

PRACTICA PROFESIONAL

ANALISIS Y VALORACION DEL LENGUAJE
EN NIÑOS APLICANDO EL TEST:
“PRESCHOOL LANGUAGE SCALE” (PSL)

UNIVERSIDAD

2015

FASTA

**CARRERA DE
FONOAUDIOLOGIA**

**ELISA CARABECHO
VERONICA PETELIN**



ÍNDICE.....	pág. 1
AGRADECIMIENTOS.....	pág. 2
INTRODUCCIÓN.....	pág. 3
MARCO TEÓRICO.....	pág. 5
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)	
a) EL CRITERIO MULTISECTORIAL	
b) PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:	
c) TECNOLOGÍA APROPIADA PARA LA SALUD:	
COMPONENTES BÁSICOS DE LA APS.....	pág. 13
ARGENTINA: PLAN FEDERAL DE SALUD.....	pág. 14
ROL DEL FONOAUDIOLOGO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD.....	pág. 16
TEORIAS SOBRE LA ADQUISICION DEL LENGUAJE.....	pág. 18
➤ ENFOQUE CONDUCTISTA: SKINNER	
➤ ENFOQUE INNATISTA: CHOMSKY	
➤ ENFOQUE COGNITIVO: PIAGET	
➤ ENFOQUE SOCIOCULTURAL: VYGOTSKY	
➤ ENFOQUE PRAGMÁTICO: BRUNER	
DESARROLLO DE LA OBSERVACION Y LA PRÁCTICA REALIZADA.....	pág. 25
INFORMES Y RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES.....	pág. 26
PLAN TERAPEUTICO.....	pág. 30
ACTIVIDADES.....	pág. 31
CONCLUSION.....	pág. 44
BIBLIOGRAFIA.....	pág. 48

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia, nos gustaría agradecer sinceramente a nuestra asesora en éste Trabajo del cierre de la Carrera de Fonoaudiología, a la Sra. Fonoaudióloga Adriana Ponte, por su esfuerzo, tiempo y dedicación, como así el espacio brindado en el Centro de Atención Primaria de la salud N° 2 “Guanahani “.

Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para nuestra formación como investigadoras del tema.

Ella ha inculcado en nosotras un sentimiento de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podríamos tener una formación completa como residentes de la Práctica Profesional.

También queremos agradecer a la Sra. Fonoaudióloga Noemí Colacilli, quien ha sido capaz de ganarse nuestra lealtad y admiración, es por ello que nos sentimos en deuda con ella por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado la carrera de Fonoaudiología.

A nuestros familiares y amigos, a quienes nos acompañan y a aquellos que hoy no están presentes en este día tan especial.

Por último, un verdadero agradecimiento mutuo, entre nosotras, quienes nos hemos comprendido, acompañado, respetado, aconsejado, celebrado y hemos estado juntas en esta etapa de la vida.

Dios permitió que hiciéramos éste trabajo juntas para aprender y conocer muchas cosas nuevas, pero lo más bello de todo fue que siempre nos guío, nos guardó, protegió y nos dio la sabiduría para terminar con éxito nuestra carrera.

¡A todos ellos gracias!

Verónica Petelin y Elisa Carabecho

INTRODUCCION

Servicios designados y concurridos:

- a) CAPS “ Meyrelles ”
- b) CAPS “ Guanahani “
- c) CEMA “ Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias “
- d) CIFO Mar del Plata

Servicio elegido para realizar el trabajo final:

- CAPS N° 2 “ Guanahani ”

Instructora:

- Fga. Adriana Ponte

Casos evaluados:

- Se evaluaron 41 niños de ambos sexos con un promedio de edad entre tres y cinco años que concurrieron al Centro Primario de Salud N° 2 para realizar un screening fonoaudiológico tanto del lenguaje expresivo como el comprensivo.

Diagnósticos que presenta la población:

- Todos los niños evaluados en el CAPS N° fueron derivados por el pediatra Dr. Javier R. Campero para realizar un control fonoaudiológico a nivel expresivo y comprensivo. Los mismos fueron recibidos y evaluados en conjunto por la fonoaudióloga del servicio la Adriana Ponte y las residentes Verónica Petelin y Elisa Carabecho.

Motivos por el cual se seleccionó el tema

- Los motivos por el cual se seleccionó el screening para realizar este trabajo final fueron los siguientes:
 - La población evaluada presentaba casi en un ciento por ciento alteraciones en el lenguaje.
 - Llegaban a la consulta fonoaudiológica luego de un control previo con el pediatra.

- Padres o tutores no reconocían dificultades algunas en el habla de sus hijos.

MARCO TEORICO

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

LA VISIÓN DE ALMA ATA

En este sentido, y haciendo la historia del concepto, en la Asamblea General de la OMS de 1977, se plantea la necesidad, transformada luego casi en una consigna institucional, de garantizar la "*Salud para todos en el año 2000*". Durante el año 1978, en la reunión llevada a cabo en Alma Ata, quedó establecido que para el logro de esta meta era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como Atención Primaria de la Salud (APS), estrategia a la que adhirió el Estado argentino.

Esta propuesta, más allá de las particularidades nacionales, surge y es aceptada universalmente en función de un diagnóstico global que alertaba sobre la gran desigualdad existente en la condición de la salud de las personas, especialmente entre los países desarrollados y en desarrollo, pero también dentro de cada nación.

La misma es producto, no solo del dispar desarrollo económico entre los países o entre los diversos grupos sociales al interior de un mismo país, sino también de la crisis de los sistemas o modelos de atención médica.

Así, a partir del reconocimiento universal de la salud como derecho y objetivo social, y en el convencimiento de que a la misma debe llegarse de forma contextualizada, es decir, considerando las condiciones concretas de existencia de cada región, los organismos sanitarios internacionales proponen la estrategia de APS como el instrumento idóneo para transformar los sistemas de salud y mejorar las condiciones de salud generales.

De esta manera, la Declaración de Alma Ata define a la APS como el cuidado esencial de la salud en base a métodos científicos y socialmente aceptables y a tecnologías universalmente accesibles a toda persona y familia de la comunidad a través de una participación plena y de unos costos que estén al alcance de la Nación y la comunidad, para que mantengan en todas las etapas de su desarrollo el espíritu de autonomía e independencia. Constituye una parte integral del sistema sanitario del país, siendo su función central y principal objetivo, el progreso general social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de

contacto de la persona, la familia y la comunidad con el sistema sanitario nacional, que lleva los servicios de salud lo más cerca que sea posible de los lugares en que viven y trabajan las personas y constituye el primer elemento del proceso constante del cuidado de la salud.

La base del objetivo de “salud para todos” está constituida por la estrategia de atención primaria de la salud, definida en el acápite 6 de la Declaración de Alma Ata. Aún hoy esta definición es la más adecuada y, por supuesto, la mejor.

Los tres requisitos previos de la atención primaria son: *un criterio multisectorial, la participación de la comunidad y la tecnología apropiada*, siendo la base de todos los programas de salud y de la infraestructura sanitaria. Esta estrategia convierte al individuo, a la familia y a la comunidad en el fundamento del sistema de salud y convierte el agente de atención primaria, puesto que es el primer agente del sistema de salud con el que la comunidad entra en contacto, en el trabajador sanitario central.

1. El criterio multisectorial:

Habiendo expresado que la salud no existe de modo aislado, está pues influenciada por un complejo de factores ambientales, sociales y económicos entre los que existe, en último término, una mutua relación. Así el estado de salud de los pobres depende en buena medida de una combinación de factores, de tal modo que sería “ilusorio esperar cambios sanitarios mientras no se eliminen o reduzcan dichos obstáculos”. Por lo tanto las acciones emprendidas fuera del sector de la salud puede tener efectos sanitarios mucho mayores que los obtenidos en dicho sector. Son varios los factores que favorecen la cooperación intersectorial en apoyo de la atención primaria de la salud, a saber:

- La formulación clara de políticas y estrategias de desarrollo;
- La identificación de esferas adecuadas para la cooperación intersectorial y la determinación de la contribución concreta de cada sector al logro de las metas propuestas;
- La existencia de mecanismos de coordinación en todos los escalones, nacional, provincial y municipal;
- El reconocimiento de que la salud y la APS forman parte integrante del desarrollo socioeconómico;
- Legislación en apoyo de la acción intersectorial;

- La comprensión de que la salud es un aporte al desarrollo socioeconómico y, al mismo tiempo, un resultado de este desarrollo;
- Pleno apoyo para la verdadera participación de la comunidad, que tenderá a fomentar un criterio intersectorial en el plano local;
- El reconocimiento de la necesidad de hacer frente a los riesgos para la salud debidos a las actividades de desarrollo y que afectan a varios sectores. (el sector de la salud puede utilizar la información de que dispone sobre los resultados de esos riesgos para influir en las decisiones de los demás sectores y en las relativas a la asignación de recursos para el sector de la salud).

