

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



TRABAJO DE GRADO:

**LOS BENEFICIOS DE LA TERAPIA LÚDICA EN COMBINACIÓN CON LA
TERAPIA DE LENGUAJE EN NIÑOS CON PROBLEMAS DE DISLALIA, DE 5 A
7 AÑOS DE EDAD, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN
INTEGRAL DE ORIENTE, PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DEL AÑO
2013.**

PRESENTADO POR:

**KARLA ARELI ARBAIZA GODOY
STEFANIE DE JESÚS MORENO GUZMÁN
ENOC ELEAZAR NAVARRO FLORES**

PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE:

LICENCIADOS EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, NOVIEMBRE DE 2013

SAN MIGUEL

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

INGENIERO ROBERTO NIETO LOVO

RECTOR

MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

VICERRECTORA ACADÉMICA

(Pendiente de elección)

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

DOCTORA ANA LETICIA ZAVALA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICEDECANO

MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DE DEPARTAMENTO**

**MAESTRA XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ
COORDINADORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN DE LA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
DIRECTORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACION DE LA FACULTAD
MULTIDICLINARIA ORIENTAL**

ASESORES

**MAESTRA XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ
DOCENTE DIRECTOR**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
ASESORA DE METODOLOGÍA**

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso:

Por bendecirnos y guiarnos en todo el transcurso de nuestros estudios y así culminar nuestra carrera satisfactoriamente.

A nuestros padres:

Por el amor, paciencia, comprensión, y apoyo incondicional que nos han brindado durante toda la vida.

A la población objeto de estudio:

Por su participación, colaboración y perseverancia que brindaron durante la ejecución.

A los Asesores:

Maestra Xóchitl Patricia Herrera (asesor de contenido) Maestra Elba Margarita Berrios (asesora de metodología).

Karla Arbaiza, Stefanie Moreno, Enoc Navarro.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Porque si no fuera por el no existiera, por tus bendiciones, por darme la sabiduría para cumplir esta meta, por guiarme en tu camino, por todo lo que soy y todo lo que tengo gracias por darme una madre tan única, gracias por prestarme ese pedacito de cielo que es mi hija los dos pilares de mi vida gracias por bendecirme con ellas.

A Mi Madre Norma Isabel Arbaiza Guevara:

Quien me ha entregado todo su ser, sacrificio del verdadero amor de madre, mi apoyo a cada momento, por darme fuerza para luchar por mis metas un verdadero ejemplo de mujer valiente trabajadora, por tu amor, tu disciplina, enseñándome siempre que algunas cosas tienen límites, gracias por este sacrificio para sacar a tu hija adelante. Te amo mami.

A Mi Hija Norma Rocío Arbaiza:

Mi ser mi inspiración, mi todo, mi pedazo de cielo, mi fortaleza, mi alegría, mi razón para no dejarme caer en los momentos más difíciles de mi carrera, gracias mi princesita por llegar a mi vida y cambiar mi mundo y llenarlo de alegría, no se puede llegar a querer más que a un hijo. Te amo mi princesita.

A Mis Hermanas Norma Magaly Arbaiza Y Daniela Martínez Arbaiza:

Agradezco a mis hermanas por darme su apoyo a lo largo de mis estudios universitarios en especial por ayudarme con mi hija en mi ausencia cuidándola con tanto cariño, especialmente a Magaly por apoyarme siempre incondicionalmente cuando te busque siempre te encontré, las amo.

A Mi Amor Jonathan Rivera:

Esa persona especial, por apoyarme incondicionalmente, por tu comprensión, por tu paciencia conmigo, durante este reto.

A mis compañeros de tesis:

Enoc y Fanny por recorrer juntos este camino por la paciencia y esfuerzos que tuvimos que pasar para ver realizada nuestra meta.

Karla Arbaiza.

AGRADECIMIENTOS

A Dios todopoderoso:

Por darme la perseverancia, la voluntad la fuerza y la fe que necesitaba para alcanzar mis propósitos universitarios.

A mis padres:

Olimpia Esperanza Guzmán de Moreno y Evaristo Moreno Moreno por brindarme su tiempo comprensión y ayuda incondicional en todo momento de mi carrera, por formarme una persona de bien y por darme la mejor herencia de todas: El estudio.

A mi esposo y mi hija:

Oscar Abner Orellana y Stefanie Daniela Por motivarme, darme fuerza extra por ser mi apoyo en todo momento, por las ganas de luchar que me dan al verlos por estar conmigo siempre que lo necesité.

A mis hermanas:

Cindy Moreno y Magaly Moreno Por su apoyo y sus palabras de aliento y motivación por ayudarme sin condición y estar conmigo sin que se lo pidiera.

A mis docentes:

Por corregirme y guiarme y por todas las enseñanzas y el aprendizaje recibido a lo largo de los años.

A mis compañeros:

A todos mis compañeros de la carrera especialmente a Enoc y Karla porque con ellos aprendí y compartí muchas cosas por las alegrías y tristezas por la paciencia que tuvieron durante todo el proceso de tesis y por ser unos buenos compañeros.

Stefanie Moreno.

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso Primeramente:

Por su Gran Amor y Misericordia para con migo; porque me ha guiado y bendecido en el transcurso de esta hermosa carrera y así poder culminarla con éxito.

A Mis Padres David Navarro y María de la Paz Flores de Navarro:

Por su apoyo incondicional moral y económico por la paciencia y los consejos que han sido de gran bendición para mi vida especialmente a mi Madre que lo ha dado todo por mí a la cual dedico este Gran éxito.

A Mis Hermanos: José Ángel Flores, Morena Elizabeth Flores, Samuel Navarro, Cesar Navarro:

Por su apoyo moral y económico, porque han estado con migo siempre en las buenas y en las malas, los quiero y son los mejores hermanos que Dios me pudo dar.

Al Resto de Mi Familia: Mi Abuela: Dora Flores, Mis Tíos y Tías, Primos y Primas:

Por su Apoyo incondicional y su cariño para con migo.

A Todos Mis Hermanos de La Iglesia y de la Misión a la que Pertenezco:

Por su Apoyo y su cariño especialmente a mi pastor: Joaquín Orlando Rivera, y la Hermana Concepción Maravilla por sus consejos y su apoyo incondicional que han sido de gran bendición para mi Vida.

A Todos Mis Amigos:

Por su Cariño y Apoyo, han sido como una segunda familia para mí.

A Mis Compañeras de Tesis:

Estefanie Moreno y Karla Arbaiza por su apoyo y amistad que me han brindado y así poder culminar esta meta juntos.

A la población objeto de estudio:

Por su participación, colaboración y perseverancia que brindaron durante la ejecución.

A los Asesores:

Maestra Xóchitl Patricia Herrera (asesor de contenido) Maestra Elba Margarita Berrios (asesora de metodología).

Enoc Navarro.

INDICE

CONTENIDO	N° DE PAGS.
LISTA DE TABLAS.....	xiv
LISTA DE GRÁFICOS.....	xv
LISTA DE FIGURAS.....	xvi
LISTA DE ANEXOS.....	xvii
RESUMEN.....	xviii
INTRODUCCION.....	xix
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	
1. Planteamiento del problema.....	23
1.1 Antecedentes de la problemática.....	23
1.2 Enunciado del problema.....	27
1.3 Justificación del estudio.....	27
1.4 Objetivos de la investigación.....	29
1.4.1 Objetivo General.....	29
1.4.2 Objetivos Específicos.....	29
CAPITULO II: MARCO TEORICO.	
2. Marco teórico.....	30
2.1 Base Teórica.....	31
2.1.1 Dislalia.....	31
2.1.2 Terapia Lúdica.....	39
2.1.3 Terapia de Lenguaje.....	42
2.1.4 Combinación de Terapia Lúdica y Terapia de Lenguaje.....	44

2.1.5 Beneficios de la combinación de terapia lúdica con la terapia de lenguaje.....	48
2.2 Definición de términos básicos.....	50

CAPITULO III: SISTEMA DE HIPOTESIS.

3. Sistema de Hipótesis.....	52
3.1 Hipótesis de Trabajo.....	53
3.2 Hipótesis Nula.....	53
3.3 Hipótesis Alterna.....	53
3.4 Operacionalización de Hipótesis de Variables.....	54

CAPITULO IV: DISEÑO METODOLOGICO.

4. Diseño Metodológico.....	55
4.1 Tipo de Investigación.....	56
4.2 Población.....	56
4.3 Muestra.....	56
4.4 Criterios para Establecer la Muestra.....	57
4.4.1 Criterios de Inclusión.....	57
4.4.2 Criterios de Exclusión.....	57
4.5 Tipo de Muestreo.....	58
4.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	58
4.7 Instrumentos.....	59
4.8 Materiales.....	59
4.9 Procedimiento.....	59
4.9.1 Planificación.....	59
4.9.2 Ejecución.....	60

4.10 Riesgos y Beneficios.....	61
4.10.1 Riesgos.....	61
4.10.2 Beneficios.....	61
4.11 Consideraciones Éticas.....	62

CAPITULO V: PRESENTACION DE RESULTADOS.

5. Presentación de Resultados.....	65
5.1 Tabulación, Análisis e Interpretación de Datos.....	66
5.1.1 Datos obtenidos de la hoja de evaluación inicial y final de las diferentes áreas de desarrollo, realizada a los niños y niñas de la muestra.....	66
5.2 Prueba de Hipótesis.....	92

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6. Conclusiones y Recomendaciones.....	95
6.1 Conclusiones.....	95
6.2 Recomendaciones.....	96

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
--	-----------

LISTA DE TABLAS.

	PAGS.
TABLA N° 1: Clasificación de la población según la edad y sexo.....	66
TABLA N° 2-A: Clasificación de la población según el grado de afección en los fonemas, Evaluación Inicial.....	68
TABLA N° 2-B: Clasificación de la población según el grado de afección en los fonemas, Evaluación Final.....	68
TABLA N° 3-A: Clasificación de la población según los fonemas alterados, Evaluación Inicial.....	72
TABLA N° 3-B: Clasificación de la población según los fonemas alterados, Evaluación Final.....	72
TABLA N° 4-A: Clasificación de la población según el defecto articulatorio que presentan, Evaluación Inicial.....	76
TABLA N° 4-B: Clasificación de la población según el defecto articulatorio que presentan, Evaluación Final.....	76
TABLA N° 5-A: Evaluación Inicial del área motora.....	80
TABLA N° 5-B: Evaluación Final del área motora.....	80
TABLA N° 6-A: Evaluación Inicial del área cognitiva.....	84
TABLA N° 6-B: Evaluación Final del área cognitiva.....	84
TABLA N° 7-A: Evaluación Inicial del área social.....	88
TABLA N° 7-B: Evaluación Final del área social.....	88

LISTA DE GRÁFICOS.

PAGS.

GRÁFICO N° 1: Clasificación de la población según la edad y sexo.....	67
GRÁFICO N° 2-A: Clasificación de la población según el grado de afección en los fonemas, Evaluación Inicial.....	70
GRÁFICO N° 2-B: Clasificación de la población según el grado de afección en los fonemas, Evaluación Final.....	71
GRÁFICO N° 3-A: Clasificación de la población según los fonemas alterados, Evaluación Inicial.....	74
GRÁFICO N° 3-B: Clasificación de la población según los fonemas alterados, Evaluación Final.....	75
GRAFICO N° 4-A: Clasificación de la población según el defecto articulatorio que presentan, Evaluación Inicial.....	78
GRAFICO N° 4-B: Clasificación de la población según el defecto articulatorio que presentan, Evaluación Final.....	79
GRÁFICO N° 5-A: Evaluación Inicial del área motora.....	82
GRÁFICO N° 5-B: Evaluación Final del área motora.....	83
GRÁFICO N° 6-A: Evaluación Inicial del área cognitiva.....	86
GRÁFICO N° 6-B: Evaluación Final del área cognitiva.....	87
GRÁFICO N° 7-A: Evaluación Inicial del área social.....	90
GRÁFICO N° 7-B: Evaluación Final del área social.....	91

LISTA DE FIGURAS.

	PAGS.
Figura 1: Niña con Dislalia.....	100
Figura 2: Niño con Problema de Sustitución de Fonemas.....	100
Figura 3: Niños en Terapia Grupal.....	101
Figura 4: Niños aprendiendo a relacionarse con los demás.....	101
Figura 5: Niños en un ambiente lúdico.....	101
Figura 6: Niños en Terapia de Lenguaje.....	102
Figura 7: Niños aprendiendo a Respirar correctamente.....	102
Figura 8: Juegos con silbatos, espanta suegras, molinillos de viento.....	103
Figura 9: Tomar el aire por la nariz y soplar sin apagar la vela.....	103
Figura 10: Soplar una pelota de ping pong.....	103
Figura 11: Niños Inflado Globos.....	104
Figura 12: Niña transportando cucharitas.....	104
Figura 13: Terapeuta interactuando con los niños.....	104
Figura 14: El juego de qué es? Cómo es? Para qué sirve?.....	104
Figura 15: Niños participantes en la terapia grupal.....	105
Figura 16: Niños que formaron parte de la muestra.....	105
Figura 17: Materiales Utilizados durante el proceso de ejecución.....	106
Figura 18: Reunión de Apertura de ejecución con los padre de familia.....	107
Figura 19: Terapeuta Evaluando a niños de la muestra.....	107
Figura 20: Reunión Final con los padres de Familia.....	107
Figura 21: Juegos dinámicos Grupales.....	108
Figura 22: Niños trabajando en el tratamiento de la ejecución.....	108
Figura 23: Niños en tratamiento para mejorar sus áreas de desarrollo.....	109
Figura 24: Niños trabajando en el area motora.....	109
Figura 25: Niños trabajando en el área cognitiva.....	109
Figura 26: Niños trabajando en el área social.....	109

LISTA DE ANEXOS.

PAGS.

Anexo 1:Entrevista dirigida a los padres de los niños y niñas de 5 a 7 años con problemas de dislalia.....	111
Anexo 2: Hoja de Evaluación Inicial y Final de las diferentes áreas de desarrollo para niños y niñas con Dislalia.....	113
Anexo 3: Certificado de Consentimiento.....	116
Anexo 4: cronograma de actividades a desarrollar en el proceso de graduación ciclo I y II año académico 2013.....	117
Anexo 5: cronograma de actividades a desarrollar en el proceso de Ejecución durante el periodo de Julio a Septiembre del 2013.....	118
Anexo 6: Presupuesto y Financiamiento.....	119

RESUMEN.

La presente investigación se realizó con **El Objetivo:** Demostrar los beneficios de la terapia lúdica en combinación con la terapia de lenguaje en niños y niñas con problemas de dislalia, de 5 a 7 años de edad, que asisten al Centro De Rehabilitación Integral de Oriente, en periodo de julio a septiembre del año 2013. El plan de tratamiento se realizó en un periodo de tres meses con dos sesiones grupales semanales de una hora cada una, **La Metodología:** La población estuvo constituida por 9 pacientes con diagnóstico de Dislalia, los cuales fueron atendidos 2 veces a la semana durante una hora en una serie de terapias grupales impartidas a todos los pacientes. El tipo de investigación fue prospectiva y descriptiva, se realizó una evaluación inicial y final sobre las diferentes áreas de desarrollo especialmente en el Área de Lenguaje para niños y niñas con problemas de Dislalia. **Los Resultados: En el área de lenguaje:** Se comprobó que siendo esta el Área en investigación más afectada se obtuvieron buenos resultados logrando mejorar aspectos del habla. En esta área se deduce los niños tenían una dislalia severa que del 88.8% paso a 66.6% moderada y un 22.2% a leve, de los fonemas alterados la /r/ paso del 99.9% al 77.7%, el fonema /b/ y /p/ pasaron de un 33.3% a 11.1%, el fonema /m/ de un 11.1% paso a 0. %, **En el área motora:** los pacientes tenían habilidades promedio y al final del tratamiento el 100% de la población supero estos parámetros, **En el área perceptivo-cognitivo:** se encontraba en niveles promedio al final el 88.8% de la población supero estos parámetros, **En el área social:** se encontraban en un nivel promedio al final el 100% pudo superar todos los parámetros.

Palabras Clave: Combinación, Terapia Lúdica, Terapia de Lenguaje, Dislalia.

INTRODUCCION.

La Dislalia es un trastorno en la articulación de los fonemas, se trata de una incapacidad para pronunciar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas. El lenguaje de un niño dislábico muy afectado puede resultar muy problemático.

Estos problemas suelen ocasionar grandes dificultades en algunos niños y niñas por lo cual se les hace más difícil el desarrollo de un mejor lenguaje que pueda ayudarles a tener una comunicación más clara en el medio que les rodea por lo que se ha tomado a bien investigar el tema: **Los beneficios de la terapia lúdica en combinación con la terapia de lenguaje en niños y niñas con problemas de dislalia, de 5 a 7 años de edad, que asisten al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, en periodo junio a septiembre del año 2013.**

Este documento se ha estructurado en seis capítulos que se describen a continuación:

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Primeramente se describen los antecedentes de la problemática en el cual se habla un poco de la historia de la Dislalia, la terapia de lenguaje y la terapia lúdica; Así como la incidencia que han tenido estos problemas a través de la historia. Así mismo se describen los antecedentes del Centro De Rehabilitación Integral De Oriente de la Ciudad de San Miguel. Seguidamente se presenta el enunciado del problema el cual expresa una pregunta a la que se pretende dar una solución. A continuación se encuentra la justificación del estudio donde se explican las razones y motivos de la investigación; Así mismo también se expresa los beneficios que traerá dicha investigación tanto como para la Institución donde se realizara el proyecto, como también para los pacientes y los futuros profesionales que están interesados en el tema antes mencionado.

