras.

Las causas que se conocen acerca del por qué de -- las fisuras, se atribuyen a la herencia y a la desnutrición de la madre durante el embarazo, así como las infecciones agudas de la madre sufridas durante los primeros meses de gestación.

Si al nacer el niño presenta cualquiera de estos -- dos trastornos, desde ese momento se verá la necesidad de intervenirlo quirúrgicamente para corregir las fisu-

ras y evitar así los problemas que pueden presentarse en la respiración, deglución, masticación, fonación y articulación, otológicos y psicológicos.

Después de que se ha corregido estos defectos, se someterá al niño a una terapia de lenguaje.

Se recomienda que la intervención quirúrgica se lleve a cabo entre los tres y los cinco años aproximadamente.

Frenillo Labial Superior Hipertrófico.- Esta malformación, que se presenta con bastante frecuencia, es causa de trastornos de lenguaje debido a que impide la movilidad normal del labio superior y provoca una diastema entre los incisivos centrales. Como consecuencia a esto se dificulta la articulación de los fonemas /u/, /p/, /b/, /m/.

Una característica muy notoria en los sujetos que sufren esta malformación es la imposibilidad de sorber líquidos a través de un popote.

El tratamiento indispensable para corregir esta --

malformación será una operación quirúrgica en la cual se alargue el frenillo. Posteriormente a la intervención el niño deberá asistir a sesiones de terapia de lenguaje las cuales incluirán ejercicios labiales que le permitan lograr la movilidad normal de los labios.

Anquilóglosia (frenillo lingual corto).- Los niños al nacer presentan la lengua de diferentes tamaños. En la anquiloglosia, la punta de la lengua es relativamente muy corta, por lo que el frenillo parece llegar a la punta de la misma, lo cual no interfiere para que el niño pueda mover la lengua libremente y sacarla fuera de la boca.

Las adherencias inferiores pueden ser totales encontrando casos en los que la lengua está unida e inmovilizada en el suelo bucal.

El frenillo lingual corto o anquiloglosia se presenta raramente y ocasiona rotacismos, aunque este trastorno puede ser consecuencia de cualquier otra malformación.

Para la rehabilitación a dicho problema se sugiere

la intervención quirúrgica y posteriormente el niño deberá recibir un entrenamiento terapéutico encaminado a corregir el rotacismo.

Macroglosia.- Es un trastorno que se caracteriza por el tamaño exageradamente aumentado de la lengua. Puede deberse a procesos patológicos en la musculatura lingual, como los tumores entre los que se encuentran los quistes, los hemangiomas y los linfangiomas, que pueden aparecer a edades tempranas.

Pueden ser causa de la macroglosia las infecciones inflamatorias como la glositis.

Se denomina macroglosia esencial a la hipertrofia simple de la musculatura estriada de la lengua y que aparte de su gran tamaño, la lengua tiene una contextura rugosa y aframbuesada de la mucosa. Este tipo de trastornos se presenta muy frecuentemente en los niños con Síndrome de Down, en algunos oligofrénicos, y además, abundan los casos congénitos.

Debido a su tamaño, la lengua empuja hacia adelante los dientes separándolos, y haciendo mantener la bo-

ca abierta lo que ocasiona sialorrea.

La articulación de los fonemas se altera en cuanto a la precisión y rapidez con que se emiten.

El tratamiento es en todos los casos la glosectomía parcial.

b) Disartrias Centrales

Son las dificultades en la expresión del lenguaje debido a trastornos del tono y del movimiento de los músculos de la fonación, secundarios al sistema nervioso.

Las dificultades en el lenguaje por trastornos neurológicos pueden ser originadas por cualquier causa posible capaz de enfermar al sistema nervioso, en cualquiera de sus partes. También puede deberse a traumas, enfermedades del embarazo, factor RH, accidentes del parto o neonatales que impidan la circulación sanguínea del sistema nervioso central.

Los síntomas son variables, amplios y poco específicos. Se presentan alteraciones del ritmo fonatorio, dificultad en la coordinación respiratoria y trastornos en la emisión de voz.

Las disartrias leves afectan solo a las palabras fluyentes. Los fonemas aislados se articulan normalmente. En cambio, las disartrias graves provocan palabras borrosas, sílabas equivocadas, sonidos inexactos, pérdida de la entonación y la respiración no se sincroniza con las palabras.

Este tipo de trastornos se pueden rehabilitar más fácilmente en los niños ya que se encuentran en pleno desarrollo.

El tratamiento foniátrico se llevará a cabo después de que se haya llevado el tratamiento médico adecuado, y se incluirán terapéuticas físicas y ejercicios gimnásticos que refuercen y eviten la degeneración de los músculos afectados, así como el relajamiento.

La terapia de rehabilitación se iniciará con ejercicios respiratorios y de fonación con sonidos de gemi-

dos, susurro en tonos crecientes o prolongados. Los movimientos iniciales serán limitados como abrir y cerrar la boca, mover la lengua en todas direcciones hasta que se puedan coordinar con la respiración y la fonación.

Finalmente se ejercitará la coordinación de la espiración sonora con la articulación de los fonemas, - - ejercicios que se llevarán a cabo frente a un espejo y por breves minutos que se aumentarán progresivamente a medida que sean automatizados. Se debe evitar la preci pitación para no hacerlo recaer en la disartria.

El logopeda deberá recomendar a los familiares que estimulen al paciente para que corrija su trastorno, ya que si el sujeto se ve solo se desmoraliza y entonces - no hay posibilidades de recuperación.

Mencionaremos los problemas con que nos topamos -- más frecuentemente en los centros de rehabilitación, durante nuestra práctica como psicólogos infantiles.

Disfemia (tartamudeo).- Las disfemias son alteraciones del lenguaje que se caracterizan por tropiezos, espasmos y repeticiones, debido a la mala coordinación de

los órganos fonadores.

Existen cuatro factores de predisposición para el tartamudeo, como la herencia, lesiones durante el parto, lesiones durante el período de aprendizaje del habla, - traumas físicos y emocionales. Hay una variedad de causas que pueden provocar la disfemia, pero por lo general reflejan alguna especie de conflicto emocional centrado en el habla.

El tartamudeo empieza generalmente en edad preescolar, y los síntomas consisten en repeticiones automáticas de sílabas o prolongaciones de los sonidos iniciales de las palabras. Se presentan al iniciarse la comunicación y bajo condiciones de stress.

En la rehabilitación deben eliminarse las influencias ambientales que perturben al sujeto, evitándose la frustración y los castigos. Se trabajará con juegos de lenguaje que consisten en hablar al mismo tiempo que el terapeuta, pronunciar oraciones rítmicas, repitiendo palabras y frases fomentando la fluidez.

Síndrome de Down.- Este síndrome es una anomalía orgá-

nica general, congénita degenerativa que va acompañada de trastornos en las funciones psíquicas y alteraciones del hábito corporal.

El síndrome de Down se origina durante el desarrollo intrauterino debido a una alteración cromosómica, - provocada por un sobredosaje genético en el cromosoma - 21, influido por la edad avanzada de la madre, aunque - no es determinante. También se atribuye al uso de anticonceptivos, a la esterilidad temporal y a alteraciones endocrinas, especialmente de la madre.

El niño con síndrome de Down tiene problemas para poder hablar, lo que se agudiza con la hipoacusia que - sufren y por la macroglosia; su voz es ronca y gutural. El vocabulario es pobre y la constitución de la frase, rudimentaria y defectuosa.

El niño que padece de este síndrome, puede recibir una educación especial que deberá de iniciarse a los 3 años de edad y que debe comprender los siguientes aspectos: educación psicomotriz, estimulación perceptual, - terapia de lenguaje y conocimientos fundamentales.

Mutismo.- Es un trastorno adquirido que se caracteriza por la desaparición del lenguaje existente de una manera progresiva o repentinamente sin lesión cerebral.

Podemos distinguir dos tipos de mutismo:

- a) Mutismo total adquirido.- Este mutismo incluye el mutismo histérico que sobreviene después de un fuerte choque afectivo; el mutismo ideógeno en los que el aparato fonador está enfermo y el mutismo benigno en niños con habla retrasada o sin retraso.
- b) Mutismo electivo.- Aparece solo ante determinadas -- personas. En la familia puede aparecer después de -- los tres años debido a desatenciones familiares y -- más frecuentemente hacia los seis años al iniciar su escolaridad.

