

Universidad de Ciencias Pedagógicas
"José de la Luz y Caballero"

Facultad de Educación Infantil

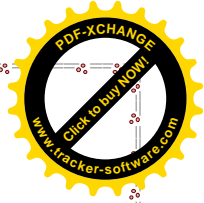
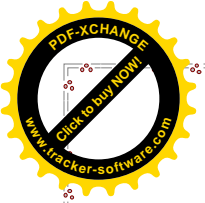
Departamento de Educación Especial

La estimulación temprana del lenguaje oral
en niños con parálisis cerebral.

Trabajo de Diploma en opción al título de Licenciada en Educación
Especial

Autora: Johanna Paola Hidalgo Arias

Holguín, 2013



Universidad de Ciencias Pedagógicas
"José de la Luz y Caballero"

Facultad de Educación Infantil

Departamento de Educación Especial

La estimulación temprana del lenguaje oral
en niños con parálisis cerebral

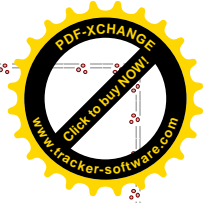
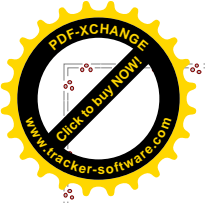
Trabajo de Diploma en opción al título de Licenciada en Educación
Especial

Autora: Johanna Paola Hidalgo Arias

Tutora: Dra. C. Liubov Nikolaevna Chernousova

Lic. Delio Ramón Aguilar Romero

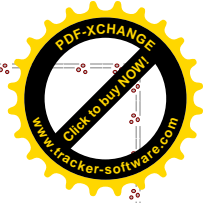
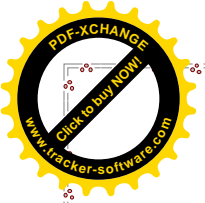
Holguín, 2013



Dedicatoria

A cada niño que requiere y necesita una atención diferenciada, sea por la presencia o no de alguna discapacidad. Dios es el único que puede sembrar amor en una persona para trabajar con este tipo de niños y estoy segura que él ha puesto en mí el querer como el hacer para ayudar, atender y amar a cada uno de ellos.

A mis padres, que su apoyo y amor ha trascendido fronteras, sin sus orientaciones y sabios consejos no fuera la persona que soy.



Agradecimientos

Hay mucha gente a la cual me gustaría agradecer pero hay una en especial que se lleva todo el crédito, DIOS, es él quien me ha sustentado, animado, y sobre todas las cosas amado tanto en todos estos años, que sin él mi vida fuera vacía y sin sentido. He encomendado mi camino, confiado en él y él ha hecho el resto por mí. Él me ha permitido conocer a muchas personas que han aportado mucho a mi vida profesional, las cuales les doy infinitas gracias,

A mis padres y familia, por demostrarme a pesar de la distancia y el tiempo, su amor y apoyo incondicional en todo lo que he emprendido. Los amo con mi vida.

A mi tutor Lic. Delio, por su tiempo, dedicación y entrega en estos últimos meses de trabajo, sé que Dios premiará todo lo que usted ha hecho por mí.

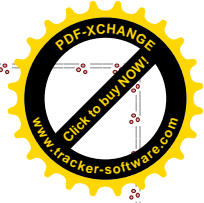
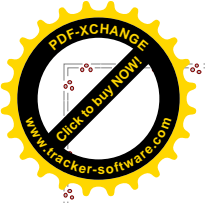
A mi tutora Dra. C. Liubov, por su tiempo y orientaciones en la confección y organización de mi trabajo, mi inclinación por la logopedia se la debo a usted, es mi modelo de profesional.

A todos los profesores del departamento de Educación Especial de la Universidad, por contribuir con mi preparación profesional.

A mis amigas y compañeras Denys, Paola, Verónica, Liliana, Brichette y Daysi, por todos los momentos y experiencias que compartimos juntas, sin duda alguna se quedarán en mi corazón.

A mis amigos de las naciones, en especial a Diana, Joel y Julio, Dios guarde sus pasos y haga de ustedes siervos útiles en su obra. Sus consejos quedarán para siempre.

A todos mis amigos de la Iglesia Bautista Maranatha de Holguín, por su apoyo incondicional en todos estos 5 años, su amistad me ha enseñado a ver lo más simple y grandioso de la vida, el amor de Dios.

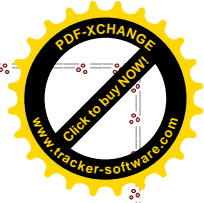
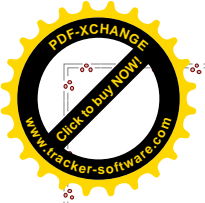


Síntesis

La presente investigación sistematiza los principales fundamentos teórico-metodológicos acerca de la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral; aborda la vía para su atención y a través de las actividades docentes y de familia constata la necesidad de potenciar el lenguaje oral. Partiendo de este requerimiento, se ofrece un sistema de actividades que además de estimular la aparición y corrección del lenguaje oral, potencia otras áreas del desarrollo del niño. El sistema de actividades propone el inicio del tratamiento desde la educación de la deglución y respiración hasta el habla espontánea, según la necesidad de cada niño. Su aplicación se orienta a partir de las edades mentales por medio de una rutina diaria que favorezca al niño a la comprensión de la actividad que le corresponde en cada caso.

El sistema de actividades está contenido dentro de un manual el cual permite conocer aspectos generales sobre el desarrollo del lenguaje y psicomotor, así como información básica sobre la parálisis cerebral y la evaluación de forma sistemática sobre los logros del niño.

Los métodos de investigación, como el estudio de caso y el criterio de especialistas, permitieron comprobar la pertinencia de la propuesta para dar respuesta al problema científico planteado, además permitió determinar que este sistema de actividades puede ser empleado en niños con otras necesidades educativas especiales (NEE) con mayor afectación en el lenguaje y también en el programa Educa a tu Hijo para niños con NEE en la comunicación, causados o no por una parálisis cerebral.



Índice

Introducción	1
Capítulo 1: Fundamentos teórico-metodológicos sobre el proceso de estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.....	7
1.1 Características generales de los niños de cero a seis años de vida	7
1.2 Consideraciones generales sobre los niños con parálisis cerebral.....	11
1.3 El lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.....	15
1.4 La estimulación temprana	19
1.5 Caracterización actual del proceso de estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.....	23
Capítulo 2: Fundamentos teórico-metodológicos que sustentan el sistema de actividades para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral	26
2.1 Orientaciones metodológicas para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.....	28
2.2. Actividades para los primeros años de vida.....	30
¿Qué actividades puedo aplicar a mi niño para el logro de las habilidades de uno a dos años?	30
¿Qué actividades puedo aplicar a mi niño para el logro de las habilidades de dos a tres años?	35
¿Qué actividades puedo aplicar a mi niño para el logro de las habilidades de tres a cuatro años?.....	40
2.3. Criterio de selección de especialistas sobre la pertinencia del sistema de actividades para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.....	45
2.4. Estudio de caso	47
<i>Caso uno</i>	47
<i>Caso dos</i>	50
2.5. Regularidades del estudio transversal de los casos, después de la aplicación de las actividades ...	52
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	56
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	



Introducción

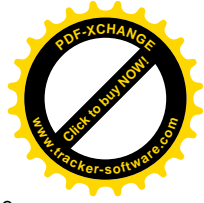
El lenguaje oral cumple con una función fundamental que es la de comunicar, así lo manifiesta Chacón, A. (2010), y se convierte en una herramienta primordial para acceder a las exigencias del medio social. Entre ellas destaca el poder satisfacer necesidades tanto espirituales como materiales, establecer relaciones con las personas; expresar sentimientos, crear, preguntar, etc.

Uno de los aspectos fundamentales a tener en cuenta en el proceso de atención es la relación entre el pensamiento y el lenguaje, por la importancia de esta interacción en el desarrollo integral del niño. Figueredo, E. (2000) declara que el lenguaje oral es la actividad mediadora entre el pensamiento y la formación de los conceptos, es por eso que se dice que uno habla como piensa y uno escribe como piensa. Incluso el famoso filósofo René Descartes manifestó la frase: "primero pienso, luego existo", poniendo en evidencia la importancia del correcto desarrollo integral del ser humano. Cuando el desarrollo, por alguna razón de una área, sea físico o intelectual, se ve afectada, habrá repercusiones en otras; así por ejemplo si hay un retraso en el desarrollo del lenguaje, esto tendrá un impacto en el área social, cognitiva y emocional de la persona.

Resulta importante ofrecer una atención adecuada al lenguaje de cada persona, más aun si presenta alguna NEE. En las edades más tempranas es donde se debe prestar mayor atención a su desarrollo, ya que como plantea Vigotsky, L. S. (1896-1934) el período de mayor plasticidad del sistema nervioso y más sensitivo para el desarrollo del lenguaje y general del niño, es el comprendido entre cero y cinco años¹. Por lo que el trabajo de estimulación temprana que se realice, debe ir dirigido a evitar que surjan y se desarrollen conductas secundarias que puedan aparecer si no se propicia un ambiente estimulador y potenciador del desarrollo. Por tanto, apuntó Vigotsky, que el hombre al nacer hereda toda la evolución filogénica, pero el resultado final de su desarrollo estará en completa correspondencia con las características del medio social en el que viva y se desarrolle, así como también de las condiciones de la educación que reciba.

Las personas con limitaciones físicas y/o discapacidades motrices como la parálisis cerebral, necesitan del apoyo incondicional de un conjunto de especialistas que propicien un ambiente desarrollador para formar en el niño hábitos y habilidades que le ayuden a una mejor convivencia con la sociedad a pesar de sus limitaciones.

¹ Colectivo de autores. (2007) Maestría en Ciencias de la Educación. Mención en Educación Especial. Módulo III, cuarta parte. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba. Pág. 35



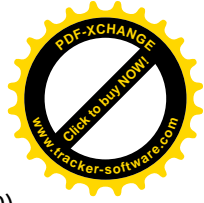
Sigmund, F. (1897) publicó un texto en el que se agrupan todos los niños con trastornos motrices de origen central en el cual hizo referencia a las características de los niños con parálisis cerebral. Desde entonces distintos autores han ido dando varias interpretaciones respecto a la terminología y concepto de parálisis cerebral. Bax (1964) la define como un trastorno del movimiento y la postura del carácter permanentemente pero no invariable debido a una lesión no progresiva del cerebro inmaduro. Castro, P. (2006) considera que la parálisis cerebral es un desorden de la postura y del movimiento debido a disfunciones del cerebro antes de completarse su crecimiento y desarrollo. La lesión primaria está dada en el sistema nervioso central, mientras que las limitaciones en la marcha, en el autocuidado y en diversas actividades de la vida diaria se interpretan como defectos secundarios. Según el análisis de la autora, los aspectos secundarios que se deriven de la alteración primaria también deben ser tratados y estimulados, garantizando condiciones apropiadas para el desarrollo del niño; sin olvidar que el lenguaje oral tiene gran importancia a la hora de comunicar sus propias necesidades e intereses.

Los antecedentes de la estimulación temprana guardan estrecha relación con la prevención de las NEE que se remontan al siglo XVIII, período en que comienzan los primeros intentos por ayudar a las personas con algún tipo de parálisis cerebral; sin embargo, tales intentos se oficializan en el siglo XIX gracias a Johan Baptist en Francia, Froebel en Turquía, y Pestalozzi en Suiza. No es hasta el siglo XX que comienza a practicarse de forma masiva la estimulación temprana a niños/as en una serie de países como Alemania, Inglaterra, Suecia y otros en Europa.

En la Cumbre Iberoamericana de Atención a personas con alguna discapacidad, celebrada en Madrid-España (2000), se hizo particular énfasis en la búsqueda de soluciones prácticas para enseñar y educar, usando métodos especiales para el logro de hábitos y habilidades que proporcionen su incorporación a la vida social activa, en especial a los niños con limitaciones físico-motoras.

En el ámbito internacional son varios los autores que realizaron las investigaciones sobre los niños con parálisis cerebral, como: Cabrera, J. (2000); Ruíz, A. y Arteaga, R. (2002) y Rodríguez, O. (2007) quienes aportaron definiciones, características y actividades orientadoras para la familia como ente estimulador en diferentes áreas del desarrollo. Shafer, S. y Moss, K. (2004); Moreno, J.; Montero, P. y García, M. (2004) realizaron aportes particularmente relacionados con el desarrollo del lenguaje oral de estos niños, asociados o no a déficits visuales y auditivos.

Los autores nacionales cubanos como Rodríguez, R., Reguera, I., Baguer, E. (2003); Puentes de Armas, T. (2005); Castro, P. (2006) y Navarro, S. (2007), proponen estrategias de intervención con un enfoque integral haciendo énfasis en la influencia familiar de los niños con parálisis cerebral.



En el territorio holguinero Carballo, N. (2009); Guerrero. M. (2009); Suarez, S. (2010); Pérez, D. (2010) y Vargas, X. (2012) proponen sistemas de actividades orientadas a la familia para estimular fundamentalmente la psicomotricidad de los niños de edad temprana con parálisis cerebral. Marrero, G. (2011) dirige su investigación a la estimulación temprana del lenguaje oral de estos niños.

La bibliografía consultada por la autora de la presente investigación permite afirmar que la mayoría de los trabajos están dirigidos fundamentalmente al desarrollo de la psicomotricidad y la preparación de la familia. Las investigaciones relacionadas con la estimulación del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral continúan siendo insuficientes y ésta conclusión deriva una serie de problemáticas e insuficiencias donde se evidencia la necesidad de profundizar en la misma, como:

- Insuficiente estimulación temprana del lenguaje oral de los niños con parálisis cerebral.
- Insuficiente bibliografía sobre la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.
- Escasa divulgación y generalización a nivel de la enseñanza especial de los resultados alcanzados por los investigadores citados anteriormente.
- Diagnóstico logopédico en ocasiones es tardío impidiendo hacer una caracterización oportuna, que permita desarrollar acciones para la estimulación temprana del lenguaje oral.
- Insuficiente preparación de los agentes educativos para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.
- Uso insuficiente de materiales y medios novedosos, durante la realización de las actividades para favorecer la estimulación temprana del lenguaje oral.
- Despreocupación y falta de atención familiar para el desarrollo del lenguaje oral.

Por lo que se adopta el siguiente PROBLEMA CIENTÍFICO: ¿Cómo estimular tempranamente el lenguaje oral en niños con parálisis cerebral?

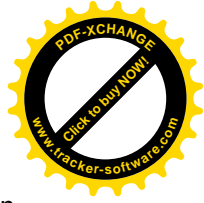
TEMA: La estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.

OBJETO: La estimulación temprana del lenguaje oral.

OBJETIVO: Diseñar un sistema de actividades para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.

PREGUNTAS CIENTÍFICAS

1. ¿Cuáles son los fundamentos teórico-metodológicos que sustentan el proceso de estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral?



2. ¿Cuáles son las particularidades del proceso de estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral?
3. ¿Qué actividades se pueden emplear para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral?
4. ¿Qué resultados se obtuvieron con la aplicación del sistema de actividades para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral?

TAREAS CIENTÍFICAS

1. Sistematizar los fundamentos teórico-metodológicos que sustentan el proceso de estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.
2. Caracterizar el proceso de estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.
3. Diseñar un sistema de actividades para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.
4. Valorar la efectividad y pertinencia del sistema de actividades para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

1. Métodos teóricos
 - Análisis-síntesis: permite recoger información para analizar y sintetizar los postulados teórico-metodológicos relacionados con el tema que se investiga, la integración y la fundamentación respectiva de lo general a lo particular y viceversa, así como en todo el proceso de investigación.
 - Deducción-Inducción: permite establecer relaciones lógicas en todo el proceso de investigación sobre la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral y sobre estas, buscar las vías de solución; establecer conclusiones sobre la aplicación de las actividades y evaluar su proceso y efectividad.
 - Histórico-Lógico: propicia el estudio del desarrollo de las diferentes concepciones teóricas y criterios de autores relacionados con el proceso de estimulación temprana y así transitar progresivamente hacia un pensamiento más profundo, completo y desarrollador a la hora de elaborar las actividades.



2. Métodos empíricos

- Observación: estará presente en todo el proceso de investigación para la caracterización del lenguaje y particularidades en general de los niños con parálisis cerebral; así como para valorar la efectividad de las actividades para su estimulación.
- Entrevista: a padres, agentes educativos y diferentes especialistas para conocer las opiniones o concepciones sobre la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral y las características generales de su desarrollo.
- Análisis de documentos: para obtener información sobre las características de los niños con parálisis cerebral. Analizar los documentos ministeriales, historias clínicas, expedientes personales para el enriquecimiento de la investigación.
- Estudio de caso: determinar la evolución del desarrollo de los niños con parálisis cerebral, características psicopedagógicas y de lenguaje en particular, así como para valorar la efectividad de la propuesta de actividades; aportando datos más específicos sobre todo el proceso investigativo.
- Criterio de especialistas: permite establecer la pertinencia del sistema de actividades para la estimulación temprana del lenguaje oral.
- Técnicas de exploración logopédica: para determinar las características del lenguaje oral.
- Técnicas psicológicas: con su aplicación se explora y caracteriza las particularidades individuales de la personalidad de los niños con parálisis cerebral (cuarto excluido).

POBLACIÓN

Los niños con parálisis cerebral del Círculo Infantil "Pelusín" y de la Escuela Especial "Masetti".

MUESTRA

Dos niños con parálisis cerebral.

APORTE PRÁCTICO

El aporte práctico de la presente investigación es la creación de un manual para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral. Contiene las particularidades del desarrollo ontogenético en los niños; así como se abordan aspectos específicos de la parálisis cerebral y sus características; concluye con la propuesta de actividades para cada etapa del desarrollo del niño, teniendo en cuenta su edad mental.



NOVEDAD CIENTÍFICA

La novedad científica de la presente investigación concierne en la forma de organización de la estimulación del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral, mediante la aplicación de una rutina diaria, en la que se aplica un sistema de actividades para el proceso de juego del niño y algunas orientaciones a tomar en cuenta para los procesos de aseo, alimentación y sueño.



Capítulo 1: Fundamentos teórico-metodológicos sobre el proceso de estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral

En el presente capítulo se sistematizan los aportes teórico-metodológicos que abordan las principales particularidades del desarrollo de los niños de cero a seis años de vida, para luego aportar aspectos fundamentales sobre la parálisis cerebral y el trastorno logopédico que caracteriza a este síndrome, manifestando la importancia del proceso de estimulación temprana para la compensación y/o corrección de las insuficiencias en el lenguaje oral de estos niños.

1.1 Características generales de los niños de cero a seis años de vida

Según Rodríguez, N. (2010) el organismo infantil, desde el nacimiento está en un constante proceso de maduración. El crecimiento y diferenciación en todos los órganos y sistemas alcanzada en las distintas edades, determinan la interacción con el medio exterior.

El cerebro, uno de los órganos más importantes del ser humano, crece más rápido durante los primeros tres años de vida, es donde se ven tantos cambios en los niños, considerando que cada uno de ellos es único, crecen en forma diferente y existen varios factores que ayudan e influyen al niño a aprender. Se considera que los niños a partir de una base biológica desarrollan sus capacidades en un entorno sociocultural determinado. Este proceso estará atravesado por las redes vinculares que los sostienen y de sus acertadas o no intervenciones, dependerá su futuro desenvolvimiento y el factor emocional puede constituirse en un factor decisivo en el desempeño integral de la persona².

Por lo cual la autora considera importante analizar las particularidades del desarrollo motor, cognitivo y socioemocional de los niños de cero a seis años de edad para determinar la presencia o no, de un posible retraso o lesión en una de las áreas del desarrollo y establecer un sistema de actividades que estimulen, compensen o corrijan las áreas afectadas.

- Desarrollo motor de los niños de cero a seis años de años de vida

De manera general la autora del presente trabajo ha sistematizado las particularidades del desarrollo motor de los niños de cero a seis años, teniendo en cuenta los criterios de Bequer, G. y Pérez, H. (2010). (Anexo externo correspondiente al manual)

Esta etapa se caracteriza por grandes cambios ya que se forman las bases para desarrollar otras habilidades que le servirán al niño en la vida escolar y como tal en la vida adulta, como lo son la motricidad fina y gruesa. Según González, C. (2010) considera que la conducta motriz del niño varía

² García, G. y Rodríguez, N. (2010) La educación de los niños entre cero y seis años: Concepciones, fundamentos y particularidades. Maestría en Ciencias de la Educación. Mención Educación preescolar. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba. pág. 36.



con la edad y es cada vez más compleja reflejando una progresión de las estructuras neuromusculares que hacen posible los movimientos del ser humano y la interacción con el medio que lo rodea, y en dependencia de cómo se dé esa socialización, será el desarrollo cognitivo de la persona.

