



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACION Y EDUCACIÓN  
ESPECIAL

“ATENCIÓN EN TERAPIA DE LENGUAJE A LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL Y DEFICIENCIA AUDITIVA DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA, CANTÓN CALVAS – PROVINCIA DE LOJA EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2010.”

*Informe final de tesis  
previo a la obtención del  
Grado de Licenciada en  
Psicorrehabilitación y  
Educación Especial*

**AUTORA:**

Lorena del Rocío Jiménez Motoche

**DIRECTOR DE TESIS:**

Dr. Oscar Cabrera Iñiguez.

LOJA-ECUADOR

2011

## CERTIFICACION

Dr. Oscar Cabrera Iñiguez.

Docente de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial de la Universidad Nacional de Loja.

### **CERTIFICA:**

Que una vez revisada, dirigido y concluido el presente trabajo investigativo, previo a la obtención del título de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial, de la autoría de la Sra. Lorena del Rocío Jiménez Motoche, el mismo que se ha denominado: **“Atención en terapia de lenguaje a las personas con deficiencia mental y deficiencia auditiva de la ciudad de Cariamanga - Cantón Calvas de la provincia de Loja en el periodo Enero Junio del 2010”**

Cumple con las disposiciones reglamentarias emanadas por la Universidad Nacional de Loja, por consiguiente autorizo su presentación ante el respectivo tribunal de grado.

Dr. Oscar Cabrera Iñiguez.

DIRECTOR DE TESIS.

## **AUTORIA**

La responsabilidad por los hechos, ideas y teorías expuestas en esta investigación corresponde exclusivamente a la autora; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

Lorena del R. Jiménez Motoche.

**AUTORA.**

## **AGRADECIMIENTO.**

A la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, en especial a sus docentes, por brindarme sus conocimientos y por su apoyo brindado en los momentos necesitados.

A las autoridades del Ilustre Municipio del Cantón Calvas, en persona del señor Alcalde Dr. Franklin Cueva Rosillo y su esposa la presidenta del Amparo Social y Cultural de Calvas, al Dr. Wilson Andrade Coordinador del programa de Psicorrehabilitación Comunitario, quienes fueron los que nos brindaron las facilidades para la ejecución de este proyecto.

A las personas, madres de familia de los niños atendidos en la Unidad de Atención, establecida en el "B.I 20" Capitán Díaz del Cantón Calvas, ya que gracias a la acogida brindada por los moradores de este cantón, se pudo llevar a cabo este proyecto.

Al Dr. Oscar Cabrera por la paciencia, el apoyo, la colaboración y dirección de este proyecto, quien en forma desinteresada, me brindo sus criterios, opiniones y apoyo intelectual, para llevar a final termino este trabajo investigativo'

A mi esposo ya que es el la persona que día a día me motiva y me ayuda a seguir a delante, para poder llegar alcanzar mis metas.

## **DEDICATORIA**

Principalmente quiero dedicar este presente trabajo a Dios, ya que gracias a él y su chispa de vida nosotros podemos existir. A mis padres por el apoyo brindado para seguir y culminar mi carrera. En especial a mi esposo ya que gracias a su motivación diaria y a su apoyo incondicional, puedo llegar a la culminación de una etapa más en mi vida. Y a mis dos amorcitos que son mis hijos ya que ellos son el pilar fundamental y mi fuente de inspiración para llegar a cumplir una meta más de ser una profesional.

## ESQUEMA DE TESIS.

CERTIFICACION	ii
AUTORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
ESQUEMA DE TESIS	vi
TÍTULO	vii
1.- RESUMEN.	Viii
SUMMARY	
2.- INTRODUCCION.	1
3.- REVISION LITERARIA.	6
4.- MATERIALES Y METODOS.	29
5.- ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	35
6.- CONCLUSIONES.	54
7.- RECOMENDACIONES.	56
8.- BIBLIOGRAFIA.	58
9. ANEXOS.	59

## **TÍTULO**

“ATENCIÓN EN TERAPIA DE LENGUAJE A LAS PERSONAS  
CON DEFICIENCIA MENTAL Y DEFICIENCIA AUDITIVA DE LA  
CIUDAD DE CARIAMANGA, CANTÓN CALVAS – PROVINCIA  
DE LOJA EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2010.”

## 1. RESUMEN

La presente investigación que tiene el carácter de investigación-acción, la misma que fue desarrollada en Cariamanga y que se fundamentó en ofrecer terapia del lenguaje a las personas con deficiencia mental y auditiva, permitió cumplir con el objetivo general de la misma, que es el contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, y para dar cumplimiento a este gran objetivo, se plantearon algunos objetivos específicos como son: 1.- Recopilar datos informativos de las personas que van a recibir atención de la Ciudad de Cariamanga, 2.- Valorar el tipo y el grado de discapacidad que presentan las personas con necesidades especiales, de la comunidad, 3.- Elaborar programas de actividades para el tratamiento de rehabilitación de acuerdo al grado de discapacidad que posea el paciente, 4.- Brindar atención especializada a los pacientes considerados aptos para recibir las terapias de lenguaje<sup>1</sup>. Para el cumplimiento de los objetivos y obtención de resultados en el presente proyecto, se aplicaron algunos instrumentos técnicos y psicológicos como son: fichas de identificación para los pacientes, fichas e instrumentos de valoración, elaboración de un plan de actividades encaminado al mejoramiento del tipo de discapacidad del paciente, para esto, se tomó en cuenta las potencialidades con las que contaban los pacientes, para tratar de aprovecharlas al máximo y reforzarlas, por medio de la intervención en rehabilitación de terapias de lenguaje, mediante las técnicas, de terapias de articulación, terapia oral y motora de la boca, ejercicios musculares, de la boca, se trabajó aprovechando los resto auditivos presentes en el niño con métodos gestuales y método oral, como terapia de apoyo se ofreció a los niños hidroterapia e hipoterapia, Así mismo, para dejar constancia del trabajo realizado, al final se adjunta los respectivos instrumentos con los que se trabajó.