Forman parte del Informe final de investigación, los objetivos Generales y específicos, encontrándose un objetivo general el cual precisa la finalidad del estudio en cuanto a las expectativas y propósitos que se desean alcanzar. A continuación se encuentran los objetivos específicos que son los resultados y beneficios cuantificables que se desean alcanzar.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.

Seguidamente se encuentra el marco teórico el cual provee de un marco de referencia para interpretar los resultados del estudio quedando estructurado de la siguiente manera: primeramente se encuentra todo lo relacionado a la Dislalia, seguidamente se describen brevemente lo que es la Terapia Lúdica y La Terapia de Lenguaje así como también de la combinación y los beneficios que estas disciplinas nos dan, y al final se encuentra la definición de términos básicos los cuales dan respuesta a algunas dudas que se puedan encontrar en el marco teórico.

CAPITULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS.

En este capítulo se presenta el sistema de hipótesis el cual indica lo que se está buscando o tratando de comprobar este se constituye hipótesis de trabajo, hipótesis nula e hipótesis alterna al igual que unidades de análisis, variable y Operacionalización de las hipótesis en variable.

CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.

En este capítulo se encuentra el diseño metodológico el cual es un procedimiento ordenado para establecer hacia donde estuvo encaminado el interés de la investigación y este consiste en el tipo de investigación, población, muestra, criterios para establecer la muestra, dentro de los cuales se encuentran los criterios de inclusión y exclusión, el tipo de muestreo, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, los instrumentos y materiales, el

procedimiento que se divide en planificación y ejecución, los riesgos y beneficios y al final las consideraciones éticas.

CAPITULO V: PRESENTACION DE RESULTADOS.

contiene la la tabulación, análisis e interpretaciones de los datos obtenidos a través de la evaluación y las hojas de entrevista inicial y final realizada a los pacientes en estudio se incluye la prueba de hipótesis de investigación previamente formulada.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Contiene las conclusiones a las que el grupo investigador llego así mismo se plantea las recomendaciones que se consideran pertinentes.

Finalmente se encuentra las Referencias Bibliografía la cual muestra literatura que se consultó para la elaboración del documento continuando con los anexos y figuras que ilustran el tema investigado así como también la Entrevista dirigida a los padres de los niños y niñas de 5 a 7 años con problemas de dislalia, La Hoja de Evaluación Inicial y Final de las diferentes áreas de desarrollo para niños y niñas con Dislalia, El Certificado de Consentimiento, El cronograma de actividades a desarrollar en el proceso de graduación ciclo I y II año académico 2013; seguidamente se encuentra el cronograma de actividades a desarrollar en el proceso de Ejecución durante el periodo de Junio a Septiembre del 2013, y finalmente se encuentra el presupuesto y el financiamiento con el cual se pudo realizar el informe final de investigación.

CAPITULO I:
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA.

Uno de los problemas más comunes e importantes que está afectando en gran manera a los niños y niñas en el área del lenguaje es la dislalia. (Ver Figura 1. A)

En Europa antes del siglo XIX se reconoció la existencia de niños con dificultades para hablar a pesar de tener audición e inteligencia normal.

El primer caso de esta enfermedad fue reportado en la ciudad de Bucaramanga; el joven Jairo José Rivera padecía esta enfermedad en conjunto de otras de gran gravedad.

El término dislalia no existió siempre. Por mucho tiempo se agrupaban los trastornos de la pronunciación bajo el nombre de dislalia. El suizo Schuller en los años 30 del siglo XIX comenzó a utilizar el término de dislalia para diferenciarlo de la alalia (sin lenguaje)¹; posteriormente los estudios realizados por diferentes autores como A. Kussmaul (1879), Berkan (1892), H. Gutzman (1927), P. Liebmann (1924), Froschels (1928), y otros hicieron posible el significado que conserva hoy.

En los años 80 del siglo pasado Soep, intentó clasificar el trastorno teniendo en cuenta la existencia de dislalias mecánicas (orgánicas) y funcionales.

A comienzos de este siglo XX, autores soviéticos trataron de explicar el surgimiento de la dislalia sobre bases de trastornos auditivos de carácter periférico

¹ Es.scribd.com/doc./dislalias. Consultada el 4 de febrero de 2013.

por un lado, y con alteraciones en la función de los órganos de la articulación por otro.

Según Segre las dislalias son trastornos de la articulación de la palabra, debida a las alteraciones de los órganos periféricos que la producen sin daño neurológico; clasificándolas en orgánicas a consecuencia de lesiones anatómicas en los órganos articulatorios y funcionales, cuya causa está dada por una mala coordinación muscular debido a factores etiológicos diferentes.

Estas alteraciones perduran más allá de los cuatro años, hasta entonces aparecen muy frecuentemente. Y son las más conocidas de todas las alteraciones del lenguaje.

La dislalia puede estar originada por diferentes motivos. En cualquier caso, deben ser tratadas de forma precoz y adecuada, con el fin de lograr la rehabilitación más beneficiosa.

Hoy en día existe una diversidad de tratamientos que pueden ayudar al mejoramiento de este problema antes mencionado entre los cuales tenemos: la Terapia de juego en combinación con la Terapia de Lenguaje los cuales se describen a continuación:

La terapia del juego es una disciplina que surge en la segunda guerra mundial en los años 1939 a 1945 cuando se utilizaba el juego para dar un poco de alegría y minimizar la angustia de los niños que vivieron en esa década.

En El Salvador, se celebra el día internacional de la terapia del juego el 28 de mayo, y la que se implementa en el país desde el 2002 como parte del proyecto de la Fundación La Niñez Primero (Funipri)².

²[\(http://www.elsalvador.com/mwedh/nota/nota_completa.asp?idCat=47976&idArt=6940795\)](http://www.elsalvador.com/mwedh/nota/nota_completa.asp?idCat=47976&idArt=6940795).(consultada el 04 de febrero de 2013).

La terapia de juego o ludoterapia busca en el niño el desarrollo de habilidades sociales, físicas, sensoriales, perceptivas, otorga el desarrollo de habilidades y destrezas, promueve el procesamiento sensorial, emocional y cognitiva. En la práctica la terapia lúdica dirigida al niño, se entiende el juego como modo terapéutico más importante para llegar a una meta, la rehabilitación. El terapeuta dispone y manipula el ambiente para conseguir una adaptación satisfactoria y una participación activa de los niños. Además el terapeuta debe reconocer las propiedades de los juguetes y como adaptarlos apropiadamente para utilizarlo en beneficio de los niños.

Es muy importante reconocer que el juego es una forma de aprendizaje divertida y que podemos utilizar en combinación con otro tipo de terapia entre ellas la terapia de lenguaje que ayuda al niño al desarrollo de las habilidades del habla y del lenguaje dicha terapia ha tenido un desarrollo a través de los años.

Se afirma que la logopedia o terapia del lenguaje se introdujeron en Cuba en el 1941 por el Dr. Deso A. Weiss, refugiado de la Segunda Guerra Mundial y egresado de la Universidad de Viena, quien durante su estancia en Cuba hasta el 1946 impartió cursos en Cuba y colaboró con diferentes instituciones. Como consecuencia de la influencia del Dr. D. Weiss comienza a brindarse atención especializada a niños/as y adultos con trastornos del lenguaje, el habla y la voz, y con un perfil psicopedagógico y médico en el Instituto Psicopedagógico Rafael Crespo a niños/as y adolescentes.

Recibe diversos nombres alrededor del mundo:

En España, Italia y Alemania es conocida como logopedia, en Latinoamérica es conocida como fonoaudiología (que en realidad engloba a dos profesiones: por un lado a la logopedia y por el otro a la audiología).

En los países de anglohablantes como terapia o patología de habla y lenguaje (Speech-LanguageTherapy) y en USA (Speech-LanguagePathology) y menos a menudo como logopedia (Logopedics).

En Francia como ortofonía, en México podemos encontrar el nombre de Terapiade Lenguaje.

La terapia de lenguaje o logopedia es utilizada en diversos trastornos del habla y lenguaje como por ejemplo en la dislalia.

En El Salvador estos problemas suelen ser tratados en algunos de los Centros de Rehabilitación que existen en el país tal como el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

Dicho centro fue construido en la ciudad de San Miguel con fondos de la campaña TELETON 2030; se inauguró el 13 de julio de 1987 e inicio oficialmente sus actividades el 1 de septiembre del mismo año, a partir de 1998 se incorporó al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI).

Es una dependencia del ISRI que brinda su servicio integral y especializado a todas las personas con discapacidades físicas, sensoriales y mentales que habitan en la zona oriental del país. Tiene como objetivo general ofrecer servicios de rehabilitación física, mental, y vocacional, que ayuden a la recuperación integral de la población con discapacidad del oriente del país; brindando tratamiento adecuados inmediatos en aspectos físicos y educativos; con el fin de lograr una rehabilitación integral del usuario, para que pueda incorporarse al sector productivo del país.

Entre los servicios que presta el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente están:

- Consulta Externa: Medicina General, Especialidades Médicas, Ortopedia, Pediatría, Psiquiatría y Odontología.
- Áreas Técnicas:
- Áreas de terapia Educativa, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Educación Física Adaptada.
- Áreas de Apoyo: psicología, Trabajo Social, Prótesis y Ortesis, Rehabilitación Profesional y Unidad Móvil.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

De la problemática antes descrita se deriva el problema el cual se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuáles son los beneficios de la terapia lúdica en combinación con la terapia de lenguaje en niños y niñas con problemas de dislalia, de 5 a 7 años de edad, que asisten al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, en periodo de julio a septiembre del año 2013.

1.3 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

El lenguaje es un área fundamental de las personas el cual se basa en la capacidad de los seres humanos para comunicarse por medio de signos (usualmente secuencias sonoras, pero también gestos y señas, así como signos gráficos). Por lo cual es de suma importancia el tratamiento de los problemas que puedan presentarse en esta área para que podamos tener un mejor desarrollo para poder comunicarnos de manera más clara en el medio que nos encontremos.

La razón principal por la cual hemos decidido combinar la terapia lúdica y la terapia de lenguaje en la rehabilitación de niños y niñas con problemas de Dislalia

es para lograr mejores beneficios en el tratamiento de estos problemas a través de una serie de técnicas encaminadas a establecer o restablecer la comunicación lingüística no desarrollada, alterada o interrumpida.

Esto quiere decir que los niños y niñas con estos problemas pueden llegar a tener un mejor desarrollo en su lenguaje gracias a la facilitación de la terapia del lenguaje en combinación de la terapia lúdica aplicada de la manera más correcta y conveniente.

Con la investigación a realizar habrá muchos beneficiados los cuales se describen a continuación:

El Centro de Rehabilitación antes mencionado; por la aportación de nuevos tratamientos para los pacientes con problemas de Dislalia que asisten a dicho centro hospitalario.

Los Pacientes; se les brindara un tratamiento diferente al tradicional para lograr mejores beneficios y con este puedan tener un mejor desarrollo de su lenguaje.

Los Estudiantes y Futuros Profesionales; el cual les servirá como material de apoyo para recolección de datos y para la adquisición de nuevos conocimientos.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

1.4.1 OBJETIVO GENERAL.

Demostrar los beneficios de la terapia lúdica en combinación con la terapia de lenguaje en niños y niñas con problemas de dislalia, de 5 a 7 años de edad, que asisten al Centro De Rehabilitación Integral de Oriente, en periodo de julio a septiembre del año 2013.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Comprobar si el método de estudio contribuye a mejorar el área de lenguaje en los niños con problemas de dislalia.
- Confirmar si el método de estudio ayuda a mejorar el área motora en niños con problemas de dislalia.
- Verificar si el método de estudio contribuye a mejorar el área cognitiva en niños con problemas de dislalia.
- Comprobar si el método de estudio ayuda a mejorar el área social en niños con problemas de dislalia.

CAPITULO II:
MARCO TEORICO.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 BASE TEÓRICA.

2.1.1 DISLALIA

Las Dislalias son alteraciones en la articulación de algún o algunos fonemas bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos del habla o por la sustitución de estos por otros, de forma impropia, en personas que no muestran patologías del sistema nervioso central, ni en los órganos fonarticulatorios a nivel anatómico. Se trata de una incapacidad para pronunciar ciertos fonemas.

En la mayoría de los casos la dislalia no va asociada a otras patologías y no es más que la consecuencia de un funcionamiento anómalo en el proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje; motivado por distintas causas, teniendo por ello un pronóstico totalmente positivo de recuperación.

Estas alteraciones perduran más allá de los cuatro años, hasta entonces aparecen muy frecuentemente. Son las más frecuentes y conocidas de todas las alteraciones del lenguaje.

CLASIFICACIÓN DE LAS DISLALIAS.

Al tratar de hacer una clasificación de las dislalias hay que partir de los factores etiológicos que la generan, ya que del síntoma de articulación defectuosa es común a todas ellas y así se agrupan de la siguiente manera

Dislalia Evolutiva o Fisiológica: Para articular correctamente los fonemas de un idioma se precisa una madurez cerebral y del aparato fonarticulador.

Es la que tiene lugar en la fase de desarrollo del lenguaje infantil, en la que el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha y lo hace de forma incorrecta desde el punto de vista fonético.

Hay una fase en el desarrollo del lenguaje en la que el niño/a no articula o distorsiona algunos fonemas; a estos errores se les llama dislalias evolutivas. Normalmente desaparecen con el tiempo y nunca deben ser intervenidas antes de los cuatro años, se da sobre todo en /r/ y sinfonos.

Suelen producir cierta angustia en algunos padres que creen ver en ellas un síntoma de retraso y se les debe aconsejar que hablen claro a su hijo/a, abandonando los patrones de persistencia del lenguaje infantil. La mejor intervención es convencer a la familia para que dejen esos malos hábitos

Dislalia Orgánica: Las alteraciones de la articulación cuya causa es de tipo orgánico. Estos factores etiológicos pueden ser diversos pero siempre estarán referidos a una alteración, lesión o malformación que impide o dificulta una articulación correcta, dando como resultado una articulación dislálica y por tanto se puede considerar dentro este grupo.

Si se encuentran afectados los centros neuronales cerebrales (SNC) reciben el nombre de disartrias. Si nos referimos a anomalías o malformaciones de los órganos del habla: labios, lengua, paladar, etc. se les llama diglosias.

Dislalia Audiógena: Su causa está en una deficiencia auditiva. El niño o la niña que no oye bien no articulan correctamente, confundirá fonemas que ofrezcan alguna semejanza al no poseer una correcta discriminación auditiva. A este tipo de alteraciones se les denomina dislalias audiógenas. El deficiente auditivo presentará otras alteraciones del lenguaje, fundamentalmente de voz y estudio de su audiometría nos dará la pauta sobre la posible adaptación de prótesis.

La intervención irá encaminada básicamente a aumentar su discriminación auditiva, mejorar su voz o corregir los fonemas alterados e implantar los inexistentes.

Dislalia Funcional: es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje en sujetos que no presentan ningún tipo de alteración o malformación anatómica ni lesión neurológica o pérdida de la audición que lo genere.

La expresión de un fonema es el resultado al final de la acción de la respiración, la fonación y la articulación. En esta forma de la dislalia existe una dificultad o una incapacidad funcional, en cualquiera de estos aspectos que impiden la perfecta articulación. La pronunciación defectuosa que se inicia se va fijando y automatizando llegando a constituir el habla habitual del niño.

En estos casos, el niño es incapaz de lograr la posición y movimientos adecuados de los órganos de la articulación o de realizar una emisión correcta del aire fonador.

El sujeto dislámico puede tener una o varios o gran número de articulaciones, pudiendo en este último caso, llegar a convertir su lenguaje en una jerga ininteligible por las continuas desconfiguraciones verbales que emplean.

En unos casos el niño dislámico sabe cuándo su articulación es defectuosa, pero se sienten incapaces de imitar correctamente y los sonidos que oye. En otras ocasiones el niño no percibe su defecto, cuando articula bien y cuando mal.

CAUSAS

ESCASAS HABILIDAD MOTORA

El desarrollo del lenguaje está estrechamente ligado al desarrollo de las funciones del movimiento de la motricidad fina que entra en juego directamente en la articulación del lenguaje. Existe por tanto una relación directa entre el retraso motor que se manifiesta en falta de agilidad y coordinación en los movimientos de lengua y labios y retraso de lenguaje en los defectos de pronunciación. Esta causa se encuentra con mucha frecuencia, en los casos de dislalia funcional, en los cuales, aunque se dé la presencia asociada de otros factores etiológicos, la mayoría de los niños que sufren esta alteración tienen torpeza en los movimientos de los órganos de la articulación que les impide una correcta imitación de los sonidos.