Es por ello que los responsables de la salud pública deben promover los esfuerzos sociales y económicos que, a su vez, promoverán la salud. En principio, los recursos de los distintos sectores deberán aplicarse en armonía y en correcta combinación para alcanzar los objetivos sociales comunes. Se necesita a ese efecto una definición conjunta de dichos objetivos y una apreciación común de los medios necesarios para alcanzarlos. La acción sanitaria puede ser una palanca importante para elevar el nivel de conciencia social y, por consiguiente, el desarrollo social mismo. Los responsables de la salud pública sólo contribuirán eficazmente a promover el desarrollo social, incluida la salud, si han hecho suyo el objetivo social de la salud en la comunidad.

La perspectiva intersectorial no ha de limitarse sólo a la atención primaria de salud, sino que ha de extenderse a todo el sistema de planificación de la acción sanitaria.

2. Participación comunitaria:

La salud no es un bien que se da, sino que ha de ser generada desde dentro. La acción sanitaria, pues, no puede ni debe ser un esfuerzo impuesto desde el exterior y ajeno a la población, ha de ser, más bien, una respuesta de la comunidad a los problemas que sus miembros perciben, orientada en la práctica de modo que sea aceptable para éstos y debidamente apoyada por una infraestructura adecuada.

El espíritu de autorresponsabilidad –individual, familiar, comunitario y nacional– es requisito indispensable de toda estrategia orientada al logro de la “salud para todos”. La autorresponsabilidad permite a las personas

desarrollar libremente su propio destino. Tal noción es la esencia de la atención primaria de la salud.

Así la participación comunitaria se define como una serie de actividades sencillas, que en ningún caso han de ser siempre de naturaleza médica, destinadas a satisfacer las necesidades sanitarias esenciales de los individuos, de las familias y de la comunidad, y a mejorar la calidad de vida. Se basa en el supuesto fundamental de que la salud se hace o se deshace en los lugares en que los individuos viven y trabajan. Este proceso sumariamente descrito es como se ha dicho con razón “la salud como si las personas importasen”.

3. Tecnología apropiada para la salud:

Con el crecimiento de los servicios de salud se ha producido un desproporcionado aumento de gastos en favor de una minoría, seleccionada no tanto por razones de clase o nivel social, sino en razón de la tecnología médica misma. En algunos lugares en que el problema se ha examinado se ha llegado a la conclusión de que se produce un gasto creciente con los individuos en los últimos meses o años que preceden a su muerte, un gasto que no aumenta apreciablemente la expectativa de vida ni hace humanamente tolerables los episodios terminales de la vida de las personas de edad. Asimismo el aumento de gastos en beneficio de una minoría se ha atribuido al paso de las intervenciones de atención sanitaria a niveles cada vez más elevados de especialización.

El objetivo de la salud para todos exige en primer término una tecnología sanitaria científicamente satisfactoria, que la gente pueda entender y aceptar y que quienes no son especialistas puedan aplicar. La identificación o la generación de dicha tecnología forma parte de la revolución de salud comunitaria. La estrategia de atención primaria permite detener el uso indiscriminado de los métodos, de las máquinas y de las medicinas actuales, muchos de los cuales nunca se han sometido a la evaluación crítica de un ensayo controlado o de un análisis adecuado de la relación entre costo y rendimiento. Rompe así las cadenas de la dependencia de una tecnología sanitaria de eficacia no probada, de excesiva complejidad y de enorme costo, desarrollando otro tipo de tecnología satisfactoria, culturalmente aceptable y financieramente viable, en niveles de complejidad creciente.

Es importante referirse a las diversas interpretaciones a que ha dado lugar la definición de la APS. Una primera lectura superficial de sus contenidos puede “llevar a pensar que su priorización es necesaria realmente para los países subdesarrollados y que en las naciones ricas ya se cumplen todos o la mayoría de sus postulados. Esto está muy lejos de la realidad, ya que en estos últimos países, con un sistema sanitario altamente desarrollado, es imprescindible corregir los problemas organizativos y de orientación conceptual, y en último término han aplicado y tenido más éxito con la APS que en los países en vías de desarrollo.

Otra sería la confusión con la llamada “atención médica primaria”, en realidad con enormes diferencias conceptuales y de contenido con la APS. Una última interpretación errónea es su consideración como una asistencia sanitaria de baja calidad, como luego comentaremos.

En contrario a estas concepciones, la APS está dirigida hacia *“la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos y propios de cada comunidad y que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad en ellas.*

En este sentido se pueden analizar los contenidos de la APS desde cuatro perspectivas diferentes:

- Como un conjunto de actividades;
- Como un nivel de asistencia;
- Como una estrategia;
- Como una filosofía.

La APS entendida como un *conjunto de actividades* requiere, para poder ser aplicada como tal, la inclusión de las premisas de educación sanitaria, provisión de alimentos, nutrición adecuada, salubridad del agua, saneamiento básico, cuidados maternos infantiles, inmunizaciones, prevención y control de las enfermedades endémicas, tratamiento básico y abastecimiento de medicamentos.

Entendida como un *nivel de asistencia* implica su consideración como primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema, independientemente de las restantes subdivisiones organizativas establecidas en el mismo. Esta primera zona de contacto ha de ser mutuamente interactiva, en el sentido de que no se

limite al acceso de la persona enferma a los cuidados proporcionados por el sistema, sino que también sea éste el que promueva los contactos con los componentes sanos y enfermos de la comunidad y potencie el autocuidado y autorresponsabilidad individual y colectiva respecto a su propia salud a través de actividades de promoción y educación sanitaria realizadas en las consultas y en el seno de la propia comunidad.

La APS como *estrategia* de organización de los servicios sanitarios hace referencia a la necesidad de que éstos deben estar diseñados y coordinados para poder atender a toda la población y no sólo a una parte de ella, ser accesibles y proporcionar todos los cuidados propios de su alcance. Al mismo tiempo, los servicios sanitarios deben mantener una relación adecuada de costo-beneficio en sus actuaciones y resultados y estar abiertos a la colaboración intersectorial. Potenciar la estrategia de la APS en una país significa proceder a una adecuada redistribución de los recursos totales empleados en el sistema sanitario, tanto en lo que se refiere a los recursos humanos como a los materiales y financieros.

Por último la APS como *filosofía* implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud en el marco de los fundamentales de las personas y que garantice su defensa de prioritaria y responda en todo momento a criterios de justicia e igualdad en el acceso y disfrute de este derecho por todos los ciudadanos, con independencia de cualquier otro factor.

Son elementos principales que caracterizan a la Atención Primaria de la Salud:

- Integral: considerando al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial. Las esferas biológica, psicológica y social no son independientes o tangenciales, sino que se interseccionan en la persona y sus problemas de salud.
- Integrada: que interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y reinserción social que han de formar parte de las actuaciones desarrolladas. Que se integra funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.
- Continuada y permanente: a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y en cualquier circunstancia (consulta, urgencias, seguimiento hospitalario, etc.).

- Activa: los profesionales de la salud no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas, han de trabajar activamente en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades, poniendo énfasis en la educación sanitaria.
- Accesible: los ciudadanos no deben encontrar dificultades para poder tomar contacto y utilizar los medios sanitarios.
- Basada en el trabajo en equipo interdisciplinario: integrados por profesionales de diversas disciplinas y áreas de la salud y disciplinas asociadas.
- Comunitaria y participativa: atención de los problemas de salud colectivos y no sólo de los individuales, mediante la utilización de las técnicas propias de la salud pública y medicina comunitaria. La APS está basada en la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actividades.
- Programada y evaluable: actuación basada en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.
- Docente e investigadora: desarrollando actividades de docencia de pre y posgrado así como de formación continuada de los profesionales del sistema y de investigación básica y aplicada en materias propias de su ámbito”.

En un sentido amplio, cabe definir el “sistema sanitario” como el conjunto coherente de gran número de partes componentes relacionadas entre sí, sectoriales e intersectoriales, así como la mínima comunidad, que producen un efecto combinado en la salud de una población. Quizá el sistema de salud ideal sea un sistema unificado que abarque las medidas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Unificado o no, un sistema sanitario debe estar compuesto de varias partes coordinadas entre sí y debe llegar hasta el hogar, el lugar de trabajo, la escuela y la comunidad. Por lo general, el sistema sanitario está organizado en varios escalones.

La atención primaria de salud presta particular interés al punto de contacto inicial entre los miembros de la comunidad y los servicios de salud. Debidamente concebida, la noción de escalones supone un sistema regionalizado en el cual se da la máxima prioridad a la atención primaria, que se presta en el escalón local. La prevención, el fomento de la salud y la solución de los problemas comunes deben constituir la principal línea de acción. Los casos cuya atención resulta costosa y que requieren cuidados especializados deben transmitirse a los escalones secundario (intermedio) y terciario (regional o nacional). Es en el escalón local donde la atención de salud será más eficaz en el contexto de las necesidades y

las limitaciones de la zona de que se trata, reconociéndose debidamente a los usuarios de los sistemas de salud como seres sociales en un determinado medio ambiente. Allí en lugar de esperar pasivamente que los problemas llamen a la puerta de los servicios de urgencia o del consultorio (el procedimiento del “venga y se le atenderá”), el sistema de salud debe tratar de alcanzar activamente a la totalidad de la población para fomentar la salud y prevenir las enfermedades y para resolver los problemas cuando éstos se plantean.