Los instrumentos fueron aplicados en la planificación y el tratamiento en terapias de lenguaje, los mismos que fueron aplicados constantemente en los meses de Enero a Junio del año 2010, en los días Lunes y Martes, desde las 08:00h de la mañana hasta las 16:00h de la tarde, y los días Miércoles el mismo horario en hipoterapia e hidroterapia, en las instalaciones del Batallón de Infantería de la ciudad de Cariamanga, tiempo en el cual se trabajó con 6 pacientes pertenecientes al proyecto, como son:(4)Deficiencia Mental, (2)Deficiencia Auditiva, en edades comprendidas entre los 2 y 15 años; y que se constituyen en la muestra base del mismo. Durante el proceso de rehabilitación física y mediante el uso de terapias antes mencionadas, los resultados en estos pacientes fueron favorables, entre los cuales puedo mencionar: se logró estimular a la comprensión de la lectura de labios, aprovechando que los niños con deficiencia auditiva poseían un resto de audición favorable para la adquisición del lenguaje, y con los pacientes de deficiencia mental se logró un resultado favorable, acorde al nivel de la pronunciación del lenguaje anterior. Para alcanzar tales logros fue necesario paciencia, tiempo y continuidad con todos los actores de este programa.

Ante esto; se recomienda que las autoridades de la Universidad Nacional de Loja, en si la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Espacial, que a sus egresados se les permita realizar estas pasantías, pero con un periodo de tiempo más amplio.

---

<sup>1</sup> **OBJETIVOS:** 1.- Recopilar datos informativos de las personas que van a recibir atención de la Ciudad de Cariamanga, 2.- Valorar el tipo y el grado de discapacidad que presentan las personas con necesidades especiales, de la comunidad, 3.- Elaborar programas de actividades para el tratamiento de rehabilitación de acuerdo al grado de discapacidad que posea el paciente, 4.- Brindar atención especializada a los pacientes considerados aptos para recibir las terapias de lenguaje.



## SUMMARY

The development of this project allowed me to meet the overall objective of the same, which is helping to improve the quality of life and care in speech therapy for people with mental retardation and hearing impairment City Cariamanga - Bald Canton, and to comply with this great goal, raised some specific objectives such as: 1 .- Compile information data of the residents of the City Cariamanga they will receive assistance in rehabilitation of disabilities, the type 2 .- Rate and the degree of disability exhibited by people with special needs, community, 3 .- To develop programs of activities for the rehabilitation treatment according to the degree of disability held by the patient, 4 .- Provide specialized care to patients considered eligible for speech therapy. To fulfill the objectives and outcome of this project, there are some technical and psychological tools such as: identification sheets for patients, sheets and assessment tools, develop a plan of activities designed to improve the type of patient's disability, for this was taken into account the potential with which patients had to try to make the most of and reinforce, through intervention in rehabilitation of Speech, using the techniques of joint therapy, oral therapy and motor mouth, muscle exercises, mouth, taking advantage of the rest worked in child hearing these methods gestural and oral method, they also worked with children in hydrotherapy and hippotherapy, Also, to record the work at the end is attached the respective instruments with which they worked.

The instruments were applied to treatment planning Speech, the same as those applied in the months of January through June 2010, on Monday and Tuesday, from 08:00 am to 16:00 h pm, and on Wednesday the same time in hippotherapy and hydrotherapy at the premises of the Infantry Battalion of the city of Cariamanga, at which time we worked with 6 patients in the project, such as: (4) Mental Deficiency, (2) Hearing Impaired, aged between 2 and 15 years, and which constitute the sample base. During the process of physical rehabilitation and therapy through the use of the above, the results were favorable in these patients, among whom I can mention: greater motor coordination to patients who required it and was able to stimulate the understanding of lip reading , taking advantage of children with hearing impairment had a favorable hearing for the rest of the acquisition of language, and mental deficiency patients achieved a favorable outcome, according to the level of pronunciation of the language.

To achieve such gains was necessary patience, time and continuity with all players in this program.

Given this, it is recommended that the authorities of the Universidad Nacional de Loja, whether the race Psicorrehabilitacion and Space Education, which graduates are allowed to perform these internships, but with a wider time period, to enable this have a more open way to run with more space and a better way appropriate techniques for their rehabilitation and thus to obtain a greater percentage in the rehabilitation of their patients.

## 2. INTRODUCCION

La OMS dice que en el mundo de 500 a 600 millones de personas sufren alguna discapacidad, de las cuales el 85% no tiene acceso a servicios de rehabilitación y el 95% no acude a la escuela. Según la misma OMS, manifiesta que “la discapacidad es toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo.”<sup>2</sup>

En nuestro país, el Ecuador se estima que hay 1.608.334 personas con alguna discapacidad, que representa el 12.14% de la población total. El 6% de los hogares ecuatorianos tiene al menos un miembro con discapacidad. El 8% de los hogares rurales tienen alguna persona con discapacidad, frente al 5% de los hogares urbanos.<sup>3</sup>

Las provincias más afectadas por la discapacidad son las de: Loja, Cañar, Bolívar y Cotopaxi, cuyos porcentajes de hogares con al menos una persona con discapacidad sobrepasan al porcentaje nacional.

En la misma fuente se manifestó que los 404.835 habitantes en la provincia de Loja, el 18.2% presentan discapacidades como: retardo mental, síndrome de Down,

---

<sup>2</sup> OMS. Organización mundial de la salud 2010.

<sup>3</sup> CONADIS: Concejo nacional de discapacidades, según censo realizado, los datos antes mencionados.

hemiplejía, autismo, parálisis cerebral, retraso mental, retraso psicomotor, hiperactividad y problemas de aprendizaje y de lenguaje.