FALTA DE COMPRENCION Y DISCRIMINACIÓN AUDITIVA

Se produce una incapacidad para diferenciar unos sonidos de otros y por tanto para llevar a cabo una imitación correcta. El niño oye bien pero analiza e integra mal los sonidos que oye dando lugar a una confusión entre los mismos.

FALTA DE CONTROL DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA

Por la relación que tiene la función respiratoria con la fonación y la articulación del lenguaje, las dificultades, malos hábitos o falta de control de esta función pueden alterar el habla con deformaciones o distorsiones en los sonidos por una salida anómala del aire fonador.

CAUSAS PSICOLOGICAS

Los problemas afectivos que puede tener un niño influirán negativamente sobre el desarrollo de su lenguaje dando lugar a veces a problemas articulatorios o dislalias. Esta problemática personal puede estar asociada a un retraso evolutivo en cualquiera de los factores funcionales descritos, incidiendo entonces más significativamente sobre su lenguaje.

Una falta de cariño, una sobreprotección un problema de celos, una inadaptación familiar o cualquier perturbación psicoafectiva en la infancia retarda o perturba la normal evolución del lenguaje, que queda fijado en etapas anteriores a su edad cronológica, e incluso sufre regresiones, con la aparición de estos factores negativos.

CAUSA AMBIENTALES

El ambiente es un factor de gran importancia en la evolución del niño, que, junto con los elementos o capacidades personales irán determinando su desarrollo madurativo.

Las actitudes negativas que puede tener la familia con respecto al niño y que no favorecerán su desarrollo, pueden ir desde la súper protección exagerada, que impide su evolución adecuada y el desarrollo de su lenguaje creando una manifiesta inmadurez.

Otros aspectos es el nivel cultural en que se desenvuelva el niño y la correcta expresión hablada que tenga la familia.

A veces en el ambiente familiar, por bajo nivel cultural o por defectos articulatorios no corregidos se habla de una manera deformada he improcedente

proporcionando así al niño unos modelos inadecuados manteniéndole el refuerzo de una expresión defectuosa. Ello explica la frecuencia de dislalias en niños/as de ambientes socioculturales deprivados, abandonados o en situaciones de bilingüismo.

SINTOMATOLOGÍA DE LA DISLALIA FUNCIONAL

Sintomatología en la articulación: la articulación defectuosa es el síntoma fundamental, a través del cual se manifiesta la inmadurez o dificultad principal que manifiesta el niño, su lenguaje estará más o menos afectado según el número de fonemas a los que se extienda su dislalia. En general la palabra es fluida aunque a veces puede llegar a hacerse ininteligible.

La imposibilidad que tiene para realizar la pronunciación correcta la manifiesta con distintos síntomas o errores como son: la sustitución, la distorsión, la omisión o la inserción.

Sustitución: es el error de articulación en que un sonido, dentro de la palabra, es reemplazado por otro, correctamente emitido, pero que no es el que procede. (Ver Figura 2).

En unos casos, ante la incapacidad que tiene el niño para pronunciar una articulación concreta, este la sustituye por otra que le resulta más fácil y más asequible.

En otras ocasiones la falta de control de la lengua, lleva al niño a cambiar el punto de articulación o la forma de salida del aire fonador y así obtiene una articulación distinta de la que quiere imitar.

Distorsión: el niño dislábico emite sonidos distorsionados, es decir, de forma deformada, el niño puede partir de la posición correcta, luego puede deformar el sonido en su ejecución o a la forma impropia de salida del aire fonador, produciendo lateralizaciones o nasalizaciones incorrectas.

Las distorsiones pueden ser muy personalizadas y así cada sujeto que presenta este error manifiesta en ocasiones deformaciones muy particulares las cuales pueden llegar a ser chocantes o llamativas al oído de los demás siendo en estos casos la forma que más afecta al sujeto que la padece por la acogida que pueda tener en el entorno.

Omisión: se da cuando el niño omite el fonema la mayoría de los casos la omisión afecta solo a las consonantes y así dirá “caeta” por “carreta” pero también puede omitir en unos casos la sílaba completa que contiene el fonema conflictivo diciendo “camelo” por “caramelo”.

Inserción: ante un sonido que le resulta difícil articular, el niño intercala junto al otro fonema que no corresponde a esa palabra y sin conseguir con ello salvar la dificultad, se convierte en un vicio de dicción. Por ejemplo por decir plato dicen “palato”.

Sintomatología en la personalidad: por la interacción existente entre el lenguaje y la personalidad del niño, los trastornos que aparecen en la evolución de aquel influirán con frecuencia en el desarrollo de la personalidad y en su socialización.

A edad muy temprana el niño toma conciencia de que habla mal, algunas veces porque se lo hacen saber los que le rodean y en otros casos más afectados, porque no le entienden lo que quiere expresar, bloqueándose así, sus posibilidades de comunicación.

Estas vivencias dificultan la evolución correcta de la personalidad del niño, que en unas ocasiones se muestra tímido, retraído y poco sociable, evitando todo contacto y relación con los demás. En otros casos la frustración que siente se manifiesta en forma de agresividad hacia los que le rodean.

En general, los niños que constatan su dificultad, van generando una inseguridad creciente y una falta de confianza en sí mismos y en sus posibilidades.

Esta influencia negativa que tienen los trastornos del lenguaje sobre la evolución correcta de la personalidad del niño, hacen necesario que su reeducación comience a la edad más temprana posible, para evitar así los efectos nocivos de posibles alteraciones de su personalidad.

Sintomatología en el proceso escolar: en la etapa de educación infantil aunque el desarrollo del lenguaje del niño no sea el que corresponda a su edad, este hecho no tiene tanta repercusión. En esta etapa se manifiesta menos la diferencia del habla del niño con la de sus compañeros y unos y otros no toman conciencia del hecho y así le afecta menos al niño que presenta un retraso de su lenguaje. Puede afectar más, ya en la edad temprana, cuando las deformaciones articulatorias están tan generalizadas, que el lenguaje del niño se convierte en una jerga inentendible que le impide comunicarse y hacerse entender por los demás, creándole ya desde el principio un grave problema.

En la etapa de escolaridad obligatoria, al iniciarse la educación primaria el mantener problemas dislálicos va a suponer una gran dificultad para el niño, tanto para el proceso de aprendizaje como para su integración social con los compañeros.

En el proceso de aprendizaje, la articulación defectuosa, le puede llevar a problemas y confusiones en la lecto escritura, ya que en ocasiones existen causas comunes en las alteraciones del lenguaje hablado y el escrito, como son las dificultades de percepción y discriminación auditiva.

Por otra parte el hecho de su articulación defectuosa, también llevara con frecuencia al niño a situaciones de inhibición y de aislamiento, bloqueándose su socialización e integración en grupo. Esto puede desencadenar un rechazo a todo el proceso escolar, con repercusiones negativas para su futuro.

Ante las consecuencias que la dislalia puede tener en el proceso escolar del sujeto que la padece, se ve necesaria su corrección antes de que se haga sentir sus defectos en ese ámbito.

6.2.1 TERAPIA LUDICA.

Jugar es tan importante para la salud y felicidad humanas como el amor y el trabajo (Schaefer, 1993). Algunos de los mayores pensadores, entre ellos Aristóteles y Platón, ya reflexionaron sobre por qué el jugar es algo tan fundamental en nuestras vidas, jugar es una actividad divertida y agradable, que eleva nuestros espíritus e ilumina nuestra visión de vida, expande nuestras habilidades para comunicarnos, aprender, madurar y ser productivos. El jugar alivia el estrés y el aburrimiento, nos conecta con los demás en una forma positiva, estimula el pensamiento productivo y la búsqueda, regula nuestras emociones y alimenta nuestro ego (Landreth,2002). Además, el jugar nos permite practicar habilidades y roles necesarios para sobrevivir. El aprendizaje y el desarrollo son fomentados mejor a través del juego (Russ, 2004).

Hoy en día la terapia lúdica incluye un gran número de métodos de tratamiento, todos ellos aplicando los beneficios terapéuticos del juego.

La terapia lúdica difiere del juego normal en el hecho de que el terapeuta ayuda al niño a tratar y resolver sus propios problemas. La terapia lúdica se apoya en la forma natural en que los niños aprenden sobre ellos mismos y sobre sus relaciones con el mundo que los rodea. (Ver Figura 3).

A través de la terapia lúdica, los niños aprenden a comunicarse con los demás, expresar sus sentimientos, modificar su comportamiento, desarrollar la habilidad de resolver problemas y aprender formas de relacionarse con otros. El juego les ofrece una distancia psicológica segura de sus problemas y les permite expresar pensamientos y sentimientos apropiados para su desarrollo³.

El juego contribuye al desarrollo proporcionando al niño un sentido de dominio sobre su propio cuerpo y sobre el ambiente; además estimula el desarrollo de las siguientes destrezas:

Sociales: jugando el niño aprende a relacionarse con los demás e investiga los roles de la familia, del adulto y del sexo; libre de los límites del mundo adulto y a su propio ritmo. También, por medio del juego el niño obtiene conocimiento de las normas culturales. (Ver Figura 4).

Motoras, sensoriales y perceptivas: los objetos y los acontecimientos del ambiente lúdico aumentan las capacidades perceptivas del niño al brindarle la posibilidad de percibir las formas y las relaciones temporo-espaciales. (Ver Figura 5).

La actividad sensorial y motora enseña al niño las capacidades y limitaciones de su propio cuerpo y del mundo que lo rodea. Además las actividades lúdicas producen una liberación de la energía excesiva restableciendo el equilibrio corporal liberando al niño para iniciar nuevas tareas.

³<http://www.a4pt.org/download.cfm?ID=12121>

Emocionales: el juego le proporciona al niño estabilidad interna debido a que comienza a confiar en la constancia y la consistencia del ambiente, puede expresar sus sentimientos sin temor al castigo y le ayuda a aprender a controlar las frustraciones y los impulsos. Este control le brinda la autoconfianza y la adaptación potencial a las necesidades futuras. El juego es diversión: abre un mundo de alegría, humor y creatividad.

Cognitivas: por medio del juego el niño aprende a manipular los acontecimientos y los objetos en el ambiente interno y externo.

Dentro de los principios del juego, encontramos que el juego es un conjunto complejo de comportamientos caracterizados por la diversión, que implica la repetición de experiencias, exploración, experimentación e imitación, funcionando como agente para la integración de los mundos internos y externos. Los procesos de integración sensorial dan por resultado el desarrollo de la percepción y otros tipos de síntesis de datos sensoriales, lo que en conjunto le permite al ser humano interactuar efectivamente con el medio ambiente. Reilly (1.974) considera “el juego como una ocupación del niño y lo define como un sistema multidimensional para la adaptación al ambiente, además sostiene que el impulso exploratorio de la curiosidad subyace al comportamiento lúdico. Este impulso tiene tres estadios jerárquicos:

La exploración: es la conducta que más se observa en la niñez temprana y está dirigida por la motivación intrínseca.

La competencia: está dirigida por efecto de la motivación y se caracteriza por la experimentación y la práctica para lograr el dominio.

El logro: se relaciona con los objetivos esperados y está dirigido por un deseo de lograr la excelencia.

6.2.1 TERAPIA DE LENGUAJE.

La edad preescolar es un período importante en la vida del infante, ya que le permite adquirir las bases de la socialización y la construcción de su personalidad. El niño de preescolar tiene ante él una valiosa herramienta que le permite interactuar con las personas que lo rodean, decir lo que piensa, lo que quiere y necesita. Dicha herramienta es el lenguaje, el cual está íntimamente relacionado con su desarrollo y crecimiento integral. El lenguaje y la comunicación son vitales en todos los seres humanos. Es un elemento posibilitador de la existencia del pensamiento.⁴ (Ver Figura 6).

La terapia de lenguaje es un tratamiento para los niños que sufren problemas del habla y aprendizaje del lenguaje. Las primeras tienen que ver con problemas para producir sonidos, mientras que las segundas se refieren a las dificultades al combinar las palabras para expresar ideas, para esto existen diferentes tipos de terapia.

El objetivo principal de la terapia de lenguaje es establecer o restablecer la comunicación lingüística no desarrollada, alterada o interrumpida en los niños y niñas

Previa a la intervención, el terapeuta logopeda debe realizar una evaluación que le permitirá establecer el tipo y grado de dificultad que presenta cada caso. Según los resultados de esta valoración, se elaborará un programa de rehabilitación adecuado a las necesidades específicas detectadas.

Una vez realizado un diagnóstico con la valoración del desarrollo o dificultades que presenta, tanto en la articulación de su lenguaje como los

⁴<http://www.psicopedagogia.com/terapia-lenguaje>

aspectos funcionales que intervienen en el mismo, se programa la intervención logopedia que precise el caso para lograr un dominio total del habla correcta.

Primeramente, se trabajará con el niño individualmente, en un pequeño grupo o directamente en una sala de clases para ayudar a sobrellevar las dificultades que presenta cada trastorno en particular.

Se le enseña al niño las habilidades necesarias que requiere la realización de cada articulación, cuando este allá logrado esta fase habrá que llevarlo a su correcta emisión utilizando en cada caso las técnicas y recursos adecuados para conseguir el sonido correcto.

Lograda ya la emisión correcta de la articulación de forma aislada hay que conseguir la automatización del esquema postural de la misma y de su ejecución para que pueda ser integrada fácilmente a la palabra y la frase.

Una vez controlados los mecanismo de emisión de la nueva articulación hay que pasar de su integración a la palabra a generalizarla una vez a la frase y al lenguaje espontaneo quedando superado el problema cuando en esta última forma de expresión hay una integración total de la correcta pronunciación.

Los requisitos previos a la terapia de lenguaje son:

Ejercicios respiratorios: por medio de los cuales se le enseña al niño o niña la respiración adecuada para cada fonema. Para ello es necesario ayudarle a tomar conciencia de su propia respiración; hacer que sienta el aire entrar por la nariz en los pulmones y sale a continuación por la boca. Conseguido esto, se realizara el ejercicio respiratorio básico, consistente en:

1. Tomar aire lenta y profundamente por la nariz, hinchando la parte inferior de los pulmones.
2. Retenerlo de 1 a 2 segundos.

3. Expulsar el aire lentamente por la boca. (Ver Figura 7).

Ejercicios de soplo: estarán encaminados a conseguir el control del aire que pasa a través de la boca y de su coordinación con los órganos articulatorios durante el habla.

Dichas disciplinas antes mencionadas por si solas constituyen una gran herramienta de ayuda para niños con problemas de Dislalia, en tal caso se tienen las expectativa que al combinar ambas disciplinas se pretende lograr una mayor mejoría en un menor tiempo atravez de un nuevo tratamiento más afectivo y llamativo para los niños antes mencionados con el fin de que estos puedan desarrollar las diferentes áreas de desarrollo atravez del juego y otras actividades con el fin de obtener un mejor pronóstico.

2.1.4 COMBINACIÓN DE TERAPIA LÚDICA Y TERAPIA DE LENGUAJE

Ejercicios de respiración:

El cuento del barquito: Nuestra barriga es el mar y cuando se mueve hace olas. Cuando metemos el aire dentro de nuestro cuerpo, nuestro estomago sube y las olas también. Cuando el aire sale de nuestro cuerpo, nuestro estomago baja y las olas también. (Ponemos un barco de papel en el abdomen) En este barquito va subido un niño que quiere que haya olas muy grandes. Así que tenemos que meter dentro de nuestro estomago mucho, mucho aire, Ahora en este barquito, va subido otro niño que no le gusta que haya olas muy, muy grande. Así que vamos a meter aire en nuestro cuerpo, pero no demasiado.

Ejercicios de soplo:

1. Juegos con silbatos, espanta suegras, molinillos de viento. (ver Figura 8).

2. Encender una vela colocarla a 25 centímetros tomar el aire por la nariz y soplar sin apagar la vela haciendo que la llama se mueva ligeramente. (ver Figura 9).
3. Soplar una pelota de ping pong haciendo que esta se desplace lentamente. (ver Figura 10).
4. Soplar plumas.

El cuento del viento:

Había una vez una niña que tenía una cometa y quería que volara. La niña salió a la calle muy contenta para hacer volar su cometa, pero tenía un problema: no había viento. Entonces llegó Susy y le preguntó: ¿Qué te pasa?

Que no puedo volar mi cometa porque no hay viento. No te preocupes, yo te ayudaré. –Dijo Susú. Entonces Susú, inspiró y cogió aire, y empezó a soplar y a soplar. (El/la niño/a hará esto). La cometa de la niña empezó a volar. Y Susú siguió inspirando profundamente y soplando. Cuando la cometa estaba en todo lo alto, Susú ya no tenía que soplar tan fuerte. Así que inspiró un poco de aire y sopló sólo un poco. De pronto la cometa de la niña se vino hacia el suelo, pero antes de que se cayera, Susú, inspiró profundamente y sopló, y sopló todo el tiempo que pudo. La cometa volvió a subir muy, muy alto. La niña estaba muy contenta. Cuando la cometa parecía que se iba a caer, Susú inspiraba un poco de aire, y soplaba fuerte y rápido (inspiración poco profunda, soltamos el aire de forma enérgica).