En resumen, un sistema sanitario bien equilibrado basado en la atención primaria de salud debe:

- abarcar la totalidad de la población sobre una base de equidad y de participación responsable;
- incluir componentes del sector de la salud y de otros sectores cuyas actividades interrelacionadas contribuyen a la salud;
- llevar los elementos esenciales de la atención primaria de salud al primer punto de contacto entre los individuos y el sistema sanitario;
- apoyar la prestación de atención primaria de salud en el escalón local, como una prioridad importante;
- facilitar, en los escalones intermedios, la atención profesional y especializada necesaria para resolver los problemas de salud más técnicos, que no pueden resolverse en el plano local, así como formación y orientación permanentes para las comunidades y los agentes de salud de la comunidad;
- facilitar, en el escalón central, servicios de expertos en planificación y gestión, atención de salud sumamente especializada, formación para especialistas, los servicios de ciertas instituciones como los laboratorios centrales y apoyo logístico y financiero centralizado;
- facilitar la coordinación en todo el sistema, con el envío de casos difíciles entre los diversos escalones y entre los componentes de éstos cuando sea necesario.

El apoyo que el sistema sanitario debe aportar a la atención primaria de salud puede clasificarse bajo tres epígrafes;

- Promoción de la atención primaria de salud
 - Establecimiento de las políticas y del orden de prioridades
 - Movilización del apoyo intersectorial
 - Legislación
 - Movilización del apoyo de la comunidad

- Desarrollo de la atención primaria de salud
 - Planificación y programación, incluida la coordinación intersectorial, elección de una tecnología apropiada, participación de la comunidad, evaluación e investigaciones apropiadas.
 - Formación de personal de salud, incluidas la orientación del personal ya existente y la formación de nuevos agentes.
 - Organización, incluidos los mecanismos de envío de enfermos
 - Provisión de medios de financiación y de instalaciones
- Funcionamiento de la atención primaria de salud
 - Gestión de los recursos, con inclusión de las finanzas, los recursos de personal y la información
 - Coordinación de las diversas componentes, incluidas las instituciones sectoriales y las comunidades
 - Supervisión de apoyo
 - Provisión de equipo, suministros y medicamentos.

Así pues, el apoyo a la atención primaria de salud debe abarcar su promoción, su desarrollo y su funcionamiento, que constituyen de hecho un ciclo continuo. Para que un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud pueda crecer y desarrollarse correctamente es necesaria una voluntad permanente de contribuir a los tres elementos mencionados.

Para ello es indispensable una comprensión y aceptación generalizadas de la importancia de la atención primaria de salud por parte de la ciudad, así como de los políticos y las autoridades.

COMPONENTES BÁSICOS DE LA APS

- Educación para la salud y prevención
- Provisión de alimentos y nutrición adecuada
- Asistencia materna infantil y planificación familiar
- Inmunizaciones
- Prevención y tratamiento de enfermedades endémicas locales
- Prevención y tratamientos de enfermedades prevalentes

- Suministro de medicamentos esenciales
- Financiamiento

ARGENTINA: PLAN FEDERAL DE SALUD

Objetivo:

Lograr un Sistema de Salud equitativo e integrado, con un rol activo de un Estado garante del bienestar de la población y donde la estrategia de APS es la organizadora de todo el sistema. Para ello el modelo sanitario deberá estar basado en la construcción de REDES de atención con base en la estrategia de APS. Esta estrategia apunta a asegurar la cobertura efectiva de atención primaria a toda la población, propiciando su participación responsable.

Acciones a Nivel Nacional:

- Programa REMEDIAR: Medicamentos
- Programa de Salud Sexual y Procreación responsable
- Programa de Salud infantil y Materna
- Programa de Profesionales Comunitarios: Capacitación
- Plan Nacer: capacitación, equipamiento y financiación por pago de prestaciones materno infantiles.

Agentes Comunitarios de Salud Existen múltiples denominaciones en los diferentes países, regiones y localidades, para designar a los que participan de forma voluntaria en los programas, planes y tareas de salud; así se han llamado agentes, líderes, delegados, voluntarios, promotores, responsables, auxiliares, etc. Estos términos no siempre son sinónimos y muchas veces bajo una misma denominación se entienden tareas totalmente diferentes. El responsable de salud es un miembro dirigente o de base de algunas de las organizaciones representativas de la comunidad local, pertenece, pues, a la comunidad a la que sirve y es responsable ante ella.

Como señala Molina, el agente de salud ocupa un lugar de primer orden dentro de la organización de la comunidad y sirve de nexo entre los servicios de salud y la población. Pero tiene una tarea más importante, la de movilizar a los ciudadanos y tratar de llegar a cada una y a todas las personas de su organización y de la comunidad: sólo realizando esta tarea llega a ser el vínculo auténtico entre la comunidad y sus servicios de salud.

Para realizar este trabajo, es necesario poseer un espíritu de solidaridad social, tiempo para dedicarse a esta labor y el respaldo de la organización a la que se pertenece.

Entre las funciones de los agentes de salud, cabe destacarse:

- conocer los problemas de salud de su barrio o área; • conocer los programas y actividades de la institución;
- transmitir esta información a sus organismos de base;
- dar a conocer al personal sanitario la deficiencia encontrada en el trabajo de salud, la observada o sentida por los vecinos y tratar de lograr su corrección
- colaborar con el personal sanitario en el cumplimiento y evaluación de los programas, participando activamente en las tareas de educación para la salud, intentando llevar a todos los habitantes un nivel mínimo de conocimientos de conductas saludables y de educación para la salud para proteger y cuidar su salud y para utilizar correctamente los servicios de salud de su hospital base e instituciones de menor nivel, y;
- participar activamente en los proyectos de salud de su área programática.

ROL DEL FONOAUDIOLOGO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD

el fonoaudiólogo dentro de los APS de la Ciudad de Mar del Plata, se encuentra ubicado en el equipo de Salud Mental y es capaz de aportar desde su experticia conocimientos necesarios para diseñar, desarrollar programas y proyectos que permitan disminuir los riesgos que puedan afectar la salud comunicativa y mejorarlos estilos de vida saludables de las comunidades.

Acciones fonoaudiológicas de promoción: La promoción de la salud es entendida como el medio para mantener la salud de las personas fomentando estilos de vida saludables a través de la información y la educación sanitaria, mediante actividades organizadas en diversos lugares de la propia comunidad:

- Estimular para el adecuado desarrollo del lenguaje de los niños.
- Fomentar el autocuidado de la salud auditiva
- Crear estrategias que optimicen el desempeño de la función vocal.
- Estimular tempranamente estilos de vida saludable para disminuir la presencia de desórdenes comunicativos por circunstancias que se puedan prevenir teniendo en cuenta las principales causas de la misma. (Maltrato, problemas congénitos, abandono).
- Mantener las habilidades comunicativas en el adulto mayor (mantenimiento del tópico, fluidez).

Acciones fonoaudiológicas de prevención: La prevención es entendida como la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológico, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue, o genere secuelas evitables:

- Determinar posible pérdida auditiva en población vulnerable.
- Detectar tempranamente las alteraciones del desarrollo auditivo y del lenguaje en el niño
- Evitar alteraciones del crecimiento del aparato estomatognático.
- Efectuar una evaluación no formal de voz (cualidades, resonancia, respiración) .
- Evitar malos hábitos deglutorios en neonatos de alto riesgo (prematuros, y niños congénitos de cavidad oral)

- Establecer la necesidad de implementar un sistema de comunicación aumentativa y/o alternativa a la población que lo requiera, para mejorar el desempeño comunicativo en su entorno

TEORIAS SOBRE LA ADQUISICION DEL LENGUAJE

- ENFOQUE CONDUCTISTA: **SKINNER**
- ENFOQUE INNATISTA: **CHOMSKY**
- ENFOQUE COGNITIVO: **PIAGET**
- ENFOQUE SOCIOCULTURAL: **VYGOTSKY**
- ENFOQUE PRAGMÁTICO: **BRUNER**

ENFOQUE CONDUCTISTA: SKINNER.

Skinner adopta una posición empirista, es decir, considera que el desarrollo del lenguaje depende exclusivamente de los estímulos externos. El lenguaje son respuestas que el niño aprende por condicionamientos aparentes, respuestas que son verbales e intraverbales, de manera secundaria.

Skinner clasifica a las repuestas verbales de un modo original y que no tuvo mucha relevancia. Skinner distingue cuatro tipos de respuesta: los mandos, los tactos, las respuestas ecoicas y las respuestas autocríticas. Todo esto lo plantea en su libro "Conducta verbal" publicado en 1957.

El conductismo por aquella época estaba en auge y se le planteó que explicase el comportamiento verbal. Pero Skinner estaba lejos de poder explicar el lenguaje debido a los mediocres instrumentos del conductismo, fue en este momento cuando comienza el declive de Skinner.

Aspectos positivos del conductismo:

- El conductismo hizo que en los estudios se fijasen en el contexto, la forma de hablar al niño, lo que se llegó a llamar en un primer momento el Babytalk. Y es importante su esquema estímulo provoca una respuesta.
- También permitió los programas de tratamiento de niños con alteraciones del lenguaje o tratamiento fonoaudiológico. Los estímulos no se analizan aisladamente sino que se estudia el episodio verbal global, la conversación.
- Lo más importante del conductismo es precisamente la controversia que se creó en torno al mismo. La ciencia está influida por las modas, por los hechos sociales, y el conductismo fue una moda que afectó a todo.