- Desarrollo cognitivo de los niños de cero y seis años de vida

El desarrollo cognitivo mediante la interacción con el medio social hace posible una creciente facilidad al niño para manejar el lenguaje y le permite formar su propia visión del mundo. Según Rodríguez, N. (2010) los niños desarrollan su capacidad para utilizar símbolos en pensamientos y acciones, comienzan a manejar conceptos como edad, tiempo y espacio. Sin embargo, aún no logran separar completamente lo real de lo irreal, y su lenguaje es básicamente egocéntrico. Todavía les cuesta aceptar el punto de vista de otra persona. Piaget, J. (1896-1980), quien en sus estudios sobre el desarrollo cognitivo, plantea que ésta es la etapa del pensamiento pre operacional, es decir, la etapa en la cual se empiezan a utilizar los símbolos, el pensamiento se hace más flexible. La función simbólica se manifiesta a través del lenguaje, la imitación diferida y el juego simbólico. En ésta etapa, los niños comienzan a entender identidades, funciones y relaciones, pero todo se ve limitado por el egocentrismo que manifiestan en cualquier contexto social que se encuentren. La autora de la presente investigación comparte el criterio de Rodríguez, N. (2010) y sintetiza las principales características del desarrollo cognitivo de los niños de cero a seis años, de la siguiente forma:

1. Desarrollo de la función simbólica: es la capacidad para representar mentalmente imágenes visuales, auditivas o cinestésicas que tienen alguna semejanza con el objeto representativo.
2. Comprensión de identidades: identificación de ciertas cosas que siguen siendo iguales aunque cambien de forma, tamaño o apariencia. El desarrollo y convencimiento de esto no es definitivo pero si progresivo.
3. Comprensión de funciones: se establecen relaciones básicas entre dos hechos de manera general y vaga, no con absoluta precisión. Esto apunta a que su mundo ya es más predecible y ordenado, pero aún existen características que hacen que el pensamiento pre operacional esté desprovisto de lógica.

El niño puede percibir características específicas como olor, forma y tamaño, comprende el concepto general de la categorización. La capacidad verbal juega un rol muy importante ya que el niño puede calificar lo que percibe, recordar y procesar la información. En general, este autor, Rodríguez, N. (2010), menciona que la capacidad del niño de reconocimiento del mundo de los objetos es buena y su recuerdo es limitado pero ambos mejoran entre los dos y los cinco años.



La autora considera que así como el desarrollo motor influye en el desarrollo cognitivo, este último se enriquece con las experiencias del niño en el campo socioemocional, si las condiciones donde está creciendo son favorables, tendrá mejor desempeño en todas las áreas del desarrollo como tal, así lo fundamenta Vigotsky, L. S (1896-1934) en su teoría del Desarrollo Histórico-Cultural, manifestando la estrecha relación existente entre el desarrollo motor, cognitivo y socioemocional de los niños.

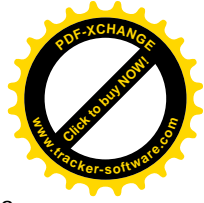
- Desarrollo socio-emocional de los niños de cero a seis años de vida

Según los criterios y estudios de García, G. y Rodríguez, N. (2010), expresan que desde el nacimiento hasta los seis años, es el período que coincide con el ingreso del niño a la escuela, generalmente se pueden observar tres momentos de profundos cambios que pudieran considerarse como períodos evolutivos de su desarrollo: desde el nacimiento hasta el primer año, periodo de lactancia; desde el primero hasta los tres años, infancia temprana o edad temprana, y desde los tres hasta los seis o siete años de edad, la etapa preescolar propiamente dicha.

El desarrollo de la personalidad del niño y la toma de conciencia de su “yo” ocurren en las relaciones que él establece con las otras personas. Para desarrollar su personalidad, el niño necesita tener independencia material y social, poseer habilidades intelectuales y estrategias de afrontamiento individual en el medio, así como lograr un equilibrio y una evolución normal de su desarrollo socio-afectivo. Por otra parte, la adquisición de la personalidad supone que el niño debe tomar conciencia de su “yo”, de su “sí mismo”, debe ser capaz de conocerse y de auto-valorarse adecuadamente.

El grupo social es indispensable para el aprendizaje del niño y para el desarrollo de su personalidad. El niño se afilia al grupo, se identifica con él, entra en su estructura, asume una posición y desempeña diferentes roles en el mismo. En el grupo, el niño se diferencia de los otros, acepta a las demás personas como las que evalúan sus éxitos y sus fracasos, muestra su autonomía y sus posibilidades personales. Durante los primeros meses de vida la relación del niño con la familia esta mediatizada por la madre. En el proceso de interacción, el niño aprende, desde los primeros meses, a reconocer algunas de las cualidades de la madre o del adulto que lo cuida. Sin embargo, tal reconocimiento tiene un carácter global, de ahí que acepte los cuidados de diferentes personas siempre que el comportamiento de los mismos se asemeje al de aquellas con las que ya ha tenido experiencia.

A finales del primer año de vida o comienzos del segundo año, la comunicación, la actividad con los objetos y las acciones conjuntas de los adultos, posibilitan que el niño forme las primeras imágenes o representaciones de la realidad, las representaciones de las personas y objetos tienen una influencia



decisiva en el desarrollo psíquico en la estructuración y organización del comportamiento y de la conciencia, así como en el desarrollo de la personalidad infantil.

Uno de los momentos más importantes en la formación de la personalidad del niño en las edades tempranas ocurre en el tercer año de vida, cuando es capaz de representarse como persona y tomar conciencia de su sí mismo, de verse como una individualidad.

Con la formación de la identidad personal, es decir, la idea de la existencia de sí mismo como persona, independientemente de los otros, el niño acrecienta su independencia, su autonomía material y la comprensión de que por el mismo puede realizar diferentes acciones sin la ayuda del adulto.

A partir de la adquisición de la conciencia personal, el niño se refiere a sí mismo en primera persona, comienza a compararse con los adultos, quiere ser como ellos y a la vez ser independiente de ellos. Después de los tres años, en las edades preescolares, el niño enriquece las representaciones que tiene acerca de las otras personas y de su propia personalidad, con características y atributos que le sirven para definirse como persona, con entidad y características propias, diferenciada de los demás.

Durante los años preescolares, las personas más importantes en la vida del niño son los padres. Así, las actitudes de los padres y sus prácticas de crianza son fundamentales para el desarrollo de la personalidad infantil en este período. Si el niño percibe que los familiares allegados lo tratan con afecto y con respeto, que se le acepta tal cual es, a él le será fácil verse como una persona de valía.³

De manera general la autora de este trabajo sintetiza las características de estos niños, compartiendo los criterios de los diversos autores citados, dando a conocer que el niño es:

1. Físicamente activo.
2. El lenguaje y la función simbólica están en desarrollo.
3. Se desarrolla la iniciativa.
4. Se aprenden los hábitos de autocuidado.
5. Se consolida el sentido de autonomía.
6. Emocionalmente lábil y ambivalente.
7. Obstinado, negativista.
8. Con temores en aumento.

Estas características permitirán un mejor desempeño del niño en el ambiente escolar, donde podrá perfeccionar y desarrollar más habilidades que le ayuden a desenvolverse con mayor independencia social.

³ Ibídem 2. Pág. 73.



1.2 Consideraciones generales sobre los niños con parálisis cerebral

En el proceso de revisión bibliográfica se ha constatado que durante el período madurativo del sistema nervioso central pueden presentarse determinadas influencias que provoquen daños en el mismo, ya sea en las etapas pre, peri y post-natal. Cuando el daño ocurre específicamente a nivel cerebral pueden aparecer trastornos motores, psíquicos, conductuales, auditivos, ópticos o del lenguaje, pudiendo originar serios problemas en el desarrollo integral de la persona. Entre las patologías que recogen estas características se encuentra la parálisis cerebral.

La parálisis cerebral es la primera causa de invalidez en la infancia⁴. El niño que padece de este síndrome, presenta afectaciones motrices que le impiden un desarrollo normal. La mayoría de los autores como Bécquer, G. (2002) manifiesta que la psicomotricidad de estos niños se encuentra afectada en gran medida, así como la relación entre razonamiento y movimiento, por ende el desarrollo de otras habilidades que se desprenden de esta relación.

En la mayoría de los casos los niños, tienen posibilidades de rehabilitación, teniendo en cuenta la magnitud del daño a nivel cerebral, la edad, el grado de retraso mental, los ataques epilépticos y otros problemas que puedan estar asociados a este síndrome, así como la atención recibida para estimular y potenciar las áreas del desarrollo conservadas⁵.

- Definición de parálisis cerebral

Estudios internacionales demuestran que la parálisis cerebral tiene una incidencia en la población infantil del 2% de cada mil nacidos vivos en los países desarrollados, y de 2,5 a 5 casos por mil nacidos vivos en los países en desarrollo, sin que se evidencie una tendencia a disminuir a través de los años.⁶

Los autores internacionales, nacionales y territoriales han dedicado sus investigaciones al estudio de la parálisis cerebral, aportando una diversidad de definiciones, entre los que se destacan: Barraquer, Ponce, Corominas y Torres (2007), Munch (2007)⁷; Puentes de Armas, T. (2005); Castro, P. (2006) y Guerrero, M (2009). Sin embargo, la autora de la presente investigación comparte el criterio de Puentes de Armas, T. (2005) el cual conceptualiza a la parálisis cerebral como, un síndrome que su principal alteración es a nivel del sistema nervioso central de causa pre, peri y post natal, que afecta

⁴ Guerrero, M. (2009). Preparación de las promotoras del Programa Educa a tu hijo para favorecer la atención de los niños con parálisis cerebral. Material docente en opción al título de Master en Ciencias de la Educación Especial. Holguín-Cuba. Pág. 16.

⁵ Suarez, S. (2010). La atención educativa a los niños de edad temprana con necesidades educativas especiales por parálisis cerebral atendidos por el programa educa a tu hijo. Tesis en opción al título de Master en Educación Preescolar. Urbano Noris-Holguín. Págs. 26 - 32

⁶ Organización Mundial de la Salud. Parálisis cerebral (2006)

⁷ Espacio logopédico. (2007). Definición de parálisis cerebral. Parálisis cerebral. www.espaciologopedico.com.



directamente a la función motora, es de carácter no progresivo en cuanto a la movilidad y la postura de la misma. A raíz de esta alteración se derivan diferentes síntomas acompañantes como son: problemas cardiacos, enfermedades gastrointestinales, insuficiencias respiratorias, problemas en los analizadores visuales y auditivos, retrasos en el desarrollo de los procesos psíquicos y serias dificultades en la comunicación.⁸

- Etiología de la parálisis cerebral

Teniendo en cuenta los criterios expuestos por Ruiz, A.; Arteaga, R (2002) y Cabrera, J. (2000)⁹ la autora ha resumido las causas de este síndrome de acuerdo a la etapa en que ha ocurrido el daño a nivel cerebral de la siguiente forma:

Tabla 1. Causas de la parálisis cerebral

<i>Causas prenatales:</i>	<i>Causas perinatales:</i>	<i>Causas post-natales:</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anoxia (circulares al cuello, patologías placentarias o del cordón). ✓ Hemorragia cerebral. ✓ Infección. (rubéola, toxoplasmosis, etc.). ✓ Incompatibilidad madre-feto. (Factor Rh) ✓ Exposición a Rayos X. ✓ Ingestión de drogas o tóxicos durante el embarazo. ✓ Desnutrición materna (anemia). ✓ Amenaza de aborto. ✓ Medicamentos contraindicados por el médico. ✓ Madre añosa o demasiado joven. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prematuridad. ✓ Bajo peso al nacer. ✓ Hipoxia. ✓ Trauma físico directo durante el parto. ✓ Mal aplicación de instrumentos (fórceps). ✓ Placenta previa o desprendimiento. ✓ Parto prolongado y/o difícil. ✓ Presentación pelviana con retención de cabeza. ✓ Asfixia por circulares al cuello (anoxia). ✓ Cianosis al nacer. ✓ Bronco aspiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Traumatismos craneales. ✓ Infecciones (meningitis, meningoencefalitis, etc.). ✓ Intoxicaciones (plomo, arsénico). ✓ Accidentes vasculares. ✓ Epilepsia. ✓ Fiebres altas con convulsiones. ✓ Accidentes por descargas eléctricas. ✓ Encefalopatía por anoxia.

Las causas son múltiples de acuerdo al análisis realizado en la sistematización de la información recogida, concluyendo que las condiciones socio-ambientales y socio-emocionales son un factor influyente en este síndrome. La bibliografía consultada permite afirmar que las causas perinatales, hasta el momento, son las que tienen mayor relevancia e incidencia ya que son las más comunes representando el 90% de los casos.¹⁰

⁸ Puentes de Armas, T, (2005) Educación de los alumnos con limitaciones físico motoras. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba. Pág. 36

⁹ Ruiz, A. y Arteaga, R. (2002). Parálisis cerebral y discapacidad intelectual. Capítulo XIV. Servicio de pediatría. Hospital Universitario Márquez de Valdecelli. Cantabria-España. Págs. 363-391.

¹⁰ Federación Española de Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral (ASPACE). (2008). Boletines informativos sobre la parálisis cerebral. Efectos de la parálisis cerebral. Madrid-España



- Clasificaciones de la parálisis cerebral

Existen diversos criterios sobre la clasificación de la parálisis cerebral como los expuestos por Ruiz, A.; Arteaga, R. (2002) que hacen un análisis sobre la clasificación clínica, topográfica y según el grado de afectación, denominándolo clasificación funcional; no siendo así Cabrera, J. (2000) que solo la clasifica atendiendo su forma clínica y topográfica, la autora del presente trabajo los sistematiza de la siguiente forma:

Clasificación clínica

- ✓ *Parálisis cerebral espástica:* se produce como consecuencia de una lesión localizada en el haz piramidal, por lo que se encuentran síntomas de piramidalismo: hipertonía, hiperflexión e hiperextensión, umbral de excitación bajo y clonus. Los movimientos son rígidos, bruscos y lentos, hay un aumento en la resistencia del músculo a la palpación o al movimiento pasivo de una extremidad.
- ✓ *Parálisis cerebral atetósica:* se produce a consecuencia de una lesión en el haz extrapiramidal. Consiste en una oscilación lenta entre actitudes extremas de hiperextensión y de flexión. Es un movimiento involuntario, incesante que se agrava con la fatiga y las emociones, se atenúa en reposo y desaparece durante el sueño.
- ✓ *Parálisis cerebral atáxica:* se produce como resultado de una lesión localizada en el cerebelo. Estos niños no consiguen medir la fuerza y la dirección de sus movimientos los cuales son torpes, lentos y se apartan de la dirección inicialmente seguida. La musculatura es flácida. Presentan ausencia de estabilidad del tronco y durante los movimientos libres de los brazos. El equilibrio está muy alterado.
- ✓ *Parálisis cerebral mixta:* se hallan combinaciones de diversos trastornos motores y extrapiramidales con distintos tipos de alteraciones del tono y combinaciones de diplejía o hemiplejías espásticas, sobre todo atetósicos.

La parálisis cerebral espástica es la más frecuente representando el 70% según investigaciones¹¹. La autora asume esta clasificación entendiendo que es importante tomar en cuenta la manifestación del tono muscular y su forma de expresión, sin descartar que estas alteraciones puedan estar combinadas con otras clasificaciones descritas, proporcionando un diagnóstico médico más específico, lo que brinda mayor información para el proceso de estimulación. La parálisis cerebral no tiene tratamiento curativo, pero sus efectos pueden reducirse mediante tratamientos tempranos y

¹¹ Castro, P. (2005). Un modelo para la atención integral del alumno con discapacidades físico-motoras. Centro de referencia latinoamericana para la educación especial. La Habana-Cuba. Págs. 7-14.



continuos. Son los niños menores de tres años los que pueden beneficiarse, en gran medida, al recibir atención temprana¹² ayudando a desarrollar destrezas motoras finas, tales como vestirse, comer, escribir, etc.

Clasificación topográfica en función de la extensión del daño cerebral

Esta clasificación hace referencia a la extremidad afectada. Se utiliza el sufijo "plejía" para significar la ausencia de movimiento, y el sufijo "paresia" cuando hay algún tipo de movilidad en la(s) extremidad (es) afectada (s), así sea poco significativa¹³, entre ellas se describen las siguientes:

- ✓ *Cuadriplejía*: están afectadas las cuatro extremidades.
- ✓ *Tetraplejía*: afectación global incluyendo tronco y las cuatro extremidades, con un predominio de afectación en miembros superiores.
- ✓ *Triplejía*: afectación de las extremidades inferiores y una superior.
- ✓ *Diplejía*: afectación de las cuatro extremidades con predominio en extremidades inferiores.
- ✓ *Hemiplejía*: está afectado un solo lado del cuerpo (hemicuerpo), y dentro de este el más afectado es el miembro superior.
- ✓ *Doble hemiplejía*: cuando existe una afectación de las cuatro extremidades, pero mucho más evidente en un hemicuerpo, comportándose funcionalmente como una hemiparesias.
- ✓ *Paraplejía*: se afectan solo los miembros inferiores, son muy poco frecuentes.
- ✓ *Monoplejía*: se afecta un solo miembro (brazo o pierna), estos casos son poco comunes.

A través de la práctica educativa de la autora se ha constatado que la clasificación de mayor prevalencia en los niños cubanos es la diplejía y la triplejía de forma leve. Esta clasificación guarda una estrecha relación con el lugar de localización de la alteración a nivel cerebral.

Clasificación según el grado de incapacidad o pérdida de la capacidad funcional de la parálisis cerebral

- ✓ *Leve*: el niño puede deambular sin aparatos, son autosuficientes, no hay problema del lenguaje y presentan una inteligencia normal.
- ✓ *Moderada*: son aquellos que necesitan ayuda para deambular y para las actividades de la vida diaria, presentan deficiencia para la comunicación y tienen un retraso mental leve.
- ✓ *Severa*: presentan imposibilidad para deambular, son incapaces de realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente, el lenguaje está seriamente comprometido y tienen un retraso mental moderado-profundo.

¹² Ibidem 5. Pág. 16

¹³ Alvero, F. (2008). Cervantes diccionario manual de la lengua española. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.



La autora llega a la conclusión que estas clasificaciones se verán evidenciadas según las características personales de cada niño, ya que cada uno es una individualidad como lo menciona González, V. y Castellanos, D. (1998).

- Características psicopedagógicas de los niños con parálisis cerebral

Según la experiencia de las investigaciones realizadas por Castro, P. (1990), Navarro (1999), Bert, J. (2000) y Zurita, C. (2002) declaran que estos niños por lo general en su área psicopedagógica se caracterizan por:

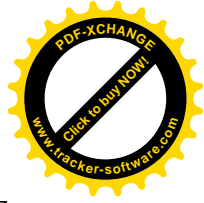
- ✓ Una expresión facial indiferente.
- ✓ Su coeficiente intelectual depende del grado de lesión que tengan.
- ✓ No son perseverantes en la realización de diferentes tareas, las cuales en ocasiones rechazan por temor al fracaso.
- ✓ Evidencian pobreza en sus intereses y motivaciones hacia las diferentes actividades.
- ✓ Manifiestan dificultades en su estabilidad emocional, se inhiben ante la presencia de las personas desconocidas.
- ✓ Son pobres las vivencias socio-ambientales.
- ✓ Trastorno del lenguaje (Disartria) pero no los inhibe a expresarse en oraciones, son poco los niños con ausencia totales del lenguaje (Anartria).¹⁴

A manera de conclusión y análisis, la autora del presente trabajo plantea y recalca que cuando se habla de parálisis cerebral no se refiere a una enfermedad sino a un síndrome, por agrupar un conjunto de expresiones patológicas específicas que ya han sido antes descritas.

1.3 El lenguaje oral en niños con parálisis cerebral

Las dificultades del lenguaje oral en los niños con parálisis cerebral están estrechamente relacionadas con la alteración neuromotriz, en este caso por la afectación de la musculatura respiratoria, fonatoria y articularia. Los déficits en la coordinación respiratoria, las malformaciones bucales, las alteraciones en la movilidad laríngea y en los músculos de los labios, lengua y mandíbula, así como la dificultad para controlar los movimientos, van a condicionar la funcionalidad del lenguaje, pudiendo dificultar su expresión hasta hacerla ininteligible o incluso inexistente, como consecuencia se dificulta la

¹⁴ Marrero, G. (2010) La estimulación del lenguaje oral en niños de tres a cinco años de edad con parálisis cerebral. Tesis en opción al título de Master. Moa-Holguín.



comprensión del receptor.¹⁵ Algunas de las principales características del habla son descritas por Ruiz, A. y Arteaga, R. (2002)¹⁶, en la siguiente tabla:

Tabla 2. Características del habla de los niños con parálisis cerebral.