EJERCICIOS PRE ARTICULATORIOS

Ejercicios para mejillas: Inflar las mejillas imitando al sapo, colocar agua en la boca y luego escupirla bruscamente, colocar cartas en las mejillas de los niños y que intenten despegarla inflando las mejillas.

Globos: le daremos globos para que los infle. Podemos ponerle un tiempo y decirle que vamos a hacer una competición para ver quién infla más globos en un minuto de tiempo. Podemos cronometrar para ver quién tarda menos en inflar 5 globos, por ejemplo. (Ver Figura 11).

Trasvasar agua: cogemos dos vasos. A uno le ponemos agua y una pajilla. Le pedimos al alumno /a que chupe el agua del vaso, la mantenga y la traspase al otro vaso

Ejercicios para labios

Competencia de cartas: trasladar cartas de un lugar a otro utilizando los labios se succiona la carta y se trata de trasladar al lugar indicado.

Ejercicios de lengua

Carrera de cucharas: hacemos un pequeño recorrido sobre la mesa y hacemos una competición de cucharas. Las ponemos en la mesa y debemos empujarlas con la lengua. Podemos usar algo que pese un poco más u otros objetos. (Ver Figura 12).

Caminitos a limpiar: Colocamos un plato y ponemos un poco de miel o leche condensada, pero haciendo un caminito. Si el plato pesa poco lo pegamos

con cinta adhesiva a la mesa. El niño deberá recoger el caminito usando para ello la lengua. No podrá utilizar las manos.

Cuento del gusanito: que el niño imite lo que se le indica según se va desarrollando el cuento.

Colocar en un hilo aros de cereal de frutas y el niño los lleva con su lengua de un extremo a otro. A modo de competencia.

Juego de la galleta se coloca una galleta en la frente del niño y este trata de llevarla hasta su boca.

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN DEL LENGUAJE.

En estos ejercicios el terapeuta interactuará con el niño jugando y hablando. (Ver Figura 13).

Cantos que involucren la repetición de los fonemas afectados El juego de las sillas incluyendo canciones con los fonemas afectos Juego de la papa caliente utilizando palabras con los fonemas afectados.

El juego de qué es? Cómo es? Para qué sirve? Puede utilizar fotos, libros, objetos o eventos actuales para estimular el desarrollo del lenguaje. También será él quien pronunciará correctamente las palabras como ejemplo y utilizará ejercicios de repetición para fortalecer el habla y los mecanismos del lenguaje. (Ver Figura 14).

JUEGOS PARA MOTRICIDAD

Salto del conejo al aro: se colocan tres aros a manera de triangulo y el niño tiene que saltar en los tres aros. Luego los conejos tienen que saltar sobre conos.

Saltar cuerda, salto del cojito, el niño salta en un pie venciendo obstáculos.

Recortar papeles hacer bolitas de papel enhebrar bolas, dibujar y pintura.

2.1.5 BENEFICIOS DE LA COMBINACIÓN DE TERAPIA LÚDICA CON LA TERAPIA DE LENGUAJE:

El juego es el medio idóneo del aprendizaje en el niño así también es una herramienta útil en la aplicación en la terapia de lenguaje.

La importancia del juego en la terapia del lenguaje se da primero porque no es posible abordar al niño de otro modo, sobre todo, evidentemente al niño pequeño, el juego se convierte en seducción que el terapeuta despliega en sus primeros encuentros con el niño.

Otro aspecto esencial del juego es, identificarlo como un modo de comunicación; a través del juego el adulto y el niño se comunica, intercambian, y a través de este intercambio nace o se enriquece espontáneamente el lenguaje.

Por medio de la ludoterapia; facilitar el tratamiento del trastorno del lenguaje. El juego, es un medio de comunicación que transmite el conocimiento indispensable para el desarrollo físico, intelectual y social del niño. A través de él, se obtiene con más rapidez la atención del paciente, logrando estimular su lenguaje.

Adquisición de los fonemas alterados de una manera más fácil y rápida ya que el niño/a aprenderá divirtiéndose, desarrollar el respeto y la aceptación de sí mismo y de los demás, aumento en el desarrollo de las habilidades perceptivo-cognitivas como comprensión, memoria, atención, desarrollar seguridad personal conocimientos básicos de competencia y perfeccionar el sentido de convivencia e interacción socio motriz, establecer una relación de confianza entre paciente y terapeuta. (Ver Figura 15).

2.2 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.

Articulación fonética: es el trabajo muscular realizado para emitir sonidos inteligibles, es decir, para que exista la comunicación oral.

Bilingüismo: es la capacidad de una persona para utilizar indistintamente dos lenguas en cualquier situación comunicativa y con la misma eficacia comunicativa.

Disartria: La disartria, del griego –dis, mal función, y el griego artros– articulación (como artrosis), corresponde a una malformación en las articulaciones. Se atribuye a una lesión del sistema nervioso central y periférico. Se distingue de una afasia motora en que no es un trastorno del lenguaje, sino del habla; es decir, el paciente manifiesta dificultades asociadas con la articulación de fonemas.

Discriminación auditiva: es la capacidad de los hablantes para identificar perceptivamente en la lengua oral unidades fonéticas y fonológicas relevantes en la comunicación.

Fonemas: son unidades teóricas básicas postuladas para estudiar el nivel fónico-fonológico de una lengua humana. Es decir, un fonema es cada una de las unidades segmentales postuladas para un sistema fonológico que de cuenta de los sonidos de una lengua.

Integración sensorial: Es la forma en la cual el cerebro recibe, combina y procesa información sensorial con el fin de adaptar sus respuestas a estímulos del medio ambiente. La disfunción integrativa sensorial por lo tanto es la inhabilidad que tiene el cerebro para organizarse apropiadamente para procesar e integrar la información sensorial.

Jerga: es el nombre que recibe una variedad lingüística del habla (diferente de la lengua estándar) y a veces incomprensible para los hablantes.

Sinfones: es un grupo consonántico que aparece dentro de la misma sílaba, con las dos consonantes seguidas.

CAPITULO III:
SISTEMA DE HIPOTESIS.

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.

3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO.

La aplicación de la terapia lúdica combinada con la terapia de lenguaje disminuye los problemas de dislalia en niños de 5 a 7 años de edad que asisten al Centro De Rehabilitación Integral De Oriente en el periodo de julio a septiembre del 2013.

3.2 HIPÓTESIS NULA.

La aplicación de la terapia lúdica combinada con la terapia de lenguaje no disminuye los problemas de dislalia en niños de 5 a 7 años de edad que asisten al Centro De Rehabilitación Integral De Oriente en el periodo de julio a septiembre del 2013.

3.3 HIPÓTESIS ALTERNA.

La aplicación de la terapia lúdica combinada con la terapia de lenguaje beneficia más a niños de 5 años de edad con problemas de dislalia que asisten al Centro De Rehabilitación Integral De Oriente en el periodo de julio a septiembre de 2013.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS DE VARIABLES.

HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENCIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
<p>Hi: La aplicación de la terapia lúdica combinada con la terapia de lenguaje disminuye los problemas de dislalia en niños de 5 a 7 años de edad que asisten al Centro De Rehabilitación Integral De Oriente en el periodo de julio a septiembre del 2013.</p>	V1 dislalia	<p>Son alteraciones en la articulación de algún o algunos fonemas en personas que no muestran patologías del snc, ni en los órganos fonos articulatorios a nivel anatómico.</p>	<p>-Desarrollo motriz</p> <p>-Desarrollo del lenguaje</p> <p>-Desarrollo cognitivo</p> <p>-Desarrollo social</p>	<p>Mediante la aplicación de terapia lúdica y terapia de lenguaje</p>	<p>Coordinación motriz gruesa y fina</p> <p>Desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo fortalecimiento de los órgano fono articulatorios Pronunciación y significado de las palabras</p> <p>Comprensión. Atención. Memoria.</p> <p>Interacción social</p>

CAPITULO IV:

DISEÑO METODOLOGICO

4 DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Los tipos de investigación que se utilizaron para el estudio son:

De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información la investigación es de tipo:

Prospectivo: Porque permitió el conocimiento de la causa-efecto en el momento que se realizó el estudio también nos dio la pauta para saber quiénes son las personas más afectadas con los problemas mencionados anteriormente.

De acuerdo al estudio y análisis de los resultados la investigación es de tipo:

Descriptivo: Porque el estudio fue dirigido a determinar cómo es o como está la situación de las variable que se estudiaron en la población.

4.2 POBLACIÓN.

La población a la cual se dirigió la presente investigación fueron los pacientes con problemas de Dislalia que asisten al Centro De Rehabilitación Integral De Oriente, durante el periodo de Mayo a Julio del año 2013.

4.3 MUESTRA.

La muestra de la investigación fue un número aproximado de 9 pacientes con problemas de Dislalia de ambos sexos entre las edades de 5 a 7 años, que

asisten al área de terapia de lenguaje del centro de rehabilitación integral de oriente, durante el periodo de Julio a Septiembre del 2013 ya que es una institución que atiende a muchos niños y niñas con los problemas antes mencionados. (Ver Figura 16).

4.4 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA.

Fueron necesarios para establecer la muestra que formo parte de la investigación ya que se deben cumplir ciertos criterios de inclusión como de exclusión que se detallan a continuación.

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Niños y niñas entre los 5 y 7 años de edad.
- Niños y Niñas que tengan alteraciones en los fonemas de la: “P”, “B”, “R”, “M”.
- Que asistan al área de terapia de lenguaje del Centro De Rehabilitación Integral de Oriente.
- Niños y niñas cuyos padres estén de acuerdo que participen en la investigación mediante consentimiento informado.

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Niños Y Niñas que presenten patologías asociadas (discapacidad intelectual, autismo, síndrome de Down, parálisis cerebral, malformaciones anatómicas de los órganos fono articulatorios.)

4.5 TIPO DE MUESTREO.

Muestro no probabilístico, por conveniencia.

Ya que los elementos del universo que participaron en la muestra se escogieron conforme a una norma o guía previa y deliberadamente establecida.

4.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Las técnicas que se utilizaron en esta investigación para la obtención de la investigación fueron:

TÉCNICAS DOCUMENTALES

- **Documental bibliográfica:**

La recopilación de la información necesaria para la estructuración de la investigación se realizó a través de libros, tesis, folletos y red electrónica.

TÉCNICAS DE CAMPO.

En esta se utilizaron la hoja de evaluación del lenguaje, y observación del paciente antes y después del tratamiento y además una entrevista dirigida a los padres de los niños que sirvió como muestra para la investigación.

4.7 INSTRUMENTOS.

- **Guía de entrevista:**

Porque mediante este instrumento se pudo obtener información complementaria para analizar información referida por los padres de los niños que formaran parte de la muestra. (Ver anexo 1)

- **Hoja evaluación de inicial de Terapia de Lenguaje:**

Con este instrumento se obtuvo la información para conocer las diferentes habilidades que poseen los niños participes de la investigación. (Ver anexo 2)

4.8 MATERIALES.

Los materiales que se utilizaron son: laminas con imágenes de animales, objetos pelotas, radio grabadora, papeles de colores, velas, depresores de lengua, globos, pajillas, molinillos de viento, algodones, pitos, espejos. (Ver Figura 17).

4.9 PROCEDIMIENTO.

El periodo de realización de estudio comprendido de julio a septiembre de 2013.

El trabajo de investigación se desarrolló en dos etapas:

4.9.1 PLANIFICACIÓN.

La cual comprendió la selección del tema y respectiva aprobación y luego se inició con la recolección de información para elaborar el perfil el cual fue base de la investigación, seguidamente se realizó la primera entrega de los borradores

para su revisión y asesoría de la misma, luego realizamos el protocolo de investigación, posteriormente su entrega y revisión, y su entrega final ya con todas sus correcciones pertinentes y se concluyó con la defensa del protocolo de investigación.

4.9.2 EJECUCIÓN.

Correspondió a la ejecución de la investigación en el periodo comprendido de julio a septiembre de 2013.

La cual inició con solicitar un permiso al director del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente CRIOR, de la ciudad de San Miguel.

La selección de los niños con diagnóstico de Dislalia, Posteriormente se realizó una reunión general con los padres o encargados referente a los días y las horas en las que se atenderían a sus hijos, para lo cual, se planifico ejecutar los días martes y jueves en horario de 2:00 pm a 3:00 pm, también se les explico en lo que consistirá el programa se les informo acerca de las actividades a realizar y la importancia de ellas en el desarrollo y mejora de la calidad de vida de sus hijos. (Ver Figura 18).

Se le realizo a cada niño/a la evaluación inicial por medio de la guía de evaluación.

El programa de Terapia Lúdica en combinación con la Terapia de Lenguaje se desarrolló en 20 sesiones, al finalizar el programa se le aplicó una evaluación final de manera individual, para realizar una comparación del desarrollo que se obtuvo en los pacientes involucrados desde el inicio hasta la finalización de la investigación.(Ver Figura 19).

Al finalizar la ejecución se realizó una reunión con los padres o encargados de los niños/as para darles a conocer los resultados obtenidos en la investigación y a la vez se les agradeció por el esfuerzo, colaboración y apoyo en el presente estudio. (Ver Figura 20).

Por último se procedió a la tabulación, análisis e interpretación de los datos, el cual nos sirvió de base para la elaboración de las conclusiones y recomendaciones.

En la bibliografía se registraron las fuentes de consulta que se utilizaron durante la elaboración del documento de investigación.

Finalmente se adjuntaron los anexos que se utilizaron para recoger información y que sirvieron como material de apoyo para la ejecución de las actividades realizadas durante la investigación en el periodo de julio a septiembre de 2013.

4.10 RIESGOS Y BENEFICIOS.

4.10.1 RIESGOS.

No hay riesgos directamente relacionados a la participación en esta investigación, salvo la molestia ocasionada por la incomodidad al momento de transportarse hasta el centro de rehabilitación puesto que algunos de los pacientes residen fuera de la ciudad de San Miguel.

4.10.2 BENEFICIOS.

Los participantes no obtendrán ningún beneficio, como dinero debido a su participación. Sin embargo, los resultados que se generen proveerán de importante información que será usada por el Ministerio de Salud y por autoridades locales para desarrollar programas de salud, además, con la participación en la investigación tendrán la oportunidad de contribuir al avance científico que puede beneficiar en el futuro a pacientes con diagnóstico de Dislalia.

4.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se formuló el siguiente certificado de consentimiento, el cual fue presentado a los padres y encargados de los niños de la muestra para validar y legalizar la autorización de ellos para que sus hijos participaran en el proyecto de ejecución antes mencionado en este informe final de investigación.

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO.

Yo: _____

Padre de: _____, de: _____ años de edad

Doy mi consentimiento Voluntario, para que mi Hijo(a), participe en el proyecto de ejecución de tesis llamado: **Los beneficios de la terapia lúdica en combinación con la terapia de lenguaje en niños y niñas con problemas de dislalia, de 5 a 7 años de edad, que asisten al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, en periodo de julio a septiembre del año 2013.**

Dado que se me ha explicado en que consiste la investigación y eh tenido la oportunidad de hacer preguntas de las cuales estoy satisfecho(a) con las respuestas brindadas por los investigadores.

Firma o huella.

CAPITULO V:
PRESENTACION DE RESULTADOS.

4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos durante el proceso de ejecución realizada en el Centro De Rehabilitación Integral De Oriente (CRIOR).

La población en estudio estuvo conformada por 9 personas de ambos sexos que residen en el departamento de San Miguel y su alrededores entre las edades de 5 a 7 años de edad. Se pudo comprobar que la Terapia Lúdica en combinación de la Terapia de Lenguaje proporciona grandes beneficios en el desarrollo de una buena pronunciación de Fonemas en niños y niñas con problemas de Dislalia.

Los resultados obtenidos a través de la guía de evaluación, se tabularon, analizaron e interpretaron de acuerdo al siguiente orden:

Tabla N° 1 Clasificación de la población según la edad y sexo, N° 2 Clasificación de la población según el grado de afección en los fonemas, N° 3 Clasificación de la población según el grado de afección en los fonemas, N° 4 Clasificación la población según el defecto articulatorio que presentan, N° 5 Evaluación del área motora, N° 6 Evaluación del área cognitiva, N° 7 Evaluación del área social.

Cabe mencionar que para poder tabular estos datos se utilizó la siguiente fórmula estadística:

$$\underline{F=FX100}$$

N

Dónde:

F= Frecuencia.

N= Total de datos.

X= Incógnita que representa el tanto por ciento de la cantidad total estudiada.

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

5.1.1 DATOS OBTENIDOS DE LA HOJA DE EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE DESARROLLO, REALIZADA A LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA MUESTRA.

TABLA N° 1

CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA EDAD Y SEXO.