El mutismo es un síntoma que se presenta asociado a otros síntomas tales como inhibición motora, oposi---ción, enuresis y anorexia.

El niño que presenta mutismo se observa sensible, tímido, susceptible a las bromas, a la ironía y muy inseguro.

El mutismo del niño se dirige a alguien: a los que le han dado las razones para que aparezca, generalmente un medio familiar perturbado. Principalmente una falta de armonía entre la pareja es la causa de la inseguridad en el niño.

La conducta silenciosa del niño sirve como arma agresiva para defenderse de la hostilidad que recibe.

Antes que el niño sepa hablar utiliza los esfínteres o el sistema oro-alimenticio en la afirmación de sí mismo; al aprender a hablar, el mutismo se presenta como una forma más elaborada del mecanismo de pasividad o de protesta.

El mutismo total postemocional o histérico puede ser modificado por la sugestión. El mutismo electivo, en los casos de origen neurótico pueden solucionarse -- por medio de un tratamiento psicoanalítico o por medio de una psicoterapia.

B. TRASTORNOS DE LA LECTO-ESCRITURA

Cuando decimos trastornos de la lecto-escritura, incluimos cualquier anormalidad que presente el niño en los inicios del proceso de aprendizaje específico de la lectura y la escritura.

a) Dislexia

Se llama dislexia a la dificultad para comprender el lenguaje escrito sin haber una deficiencia intelectual grave o problemas de visión.

Se ha señalado una variedad de causas a las cuales se le atribuye el retraso de la lectura y la escritura, desde trastornos congénitos hasta dificultades graves de adaptación al medio ambiental. Un factor importante que puede influir en este trastorno, es la edad a la que se ha empezado a leer, así como el bilingüismo, ya sea forzado o facultativo. Se ha visto también en niños que se les enseñó a leer por métodos globales, el cual no es el indicado para todos los niños. Tiene gran importancia la desorientación derecha-izquierda co

mo factor causal de la dislexia.

Se han señalado como síntomas de la dislexia las alteraciones del esquema corporal, zurdo contrariado, desorientación derecha-izquierda, dificultades en los esquemas de figura-fondo y en la reproducción de dibujos.

Cuando se nos presenta un niño con dificultades o imposibilidad de aprendizaje de la lectura y escritura, es necesario descartar todas las posibilidades que puedan orillarnos a cometer errores de diagnóstico. Hay algunas anormalidades que debemos distinguir de la auténtica dislexia tales como la oligofrenia, defectos de la visión y la audición, factores emocionales y errores pedagógicos.

Generalmente el niño que presenta dislexia tiene una inteligencia normal e incluso superior por lo que los padres no aceptan las deficiencias de su hijo en la lectura y escritura. Para que pueda solucionarse el problema es necesaria la comprensión del mismo por parte del ambiente familiar en primer lugar, y del paciente, en segundo término.

El tratamiento de la dislexia se inicia con la corrección y aprendizaje de las necesidades básicas que impidieron la ordenación correcta de las percepciones. Se tratará de corregir los conceptos espacio-temporales esquema corporal y del estado postural.

También con ejercicios de imitación de movimientos de reproducción de posturas para terminar con ejecución mediante órdenes verbales, en las que se introducirá el concepto de lateralidad.

b) Disgrafía

Será disgráfico todo niño cuya escritura sea defectuosa, sin tener problemas neurológicos o intelectuales. Son niños con una inteligencia normal, que escriben despacio y en una forma ilegible, lo cual retrasa su avance escolar.

Muchos niños disgráficos presentan deficiencias en la adaptación psicomotora lo que trae como consecuencia dificultad en la escritura. Pueden tener retraso en la adquisición de la lateralidad o en la organización espa

cial.

Se pueden mencionar cinco síndromes gráficos:

- a) Los rígidos.- Son los niños que al escribir muestran una gran tensión
- b) Los niños de grafismo suelto.- En conjunto su escritura es irregular
- c) Los impulsivos.- Tienen una escritura impulsiva y poco controlada. Escriben las letras difusas y la organización de la página es muy deficiente
- d) Los inhábiles.- Son niños que escriben torpemente y el copiado es el que presenta mayor dificultad. En este grupo se encuentran los niños con peor escritura, y
- e) Los lentos y meticulosos.- Escriben con precisión, minuciosamente pero con lentitud.

Los niños zurdos presentan problemas de disgrafía sobre todo cuando se les ha contrariado su lateralidad. Así encontramos niños zurdos que tienen una escritura en espejo lo que hacen perfectamente y con la misma facilidad con que un diestro normal escribe con la derecha.

Para iniciar el tratamiento en los niños disgráficos será necesario establecer una lateralización fija y con ella una dirección básica y una buena situación en el espacio; debiéndose también reeducarse los fonemas de defectuosa pronunciación.

CONSECUENCIAS AL NO RECIBIR ATENCION OPORTUNA LOS PROBLEMAS DE LENGUAJE.

Es indudable que al no recibir atención adecuada y oportunamente, los problemas de lenguaje afectan el desarrollo del niño en todos sus aspectos.

Es necesario que a la menor señal de un retraso de lenguaje se acuda ante cualquier persona capacitada para realizar un diagnóstico temprano, ya que esto permitirá evitar la evolución del problema y como consecuencia impedirá la presencia de alteraciones en el desarrollo general del niño. Deberá tenerse cuidado al establecer el diagnóstico ya que éste puede ser errado, sin embargo, la reeducación al problema presentado se iniciará a la menor brevedad con el fin de aprovechar las etapas de la adquisición del lenguaje haciendo así, más fácil su rehabilitación.

Una vez que se ha verificado el diagnóstico se le explicará al niño de una manera simple y comprensible el trastorno que lo afecta y las consecuencias que puede acarrear, todo esto con la finalidad de hacerlo consciente de la necesidad de su colaboración para obtener mejores resultados en la terapia, y, evitando así que el niño se asuste o imagine que lo que él tiene es algo que no se puede corregir.

El desarrollo motor del niño no se ve afectado por los problemas de lenguaje, sin embargo, surgen serias complicaciones en los aspectos afectivo y social de la vida del niño.

En cuanto al aspecto afectivo el niño se preocupa mucho por su persona perdiendo el interés por el mundo que lo rodea y a veces evitando todo contacto con el mismo. Si el niño no ha comprendido su deficiencia puede crear hábitos y reacciones que ponen en peligro la integridad de su personalidad. Por esto es necesario atender los síntomas y las causas de estos problemas para ayudar al niño a superarlos y evitar así ulteriores problemas psicológicos.

Si el niño llega a creer que su problema se debe a la falta de cariño y cuidados, presenta una conducta hostil, retraída y a veces agresiva hacia el mundo que lo rodea. Otros niños se muestran rebeldes y orgullosos rechazando las muestras de afecto y pidiendo respeto hacia su persona. Por otro lado, muchos niños se muestran dependientes exigiendo demostraciones constantes de afecto y atención, con lo que se evita la maduración e independencia.

En el aspecto social surgen muchos problemas tanto a nivel familiar como escolar. Algunos padres se dan cuenta de la pronunciación defectuosa del niño pero se les hace graciosa y no creen que sea algún problema. Otros, no advierten el problema de su hijo porque siempre lo han oído hablar así. En cualquiera de los casos, al llegarse el momento de la verdad, algunos padres se niegan a creer que su hijo tenga problemas y a veces se sienten avergonzados de él.

Con mucho tacto se deben aclarar a los padres las dudas que tengan respecto del problema que presenta su hijo para no traumatizarlos y sumirlos en actitudes de desconsuelo y rechazo, cuidando de no alentar falsas esperanzas y ayudarlos a comprender la problemática, de modo que el -

niño no sea rechazado y crezca rodeado de afecto, lo cual permitirá atenuar sus dificultades favoreciendo sus cualidades.

La presencia de un niño con problemas hacen necesario ajustes familiares, dependiendo de dicho problema, para evitar sentimientos de culpabilidad que desemboquen en un rechazo o en una sobreprotección.