HABLA	
FACTORES CONDICIONANTES	CARACTERÍSTICAS
<p><i>Respiratorios:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Alteraciones de la coordinación respiratoria. Respiración superficial e irregular. Disociación entre los movimientos torácicos, diafragmáticos y articulatorios.	<ul style="list-style-type: none">• Ausencia del ritmo, lentitud, pausas anormales y amontonamiento de frases.• Habla con voz ronca, débil e imposibilidad para mantener un sonido.• Articulación distorsionada por incorrecta realización de los fonemas, omisiones y sustituciones. Voz nasalizada.• Exceso de mímica al hablar, pudiendo llegar a hacer imposible la cadena articulatoria.
<p><i>Fonatorios:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Alteraciones en la movilidad laríngea, disociación entre los movimientos laríngeos y diafragmáticos.	
<p><i>Articulatorios:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Alteraciones de la movilidad de la musculatura de la mandíbula, labios, lengua.	
<p><i>Gestuales:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Alteraciones en la ejecución coordinada de los diferentes movimientos articulatorios. Alteraciones en la disociación de movimientos de diferentes grupos musculares.	

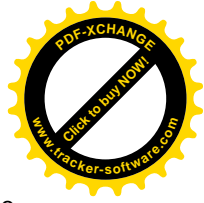
La autora comparte el criterio de Guerrero. M. (2009) la cual afirma que la función comunicativa de estos niños puede estar limitada y en otros casos puede estar gravemente alterada, por la afectación de los aspectos fonatorio, articulatorio y respiratorio para el proceso del habla. Como consecuencia de todo ello se retrasa la aparición de lenguaje expresivo, se producen estancamientos en los primeros estadios del desarrollo sintáctico, se reduce la estructura de las frases y se produce una baja estructuración en la organización semántica que tienden a ser en ocasiones concreta y pobre.¹⁷

El desarrollo del lenguaje oral de estos niños se aleja considerablemente de su edad cronológica. El estancamiento en este sentido, evidencia en ellos un retraso importante en la adquisición del lenguaje.

¹⁵ Navarro, A. y Restrepo, A. (2005). Consecuencias neuropsicológicas de la parálisis cerebral. Estudio de caso. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá-Colombia.

¹⁶ *Ibidem* 10. Págs. 363 – 391.

¹⁷ *Ibidem* 5. Pág. 15.



Muestran dificultades para captar, interpretar e integrar las impresiones sensoriales tanto del mundo exterior como de su propio cuerpo, así lo declara Marrero, G. (2010).

- Definición de disartria

Son varios los autores que consideran como principal trastorno oral característico de la parálisis cerebral a la disartria, aportando a la vez con un sin número de definiciones como: Gutzman, H. (1885)¹⁸; Martín, M.; Prado, R.; Méndez, I. (1980); Pellorón, J. y Ponces (1990); Navarro, S. (2002)¹⁹; Pérez, E. y Chernousova, L. (2003)²⁰; Huepp, F. (2003); Después de analizar cada una de ellas, la autora asume la concepción de que, la disartria es un trastorno orgánico de carácter neurológico por lesiones en las regiones centrales y en las vías conductoras del analizador motor-verbal, caracterizado por alteraciones en la pronunciación, respiración, voz, ritmo y fluidez del lenguaje, afectando también el componente léxico-gramatical.²¹

Etiología de la disartria

La disartria surge como un síntoma de las parálisis cerebrales, que se encuentra con mayor frecuencia en la edad temprana (antes de los tres años).²² Está motivada por enfermedades de la madre durante el embarazo, traumatismos durante el parto, enfermedades infecciosas, etc., que provocan una lesión o un insuficiente desarrollo de los sistemas cerebrales. Siempre la causa va a ser orgánica a nivel central, localizada en estructuras subcorticales, vías piramidales, núcleos de los nervios craneales bulbares, en el cerebelo o vías cerebelares, al lesionarse cualquiera de estas zonas aparecen en el individuo trastornos de aferentación, hay dificultades en la inervación de los órganos que participan a nivel periférico en la producción del lenguaje. Es decir, los niños con disartria comprenden y programan adecuadamente el lenguaje, lo que se les dificulta es la ejecución del mismo por las alteraciones que aparecen en su motricidad, afectándose la coordinación del proceso verbal y a su vez el componente sonoro (voz, pronunciación, respiración).

¹⁸ Figueredo, E. et al. (1984). *Logopedia. Tomo I*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba. Pág. 138.

¹⁹ Navarro, S. (2002) La prevención e intervención integral en los niños con limitaciones físico-motoras. Alto reto de la pedagogía de avanzada. La Habana-Cuba. Soporte digital. Pág. 7.

²⁰ Pérez, E. y Chernousova, L. (2003). *Logopedia para la educación a distancia*. Holguín-Cuba. Soporte digital. Pág. 215.

²¹ *Ibidem* 19.

²² *Ibidem* 19. Pág. 139.



- Clasificación de las disartrias según la ubicación de la lesión

Según el estudio histórico, Margullis, M. (1926)²³ fue quien describió los primeros tipos de disartrias en su artículo titulado "Sobre la diferenciación de la disartria". Pérez, E. y Chernousova, L. (2003) proponen la siguiente clasificación que se derivan en cinco formas que son: (Anexo 1)

- Disartria Bulbar.
- Disartria Pseudobulbar.
- Disartria Cerebelosa.
- Disartria Subcortical.
- Disartria Cortical.

Las investigaciones realizadas consideran que la disartria pseudobulbar discreta es la más frecuente en cuanto al diagnóstico de los niños con parálisis cerebral, así lo menciona Pérez, E. y Chernousova, L. (2003).

- Características psicopedagógicas de los niños con disartria

Estos niños se agotan muy rápidamente y se convierten en niños tímidos, indiferentes y apáticos ante las actividades, sean docentes y extra docentes.²⁴

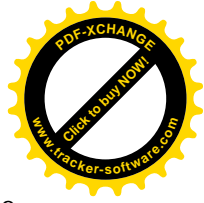
La memoria a veces es buena, reproducen cuentos y relatos. Su concentración y atención se limita a pocos minutos de duración. Frecuentemente no se orientan en el espacio; les cuesta trabajo asimilar los conceptos: arriba, abajo, derecha, izquierda, delante, atrás; así como al hacer generalizaciones y abstracciones. La psicomotricidad es deficiente manifestándose a la hora de dibujar, modelar en plastilina, etc.

Los niños con disartria presentan dificultades sensoriales: táctiles, visuales y auditivos. Les cuesta trabajo asimilar los conceptos de forma, color y tamaño. Y además, pueden presentar trastornos de oído fonemático; todo esto repercute en su rendimiento escolar. Se puede encontrar en ellos dislexias y todo tipo de disgrafías. Se afecta fundamentalmente el componente fónico y puede alterarse el componente léxico y gramatical. En la mayoría de los casos los niños son conscientes de su defecto, por lo cual se hace difícil establecer relaciones emocionales con ellos, ya que se cohiben al hablar.

En el ámbito de la comunicación lo más relevante en los niños con parálisis cerebral, es la descompensación entre la capacidad comprensiva y las posibilidades expresivas, según Marrero, G. (2010) limitándose y condicionándose la adquisición de aprendizajes. Por lo que Ruiz, A. y Arteaga, R. (2002) exponen la necesidad de intervenciones específicas de estimulación, rehabilitación y corrección

²³ Ibidem 19. Pág. 138.

²⁴ Ibidem 5. Pág. 26.



del lenguaje y su función comunicativa; en este ámbito se precisa la utilización de ayudas técnicas como son los sistemas alternativos y/o aumentativos para la comunicación.²⁵ Los sistemas alternativos y aumentativos para la comunicación son instrumentos que no interfieren en el desarrollo de la comunicación oral de las personas con trastornos del lenguaje, por el contrario, pueden favorecer y aumentar las vocalizaciones en algunas personas. Estos sistemas de comunicación amplían el gran conjunto de métodos, técnicas, procedimientos y medios tradicionales con que cuenta el maestro, por lo que constituye una novedosa e importante herramienta para su trabajo.²⁶

1.4 La estimulación temprana

En el presente trabajo se valora la importancia que tiene la estimulación temprana del lenguaje oral, donde la autora concuerda con las tendencias más actuales respecto a que, mientras más temprano se comience la estimulación del niño, se alcanzaran mayores logros en el proceso de la corrección y/o compensación, a la vez que se evita el surgimiento de las alteraciones secundarias.

El término de estimulación temprana aparece reflejado en el documento de la Declaración de los derechos del niño (1959), que se enfocó como una forma especializada de atención a los niños que nacen en condiciones de alto riesgo biológico y social, dando prioridad a aquellos que provienen de familias marginales o necesitadas por cualquier razón, sea social como anatomofisiológicas.

Zuleta, M. menciona que la estimulación temprana es divertirse con el niño, seguir los ritmos propios del niño, animarle y tener confianza en sus posibilidades, ser creativos e imaginativos, inventar cosas nuevas y llevarlas a la práctica, observando sus resultados. Es enseñarle al niño a mostrar una actitud ante los juguetes y ante las personas, fijar su atención y despertar su interés ante los acontecimientos de la vida.²⁷

- Definición de estimulación temprana

Existen varias concepciones sobre el término de estimulación temprana que han ido cambiando según la evolución histórica, las cuales se despliegan a continuación:

Montenegro, H. (1979) define la Estimulación temprana como “el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño experiencias que necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico a través de la presencia de personas y objetos, en cantidades y oportunidades adecuadas en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generen en el niño cierto grado

²⁵ Ibidem 10. Pág. 390.

²⁶ Fernández, I. y Cruz, M. (2003) Sistemas alternativos y aumentativos para la comunicación: Material de apoyo a la docencia. Habana-Cuba. Pág. 2.

²⁷ Zuleta, M. (1991) Centro de Terapia Infantil. Madrid-España.



de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo”.

Simeonson, (1982) manifiesta que “es un período de intervención sistemática llevado a cabo en lactantes o infancia temprana. Típicamente envuelve terapias tradicionales como la física, ocupacional, de lenguaje y amplia combinación psico-social”.

Villa, I. (1984) hace referencia a la Estimulación Temprana como “estimulación precoz que no es más que el tratamiento con bases científicas durante los primeros años de la vida, encaminado a potenciar al máximo las posibilidades físicas e intelectuales del niño”.

Candel, I. (1987) la define como un “tratamiento educativo iniciado en los primeros meses o días de vida, con el que se mejoran o previenen los posibles déficits en el desarrollo psicomotor de los niños con riesgo de padecerlos, tanto por causas orgánicas, como biológicas o ambientales”.

Digistani, E. y Marey, I. (1988) consideran que “es ofrecerle al niño desde el momento de su nacimiento, incentivos que lo induzcan a organizar sus conductas para lograr habilidades y con ellas expresar la capacidad de aprender mediante respuestas acordes con sus necesidades y posibilidades, dentro de un marco de afectividad para facilitarle la vivencia de experiencias nutritivas”.

Zulueta, M. (1991) a la estimulación temprana la entiende como “estimulación precoz la cual es una acción global que se aplica a niños desde el nacimiento hasta los seis años, afectados por un retraso en su maduración o en riesgo de tenerlo por alguna circunstancia psico-socio-ambiental”.

Martínez, F. (1998) precisa que la estimulación temprana “es el sistema de influencias educativas para los niños desde el nacimiento e implica no sólo la estimulación sensorial, afectiva y motriz, sino todos los demás aspectos que están involucrados en el desarrollo multilateral y armónico de los niños.”²⁸

Calzadilla, (2004) define la estimulación temprana como el sistema de acciones que se realizan de manera sistemática dirigidas a estimular adecuadamente las capacidades potenciales del niño con la participación activa de la familia y otros agentes educativos bajo la orientación del educador.²⁹

El modelo cubano actuante para la atención de niños de edad temprana y preescolar con NEE, por alteraciones preestablecidas del neuro-desarrollo, con deficiencia, tiene en cuenta el modelo educativo de la educación temprana y preescolar que dirige la Dirección Nacional de Educación Preescolar y, en particular, lo relacionado con la vía no institucionalizada bajo el Programa Nacional “Educa a tu Hijo”;

²⁸ Martínez, F. (2007) Ponencia la estimulación temprana: Enfoques, problemáticas y proyecciones. Soporte digital. Pág. 7.

²⁹ Principales tendencias históricas en el estudio del proceso estimulación temprana. Biblioteca digital de la Universidad de Ciencias Pedagógicas de Holguín. Soporte digital. Pág. 15



como un Programa Social de Atención que abarca a los niños desde antes del nacimiento hasta su ingreso a la escuela, tiene un carácter comunitario y eminentemente intersectorial y toma como núcleo básico a la familia, que orientada, es la que realiza las acciones educativas con sus hijos desde las primeras edades en el hogar.³⁰ La vía institucional es aquella donde los niños de los primeros años de vida hasta el sexto año de vida, reciben atención multidisciplinaria en los Círculos Infantiles.

La autora de la presente investigación, al analizar las definiciones de los autores citados, algunos destacan la edad, unos desde el nacimiento hasta los dos años y otros la extienden a los tres e incluso hasta los seis años de vida. También enfatizan en las acciones sobre el niño, en su carácter sistemático y progresivo para un adecuado desempeño en la sociedad.

Por lo tanto, en esta investigación se entiende por estimulación temprana al conjunto de medios, técnicas y actividades que, con base científica y de forma sistemática y progresiva, se emplean con niños desde el nacimiento para:

- ✓ Corregir los efectos del factor de riesgo biológico.
- ✓ Prevenir la aparición de dificultades en el desarrollo psicomotor.
- ✓ Evitar la aparición de trastornos secundarios o terciarios.
- ✓ Desarrollar al máximo sus capacidades.
- ✓ Orientar a los padres a desempeñarse con eficacia y autonomía en la educación de su hijo.

Froebel (1826)³¹ señala que si no se aplican todos los cuidados necesarios al desarrollo temprano del hombre se dificulta más tarde la marcha para su educación.

- Importancia de la estimulación temprana

La autora al analizar las definiciones de estimulación temprana de los diferentes autores citados, concluye que es importante establecer un sistema de acciones que sobrepase los límites estrechos de la socialización, que instrumente un proceso pedagógico desde las edades más tempranas. Se entiende a la estimulación temprana como la vía más efectiva del trabajo preventivo³². La mejor forma de prevenir es desarrollar.

El desarrollo estará dado por la movilización de los agentes más cercanos a los niños con parálisis cerebral, ya que tienen el deber de estimular las habilidades que en estos niños no están funcionando correctamente.³³ Evans, M., al referirse a los niños con parálisis cerebral, menciona que el rostro de

³⁰ Ibidem 1. Pág. 44

³¹ Figueredo, E. (2002). Fundamentos psicológicos del lenguaje. *Estimulación temprana*. Chile. Pág. 216.

³² Ibidem 31. Pág. 215.

³³ Cuenca, M. (2007) Familia y estimulación temprana del lenguaje en la edad preescolar. Habana-Cuba.



estos niños podrán ser inexpresivos y verter saliva, pero no porque sea deficiente mental, sino simplemente, porque los músculos no cumplen su función normal³⁴.

La autora resalta la importancia, que debe asumir el educador al centrar su atención en el niño y sus características y no en los síntomas, ni problemas, lo que presupone entender y trabajar en base a las potencialidades y no en sus deficiencias. Además de garantizar el éxito del trabajo correctivo-compensatorio, la estimulación temprana de estos niños permitirá alcanzar un diagnóstico más preciso, diferenciado, integral, personalizado y preventivo, como ya antes se ha mencionado; gracias a la observación sistemática y la evaluación periódica.

- Áreas que comprenden el proceso de estimulación temprana

Algunos criterios de autores, en particular los de Fernández, G. (1999) y Puentes de Armas, T. (2005), enfocan el proceso de estimulación temprana para favorecer el óptimo desarrollo del niño, en cuatro áreas que son:

Área motriz: está relacionada con la habilidad para moverse y desplazarse, permitiendo al niño tomar contacto con el mundo. También comprende la coordinación entre lo que se ve y lo que se toca; permite que el niño sea capaz de tomar los objetos con los dedos, pintar, dibujar, hacer nudos, etc. Para desarrollar esta área es necesario dejar al niño tocar, manipular e incluso dejar que se lleve a la boca lo que ve; permitir que explore pero sin dejar de establecer límites frente a posibles riesgos.

Área cognitiva: le permitirá al niño comprender, relacionar, adaptarse a nuevas situaciones, haciendo uso del pensamiento y la interacción directa con los objetos del mundo que lo rodea. Para desarrollar esta área el niño necesita de experiencias, así el niño podrá desarrollar su pensamiento, su capacidad de razonar, poner atención, seguir instrucciones y reaccionar de forma rápida ante diversas situaciones.

Área socio-emocional: esta área incluye las experiencias afectivas y la socialización del niño, que le permitirá sentirse querido y seguro, capaz de relacionarse con otros de acuerdo a normas comunes.

Área de lenguaje: está referida a las habilidades que le permitirán al niño comunicarse con su entorno y abarca tres aspectos: La capacidad comprensiva, expresiva y gestual. La capacidad comprensiva se desarrolla desde el nacimiento ya que el niño podrá entender ciertas palabras mucho antes de que puede pronunciar un vocablo con sentido; por esta razón es importante hablarle constantemente, de manera articulada relacionándolo con cada actividad que realice o para designar un objeto que manipule, de esta manera el niño reconocerá los sonidos o palabras que escuche asociándolos y dándoles un significado para luego imitarlos.

³⁴ Lami, L. (s/f) Disartría pdf. Biblioteca digital de la Universidad de Ciencias Pedagógicas de Holguín. Soporte digital.



Para el adecuado desarrollo de estas áreas según Castro, P. (2008) es primordial la participación de los padres o educadores como primeros generadores de vínculos afectivos, es importante brindarles seguridad, cuidado, atención y amor, además de servir de referencia o ejemplo pues aprenderán cómo comportarse y relacionarse con otros.

En síntesis, la autora comparte el criterio que el proceso de estimulación temprana es someter al niño a una serie de acciones que faciliten su evolución integral y evite todo aquello que entorpezca este proceso.

El estudio de la estructura del defecto y el carácter del trastorno del lenguaje referido, nos permite señalar que el objetivo central del trabajo logopédico correctivo, como lo plantean Pérez, E. y Chernousova, L. (2005) se basa en: Corregir o compensar trastornos del aspecto sonoro del lenguaje en su sentido más amplio, así como el insuficiente desarrollo general del lenguaje y los trastornos de la personalidad.

1.5 Caracterización actual del proceso de estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral

El estudio diagnóstico tiene como objetivo caracterizar el estado actual de la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral; como resultado de la práctica educativa, a partir de la socialización con maestros y especialistas del círculo infantil, se concreta en los siguientes indicadores:

1. Desarrollo y evolución del lenguaje oral.
2. Desarrollo motor, cognitivo, emocional y social.
3. La atención educativa recibida para la estimulación temprana del lenguaje oral.
4. Preparación de los agentes educativos para la estimulación temprana del lenguaje oral.

Se utilizaron los siguientes métodos de investigación: revisión de documentos del expediente psicopedagógico, clínico y hoja de la exploración logopédica (Anexo 5), entrevistas a las maestras y logopeda del círculo infantil "Pelusín" (Anexo 3), entrevista a la directora y logopeda del CDO provincial (Anexo 2), entrevista a los padres de familia (Anexo 4), observación de clases y actividades extra docentes (Anexo 6), así como también las técnicas de exploración logopédica (Anexo 7).

La muestra de la presente investigación son dos niños, en el primer caso es un niño de cuatro años con parálisis cerebral y enfermedades asociadas. Y el segundo caso es una niña de seis años con parálisis cerebral.



Después de la revisión y la aplicación de los métodos antes mencionados se constató beneficios e insuficiencias durante el proceso de estimulación temprana que evidencia el desarrollo de estos niños.

Entre las potencialidades encontradas en el proceso de investigación se detectó:

- Atención médica oportuna así como remisión al CDO y proyección de un sistema de actividades.
- Preparación a nivel provincial de los docentes en cuanto al proceso de estimulación del lenguaje oral a los niños con parálisis cerebral.
- Preocupación familiar por la estimulación del desarrollo integral del niño.
- Conceso en la práctica educativa cubana en la utilización de la clasificación médica de los trastornos del lenguaje, por parte de los logopedas de la provincia de Holguín. Todos coinciden en que el principal trastorno oral de los niños con parálisis cerebral es la disartria.

Y como limitaciones o insuficiencias se detectaron:

- Insuficiente conocimiento de los educadores sobre las características de los niños con parálisis cerebral.
- Carencia de vías novedosas para la estimulación del lenguaje oral.
- Insuficiencias en el trabajo correctivo-compensatorio para la estimulación temprana del lenguaje oral de estos niños.
- Poco aprovechamiento de los recursos educativos para desarrollar el lenguaje oral de estos niños.
- Salones compuestos por niños de diferentes diagnósticos clínicos, lo que dificulta la correcta atención a las necesidades educativas especiales de cada uno.
- La estimulación temprana del lenguaje de estos niños se ve afectada dado que el CDO no brinda un diagnóstico a tiempo, con el fin que el personal que demandan estos niños inicie la atención adecuada lo antes posible.
- Insuficiente preparación de la familia en cuanto a la estimulación del lenguaje oral de sus hijos.
- Ausencias frecuentes de los niños a las actividades docentes y extra docentes por motivos de enfermedad.
- Sobreprotección y permisividad de la familia en la educación de los niños.
- Insuficiente desarrollo de los tres componentes del lenguaje:

Fónico: en el primer caso, el niño se comunica a través de sonidos onomatopéyicos, señas, gestos y algunas palabras aisladas con omisión, distorsión de /s/ y /ch/ y cambio del sonido /rr/



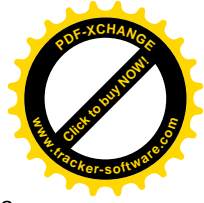
x // en la mayoría de los fonemas. Repite palabras en medio de las actividades que se realizan, obedece más de dos órdenes de forma oral. En el segundo caso, la niña posee una buena comunicación utilizando lenguaje oracional sencillo, con presencia de omisiones, cambios inconstantes /g/ x /b/, // x /d/, /s/ x /t/, /r/, /rr/ x //, /ñ/ x /n/ y distorsión de los fonemas, /r/, /rr/. En los dos casos, la voz impresiona débil y ronca. Poca movilidad en los órganos fonarticulatorios, no mantienen la pose articulatoria para la formación de los fonemas. La audición física está conservada y los procesos fonemáticos están poco desarrollados (audición y percepción fonemática).