Sabemos cada grupo humano tiene sus diferencias y por lo tanto asimilan de diferente manera la problemática de las personas con discapacidad y su reinserción a la sociedad, este estudio va dirigido a informar y dar una mayor visión de lo que sucede en las comunidades rurales del sur de la patria, para concienciar a autoridades, padres de familia y sociedad en común a la solución de tantos problemas que atraviesan los niños discapacitados de la ciudad de Cariamanga.

Al referirnos a uno de los Cantones de la provincia de Loja como es Calvas, con su cabecera cantonal Cariamanga, se encuentra ubicada a una distancia de 106 Km al sur de la ciudad de Loja, rodeada de los cantones Espíndola, Paltas, Quilanga y Sozoranga, la mayoría de sus pobladores se dedican a la agricultura y la ganadería, su población es de 10349 habitantes entre la población urbano y rural.<sup>4</sup>

Los aspectos que afectan a la población de este cantón son de carácter económico, social, ambiental, por lo tanto no se puede brindar una colaboración efectiva para la prevención primaria de las discapacidades, tales como parálisis cerebral, retardo mental, síndrome de Down, y enfermedades asociadas a factores hereditarios, esto también se suma a que este cantón es una zona agrícola y que viene consigo la contaminación debido al uso excesivo de químicos fertilizantes utilizados en sus productos, acarreando así problemas de salud, viéndose afectados principalmente

---

<sup>4</sup>[www.lojaturistico.com](http://www.lojaturistico.com). Ubicación territorial del cantón calvas.

los habitantes de esta zona y en especial la población más vulnerable como son los niños, y esto desencadena un crecimiento de las discapacidades en los mismos.

Es por ello que se creó la necesidad de realizar el presente proyecto de desarrollo en el Cantón Calvas que gracias al convenio de cooperación interinstitucional que firmaron la Universidad Nacional de Loja, con la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial el Municipio del Cantón Calvas a través del Patronato de Amparo Social, siempre con el fin de mejorar la calidad de vida y la posterior vinculación a la sociedad de las personas con discapacidad a través del proyecto de desarrollo denominado: **“ATENCIÓN EN TERAPIA DE LENGUAJE A LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL Y DEFICIENCIA AUDITIVA DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA, CANTÓN CALVAS – PROVINCIA DE LOJA EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2010.”**

Para dar fe del cumplimiento de este importante proyecto en beneficio con las personas con deficiencia mental y auditiva, me trace los siguientes objetivos:

**GENERAL:** Mejorar la calidad de vida de las personas con deficiencia mental y <auditiva que presentan problemas de la Ciudad de Cariamanga, Cantón Calvas de la provincia de Loja.

**ESPECIFICOS:**

- Recopilar datos informativos de los pobladores de la Ciudad de Cariamanga que van a recibir asistencia en rehabilitación de discapacidades.

- Valorar el tipo y el grado de discapacidad que presentan las personas con necesidades educativas especiales, de la comunidad.
- Planificar programas de actividades para el tratamiento de rehabilitación de acuerdo al grado de discapacidad que posee el paciente.
- Brindar atención especializada, a los pacientes considerados aptos para recibir terapias de rehabilitación de lenguaje.

Para llegar a cumplir cada uno de los objetivos planteados, se inició con la intervención en la rehabilitación, posteriormente se recogió información personal e información médica, para luego mediante esta llegar a una pertinente valoración y diagnóstico de cada uno de los pacientes, aplicándose algunos instrumentos, técnicos y psicológicos como son: Historia Clínica, Fichas de Identificación, Fichas e instrumentos de Valoración, Elaboración de un plan de actividades, orientado a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Con el desarrollo de este proyecto se ha obtenido algunos avances positivos en los pacientes intervenidos, los cuales puedo mencionar mayor coordinación motriz a los pacientes que lo requerían y se logró estimular a la comprensión de la lectura de labios, aprovechando que los niños con deficiencia auditiva poseían un resto de audición favorable para la adquisición del lenguaje, y con los pacientes de deficiencia mental se logró un resultado favorable, acorde al nivel de la pronunciación del lenguaje, mejorando así su calidad de vida y su vinculación con la sociedad.

Cabe mencionar que este proyecto contiene un marco teórico que fundamenta su contenido con las Deficiencias mental y auditiva, la cual es una problemática que puede afectar al individuo desde el momento mismo del nacimiento, es decir ya nacen con su problema.

Por otro lado cabe señalar que a la finalización de esta intervención y a los avances positivos obtenidos durante el proceso de la rehabilitación, se debieron en gran parte gracias a la cooperación, voluntad y perseverancia de padres de familia que asistieron a este programa de rehabilitación, por tal manera se recomienda que se continúe con el proceso de rehabilitación en terapias de lenguaje a estas personas, mejorando así aún más su calidad de vida.

Se considera que con el presente trabajo se ha cumplido modestamente con la aspiración de contar con un estudio sobre la problemática que vive la sociedad, y la pongo a consideración de las autoridades del Cantón Calvas y sobre todo de los padres de familia, para que sean ellos quienes les brinden el apoyo necesario para su intervención terapéutica y su reinserción a la sociedad.

### **3. REVISION DE LA LITERATURA**

Esta investigación se denominó: "ATENCIÓN EN TERAPIA DE LENGUAJE A LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL Y DEFICIENCIA AUDITIVA DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA, CANTÓN CALVAS – PROVINCIA DE LOJA EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2010." Este mismo se llevó a cabo con las personas que asistieron al centro de rehabilitación, como pacientes.

Como autora de este trabajo investigativo, presento a continuación el posicionamiento teórico para el normal desarrollo de este mismo y los resultados obtenidos durante el desarrollo de esta investigación, desde su inicio hasta su final.