En cuanto al medio escolar puede darse el caso de --- maestros que al no advertir la verdadera situación o tratando de alentar a los padres, contribuyen a demorar el -- diagnóstico con lo que se pierde un tiempo valioso para iniciar la rehabilitación. El niño se siente inferior a -- sus compañeros y es objeto de burlas y desprecios por parte de ellos. No participa en clase porque teme que se burlen de él debido a su problema de lenguaje, por lo que el maestro deberá tener cuidado de no permitir las y procurar que el niño participe de una manera activa, auxiliando así la labor del terapeuta. De no suceder así el niño se aislará tanto en las horas de clase como en las de descanso, por lo cual carecerá de amigos, mostrándose retraído y falto de interés hacia cualquier actividad escolar.

CAPITULO III

IMPORTANCIA DE LA PREPARACION DEL PSICOLOGO EN EL CAMPO DE LA EDUCACION ESPECIAL

Es de vital y de suma importancia que todo psicólogo deba prepararse, no solo con los conocimientos que reciba en su carrera básica o en estudios académicos profesionales; debe concientizarse al elegir esta carrera por demás humana, de -- que debe buscar por todos los medios la manera de adquirir información y conocimientos a través de la práctica en el trabajo o en el desempeño de su propedéutica, pues no es difícil - que en ese lapso se enfrente con niños, adolescentes y quizá adultos que presenten alteraciones orgánicas o funcionales -- que les impide integrarse en un determinado nivel educativo, social, y, que necesite de la ayuda de un psicólogo clínico - para que les oriente en su problemática ya sea, de comunica--ción oral o escrita.

Para ello es urgente que, quien se precie de ser un profesional de la psicología clínica posea las características - básicas que comprende la educación especial.

Al ser planteada la problemática de un niño por el maestro de grupo normal o especial, es necesaria la colaboración de un psicólogo para elaborar la ficha clínica psicopedagógica.

El estudiante de psicología puede promover dentro de sus estudios, el que se impartan cursos, charlas, ponencias, foros, visitas a centros clínicos u hospitalarios para conocer más de cerca la información y conocimientos de esta realidad que es la educación de personas con atención específica. Con lo anterior se puede llegar a una concientización de la labor como psicólogo ya sea orientador, asesor o terapeuta.

De unos años a la fecha se han estado divulgando por diferentes medios tales como televisión, periódico, cursos, la importancia y el futuro de estas personas y el requerimiento de ayuda multidisciplinaria entre los que se encuentra el psicólogo.

Concientes de la labor del psicólogo desde cualquier punto de vista que se quiera ver, no se le puede ubicar en un solo trabajo ya que comprende:

- hacer un estudio psicológico y psicométrico, incluyendo una historia clínica para obtener los datos que se necesiten

- dar un buen diagnóstico acertivo uniendo esfuerzos a la labor del maestro, médico o conductor del paciente a examinar
- ubicar a dicho paciente en su realidad y de acuerdo a su problemática canalizarlo al lugar adecuado, ya sea a una institución educativa o a una clínica especial
- orientación tanto al paciente, de una manera que pueda comprenderlo, como a los padres de familia sobre el manejo de dicho paciente de manera que puedan reforzar o complementar la ayuda necesaria para el buen desempeño de la rehabilitación
- asesoría a padres, maestros y compañeros, respecto del material que es necesario conocer para lograr la rehabilitación y
- colaboración como parte integrante activa del equipo multidisciplinario con cada uno de los especialistas que en determinado momento, se necesiten para la atención y rehabilitación del paciente.

En el psicólogo debe existir la necesidad de superación personal, cada vez en mayor grado y sobre todo al finalizar sus estudios universitarios, al encontrarse en el inicio práctico de su carrera como profesional y comprometerse consigo mismo para estar siempre al día en todo lo referente a la psicología, a la educación y a la medicina, en los aspectos -

que le servirán para el mejor desempeño de su labor.

Una vez ya profesional, deberá promover entre sus compañeros a que se implanten o se establezcan en la carrera, los conocimientos de la educación especial, ya sea a nivel de catedráticos o con las nuevas generaciones aportando sus experiencias y motivando a los futuros psicólogos a prepararse en esta área que les permitirá hacer su labor de una manera más acertada y como consecuencia ser de mayor utilidad a la sociedad en que vivimos.

CAPITULO IV

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA REHABILITACION DE LOS PROBLEMAS DE LENGUAJE

El ser humano es un todo complejo, global y dinámico por lo que no es posible analizar cada una de sus funciones sin tener en cuenta la influencia decisiva de las otras, ni tampoco se le puede comprender sin conocer su pasado, identificar su presente y tener en mente su futuro.

No puede concebirse la posibilidad de que una sola persona resuelva con igual competencia todos los problemas de investigación que plantea un caso clínico. Se pueden lograr mejores resultados cuando varios profesionales entrenados adecuadamente estudien y discutan entre sí.

En la actualidad, un equipo multidisciplinario es una necesidad real en todas las instituciones dedicadas a la rehabilitación de los problemas de lenguaje y es un elemento que no deberá faltar en la preparación profesional de todas las escuelas.

cuelas.

El equipo deberá estar integrado por varios especialistas, que no solo se dediquen al diagnóstico sino también al tratamiento de los niños.

Consideramos necesario detallar el trabajo realizado por cada uno de los especialistas que integran el equipo multidisciplinario indispensable para la rehabilitación de los niños con problemas de lenguaje.

Casi siempre, es con el médico general con la primera persona que se dirigen los familiares del paciente deficiente en su comunicación; de este modo se detectan oportunamente muchos problemas. Este especialista se encargará de checar los problemas de salud general del niño y a la vez realizar las canalizaciones correspondientes a otros especialistas de acuerdo con sus observaciones, ya que no se puede iniciar la terapia correctiva del habla cuando el paciente no se encuentra en buen estado de salud.

Los maestros y educadores fungen como auxiliares del equipo multidisciplinario debido a que tienen contacto diario con los niños y les es fácil darse cuenta de los que tienen -

anormalidades en su comunicación o que tienen bajo rendimiento escolar debiendo solicitar una evaluación psicológica que le dará a conocer las causas de dichos problemas y así poder participar con el equipo encargado de la rehabilitación, observando diariamente los adelantos o progresos realizados por el niño en la corrección de su problema.

La importancia de la exploración neurológica se encuentra en que nos proporciona una idea del daño cerebral y nervioso que ha causado el padecimiento, así como de aquellas zonas que permanecen intactas y que se pueden emplear para la rehabilitación del sujeto. El neurólogo apreciará la maduración y las funciones superiores del niño haciendo hincapié en el estudio de las funciones del pliegue curvo y angular del hemisferio dominante. La utilización del electroencefalograma lo ayudará en ocasiones a localizar lesiones que no se pueden apreciar a través de un examen clínico.

Un especialista otorrinolaringólogo, deberá descartar las posibilidades de hipoacusias o sorderas que pueden traer como consecuencia problemas en la comunicación oral. Al detectarse alguna anormalidad en este aspecto, se encargará de enviarlo con el técnico audiometrista quien determinará el umbral de percepción de la palabra y el grado de pérdida audi

tiva en general y le adaptará el aparato necesario para tratar de suplir, lo mejor posible esta carencia.

Por otra parte el oftalmólogo se encargará de determinar la presencia de anomalías visuales que pueden impedir la percepción correcta de las palabras y como consecuencia nos encontraremos ante un niño con problemas de lenguaje, en el área de lecto-escritura. De ser necesario se le adaptarán anteojos para corregir esta deficiencia.

Cuando un niño presenta anormalidades orgánicas tales como labio leporino o paladar hendido deberán ser tratados por un cirujano plástico que mediante operaciones quirúrgicas corregirá dichas anormalidades. Una vez que esto se haya realizado, el niño deberá canalizarse al especialista encargado de la terapia de lenguaje. En cambio, si el problema radica en la mala implantación de la dentadura, se canalizará con el ortodoncista quien estudiará la manera de corregir lo más convenientemente posible dicho problema.

El asistente social se encargará de investigar los marcos sociales, económicos, culturales y afectivos que rodean al niño que está en estudio con el fin de localizar las posibles causas del problema que lo aqueja.

El foniatra o terapeuta de lenguaje se encargará de realizar un estudio adecuado para tratar de localizar la etiología que altera uno o varios aspectos que intervienen en la articulación y que traerán como consecuencia una deficiencia en la expresión oral.