Léxico: presentan un vocabulario por debajo de la edad cronológica, afectándose la calidad por errores en la pronunciación en más de un nivel de articulación y en diferentes posiciones. Presentan dificultad para aceptar y comprender órdenes de mediana complejidad. A su vez existen afectaciones en el lenguaje expresivo, la descripción de tarjetas y láminas; la narración de vivencias es muy simple y pobre; necesitando de un segundo nivel de ayuda. Existe dificultad en el lenguaje relacionado, puesto que no logran ordenar secuencias de láminas, demostrando poco carácter lógico.

Gramatical: en el caso uno, no tiene formado el lenguaje oracional, se expresa mediante palabras aisladas. Presenta dificultades en las estructuras de las oraciones, en el uso del singular y el plural, de sustantivos, adjetivos y en la conjugación de verbos, no emplea de forma adecuada artículos, preposiciones y concordancia entre género y número. En el caso dos, hay presencia de agramatismos y oraciones gramaticales sencillas. De forma inconstante utiliza correctamente la conjugación de verbos, omite artículos y preposiciones. En los dos casos la memoria voluntaria e involuntaria es pobre ante estímulos visuales y verbales, predominando la memoria a corto plazo. Presentan dificultades en la actividad analítico-sintética, para generalizar y determinar las características esenciales y no esenciales, al igual que en las deducciones lógicas, evaluadas por la técnica de "Cuarto excluido".

- Insuficiencias en el desarrollo de los procesos psíquicos: memoria, atención, percepción.
- Son tímidos, con serias dificultades en la función comunicativa necesitando de apoyo para la comunicación.

Estas insuficiencias evidencian la necesidad de proponer un sistema de actividades para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.



Capítulo 2: Fundamentos teórico-metodológicos que sustentan el sistema de actividades para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral

Los fundamentos teórico-metodológicos del sistema de actividades dirigido a la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral, está sustentado en la teoría de la Escuela Histórico-Cultural de Vigotsky, L. S. (1896-1934)

Se tienen presente los conceptos de la Situación Social del Desarrollo, la Zona de Desarrollo Próximo, para satisfacer las necesidades educativas especiales del niño con parálisis cerebral, optimizando sus potencialidades individuales y el avance del lenguaje oral.

La relación existente entre los factores biológicos, psicológicos y sociales, es un factor elemental en la planificación de las actividades que se proponen para el trabajo correctivo-compensatorio del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral. Concretándose, en que no solo se estimula tempranamente el lenguaje oral, sino que también, va dirigido de manera indirecta a la prevención de otras alteraciones en los procesos psíquicos, como lo manifiesta Vigotsky, L. S. (1896-1934), en la relación entre pensamiento y lenguaje, viabilizando un mejor desenvolvimiento del niño en el aspecto social y comunicativo. Existe la posibilidad que el factor biológico del niño, atente contra el desarrollo posterior de determinadas habilidades, como lo es el integrarse socialmente. Las actividades han de influir también en la esfera emotivo-volitiva, disminuyendo sentimientos de inferioridad.

La propuesta constituye un sistema por la estructura de sus componentes, su organización jerárquica y sus relaciones funcionales, lo cual está dado por:

- Un grupo de actividades que están relacionados entre sí y ordenados de forma jerárquica.
- Presencia de objetivos específicos acorde con las NEE en el lenguaje oral.
- Se pretende, con su aplicación alcanzar un nivel superior en el desarrollo del lenguaje oral.³⁵

El sistema de las actividades se dirigen al logro del objetivo general: estimular el lenguaje oral y a su vez están dirigidas al cumplimiento de objetivos específicos tales como:

- El masaje de los órganos articulatorios.
- La gimnasia pasiva con cambio paulatino a la activa.
- La eliminación de la sialorrea.
- El desarrollo del oído fonemático.
- El desarrollo de la motricidad general y articularia.

³⁵ Colectivo de autores (2007). Maestría en Ciencias de la Educación. Mención en Educación Especial. Módulo III. Tercera parte. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.



- El desarrollo de la respiración.
- El desarrollo de la voz.
- El desarrollo de la pronunciación.
- El desarrollo del vocabulario activo y pasivo.
- El desarrollo del componente gramatical.
- Desarrollo de la personalidad.

Los objetivos específicos del sistema de actividades se corresponden con el uso de diferentes medios de enseñanza relacionados con ejes temáticos, para el desarrollo del vocabulario cotidiano del niño, es decir del mundo que lo rodea, los cuales son:

- Miembros de la familia.
- Partes del cuerpo.
- Medios de transporte.
- Animales.
- Plantas.
- Colores.
- Figuras geométricas.

Los medios de enseñanza que se usen con el niño en las actividades deben ser objetos reales o cercanos a la realidad, como juguetes, láminas, etc.; hasta que el niño domine las actividades por orientación verbal y sin ayuda de alguna representación gráfica.

Las actividades propuestas permiten a los niños potenciar el uso de su lenguaje a partir de la percepción visual, olfativa, táctil, auditiva y gustativa, ejecutándose a través de la actividad lúdica. El juego es el recurso fundamental de la actividad infantil en el período preescolar y desempeña un valioso papel en el desarrollo del niño. A través del juego los niños son capaces de representar los fenómenos de la vida, es un recurso para cumplir las impresiones y representaciones sobre la realidad circundante.³⁶

Se asume la propuesta de Chernousova, L. (2008) acerca de los cinco niveles de ayuda para el proceso general de estimulación temprana del lenguaje oral, los cuales son: realizar un llamado de atención, explicación parcial de la tarea, demostración parcial de la tarea, explicación total de la tarea y demostración total de la tarea.

³⁶ Fresquet, M. y Fernández, C. (2012) Trastornos de la audición y del lenguaje. Michoacán-México. Pág. 12.



El sistema de actividades que se propone forma parte de un manual, el cual posee aspectos sobre el desarrollo ontogenético del lenguaje y psicomotriz del niño; así como, aspectos fundamentales de la parálisis cerebral. Este sistema de actividades está dividido por edades mentales por la no correspondencia entre la edad cronológica y el desarrollo del niño; se concibe su aplicación dentro de una rutina diaria, para dar cumplimiento al objetivo general. Se pretende influir en el desarrollo de los tres componentes del lenguaje de forma sistémica, durante el trabajo de la rutina diaria:

- Fónico: se desarrolla en el niño a través de un proceso de percepción e imitación de sonidos y sus combinaciones en las palabras. En este componente se perfecciona paulatinamente, la articulación y diferenciación de los sonidos del lenguaje.
- Léxico: se desarrolla en el niño a través del avance en la comprensión, el enriquecimiento del vocabulario y el uso de las palabras en dependencia de su significado.³⁷
- Gramatical: concierne en la formación de frases y oraciones, es decir, desarrollar la expresión oral y el lenguaje espontáneo del niño.

2.1 Orientaciones metodológicas para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral

La capacidad comprensiva del lenguaje debe ser atendida para un correcto desarrollo del lenguaje oral, ya que si el niño no relaciona primero el objeto con la acción y luego con la palabra de manera impresiva (interna), no podrá hacerlo de forma expresiva (externa). Por lo que se propone la implementación de una rutina diaria para estimular el lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.

La rutina permite formar hábitos³⁸ correctos en los niños, como: el proceso de aseo, de alimentación, de juegos o actividades de aprendizaje y rehabilitación según su edad mental, así como también de descanso o vigilia. Se trata de enseñarle al niño mediante la repetición oral continua cada una de las acciones a realizar estableciendo un orden simbólico, con el propósito que el niño poco a poco vaya relacionando el objeto, la acción y la palabra.

De acuerdo con el nivel de afectación provocado por la parálisis cerebral del niño, sus características individuales, y las posibilidades actuales, así como el estado del desarrollo de su lenguaje; la rutina diaria debe iniciarse desde el hogar del niño por la familia, atendiendo el proceso de aseo y desayuno. A partir de la primera actividad de juego en la mañana, hasta la actividad independiente en la tarde le corresponde a la educadora y/o maestro (los educadores) dirigirla en el círculo infantil o escuela; para

³⁷ Ibidem 19. Pág. 37-39.

³⁸ Zurita, C. (2008) Un futuro sin barreras. Folleto de orientación a la familia de los niños con limitaciones físico-motoras por malformaciones congénitas o alteraciones óseas de 0 a 6 años. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba. Pág. 19.



concluir con los procesos de aseo, comida y sueño con la familia. Se recomienda que tanto en la casa como en el círculo infantil o escuela se apliquen las mismas actividades de la rutina diaria, la cual se representa en forma gráfica, en algún lugar del hogar o salón accesible al niño, con el fin de que interactúe también con él, hasta que domine la rutina diaria por orientación verbal. La representación gráfica puede ser a través de un orden de objetos reales o secuencia de láminas.

Se necesita de la participación conjunta de la familia y los educadores, para dar cumplimiento al objetivo general. Esta rutina puede ser modificada según las actividades extras que tenga el niño como son las consultas médicas y de rehabilitación física, así como su estado de salud, ya que por lo general, estos niños se enferman con frecuencia; si fuera el caso, se tratará de no agobiarlos, pero sin dejar de estimular su lenguaje.

El sistema de actividades atiende en su conjunto todos los procesos del niño, donde se ofrece algunas orientaciones que servirán para tener una idea breve sobre qué se puede hacer en los procesos de aseo e higiene, en el proceso de alimentación, en el proceso de sueño o vigilia y como tal, las actividades que se pueden realizar para estimular de manera objetiva los procesos psíquicos del niño, especialmente el lenguaje. En las actividades de juego se recomienda no exceder más de 15 minutos en una misma actividad para evitar que el niño se aburra y se desconcentre, se deben combinar con otras actividades de la misma etapa para llamar su atención.

El sistema evaluativo de las actividades de juego incluye un grupo de indicadores reflejada en una tabla al final de cada etapa etaria por edad mental, donde los educadores o la familia pueden ir observando y valorando sistemáticamente los logros del niño. Se evalúa de "solo" cuando el niño cumpla con el objetivo de la actividad de forma independiente sin ayuda del adulto. Se evalúa "con ayuda", cuando el niño cumpla el objetivo de las actividades de forma conjunta y con niveles de ayuda de los educadores o familia, así como también, si hay evidencia de estimulación al realizarlo. Y se evalúa de "no lo logra" cuando no realiza la actividad, ni logra la habilidad u objetivo y si no hay evidencia de esfuerzo por realizarlo. Entre más objetivos cumpla con independencia, mayores posibilidades tendrá de pasar a la siguiente etapa.

A continuación se representa el modelo de la estructura de la rutina que se titulará "Mi día feliz".

Figura 1: Rutina diaria “Mi día feliz.”

ASEO	DESAYUNO	ACTIVIDADES	MERIENDA/ BAÑO	ACTIVIDADES	ALMUERZO
ASEO	SIESTA	ACTIVIDAD INDEPENDIENTE	ASEO	COMIDA	SUEÑO

Según las características de los casos de la presente investigación se proponen las siguientes actividades para la estimulación del lenguaje oral. Cabe recalcar que las demás actividades correspondientes a los primeros meses y a la última etapa etaria por edad mental (de cinco a seis años), así como los otros procesos de la rutina diaria, se encuentran en el manual que la investigadora ha elaborado. (Anexo externo correspondiente al manual)

2.2. Actividades para los primeros años de vida

¿Qué actividades puedo aplicar a mi niño para el logro de las habilidades de uno a dos años?

Actividad 1:

Título: “Dulce lengua”.

Objetivo: Estimular la movilidad lingual.

Materiales: Dulce líquido.

Metodología: El maestro untará el contorno de los labios del niño con el dulce y le pedirá que con su lengua limpie el dulce colocado, en forma circular y de un lado al otro; esto ayudará a los movimientos linguales. Se reconocerán los logros del niño con palabras de afirmación.

Actividad 2:

Título: “Llama al payaso”.

Objetivo: Ejercitar las vocalizaciones y su intensidad.

Materiales: Un juguete que represente un payaso.



Metodología: El maestro le dirá al niño: “vamos a llamar a un amigo que viene de visita el día de hoy, para eso debemos hacer el siguiente sonido (aaa...), ¿lo llamamos?”. Se pueden realizar otro tipo de vocalizaciones en la actividad. Se aprovechará la presencia del payaso para nombrar las partes del cuerpo del juguete y los colores de sus prendas de vestir.

Actividad 3:

Título: “Labios inquietos”.

Objetivo: Ejercitar la movilidad lingual y sonidos onomatopéyicos.

Metodología: El maestro colocará higiénicamente el dedo índice (teto) en los labios del niño y lo moverá de manera rápida de arriba a bajo, hasta que el niño coloque los labios en forma de tubo. Se estimulará a que el niño realice un sonido mientras se realiza la actividad, como por ejemplo, el sonido onomatopéyico de la vaca. Luego el maestro invitará al niño que simule la acción de masticar sin sonido conjuntamente con él.

Actividad 4:

Título: “La ambulancia”.

Objetivo: Ejercitar la movilidad articularia y la emisión de vocalizaciones.

Materiales: Lámina o juguete de una ambulancia.

Metodología: El maestro le mostrará la lámina o el juguete de la ambulancia al niño y le dirá: “vamos a imitar como hace la ambulancia (realiza el sonido, uuuu...)”. El maestro se apoyará en el espejo para que el niño mire la posición articularia del sonido de la sirena de la ambulancia, poniendo los labios en posición de tubo y pronunciando el fonema /u/ en forma prolongada. Se le explicará la función que cumple la ambulancia para enriquecer el vocabulario del niño.

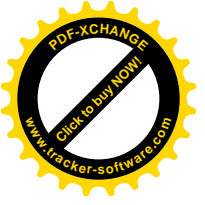
Actividad 5:

Título: “Manos y pies bailarines”.

Objetivo: Estimular la audición fonemática y la motricidad general.

Metodología: El maestro cantará y realizará la mímica que requiere la canción y lo estimulará a que el niño lo imite.

Canción: Saco una manito la hago baila,
La cierro, la abro y la vuelvo a guardar.
Saco otra manito, la hago bailar,



La cierro, la abro y la vuelvo a guardar...

La canción se repetirá utilizando los pies.

Actividad 6:

Título: "Arriba y abajo".

Objetivo: Estimular la audición fonemática y la coordinación de los movimientos.

Metodología: Todos los niños se sientan formando un círculo. El maestro les ordenará realizar determinado ejercicio, en voz normal: "manos arriba, a los lados, al frente, etc." Después, en cuchicheo, se llama al niño a que realice o imite los ejercicios. Si este no discrimina su nombre, llama a otro, y al final del juego, el maestro destaca los que estuvieron más atentos. Para motivar al niño puede cantar la siguiente canción:

Canción: arriba,
Abajo,
Adentro a fuera,
En la escuela soy feliz.

Actividad 7:

Título: "Moviendo papel".

Objetivo: Estimular la prolongación de la respiración.

Materiales: Una tirilla de papel recortada.

Metodología: El maestro tendrá preparado varias tirillas de papel las cuales las pondrán frente a él y las soplará; el niño tendrá que imitar al maestro en el soplo. Luego le pedirá que trate de moverlos de izquierda a derecha y viceversa, el maestro irá alejando poco a poco las tirillas para fortalecer la intensidad de la respiración.

Actividad 8:

Título: "Imitando el sonido".

Objetivo: Estimular la movilidad articular y la pronunciación.

Materiales: Juguetes que representen animales (pollo, perro, gato, vaca, gallina y sapo), cajas de cartón.

Metodología: Se colocarán las cajas de cartón con los animales dentro de ella frente al niño, con el propósito que al sacarlo de la caja, realice el sonido onomatopéyico que corresponda. Se darán



características de los animales como pelo, tamaño, color, etc., para enriquecer su vocabulario. Se utilizará el espejo, si fuera necesario, para que el niño observe la posición correcta de los órganos fonarticulatorios al momento de la realización del sonido.

Actividad 9:

Título: "Caminando".

Objetivo: Estimular el vocabulario y la marcha coordinada.

Materiales: Tarjetas plegables de los elementos de la naturaleza, cinta gruesa y un franelógrafo.

Metodología: El maestro trazará una línea recta con la cinta gruesa en el piso del salón, a un extremo colocará las tarjetas plegables de los elementos de la naturaleza como: árboles, flores, sol, nubes, animales, etc., y al otro extremo colocará el franelógrafo. Se le pedirá al niño que nombre la tarjeta seleccionada y la lleve por la línea al otro extremo para formar un paisaje en el franelógrafo. Si el niño no pudiera caminar sobre la línea, el maestro lo tomará de la mano para ayudarlo, así como también, si desconoce alguna de las tarjetas colocadas, se lo estimulará a que repita después del maestro. Terminado de formar el paisaje, se le pedirá al niño que describa de forma oral lo que ha ido formando en el franelógrafo.

Actividad 10:

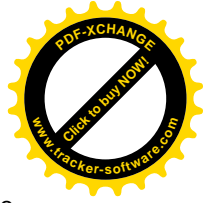
Título: "Bicicleta aérea".

Objetivo: Estimular la función comunicativa y la motricidad gruesa.

Materiales: Colchoneta y el cuento.

Metodología: El maestro acostará al niño boca arriba en la colchoneta y realizará movimientos rotativos con las piernas del niño, simulando la acción de pedalear una bicicleta en el aire, en ese momento le contará un cuento. La velocidad en el ejercicio de las piernas variará conforme al desarrollo del cuento.

Cuento: Una tarde, después de la escuela, Luis salió en su bicicleta a pasear por la ciudad. Se encontró con muchos amiguitos, pero como estaba distraído chocó con un cajón de verduras, asustado Luis, decidió coger su bicicleta e irse muy pero muy rápido para que no lo regañaran. Cuando se alejó fue más despacio, se sentía cansado. Siguió su camino y se encontró con Pedro, su vecino y le dijo que su mamá lo estaba buscando para que comiera porque ya era tarde, así que Luis nuevamente fue muy rápido en su bicicleta para su casa. Cuando se acercaba a casa fue despacio para que su mamá no lo



regañara así que dejó su bicicleta, entró con cuidado y en silencio para asustar a su mamá con un beso sorpresivo. ¡Qué travieso es Luisito!

Actividad 11:

Título: "Formas y colores".

Objetivo: Estimular la función nominativa del lenguaje y la motricidad fina.

Materiales: Figuras geométricas grandes de diferentes colores y una caja.

Metodología: El maestro pondrá una caja representando a un cofre del tesoro al frente del niño, le pedirá que saque una por una las figuras que hay dentro; el maestro le irá nombrando cada figura y el color que corresponda, con el fin que el niño repita después de él. El maestro le pedirá que las guarde en el cofre del tesoro y se aprovechará para repetirle nuevamente el nombre de las figuras. Se trabajará inicialmente con figuras de un mismo color, para más adelante introducir dos o tres hasta que sea capaz de reconocerlos, de esta manera se hace con la selección según su forma geométrica.

Actividad 12:

Título: "Sube y baja"

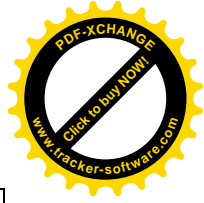
Objetivo: Estimular el desarrollo del vocabulario del eje temático "familia".

Materiales: Fotos de la familia del niño.

Metodología: El maestro previamente colocará indistintamente las fotografías de los miembros de la familia del niño en los primeros cinco escalones. El maestro le dirá al niño: "vamos a buscar a mamá, ¿tú la ves? Vamos hacia donde esta ella, ¿cómo se llama tu mamá?, ¿qué tiene puesto?" Se repetirá las consignas con el resto de la familia. Si no pudiera realizar la actividad el maestro se encargará de llevarlo hasta donde corresponda y le pedirá que pronuncie el nombre de la fotografía según su ubicación.

¿Cómo evaluar los logros de mi niño?

<i>Relación de acciones que realiza</i>	<i>Solo</i>	<i>Con ayuda</i>	<i>No lo logra</i>
Introduce y saca objetos grandes dentro de cajas.			
Camina.			
Sube y baja escalones.			
Obedece y realiza ejercicios para la movilidad lingual y labial.			
Imita sonidos de su alrededor.			