Tanto en la Asociación Americana para la Deficiencia Mental (A.A.M.D.) como la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), recogen en sus definiciones estos tres criterios:

La O.M.S define a los deficientes mentales como "individuos con una capacidad intelectual sensiblemente inferior a la media que se manifiesta en el curso del desarrollo y se asocia a una clara alteración en los comportamientos adaptativos".

La A.A.M.D define la Deficiencia Mental como un "funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media o promedio, originado durante el período de desarrollo y asociado a un déficit en la conducta adaptativa".

## **OTROS CRITERIOS SON:**

**-Criterio Conductista.** Lanzado por los partidarios del Análisis experimental de la Conducta. El déficit mental ha de interpretarse como producto de la interacción de cuatro factores determinantes: biológicos, de interacción con el medio y condiciones ambientales momentáneas o acontecimientos actuales.

**-Criterio Pedagógico.** El deficiente mental es aquel sujeto que tiene una mayor o menor dificultad en seguir el proceso de aprendizaje ordinario y que por tanto tiene unas necesidades educativas especiales, es decir necesita unos apoyos y unas adaptaciones del currículo que le permitan seguir el proceso de enseñanza ordinaria.

El retraso mental significa que el funcionamiento intelectual es menor de lo normal con limitaciones del funcionamiento adaptativo. El retraso mental se presenta en personas de todas las razas y etnicidades y es el trastorno más frecuente del desarrollo, ya que afecta a aproximadamente al 1% de la población general.

### **Hay cinco grados de deficiencia mental.**

- 1.- Limite o bordeline (68-85)
- 2.-Ligera (52-68)
- 3.-Media (36-51)
- 4.-Severa (20-35)



5.-Profunda inferior a 20.

**1.- DEFICIENCIA MENTAL LÍMITE.-** Se puede decir que tales niños no son deficientes mentales, pues tienen muchas posibilidades, solo manifiestas retraso o dificultad en el aprendizaje, por ejemplo: los sujetos de ambiente sociocultural deprimido.

**2.- DEFICIENCIA MENTAL LIGERA.-** No son claramente deficientes mentales, son de origen cultural, familiar o ambiental; pueden desarrollar habilidades sociales y comunicación; presentan un retraso mínimo en tareas perceptivas y motoras; en la escuela tienen dificultades en el aprendizaje de técnicas instrumentales (lectura, escritura y cálculo); alcanzan un nivel escolar de ciclo medio (Ed. Primaria).

**3.-DEFICIENCIA MENTAL MODERADA.-** Adquieren hábitos personales y sociales; se comunican mediante lenguaje oral si bien con dificultades de expresión; tienen un desarrollo motor aceptable, pero difícilmente dominan técnicas instrumentales de lectura, escritura y cálculo.

**4.-DEFICIENCIA MENTAL SEVERA.** Necesitan protección y ayuda, ya que su autonomía social y personal es muy pobre; presentan grave deterioro psicomotor, lenguaje oral pobre; pueden ser adiestrados en habilidades de auto cuidado básico.

**5.-DEFICIENCIA MENTAL PROFUNDA.** Tienen grave deterioro en aspectos sensorios motrices y de comunicación con el medio. Son dependientes en casi todas sus funciones y actividades, ya que las deficiencias físicas e intelectuales son extremas.

## **LAS CAUSAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL:**

Una familia puede sospechar que existe retardo mental si las habilidades motrices, del lenguaje y de autoayuda no parecen desarrollarse en un niño o cuando se están desarrollando a una tasa mucho menor que la de sus compañeros. La deficiencia para adaptarse (ajustarse a nuevas situaciones) de manera normal y crecer intelectualmente puede hacerse evidente en los primeros años de vida del niño. En los casos de un retardo leve, el reconocimiento de estas deficiencias puede tardar hasta la edad escolar o posteriormente.<sup>5</sup>

El grado de deterioro a causa del retardo mental varía ampliamente desde retardo con profundo deterioro hasta retardo leve o limítrofe. Actualmente se hace menos énfasis en el grado de retardo y más en el grado de intervención y cuidados necesarios para la vida diaria.

Hay dos tipos de causas:

### **Causas pre disponibles**

**Edad parental:** mujeres mayores de 35 años, riesgo de engendrar niños deficientes.

**Factores genéticos:** alteraciones genéticas y de cromosomas.

**Factores socioeconómicos y culturales desfavorables:** baja estimulación sensorial, cognitiva y afectiva.

---

<sup>5</sup> DEFICIENCIA MENTAL. [www.psicopedagogia.com](http://www.psicopedagogia.com)

**Factores nutricionales:** la carencia nutricional produce una degeneración en el desarrollo cerebral y en el desarrollo mental.

**Sexo:** hay más incidencia de deficiencia mental en el sexo masculino que en el femenino.

### **Causas determinantes**

Deficiencia mental debida a infección o agentes tóxicos,

Deficiencia mental debida a traumatismos,

Deficiencia mental debida a tumores, a influencias prenatales, a causas desconocidas con signos neurológicos.

Características evolutivas de la deficiencia mental e implicaciones educativas.

Hay algunas características diferenciales que es preciso tenerlas en cuenta para cualquier programa educativo del deficiente mental. Según

Quiroga (1989) pueden citarse las siguientes:

#### **FISICAS:**

Equilibrio escaso

Locomoción deficiente

Dificultades en coordinaciones complejas

Dificultades en destrezas manipulativas

**PERSONALES:**

Ansiedad

Bajo autocontrol

Tendencia a evitar el fracaso más que a buscar el éxito

Posibilidad de trastornos de personalidad

Menor control interno

**SOCIALES:**

Retraso evolutivo en el juego, ocio y rol sexual.