Realizará un estudio metódico que abarque la capacidad y funcionalidad de la respiración; las características de la voz y los órganos de articulación junto con la caja de resonancia. Para iniciar esta revisión se requiere primero la -- formulación de una historia clínica de lenguaje que abarcará los siguientes aspectos: antecedentes; enfermedades específicas, evolución del aspecto receptivo, expresivo y comprensivo y la sintomatología actual.

Por último mencionaremos al psicólogo quien tiene conocimientos no solo de la aplicabilidad de las pruebas psicológicas, sino también de los procesos de aprendizaje y sensoper--cepción y de la maduración psicológica normal.

El psicólogo aplicará pruebas de inteligencia, personalidad y desarrollo maduracional, eligiéndose el tipo de pruebas que estén de acuerdo con las limitaciones especiales de cada sujeto.

Algunas sugerencias que se pueden tomar en cuenta para que el psicólogo obtenga un buen examen del niño, son los siguientes:

- El niño deberá estar bien físicamente, no tener hambre ni sueño
- Debe cuidarse el ambiente físico, es decir, que la iluminación, ventilación, temperatura, mobiliario, etc., sean adecuados para la aplicación
- Los períodos de exámenes deben ser cortos y alternarse con juegos
- Es preferible que el niño conozca un poco al examinador --- pues así es más fácil que le tenga simpatía, es decir, establecer una relación positiva que permita obtener la mayor cooperación del niño al aplicar las pruebas
- Para preparar mejor al niño es necesario primero dejarlo jugar un poco, y
- Empezar con pruebas que estén muy por debajo del nivel del niño para darle confianza y alentarle.

Se podría decir que hay ciertas cualidades que debe poseer un buen psicólogo infantil:

- Equilibrio emocional que le permita respetar al niño tanto física, intelectual como emocionalmente creando una atmósfera agradable para evitar inhibiciones por parte del infante

- Flexibilidad mental. Evitar ser rígido durante el examen -- con respecto a la secuencia de las pruebas, sin embargo, deberá respetar las instrucciones e intervenir lo menos posible para dejar al niño en una situación libre
- Tener una gran paciencia para no alarmarse cuando las reacciones del niño son lentas y no creer que él ha fracasado -- cuando en realidad, solamente tiene miedo o se niega a actuar. Deberá saber que cuando menos lo espere obtendrá una respuesta, y
- Saber observar y ver, tener una cierta sensibilidad a fin -- de no perder la noción de conjunto de la situación y de las circunstancias.

Este equipo puede ser ampliado por otros especialistas o recurrirse a ellos para establecer una relación de trabajo. El equipo de diagnóstico debe estar organizado de tal manera que sus integrantes se acostumbren a pensar y a resolver en -- función de la tarea de conjunto y no solo ateniéndose al marco de la propia especialidad; cuando se sienten parte del equipo de trabajo, dedicado a la resolución del problema clínico, las dos terceras partes del diagnóstico están hechas.

La dirección del equipo diagnóstico no corresponde a una especialidad determinada, lo que realmente importa es que el

ejercicio de esas funciones se lleve a cabo con respeto a la autoridad profesional de cada uno de los integrantes, y que se use la flexibilidad necesaria para lograr una buena convivencia que requiere la participación activa de todos, ya que cada uno debe conocer la modalidad y el enfoque profesional del resto.

Para lograr un verdadero trabajo en equipo, es necesario conocer y aplicar su dinámica, prepararse psicológicamente para formar parte de un equipo y elegir como coordinador al que reúna las mejores condiciones para ello; esto no significa que deba ser siempre el mismo o pertenecer siempre a la profesión médica.

La evaluación del trabajo en equipo estará dada por los resultados que se obtengan con el paciente que es, aunque muchas veces se olvida, el verdadero motivo de esta unión.

CAPITULO V

PREVENCION DE LOS PROBLEMAS DE LENGUAJE

Debido a la gran cantidad de problemas de lenguaje con - que en la actualidad nos encontramos, hemos decidido dedicar un capítulo para estudiar los recursos que podrían prevenir, en grado sumo, la frecuencia con que se presentan dichos problemas. Al decir que podrían prevenirse los problemas de lenguaje, no nos estamos refiriendo a la extinción total de estos problemas, debido a la imposibilidad de conocer qué persona puede presentarlos sin un síntoma que nos oriente respecto al tipo de problema que se está germinando; nos referimos -- con el término de prevención al hecho de prestar atención profesional inmediata ante la presencia del menor síntoma que indique la posibilidad de que puedan evolucionar hasta llegar a formar un problema de lenguaje, haciendo más difícil y complicada su rehabilitación.

La prevención puede enfocarse desde tres puntos de vista principalmente: nivel familiar, educativo y social; los hemos ordenado de esta manera tomando en cuenta su importancia

en la relación con los niños, ya que es en esta secuencia en la que se desenvuelven.

A nivel familiar, el niño se relaciona principalmente -- con sus padres y sus hermanos, siendo estos los que juegan un papel importante en la detección oportuna de cualquier síntoma que indique la posible presencia de un problema de lenguaje. Será de vital importancia concientizar a la familia cercana de la necesidad de prevenir cualquier trastorno durante el desarrollo del lenguaje en el niño.

Primordialmente, las dependencias públicas oficiales como el I.S.S.S.T.E., D.I.F., I.M.S.S., y las escuelas universitarias que imparten carreras enfocadas en el área social, tales como: Psicología, Trabajo Social, Educación Especial y Medicina, a través de los alumnos que realizan sus prácticas -- profesionales, se encargan de proporcionar información a nivel familiar encaminada a prevenir un sinnúmero de trastornos en el desarrollo del niño. Dicha información se trasmite a los padres de familia mediante campañas que incluyen pláticas conferencias, audiovisuales, que tendrán como objetivo capacitarlos para poder discriminar en un momento dado, lo normal de lo patológico.

Con respecto al medio educativo serán las dependencias - educativas oficiales y particulares las que se encargarán de proporcionar al personal docente de los niveles preescolar y escolar, a través de pláticas, conferencias, cursos de capacitación y mesas redondas, la información correcta, de tal manera que les sea posible detectar entre sus alumnos, aquellos - que presentan algún indicio que nos haga pensar que estamos - ante un niño con problemas de lenguaje. Con el trato diario, el maestro será un gran auxiliar de la labor del terapeuta -- lingüístico, ya que se dará cuenta de los adelantos realiza-- dos por el niño en su rehabilitación, y a la vez reforzarlo y alentarle en la superación de su problema.

Por último a nivel social encontramos un auxilio de gran importancia en los medios de comunicación masiva tales como - radio, televisión, prensa, quienes por medio de sus programas educativos realizan campañas con el fin de concientizar a la población de la necesidad de evitar todo tipo de trastornos - que pueden tener repercusiones psicológicas en los niños que son el futuro de nuestro país.

Debido a la falta de información bibliográfica con res-- pecto a este tema, hemos visualizado a través de nuestras ex-- periencias profesionales los medios a seguir para lograr la -

colaboración efectiva de las personas que rodean a los niños que presenten problemas, y que al ser orientados adecuadamente son de gran ayuda en la prevención de este tipo de trastornos, por lo que lo desarrollado anteriormente ha sido hecho - en base a nuestras experiencias.

CAPITULO VI

PRESENTACION DE CASOS

De los casos de niños con problemas de lenguaje conocidos por nosotras, hemos seleccionado algunos que describiremos en este capítulo y que nos servirán para tener una idea de las causas que los ocasionan, de los resultados que obtienen en las evaluaciones psicológicas y de la manera en que se puede llevar a cabo la rehabilitación.

Cada uno de los casos se presentarán individualmente integrados con su respectivo reporte psicológico que nos darán una visión global de la problemática presentada por cada uno, para que de esta manera, podamos ubicarlos en el contexto de etiología y tratamiento de los problemas de lenguaje desarrollado en el capítulo II.

REPORTE PSICOLOGICO 1

I.- DATOS GENERALES

Nombre: R. F. V.

Edad: 6 años 2 meses

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 19 de Agosto de 1975

Escolaridad: 1o. año de primaria

Escuela: " Club de Leones No. 15 "

Domicilio: Calle 7 No. 2616, Col. Burócratas Federales

Nombre del padre: A. F. G.

Edad: 34 años

Ocupación: Empleado

Nombre de la madre: M. V. C.