Edad (En Años)	Sexo				TOTAL	%
	Masculino		Femenino			
	Fr	%	Fr	%		
5	1	11.1%	3	33.3%	4	44.4%
6	2	22.2%	2	22.2%	4	44.4%
7			1	11.1%	1	11.1%
TOTAL	3	33.3	6	66.6	9	99.9%

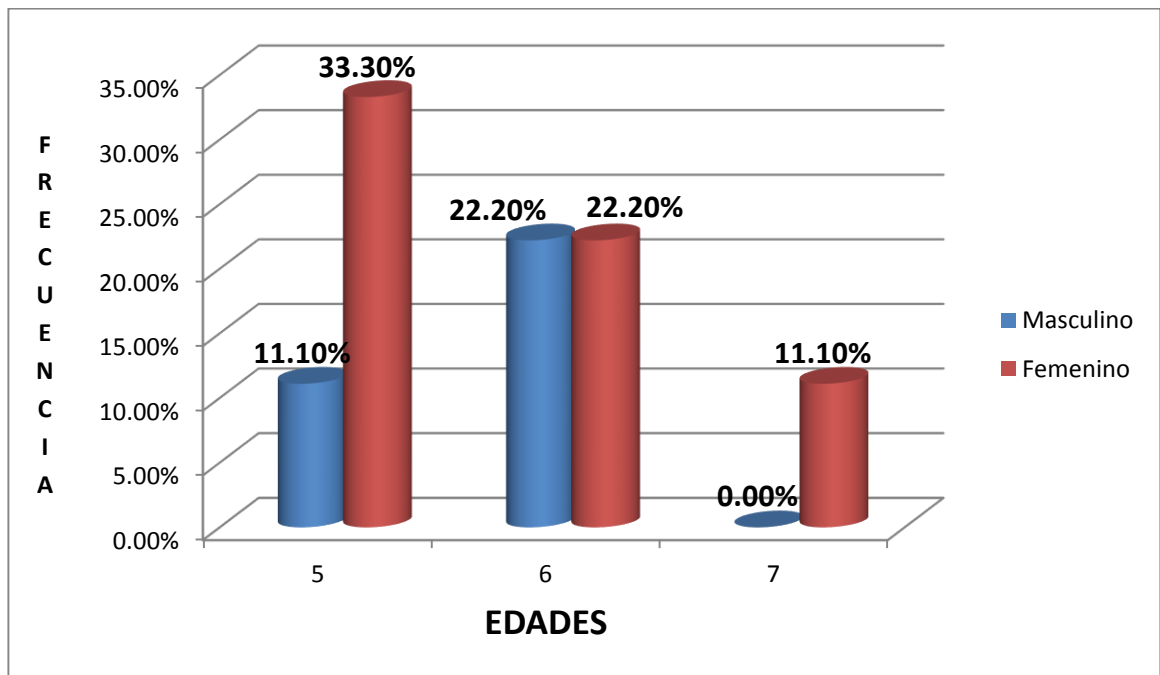
Fuente: Hoja de evaluación inicial y final de las diferentes áreas de desarrollo.

ANÁLISIS: La tabla N° 1 clasifica la población en estudio de acuerdo a la edad y sexo; teniendo en el rango de 5 años de edad un 11.1% que representa a la población masculina y un 33.3% que representa a la población femenina predominando el sexo femenino en esta edad, en el rango de 6 años de edad se observa un 22.2% que representa la población masculina y un 22.2% representado la población femenino; encontrando equilibrados los datos en ambos sexos; y en el rango de 7 años de edad encontramos un 11.1% que representa la población femenina siendo esta la predominante en esta edad; obteniendo así un 99.9% del resultado total .

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los datos obtenidos de 9 pacientes con diagnóstico de Dislalia que asistieron al tratamiento de La Terapia Lúdica en Combinación con La Terapia de Lenguaje en niños de 5 a 7 años de edad, El mayor porcentaje de asistencia fue pacientes del sexo femenino.

GRÁFICO DE BARRA N° 1

CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA EDAD Y SEXO.



Fuente: Tabla N° 1.

TABLA N° 2-A

CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL GRADO DE AFECCIÓN EN LOS FONEMAS.

Alteraciones en los Fonemas	Evaluación Inicial						TOTAL	%
	Leve		Moderada		Severa			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
1 Fonema	1	11.1%					1	11.1%
2 Fonemas								
Más de 3 Fonemas					8	88.8%	8	88.8%
TOTAL	1	11.1%			8	88.8%	9	99.9%

Fuente: Hoja de evaluación inicial y final de las diferentes áreas de desarrollo.

TABLA N° 2-B

Alteraciones en los Fonemas	Evaluación Final						TOTAL	%
	Leve		Moderada		Severa			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
1 Fonema	3	33.3%					3	33.3%
2 Fonemas			6	66.6%			6	66.6%
Más de 3 Fonemas								
TOTAL	3	33.3%	6	66.6%			9	99.9%

Fuente: Hoja de evaluación inicial y final de las diferentes áreas de desarrollo.

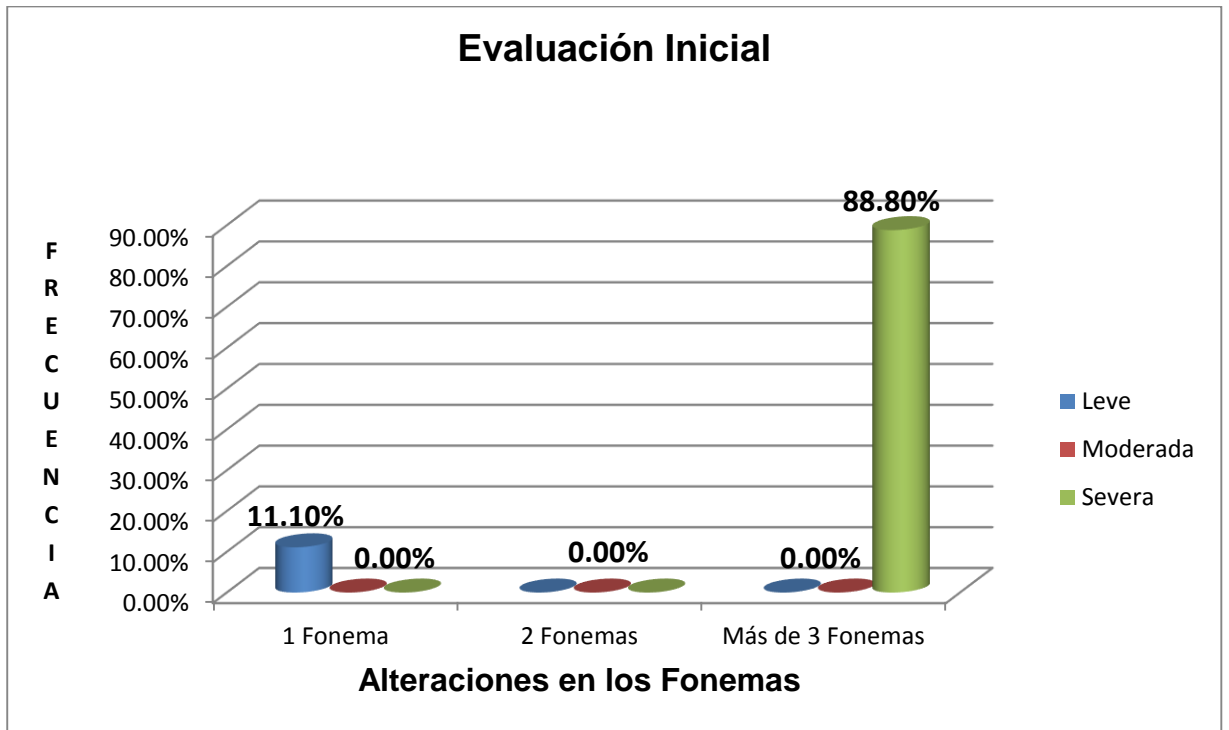
ANÁLISIS: La tabla N° 2-A clasifica la población según el grado de afección de fonemas, encontrando en la Evaluación Inicial que un 11.1% presentaba una Dislalia Leve; mientras que un 88.8% presentaban una Dislalia severa.

En La Tabla N° 2-B de la Evaluación Final se encuentra que un 33.3% de la población en estudio quedo con una dislalia leve mientras que un 66.6% quedo con una dislalia moderada; Obteniendo así buenos resultados en cuanto a la evolución del tratamiento que se les realizo.

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 2-A: De acuerdo a los datos obtenidos de la Evaluación Inicial de las Diferentes Áreas de Desarrollo en el Grado de Afección de Los Fonemas 8 de 9 pacientes que participaron en la muestra presentaron más de 3 Fonemas Alterados.

GRÁFICO DE BARRA N° 2-A

CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL GRADO DE AFECCIÓN EN LOS FONEMAS.

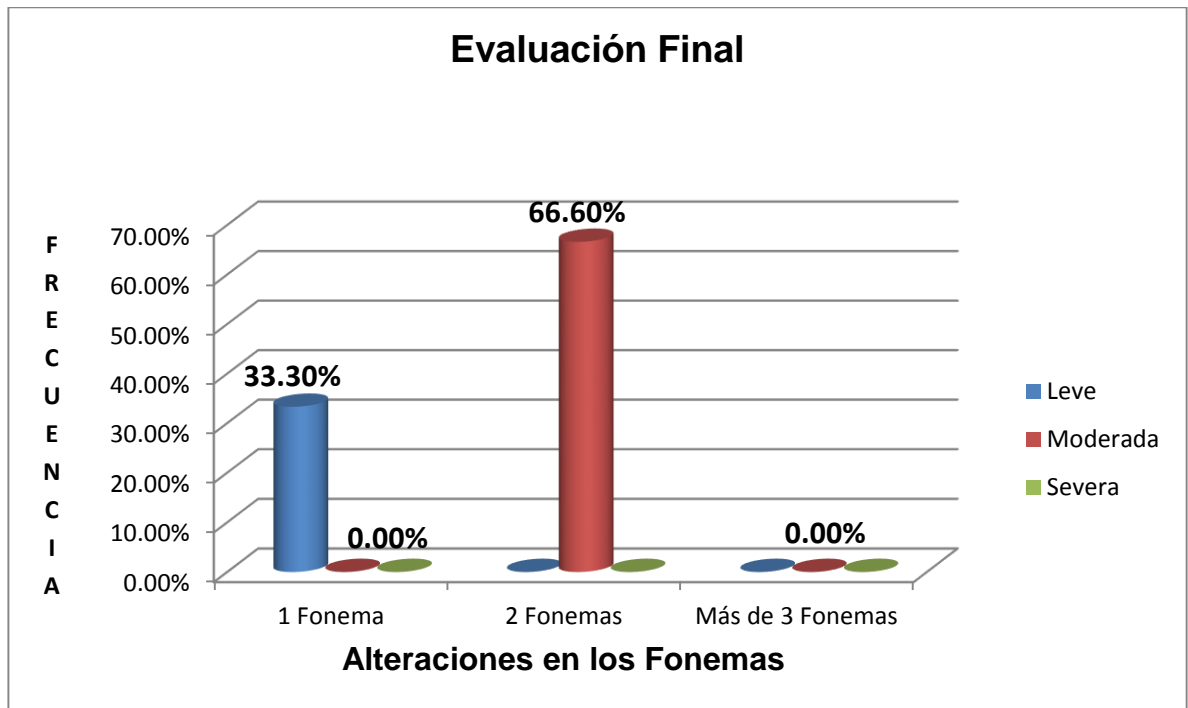


Fuente: Tabla N° 2-A.

INTERPRETACION DE LATABLEA 2-B: De acuerdo a los datos obtenidos de la Evaluación Final de las Diferentes Áreas de Desarrollo en el Grado de Afección de Los Fonemas, De 9 pacientes evaluados 3 pacientes quedaron con 1 Fonema Alterado 6 con 2 Fonemas Alterados, Obteniendo resultados favorables debido a las actividades que se realizaron durante el tratamiento tales como: los juegos dinámicos grupales y canciones dirigidas a mejorar los diferentes grupos de fonemas afectos. (Ver Figura 21).

GRÁFICO DE BARRAN° 2-B

CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL GRADO DE AFECCIÓN EN LOS FONEMAS.



Fuente: Tabla N° 2-B.

TABLA N° 3-A

CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS FONEMAS ALTERADOS.

Fonemas Alterados	Evaluación Inicial				TOTAL	%
	Si		No			
	Fr	%	Fr	%		
“B”	3	33.3%	6	66.6%	9	99.9%
“P”	3	33.3%	6	66.6%	9	99.9%
“M”	1	11.1%	8	88.8%	9	99.9%
“R”	9	99.9%	0		9	99.9%

Fuente: Hoja de evaluación inicial y final de las diferentes áreas de desarrollo.

TABLA N° 3-B

Fonemas Alterados	Evaluación Final				TOTAL	%
	Si		No			
	Fr	%	Fr	%		
“B”	1	11.1%	8	88.8%	9	99.9%
“P”	1	11.1%	8	88.8%	9	99.9%
“M”	0		9	99.9%	9	99.9%
“R”	2	22.2%	7	77.7%	9	99.9%

Fuente: Hoja de evaluación inicial y final de las diferentes áreas de desarrollo.

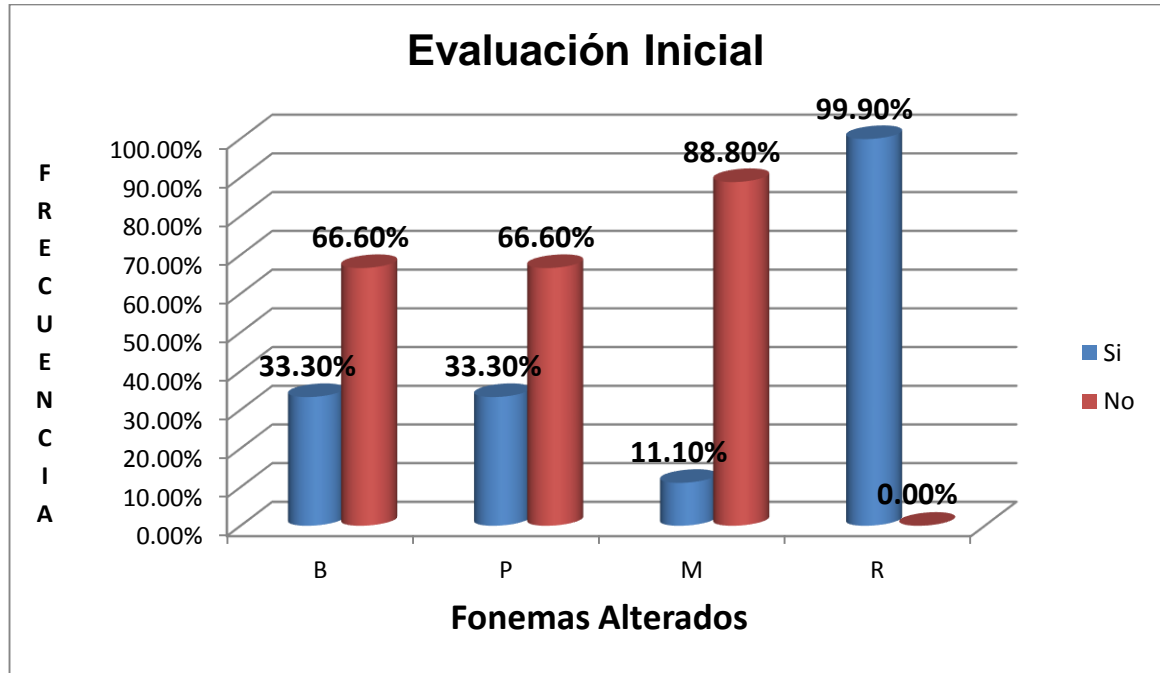
ANÁLISIS: La tabla N° 3-A clasifica la población según los fonemas alterados que poseía la población en estudio encontrando en la Evaluación Inicial que un 33.3% tenían alterado el Fonema “B” mientras que un 66.6% No; Un 33.3% tenían alterado el Fonema “P” mientras que un 66.6% No; Un 11.1% tenían alterado el Fonema “M” mientras que un 88.8% No; y Un 99.9% tenía alterado el Fonema “R”.

En La Tabla N° 3-B de la Evaluación Final que un 11.1% presentaron alterado el Fonema “B” mientras que un 88.8% No; Un 11.1% presentaron alterado el Fonema “P” mientras que un 88.8% No; El 99.9% pudo pronunciar correctamente el Fonema “p”; Y un 22.2% presento problemas para pronunciar el Fonema “R” mientras que el 77.7% de la población en estudio pudo superarlo demostrado así la efectividad del tratamiento Utilizado.

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 3-A:De acuerdo a los datos obtenidos de la Evaluación Inicial de las Diferentes Áreas de Desarrollo se encontró que todos los pacientes que participaron tenían problemas para pronunciar la letra “R” siendo esta según la literatura una de las más complicadas de pronunciar para los niños con este problema debido a la articulación buco-Fonadora (Es un conjunto de órganos que se encargan de la producción de voz y la articulación del habla.), así mismo la “B” “P” “M” Se encontraban alteradas en menor escala.

GRÁFICO DE BARRA N° 3-A

CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS FONEMAS ALTERADOS.