Críticas hacia la teoría de Skinner.

- El lenguaje es algo muy complejo y la Teoría conductista es algo insuficiente para explicarlo.
- Las explicaciones del conductismo se basan en el aprendizaje animal, de tal manera que existe una generalización de lo que hacen los animales a lo que hacen las personas. Los estudios del desarrollo del lenguaje del conductismo se basaban en el estudio con loros.
- El conductismo no contempla ningún tipo de etapa. Para la Teoría conductista el lenguaje es simplemente sumatorio.

ENFOQUE INNATISTA: CHOMSKY.

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

Chomsky establece dos grandes principios. El principio de *autonomía* según el cual el lenguaje es independiente de otras funciones y los procesos del desarrollo del lenguaje también son independientes de otros procesos de desarrollo. El segundo principio es el principio de *innatismo* según el cual el lenguaje es un conjunto de elementos y reglas formales; es decir, es una gramática que no puede aprenderse asociativamente en virtud de la asociación de estímulo con respuesta, por lo tanto, es innato.

Chomsky toma al conductismo como si fuese toda la Psicología por lo que si no se puede explicar debe ser porque es innato. Chomsky plantea el "problema de Platón", este problema lo formula bajo los siguientes términos: ¿Cómo es que el niño aprende el lenguaje con tanta rapidez y sencillez con un input tan pobre? Esta observación es muy pobre.

Críticas al problema de Platón.

- El aprendizaje del lenguaje dura toda la vida; pero aunque sea hasta los 6-7 años con qué se puede comparar para decir que es rápido.

- La sencillez es una idea popular que es sobre la que se basa la publicidad de escuelas de idiomas. A los niños se les presenta un idioma durante veinticuatro horas al día y el niño concentra toda su atención y esfuerzo para entenderlo y que le comprendan. Chomsky parte de unas premisas que no son rigurosas y que son hasta cierto punto erróneas. Chomsky llega al innatismo por eliminación planteando unas premisas como evidentes que parecen de sentido común y que no se corresponden con una realidad objetiva.

Este innatismo del lenguaje se concreta diciendo que todos nacen con un constructo interno, un esquema innato específicamente humano y genéticamente hereditario que es lo que él llama LAD (Dispositivo de Adquisición del Lenguaje). Este mecanismo tiene como contenido a un conjunto de principios gramaticales universales que son la Gramática Universal. Cuando uno nace, con este dispositivo, empieza a recibir unos estímulos lingüísticos o datos lingüísticos primarios. Una vez que estos datos son procesados en el LAD hay un output o resultado que es la Gramática de la lengua en cuestión.

Las implicaciones de la Teoría de Chomsky:

- La importancia decisiva que tiene el estudio del lenguaje infantil para la teoría lingüística, debido a que la teoría lingüística quiere una teoría general para el estudio del lenguaje y esta Gramática General se encuentra dentro del niño. Pero Chomsky al igual que sus discípulos se imaginaban esos mecanismos ya que no estudiaban al niño en cuestión.
- Importancia que adquirió el estudio de los fundamentos biológicos del lenguaje y la noción de periodo crítico para el lenguaje. En esta línea destaca Lennerberg y su "Teoría maduracionista".
- De alguna manera viene a decir que las diferencias ambientales no influyen en la adquisición del lenguaje. Y es cierto que en general sean cuales sean los estímulos que recibe el niño la mayoría de los niños desarrollan el lenguaje de igual manera o al menos en los primeros años.

Críticas a Chomsky:

- Chomsky renuncia a explicar la adquisición del lenguaje, no explica el mecanismo de esta adquisición. Chomsky se dedica a criticar la teoría de Skinner.
- Ignora los factores cognitivos y sociales.

- El lenguaje para él se asemeja a una especie de órgano biológico especializado.
- Es un modelo instantáneo que no da cuenta del proceso del desarrollo. Desde el momento en el que el niño lo usa parece que ya lo haya aprendido.
- No da cuenta de un orden de adquisición.
- No explica porque hay rasgos que no son universales, hay partes de las lenguas que son particulares de las mismas.
- Es cierto que en general los niños aprenden el lenguaje independientemente de los estímulos; pero también es verdad que hay diferencias individuales.

ENFOQUE COGNITIVO: PIAGET

La posición de Piaget es *mentalista* como la de Chomsky y también *constructivista*. Piaget plantea una teoría genética y formal del conocimiento según la cual el niño debe dominar la estructura conceptual del mundo físico y social para adquirir el lenguaje.

En 1923 publica "El lenguaje y el pensamiento en el niño" donde establece la primacía del pensamiento. El lenguaje sería un producto de la inteligencia por lo que el desarrollo del lenguaje es el resultado del desarrollo cognitivo. Habla de un lenguaje egocéntrico en los niños pequeños pues estos hablan con ellos mismos a pesar de estar con más gente. Según Piaget esto sería un reflejo del pensamiento egocéntrico del niño. Cuando el pensamiento deja de ser egocéntrico (descentralización cognitiva) aparece el lenguaje socializado o comunicativo.

En 1946 escribe "Formación del símbolo en el niño", un libro dedicado a la subordinación del lenguaje y explica a través de la función simbólica la capacidad de la inteligencia para las representaciones (manejadas por operaciones del pensamiento). Los niños al final del periodo senso-motor desarrollan la función simbólica como una capacidad más de la inteligencia, hasta este momento no existe lenguaje. De esta manera el conocimiento se refleja de distintas maneras: imágenes mentales, imitación diferida, juego simbólico, dibujo y lenguaje.

En 1966 se publica "La imagen mental en el niño" donde profundiza en las representaciones del niño. En este libro establece las diferencias entre los

instrumentos figurativos (representaciones) y los operativos. Explica que los instrumentos figurativos, sobre todo el lenguaje, los ha desarrollado el pensamiento como una forma de expresarse y socializarse.

Esto tuvo sus implicaciones:

- Un papel activo que se le otorga al niño.
- La función simbólica y, en general toda la inteligencia, tiene sus raíces en esquemas de acción sobre el mundo físico y no en la interacción.
- Se intentó investigar hasta qué punto los logros cognitivos influían en la adquisición de los logros lingüísticos.
- Provocó una discusión acerca de las relaciones entre el pensamiento y el lenguaje. Su postura se conoce como la hipótesis cognitiva fuerte en la que el lenguaje depende del pensamiento totalmente. A partir de los años setenta dentro de la teoría piagetana se matizó esta postura y Cromer formuló la llamada hipótesis cognitiva débil: "somos capaces de manejar determinadas estructuras lingüísticas sólo cuando las habilidades cognitivas lo permiten".

Las críticas que se pueden hacer son:

- La infravaloración que hace del lenguaje y de los aspectos sociales y comunicativos.
- Su idea del egocentrismo radical y de que las personas del entorno del niño tienen poca importancia.
- El lenguaje se limita a una función representativa.
- Confunde representación con simbolización. En las imágenes mentales e imitaciones diferidas no hay simbolización aunque sí representación.

DEBATE ENTRE CHOMSKY Y PIAGET.

El debate entre Chomsky y Piaget fue un debate a distancia. A partir de la reunión que tuvieron en 1975 se publicó "Teorías del lenguaje y aprendizaje".

Los puntos en desacuerdo:

- Chomsky defendía la autonomía y especificidad del lenguaje mientras que para Piaget responde a unos principios del desarrollo cognitivo y no es un proceso a parte.
- Para Piaget el hecho de que en el lenguaje haya elementos universales no significa que sean innatos. Son los primeros esquemas cognitivos y los mecanismos funcionales de la inteligencia (asimilación y acomodación).

Los puntos en los que estaban de acuerdo:

- La importancia de las estructuras internas (mentales) del sujeto.
- Ambos utilizan un concepto básico similar: competencia ideal (Chomsky) y sujeto epistemológico (Piaget).
- Hacen un esfuerzo por construir una teoría formal.
- Ambos plantean teorías constructivistas en las que existe una génesis de estructuras mentales.
- En contra de Skinner para ellos el lenguaje es un producto de la razón y no del aprendizaje asociativo.

ENFOQUE SOCIOCULTURAL: VYGOTSKY

Vygotsky publicó en 1934 "Pensamiento y lenguaje", pero su mayor influencia le vino con la traducción al inglés en 1962.

Para Vygotsky el desarrollo humano se produce mediante procesos de intercambio y transmisión del conocimiento en un medio comunicativo y social (la cultura). Es decir, la transmisión de los conocimientos de la cultura se realiza a través del lenguaje. Por lo tanto, el lenguaje es el principal vehículo de esos procesos y es lo que influye decisivamente en el desarrollo de la mente.

Las funciones mentales se interpretan como normas sociales interiorizadas como resultado de una cesión de conciencia. Por lo tanto, lenguaje y pensamiento son dos cosas distintas con orígenes distintos y que a lo largo del desarrollo se produce una interconexión funcional en el que el pensamiento se va verbalizando y el habla se va haciendo racional. De tal manera que se regula y planifica la

acción. En definitiva, el pensamiento no está subordinado al lenguaje, está influido.