Edad: 29 años

Ocupación: Ama de casa

Nombre de hermanos

edad

ocupación

M. F. V.

10 años

estudiante

G. F. V.

9 años

estudiante

II.- MOTIVO DE CONSULTA

El niño fué traído por presentar problema de lenguaje.

III.- HISTORIA PERSONAL

Durante el embarazo la madre no presentó ninguna enfermedad, ni caída o golpe, el vómito desapareció en el curso del tercer mes, en general se reporta normal.

El parto fué simple, a tiempo, normal, no hubo necesidad del uso de los fórceps. El niño nació pesando 3.200 kg., la talla no la recuerda la madre, su respiración fué buena, no tuvo dificultad para la succión, la alimentación fué mixta al principio, para luego pasar a ser artificial.únicamente.

El desarrollo motor se reporta dentro de los límites normales; el destete a los 4 años de edad.

El lenguaje apareció al año seis meses, siendo deficiente su articulación.

El control de esfínteres fué a los dos años de edad aproximadamente.

De las enfermedades infantiles que presentó el niño, se encuentran el sarampión, varicela y catarros.

El niño inició el jardín de niños a los 4 años 6 meses de edad, en donde estuvo dos años, y actualmente se encuentra en 1o. de primaria

IV.- OBSERVACIONES GENERALES

R. es un niño de estatura baja para su edad, delgado, de tez morena, cabello y ojos café oscuro; su aspecto personal es bueno, pues siempre se presentó bien vestido y limpio. Su carácter es tranquilo y agradable, por lo que no hubo dificultad para establecer el rapport.

V.- PRUEBAS APLICADAS

- Escala de Inteligencia Wechsler para Niños
(WISC-R)
- Test de Desarrollo de la Percepción Visual
de Frostig
- Test de Habilidades Psicolingüísticas Illinois de Kirk
- Test Gestáltico Visomotor de L. Bender
(Koppitz)

- Test del Dibujo de la Figura Humana
(Koppitz)
- Test de Apercepción Infantil de Bellak
(CAT-A)

VI.- RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

WISC-R

	Puntaje	C. I.
Escala verbal=	30	75
Escala de ejecución=	33	79
Escala total=	63	74

BORDERLINE (abajo del promedio)

T. D. P. V. Frostig

Area	Edad Eq.	Disc.
Coord. Visomotora	4-9 años	- 1 año 3 meses
Perc. Figura-Fondo	5-0 años	- 1 año
Constancia Perceptual	3-6 años	- 2 años 6 meses
Posición en el Espacio	5-6 años	- 6 meses
Relaciones Espaciales	6-6 años	+ 4 meses

COCIENTE PERCEPTUAL= 85

ITPA Kirk

Area Auditiva Vocal:

	Edad Eq.	Punt.	Disc.
Recepción Auditiva	4-7 años	29	- 1-7 años
Asociación Auditiva	4-9 años	23	- 1-5 años
Expresión Verbal	4-10 años	30	- 1-4 años
Memoria Auditiva	6-10 años	39	+ 8 meses

Area Visual Motora:

Recepción Visual	4-7 años	29	- 1-7 años
Asociación Visual	2-6 años	6	- 3-8 años
Expresión Manual	4-4 años	29	- 1-10 años
Memoria Visual	5-4 años	30	- 10 meses

EDAD PSICOLINGUISTICA= 4 años 7 meses

T. G. V. Koppitz

Edad Maduracional= Puntaje 13

Coordinación Visomotora= 5 años 2 meses

Grado Escolar Maduracional= Jardín de Niños

D. F. H. Koppit

Puntaje= 3

Nivel de Capacidad Mental= Normal Bajo

Coeficiente Intelectual= 70-90

VII.- DERIVACIONES GENERALES

El niño se encuentra funcionando generalmente a un nivel intelectual por abajo del promedio con un C. I. aproximado de 75.

Debido a su bajo nivel intelectual, nos indica inmadurez por parte del niño, lo cual puede ser el resultado de un retraso evolutivo.

Su coordinación visomotora se encuentra a un nivel de 5 años 2 meses, o sea que sus dibujos son como los de un niño de edad preescolar. En el resto de las áreas de la percepción visual presenta problemas semejantes, ya que su capacidad visual para entender los estímulos visuales, reconocerlos en contextos diferentes, relacionarlos con otros estímulos y con él mismo se encuentra a un nivel de 3 años 8 meses.

En cambio su memoria auditiva está significativamente por arriba de sus habilidades, o sea, que su capacidad para entender lo que oye está funcionando a un nivel superior con relación a su edad cronológica.

El niño posee una personalidad internamente pobre lo cual lo hace sentirse tímido y retraído y da como resultado una incapacidad de manifestar emociones.

VIII.- DIAGNOSTICO

El niño presenta problemas de lenguaje, lo cual fué sugerido por el médico general, corroborándose por medio de pruebas psicológicas y el muestreo de vocabulario, la presencia de sigmatismo, rotacismo y delta--cismo.

IX.- RECOMENDACIONES

Se sugiere que el niño reciba terapia de lenguaje en donde se realizarán los ejercicios que requiere su problema, además, consideramos necesario que reciba terapia de apoyo para que dicho problema se resuelva lo más pronto posible, para beneficio propio del niño.

MUESTREO DEL VOCABULARIO DEL NIÑO

Pronunciación Incorrecta	Pronunciación Correcta
tomate	tomarse
vele	verde
mujed	mujer
midad	mirar
lomidad	dormidos
lápido	rápido
matillo	martillo
piet	pies
code	corre
tuena	suená
atos	altos
pedo	perro
tapato	zapato
tata	taza
badco	barco

REPORTE PSICOLOGICO 2

I.- DATOS GENERALES

Nombre: L. C. E. de O.

Edad: 9 años 2 meses Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 7 de Agosto de 1972

Escolaridad: 3o. año de primaria

Escuela: " Ma. de Jesús Castaña "

Domicilio: Sierra de Sn. Lázaro No. 621

Col. Las Puentes

Nombre del padre: F. E.

Edad: 38 años

Ocupación: Empleado

Nombre de la madre: G. M. de O.

Edad: 36 años

Ocupación: Ama de casa

Nombre de hermanos	edad	ocupación
J. S. E.	14 años	estudiante
M. G. E.	6 años	
S. M. E.	4 años	

II.- MOTIVO DE CONSULTA

El niño fué traído a consulta debido a que presenta problemas de lenguaje como consecuencia de la hipacusia que padece.

III.- HISTORIA PERSONAL

Es producto del segundo embarazo que es reportado como normal puesto que no padeció enfermedades durante éste, ni contratiempos de ningún tipo. Con respecto al parto, fué simple y a tiempo, se le aplicó anestesia a la madre y la duración del mismo se reporta como normal.

El niño pesó al nacer 3 kg., pero no recuerda la talla, la respiración fué buena y lloró al nacer; se le alimentó de pecho durante los primeros meses y después artificialmente, no presentó dificultad para succionar.

En el desarrollo motor la madre nos indica que -- sostuvo la cabeza a los dos meses, a los tres se sentó sin apoyo, se paró a los seis meses, nos dice también

que gateó a los siete meses y caminó al año. Controló los esfínteres a los dos años y ha padecido las enfermedades propias de la infancia.

A los cuatro años se detectó hipoacusia bilateral debido a que el niño no hablaba, se le practicó una audiometría y se le adaptó un aparato audífono en la ciudad de México, a los 5 años 6 meses aproximadamente se comenzó una terapia de lenguaje individual diaria durante un año, de tal manera que se pudiera integrar al sistema escolar en un grupo de niños oyentes (que escuchan bien), ha cursado hasta tercer grado y no ha dejado de asistir a la terapia de lenguaje.

Actualmente la articulación ha mejorado notablemente, pero es necesario que continúe con la terapia de lenguaje.

IV.- OBSERVACIONES GENERALES

Es un niño de estatura y complexión regular, tiene ojos color café oscuro, facciones regulares, cabello castaño, piel morena clara y es aseado.

Durante la aplicación de pruebas se mostró cooperador pero temeroso de que no entendiera su pronunciación, por ese motivo cuando se le pedía algo por segunda ocasión, evitaba continuar hablando, teniendo que animarlo a que lo hiciera.