Sainz y Mayor (1989) nos hablan de los déficits cognitivos más relevantes en los deficientes mentales:

Déficit de memoria activa, semántica

Déficit en las estrategias ejecutivas

Déficit de la atención

Déficit en la resolución de problemas

Déficit lingüístico

Déficit en el conocimiento social.

Como consecuencia de estas causas traen consigo características para que los padres podamos darnos cuenta que nuestros hijos necesitan de rehabilitación, cuando:

**TIENEN DIFICULTADES DEL HABLA Y DEL LENGUAJE:**

- Dificultades del habla
- Existen desórdenes de comunicación,
- Cuanto más bajo el C.I. más dificultades de comunicación,
- Los más frecuentes son desórdenes de articulación y desórdenes de voz.

**TIENEN DIFICULTADES DEL LENGUAJE:**

- Los retrasados mentales tienen una edad de lenguaje inferior a su edad mental, un menor conocimiento de reglas gramaticales y un vocabulario más restringido.
- Sus definiciones sobre las cosas no son concretas, usan frases menos complejas tanto en sintaxis, como en el uso de pronombres y adjetivos.

**LAS DEFICIENCIAS AUDITIVAS**, también denominadas pérdidas auditivas o hipoacusias, ocurren cuando hay un problema en los oídos o en una o más partes que facilitan la audición. La palabra deficiencia significa que algo no está funcionando correctamente o tan bien como debería. La discapacidad auditiva se

refiere a la falta o disminución para oír, esto debido a la pérdida en algún lugar del aparato auditivo.<sup>6</sup>

La pérdida auditiva puede ser desde lo más superficial hasta lo más profundo.

La discapacidad auditiva aparece como invisibles ya que no aparece como características físicas evidentes. Se hace notoria fundamentalmente por el uso del audífono y en las personas que han nacidos sordas o han adquirido pérdida auditiva a muy temprana edad.

Las personas sordas tienen a su disposición la visual, por este motivo su lengua natural es visual gestual como la lengua de señas y no la auditiva verbal, como el lenguaje oral.

A los niños con déficit auditivo se los clasifica educativamente en dos categorías:

•**HIPOACÚSICOS:** Personas cuya audición es deficiente, pero que con prótesis o sin ellas, es funcional para la vida diaria y permite la adquisición del lenguaje por vía auditiva aunque sea un lenguaje en el que se noten algunas deficiencias de articulación, léxico y estructuras mayores o menores de función del grado de hipoacusia.<sup>7</sup>

•**SORDOS PROFUNDOS:** Personas cuya audición no es funcional para la vida ordinaria y no posibilita la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva, aunque si se puede hacer en mayor o menor grado por vía visual.

---

<sup>6</sup> DEFICIENCIA AUDITIVA. Texto del módulo # 5 de la Universidad Nacional de Loja,

<sup>7</sup> www.monografias.com sobre la discapacidad auditiva.

## **CAUSAS DE LA PÉRDIDA AUDITIVA.**

Una de las principales causas de pérdida de audición es el envejecimiento. Tarde o temprano todos perderemos la capacidad de audición. La pérdida de audición es una consecuencia natural del envejecimiento. La capacidad de audición empeora a partir de los 30-40 años y al alcanzar los 80, más de la mitad de las personas sufren una pérdida de audición significativa. A pesar de ello, más de la mitad de las personas con deficiencias de audición están en edad laboral.

Otra causa muy común de la pérdida de audición es la exposición al ruido.

Vivimos en un mundo ruidoso. El ruido puede proceder de nuestro propio trabajo o por una exposición voluntaria al mismo, como motores ruidosos o una música muy alta en conciertos, locales nocturnos, discotecas y equipos de música con o sin auriculares. Además, el uso cada vez más común de los reproductores de CD portátiles y reproductores MP3 puede causar daños auditivos. Estos aparatos pueden llegar a producir niveles de sonido muy elevados, y el usuario pone en peligro su audición al exponerse a un nivel de decibelios excesivamente alto

**Algunos autores establecen una amplia clasificación sobre las causas de la sordera, tales son:**

**1.-Enfermedades infecciosas.-** La rubeola prenatal puede producir pérdida visual, retraso mental y problemas cardíacos. La sordera es característicamente similar a

los diferentes grados bilaterales o distintos en un oído u otro. El sarampión, la meningitis y las paperas pueden causar pérdidas auditivas después del nacimiento.

**2.-Traumas.-** se considera las lesiones mecánicas y la anoxia perinatal (lesión cerebral ocasionada por traumatismo encefálico en el momento del parto).

**3.-Problemas de desarrollo fetal.-** aquí se incluirán aquellas sorderas ocasionadas por problemas en el desarrollo durante el periodo prenatal, como por ejemplo, un desarrollo incompleto del pabellón auditivo externo.

**4.-Causas metabólicas.-** son condiciones heredadas asociadas con retardo mental, estas pueden incluir pérdida auditiva.

**5.-Causas tóxicas.-** drogas o medicación suministrada a las madres durante la gestación

**6.-Contaminación acústica.-**Es decir el exceso de ruido puede también afectar el oído

#### **SINTOMAS DE LA PERDIDA AUDITIVA.**

Es muy importante realizar exploraciones completas para la detección temprana de un problema de audición. El desarrollo motor temprano, las primeras adquisiciones psicosociales e incluso el lenguaje expresivo hasta los 8 meses pueden ser normales en niños hipoacúsicos, por lo que es muy difícil la valoración. Pero, nuevas evidencias demuestran que la sordera durante los seis primeros meses de vida pueden interferir en el desarrollo normal del habla y el lenguaje oral, por lo que lo



ideal sería identificar a estos niños antes de los tres meses de edad y la intervención comenzarla antes de los seis meses, para prevenir las secuelas del déficit auditivo.