Reconoce y realiza sonidos onomatopéyicos de animales.			
Reconoce las partes de su cuerpo.			
Reconoce a su familia.			
Reconoce los colores.			
Reconoce figuras.			
Dice frases de varias palabras.			
Obedece las órdenes del maestro.			
Se socializa con sus compañeros.			

Explicación necesaria: si vence la mayoría de las actividades, debe iniciar las actividades de la siguiente etapa. Si vence de una o cinco acciones, continúe sistematizando las mismas actividades hasta que logre hacerlas por lo menos con ayuda. Puede introducir las primeras actividades de la siguiente etapa para continuar con la estimulación de otras áreas y evitar que se le olviden los logros alcanzados.

¿Qué actividades puedo aplicar a mi niño para el logro de las habilidades de dos a tres años?

Actividad 1:

Título: "La orquesta".

Objetivo: Ejercitar la prolongación de la respiración.

Materiales: Una flauta y un tambor pequeño.

Metodología: El maestro soplará la flauta y le dirá al niño: "mira, hoy vamos a soplar lo que más podamos pero lo haremos con la flauta, fíjate como lo hago, para que tú lo hagas". El maestro lo estimulará a que prolongue el sonido lo que más pueda. Mientras el niño sopla el maestro tocará el tambor para acompañar musicalmente al niño. A medida que el niño logre la actividad se podrán introducir nuevos instrumentos de viento y percusión asequibles a su edad.

Actividad 2:

Título: "Aire".

Objetivo: Ejercitar la prolongación de la respiración y activar los músculos de los labios.

Materiales: Trozos pequeños de papel o motas de algodón.

Metodología: Sobre la mesa de trabajo del niño el maestro colocará los trazos pequeños de papel o las motas de algodón a una distancia cercana al niño, con el fin que al soplar de forma prolongada los pueda mover. El maestro le dirá al niño: "vamos a ver quién gana soplando más fuerte las moticas de algodón, sopla lo más fuerte que puedas." Luego que lo logre, se le pedirá que dirija el papel o la mota de algodón con soplos pequeños hacia un lugar determinado señalado por el maestro.



Actividad 3:

Título: "Péndulo".

Objetivo: Ejercitar de la movilidad lingual.

Materiales: Un reloj antiguo de cuerda o representación en cartón.

Metodología: El maestro mostrará el reloj y pedirá a los niños que imiten los movimientos del péndulo del reloj con la lengua, es decir, de derecha a izquierda y viceversa. Se aumentará gradualmente la rapidez de los movimientos. Se debe movilizar solamente la lengua, sin tocar los labios. Si el niño no lograra hacerlo, como variante de la actividad se le puede poner un chupa-chupa en el costado derecho de los labios y lo moverá de izquierda a derecha, y viceversa, estimulando al niño que saque la lengua y la mueva.

Actividad 4:

Título: "Camina al compás"

Objetivo: Desarrollar la atención auditiva, la coordinación de los movimientos y la percepción diferencial de la intensidad.

Materiales: instrumentos musicales.

Metodología: El maestro tocará el tambor, primeramente suave y paulatinamente va aumentando la intensidad del sonido. Los niños realizarán movimientos al compás de la música: cuando el sonido es suave, van caminando despacio; en la medida que aumenta la intensidad del sonido, los niños van aumentando la velocidad. El que se equivoca debe situarse al final de la hilera, los más atentos serán los que queden delante.

Actividad 5:

Título: "Despertador".

Objetivo: Estimular la emisión de los sonidos onomatopéyicos.

Materiales: Un reloj de cu-cu, juguetes que representen un gallo y una persona.

Metodología: El maestro le dirá al niño: "el día de hoy nos visita Camila, pero ella necesita dormir, ¿le cantamos una canción para que duerma? Pero hay que hacerlo despacito, en voz baja para que se duerma (se arrulla a la muñeca). Ahora que está dormida la acostaremos en su cama... (Después de unos minutos) Camila tiene que irse a la escuela (suena el reloj y el sonido onomatopéyico del gallo). Vamos a repetir como hace el gallo (quiquiriquí...) y como hace el reloj (cu-cu). El niño tendrá que hacer

los sonidos correspondientes". Si no logra realizar los sonidos onomatopéyicos, se le estimulará a que frente al espejo imite la posición de los órganos fono-articulatorios para su emisión.

Actividad 6:

Título: "El payaso Plin-plin".

Objetivo: Estimular la expresión oral y la coordinación de movimientos.

Metodología: El maestro cantará y enseñará la canción del Payaso Plin-plin a los niños y ellos tendrán que imitar al maestro. Se repetirá la canción tantas veces el niño quiera.

Canción: El payaso Plin-plin,
(Se ponen las manos en la cintura y se mueve de un lado al otro)
Se pinchó la nariz,
(Se toca la nariz con el dedo índice)
Con un fuerte estornudo,
(Se realiza la seña de fuerza)
Hizo pronto "atchís".
(La cabeza de inclina hacia abajo, imitando la acción de estornudar)



Actividad 7:

Título: "Alcanzando el cielo".

Objetivo: Estimular la función nominativa del lenguaje y la motricidad general.

Materiales: Dos barras en forma paralela unidas con una vertical en el extremo superior y juguetes colgantes (nubes, sol, luna, estrellas, aviones, pájaros, etc.).

Metodología: Se colocarán las barras a una altura moderada como para que el niño pueda saltar con los dos pies juntos y tocar con sus manos los juguetes que cuelgan de la barra vertical, con el fin que el niño pronuncie el nombre que le corresponda al juguete. Si el niño no logra hacerlo, el maestro lo ayudará a que salte y diga el nombre del juguete que corresponda. De estar acostado o postrado las barras se adaptarán a tales condiciones.

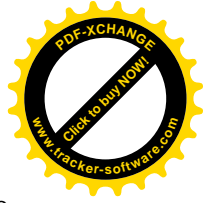
Actividad 8:

Título: "Construyendo el edificio".

Objetivo: Estimular la función nominativa, orientación espacial, percepción, colores y motricidad fina.

Materiales: Cajas de diferentes colores (amarillo, azul y rojo).





Metodología: El maestro le dirá al niño: “en el día de hoy vamos a construir un edificio con estas cajas, mira como lo hago yo para que tú también lo hagas después, fíjate en los colores que estoy usando (el azul).” Cuando el niño construya su torre le preguntará que color uso, luego el maestro incorporará otros colores para que el niño los reconozca y se trabaje la orientación espacial. El maestro le dirá al niño: “¿en qué lugar está la caja roja? Está en medio de la azul y la amarilla, etc.” Se construirá una torre de hasta cuatro cajas, primero de un solo color y luego indistintamente.

Actividad 9:

Título: “Garabateando”.

Objetivo: Estimular la expresión oral y la motricidad fina.

Materiales: Crayolas o lápices de colores y hojas.

Metodología: El maestro orientará la posición corporal correcta de sentarse en la mesa y se le dará una hoja donde tendrá que realizar garabatos libres con diferentes colores. El maestro le preguntará al niño: “¿Qué estas dibujando? ¿Qué color estas usando?”. De ésta forma se estimula al reconocimiento de los colores así como de su nominación oral y su creatividad, motricidad gruesa y la autonomía del niño.

Actividad 10:

Título: “Mi cuerpo”.

Objetivo: Estimular el vocabulario.

Materiales: Muñeco con todas las partes del cuerpo humano.

Metodología: El maestro presentará a los niños el muñeco humano llamado “Tim”; el cual servirá para que el niño reconozca de forma oral o no, las partes del cuerpo como: cabeza, brazos, piernas y tronco; diferenciando el género según las características del muñeco. Luego el niño tendrá que reconocer las partes en su propio cuerpo. Se tendrá en cuenta la independencia del niño al ejecutar la orden; principalmente el reconocimiento y las posibilidades al nominar oralmente las partes del cuerpo.

Actividad 11:

Título: “¿Qué es?”.

Objetivo: Estimular el vocabulario y motricidad fina.

Materiales: Rompecabezas de dos piezas de un lugar o paisaje.

Metodología: El maestro le dirá al niño: "fíjate en este rompecabezas, tiene dos piezas, necesito que lo armes por mí (se le entrega al niño el rompecabezas, previa observación del mismo)." Si el niño no pudiera hacerlo el maestro lo hará y luego el niño tendrá que repetir la acción. El maestro le irá nombrando o preguntando sobre elementos que contenga el rompecabezas, como: "¿Qué es esto?", para desarrollar el vocabulario pasivo y activo del niño. Si logra armarlo, se pueden cortar en tres o cuatro piezas más para complejizar la actividad.

Actividad 12:

Título: "¿Qué está haciendo?"

Objetivo: Estimular el vocabulario a través de tarjetas de acciones.

Materiales: Tarjetas de acciones.

Metodología: El maestro escogerá varias tarjetas con acciones, las cuales se las presentará una por una al niño de forma oral. Luego el niño tendrá que nombrar la acción según la tarjeta señalada por el maestro tratando de cambiar el orden de presentación de las mismas, constatando así su comprensión y el estado de su memoria. Con objetos similares a las tarjetas el niño también podrá realizar la dramatización de esas acciones.



¿Cómo evaluar los logros de mi niño?

<i>Relación de acciones que realiza</i>	<i>Solo</i>	<i>Con ayuda</i>	<i>No lo logra</i>
Salta con los dos pies.			
Golpea con el pie la pelota colocada en el piso.			
Construye una torre con más de tres bloques o cajas.			
Haca rayas o garabatos sobre una hoja de papel.			
Selecciona objetos por su color y su forma.			
Comprende algunas relaciones espaciales de os objetos con respecto a su propio cuerpo (adelante, detrás, arriba, abajo, dentro, fuera, al lado).			
Realiza los ejercicios de motricidad articularia.			

Comprende y establece conversaciones sencillas.			
Disfruta la música y acompaña el canto con una frase y/o movimiento corporal.			
Imita acciones sencillas que realizan los adultos.			
Ingiere por si solo los alimentos.			
Se quita algunas prendas de vestir y las reconoce.			
Establece relaciones sociales con niños y adultos aunque sean desconocidos.			

Explicación necesaria: si vence la mayoría de las actividades, debe iniciar las actividades de la siguiente etapa. Si vence de una o cinco acciones, continúe sistematizando las mismas actividades hasta que logre hacerlas por lo menos con ayuda. Puede introducir las primeras actividades de la siguiente etapa para continuar con la estimulación de otras áreas y evitar que se le olviden los logros alcanzados.

¿Qué actividades puedo aplicar a mi niño para el logro de las habilidades de tres a cuatro años?

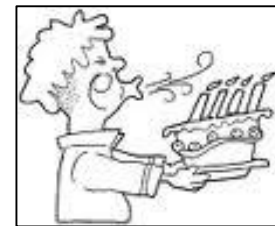
Actividad 1:

Título: "Feliz cumpleaños".

Objetivo: Ejercitar la intensidad de la respiración.

Materiales: Velas y fósforos.

Metodología: Como actividad previa el maestro explicará el procedimiento de inflar la barriguita al respirar para el soplo o espiración del aire. El



maestro llevará una caja que represente un pastel al salón y pondrá en la superficie varias velas para que el niño las apague, en un primer momento a una distancia cercana a él y luego, paulatinamente ir alejando el pastel del niño para estimular la intensidad de aire espirado.

Actividad 2:

Título: "Tormenta".

Objetivo: Ejercitar la prolongación de la respiración y activar los músculos de los labios.

Materiales: Una palangana con agua y un barco de papel.

Metodología: El maestro colocará sobre la mesa de trabajo del niño la palangana con agua y dentro de ella, el barco de papel. El maestro le dirá al niño: "Para que el barco se mueva, es necesario soplarlos suavemente, (colocando los labios como para la articulación del fonema /f/). De esta manera el barco camina en forma serena. Pero de pronto se presenta un mal tiempo; (el niño une los labios y sopla emitiendo /p/-/p/-/p/...) rompiendo así la serenidad con que iba el barco." El maestro lo estimulará haciéndolo primero para que el niño lo imite.



Actividad 3:

Título: "Sonidos y gestos".

Objetivo: Desarrollar la movilidad articular, la intensidad vocal y el vocabulario.

Materiales: Tarjetas que representen un gato, un perro, una vaca y un chivo.

Metodología: El maestro le dará al niño una por una las tarjetas con la representación del animal e irá explicando características de estos, cuando haya acabado con todos los animales, le explicará características comunes entre ellos, como las extremidades, pelo y forma de comer. Los niños tendrán que imitar la acción de comer, es decir, sacar y meter la lengua de forma continua, así como la acción de masticar sin sonido. Luego se les pedirá a los niños que realicen el sonido onomatopéyico que corresponda a la tarjeta levantada, que nombren al animal y alguna de sus características. Si el niño no pudiera reconocer, imitar el sonido onomatopéyico y nominar al animal lo hará después del maestro.

Actividad 4:

Título: "El tren".

Objetivo: Estimular la movilidad labial y el vocabulario.

Materiales: Sillas y gorro de chofer.

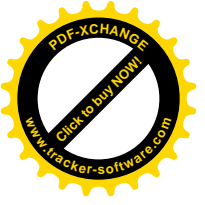
Metodología: El maestro frente al espejo le mostrará al niño la posición articular para la emisión de los sonidos del tren (chu-chu-chu o chuku-chuku). Una vez que el niño realice el sonido, el maestro acomodará las sillas del salón una tras la otra y le dirá al niño: "vamos a conducir el tren, siéntate al volante, pero tienes que llamas a los pasajeros para que el tren pueda partir (se realizará el sonido onomatopéyico del tren)" Se le explicará los diferentes usos del tren para enriquecer su vocabulario.

Actividad 5:

Título: "Al galope de un caballo".

Objetivo: Activar la punta de la lengua.

Metodología: Los niños se colocaran en hilera. Ellos son "los caballos". A la señal del maestro: "¡vamos!", los niños comienzan a caminar uno tras otro y chasquean la lengua, imitando la marcha de los caballos. A la señal del "¡Paren!", los caballos se detienen. El maestro les dirá: "ahora vamos a ver que caballo sabe chasquear mejor". Se seleccionará a dos niños, los que chasqueando la lengua van uno hacia el otro. Hay que lograr que los niños chasqueen con la punta de la lengua, por detrás de los incisivos superiores.



Actividad 6:

Título: "Mejillas".

Objetivo: Ejercitar la movilidad lingual y las mejillas.

Metodología: El maestro frente al espejo realizará el siguiente ejercicio: con la boca cerrada empujará con su propia lengua las mejillas, simulando la presencia de un caramelo; luego desplazará la lengua de un lado al otro. El maestro lo estimulará empujando la mejilla que sobresalga. El niño tendrá que repetir lo observado o hacerlo de forma conjunta con el maestro.

Actividad 7:

Título: "Me visto solito".

Objetivo: Estimular la expresión oral.

Materiales: Una caja y varias prendas de vestir.

Metodología: El maestro llevará al salón una caja que represente un baúl donde habrán diferentes prendas de vestir. El niño tendrá que sacar las prendas y ejercitar las acciones de vestir y desvestir, utilizando muñecos para ello o su propio cuerpo. El maestro le preguntará: "¿Qué le estás poniendo?, ¿Qué le estás sacando?, ¿De qué color es la camisa que le estas poniendo al muñeco?, etc.". Se lo estimulará a que lo haga de forma correcta y con orden. El maestro estimulará al niño a que complete las frases: me cubro mi cuerpo con: (la camisa, pantalón, short, etc.); para mis pies me coloco: (las medias y los zapatos); para no sentir frío me pongo: (el abrigo, etc.), para estimular la expresión oral del niño.

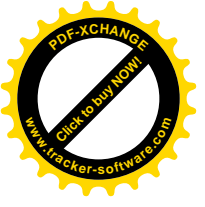
Actividad 8:

Título: "Salta los charcos de color".

Objetivo: Estimular el vocabulario y motricidad gruesa.

Materiales: Círculos de distintos colores grandes.

Metodología: Se pegarán los círculos de colores en el piso, formando un camino. El maestro establecerá el inicio, así como la meta del camino. El niño tendrá que ir saltando por los círculos pronunciando los colores que corresponda, no podrá seguir sino los pronuncia correctamente. Si el niño todavía no pudiera saltar solo, el maestro lo ayudará a que realice el salto con apoyo. Se lo premiará o reconocerá cuando logre llegar a la meta con algún dulce o con palabras de felicitación y afirmación. Al



repetir la actividad se introducirá un círculo más con un color nuevo para el niño. Cuando los conozca todos se introducirá derivados de esos colores, como: azul claro, azul fuerte, rosado, etc.

Actividad 9:

Título: "Simón dice..."

Objetivo: Estimular la audición fonemática, el lenguaje oracional y el vocabulario activo.

Materiales: Un títere y diferentes juguetes con una misma temática (frutas y vegetales).

Metodología: El maestro colocará los juguetes en diferentes lugares del salón, tratando que algunos estén sobre la mesa, debajo de la silla, detrás de la puerta, dentro de una caja, al lado de la ventana, etc. Con el propósito que al dar la orden el niño busque el juguete que se le indique, observando la comprensión de la orden dada, dominio de las relaciones espaciales y patrones sensoriales, así como su nominación oral. La orden que se da es: "Simón dice: que busques y traigas la manzana que esta sobre la mesa, el plátano que está detrás del búcaro de flores, etc.", luego de pedirle que busque algunos juegos y que los nombre oralmente, se le pedirá al niño que los guarde en una cesta. Si el niño no puede realizar la actividad, el maestro lo acompañará a buscar el juguete y le preguntará ¿Qué es?, ¿en dónde está?, ¿te gusta?, etc.

Actividad 10:

Título: "Ensarta".

Objetivo: Estimular el lenguaje oral y la psicomotricidad a través del ensarte de figuras geométricas.

Materiales: Cuerda gorda y figuras geométricas.

Metodología: El maestro le dará una caja con diferentes figuras geométricas al niño, donde el tendrá que sacarlas y ensartarlas en la cuerda, nombrando la figura y el color que corresponda. Después el maestro por orientación verbal le pedirá que ensarte las figuras por ejemplo: "ensarta el círculo rojo, etc."



Actividad 11:

Título: "Rima".

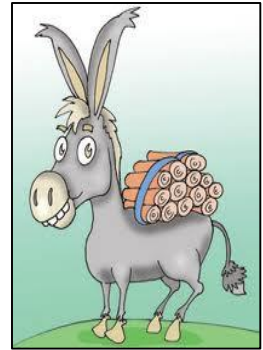
Objetivo: Estimular la audición, comprensión y expresión oral.

Materiales: Rima "El asno".



Metodología: El maestro le enseñará al niño la rima “El asno”, con el fin que el niño aprenda hacer los movimientos y sonidos que hace el maestro.

Rima: Asno, asno,
 (Brazos levantados simulando las orejas del asno)
 Viejo y gris
 (El dedo índice señala las arrugas de la cara)
 Demuestra que eres muy feliz.
 (Con la mano se dibuja una sonrisa en el rostro)
 Afina tus orejas
 (Brazos levantados simulando las orejas del asno)
 Y ponte a rebuznar,
 Así a todo el mundo
 Habrás de levantar. (Hacer el sonido onomatopéyico del asno)



Actividad 12:

Título: “La ele”.

Objetivo: Ejercitar del fonema /L/.

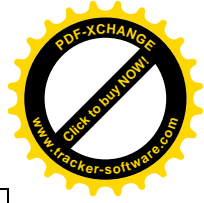
Material: Rimas sobre los fonemas /L/

Metodología: El maestro le enseñará al niño la posición de los órganos fono-articulatorios para la emisión del fonema /L/ frente al espejo. Para luego enseñarle la siguiente rima:

Rima: Al, al ,al,
 Me gusta la sal.
 El, el, el,
 Qué lindo mantel.
 Il, il, il,
 Cuento hasta el mil.
 Ol, ol, ol,
 Te hago un gol.
 Ul, ul, ul,
 Me pongo un tul.

¿Cómo evaluar los logros de mi niño?

Relación de acciones que realiza	Solo	Con ayuda	No lo logra
Salta en dos piernas desde una altura y hacia diferentes direcciones.			
Ensarta objetos en cuerdas y cajas.			
Arma rompecabezas sencillos de dos a cuatro piezas.			



Realiza los ejercicios de movilidad articular y respiración.			
Se expresa mediante oraciones sencillas apoyándose en gestos y acciones expresivas.			
Comprende y realiza más de dos órdenes dadas.			
Repite cuentos y poesías cortas.			
Mantiene hábitos higiénicos y reconoce sus prendas personales.			
Manifiesta hábitos de cortesía (da las gracias, brinda los alimentos, entre otros).			

Explicación necesaria: si vence la mayoría de las actividades, debe iniciar las actividades de la siguiente etapa. Si vence de una o cinco acciones, continúe sistematizando las mismas actividades hasta que logre hacerlas por lo menos con ayuda. Puede introducir las primeras actividades de la siguiente etapa para continuar con la estimulación de otras áreas y evitar que se le olviden los logros alcanzados.