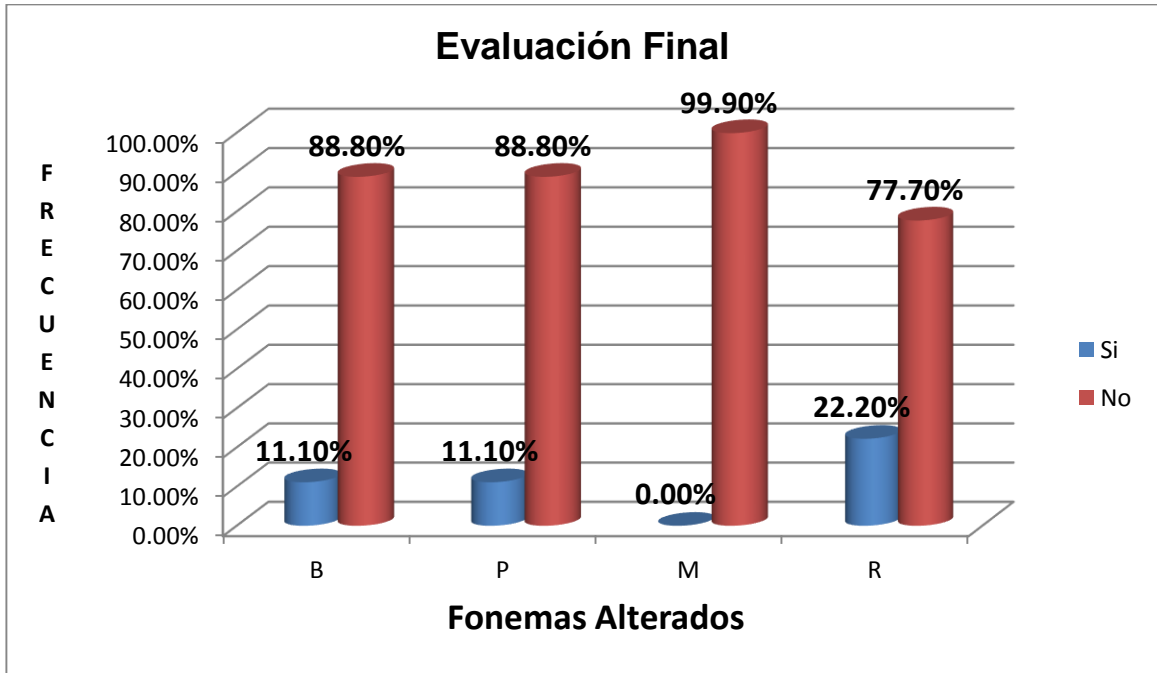


Fuente: Tabla N° 3-A.

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 3-B: De acuerdo a los datos obtenidos de la Evaluación Final de las Diferentes Áreas de Desarrollo se encontró que los pacientes que tenían alteraciones con el Fonema “M” pudieron superar ese problema con el tratamiento que se les realizó el cual consistió en combinar la terapia de lenguaje tradicional con la terapia lúdica mientras los Fonemas “B” “P” “R”; Aun se encontraron alterados pero en mínima escala. (Ver Figura 22).

GRÁFICO DE BARRA N° 3-B

CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS FONEMAS ALTERADOS.



Fuente: Tabla N° 3-B.

TABLA N° 4-A

CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL DEFECTO ARTICULATORIO QUE PRESENTAN.

Defecto articulatorio	Evaluación inicial				TOTAL	%
	Si		No			
	Fr	%	Fr	%		
Omisión	6	66.6%	3	33.3%	9	99.9%
Sustitución	6	66.6%	3	33.3%	9	99.9%
Inserción	1	11.1%	8	88.8%	9	99.9%
Distorsión	2	22.2%	7	77.7%	9	99.9%

Fuente: Hoja de evaluación inicial y final de las diferentes áreas de desarrollo.

TABLA N° 4-B

Defecto articulatorio	Evaluación Final				TOTAL	%
	Si		No			
	Fr	%	Fr	%		
Omisión	3	33.3%	6	66.6%	9	99.9%
Sustitución	3	33.3%	6	66.6%	9	99.9%
Inserción	0		9	99.9%	9	99.9%
Distorsión	1	11.1%	8	88.8%	9	99.9%

Fuente: Hoja de evaluación inicial y final de las diferentes áreas de desarrollo.

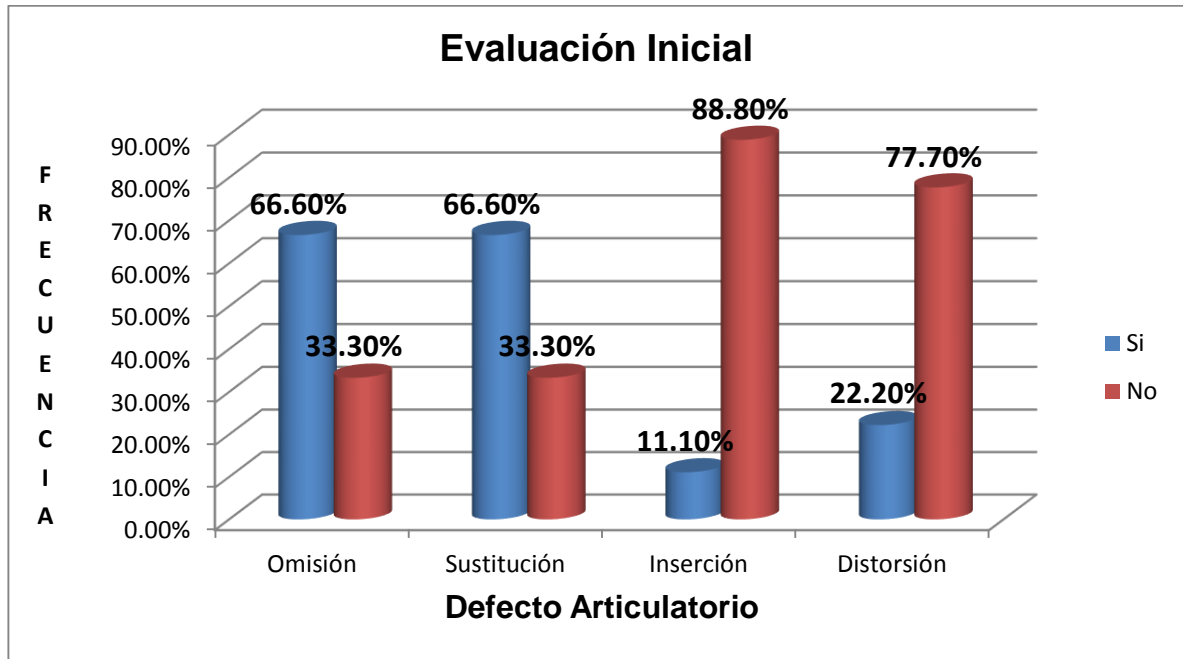
ANÁLISIS: La tabla N° 4-A Clasifica la población en estudio según el defecto articulatorio que presentan las muestras encontrando en la evaluación inicial que un 66.6% de la población presentaban problemas omisión de Fonemas mientras que el 33.3% No; un 66.6% presentaron problemas de Sustitución de Fonemas mientras que un 33.3% de la población No; Un 11.1% presento problemas de Inserción de Fonemas mientras que un 88.8% No: Y Un 22.2% presento problemas de Distorsión de Fonemas, mientras que un 77.7% de la población en estudio No.

En La Tabla N° 4-B de la Evaluación Final se encuentra que un 33.3% de la población en estudio presento problemas de Omisión de Fonemas, mientras que un 66.6% No; Un 33.3% presento problemas de Sustitución de Fonemas mientras que un 66.6% No; Un 99.9% de la población en estudio ya no presento problemas de Inserción de fonemas; Y Un 11.1% presento problemas de Distorsión de Fonemas mientras que un 88.8% de la población No; Demostrando asi la efectividad del tratamiento realizado.

INTERPRETACION DE LA TABLA N° 4-A:De acuerdo a los datos obtenidos de la Evaluación Inicial de las Diferentes Áreas de Desarrollo se encontró que el Defecto Articulatorio de más predominancia en las pacientes en estudio fue: La Inserción (intercalación de Fonemas) y La Distorsión (No emite los fonemas en el Orden correcto); Así mismo La Omisión (Omite los fonemas) y La Sustitución (Sustituye un fonema por otro) en menor escala. Estos son los diferentes defectos articulatorios que causan problemas a los niños para tener un lenguaje fluido y correcto.

GRAFICO DE BARRA N° 4-A

CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN EL DEFECTO ARTICULATORIO QUE PRESENTAN.

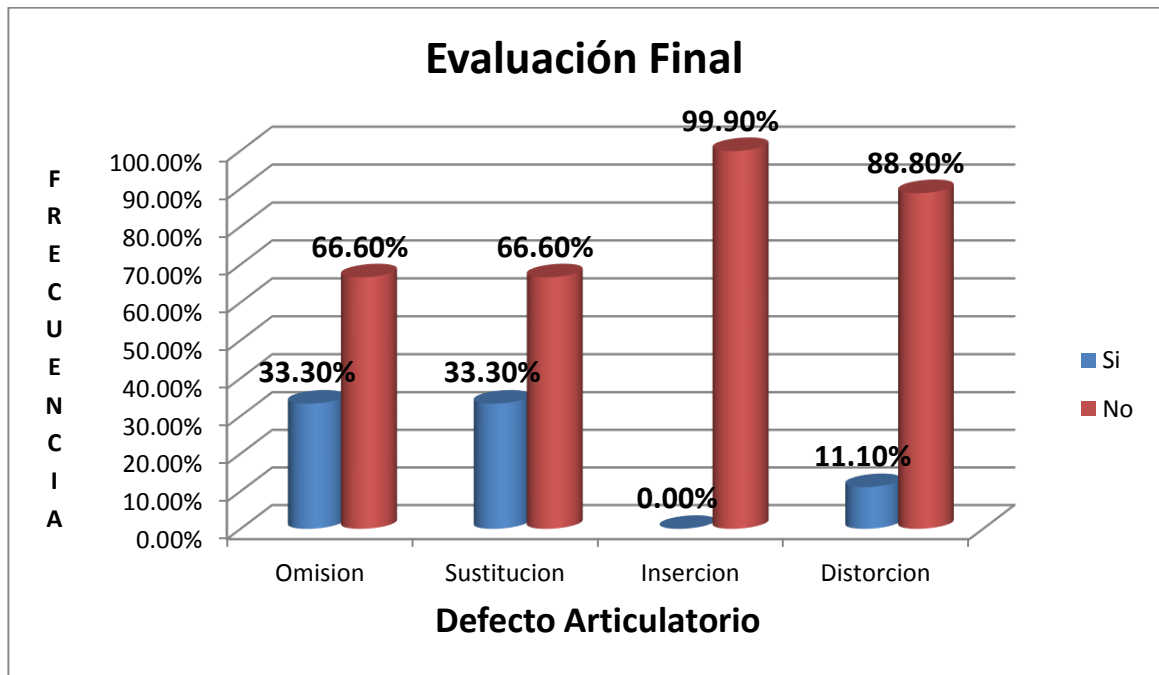


Fuente: Tabla N° 4-A.

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA N° 4-B: De acuerdo a los datos obtenidos de la Evaluación Final de las Diferentes Áreas de Desarrollo se encontró que los pacientes que presentaban defectos articulatorios de Inserción pudieron superar este problema; mientras que algunos aun presentaron problemas de Omisión, Sustitución y Distorsión pero en menor escala, Gracias al tratamiento realizado durante el proceso de ejecución, el cual se dirigía a desarrollar una mejor pronunciación de los diferentes fonemas afectos. (Ver Figura 23).

GRÁFICO DE BARRA N° 4-B

CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL DEFECTO ARTICULATORIO QUE PRESENTAN.



Fuente: Tabla N° 4-B

TABLA N° 5-A

EVALUACIÓN DEL ÁREA MOTORA.

Área Motora	Evaluación Inicial						TOTAL	%
	Buena		Regular		Mala			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Motricidad Gruesa			5	55.5%	4	44.4%	9	99.9%
Motricidad Fina			6	66.6%	3	33.3%	9	99.9%

Fuente: Hoja de evaluación inicial y final de las diferentes áreas de desarrollo.

TABLA N° 5-B

Área Motora	Evaluación Final						TOTAL	%
	Buena		Regular		Mala			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Motricidad Gruesa	9	99.9%					9	99.9%
Motricidad Fina	9	99.9%					9	99.9%

Fuente: Hoja de evaluación inicial y final de las diferentes áreas de desarrollo.}

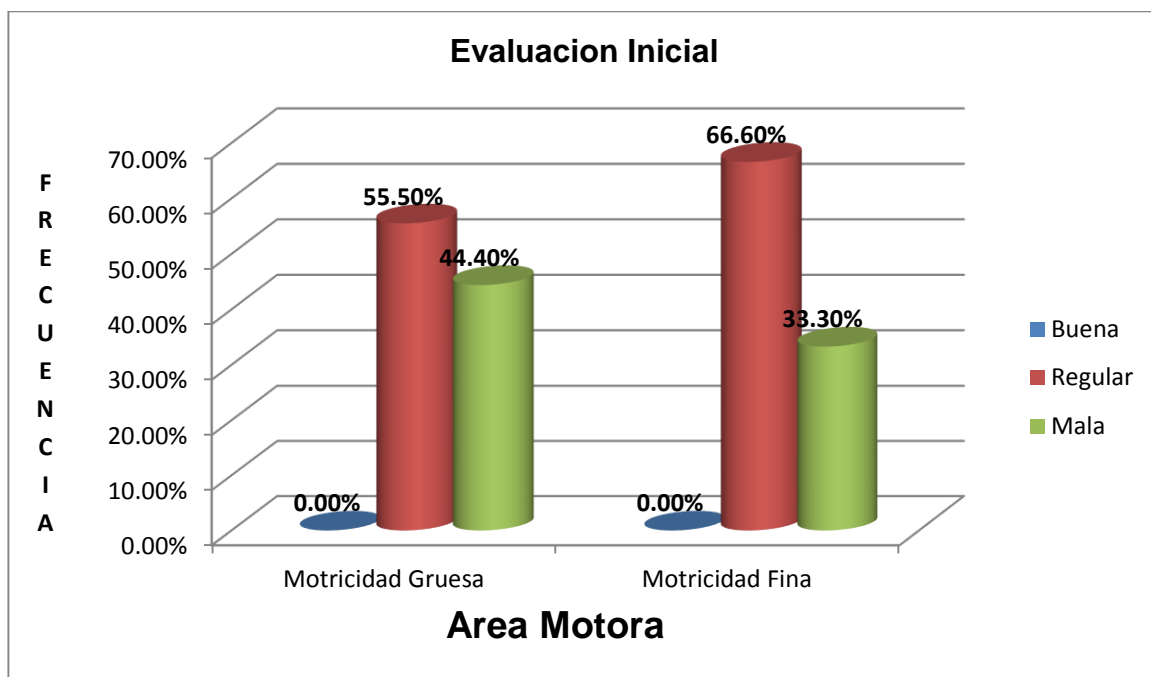
ANÁLISIS: La tabla N° 5-A nos muestra la Evaluación Inicial del Área Motora; se encontró que el 55.5% de la población tenía una motricidad Gruesa Regular mientras que el 44.4% de la población tenía una motricidad Gruesa Mala;

El 66.6% de la población en estudio tenía una motricidad Fina Regula, mientras que el 33.3% tenía una motricidad Fina Mala.

En La Tabla N° 5-B de la Evaluación Final del Área Motora se encontró que el 99.9% de la población en estudio finalizo su tratamiento con una motricidad Gruesa y Fina Buena.

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA N° 5-A:De acuerdo a los datos obtenidos de la Evaluación Inicial del Área Motora se encuentra que todos los pacientes en estudio se encontraban en un nivel promedio de estas destrezas por lo cual se decidió incorporar esta Área al tratamiento debido a la influencia que tiene sobre el lenguaje la coordinación de los movimientos gruesos como hablar caminando o cantar saltando o movimientos finos como escribir lo que estamos escuchando pueden generar gran influencia sobre el lenguaje Fluido.

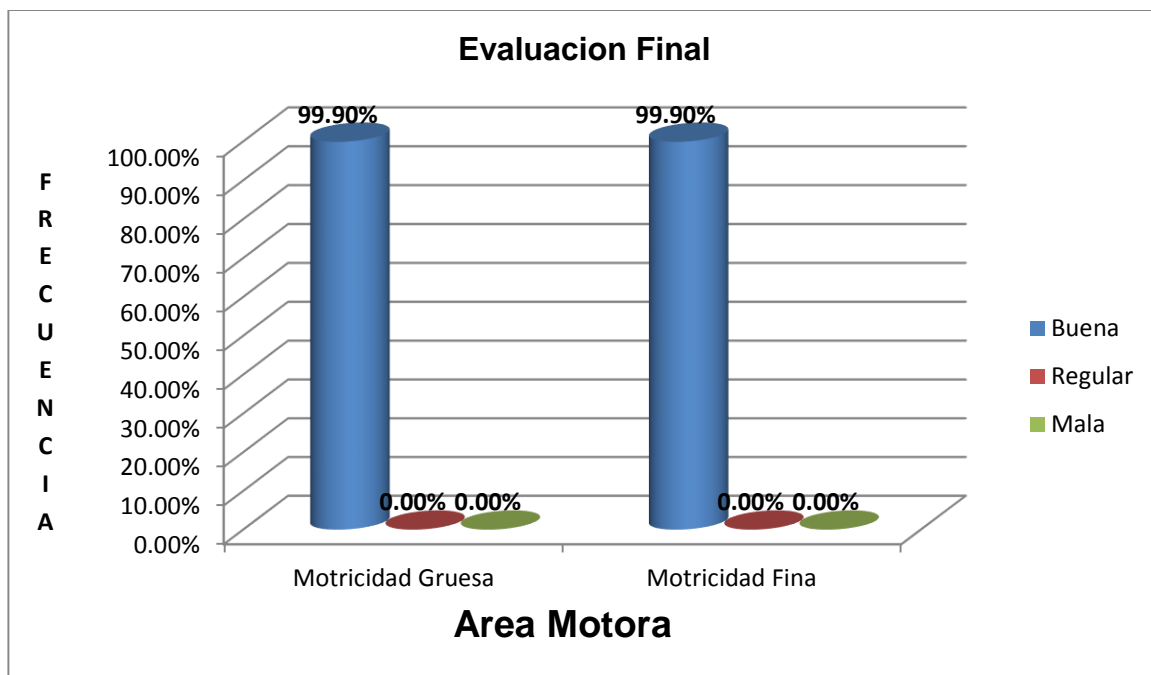
GRÁFICO DE BARRA N° 5-A
EVALUACIÓN DEL ÁREA MOTORA.