V.- PRUEBAS APLICADAS

- Escala de Inteligencia Wechsler para Niños
(WISC-R)
- Test de Desarrollo de la Percepción Visual
de Frostig
- Test de Habilidades Psicolingüísticas Illinois
de Kirk
- Test Gestáltico Visomotor de L. Bender
(Koppitz)
- Test del Dibujo de la Figura Humana
(Koppitz)
- Test de Apercepción Infantil de Bellak
(CAT-H)

VI.- RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

WISC-R

	Puntaje	C. I.
Escala verbal=	17	59
Escala de ejecución=	38	84
Escala total=	55	70

BORDERLINE (abajo del promedio)

T. D. P. V. Frostig

Area	Edad Eq.	Disc.
Coord. Visomotora	7-0 años	- 2 años 2 meses
Perc. Figura-Fondo	7-0 años	- 2 años 2 meses
Constancia Perceptual	6-9 años	- 2 años 5 meses
Posición en el Espacio	7-0 años	- 2 años 2 meses
Relaciones Espaciales	8-3 años	- 11 meses

COCIENTE PERCEPTUAL= 80

ITPA Kirk

Area Auditiva Vocal:

	Edad Eq.	Punt.	Disc.
Recepción Auditiva	3-6 años	4	- 5-8 años
Asociación Auditiva	4-7 años	8	- 4-7 años
Expresión Verbal	4-6 años	20	- 4-8 años
Memoria Auditiva	3-10 años	23	- 5-4 años

Area Visual Motora:

Recepción Visual	5-2 años	14	- 4-0 años
Asociación Visual	7-2 años	30	- 2-0 años
Expresión Manual	6-5 años	28	- 2-9 años
Memoria Visual	6-6 años	30	- 2-8 años

EDAD PSICOLINGUISTICA= 5 años 4 meses

T. G. V. Koppitz

Edad Maduracional= Puntaje 11

Coordinación Visomotora= 5 años 6 meses

Grado Escolar Maduracional= Jardín de Niños

D. F. H. Koppitz

Puntaje= 2

Nivel de Capacidad Mental= Borderline

Coeficiente Intelectual= 60-80

VII.- DERIVACIONES GENERALES

La capacidad mental que posee el niño es Borderline o limitrofe alcanzando un cociente intelectual numérico de 70; los procesos de atención y concentración se encuentran disminuidos dificultándosele la elaboración de conceptos abstractos. La información que tiene del medio ambiente es pobre al igual que el conocimiento de palabras, por lo que manifiesta dificultad para expresarse en forma verbal.

Con respecto al área maduracional se encuentra -- funcionando a una edad de 5 años 6 meses lo que representa una diferencia de tres años 8 meses con su edad cronológica.

En las habilidades psicolingüísticas el déficit -- que presenta es bastante importante, notándose que la

mayor dificultad se encuentra en el canal auditivo vocal, donde las discrepancias negativas son muy significativas y confirman que existe un problema auditivo -- que concuerda con el diagnóstico de hipoacusia que presenta el niño; las discrepancias son de - 16 en recepción auditiva y - 12 en asociación auditiva, esto significa que se le dificulta interpretar lo que escucha y relacionarlo con lo conocido.

En el desarrollo de la percepción visual, el retraso es menos severo, pues la discrepancia en general es de - 2-0 años, teniendo una mayor dificultad en la constancia perceptual o de forma y destacándose más en relaciones espaciales.

Es un niño inseguro, retraído y con un Yo inhibido. Muestra mucha preocupación por las relaciones con el ambiente, produciéndole sentimientos de inadecuación -- pues no logra actuar correctamente y esto lo deprime.

La figura paterna es percibida como amenazante, -- utilizando la descripción de láminas como una forma de evadirse; presenta problemas de autoridad que se manifiestan por una agresividad hacia el ambiente puesto --

que no desea realizar lo establecido.

VIII.- DIAGNOSTICO

El niño presenta hipoacusia bilateral congénita, comprobada mediante audiometría, además en algunas de las pruebas psicológicas aplicadas se puede confirmar dicho diagnóstico.

IX.- RECOMENDACIONES

Se recomienda continuar con la terapia de lenguaje, recibir terapia de apoyo y acudir con la familia a sesiones encaminadas a mejorar la dinámica familiar.

MUESTREO DEL VOCABULARIO DEL NIÑO

Pronunciación Incorrecta	Pronunciación Correcta
cata	casa
tatza	taza
barjo	barco
chol	sol
señog	señor
fioret	flores

REPORTE PSICOLOGICO 3

I.- DATOS GENERALES

Nombre: L. M. C. R.

Edad: 7 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 12 de Agosto de 1974

Escolaridad: 1o. año de primaria

Escuela: " María Moreno "

Domicilio: Sierra Nacatas No. 224

Fracc. Arroyo Seco

Nombre del padre: J. C. T.

Edad: 37 años

Ocupación: Comerciante

Nombre de la madre: L. M. R. T.

Edad: 32 años

Ocupación: Ama de casa

Nombre de hermanos	edad	ocupación
J. A. C. R.	10 años	estudiante
A. C. R.	8 años	estudiante
O. C. R.	1 año	

II.- MOTIVO DE CONSULTA

La niña fué traída a consulta por presentar problema de disfemia (tartamudez).

III.- HISTORIA PERSONAL

L. M. es producto del tercer embarazo, el cual se desarrolló sin problemas.

El parto fué simple, a tiempo, normal, no hubo necesidad del uso de fórceps y de anestesia; la postura de la niña al nacer fué normal, llorando inmediatamente.

Su peso fué de 3.850 kg., la talla no la recuerda la madre; su respiración fué buena. La niña no tuvo dificultad para la succión, su alimentación siempre -- fué artificial.

El desarrollo motor se reporta dentro de los límites normales, en tanto que el lenguaje empezó a desarrollarse más tarde, a los 3 años de edad; su pronunciación ha sido siempre deficiente. El control de es-

intereses se realizó a los dos años de edad.

De las enfermedades infantiles solamente se reporta sarampión que se presentó a los 5 años de edad y catarros frecuentes.

Lo que respecta al factor educativo, solo podemos decir que L. M. cursó dos años de jardín de niños en el Colegio María Morelos, a la edad de 4 y 5 años; luego pasó a primero de primaria en el mismo colegio.

IV.- OBSERVACIONES GENERALES

L. M. es una niña de estatura alta para su edad, delgada, de tez blanca, pelo color rubio, ojos grandes y verdes; ella siempre se presentó aseada a las sesiones.

Para establecer el rapport no hubo dificultad alguna, pues posee un carácter alegre, además de que tiene facilidad para adaptarse al medio. Durante la aplicación de la batería de pruebas se mostró un poco inquieta.

V.- PRUEBAS APLICADAS

- Escala de Inteligencia Wechsler para Niños
(WISC-R)
- Test de Desarrollo de la Percepción Visual
de Frostig
- Test de Habilidades Psicolingüísticas de Illi
nois de Kirk
- Test Gestáltico Visomotor de L. Bender
(Koppitz)
- Test del Dibujo de la Figura Humana
(Koppitz)
- Test de Apercepción Infantil de Bellak
(CAT-A)

VI.- RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

WISC-R

	Puntaje	C. I.
Escala verbal=	36	82
Escala de ejecución=	36	81
Escala total=	72	80

BORDERLINE (abajo del promedio)

T. D. P. V. Frostig

Area	Edad Eq.	Disc.
Coord. Visomotora	6-0 años	- 1 año
Perc. Figura-Fondo	5-9 años	- 1 año 1 mes
Constancia Perceptual	6-0 años	- 1 año
Posición en el Espacio	8-9 años	+ 1 año 9 meses
Relaciones Espaciales	6-6 años	- 4 meses

COCIENTE PERCEPTUAL= 74

ITPA Kirk

Area Auditiva Vocal:

	Edad Eq.	Punt.	Disc.
Recepción Auditiva	5-2 años	27	- 2 años
Asociación Auditiva	5-7 años	26	- 1-5 años
Expresión Verbal	4-6 años	25	- 2-6 años
Memoria Auditiva	3-7 años	23	- 3-5 años

Area Visual Motora:

Recepción Visual	5-5 años	27	- 1-7 años
Asociación Visual	6-10 años	35	- 4 meses
Expresión Manual	9-2 años	41	+ 2 años
Memoria Visual	2-10 años	10	- 4-4 años

EDAD PSICOLINGUISTICA= 5 años 6 meses

T. G. V. Koppitz

Edad Maduracional= Puntaje 13

Coordinación Visomotora= 5 años 2 meses

Grado Escolar Maduracional= Jardín de Niños

D. F. H. Koppitz

Puntaje= 3

Nivel de Capacidad Mental= Normal Bajo

Coefficiente Intelectual= 70-90

VII.- DERIVACIONES GENERALES

En general L. M. está funcionando a un nivel intelectual por abajo del promedio, con un cociente intelectual aproximado de 80.