2.3. Criterio de selección de especialistas sobre la pertinencia del sistema de actividades para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral

El grupo de especialistas fueron seleccionados bajo el criterio correspondiente a su ubicación laboral, es decir, especialistas de la salud y educación que conozcan del trabajo psicopedagógico y de rehabilitación del lenguaje en niños con parálisis cerebral o trastornos severos del lenguaje como secuela de la parálisis cerebral.

Se tomaron 10 especialistas de los cuales:

Cantidad	Experiencia	Lugar de Trabajo
3	Defectóloga, logopeda y pedagoga de niños con parálisis cerebral y trastornos severos del desarrollo.	Hospital Pediátrico "Octavio Concepción y de la Pedraja" de Holguín
2	Logopedas con experiencia en el lenguaje de niños con diagnóstico de retraso mental moderado y agravado y así como en retardo en el desarrollo del lenguaje.	Escuela Especial "Jorge Ricardo Masetti" y Escuela Especial "Solarana"
2	Logopedas con experiencia en el trabajo con niños menores de 5 años.	Círculo Infantil especial del municipio de Holguín
3	Logopedas con experiencia en la atención a niños de edad temprana.	Círculo Infantil y CDO de Holguín

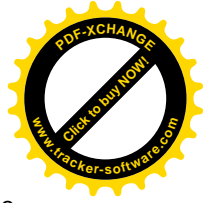
A estos especialistas se les facilitó el sistema de actividades en formato de manual (Anexo externo correspondiente al manual) junto con una entrevista (Anexo 8), con el fin de valorar la pertinencia del mismo; el análisis y la sistematización de los resultados permitieron concluir los siguientes criterios:

- Manifiestan que presentar el sistema de actividades a través de un manual permite organizar la estimulación temprana de forma dirigida, es decir, de lo más simple a los más complejo para el



desarrollo del lenguaje oral; permite la comprensión del objetivo y de su aplicación por especialistas del lenguaje, maestros no especializados y familiares que asumen la tarea de estimular el lenguaje de los niños con parálisis cerebral.

- Sus criterios fueron favorables en cuanto a la factibilidad de aplicación de acuerdo a los logros del desarrollo que obtienen los niños según su edad mental y no a la edad cronológica, basada en la estructura del defecto y limitaciones particulares que provoca esta patología. Se tiene en cuenta la afectación individual y particular del lenguaje en cada niño, haciendo necesario que las actividades se correspondan con la ontogénesis del lenguaje.
- Coinciden que facilitar los logros del desarrollo favorece el diseño de la estrategia de intervención, la línea de dirección del trabajo logopédico y la reevaluación de los avances del niño en cada etapa etaria por edad mental. Así como oportuno el conocimiento por parte de la familia sobre algunas características principales sobre la patología clínica de sus niños, como lo es la parálisis cerebral, pues facilita comprender qué tipo y áreas de estimulación requieren.
- Los especialistas clínicos valoran que hay correspondencia entre la forma de organización de las actividades y los logros que se observan en el desarrollo de las áreas de la prueba Brunet-Lezine, lo cual demuestra de forma intencionada la búsqueda del desarrollo coherente por edades mentales; siendo favorable e indispensable para la participación posterior de los especialistas. Por otra parte los docentes, consideran que existe correspondencia con las etapas del tratamiento para el retardo en el desarrollo del lenguaje (RDL) del I y II nivel de afectación y la disartria, en el trabajo logopédico. Las actividades contribuyen a la estimulación del lenguaje y a su vez a los procesos psicológicos superiores, además de otras áreas del desarrollo en las edades tempranas y preescolares.
- Algunos consideraron suficiente las actividades para una etapa inicial de estimulación del lenguaje que será asumida por la familia o persona no especializada en el lenguaje. Otros exponen que se podría ampliar la propuesta para niños en las etapas cercanas a los cinco años de edad con mayor explotación del oído fonemático, precisión del vocabulario del niño por imágenes y en sus relaciones sustantivo-adjetivo-verbo.
- Acerca de la estructura, los especialistas consideran que cumple su carácter sistémico, con relación a las etapas del tratamiento de la disartria. Valorando de oportuna los primeros momentos de la rutina diaria para los niños que están afectados por la parálisis cerebral en su rendimiento cognitivo y en la comprensión del lenguaje. Valoran además de acertado partir con



orientaciones que la familia puede cumplir a favor del desarrollo del niño, como apoyo al trabajo del especialista del lenguaje.

- En cuanto al sistema evaluativo propuesto se aprecia un acuerdo en los criterios de los especialistas, reiterando que su aparición al final de cada etapa propone objetivos claves a valorar y que permiten a la familia y especialista considerar si existe desarrollo o no en el niño, así como, si el desarrollo está acorde en un área más que en otra. Permitirá identificar sistemáticamente donde se debe intensificar la estimulación, aunque el objetivo principal sea estimular el lenguaje oral.
- De forma general los criterios de los especialistas son favorecedores hacia el sistema de actividades y su presentación conjunta a manera de manual. Permitiendo señalar la pertinencia de la propuesta en su formato final, en virtud de la necesidad de contar con algunas actividades desde el punto de vista docente, encaminadas a la estimulación del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral, en su condición de potenciadora del desarrollo en sus distintas dimensiones para las edades tempranas y preescolar. Es coherente con los textos autorizados tanto para la valoración de las dificultades que aporta la patología al desarrollo del lenguaje, como los textos clínicos y docentes que favorecen la dirección del trabajo logopédico, la intervención del docente y familia. Considerando la propuesta de valor para el trabajo de especialistas del programa "Educa a tu Hijo" para niños con NEE de tal grado de afectación en el lenguaje, causado o no por parálisis cerebral.

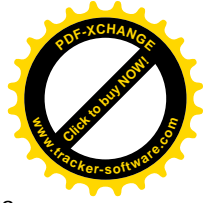
2.4. Estudio de caso

La muestra se seleccionó intencionalmente, teniendo en cuenta la (NEE) en el lenguaje oral, la cual se escogió en septiembre el 2011. La presente investigación se acoge a la propuesta dada por Chernousova, L. (2008) para trazar la estrategia de elaboración del estudio de caso.

Caso uno

Niño con buen aspecto personal, no presenta defectos físicos visibles, su edad cronológica no se corresponde con su talla y peso, su analizador visual está afectado, tiene indicado tratamiento con espejuelos pero no los usa, su analizador auditivo esta conservado en apariencia. La edad mental esta entre los 18 y 24 meses. Es un niño que se enferma frecuentemente con gripes e inapetencia de alimentos sólidos, la mayoría de veces los acepta batidos (puré).

En el periodo de embarazo se recoge que es hijo único, la madre no ha presentado abortos espontáneos, fue concebido a los 21 años con alimentación adecuada y estado emocional favorable. La



madre asistió a consultas médicas e hizo tratamiento con prenatales, ella presentó tensión arterial alta al finalizar el embarazo con tratamiento de metildopa. Fue un parto de 39 semanas, se le aplicó cesárea de urgencia ya que el bebé presentó circulares del cordón umbilical lo que produjo una hipoxia, el niño pesó 2600g., estuvo en ventilación por tres días, su coloración fue cianótica, no hubo llanto espontáneo. Le dieron el alta a los cuatro días. La madre le daba leche con biberón con buen reflejo de succión.

Tuvo sostén cefálico a los seis meses, se sentó a los 22 meses, se paró a los 12 meses, dio sus primeros pasos a los 18 meses. En cuanto al lenguaje no presentó gorjeo y el balbuceo casi fue nulo, llegando a decir sus primeras palabras a los dos años. Por lo que se evidencia un retraso en su desarrollo psicomotor. Madre manifiesta que no se preocupó por el lenguaje de su hijo ya que su atención y preocupación principal siempre fue su desarrollo psicomotor.

Como antecedentes patológicos personales se recoge que a los 12 días de nacido presentó bronconeumonía por lo que fue ingresado y fue reportado de grave. A los 56 días de nacido ingresó por cierre precoz de la fontanela y movimientos neo clónicos. A los seis meses manifestó displasia de cadera. Actualmente tiene tratamiento con vitamina B6. En electroencefalograma realizado se informa la existencia de rasgos de epilepsia pero sin convulsiones. En la consulta de Oftalmología, el especialista diagnostica astigmatismo mioptico simple AD con palidez del nervio óptico. En la consulta de Neurología, el especialista diagnostica microcefalia, retardo en el desarrollo psicomotor motor, lesión estática del sistema nervioso central. (LESNC) por parálisis cerebral y mioclorosis del sueño.

Dentro de los antecedentes familiares se encontró que la madre es portadora del síndrome nefrótico y tiene un primo paterno con retraso mental. No existe consanguineidad. La madre tiene 24 años, trabaja en TRD Modas Praga, es dependiente, su salario es de 345 pesos y 10 cuc. Las instituciones a las que pertenece son CDR y FMC. El padre tiene 40 años, trabaja en TRD El Caney, es almacenero, su salario es de 345 pesos y 10 cuc. Los padres estuvieron casados tres años y ahora están divorciados. Actualmente es una familiar nuclear incompleta ya que el niño vive con su madre. La vivienda es de mampostería y fibro, poseen TV y refrigerador. El medio familiar tiene características sobreprotectoras y de permisividad, lo que impide un ambiente educativo estimulador en la casa. Se destaca que la madre es muy preocupada por la atención de su hijo. Este hogar consta con un nivel económico y cultural promedio.

Actualmente está recibiendo los beneficios de la educación especial en el Círculo Infantil "Pelusín", debido al diagnóstico múltiple que presenta. Manifestando buenas relaciones con sus coetáneos, tiene poca motivación por las actividades lúdicas, se muestra tímido y retraído ante sucesos y personas



desconocidas, su estado de ánimo es alegre, muestra indiferencia ante el éxito y el fracaso. Presenta serias dificultades para lograr la concentración en las actividades que se le aplican, necesitando de repeticiones y estímulos constantes. Realiza hasta dos órdenes seguidas con facilidad, como por ejemplo, toma la pelota y tírala; cierra la puerta y siéntate; acomoda la silla y siéntate; tira la pelota y búscala; etc. Su memoria es mecánica y su pensamiento es lento. Se le dificulta asimilar y transferir la ayuda que se le ofrece. En cuanto a las temáticas trabajadas, reconoce e identifica los miembros de la familia, los animales domésticos, juguetes, se reconoce a sí mismo al igual que las partes del cuerpo, necesitando algunas veces de un segundo nivel de ayuda.

En relación al lenguaje existe un retardo en su desarrollo ya que se comunica a través de sonidos onomatopéyicos, señas, gestos y algunas palabras, demostrando un lenguaje palábrico, en ocasiones repiten palabras de la actividad que está realizando. Hay presencia de omisiones de fonemas al inicio y medio de las palabras directas dobles y sustituciones de /r/ por ///. Su vocabulario pasivo y activo está muy limitado así como la calidad del mismo, evidenciado por agramatismos ya que no hay conjugación de verbos de ningún tipo. No tiene un lenguaje espontáneo pero si dice palabras con lógica, comprendiendo lo que dice, no siendo así con las situaciones problémicas, ya que se le dificulta armar un rompecabezas de dos piezas. Pronuncia su nombre en diminutivo "Ale" respondiendo cuando la maestra lo llama. Tiene una respiración clavicular, es capaz de soplar con poca intensidad. Sus procesos fonemáticos están poco desarrollados y la audición esta conservada. Su cavidad articularia no se pudo explorar por la no cooperación del niño, pero impresiona una movilidad lingual y labial conservada, no puede mantener la pose articularia. Se constata que las cualidades de las voz se ven alteradas manifestando una voz débil y ronca, en ocasiones cuchichea sonidos onomatopéyicos y palabras cortas, su intensidad es normal. Por todo lo antes expuesto se llega a la conclusión de que presenta un retraso oral de primer nivel, con un trastorno específico de disartria.

En el desarrollo motor del niño, se observa que puede andar solo pero con inestabilidad en la marcha ya que se cae constantemente. Es capaz de patear la pelota, la empuja con el pie pero con ayuda. En la correlación de elementos, logra armar una torre de tres elementos, introduce objetos grandes y pequeños en una caja con dificultad en la pieza digital. Tapa y destapa pomos de distintos tamaños con ambas manos. Coge el lápiz con toda la mano y la fuerza de sus trazos son débiles.

Presenta dificultad en su autovalidismo, necesita de niveles de ayuda para vestirse y desvestirse, ponerse los zapatos y las medias.



Diagnóstico

Lesión estática del sistema nervioso central por parálisis cerebral, retardo en el desarrollo psicomotor, microcefalia, neo clorosis del sueño, astigmatismo miopico AD. Disartria.

Caso dos

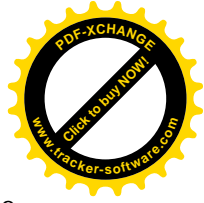
Niña con buen aspecto personal, su desarrollo físico general no está acorde a su edad cronológica, por no haber correspondencia entre el peso y la talla. Sus analizadores visuales y auditivos están conservados.

En el periodo del embarazo se recoge que es el primer embarazo, madre manifiesta que fue un embarazo no planificado pero si aceptado. Fue concebido a los 19 años sin presencia de hábitos tóxicos ni exposición a RX. La madre presentó anemia e hipertensión a las 37 semanas, manifestó constantes vómitos desde la séptima hasta la décima semana. Tuvo moneliosis con tratamiento de óvulos que erradicó en el primer trimestre. El parto fue una cesárea no planificada ya que estuvo 48 horas en trabajo de parto. Hubo dos circulares del cordón umbilical, hizo dos crisis de meconio con coloración normal. La niña pesó 3160g. En la entrevista realizada la madre no sabe si el llanto fue estimulado o espontáneo. A la niña se le dio el alta a las 72 horas y a la madre a los cinco días.

Fue lactada hasta los dos años. Desde los seis meses hasta los tres años tomó leche evaporada, luego leche fresca que aún toma. Al año hizo intolerancia a la leche en polvo, por lo que se la suspendieron y continuó con la leche evaporada. A los seis meses comió puré de todas las viandas e hizo una intolerancia al huevo pero al año lo comió sin presentar alguna alteración.

En cuento a su desarrollo psicomotor, tuvo un sostén cefálico a los tres meses, gateó al año, se sentó bien a los dos años, se paró sola a los 12 meses y camino a los cuatro años de edad. Balbuceó a los cinco meses, dijo sus primeras palabras a los 17 meses, y a los dos años manifestó un lenguaje oral con dificultad, por lo que su desarrollo psicomotor se encuentra afectado.

Como antecedentes patológicos personales se recoge que al quinto mes tuvo bronconeumonía. A los nueve meses comenzó el tratamiento de rehabilitación por un mes en fisioterapia. A los 20 meses hizo una convulsión febril de 8 min. De duración con presencia de cianosis interna, espuma rígida generalizada por tres días. A los 22 meses presentó otra convulsión pero esta vez menos fuerte. La niña es atendida en consulta de neurología desde el quinto mes de nacimiento por crecimiento cefálico y cierre precoz de la fontanela. En el TAC presentó atrofia cerebral con tratamiento de carbamazepina. A los tres años se cayó de una silla que afectó los incisivos superiores. Su estado actual de salud es favorable por el

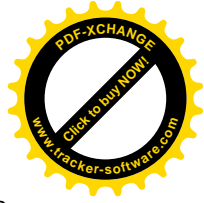


momento se encuentra compensada de las crisis de epilepsia recibe tratamiento de carbamazepina dos veces al día.

Como antecedentes patológicos familiares se encontró que los padres tienen un desarrollo normal, no siendo así los abuelos que presentan epilepsia y uno de ellos tiene cáncer. Dos primas en segundo lugar tienen retraso mental y uno está en enseñanza especial. La madre tiene 24 años, es técnico medio en servicios generales y trabaja en las Baleares. El padre tiene 32 años, es de 12 grado y es jefe de tanque y transporte en UM. Los padres están unidos siete años en una relación estable donde se puede observar buenas relaciones, no hay creencias religiosas. Las condiciones socio culturales son desfavorables para el desarrollo de la niña ya que existen rasgos de permisividad, consentimiento y sobreprotección de la madre y abuela. La niña es apegada a la madre y no acepta dormir sola. Su nivel económico es bueno. Se evidencia buenas relaciones entre familia-círculo.

Actualmente está recibiendo los beneficios de la educación especial en la Escuela Especial "Masetti", en el aula preparatoria, debido al diagnóstico que tiene. Es una niña hiperactiva, juega con muñecos y lápices con los de su edad aunque se relaciona mejor con los niños mayores que ella. Ellos aparentemente la cuidan y le entregan los juguetes que ella solicita ya que si no se lo dan hace perretas. Agradece cuando lo hacen con ella. No es cuidadosa con sus cosas y con el material que se le da. Es una niña que en ocasiones manifiesta arrebatos de alegría y amor hacia sus padres, familia, coetáneos y docentes, mostrando buenas relaciones con los mismos. Le gusta ir a casa de sus vecinos a pedir que la lleven al parque a pasear, ya que sus padres lo hacen en pocas ocasiones. Solo mantiene la atención cuando ve el televisor, donde prefiere los muñequitos y la música. Realiza algunas actividades de manera independiente como comer sola alimentos sólidos ya que los líquidos los bota, recibe de la madre constantes ayudas para quitarse y ponerse la ropa. Su autovalidismo se encuentra afectado necesitando ayuda de los adultos para hacer las cosas. En los juegos de roles la niña intenta echarse agua para bañarse, friega, barre y plancha. Le gusta mojarse cuando la madre la lava. Tiene controlado sus esfínteres, el vesical lo controló a los cinco meses y el anal al año. Mantiene un sueño intranquilo.

Es una niña capaz de buscar vías de solución por sí sola con rapidez. Es capaz de concentrarse en las actividades que se planifican, percibe objetos de una lámina, en grandes rasgos realiza análisis, síntesis, generalizaciones, abstracciones y comparaciones de los objetos. Percibe los objetos en diferentes posiciones. Su memoria es racional. Tiene habilidades en las relaciones espaciales, identifica



órdenes y las obedece como: dame, recoge, siéntate, levántate, vamos, come, toma, arriba, abajo, dentro de, fuera de, sobre, de bajo; su intelecto se encuentra todavía en estudio.

Presenta dificultades a la hora de identificar las figuras geométricas. Agrupa y compara teniendo en cuenta el tamaño, color y forma; aunque confunde los colores primarios. Por tener la motórica fina afectada en la correlación de los elementos puede armar torres de 6 cubos, colocar figuras sobre tableros y realizar juegos de ensartes con niveles de ayuda de segundo grado. Intenta imitar trazos con torpeza, su control muscular es deficiente. Escribe y coge cualquier cosa con ambas manos con predominio de la mano derecha. No se ha controlado su lateralidad. Actualmente la motórica gruesa está afectada por movimientos espásticos, su marcha es en forma de tijera y en puntas.

En relación al lenguaje, posee buena comunicación utilizando hasta tres palabras en forma de oraciones sencillas. Tiene dificultades con los fonemas /rr/ y /ñ/ mayoritariamente. En su movilidad articular presenta alteraciones, dado que no puede mantener la pose articular de los fonemas. Su audición física esta aparentemente conservada, y sus procesos fonemáticos poco desarrollados. Comprende órdenes sencillas y las realiza con apoyo del maestro necesitando de un cuarto nivel de ayuda. En la pronunciación omite el fonema /r/ al medio de la palabra y, en todas las posiciones omite las sílabas dobles /bl/, /pl/, /fl/, /gl/, /br/, /pr/, /dr/, /tr/, /gr/, /cr/. Hay presencia de cambios de fonemas /p/ x /f/, /r/ x /t/. Su vocabulario activo es pobre y sin calidad evidenciando la no correspondencia entre su edad y el grado. Describe láminas aunque no nombra los elementos de manera correcta; reconoce y nombra los miembros de la familia, animales y transporte. Utiliza las estructuras gramaticales, aunque hay evidencia de agramatismos pues omite artículos y presenta dificultades en la conjugación de verbos. No logra establecer adecuadamente relaciones entre objetos, dificultándose la capacidad de generalización y abstracción de elementos esenciales y no esenciales. Dificultades en la orientación espacial. Por lo que se diagnostica como un retraso oral de segundo nivel y su trastorno específico de disartria.

Diagnóstico

Parálisis cerebral.

2.5. Regularidades del estudio transversal de los casos, después de la aplicación de las actividades

Una vez concluido el estudio individual de la muestra, se pasa al análisis del conjunto de casos, que se denomina estudio transversal, entendiéndolo como un estudio observacional y descriptivo, que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento



temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.³⁹ Se caracteriza principalmente el desarrollo de las actividades y su aplicación, así como el desarrollo del lenguaje y su psicomotricidad.