Fuente: Tabla N° 5- A.

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA N° 5-B:De acuerdo a los datos obtenidos de la Evaluación Final del Área Motora; ese encuentra que todos los pacientes en estudio finalizaron su plan de tratamiento en un nivel motor óptimo Grueso Y Fino el cual les favoreció a mejor en su lenguaje fluido, Gracias a una serie de juegos grupales que se realizaron durante el proceso de ejecución dirigidos a mejorar habilidades como los saltos, las carreras, la coordinación, el balance, el equilibrio, etc. (Ver Figura 24).

GRÁFICO DE BARRA N° 5-B
EVALUACIÓN DEL ÁREA MOTORA.



Fuente: Tabla N° 5-B.

TABLA N° 6-A

EVALUACIÓN DEL ÁREA COGNITIVA.

Área Cognitiva	Evaluación Inicial						TOTAL	%
	Buena		Regular		Mala			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Comprensión	3	33.3%	4	44.4%	2	22.2%	9	99.9%
Atención	4	44.4%	3	33.3%	2	22.2%	9	99.9%
Esquema Corporal	2	22.2%	4	44.4%	3	33.3%	9	99.9%

Fuente: Hoja de evaluación inicial y final de las diferentes áreas de desarrollo.

TABLA N° 6-B

Área Cognitiva	Evaluación Final						TOTAL	%
	Buena		Regular		Mala			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Comprensión	8	88.8%	1	11.1%			9	99.9%
Atención	8	88.8%	1	11.1%			9	99.9%
Esquema Corporal	8	88.8%	1	11.1%			9	99.9%

Fuente: Hoja de evaluación inicial y final de las diferentes áreas de desarrollo.

ANÁLISIS: La Tabla N° 6-A nos muestra los datos obtenidos de la Evaluación Inicial del Área Cognitiva; se encuentra que el 33.3% de la población en estudio Comprendía las directrices de Forma Buena; mientras que el 44.4% Comprendía las directrices de Forma Regular; y el 22.2% Comprendía las directrices de Forma Mala. El 44.4% prestaba Atención a las directrices de Forma Buena; mientras que el 33.3% prestaba Atención a las directrices de Forma Regula; y el 22.2% prestaba Atención a las directrices de Forma Mala; Y un 22.2%

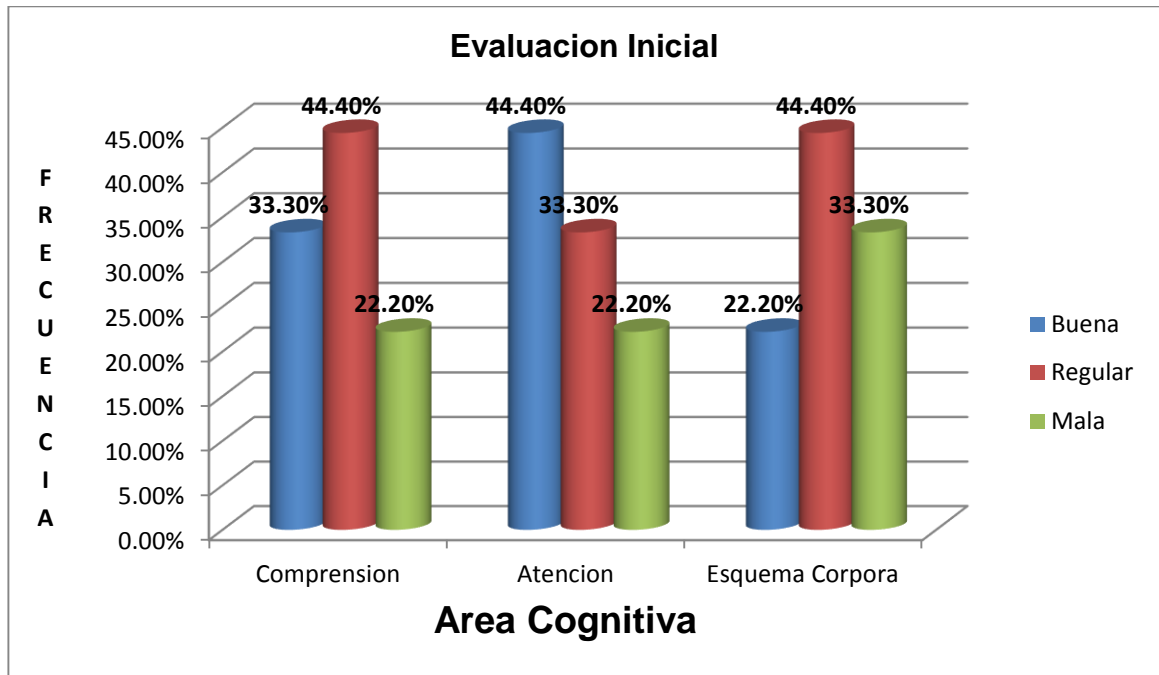
Conocía Su Esquema Corporal de Forma Buena; el 44.4% Conocía Su Esquema Corporal de Forma Regular; Y El 33.3 Conocía Su Esquema Corporal de Forma Mala.

En La Tabla N° 6-B de la Evaluación Final se encontró que el 88.8% de la población en estudio Comprendía las directrices de Forma Buena; Mientras que el 11.1% Comprendía las directrices de Forma Regular; El 88.8% prestaba Atención a las directrices de Forma Buena; Mientras que el 11.1% prestaba Atención a las directrices de Forma Regular; Y un 88.8% Conocía Su Esquema Corporal de Forma Buena; Y El 11.1% Conocía Su Esquema Corporal de Forma Regular.

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO 6-A:De acuerdo a los datos obtenidos de la Evaluación Inicial del Área Cognitiva; Se encontró que todos los pacientes en estudio se encontraban en un nivel promedio, se tomó la decisión de incorporar esta Área al plan de tratamiento debido a que lo cognitivo se incorpora de manera muy importante a cada área de nuestro desarrollo debido a que existe la necesidad de comprender y prestar atención a una actividad para poder llevarla a cabo de la misma manera el conocer cosas tan sencillas como nuestro esquema corporal contribuye a tener un mejor sentido de la orientación en cada una de nuestras Áreas de Desarrollo.

GRÁFICO DE BARRA N° 6-A

EVALUACIÓN DEL ÁREA COGNITIVA.

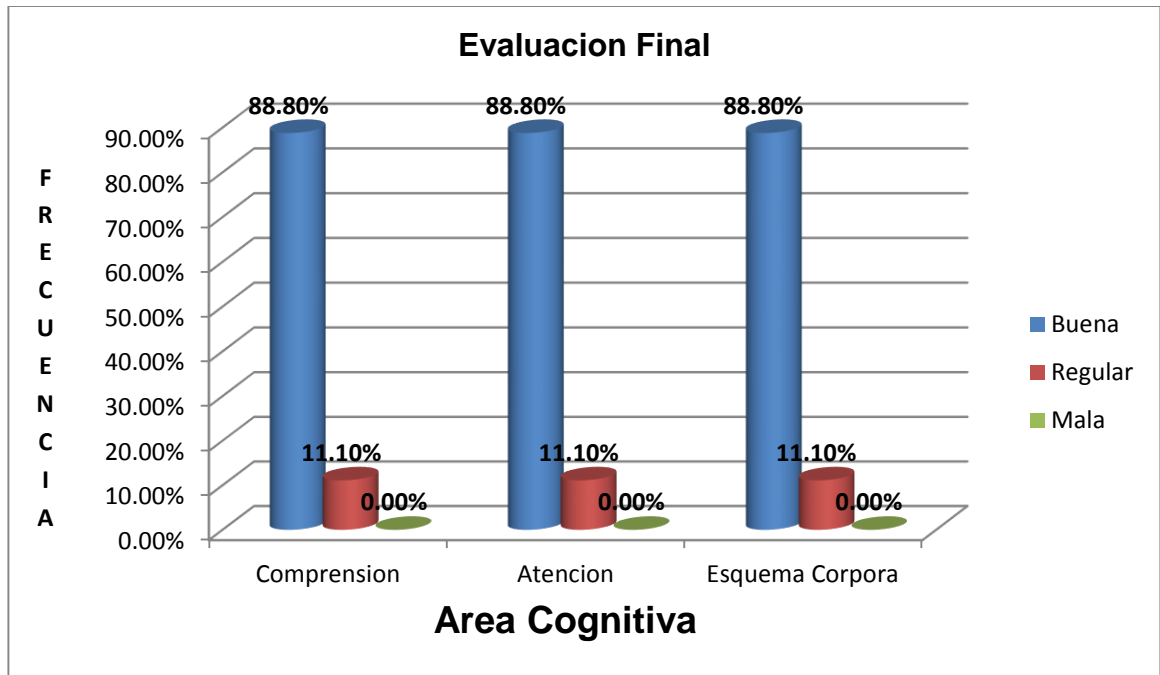


Fuente: Tabla N° 6-A.

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO 6-B: De acuerdo a los datos obtenidos de la Evaluación Final del Área Cognitiva; se encontró que todos los pacientes en estudio finalizaron su plan de tratamiento en un nivel Cognitivo óptimo en cada uno de los ítem evaluados, lo cual les contribuyo a un mejor aprendizaje de la pronunciación correcta del Lenguaje Fluido, Gracias a una serie de actividades como la discriminación de objetos formas y colores reconocimiento y pronunciación de letras realizadas durante el proceso de ejecución. (Ver Figura 25).

GRÁFICO DE BARRA N° 6-B

EVALUACIÓN DEL ÁREA COGNITIVA.



Fuente: Tabla N° 6-B.

TABLA N° 7-A

EVALUACIÓN DEL ÁREA SOCIAL.

Área Social	Evaluación Inicial						TOTAL	%
	Buena		Regular		Mala			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Interacción Social	3	33.3%	3	33.3%	3	33.3%	9	99.9%
Independencia Personal	3	33.3%	3	33.3%	3	33.3%	9	99.9%
Competitividad	3	33.3%	3	33.3%	3	33.3%	9	99.9%

Fuente: Hoja de evaluación inicial y final de las diferentes áreas de desarrollo.

TABLA N° 7-B

Área Social	Evaluación Final						TOTAL	%
	Buena		Regular		Mala			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Interacción Social	9	99.9%					9	99.9%
Independencia Personal	9	99.9%					9	99.9%
Competitividad	9	99.9%					9	99.9%

Fuente: Hoja de evaluación inicial y final de las diferentes áreas de desarrollo.

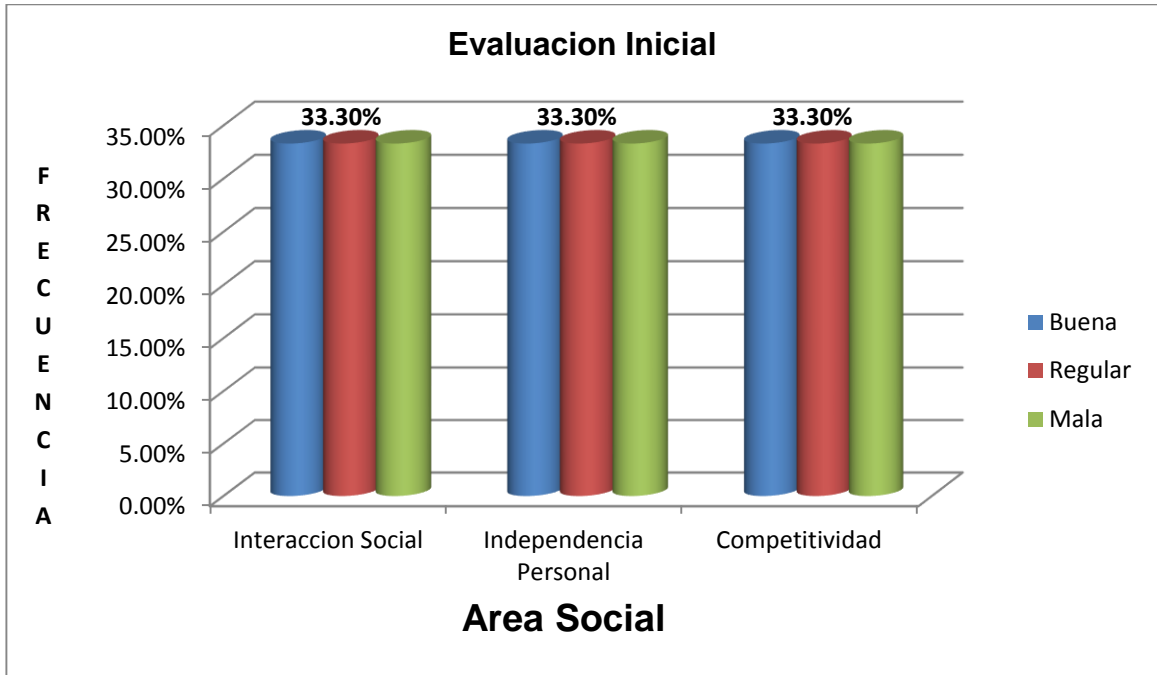
ANÁLISIS: La Tabla N° 7-A nos muestra los datos obtenidos de la Evaluación Inicial del Área Social; Encontramos que el 33.3% de la población en estudio tenía una Interacción Social Buena; Mientras que el 33.3% tenía una Interacción Social Regular; Y un 33.3% tenía una Interacción Social Mala. El 33.3% de la población en estudio tenía una Independencia Personal Buena;

mientras que el 33.3% tenía una Independencia Personal Regular; Y un 33.3% tenía una Independencia Personal Mala. El 33.3% de la población en estudio tenía un nivel de Competitividad Bueno; Mientras que 33.3% tenía un nivel de Competitividad Regular; Y un 33.3% tenía un nivel de Competitividad Malo.

La Tabla N° 2-B de la Evaluación Final; se encontró que el 99.9% de la población en estudio finalizó su tratamiento con una buena Interacción social, Una Buena Independencia Personal y un Muy Buen Nivel de Competitividad; Demostrando así la efectividad del tratamiento con el cual se les Ayudo.

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA N° 7-A:De acuerdo a los datos obtenidos de la Evaluación Inicial del Área Social; Se encontró que todos los pacientes en estudio se encontraban en un nivel promedio; El motivo por el cual se tomó a Bien incluir el Área Social dentro del Plan de Tratamiento ha sido por que sin lugar a dudas tiene una gran influencia sobre el aprendizaje de la pronunciación del Lenguaje debido a que muchos niños al ser retraídos socialmente o tímidos no pronuncian bien los fonemas o no hablan por miedo al entorno que los rodea.

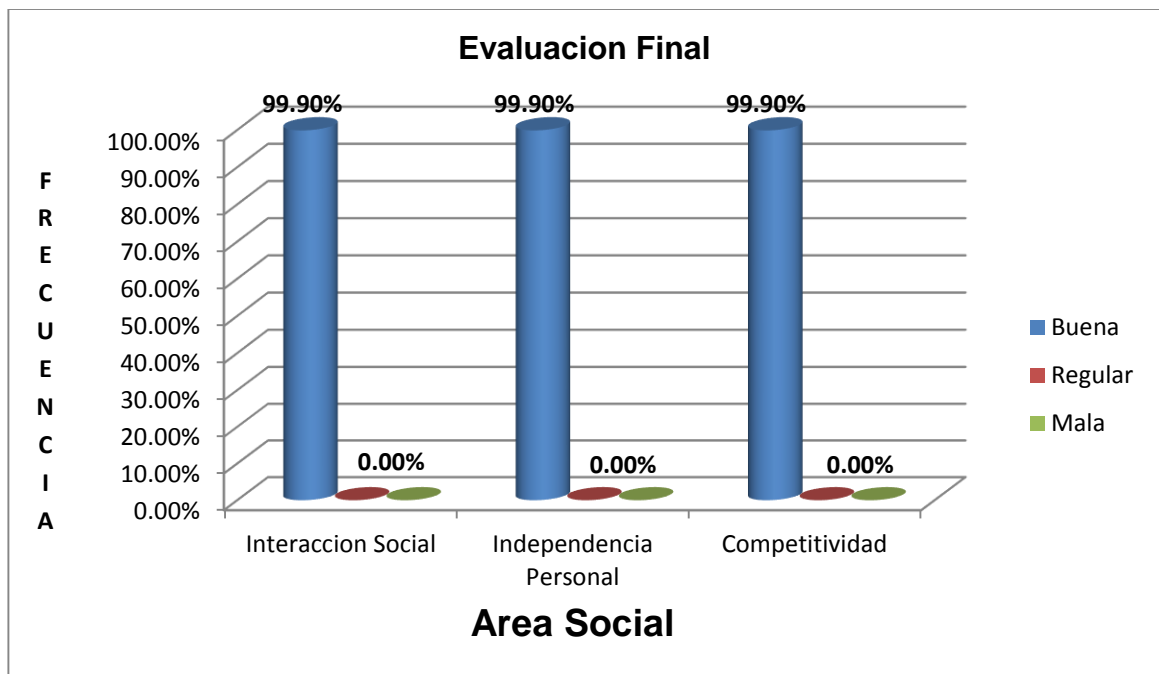
GRÁFICO DE BARRAN° 7-A
EVALUACIÓN DEL ÁREA SOCIAL.