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

ENFOQUE PRAGMÁTICO: BRUNER

El enfoque de Bruner intenta buscar una tercera vía que tenga en cuenta el constructivismo y que sea interaccionista. Quiere llenar el hueco entre lo imposible y lo milagroso (empirismo ambientalista de Skinner y mentalismo innatista de Chomsky).

Bruner enfatiza el uso y la función a la hora de explicar la adquisición del lenguaje. Como es tan importante que el niño aprenda a comunicarse, la sociedad considera esos como lo más importante. El niño disfruta de un acceso privilegiado al lenguaje pues está sistemáticamente arreglado por la comunidad lingüística los llamados amplificadores externos del desarrollo, de los cuales el más importante es la familia.

Al niño se le proporcionan oportunidades sistemáticas para negociar, los denominados procedimientos lingüísticos y significados. Es fundamental, ya desde el nacimiento, la relación con los agentes externos, la comunicación pre-lingüística. Con ella empieza el estudio del lenguaje, luego tiene una continuidad funcional con el mismo.

Los primeros precursores del lenguaje serían los llamados formatos que Bruner define como estructuras predecibles de acción recíproca. Estos formatos son situaciones que el adulto prepara muy repetidas veces en las que interacciona con el niño. Los adultos pueden desarrollar las estrategias de ayuda desde las cuales el niño desarrollará poco a poco el lenguaje

DESARROLLO DE LA OBSERVACION Y LA PRÁCTICA REALIZADA

Antecedentes:

Los datos y antecedentes que se pudieron recolectar de la historia de cada niño fueron extraídos de las anamnesis que se le realizaron a los padres en el momento previo a la evaluación de los niños. En base toda esta información sustraída, concluimos en lo siguiente:

- Los niños pertenecen a familias ensambladas.
- Nivel socioeconómico bajo
- Nivel educacional de los padres es primario completo y en pocos casos uno de los dos tiene nivel secundario.
- Nivel educacional de los niños fue cursando actualmente el jardín de infantes.

Cronología de la observación y la práctica:

El screening comenzó a tomarse el día seis de mayo del año 2015 hasta el primero de julio del 2015 inclusive.

Se otorgaron turnos para cada paciente en donde se realizó primero la entrevista con los padres y luego se evaluó a cada niño en particular con el Test PSL junto con un barrido fonético.

INFORMES Y RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES:

Resultados del “**PRESCHOOL LANGUAGE SCALE**” (PSL)

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	FECHA DE NAC	E.C	COM	EXP	DIAGNOSTICO
RODRIGO BASUALDO		25/04/2012	3-1M	1 - 11M	7M	TALLER C/ FO
SAMUEL DALBIS		18/05/2012	3A	2- 1 M	1 -2M	TALLER C/ FO
MORENA NAVARRO		14/05/2011	5A	4 - 8 M	4 - 6M	LGE ESPERADO
LUZ GOMEZ		02/02/2011	4 -4M	S/E	S/E	TGD?
LUCIANO ALI		03/03/2011	4 - 3M	2-1M	2-6M	TALLER C/ FO
LUCIO HERRERA		01/04/2011	4-1-M	2-1M	1-9M	TALLER C/ FO
MARCOS NAHUEL ROJAS		28/02/2011	4-3M	2-5M	2-4M	TALLER C/ FO
JOAQUIN GOROSITO		23/01/2011	4-3M	3-1M	3-5M	LGE ESPERADO
EZEQUIEL D'INGULO		26/04/2011	4-1M	2-6M	2-6M	TALLER C/ FO
JUAREZ FLORENCIA		15/05/2011	4A	2-9M	2-9M	LGE ESPERADO
ESPERANZA BURGUEÑO		26/04/2011	4-1M	2-7M	3A	TALLER C/ FO
THIAGO ISAIAS MED		28/11/2010	4-6M	3A	2-5M	TALLER C/FO
IGNACIO QUILICI		07/09/2010	4-8M	2A	2-5M	TALLER C/ FO
THIAGO NUÑEZ		24/07/2011	3-10M	3A	S/E	TALLER C/ FO
NAIARA FIGUEROA		01/04/2010	5A	3-1M	3-9M	TALLER C/ FO
JULIETA DALBIS		02/05/2010	5A	2-5M	2-9M	TALLER C/ FO
LAUTARO CARBANIARI		17/10/2010	4-7M	2-11M	2-9M	TALLER C/ FO
LAUTARO MONTIEL		04/04/2011	4A	4-10M	4-10M	LGE ESPERADO
BENJAMIN BURGUEÑO		12/11/2009	5-7M	4-4M	5-1M	LGE ESPERADO
ORNELA ROMERO		13/09/2009	5-8M	3A	S/E	TALLER C/ FO
SERENA GOMEZ		07/09/2011	5-6M	3-5M	2-6M	TALLER C/ FO
LAUTARO BRANDAM		01/06/2011	4A	S/E	S/E	TTO C/ FO
PRISCILA BIGONI		02/08/2009	5-10 M	4-2M	4A	LGE ESPERADO
PENNA FRANCO		13/04/2010	5A	4-2 M	3-5 M	LGE ESPERADO
UMMA VARDINELI		28/12/2010	4-6M	2-6M	2-5M	TALLER C/ FO
ZOE ESTRADA		22/02/2011	4-4M	2-1 M	2-4 M	TALLER C/ FO
YANINA BIGONI		03/12/2010	4-6m	2 AÑOS	2-9 M	TALLER C/ FO
BENJAMIN ROJAS		13/03/2011	4-3M	1-9 M	S/E	TALLER C/ FO
THIAGO DIAZ		06/05/2010	5A	2-10 M	3-5 M	TALLER C/ FO
CATALINA MIGONI		13/01/2011	4-5M	3-3 M	2-7 M	TALLER C/FO
JENIFER ALE		23/03/2010	5-2M	3-7 M	2-4 M	TALLER C/ FO
JAQUELINE ALE		12/01/2009	6A	S/E	S/E	TALLER C/ FO
ELIAN PIRIS		04/10/2009	5-8 M	1-1M	3 AÑOS	HIPOAC. UNI
CIRO REPETTO		31/05/2010	5A	3-4M	4-2M	LGE ESPERADO
LIZ IBARRA		16/04/2012	3A-2M	1-4M	S/E	TALLER C/ FO

IAN DILAN		23/05/2012	3A	S/E	S/E	TALLER C/ FO
JOACO AVILA		04/05/2011	4A	S/E	S/E	TALLER C/ FO
STEFANO LEIVA		12/10/2010	4-7M	2-4M	3A	TALLER C/ FO
GONZALO N. MONTES		09/04/2010	5A- 2M	4A -3M	4A -6M	LGE ESPERADO
JOEL PINEDA		24-06-11	4A	2A -6M	2A -4M	TALLER C/ FO
					TOTAL	41 NIÑOS