Durante la aplicación del sistema de actividades, los niños se mostraron tímidos e indiferentes por lo que se procuró establecer un ambiente estimulante con canciones infantiles y pequeñas conversaciones espontáneas según la temática que corresponda a la actividad planificada. Se hizo necesario establecer varios niveles de ayuda para que los niños logren las actividades, sin embargo se consigue un desarrollo favorable en su lenguaje oral. El sistema de actividades se ha desarrollado tomando en cuenta la propuesta de la rutina diaria de esta investigación, es decir, en los horarios de juegos del niño en el salón del Círculo Infantil "Pelusín" y el aula preparatoria de la Escuela Especial "Masetti" por la investigadora, recibiendo el apoyo de las maestras y especialistas correspondientes a las instituciones mencionadas.

En cuanto al desarrollo de su psicomotricidad se obtuvo un avance considerable, pues logran armar torres de hasta 6 cubos, ensartar figuras con mayor precisión, realizan trazos evidenciando un mayor control en su motricidad fina y un mejor desempeño en su control óculo-manual. Ejecutan saltos en su lugar y en diferentes direcciones con ayuda del adulto, se desplazan con mayor independencia por diferentes lugares.

En el desarrollo de sus procesos psíquicos se comprueba que son capaces de reconocer y comprender los colores primarios principalmente, así como algunas figuras geométricas; su memoria ha evolucionado mediante la repetición continua de las diferentes actividades. Su atención es distráctil, necesitando de constantes llamados de atención. Se alcanza un nivel superior en el pensamiento del niño en comparación con la primera exploración realizada.

En cuanto al progreso de los componentes del lenguaje oral en estos niños, se constató que en el desarrollo del componente fónico los niños mejoraron su movilidad articulatoria, manteniendo por un mayor rango de tiempo la pose articulatoria. Aún existen de forma inconstante algunas omisiones y sustituciones de fonemas con predominio en las sílabas dobles. Se evidencia un progreso en la diferenciación de los sonidos del lenguaje (oído fonemático).

En el desarrollo del componente léxico se logró mediante la descripción de láminas y vivencias con objetos, la ampliación de su vocabulario activo y pasivo. Aún se evidencia la no correspondencia en su vocabulario con su edad cronológica pero en menor rango, debido a la estimulación recibida. En el caso

³⁹ Enciclopedia Okawin 0.7. Wikipedia browser. Estudio transversal.



dos, la niña usa palabras tomando en cuenta su significado, siendo ocasional esta característica en el caso uno.

En el desarrollo del componente gramatical se logró que los niños alcancen un mejor nivel de generalización y abstracción de algunas situaciones problémicas. Son capaces de comprender y ejecutar más de dos órdenes a la vez, lo que pone de manifiesto un mayor nivel de comprensión. En el caso dos, la niña se expresa de forma oracional, respetando las estructuras gramaticales; en el caso uno, el niño en ocasiones presenta agramatismos, predominando la respuesta a preguntas de forma palábrica, con gestos o señas.

En la sociabilización del niño con el medio que le rodea se constató que se relaciona favorablemente con sus coetáneos, es capaz de resolver los conflictos y problemas que se presentan entre ellos. La relación entre la escuela y familia se hace más estrecha por la necesidad de su participación para un desarrollo propicio de las actividades propuestas a lo largo de la rutina diaria.



CONCLUSIONES

La sistematización teórica-práctica que sea ha realizado ha permitido concluir que:

- Mediante la bibliografía consultada se comprueba que no se llega a una unidad de criterios en cuanto al inicio y duración de la estimulación del lenguaje oral por parte de los especialistas internacionales. En tanto la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral carece de materiales accesibles a la comprensión del maestro del aula y familiares que puedan dar seguimiento al trabajo del especialista del lenguaje.
- La estimulación temprana del lenguaje oral en los niños de la muestra resulta de gran ayuda para su desarrollo integral, aunque por lo general la familia y los mismos trabajadores centran la atención al desarrollo de su psicomotricidad y su aprendizaje, restándole importancia a la comunicación de forma oral de manera eficaz con el niño. Mientras más se desarrolle el lenguaje mejor será su desenvolvimiento en el ámbito social a pesar de su alteración primaria. Los niños de la muestra presentan disartria con una alteración en los tres componentes del lenguaje
- El estado del lenguaje de los niños de la muestra se encuentra afectado seriamente por su alteración a nivel del sistema nervioso central, por la falta o deformidad sus dientes, órganos fundamentales para la emisión de los fonemas, así como de la poca movilidad de sus órganos fono-articulatorios.
- El sistema de actividades en respuesta a las NEE en el lenguaje oral de los niños con parálisis cerebral devino en un manual, que requirió de orientaciones metodológicas, información sobre la parálisis cerebral, desarrollo del lenguaje oral y métodos de evaluación del desarrollo alcanzado; lo que permitió lograr un diagnóstico más preciso, diferenciado, integral, personalizado y preventivo.
- Mediante el estudio de caso y el criterio de especialistas se logró comprobar la pertinencia de la propuesta, ya que se cumple el objetivo fundamental de la investigación que es la estimulación del lenguaje oral. Los resultados fueron evidenciados mediante la evaluación de las actividades en donde se ha constatado un nivel medio del desarrollo del lenguaje oral de los niños de la muestra con parálisis cerebral. Según el criterio de los especialistas se requiere de mayor tiempo de aplicación de la propuesta para alcanzar mayores logros en cuanto a la estimulación del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral. Considerando el sistema de actividades



aplicable a niños con NEE en la comunicación con una marcada afectación causada o no por la parálisis cerebral.

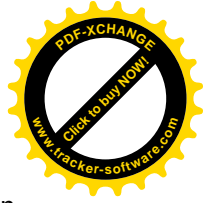
RECOMENDACIONES

- Incrementar la propuesta de actividades con énfasis en el desarrollo del oído fonemático.
- Seguir estimulando los tres componentes del lenguaje del niño mediante el manual de actividades para la estimulación temprana del lenguaje oral para niños con parálisis cerebral y con niños que presenten trastornos severos en la comunicación causados o no por esta patología.



BIBLIOGRAFÍA

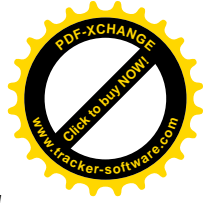
1. _____ (2004) Modulo: Lenguaje. Compilación. *Disartria y su tratamiento*. Soporte digital.
2. _____(S/F) *Pensamiento y Lenguaje "La adquisición del lenguaje en los niños"*. Biblioteca Digital: Universidad de Ciencias Pedagógicas "Frank País García" Educación Especial. Santiago de Cuba.
3. Alvero, F. (2008). *Cervantes diccionario manual de la lengua española*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.
4. Azcoaga, J. (2005). *Los retardos del lenguaje en el niño*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.
5. Bell, R.; López Machín, R. (2002). *Convocados por la diversidad*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.
6. Betancourt. E. (2012). *Concepción pedagógica para orientar a la familia en la educación del niño con necesidades educativas especiales por parálisis cerebral infantil*. Tesis en opción al título de doctor en Ciencias Pedagógicas. Universidad de Ciencias Pedagógicas "José de la Luz y Caballero". Holguín-Cuba.
7. Cárdenas, C. (1979). *Los métodos para la exploración logopédica*. Editorial de libros para la educación. La Habana-Cuba.
8. Cárdenas, C. (1982). *Manual de juegos y ejercicios para el tratamiento logopédico*. Editorial de libros para la educación. La Habana-Cuba.
9. Castro, P. (2002). *Un modelo para la atención integral del alumno con discapacidades físico-motoras*. Centro de referencia latinoamericana para la educación especial. La Habana-Cuba.
10. Centro Caren. (2009). *Estimulación temprana*. www.nerurorahabilitacion.com. Fecha de consulta en enero del 2012
11. Chernousova, L. (2008). *La estimulación de la comunicación verbal de los escolares con necesidades educativas especiales en el desarrollo general del lenguaje*. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Universidad de Ciencias Pedagógicas "José de la Luz y Caballero". Holguín-Cuba.
12. Clasificación de la parálisis cerebral. *Protocolo de Parálisis Cerebral Infantil. (2006)*. soporte digital.
13. Cobas, C. (2007). *La preparación logopédica del docente*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.



14. Colectivo de autores (2007). Maestría en Ciencias de la Educación. Mención en Educación Especial. Módulo III. Tercera parte. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.
15. Colectivo de autores. (2007) Maestría en Ciencias de la Educación. Mención en Educación Especial. Módulo III, cuarta parte. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.
16. Cuenca, M. (2007) *Familia y estimulación temprana del lenguaje en la edad preescolar*. Habana-Cuba.
17. Dunst, C.J. y col. (1998). Efficacy of early intervention. En: M. Wang, H. Walberg y M. Reynoldo (eds) *Handbook of Special Education. Research and Practice*. 1988; Oxford: Pergamon Press.
18. *Enciclopedia Libre Okawix 0.7 – Wikipedia browser*. Formato digital.
19. Espacio logopédico (2001-2006). *Definición de parálisis cerebral. Parálisis cerebral*. www.espaciologopedico.com. Majo producciones.
20. Federación Española de Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral (ASPACE). (2008). *Boletines informativos sobre la parálisis cerebral. Efectos de la parálisis cerebral*. Madrid-España
21. Fernández, G. (2006). *Estimulación temprana y preescolar para los niños con necesidades educativas especiales*. Soporte Digital. La Habana-Cuba.
22. Fernández, G. (2008). *La atención logopédica en la edad infantil*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.
23. Fernández, I. y Cruz, M. (2003) *Sistemas alternativos y aumentativos para la comunicación: Material de apoyo a la docencia*. La Habana-Cuba.
24. Figueredo, E. (1984). *Logopedia. Tomo I*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.
25. Figueredo, E. (1982). *Psicología del lenguaje*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.
26. Figueredo, E. (1992). *La exploración logopédica*. Soporte Digital. Holguín.
27. Figueredo, E. (2002). *Fundamentos psicológicos del lenguaje. Estimulación temprana*. Santiago de Chile.
28. Fresquet, M. y Fernández, C. (2012) *Trastornos de la audición y del lenguaje*. Michoacán-México.
29. García, G. y Rodríguez, N. (2010) *La educación de los niños entre cero y seis años: Concepciones, fundamentos y particularidades*. Maestría en Ciencias de la Educación. Mención Educación preescolar. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.



30. Guerrero, M. (2009). *Preparación de las promotoras del Programa Educa a tu hijo para favorecer la atención de los niños con parálisis cerebral*. Material docente en opción al título de Master en Ciencias de la Educación Especial. Holguín-Cuba
31. Huepp, F. (2005) *La estimulación temprana a niños de cero a dos años con factores de riesgo de retraso mental*. Tesis en opción al título de Doctor en Ciencias de la Educación. La Habana-Cuba.
32. Huepp, F. (S/F). *Bases anatomofisiológicas de la audición y el lenguaje*. Biblioteca Digital Universidad de Ciencias Pedagógicas "Frank País García" Educación Especial. Santiago de Cuba.
33. Lami, L. (s/f) *Disartria pdf*. Biblioteca Digital de la Universidad de Ciencias Pedagógicas "José de la Luz y Caballero". Holguín-Cuba.
34. Leyva, M. (2005). *Material docente. Estimulación temprana*. La Habana -Cuba.
35. Marrero, G. (2010) *La estimulación del lenguaje oral en niños de tres a cinco años de edad con parálisis cerebral*. Tesis en opción al título de Master en Ciencias de la Educación Especial. Moa-Holguín.
36. Martín M.; Prado R.; Méndez I. (1980). *Métodos para la exploración logopédica*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.
37. Martínez, F. (2007) *Potencia la estimulación temprana: Enfoques, problemáticas y proyecciones*. Biblioteca Digital de la Universidad de Ciencias Pedagógicas "José de la Luz y Caballero." Holguín-Cuba.
38. Moreno, J.; Montero, P. y García, M. (2004). *Intervención educativa en la parálisis cerebral*. Junta de Extremadura. Consejería de educación, ciencia y tecnología. Secretaria general de educación. Mérida-España.
39. Navarro, A. y Restrepo, A. (2005). *Consecuencias neuropsicológicas de la parálisis cerebral*. Estudio de caso. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá-Colombia
40. Navarro, S. (2002). *La prevención e intervención integral en los niños con limitaciones físico-motoras. Alto reto de la pedagogía de avanzada*. Soporte digital. La Habana-Cuba.
41. Organización mundial de la salud. (1993). *Fomento del desarrollo del niño con parálisis cerebral. Guía para los que trabajan con niños paralíticos cerebrales*. Versión adaptada al español por Jesús J. Cabrera Mambrilla. (2000). España.
42. Organización Mundial de la Salud. (2006) *Parálisis cerebral*.
43. Pérez, E. y Chernousova, L. (2003). *Logopedia para la educación a distancia*. Soporte digital. Holguín-Cuba.



44. Pérez, G.; García, G.; Nocado, I. y García, M. (2002). *Metodología de la investigación educacional*. Primera parte. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.
45. Pons, M. (2004) *La estimulación del desarrollo del lenguaje oral de los niños en edad temprana y preescolar con DP de retraso mental, desde la atención logopédica*. Tesis en opción al título de Doctor en Ciencias de la Educación. La Habana-Cuba.
46. Puentes de Armas, T. (2005) *Educación de los alumnos con limitaciones físico motoras*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.
47. Rodríguez, R.; Reguera, I. y Bager, E. (2003). *Algunas consideraciones acerca de la estrategia de intervención en casos de parálisis cerebral infantil. Disartria*. CELAEE. La Habana-Cuba.
48. Ruiz, A. y Arteaga, R. (2002). *Parálisis cerebral y discapacidad intelectual. Capítulo XIV*. Servicio de pediatría. Hospital Universitario Márquez de Valdecelli. Cantabria-España.
49. Suarez, S. (2010). *La atención educativa a los niños de edad temprana con necesidades educativas especiales por parálisis cerebral atendidos por el programa educa a tu hijo. Concepciones generales de los niños con parálisis cerebral*. Tesis en opción al título de Master en Ciencias de la Educación Preescolar. Urbano Noris-Holguín.
50. Trujillo, L. (1986). *Fundamentos de defectología*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.
51. Vergara, M. (2009). *Desarrollo psicológico en la edad preescolar*. Soporte digital
52. Villarreal, E. (2003). *Estimulación temprana en niños nacidos de madres con alto riesgo obstétrico y perinatal del Hospital Berta Calderón*. Trabajo monográfico para optar al título de Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Managua-Nicaragua.
53. Vygotsky, L. S. (1989). *Obras Completas: tomo cinco. Fundamentos de defectología*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.
54. Vygotsky, L. S. (1998). *Pensamiento y Lenguaje*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.
55. Wikipedia enciclopedia libre (2010). *Parálisis cerebral*.
56. Zuleta, M. (1991) *Centro de Terapia Infantil*. Madrid-España.
57. Zurita, C. (2008) *Un futuro sin barreras. Folleto de orientación a la familia de los niños con limitaciones físico-motoras por malformaciones congénitas o alteraciones óseas de 0 a 6 años*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.



ANEXOS

Anexo 1

CLASIFICACIÓN DE LAS DISARTRIAS SEGÚN LA UBICACIÓN DE LA LESIÓN.

Disartria Bulbar.

El bulbo está situado entre la protuberancia y la médula espinal. Constituye el primer nivel en la integración de una serie de complejos reflejos viscerales incondicionados tales como; tusígeno, deglución, vomitorio, respiratorio y circulación. Tiene como función servir de estación de relevo de las vías piramidales que bajan desde la corteza hacia la periferia. En él se encuentra el núcleo de importantes nervios craneales para el acto verbal: trigémino V, facial VII, glossofaríngeo IX y vago o neumogástrico X, que son nervios mixtos y los motores espinal XI e hipogloso XII. Por lo tanto, cuando estos pares craneales se ven afectados nos encontramos en presencia de una disartria Bulbar.

El síntoma fundamental es la parálisis y la paresis del velo del paladar u los músculos de la faringe; se afecta gravemente la motricidad articularia; la voz es nasal (hipernasalidad), ronca, débil; el lenguaje es impreciso, casi incomprensible; las vocales todas se parecen y las consonantes también se afectan. Se altera la respiración, llegando casi a la asfixia. Constituyen signos asociados la atrofia de la lengua, la contracción de las alas de la nariz y las contracciones musculares faciales que aparecen al compensar las insuficiencias mencionadas.

Disartria Pseudobulbar.

Es consecuencia de la lesión bilateral de las vías conductoras que van desde la corteza al bulbo, o sea la lesión no se ubica en el bulbo por ello se le denomina falsamente bulbar. Se caracteriza por afectaciones en los movimientos coordinados de los labios, insuficiente cierre del maxilar y disfagia, signos que originan sialorrea y trastornos de articulación. Son frecuentes los trastornos de la voz, la que es débil, ronca, poco modulada, en ocasiones nasal y sin expresividad. El ritmo verbal es lento, los movimientos de la lengua son torpes y lentos, no mantienen mucho tiempo la posición articularia. Otra de sus características es el aumento del tono muscular de tipo espástico: signo de la hoja de navaja. El sistema piramidal facilita el movimiento aumentando el tono muscular y el extrapiramidal inhibe la acción muscular.

Clínicamente, según Martín, M.; Prado, R.; Méndez, I. (1980) puede aparecer en forma de:



Tabla 1

FORMA	CARACTERÍSTICAS
Disartria parética:	(Flacidez en los músculos) se manifiesta en la disminución parcial del movimiento con pérdida o no de las fuerzas de estos, se hacen más lentos y agotados, por ejemplo, la lengua se lleva hasta los dientes, pero no puede mantenerse allí por mucho tiempo. La repetición del movimiento se logra con mucha dificultad. La respiración en estos casos es ruidosa, la espiración muy corta. La voz débil y nasal, lenguaje es incomprensible.
Disartria espástica:	(Rigidez de los músculos con espasmos) en este caso la musculatura articular es rígida, existe tensión muscular. Los movimientos orotécnicos y el lenguaje son interrumpidos por pausas constantes.
Disartria mixta:	Es la más frecuente. Se caracteriza por la falta de coordinación de los movimientos y el lenguaje incomprensible. En este caso se presentan todas las alteraciones motoras que ya hemos descrito. A veces se observa parieticidad en un grupo de músculos y espasticidad en otros.
Disartria discreta:	Es la forma más simple de la disartria pseudobulbar y es, además, la más frecuente, pudiéndose confundir muchas veces con la dislalia. Son síntomas característicos: la lengua intranquila, tensa, que se aleja al interior de la boca; a veces desciende hacia el lado derecho e izquierdo de la boca y en este caso, el sujeto se apoya en un solo lado. En ocasiones tiende a estrechar la lengua en cuanto se le incita a la actividad y la muestra involuntariamente. Se aprecia insuficiencia e imprecisión de la fuerza de los movimientos. La debilidad de los movimientos, en algunos casos, y la inexactitud de estos en otros, están motivadas por la hiperquinesia de la lengua que se encuentra constantemente en movimiento, como si no encontrar la posición correcta. Esto se manifiesta sobre todo en los movimientos linguales hacia adelante, arriba y a los lados. La repetición de los movimientos provoca en estos niños un rápido agotamiento: se lentifica el ritmo de los mismos y se pierde la exactitud.

Disartria Cerebelosa.

La disartria cerebelosa ocurre al dañarse el cerebelo y las vías cerebelosas, las cuales son el centro del equilibrio y la coordinación. Por lo cual se afecta la exactitud y la coordinación de los movimientos. Se altera el ritmo del lenguaje, que puede ser lento, monótono o escandido, es decir, algunas sílabas se pronuncian intensas, otras débiles, unas largas, otras cortas, llegando el habla a ser prácticamente ininteligible. Las palabras son entrecortadas, lentas, explosivas y confusas, sin nitidez. La voz es débil e inexpresiva. Se afecta la mímica facial y se observa retrasos en el desarrollo del lenguaje y a veces ausencia total del lenguaje oral. Existe la tendencia a pronunciar los fonemas en forma interdental.

Disartria Subcortical.

Aparece al lesionarse la vía extrapiramidal y los núcleos subcorticales o ganglios basales (acúmulos de



sustancia gris que componen la subcorteza). Por lo general los pacientes de Parkinson son poseedores de esta alteración.

En consecuencia, el lenguaje no es claro, la voz es débil, forzada, vibrante e inconstante en cuanto al tono y la intensidad. Se afecta la fluidez del lenguaje, aparecen pausas prolongadas semejantes a la tartamudez. Se altera el ritmo, la entonación, la expresividad. La articulación en si no se afecta, el sujeto puede pronunciar los fonemas aislados; sin embargo, en la conversación aparece la hiperquinesia y cambia la posición de los órganos fono articulatorios; como resultado de ello, los fonemas son sustituidos o se omiten. La respiración es corta y clavicular. Se afectan los procesos de deglución y masticación. Ninguno de los sistemas periféricos que intervienen en el proceso del habla y de la voz (respiratoria, fonadora y articulatoria) se encuentra afectados, sino la coordinación entre estos debido a la hiperquinesis.

Disartria Cortical.

Esta lesionada la zona pre motriz de la corteza cerebral. En ella se dañan las zonas corticales que controlan la actividad motora voluntaria por eso su signo fundamental es la apraxia de los músculos que intervienen en el acto del lenguaje cuando la lesión rebasa en extensión esta zona. Este tipo de Disartria está poco estudiada y se confunde con los trastornos afásicos. Sin embargo la pronunciación de afecta en sus diferentes variantes (omisión, distorsión y sustitución) como en la dislalia.