Consulte al médico si observa en el niño alguna de las siguientes pautas:

#### **De 0 a 3 meses**

- Ante un sonido no hay respuesta refleja del tipo parpadeo, despertar, etc.
- Emite sonidos monocordes.

#### **De 3 a 6 meses**

- Se mantiene indiferente a los ruidos familiares.
- No se orienta hacia la voz de sus padres.
- No responde con emisiones a la voz humana.
- No emite sonidos para llamar la atención.
- Debe intentar localizar ruidos

#### **De 6 a 9 meses**

- No emite sílabas.
- No atiende a su nombre.
- No se orienta a sonidos familiares.

### **De 9 a 12 meses**

- No reconoce cuando le nombran a sus padres.
- No entiende una negación.
- No responde a “dame” si no va acompañado del gesto con la mano.

### **De 12 a 18 meses**

- No señala objetos y personas familiares cuando se le nombran.
- No responde de forma distinta a sonidos diferentes.
- No nombra algunos objetos familiares.

### **De 18 a 24 meses**

- No presta atención a los cuentos.
- No identifica las partes del cuerpo.
- No construye frases de dos sílabas.

### **A los 3 años**

- No se les entiende las palabras que dice.
- No contesta a preguntas sencillas.

## **TERAPIAS DE LENGUAJE**

Los primeros años de vida del niño, es un periodo muy importante en la vida del infante, ya que le permite adquirir la base de la socialización y la construcción de la personalidad. Y es ya donde el niño en 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.

El objetivo primordial del servicio de Terapia de Lenguaje es establecer o restablecer la comunicación lingüística no desarrollada, alterada o interrumpida en la población desde el nivel de Estimulación Temprana.

La terapia del habla y del lenguaje es el tratamiento para la mayoría de los niños con discapacidades del habla y aprendizaje del lenguaje. Las discapacidades en el habla se refieren a problemas con la producción de sonidos, mientras que los problemas con el aprendizaje del lenguaje son las dificultades al combinar las palabras para expresar ideas, como son:

### **Trastornos del lenguaje oral:**

**Disfonía:** Dificultad de la voz a causa del camino patológico del sistema de fonación o defecto de la fuerza, altura y ritmo de voz.

**Bradilalia:** Defecto que se manifiesta en el habla patológicamente lenta, el habla es monótona. Las causas pueden ser orgánicas o funcionales.

**Taquilalia:** Es habla es patológicamente rápida y apresurada.

**Tartamudez:** Defecto de la organización rítmica del lenguaje a causa de la condición de los músculos articulatorios. Su presentación puede ser orgánica o funcional.

**Dislalia:** Defecto en la pronunciación a pesar de que la condición de los músculos articulatorios y la audición sea normal.

**Rinolalia:** Es la imperfección del tono y timbre de voz y defecto de la pronunciación a causa de daño anatómico fisiológico del aparato fonador (labios, paladar, nariz). Se manifiesta en la nasalización de la voz y lenguaje sin entonación.

**Disartria:** Defecto de la pronunciación a causa de la inervación débil del aparato fonador a causa de una parálisis.

**Alalia:** Ausencia o insuficiencia del lenguaje a causa de una lesión orgánica en las zonas corticales que controlan el lenguaje.

**Afasia:** Pérdida total o parcial de la capacidad de hablar a causa de lesiones locales en las zonas corticales del lenguaje.

#### **Trastornos del lenguaje escrito:**

**Dislexia:** Es un trastorno en el proceso de lectura caracterizada porque no se asimilan correctamente algunos símbolos gráficos del lenguaje.

**Digrafía:** Es la imperfección específica parcial del proceso de escritura que se manifiesta en alteraciones, omisiones, cambio de letras.

**Discalculia:** Se refiere a la dificultad para hacer cálculos aritméticos, se expresa a través de la confusión de números y su inversión, etc.

**Disortografía:** Es la dificultad para reproducir las grafías de las palabras y deletrear en voz alta”<sup>8</sup>

**La rehabilitación o tratamiento,** tienen como objetivo incrementar y ayudar a que el niño comprenda y tenga una mejor fluidez del lenguaje, para lo cual el terapeuta apropiado trabajará con el niño individualmente, en un pequeño grupo o directamente en un aula de clase para sobrellevar las dificultades que incluye cada trastorno en particular.

Para poder llevar a cabo este propósito se trabajó con una variedad de estrategias, incluyendo:

**Actividades de intervención del lenguaje.** En estos ejercicios se interactúa con el niño jugando y hablando. Se puede utilizar fotos, libros, objetos o eventos actuales para estimular el desarrollo del lenguaje. También se puede pronunciar correctamente las palabras como ejemplo y utilizar ejercicios de repetición para fortalecer el habla y los mecanismos del lenguaje.

---

<sup>8</sup> Trastornos del lenguaje. [www.cosasdelainfancia.com](http://www.cosasdelainfancia.com)

**Terapia de la articulación.** Los ejercicios de articulación o producción de los sonidos incluyen la pronunciación correcta de sonidos y silabas, generalmente durante actividades de juego. Se le demuestra físicamente al niño cómo emitir ciertos sonidos como el sonido de la “r” y cómo mover la lengua para producir ciertos sonidos.

**Terapia oral y motora de la alimentación.** Se debe utilizar una variedad de ejercicios, incluyendo el masaje facial, y movimientos para ejercitar la lengua, labios y mandíbula que fortalecen los músculos de la boca. También se puede trabajar con diferentes texturas y temperaturas de alimentos para incrementar la atención oral del niño mientras come y traga.