GRAFICO 1: COMPRESION

41 NIÑOS → **100 %** es el total de la muestra tomada.

32 NIÑOS → **78,04 %** niños con desfase de 2 años o más con respecto a su edad cronológica.

9 NIÑOS → **22 %** sin alteraciones a nivel comprensivo.

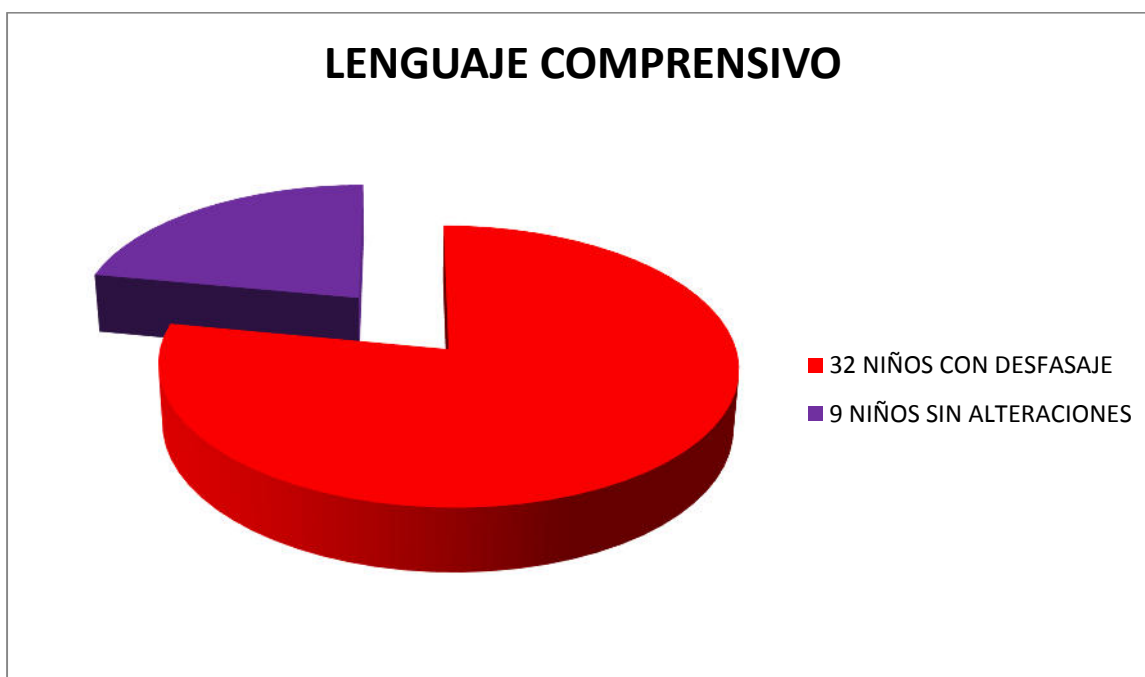


GRAFICO 2: EXPRESION

41 NIÑOS → 100 % es el total de la muestra tomada.

31 NIÑOS → 75,6 % niños con desfasaje de 2 años o más con respecto a su edad cronológica.

10 NIÑOS → 24,4 % niños sin alteraciones expresivas.

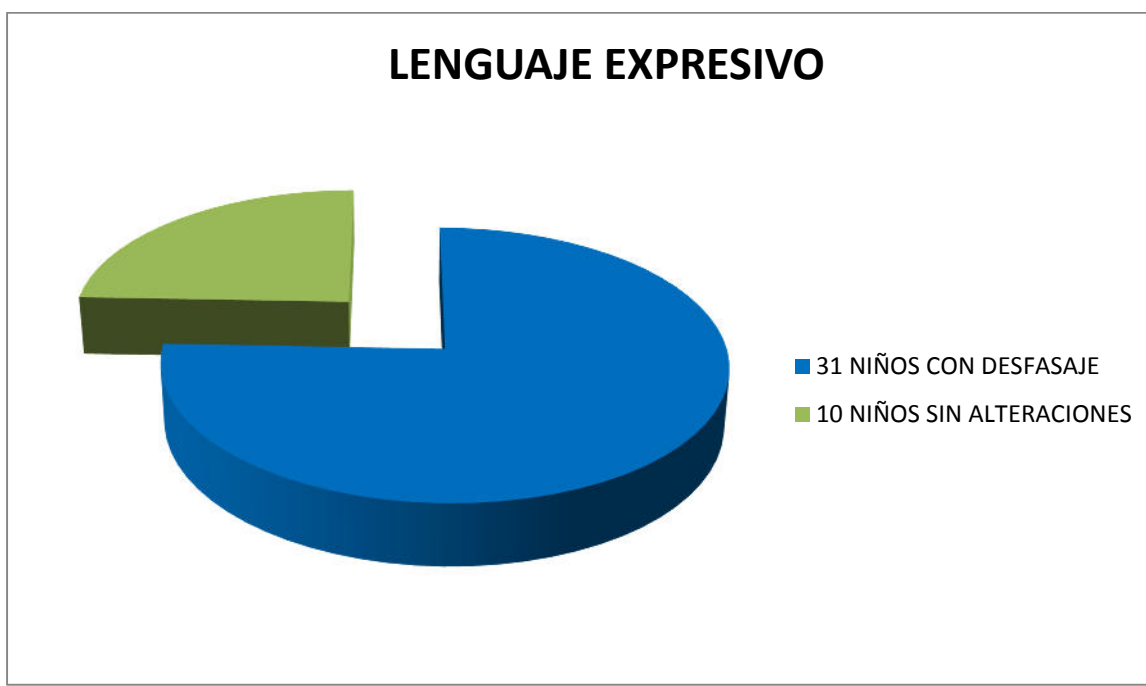
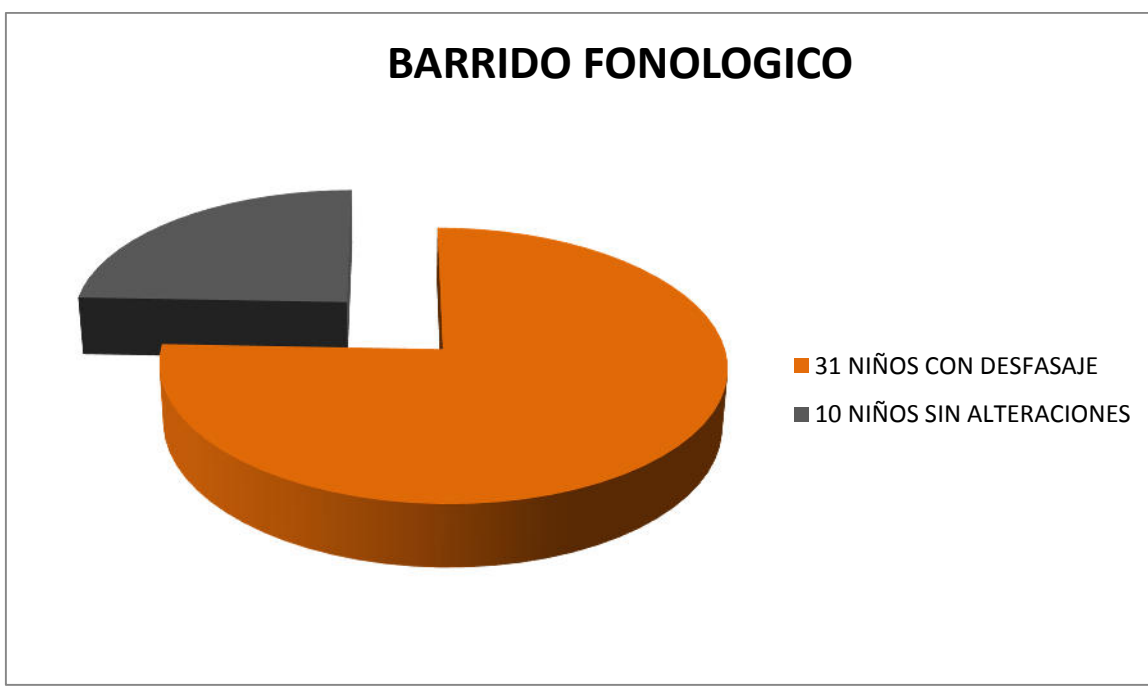


GRAFICO 3: BARRIDO FONOLOGICO

41 NIÑOS → 100 % es el total de la muestra tomada

31 NIÑOS → 75,6 % con dificultades fonológicas: omisión, sustitución, reduplicación, inversión etc.

10 NIÑOS → 24,4 % sin alteraciones expresivas.



PLAN TERAPEUTICO

OBJETIVO GENERAL

- Dinamizar el desarrollo del lenguaje y de las capacidades cognitivas del niño a través de talleres de estimulación.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Desarrollar los elementos necesarios para la estimulación del lenguaje y las capacidades cognitivas del niño.
- Prevención y corrección de posibles alteraciones lingüísticas mediante la potenciación de los subsistemas del lenguaje.
- Evaluación multiprofesional de las dificultades que se presenten durante el desarrollo del trabajo.
- Derivación de los niños en los que se presuman problemas a otros servicios.

JUSTIFICACION DEL TALLER DE ESTIMULACION DEL LENGUAJE COMPRENSIVO Y EXPRESIVO

Este programa de estimulación y prevención del lenguaje oral surge como intento de dar respuesta a las muchas observaciones realizadas por parte de las alumnas residentes de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad Fasta, que concurrieron al “Centro de Atención Primaria de la Salud Nº 2” y sobre elevado número de niños que asistían a la institución con una alteración del habla.

El taller propone como elemento favorecedor del desarrollo del lenguaje y de las capacidades cognitivas del niño, aportándolos elementos necesarios para la estimulación de dichos procesos, así como la prevención de posibles alteraciones lingüísticas.

El desarrollo del programa supone el reconocimiento de un taller como un espacio para crear ambientes comunicativos que desarrollen el lenguaje utilizando diferentes ejercicios y actividades como estrategia de intervención y elemento motivador.

ACTIVIDADES

Los contenidos a desarrollar en los talleres de estimulación lingüística abarcaran los aspectos fundamentales del desarrollo del lenguaje y la comunicación. Deben estar ajustados a las necesidades de cada paciente y cumplir la función de prevención y estimulación lingüística.

Cada una de estas sesiones incluirá los siguientes ítems a realizar:

- Ejercicios de relajación
- Ejercicios de respiración
- Ejercicios de vocabulario
- Actividades de semántica
- Estimulación del lenguaje
- Ejercicios de gnosias
- Comprensión lingüística
- Ejercicios de estimulación cognitiva
- Juegos (intercambio de roles, interacción con compañeros etc.)
- Ejercicios de discriminación auditiva
- Ejercicios de articulación
- Ejercicios de expresión oral

Ejercicios y actividades

1) APRENDER UN POEMA

Objetivos de la ficha

- Iniciarse en la comprensión de textos poéticos
- Adquirir el gusto y disfrute con la escucha de textos poéticos
- Reconocer y memorizar textos poéticos
- Autoevaluar el resultado de la actividad

Materiales necesarios

- Página impresa de la actividad.
- Un lápiz

Sugerencias para realizar la actividad de la ficha

- Léale al niño el enunciado de la actividad y el texto. Haga hincapié en leer el poema con la entonación y el ritmo adecuado al texto.
- Pedir al niño que memorice el texto.
- Tras completar la ficha, pídale que coloree una carita según cómo crea que lo ha hecho.

2) ENCUENTRA EL NIÑO DIBUJADO COMO INDICA EL POEMA Y RODÉALO.