Anexo 2

Instrumentos para la caracterización, diagnóstico y atención del proceso de estimulación temprana del lenguaje oral en los niños con parálisis cerebral.

Entrevista a la directora del CDO provincial.

Objetivo: Conocer las particularidades del proceso de diagnóstico, atención y estimulación temprana del lenguaje oral por el cual los niños con parálisis cerebral de edad temprana son sometidos.

Indicadores:

1. Proceso de atención del CDO para los niños con parálisis cerebral de edad temprana para arribar al diagnóstico.
2. Instituciones que se encargan de la atención de los niños con parálisis cerebral de edad temprana.
3. Edad en que se diagnostican las NEE de estos escolares.



4. Métodos que se emplean para el diagnóstico y estimulación temprana del lenguaje oral. en los niños de edad temprana con parálisis cerebral.
5. Relación CDO - familia.
6. Trastorno específico del lenguaje de estos niños.

Guía de entrevista:

Estoy realizando una investigación sobre la estimulación temprana del lenguaje oral de los niños de edad temprana con parálisis cerebral, para ello necesito de su colaboración contestando las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo es el proceso de atención del CDO para los niños de edad temprana con parálisis cerebral?
2. ¿Qué aspectos evaluados son los que más relevancia tienen al momento del diagnóstico?
3. ¿Qué acciones se toman posterior al diagnóstico del niño?
4. ¿Qué instituciones son las que brindan atención a estos niños y en qué áreas de su desarrollo?
5. ¿Quiénes son las personas encargadas para su atención?
6. ¿Qué valor tiene la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral?
7. ¿Dónde cree usted que es más afectivo realizar la estimulación temprana del lenguaje oral de los niños con parálisis cerebral, en el círculo infantil con la logopeda o en casa con las promotoras del programa Educa a tu hijo?
8. ¿Cuál es el trastorno logopédico que caracteriza el lenguaje de los niños con parálisis cerebral?
9. ¿Hay algún especialista en parálisis cerebral en el CDO?
10. ¿Qué indicadores se tienen en cuenta para determinar la vía de atención para estos niños?
11. ¿Qué nivel de preparación tienen las promotoras del programa Educa a tu Hijo?
12. ¿Cómo es el trabajo con la familia?

Anexo 3

Instrumentos para la caracterización, diagnóstico y atención del proceso de estimulación temprana del lenguaje oral en los niños con parálisis cerebral.

Entrevista al personal docente del círculo infantil "Pelusín".

Objetivo: Valorar el grado de conocimiento de los docentes del círculo Infantil en cuanto a la atención que requieren los niños con parálisis cerebral.

Indicadores:



1. Preparación del personal docente que trabaja con los niños con parálisis cerebral.
2. Atención que reciben los niños con parálisis cerebral.

Guía de entrevista:

Estoy realizando una investigación sobre la estimulación temprana del lenguaje oral de los niños edad temprana con parálisis cerebral, para ello necesito de su colaboración contestando las siguientes preguntas:

1. ¿Conoce si dentro de la matrícula del círculo hay niños que presentan parálisis cerebral?
¿Cuántos?
2. ¿Qué tipo de atención necesitan estos niños?
3. ¿Qué tipo de atención se les da en el círculo infantil?
4. ¿Considera que son estimulados estos niños, cómo y en qué áreas?
5. ¿Qué área del desarrollo de estos niños considera que necesitan más atención y porque?
6. ¿Qué valor le otorga a la estimulación temprana de estos niños?
7. ¿Conoce el trastorno logopédico característico de estos niños? ¿Cuál es?
8. ¿Se siente preparado para el trabajo con los niños con parálisis cerebral?
9. ¿Cómo se organiza la atención logopédica para estos niños?
10. ¿Tiene alguna recomendación para una adecuada atención de estos niños?

Anexo 4

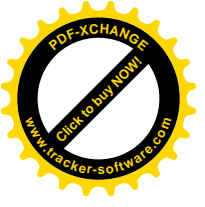
Instrumentos para la caracterización, diagnóstico y atención del proceso de estimulación temprana del lenguaje oral en los niños con parálisis cerebral.

Encuesta a los padres de familia.

Objetivo: Valorar el nivel de conocimiento que poseen los padres de familia sobre la parálisis cerebral de sus hijos y la preparación que han recibido para educarlos.

Indicadores:

1. Preparación de los padres en cuanto a la atención que ellos necesitan.
2. Particularidades en el desarrollo que tienen los niños con parálisis cerebral.
3. Tiempo de diagnóstico de la parálisis cerebral.
4. Atención que recibe el niño.
5. Importancia de la estimulación temprana del lenguaje oral.
6. Nivel de aceptación de su hijo con parálisis cerebral.



7. Métodos educativos empleados con el niño.
8. Comunicación que establece la familia con el niño.

Guía de entrevista a los padres de familia.

Estoy realizando una investigación sobre la estimulación temprana del lenguaje oral de los niños edad temprana con parálisis cerebral, para ello necesito de su colaboración contestando las siguientes preguntas:

1. Después de nacido, ¿quién les explico las particularidades de sus hijos?
2. ¿Cuál fue su reacción emocional al saber del diagnóstico de su hijo?
3. ¿Tenía conocimiento sobre las causas que provoco que el niño tenga parálisis cerebral?
4. ¿Qué conoce de las características de los niños con parálisis cerebral?
5. ¿Qué tipo de atención recibe y a qué edad comenzó a recibirla?
6. ¿Qué cosas le preocupan más en el crecimiento de su niño? (áreas del desarrollo)
7. ¿Se encuentra satisfecho con la atención que recibe su hijo?
8. ¿Considera importante la estimulación temprana del lenguaje oral en su hijo y por qué?
9. ¿Conoce el trastorno logopédico característico en estos niños, cuál es?
10. ¿Considera que la atención brindada por el programa Educa a tu Hijo es suficiente para el trabajo que recibe su hijo?
11. ¿Tiene alguna recomendación u observación sobre la atención que recibe su hijo?

Anexo 5

Instrumentos para la caracterización, diagnóstico y atención del proceso de estimulación temprana del lenguaje oral en los niños con parálisis cerebral.

Revisión de documentos.

Objetivo: Valorar las características de los niños de edad temprana con parálisis cerebral, centrando la atención en el lenguaje oral.

Indicadores:

1. Desarrollo general del niño con parálisis cerebral.
2. Desarrollo del lenguaje oral del niño con parálisis cerebral.
3. Atención logopédica para la estimulación temprana del lenguaje oral de estos niños.
4. Atención psicopedagógica para le estimulación temprana del lenguaje oral de estos niños.

Guía de revisión:



1. Expedientes acumulativos psicopedagógicos y clínicos del niño con parálisis cerebral.
2. Documentos que normen la ayuda logopédica en el gabinete y aula logopédica.
3. Documentos relacionados con la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.
4. Programa Educa a tu Hijo.
5. Documentos relacionados con la parálisis cerebral de niño de edad temprana.

Anexo 6

Instrumentos para la caracterización, diagnóstico y atención del proceso de estimulación temprana del lenguaje oral en los niños con parálisis cerebral.

Observación de clases y actividades extra docentes.

Objetivo: Analizar los factores que inciden en el proceso de estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.

Indicadores:

1. Preparación docente, padres y otros especialistas para ofrecer una adecuada estimulación temprana del lenguaje oral en otros niños.
2. Métodos que se emplean para la estimulación temprana del lenguaje oral.
3. Integración de las diferentes especialidades para ofrecerle una adecuada atención integral al niño con parálisis cerebral.

Guía de observación de clases y actividades extra docentes.

1. Métodos que se emplean para la estimulación temprana del lenguaje oral.
2. Conocimientos alcanzados sobre el trabajo correctivo compensatorio de los niños con parálisis cerebral.
3. Integración de los diferentes especialistas del círculo infantil para un adecuado proceso de estimulación temprana a estos niños y el papel de la familia en el proceso.
4. Formas de comunicación del niño con parálisis cerebral con sus coetáneos.

Anexo 7

Instrumento para la caracterización y validación de la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.

Contenido y estructura de la exploración logopédica



El objetivo fundamental de la exploración logopédica es determinar las peculiaridades del lenguaje y las condiciones físicas, psicológicas y sociales del desarrollo de la personalidad. La exploración logopédica abarca los siguientes aspectos esenciales:

- Estudio anamnéstico.
- Valoración del estado de los sistemas sensoriales.
- Valoración del lenguaje impresivo y expresivo.
- Caracterización del ritmo y la fluidez del lenguaje.
- Exploración de la lectura y la escritura.
- Valoración de diferentes aspectos de la personalidad.
- Evaluación para el uso de los sistemas aumentativos y/o alternativos de la comunicación, en las personas que así lo requieran.
- Diagnóstico logopédico.

Descripción de cada aspecto:

Estudio anamnéstico

Se analizan las etapas del desarrollo físico, psíquico y del lenguaje en particular, así como las condiciones del medio externo en que se han ido producidos. La anamnesis debe recoger los siguientes datos fundamentales:

1. Datos generales.
2. Motivo de consulta.
3. Datos sobre el desarrollo psicosomático:
 - a) Características del embarazo y el parto.
 - b) Estado del niño después del parto.
 - c) Desarrollo del lenguaje.
 - d) Datos sobre el desarrollo de la personalidad en general.
 - e) Datos sobre factores hereditarios y de imitación.
 - f) Otros datos de interés.
4. Conversación inicial: el objetivo es determinar el estado de las representaciones temporo-espaciales y analizar el desarrollo del lenguaje dialogado.

Valoración del estado de los sistemas sensoriales

El analizador auditivo es el factor fundamental en el proceso de asimilación del lenguaje ajeno. El déficit del oído físico deviene por lo general en un trastorno o en un insuficiente desarrollo del lenguaje.



De considerarse posible la existencia de trastornos de la audición, el logopeda debe remitir el caso al audiólogo u otorrinolaringólogo, con el objetivo de profundizar en el diagnóstico y garantizar la aplicación del tratamiento medicamentoso, aparatos amplificadores, etc. si el caso lo requiere.

El analizador visual juega un rol fundamental en el desarrollo del lenguaje oral, es necesario para el establecimiento de la relación objeto-palabra y es importante en el proceso normal de adquisición del lenguaje escrito; por ello constituye un factor de primera línea para el aprendizaje en la escuela. Por esta causa se explora la agudeza visual, los campos visuales y la movilidad de los ojos. Este aspecto de la investigación está a cargo del oftalmólogo.

Valoración del lenguaje impresivo y expresivo

El estudio de la pronunciación de los sonidos verbales y de la voz, debe estar precedido por la investigación del estado de los órganos articulatorios y de fonación. En este aspecto es importante tener en cuenta no sólo la estructura de cada órgano sino también la movilidad, su volumen, exactitud y prolongación en tiempo. Esto con el fin de determinar el grado de independencia en la ejecución de los movimientos articulatorios lo que representa una valiosa información para la propuesta de objetivos y tareas correctivas.

Aspectos que lo integran:

Estructura del aparato articulatorio: El objetivo es determinar sus particularidades.

- Labios: normales, altos, bajos, gruesos, finos, fisurados.
- Bóveda palatina: normal, baja, estrecha, fisurada.
- Úvula: normal, acostada, estrangulada, bífida.
- Dientes: normales, pequeños, grandes, esporádicos, frecuentes, supernumerarios apiñados, mala oclusión anterior o lateral.
- Mandíbula: normal, proyectada hacia delante o recogida hacia atrás.
- Lengua: normal, voluminosa, alargada, ancha o estrecha.
- Frenillo: sublingual normal o corto.
- Frenillos labiales: normales o cortos.
- Cavidad nasal: normal u obstruida, desviación del tabique nasal, tumor o pólipos nasales, presencia de adenoiditis.
- Cavidad faríngea: normal, presencia de procesos inflamatorios.

Exploración de la movilidad del aparato articulatorio

Objetivo: Definir las posibilidades de la dinámica del aparato articulatorio.



ÓRGANO	OBTENCIÓN DE LA POSE	FIJACIÓN DE LA POSE	SUCESIÓN DE POSE
Lengua	Hacia delante, atrás, ancha, estrecha, hacia arriba, abajo, derecha e izquierda.	Los mismos movimientos y se solicita que mantenga por un corto intervalo de tiempo la pose solicitada.	Hacia atrás y hacia delante, arriba-abajo, arriba-izquierda-abajo.
Labios	Abrir la boca, labios en forma de tubo, labios en posición de sonrisa.	Los mismos ejercicios y se solicita que mantenga la pose obtenida.	Labios en forma de tubo en posición de sonrisa. Abrir la boca-labios en forma de tubo-en posición de sonrisa.
Úvula	Pronunciación del sonido "a" en ataque.		
Mejillas	Hinchar las mejillas.	Hinchar las mejillas.	Paso del aire de una mejilla a otra.

Parámetros

1. Aceptación y comprensión de la tarea.
2. Independencia en la realización de la tarea.
3. Posibilidad de encontrar, fijar y mantener la pose articularia y pasar de una a otra.
4. Posibilidad de lograr exactitud en los movimientos.
5. Alteración en la realización de los movimientos.

Exploración del lenguaje impresivo

Incluye la comprensión del significado de las palabras, los giros verbales, y la investigación del oído fonemático, para determinar las características cuantitativas y cualitativas de la percepción fonemática.

Para la exploración fonemática el logopeda debe tener en cuenta:

- No siempre la alteración de la audición fonemática se refleja en la pronunciación, por lo que la exploración debe realizarse no solo mediante el lenguaje oral, sino también el escrito.
- No todos los cambios que se producen en la pronunciación de los sonidos son síntomas de déficit fonemático, por lo que se hace necesario profundizar en la causa.
- El déficit fonemático puede aparecer acompañado de alteraciones independientes de la pronunciación, vinculadas a dificultades articulatorias o alteraciones del sistema motriz, por lo que debe determinarse hasta qué punto pueden o no influir en la pronunciación.



Exploración del lenguaje expresivo

- ❖ Examen de la respiración: se realiza teniendo en cuenta las peculiaridades de la respiración en reposo, durante la conversación y en la lectura en voz alta. Por tal razón no es necesario utilizar un tiempo especial para su observación sino que la misma se realiza durante el propio proceso de investigación del lenguaje oral y de la lectura en voz alta.

Es necesario tener en cuenta, en primer lugar, el tipo de respiración que presenta cada caso (clavicular, central o abdominal). Tanto en la lectura como en la conversación se observa la frecuencia y profundidad de las inspiraciones:

- El control
 - La economía de la respiración
 - Si se produce o no dilatación de las venas y musculatura del cuello
 - Si hay sincronización entre la respiración, la fonación y articulación.
- ❖ Examen de la voz: se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:
 - a) Tono: se precisará si es agudo, medio o grave, si se producen cambios bruscos en esta cualidad durante la fonación y sus características se corresponden con la edad y sexo del paciente. Se tendrá en cuenta la calidad de la entonación de la conversación y en la lectura en voz alta. Si el explorado es un adolescente se profundizará en la posible existencia de trastornos mutacionales de la voz.
 - b) Timbre: se precisará si es sonoro, sordo, ronco, chillón o nasal. Se profundizará y diferenciará cuidadosamente, en los casos de posible hipoacusia o sordera, rinofonía o rinolalia y disartria, fundamentalmente.
 - c) Intensidad: se precisará si es normal, débil, fuerte, si disminuye excesivamente al final de la frase, o por el contrario, si aumenta sin razón en el momento de emisión del flujo verbal. Se profundizará y diferenciará cuidadosamente en los casos de trastornos de carácter psicógeno, de estados asténicos, disartrias y rinolalias severas y de déficits auditivos.
 - ❖ Examen de la pronunciación: su alteración puede producirse como consecuencia de la influencia de una gran cantidad de factores, que oscilan desde las lesiones de carácter central y las alteraciones de la neuro-dinámica hasta las simples afectaciones de la estructura anatómica de los órganos periféricos de la articulación. Los sonidos pueden verse alterados en cualquier posición dentro de la palabra o solo en aquellos casos que aparecen ocupando una posición



determinada. El trastorno de pronunciación puede abarcar sonidos de uno o diferentes niveles articulatorios, aparecer en forma de omisiones, distorsiones o sustituciones constantes o inconstantes. Por todo esto cuando se explora la pronunciación el logopeda debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

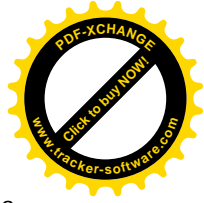
- a) Ante qué posición del sonido dentro de la sílaba aparece la alteración.
 - b) Si es constante o inconstante la incorrecta pronunciación.
 - c) Si los sonidos afectados pertenecen a uno o varios niveles de articulación.
 - d) En qué forma aparece la alteración en la pronunciación.
 - e) ¿Cuál es la causa del trastorno?
- ❖ Exploración de la estructura silábica: se realiza con el objetivo de determinar el grado de formación de la estructura silábica de la palabra. Se procede a la repetición de palabras que aumenten paulatinamente en complejidad.
 - ❖ Exploración de la función nominativa del lenguaje: permite conocer el nivel de comprensión y desarrollo de habilidades comunicativas.
 - ❖ Exploración del componente gramatical: se realiza con el objetivo de determinar el grado de formación del componente gramatical, la posibilidad de reestructurar la palabra, la concordancia de género-número, la formación del singular y el plural de sustantivos, adjetivos y verbos.
 - ❖ Exploración de formas del lenguaje: se realiza gracias al lenguaje dialogado (conversación) y al lenguaje relacionado (narración).

Caracterización del ritmo y la fluidez del lenguaje

Se tendrá en cuenta la lentitud o rapidez con la que el niño se expresa; y la existencia o no de vacilaciones, bloqueos, tropiezos, repeticiones, o alargamiento de sílabas, movimientos concomitantes y muletillas orales. De existir espasmos, se especifica si son tónico, clónicos, tono-clónicos, o colono-tónicos. Aquí también se debe determinar en qué parte del enunciado son más frecuentes (inicio, medio o final) y en relación con qué sonido. Se consignará además en que forma de expresión aparecen los espasmos, según el nivel de independencia en la elaboración de los enunciados. En todas las formas se considera la presencia de espasmos, de acuerdo a la intensidad de la voz hablada y susurrada.

Exploración de la lectura y la escritura

El logopeda debe tener en cuenta si el niño no domina las técnicas por causas ajenas al déficit fonemático y que pueden estar relacionadas incluso con factores externos, entre los que se encuentran el abandono pedagógico y familiar. Además del insuficiente dominio de la técnica de la lectura y la



escritura, pueden presentarse errores relacionados con limitaciones en la percepción visual, la orientación espacial y el control muscular, que se reflejan en forma de escritura en espejo, distorsión de los elementos gráficos de las letras, cambios de grafemas similares por sus grafías.

Específicamente en la exploración de la escritura, debe contemplarse el dominio del análisis fónico mediante un esquema y en forma oral así:

- Si se observa distorsión de los elementos gráficos de las letras por medio del dictado o la copia.
- Si hay tendencia a la micrografía o macrografía.
- Si se observan omisiones, repeticiones, adiciones o transposiciones de grafemas en la palabra.
- Si hay escritura en espejo o en bloque.
- Si los errores son de carácter ortográfico.

Anexo 8

Instrumento para la validación de la propuesta para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.

Entrevista a especialistas del lenguaje.

Objetivo: Validar la efectividad de la propuesta para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.

Indicadores:

1. Estructura de organización del manual de actividades para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral.
2. Factibilidad de aplicación del sistema de actividades para la estimulación temprana del lenguaje oral.

Guía de entrevista:

Estoy realizando una investigación sobre la efectividad de la propuesta diseñada para la estimulación temprana del lenguaje oral en niños con parálisis cerebral, para ello necesito de su colaboración contestando las siguientes preguntas, una vez analizada la propuesta:

1. ¿Cree que la estructura del manual es adecuado para ser comprendido y aplicado por el especialista de lenguaje y maestros del aula especial?
2. ¿Crees que es factible su aplicación para el tratamiento de acuerdo al logro de las habilidades según la edad mental de cada niño?



3. ¿Considera importante los conocimientos sobre los logros del desarrollo de los niños de la "norma"?
4. ¿Considera pertinente aportar a los docentes algunas características patológicas de los niños con parálisis cerebral para la estimulación del lenguaje oral?
5. ¿Existe correspondencia entre las actividades y la etapa de desarrollo cognitivo que se propone?
6. ¿La actividad propuestas son desarrolladoras de las potencialidades? (memoria, pensamiento, atención, imaginación y lenguaje)
7. ¿Cree que la propuesta de actividades es suficiente para una etapa inicial de la estimulación del lenguaje oral en estos niños?
8. ¿La forma en la que están estructuradas las actividades cumplen el carácter de sistema para la estimulación del lenguaje oral?
9. ¿El sistema de evaluación por logros del desarrollo es pertinente para la aplicación de los maestros y familia?