### **¿Cuándo es necesaria la terapia?**

Los niños pueden necesitar fonoaudiología por una variedad de razones:

- Problemas de audición
- Retrasos cognitivos (intelectuales, del raciocinio) u otros retrasos del desarrollo de la musculatura oral débil
- Defectos de nacimiento como el labio leporino
- Autismo
- Problemas motores
- Problemas respiratorios (trastornos de la respiración)
- Trastornos al tragar
- Lesiones cerebrales traumáticas

La terapia debe comenzar lo antes posible. Los niños que reciben terapia temprano en su desarrollo (aquellos menores de 3 años de edad) tienden a tener mejores resultados que aquellos que comienzan la terapia más tarde. Esto no quiere decir que los niños mayores no se benefician de la terapia sino que lo hacen a un ritmo más lento porque ya han aprendido otros patrones que deberán cambiar.

**EJERCICIOS MUSCULARES:** Cuando el niño presente un retraso evidente en la emisión de los fonemas se puede aplicar las siguientes sugerencias, es conveniente realizar estos ejercicios sentándolo al niño frente a un espejo.

**PARA LABIOS:**

- Desviar la comisura de los labios lo más fuerte posible hacia la izquierda y luego hacia la derecha.
- Estirar los labios hacia delante como para hacer la mueca del beso.
- Ejecutar los movimientos anteriormente indicados, con los labios juntos, entreabiertos y abiertos.
- Desviar , lateralmente , todo lo posible la mandíbula manteniendo los labios juntos
- Abrir y cerrar los labios cada vez más de prisa, manteniendo los dientes juntos.
- Oprimir los labios uno con otro, fuertemente.
- Bajar el labio inferior, apretando bien los dientes
- Morder el labio superior y finalmente , morderse los dos al mismo tiempo

- Hacer una mueca lateral a pesar de que el dedo índice de la profesora le oponga resistencia.
- Colocar los labios como para producir fonemas, empleando láminas de los diferentes puntos de articulación de cada fonema.

**PARA LAS MEJILLAS:**

- Inflar las mejillas, simultáneamente
- Inflar las mejillas, alternadamente, pasando por la posición de reposo; realizarlo, alternativamente en 4 tiempos de 5 repeticiones.
- Inflarlas, alternativamente, sin pasar por la posición de reposo, en dos tiempos.
- Entrar las mejillas entre las mandíbulas
- Inflar las mejillas, a pesar de la oposición de los dedos de la profesora.

**PARA AGILIZAR LA LENGUA:**

- Sacar la lengua y levantarla lo más alto posible y luego, bajarla al máximo.
- Mover, lateralmente , la punta de la lengua, al lado izquierdo y al derecho
- Repetir los movimientos anteriores en dos , tres y cuatro tiempos
- Hacer describir una circunferencia fuera de la boca con la punta de la lengua, primero en forma lenta y luego continuar en forma más rápida



- Colocar la punta de la lengua en distintos puntos del paladar y volverla a su posición natural. (ayudar a tomar conciencia de los distintos puntos del paladar, tocándose con un implemento adecuado como hisopo o dedal)
- En el interior de la boca, llevar la lengua en todas las direcciones
- Hacer pasar la lengua entre los dientes y entre los labios de izquierda a derecha
- Manteniendo la punta de la lengua apoyada detrás de los incisivos inferiores, sacar la parte media de la lengua lo más posible.
- Emitir los fonemas /n/, /d/, /t/, /r/, /l/, /s/, /ch/ y pídele que observe que al emitirlos no cierra sus labios, sino que coloca la punta de la lengua en el paladar.
- Hacer emitir los fonemas: /k/, /g/, /j/ y pedirle que observe que al producirlos no cierra los labios ni usa la punta de la lengua. Se le puede explicar que estos sonidos se producen atrás de la lengua
- Sacar y meter la lengua alternativamente , al principio con lentitud y después con mayor rapidez
- Abrir la boca y sacar la lengua y adherirla a su parte media contra los incisivos y luego contra los inferiores
- Tocar la cara inferior de las mejillas alternativamente, con la punta de la lengua.
- Para soplar (Estimula los músculos priorales y de las mejillas)

- Soplar todo tipo de juguetes o instrumentos musicales y solicitarle que sostenga el aire el máximo de tiempo.
- Hacer burbujas.
- Inflar globos.
- Jugar con trocitos de algodón, el niño debe soplar para sostenerlo en el aire.
- Pedirle que sople una pelota u otros objetos pequeños en una superficie plana para que la pelota corra.
- Soplar velas, alejándolos gradualmente, para graduar la fuerza del soplo se le pide que sople lo suficiente para mover la llama sin apagarla.
- Entre los métodos de comunicación se trabaja por ejemplo con:

#### **METODO GESTUAL.**

El sistema Gestual es uno de los sistemas más utilizados por las personas con discapacidad auditiva, ya que es algo nato, desde bebés utilizamos las expresiones faciales, manos y cuerpo para poder comunicarnos y satisfacer nuestras necesidades, es algo espontáneo y no se puede suprimir incluso en las personas que carecen de discapacidad auditiva. Al igual que el sistema dactilológico, el lenguaje gestual tiene sus variantes incluso dentro de una misma región, es por eso que puede ser posible que dos personas con discapacidad auditiva no se puedan entender del todo depende de su edad, cultura, escolaridad, etc. Por todo esto se trabaja en un vocabulario internacional que resulte útil a todas las personas con discapacidad auditiva.

## **METODO ORAL.**

El método oral es el que se utiliza para la adquisición del habla, este método se utiliza en su mayoría en personas que no tienen afectado el aparato fonarticulador, haciendo uso de los restos auditivos para la recepción del lenguaje. En este método no intervienen ni el sistema gestual y el dactilológico, pues se busca usar sólo las palabras para que las personas ejerciten sus órganos de fonación. Para la adquisición del lenguaje por medio de este sistema o método, se deben recurrir a varios recursos como la gimnasia respiratoria, ejercicios predesmutizantes, lectura labial y contar con la ayuda de aparatos electroacústicas, este método reúne toda una serie de actividades para lograr la aprehensión de las distintas formas del lenguaje hablado.