Para dibujar un niño hay que hacerlo con cariño. Pintarle mucho flequillo, -que esté comiendo una galletita-; muchas pecas en la cara que se note que es un pillo; -pillo rima con flequillo y quiere decir travieso-. Continuemos el dibujo: Redonda cara de queso. Para dibujar un niño hay que hacerlo con cariño.



3) APRENDER UNA CANCION

Objetivos de la ficha

- Reconocer el texto de una canción
- Familiarizarse con varios textos: canción
- Autoevaluar el resultado de la actividad

Materiales necesarios

- Página impresa de la actividad.

- Lápiz, crayones o fibras de colores.

Sugerencias para realizar la actividad de la ficha

- Léale al niño el enunciado de actividad.
- Léale al niño la letra de la canción. Anímele a que la cante y la memorice.
- Sugiera al niño que asocie los diversos versos con un gesto corporal: es muy pequeña, tiene frío, etc.

Colorea los espacios con puntos y descubre a los personajes de la canción:

*“La luna es muy pequeña, y el sol es muy mayor.
La luna tiene frío, y el sol le da calor.
La luna es muy pequeña, y el sol es muy mayor.
A saltar, a saltar con la luna y con el sol”*



4) VOCABULARIO CON SONIDOS DE ANIMALES

Objetivos de la ficha

- Ampliar el vocabulario relacionado con los animales

- Identificar onomatopeyas de animales
- Autoevaluar el resultado de la actividad

Materiales necesarios

- Página impresa de la actividad.
- Un lápiz

Sugerencias para realizar la actividad de la ficha

- Leer al niño el enunciado de la actividad y el texto.
- Leer las onomatopeyas con la entonación adecuada para que el niño las distinga correctamente.
- Juegue con el niño a adivinar animales según los sonidos que realizan.

Redondea el sonido que realiza cada animal:



5) VOCABULARIO CON PARTES DE LA CASA

Objetivos de la actividad

- Ampliar el vocabulario relacionado con la casa
- Identificar el nombre de diversos elementos que se incluyen en el cuarto de baño
- Autoevaluar el resultado de la actividad

Materiales necesarios

- Página impresa de la actividad.
- Un lápiz

Sugerencias para realizar la actividad de la ficha

- Leer al niño el enunciado de la actividad y el texto.
- Leer el nombre de los elementos que debe colorear
- Pídale que diga otros elementos que hay en el cuarto de baño.

Colorea según corresponda:

Rojo: la ducha

Azul: el bidet

Verde: la bacha y el espejo

Gris: la alfombra



6) VOCABULARIO CON LA PLAZA

Objetivos de la ficha

- Ampliar el vocabulario relacionado con el parque
- Reconocer objetos que hay en un parque adquirir vocabulario relacionado con los mismos
- Autoevaluar el resultado de la actividad

Materiales necesarios

- Página impresa de la actividad.
- Un lápiz
- Crayones o fibras de colores

Sugerencias para realizar la actividad de la ficha

- Leer al niño el enunciado de la actividad y el texto.
- Indicar de qué colores tiene que pintar los objetos del parque
- Jugar con el niño a decir por turnos otros objetos que se pueden encontrar en el parque

Coloreamos según corresponda:

Azul: las nubes

Marrón: tobogán

Rosa: las hamacas

Verdes: los arboles

¿Cuántos niños hay?

¿Los coloreamos?



7) TRABAJAMOS CON LAS PRAXIAS


- Coloreamos las partes de la cara que hagan algún movimiento
- Hacemos los gestos delante del espejo.



8) DISCRIMINACION AUDITIVA

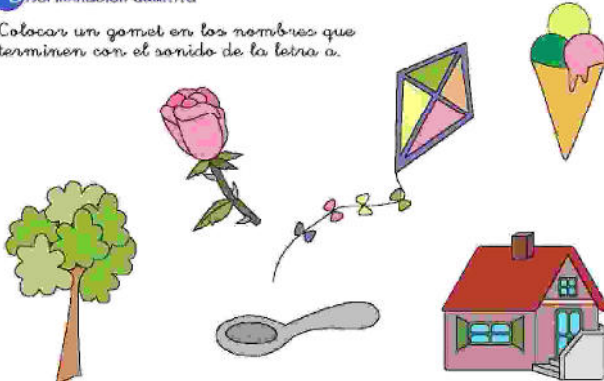
Coloreamos los nombres de los dibujos que terminen con el sonido "A":

Discriminación auditiva
Colocar un gomiet en los nombres que terminen con el sonido de la letra a.



Niño/a: _____

Discriminación auditiva
Colocar un gomiet en los nombres que terminen con el sonido de la letra a.



9) RECONOCEMOS LAS LETRAS

Objetivos del ejercicio de escritura

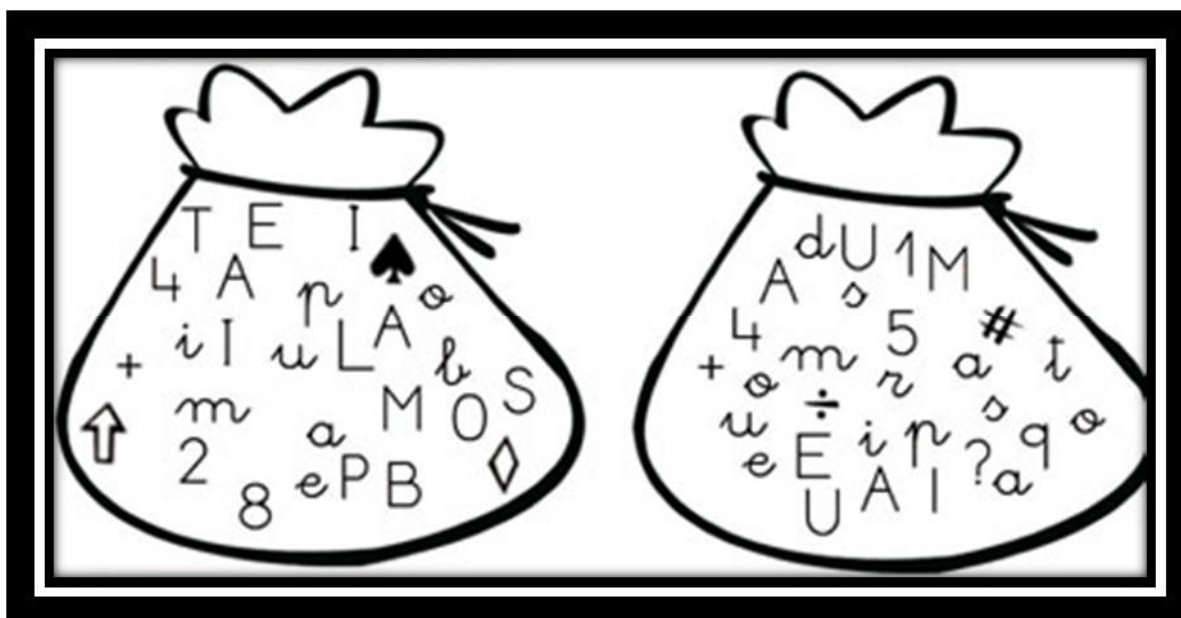
- Reconocer letras en un conjunto de elementos gráficos
- Iniciarse en el conocimiento del código escrito
- Diferenciar letras de números y otros elementos gráficos
- Autoevaluar el resultado de la actividad

Materiales necesarios

- Página impresa de la actividad.
- Un lápiz.

Sugerencias para realizar la actividad

- Leer al niño el enunciado de cada actividad.
 - Solicitar al niño que busque distintos objetos que tengan letras escritas
- Encuentra y redondea las letras que están dentro de las bolsas:



10) CADA UNO CON SU NOMBRE

Objetivos del ejercicio de escritura

- Reconocer palabras iguales.
- Iniciarse en la escritura de letras
- Autoevaluar el resultado de la actividad

Materiales necesarios

- Página impresa de la actividad.
- Un lápiz.

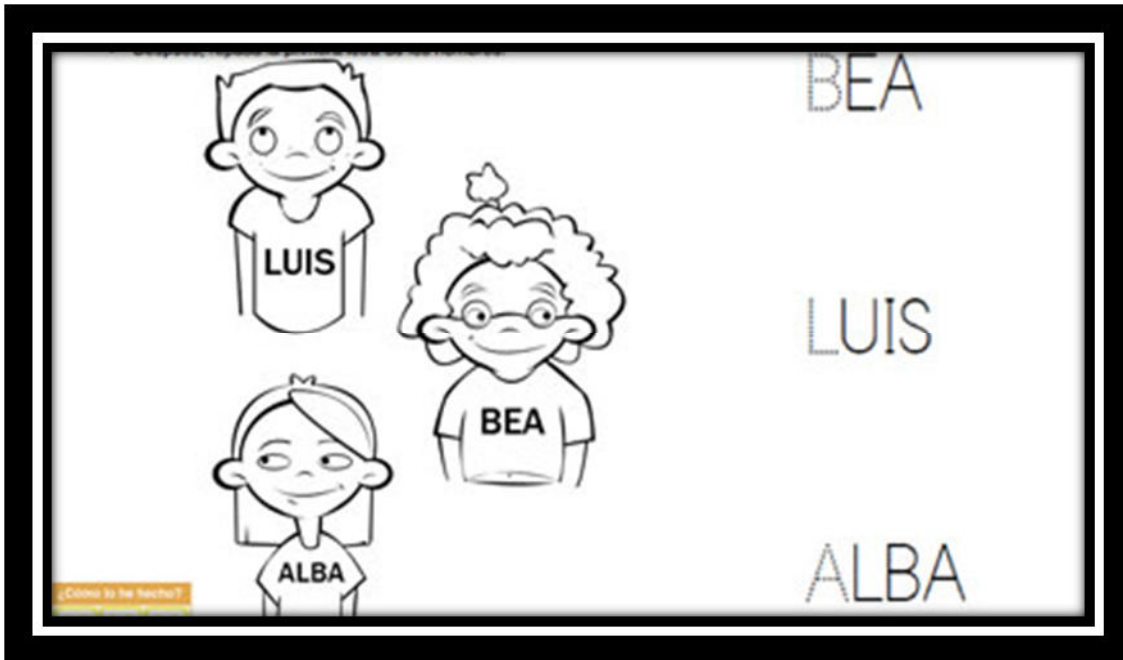
Sugerencias para realizar la actividad

- Leer al niño el enunciado de cada actividad.
- Leer cómo se llama cada niño.
- Explicar que cada niño lleva su nombre escrito en la camiseta.