Fuente: Tabla N° 7-A.

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA N° 7-B: De acuerdo a los datos obtenidos de la Evaluación Final del Área Social; se encontró que todos los pacientes en estudio finalizaron su plan de tratamiento en un nivel Social óptimo en cada uno de los ítem evaluados; lo cual les ayudo a tener más confianza en sí mismos y así desenvolverse mejor en el medio que les rodea y tener mejor calidad de aprendizaje de su Lenguaje. (Ver Figura 26).

GRÁFICO DE BARRAN° 7-B
EVALUACIÓN DEL ÁREA SOCIAL.



Fuente: Tabla N° 7-B.

5.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS.

La hipótesis planteada por el equipo investigador se formuló de la siguiente manera:

Hi: La aplicación de la terapia lúdica combinada con la terapia de lenguaje disminuye los problemas de dislalia en niños de 5 a 7 años de edad que asisten al Centro De Rehabilitación Integral De Oriente en el periodo de julio a septiembre del 2013.

La hipótesis planteada se acepta de acuerdo los siguientes datos:

En el área de leguaje: correspondiente a las tablas N° 2, N° 3 N° 4, se muestra que según el grado de afección de los fonemas de los 9 niños la evaluación inicial dio 8 con dislalia severa y en la evaluación final dio 0, de 0 moderada a 6, y de 1 leve a 3 logrando mejorar este aspecto. De los 9 niños evaluados según los fonemas alterados en la evaluación inicial 9 tenían alterado el fonema /r/ en la final 7, con el fonema /b/ de 3 paso a 1, fonema /p/ de 3 paso a 1, fonema /m/ de 1 paso a cero, Finalizando esta área según el defecto articulatorio que presentaban de los 9 evaluados al inicio, en la omisión de fonemas de 6 paso a 3, en sustitución de fonemas paso de 6 a 3, en inserción de 1 paso a 0, mientras que en la distorsión de 2 paso a 1, lo cual representa una notable mejoría.

En la Tabla N° 5 del área motora: de los 9 niños se puede observar que en la evaluación inicial en motricidad gruesa de 0 buenos paso a 9, de 4 malos paso a 0, de 5 regulares paso a 0. En motricidad fina de los 9 niños evaluados al

inicio en motricidad fina de 0 buenos paso a 9, de 3 malos paso a 0, de 6 regulares paso a 0, logrando excelentes resultados en esta área.

En la tabla N° 6 del área perceptivo-cognitivo: cognitiva se observó que de 9 niños en la evaluación inicial en el parámetro comprensión de 3 buenos pasó a 8, de 4 regulares a 1, de 2 malos a 0.

En el parámetro atención de los 9 niños evaluados se observa que en la evaluación inicial de 4 buenos paso a 8, de 3 regulares paso a 1, de 2 malos paso a 0.

De los 9 niños evaluados se observa que en la evaluación inicial en el parámetro esquema corporal, de 2 buenos paso a 8, de 4 regulares paso a 1, de 3 malos a 0, observando una notable mejoría.

En la tabla N° 7 del área social: se evaluó el comportamiento de los niños observándose que en interacción social, de 3 buenos paso a 9, de 3 regulares a 0, de 3 malos paso a 0.

En independencia personal de 3 buenos paso a 9, de 3 regulares a 0, de 3 malos paso a 0.

En competitividad se observó que de los 9 niños evaluados de 3 buenos paso a 9, de 3 regulares a 0, de 3 malos a 0, logrando resultados satisfactorios en esta área.

Lo que indica que La aplicación de la terapia lúdica combinada con la terapia de lenguaje disminuye los problemas de dislalia en niños de 5 a 7 años de edadle brinda grandes beneficios para el desarrollo de un mejor lenguaje de estos.

CAPITULO VI:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación de campo al final se tabulo, analizo e interpreto los resultados llegando a las siguientes conclusiones.

La población de acuerdo a la edad y sexo fueron 9 niños, de los cuales 5 fueron del sexo femenino y 3 del sexo masculino, entre las edades de 5 a 7 años observando que en la edad de 5 y 6 se encontró la mayor cantidad de muestra, siendo los más afectados con problemas de dislalia del sexo femenino (5 niñas).

Con la combinación de terapia lúdica con terapia de lenguaje aplicado a niños con problemas de dislalia se obtuvieron grandes beneficios en las áreas de desarrollo.

Se comprobó que en el área de lenguaje siendo esta la más afectada se obtuvieron buenos resultados logrando mejorar aspectos del habla. En esta área se deduce los niños tenían una dislalia severa que del 88.8% paso a 66.6% moderada y un 22.2% a leve.

Que de los fonemas alterados la /r/ paso del 99.9% afectados al 77.7%, el fonema /b/ y /p/ estaban igualmente afectados en un 33.3% alterados paso a 11.1%, el fonema /m/ de un 11.1% paso a 0. %.

En el área motora se confirma resultados satisfactorios en motricidad gruesa del 44.4% mala paso al 0%, de 55.5% regular paso a 0% dando como resultado final un 99.9% buena. En motricidad fina el 33.3% mala paso a 0%, 66.6% regular paso a 0%, dado un 99.9% bueno, logrando uno total mejoría en el área motora.

En el área perceptivo-cognitiva se verificó una notable mejoría logrando dominar en su mayoría los parámetros de la evaluación, atención de 33.3% buena paso a 88.8%, comprensión y esquema corporal de 44.4% buena a paso a 88.8%.

El área social siendo la menos afectada se comprobó resultados gratificantes ya que el 99.9% de los niños logro integrarse, relacionarse y trabajar mejor tanto en su hogar y la escuela.

Se concientizó a los padres acerca del problema de sus hijos y como ayudarle la importancia del lenguaje del niño su desarrollo en todas las áreas tanto en el hogar y en todo su entorno social.

6.2 RECOMENDACIONES.

Al Gobierno De El Salvador El Ministerio De Educación. Dar importancia por medio de la educación al desarrollo del niño en sus diferentes áreas, capacitar al personal para que ayuden a las personas con problemas del habla y del lenguaje.

A los profesionales de diferentes áreas (neurólogos, pediatras, profesores, terapeutas). Tomen en cuenta la importancia de detectar tempranamente los problemas del habla y del lenguaje en los niños y que estos sean referidos a los encargados de brindar el tratamiento adecuado, terapeutas físicos, ocupacionales, de lenguaje, educativa, y psicólogos entre otros.

Al Centro De Rehabilitación Integral De Oriente (CRIOR). Tomar en cuenta los resultados obtenidos durante el trabajo de investigación y ponga en práctica una terapia de lenguaje más lúdica.

A los docentes de la carrera de fisioterapia y terapia ocupacional que continúen actualizándose en técnicas e información de tratamientos, nuevas áreas siempre en la búsqueda de la mejoría del paciente

A los estudiantes de la carrera de fisioterapia y terapia ocupacional que se interesen en actualizarse sobre otras áreas relacionadas con la carrera, en otras técnicas de tratamiento arriesgarse trae buenos resultado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

DIRECCIONES ELECTRONICAS.

Isabel Mercedes Nieto Cordero, **dislalias** [versión electrónica][consultada el 04 de febrero de 2013]URL disponible en:<http://www.es.scribd.com/mobile/doc/33489475?width=320>.

Colectivo de profesores de enseñanza especial del ISP Blas Roca calderio, manzanillo, **dislalias**[versión electrónica][consultada el 06 de febrero de 2013] URL disponible en: <http://www.ecured.cu/index.php/dislalia#Rese>.

Gudelia Fernández Pérez de Alejo, **atencion de los niños con necesidades educativas especiales en el area de lenguaje en cuba** [versión electrónica][consultada el 06 de febrerode2013]http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionarte/atencion_a_ninos_con_nee.pdf.

Diana Garza-Louis,**La terapia lúdica hace la diferencia** , [versión electrónica][consultada el 13 de mayo de 2013] URL disponible en: <http://www.a4pt.org/download.cfm?ID=12121>

Conoce Terapia Ocupacional, **LA IMPORTANCIA DEL JUEGO EN LA INFANCIA,** [versión electrónica][consultada el 13 de mayo de 2013] URL disponible en: <http://conoceterapiaocupacional.blogspot.com/2012/02/la-importancia-del-juego-en-la-infancia.html>

Natalia Calderón Astorga, **Terapia del lenguaje** ,[versión electrónica][consultada el 13 de mayo de 2013] URL disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/terapia-lenguaje>

Guiadepsicologia.com - Delogopedia.com - Mikinder.blogspot.com,**CAUSAS DE DISLALIA EN LA INFANCIA,** [versión electrónica][consultada lunes 27 de mayo de 2013] URL disponible en: <http://www.guiainfantil.com/1043/causas-de-la-dislalia-en-la-infancia.html>

LISTA DE FIGURAS



Figura 1: Niña con Dislalia.



Figura 2: Niño con Problema de Sustitución de Fonemas.



Figura 3: Niños en Terapia Grupal.



Figura 4: Niños aprendiendo a relacionarse con los demás.



Figura 5: Niños en un ambiente lúdico.



Figura 6: Niños en Terapia de Lenguaje.



Figura 7: Niños aprendiendo a Respirar correctamente.



figura b

Figura 8: Juegos con silbatos, espanta suegras, molinillos de viento.



Figura 9: Tomar el aire por la nariz y soplar sin apagar la vela.



Figura 10: Soplar una pelota de ping pong.



Figura 11: Niños Inflado Globos.Figura 12: Niña transportando cucharitas.



Figura 13: Terapeuta interactuando con los niños.



Figura 14: El juego de qué es? Cómo es? Para qué sirve?.



Figura 15: Niños participantes en la terapia grupal.



Figura 16: Niños que formaron parte de la muestra.



Figura 17: Materiales Utilizados durante el proceso de ejecución.



Figura 18: Reunión de Apertura de ejecución con los padre de familia.



Figura 19: Terapeuta Evaluando a niños de la muestra.



Figura 20: Reunión Final con los padres de Familia.



Figura 21: Juegos dinámicos Grupales.



Figura 22: Niños trabajando en el tratamiento de la ejecución.





Figura 23: Niños en tratamiento para mejorar sus áreas de desarrollo.

Figura 24: Niños trabajando en el area motora.



Figura 25: Niños trabajando en el área cognitiva.



Figura 26: Niños trabajando en el área social.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE LIC. EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PADRES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 7 AÑOS CON PROBLEMAS DE DISLALIA QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE

OBJETIVO: conocer el comportamiento de los niños antes y después del tratamiento mediante la aplicación de la terapia lúdica combinada con la terapia de lenguaje.

Nombre del niño(a): _____

Nombre de la madre/padre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

1-¿Conoce usted sobre el problema de lenguaje que afecta a su hijo?

Si___ no___ Si su respuesta es sí que entiende?

2-¿Sabe usted que es la terapia de lenguaje?

Si___ no___ Si su respuesta es sí que entiende?

3-¿Sabe usted en qué consiste la terapia lúdica? Si___ no___ Si su respuesta es sí en qué consiste?

5-¿su hijo tiene problemas al expresarse?

Si___ NO___

6-¿Su hijo siente miedo hablar en público?

Si___ NO___

7-¿su hijo se aísla para jugar?

Sí ___ No___

Anexo 2
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE LIC. EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



HOJA DE EVALUACION INICIAL

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **SEXO:** _____

ESCOLARIDAD: _____ **FECHA DE NAC.:** _____

FECHA DE EVALUACION: _____

HISTORIA CLINICA:

Objetivo: Conocer las habilidades que posee el niño en sus diferentes áreas de desarrollo.

I - AREA DE LENGUAJE

-Fonemas Alterados: _____

-Defecto Articulatorio:

Omite: Sí ___ No ___

Sustituye: Sí ___ No ___

Inserta: Sí ___ No ___

Distorsiona: Sí ___ No ___

CONSONANTES.

INICIAL		MEDIA		FINAL	
M	Mesa		Cama		
N	Nariz		Mano		Botón
Ñ	Uña		Piñata		
P	Pelota		Mariposa		
J	Jabón		Ojo		Reloj
B	Balón		Bebe		
K	Casa		Boca		
G	Gato		Tortuga		
F	Foco		Elefante		
Y	Llave		Payaso		
D	Dedo		Candado		Red
L	Luna		Pelota		Sol
r			Aretes		Collar
R	Ratón		Perro		
T	Teléfono		Patín		
Ch	Chupón		Cuchara		
S	Silla		Vaso		Lápiz

MEZCLAS.

Bñ	Blusa		Au	Jaula	
Kl	Clavos		Ei	Peine	
Fl	Flor		Eo	León	
Gl	Globo		le	Pie	
Pl	Plato		Ua	Guante	
Br	Libro		Ue	Huevo	
Kr	Cruz				
Dr	Cocodrilo				
Fr	Fresa				
Gr	Tigre				
Pr	Príncipe				
Tr	Tren				

II-AREA MOTORA:

MOTRICIDAD GRUESA

Salta en un pie varias veces B___ R___ M___

Salta alternando los pies B___ R___ M___

Golpea una pelota con una raqueta B___ R___ M___

MOTRICIDAD FINA

Se amarra la cinta de los zapatos B___ R___ M___

Recorta círculos B___ R___ M___

Usa el lápiz correctamente B___ R___ M___

III-AREA PERCEPTIVA-COGNITIVA:

COMPRESION

Comprende y aplica opuestos. B___ R___ M___

Sigue órdenes de tres o más acciones. B___ R___ M___

Comprende entre la realidad y la fantasía. B___ R___ M___

Trabaja con números.

ATENCION

Está atento cuando se lee un cuento. B___ R___ M___

Repite frases de 3 o más oraciones. B___ R___ M___

ESQUEMA CORPORAL

Conoce su esquema corporal B___ R___ M___

Lateralidad de acuerdo de sí mismo y los demás B___ R___ M___

IV-AREA SOCIAL:

Le gusta competir. B___ R___ M___

Ha desarrollado su independencia personal. B___ R___ M___

Participa activamente en conversaciones B___ R___ M___

Acepta jugar con otros niños. B___ R___ M___

Anexo 3

Fecha: ____/____/____

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO.

Yo: _____

Padre de: _____, de: ____ años de edad

Doy mi consentimiento Voluntario, para que mi Hijo(a), participe en el proyecto de ejecución de tesis llamado: **Los beneficios de la terapia lúdica en combinación con la terapia de lenguaje en niños y niñas con problemas de dislalia, de 5 a 7 años de edad, que asisten al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, en periodo de julio a septiembre del año 2013.**

Dado que se me ha explicado en que consiste la investigación y eh tenido la oportunidad de hacer preguntas de las cuales estoy satisfecho(a) con las respuestas brindadas por los investigadores.

Nombre del Participante: _____

Firma o Huella del padre o encargado del participante: _____

ANEXO N° 5: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE EJECUCIÓN DURANTE EL PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DEL 2013.

actividades	meses	junio				julio				septiembre			
	semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1- se solicitó autorización para ejecutar la investigación al director del CRIOR		x											
2- selección de la muestra la muestra		x											
3-reunion informativa con los padres de familia sobre el método y evaluación inicial			x										
4- Aplicación de la combinación de terapia lúdica con la terapia de lenguaje.			x x	x x	x x	x x	x x	x x	x x	x x	x x	x x	
5- evaluación final a los niños													x x
6- clausura de la ejecución													x

ANEXO N° 6

PRESUPUESTOS Y FINANCIAMIENTOS.

CANTIDAD	RECURSOS	PRECIO UNITARIO. \$	PRECIO TOTAL \$
20 horas	Uso de Internet.	0.50 por hora	10
1	Resmas de papel bond t/carta.	5.	5
10	Impresiones.	15 por pag.	96.40
	Anillado.	2.50	10
6	Folder.	0.20	1.20
6	Fastener.	0.10	0.60
18	Refrigerios de apertura.	1	18
9	Material didáctico	2	18
100	Vejigas	0.5	5
18	Refrigerios de despedida.	1.50	27
TOTAL			191.20

El total de gastos en materiales que se necesitaron para ejecutar la investigación fueron financiados por el equipo de investigación, repartido en partes iguales.