Su coordinación visomotora se encuentra a un nivel de 5 años 2 meses, es decir, que sus dibujos son como los de una niña de educación preescolar. En el resto de las áreas de percepción visual, la niña presenta problemas semejantes, ya que su capacidad para -

entender los estímulos visuales, localizarlo cuando se encuentran entre otros, reconocerlos en contextos diferentes, así como para situarlos y relacionarlos con otros estímulos y con él mismo, se encuentran a un nivel bajo con respecto a su edad. Su memoria visual muestra un retraso de 4 años 10 meses.

En el área de percepción auditiva, encontramos algo semejante, ya que su capacidad para entender lo que oye y relacionarlo significativamente presenta un retraso de un año 8 meses. Su memoria auditiva es aún más deficiente ya que es como la de una niña de 3 años 7 meses.

La niña tiene una gran dificultad para manejar situaciones sin verse involucrada emocionalmente, y por otra parte, presenta sentimientos de soledad y de abandono, además de ver a sus padres como figuras agresivas y amenazantes.

VIII.- DIAGNOSTICO

El diagnóstico en este caso es de tartamudez, el cual fué inferido inicialmente mediante el contacto --

interpersonal llevado a cabo con la niña en el curso de las entrevistas. Posteriormente se procedió a la aplicación de pruebas psicológicas con lo cual fué posible corroborar el problema de inadecuación causante de dicho síntoma.

IX.- RECOMENDACIONES

Se considera indispensable que la niña asista a sesiones que vayan encaminadas a la resolución del síntoma presentado combinado con terapia de apoyo para una recuperación más efectiva.

REPORTE PSICOLOGICO 4

I.- DATOS GENERALES

Nombre: S. P. G. L.

Edad: 7 años 1 mes

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 19 de Septiembre de 1974

Escolaridad: 1o. año de primaria

Domicilio: Castelar No. 502 Pte, Col. Independencia

Nombre del padre: G. G. S.

Edad: 32 años

Ocupación: Empleado

Nombre de la madre: I. L. de G.

Edad: 28 años

Ocupación: Ama de casa

Nombre de hermanos

edad

ocupación

J. A. G. L.

9 años

estudiante

M. L. G. L.

4 años

II.- MOTIVO DE CONSULTA

La niña fué traída a consulta por presentar Problemas de articulación del lenguaje.

III.- HISTORIA PERSONAL

La niña es producto del segundo embarazo el cual reporta la madre se presentó sin problemas, normal y - llevándose a feliz término en la fecha programada. Durante el parto no hubo necesidad de utilizar aparatos obstétricos ni anestesia.

El peso de la niña al nacer fué de 2.900 kg., y - una talla de 48 cm. No hubo problemas de succión y la niña recibió alimentación mixta desde el nacimiento.

La niña empezó a caminar al año de edad, dejó de tomar biberón a los 3 años y fué hasta los 4 cuando empezó a controlar los esfínteres.

Con respecto a la aparición del lenguaje la madre nos informa que se tardó mucho para empezar a hablar, que decía pocas palabras a los 4 años y que ella esperaba que al ingresar al jardín de niños desarrollara - mejor ese aspecto, pero no fué así.

Estuvo en el jardín de niños un año y luego pasó a primer grado donde debido a su lenguaje deficiente -

reprobó. La maestra sugirió que la niña acudiera a alguna institución de rehabilitación, de tal manera que se le auxiliara en su problema.

IV.- OBSERVACIONES GENERALES

La niña es delgada, pelo corto y oscuro; ojos -- grandes color café, facciones finas. Se presenta a -- las sesiones a tiempo, limpia y con muchos deseos de -- trabajar en todo lo que se le pide, aunque los resultados de las pruebas son deficientes debido a su problema. Se estableció un buen rapport lo que hizo más fá-cil las aplicaciones.

V.- PRUEBAS APLICADAS

- Escala de Inteligencia Wechsler para Niños
(WISC-R)
- Test de Desarrollo de la Percepción Visual
de Frostig
- Test de Habilidades Psicolingüísticas de Illinois de Kirk
- Test Gestáltico Visomotor de L. Bender
(Koppitz)

- Test del Dibujo de la Figura Humana
(Koppitz)
- Test de Apercepción Infantil de Bellak
(CAT-A)

VI.- RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

WISC-R

	Puntaje	C. I.
Escala verbal=	10	50
Escala de ejecución=	14	55
Escala total=	24	47

MENTALMENTE DEFICIENTE

T. D. P. V. Frostig

Area	Edad Eq.	Disc.
Coord. Visomotora	6-0 años	- 11 meses
Perc. Figura-Fondo	5-6 años	- 1 año 3 meses
Constancia Perceptual	3-0 años	- 4 años 1 mes
Posición en el Espacio	6-3 años	- 8 meses
Relaciones Espaciales	5-0 años	- 2 años 1 mes

COCIENTE PERCEPTUAL= 72

ITPA Kirk

Area Auditiva Vocal:

	Edad Eq.	Punt.	Disc.
Recepción Auditiva	3-1 años	15	- 4 años
Asociación Auditiva	3-5 años	6	- 4-4 años
Expresión Verbal	3-4 años	21	- 4-3 años
Memoria Auditiva	2-0 años	15	- 5-1 años

Area Visual Motora:

Recepción Visual	5-10 años	29	- 1-4 años
Asociación Visual	4-6 años	20	- 2-8 años
Expresión Manual	6-1 años	32	- 1-1 años
Memoria Visual	3-4 años	12	- 4-3 años

EDAD PSICOLINGUISTICA= 4 años

T. G. V. Koppitz

Edad Maduracional= Puntaje 13

Coordinación Visomotora= 5 años 2 meses

Grado Escolar Maduracional= Jardín de Niños

D. F. H. Koppitz

Puntaje= 1

Nivel de Capacidad Mental= Mentalmente retardado o funcionando a un nivel retardado debido a serios problemas emocionales.

Coficiente Intelectual= Inferior a 60

VII.- DERIVACIONES GENERALES

La niña está funcionando a un nivel intelectual de mentalmente retardada con un cociente intelectual aproximado de 47. Por otra parte es incapaz de formar conceptos verbales a nivel funcional de acuerdo a su edad.

El nivel de aspiraciones de la niña es muy bajo debido a las limitaciones intelectuales que presenta, lo cual puede propiciar sentimientos de inadecuación intelectual.

Su coordinación visomotora se encuentra a un nivel de 5 años dos meses, es decir, que sus dibujos son

como los de una niña de educación preescolar. En el resto de las áreas de la percepción visual presenta problemas semejantes, ya que su capacidad para entender los estímulos visuales, localizarlos cuando se encuentran entre otros, reconocerlos en contextos diferentes, así como para situarlos y relacionarlos especialmente con otros estímulos y con él mismo, se encuentra a un nivel entre los 3 y los 6 años de edad. Su memoria visual presenta un retraso de 3 años 7 meses respecto a su edad.

En el área de percepción auditiva, encontramos algo semejante, ya que su capacidad para entender lo que oye y relacionarlo significativamente, presenta un retraso de 4 años.

Su memoria auditiva es aún más deficiente, ya que es como la de una niña de 2 años de edad.

Fué difícil evaluar el aspecto afectivo, ya que en las láminas de las pruebas solo describió el material allí contenido. Esto nos indica una forma de evaluar la situación problemática de la familia.

A la niña le es difícil adaptarse socialmente, lo que la hace sentirse culpable y manifestar ansiedad. Esto hace que la niña posea una extrema inseguridad, - retraimiento y depresión.

VIII.- DIAGNOSTICO

La niña presenta problemas de articulación del -- lenguaje lo cual se estableció con el muestreo de vocabulario y la aplicación de las pruebas psicológicas.