Observa las remeras de los niños y une cada uno con su nombre

Después repasamos la primera letra de los nombres

¿Qué otras palabras conocemos con esas letras?



11) EJERCICIOS DE RELAJACION

Las siguientes técnicas de relajación para niños, basadas en el método de relajación progresiva de Jacobson. Puede ayudar a mejorar ansiedad, déficit de atención, impulsividad etc. Es conveniente, que el niño se entrene realizando estas actividades tantas veces hasta su automatización. Una vez interiorizadas, el niño podrá utilizarlas en aquellas situaciones que le generen tensión. Se puede acompañar de música instrumental con imágenes que ayudan a que los niños se queden más tranquilos.

Posturas de relajación para trabajar con los niños:



CONCLUSIONES

- Del total de los niños evaluados el 78,04 % presenta dificultades en la comprensión.
- Un 75,6% de los niños evaluados presenta dificultades en la expresión.
- Un 75,6 % del total presenta dificultades fonológicas.
- Nunca concurren a tratamiento fonoaudiológico ni evaluaciones previas.
- No habían sido evaluados nunca audiológicamente, a excepción de un paciente que presentaba un diagnóstico de hipoacusia unilateral, tenía antecedentes ya que su mamá presentaba la misma patología.
- Fueron derivados por el Pediatra del Centro de Salud luego del control correspondiente a la edad.
- Detectamos casos de niños que incluso habían sido diagnosticados por otro equipo interdisciplinario (autismo por ejemplo), y cuyos padres nunca los habían llevado a tratamiento porque decían que sus hijos no tenían ninguna patología o estaban en desacuerdo con el diagnóstico dado.
- Nos encontramos con casos de niños de 4 y 5 años sin lenguaje, jerga en otros, lenguaje ininteligible, hiperactividad, dificultades de comprensión y en algunos casos conductas agresivas.
- La mayoría de los niños pertenecen a familias de escasos recursos económicos, el nivel educativo de los padres es primaria completa y solo en algunos casos y solo uno de ellos tienen el secundario realizado.
- Composición familiar: familias ensambladas.
- Un 80% de los padres no encontraba dificultad en el lenguaje de sus hijos, alegando que ellos cuando eran chicos también pronunciaban mal, negando o ignorando en muchos casos las dificultades que presentan los niños.

Luego de todo el análisis realizado podemos concluir que el número de niños que fueron derivados al taller de estimulación fonoaudiológica alcanza un 80% del total.

Es importante poder realizar este tipo de talleres para estimular y ayudar a los niños trabajando su desarrollo cognitivo, fortaleciendo sus debilidades y rescatando sus fortalezas. Además es fundamental el acompañamiento de las familias, las cuales también recibirán apoyo psicológico, para que puedan comprender el rol fundamental que tiene la familia en su desarrollo, crecimiento y aprendizaje.

La familia es el marco principal donde el niño va a ir creando la imagen de sí mismo, su autoconcepto, y donde va estableciendo la valoración positiva o negativa de sí mismo, es decir, su autoestima. El lograr un marco donde el niño pueda generar una imagen personal de sí mismo y una autoestima positiva es un aspecto fundamental de la tarea que tienen que asumir los padres.

La familia supone para el hijo, el apoyo seguro donde experimentar e ir aprendiendo a ser persona. El apego y los vínculos emocionales padres e hijos son el elemento clave que asegure el bienestar psicológico y emocional del niño. Teniendo una base segura, el niño puede afrontar las situaciones nuevas que la vida le va a ir ofreciendo, construyendo su autoconcepto, sus propios principios éticos y su personalidad.

En definitiva, la familia es la base fundamental de la **socialización** de los niños, aunque no en exclusiva. La escuela, los amigos e incluso los medios de comunicación van a ser otros escenarios fundamentales en el aprendizaje. Sin embargo, aunque todos ellos son importantes, **la familia es el único escenario permanente y seguro** que el niño va a disfrutar, los amigos varían, en la escuela cambian los profesores y los compañeros pero, los padres sin embargo, permanecen y por ello, van a ser las **figuras de referencia** a lo largo de la vida del niño.

Es importante que el abordaje pueda lograrse tempranamente para que los niños ingresen a la escuela y sus dificultades de aprendizaje no se acrecienten.

Consideramos importante la estimulación del lenguaje a través de este taller porque **El lenguaje es una forma de comunicación que se basa en un sistema de símbolos, consiste en las palabras que utilizan una comunidad y las reglas para combinarlas. Necesitamos el lenguaje para hablar con otros y para escuchar a otros. Nuestro lenguaje nos permite pasar información**

describir con detalle eventos pasados y planear el futuro, de igual manera nos permite pasar información de una generación a la siguiente y crear una herencia cultural.

Todos los lenguajes humanos tienen algunas características en común, las cuales incluyen una producción infinita de reglas de organización.

Vygotsky creía que el lenguaje desempeña un papel aún más importante en la cognición. El lenguaje es un verdadero mecanismo para pensar, una herramienta mental; el lenguaje hace al pensamiento más abstracto, flexible e independiente de los estímulos inmediatos.

El Lenguaje es sumamente ordenado y organizado (Berko Gleason, 2005). La organización incluye 5 sistemas de reglas: fonología, morfología, sintaxis, semántica, pragmática.

Además es importante destacar lo que esperamos del lenguaje de un niño a cada edad:

TRES AÑOS

Comprensión: Entiende las preguntas y responde. Comprende y realiza dos órdenes sucesivas.

Vocabulario: Entre novecientas y mil doscientas palabras.

Expresión: Usa oraciones compuestas y complejas. Experimenta juegos de palabras y usa con frecuencia giros gramaticales.

Manifiesta capacidad de contar historias mezclando ficción y realidad.

TRES AÑOS Y MEDIO

Comprensión: Contesta a dos preguntas seguidas. Puede realizar tres órdenes consecutivos.

CUATRO AÑOS

Expresión: Tiende a superar el estadio infantil del lenguaje.

Realiza combinaciones gramaticales de estructura compleja y compuesta, formando oraciones largas de alrededor de diez palabras. En esta etapa el

lenguaje del niño está bien establecido, aunque todavía muestra desviaciones de la norma del lenguaje adulto, más en estilo que en aspectos gramaticales.

CINCO AÑOS

Articulación: Desaparece el carácter infantil.

Vocabulario: Entre dos mil y dos mil quinientas palabras.

Todas estas manifestaciones esperables a cada edad son las que encontramos ausentes en los niños que hemos evaluado, por tal motivo consideramos que a través del taller de estimulación podemos lograr, mediante un trabajo conjunto con el equipo interdisciplinario de salud mental, una estimulación cognitiva que permita a cada niño desarrollar al máximo sus potenciales.

Muchas gracias.

BIBLIOGRAFIA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ARGENTINAS SELECCIONADAS SOBRE EL TEMA INVESTIGADO:

- Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud / 20-25 de Abril de 1987 – Ed. Fundación Banco de la Provincia de Buenos Aires, Buenos Aires, 1988.
- Atención Primaria de Salud y Áreas Programáticas Hospitalarias - Lemus, J. D. - Ed. Kohan / CIDES, Buenos Aires, 1998.
- Atención Primaria de la Salud; Nuevas Dimensiones - Torres, R. (ed.) - Ed. ISALUD, Buenos Aires, 2001.
- Atención Primaria de la Salud - Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación Buenos Aires, Octubre de 1997.
- III y IV Jornadas de Atención Primaria de la Salud y I de Medicina Social - 8 a 15 de Abril de 1989 / 22 al 28 de Julio de 1990 - Buenos Aires, 1990.
- Norma de Organización y funcionamiento del área de Fonoaudiología de los establecimientos asistenciales. Resolución 252/1999, Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación.
- www.maestrosdeaudicionylenguaje.com
- BOSCH. L. Prueba para la evaluación del desarrollo, fonológico en niños de 3 a 7;11 años. Tesis de Licenciatura no publicada. Sección de Psicología. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Universidad de Barcelona. 1982.