IX.- RECOMENDACIONES

Es recomendable que la niña reciba terapia de re-
habilitación de lenguaje así como de apoyo y familiar
para obtener resultados satisfactorios en dicho problema.

MUESTREO DEL VOCABULARIO DEL NIÑO

Pronunciación Incorrecta	Pronunciación Correcta
peo	perro
illa	silla
papato	zapato
tata	taza
meta	mesa
baco	barco
ealo	regalo
iño	niño
polana	campana
tam	pan
palanino	abanico
peloloa	pelota
cascha	casa
palala	lámpara
dápiz	lápiz

CONCLUSIONES

La idea principal al inicio del desarrollo de esta investigación, era la de documentarnos de una manera más eficiente acerca de la problemática que, con tan alto índice se presenta en nuestra población infantil, impidiéndoles su desarrollo evolutivo normal y completo; y, a la vez, proporcionar a --- nuestros compañeros de estudios la información necesaria para el mejor entendimiento de los problemas de lenguaje que en la mayoría de los casos son consecuencia de un serio problema -- emocional y en el resto son producto de deficiencias orgáni-- cas o funcionales.

Respecto a la importancia de la rehabilitación concluí-- mos que es de gran trascendencia el que ésta se lleve a cabo a la mayor brevedad y con la eficiencia requerida específicamente por el caso para evitar la degeneración de los aspectos relacionados con el lenguaje. Esto se ha visto favorecido -- por la actitud positiva de los padres, al aceptar que su hijo presenta algún problema o tipo de anormalidad y que lo mejor es atenderlo a tiempo ayudándolo así en su integración en el núcleo familiar y a la vez en la sociedad en la que se desen-

vuelve.

Al estar conciente la familia del problema que aqueja a alguno de sus integrantes se evitarán todo tipo de manifestaciones compasivas y de burlas que ayudarán en gran medida a la rehabilitación haciéndola más eficaz y duradera.

Por el contrario, si por descuido u omisión de los padres, el niño no es llevado a tiempo ante un especialista que dictamine la etiología del problema presentado, esto puede ser un factor que determine el progreso de dicho problema y como consecuencia haga más difícil la rehabilitación, pudiendo provocar desajustes en los demás aspectos del desarrollo del infante.

Hemos observado que es de gran importancia que, nosotros los psicólogos, nos capacitemos de una manera más completa en el área de la educación especial ya que está íntimamente ligada al desarrollo de nuestra profesión. Para lograrlo, se hace indispensable la orientación académica de los compañeros - estudiantes para que tengan una panorámica más clara de la labor a desempeñar en la especialidad.

La labor a desempeñar en cualquier problema a rehabili-

tar se desarrolla más completa y eficaz si se hace en conjunto contando con la colaboración de los especialistas necesarios en cada caso. Por lo anterior, podemos concluir que el trabajo que pueda realizar un equipo multidisciplinario es de vital importancia, aunque en la actualidad observamos que son pocas las instituciones que laboran con este procedimiento.

La labor que desempeña el psicólogo es trascendental, ya que aparte de aplicar pruebas psicométricas, está capacitado para dirigir terapias que son indispensables en cualquier tipo de rehabilitación de los problemas de lenguaje.

Por medio de observaciones realizadas nos hemos dado --- cuenta que nuestra comunidad le está dando cada día más importancia a la labor del equipo multidisciplinario, lo que traerá como consecuencia que las rehabilitaciones sean de carácter permanente al atacarse todas las fuentes del problema estudiado.

Esperamos que nuestros esfuerzos para desarrollar con éx ito este trabajo se vean coronados con la utilización del mis mo por nuestros compañeros y así sabremos que aunque sea en una mínima parte estamos colaborando en su preparación, lo - que nos traerá una gran satisfacción y a la vez el sentimiento de haber cumplido.

BIBLIOGRAFIA

Ajuriaguerra J. de
Manual de Psiquiatría Infantil
Editorial Toray-Masson
España, 1980.

Aucouturier Bernard/Lapierre André
La Educación Psicomotriz como Terapia
Editorial Médica y Técnica S. A.
España, 1978.

Azcoaga Juan Enrique
Aprendizaje Fisiológico y Aprendizaje Pedagógico
Editorial Biblioteca
Argentina, 1974.

Azcoaga Juan Enrique y Otros
Los Retardos del Lenguaje en el Niño
Editorial Paidós
Argentina, 1979.

Balken E. R. y Otros
Psicología Semántica y Patología del Lenguaje
Editorial Paidós
Argentina, 1966.

Beard Ruth M.
Psicología Evolutiva de Piaget
Editorial Kapelusz
Argentina, 1980.

Bouton Charles P.
El Desarrollo del Lenguaje
Editorial Huemul
Argentina, 1976.

Collin G.
Compendio de Psicología Infantil
Editorial Kapelusz
Argentina, 1976.

Corredera Sánchez Tobías
Defectos en la Dicción Infantil
Editorial Kapelusz
Argentina, 1980.

Fingermann Gregorio

Lecciones de Psicología Pedagógica e Infantil

Editorial El Ateneo

Argentina, 1969.

Gesell Arnold

El Niño de Uno a Cinco Años

Editorial Paidós

Argentina, 1980.

Gili Gaya Samuel

Estudios del Lenguaje Infantil

Editorial Bibliograf

España, 1974.

Giordano Luis Héctor

Fundamentos de la Dislexia Escolar

Editorial Progreso

México, 1974.

Johnson Wendell

Problemas del Habla Infantil

Editorial Kapelusz

Argentina, 1979.

Launay Clément/Maisonny Borel .

Trastornos del Lenguaje, la Palabra y la Voz en el Niño

Editorial Toray/Masson, S. A.

España, 1975.

Lézine Irene

El Desarrollo Psicomotor del Niño

Editorial Grijalbo

México, 1971.

Lipsitt Lewis P., Reese Hayne W.

Desarrollo Infantil

Editorial Trillas

México, 1981.

Maier Henry

Tres Teorías sobre el Desarrollo del Niño:

Erikson, Piaget y Sears

Amorrortu Editores

Argentina, 1979.

Martinet André y Otros

Tratado del Lenguaje

Editorial Nueva Visión

Argentina, 1976.

Mussen, Conger, Kagan
Desarrollo de la Personalidad en el Niño
Editorial Trillas
México, 1974.

Nieto Herrera Margarita E.
Anomalías del Lenguaje y su Corrección
Editorial Francisco Méndez Oteo
México, 1980.

Pascual García Pilar
La Dislalia
Editorial Gráfica " Elica "
España, 1978.

Perelló Jorge y Otros
Perturbaciones del Lenguaje
Editorial Científico/Médica
España, 1971.

Perelló Jorge y Otros
Trastornos del Habla
Editorial Científico/Médica
España, 1973.

Pérez H. Ramón Carlos

Psicomotricidad

Servicios Educativos y Administrativos

México, 1977.

Piaget Jean y Otros

El Lenguaje y el Pensamiento del Niño Pequeño

Editorial Paidós

Argentina, 1979.

Piaget Jean y B. Inhelder

Psicología del Niño

Ediciones Morata

España, 1980.

Richelle Marc

La Adquisición del Lenguaje

Editorial Herder

España, 1978.

Richmont P. G.

Introducción a Piaget

Editorial Fundamentos

España, 1981.

Sáenz Antonia

Las Artes del Lenguaje en la Escuela Elemental

Editorial Kapelusz

Argentina, 1972.

Sánchez Benjamín

Lenguaje Oral

Editorial Kapelusz

Argentina, 1971.

Schmid Giovannini Susana

Habla Conmigo

Editorial Kapelusz

Argentina, 1980.

Slobin Dan I.

Introducción a la Psicolingüística

Editorial Paidós

Argentina, 1974.

Stengel Ingeburg

Los Problemas del Lenguaje en el Niño

Editorial Fontanella

España, 1978.

Wallin J. E. W. y Otros

El Niño Deficiente Físico, Mental y Emocional

Editorial Paidós

Argentina, 1974.

Watson Robert

Psicología Infantil

Editorial Aguilar

España, 1974.

II Congreso Latinoamericano de Neuropediatría

Impreso por Cortesía de Sandoz

México, 1973.

Enciclopedia Autodidáctica Quillet Tomo I

Editorial Cumbre

México, 1979.