Anteriormente se habló del recurso de la lectura labial o labio facial, la cual podemos definirla como la habilidad para comprender el lenguaje hablado a través del movimiento de los labios. Las personas con discapacidad auditiva desarrollan esta cualidad de una manera muy rápida y de mucho beneficio para su aprendizaje, ya que no sólo observan los labios de su locutor, sino toda su cara, sus expresiones faciales y más aún sus expresiones corporales”.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> TERAPIA DE LENGUAJE. Psicomedico crecer, terapias de lenguaje en niños con deficiencia auditiva.

Los sistemas orales siempre tienden a que el niño sordo hable. Como ya se dijo anteriormente dependen de la lectura labio facial, la estimulación auditiva y en general excluyen los signos naturales y gestos. Entre los métodos más conocidos se encuentran:

**a) El oralismo puro o de estimulación auditiva**

Éste no acepta signos, expone al niño a toda clase de sonidos, es indispensable el uso del auxiliar auditivo muy bien adaptado, este método requiere de mucho trabajo y apoyo en casa, y no se apoya en la lectura labio facial, para que este método sea exitoso el niño debe iniciar su estimulación y atención a edad muy temprana.

**b) El sistema multisensorial de unidades silábicas**

Este método considera todos los aspectos del oralismo puro, incluye la lectura y la escritura, utiliza lectura labio facial y rótulos a fin de asociar la forma escrita al objeto y la forma escrita a la palabra hablada, utiliza también otros sentidos como lo son la vista y el tacto para la obtención de fonemas.

**c) Método verbo tonal o de Guberina**

Al igual que los anteriores tiende a la oralización, utiliza un aparato que restringe el campo auditivo, adaptado el campo auditivo del niño, según esto la prótesis aumenta la frecuencia, creando sonidos que enmascaran aquellos que pueden ser útiles para la persona o para el lenguaje.

Para que todo esto tenga un buen resultado y favorable se considera involucrar más a los padres para el progreso del niño en este tipo de terapia. Ya que los padres son una parte muy importante en la terapia y ayudan a determinar el éxito del programa. Los niños que completan el programa con más éxito y con los mejores resultados a largo plazo son aquellos cuyos padres han estado involucrados, ya que es de suma importancia la ayuda que dan los padres a sus hijos con realizar las actividades de estimulación en casa que se sugiere en la terapia, para asegurar el progreso continuo y la práctica de los nuevos hábitos aprendidos. El proceso de superar un trastorno del lenguaje puede tomar algún tiempo. Por ello, es importante que todos los miembros de la familia sean pacientes y entiendan la situación del niño.

Finalmente se puede mencionar que durante el proceso, se trabajó con personas con capacidades diferentes, que en mi dejaron la satisfacción de haber cumplido y aprendido mucho junto a ellos, sobre cómo tratar a estos mismos para un mayor desenvolvimiento lingüístico y además de conocer la calidad humana de estas personas que a pesar de ser diferentes al resto por su tipo de discapacidad, ellos logran salir adelante y gracias al apoyo y esfuerzo de sus padres que realizan día tras día para sacar adelante a sus hijos, aunque tienen en cuenta que los resultados se obtienen a corto o largo plazo, pero su constancia los hace mejorar cada día más.

#### 4. METODOS Y MATERIALES.

La metodología que se utilizó en esta investigación, constituyó un factor importante en el desarrollo y explicación, durante todo su proceso de ejecución, puesto que permitió tener una visión más real y objetiva de la misma, con los procedimientos pertinentes y adecuados hasta llegar hacia donde se proyectan los objetivos.

Los principales métodos que se utilizó a lo largo del desarrollo del proceso investigativo fueron:

**METODO CIENTÍFICO:** Para realizar esta investigación se recurrió a diferentes fuentes bibliográficas, para con ello poder constatar la realidad de esta investigación y así cumplir con el objetivo general, el cual me permitió seguir la secuencia en todo el proceso de la investigación, en lo que corresponde a la parte teórica, filosófica y epistemológica.

**METODO ANALÍTICO-SINTÉTICO:** Este método permitió identificar la muestra seleccionada y así mismo analizar la información obtenida en la ficha de observación, esto implica llegar a vislumbrar la esencia del todo, conocer sus aspectos y relaciones básicas en una perspectiva de totalidad, lo que facilitó apoyar al cumplimiento de los objetivos e inferir conclusiones finales.

**METODO ESTADÍSTICO:** Este método nos facilitó el análisis e interpretación de los resultados del trabajo de campo, que se desarrolla en los datos obtenidos de la ficha de inscripción, ficha individual de información y ficha de evaluación lo que

sirvió para la presentación de gráficas, cuadros, porcentajes los mismos que me sirvieron para la interpretación respectiva de los resultados, y llegar a las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

**PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO:**

- **Recopilar datos informativos de los pobladores de la Ciudad de Cariamanga que van a recibir asistencia en rehabilitación de discapacidades.**

**TAREA:**

Recopilar datos informativos de las personas que serán intervenidas en el programa.

**METODOLOGIA:**

- Para ello se aplicó la ficha de inscripción, de acuerdo a las necesidades que se encontraron, lo cual nos permitió el registro de las personas de la Ciudad, y posteriormente identificar a las 6 personas que fueron considerados para ser atendidos en este dicho programa.
- Se procedió a la aplicación de una ficha informativa, la misma que sirvió para obtener mayor información acerca de si hubo o no algún antecedente en su nacimiento o posterior a este para que el niño presente su tipo de discapacidad.

#### **SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO:**

- **Valorar el tipo y el grado de discapacidad que presentan las personas con necesidades especiales.**

**TAREA.-** aplicación de una ficha e instrumento, técnicas de valoración en base al problema del paciente.

#### **METODOLOGIA:**

- Para el logro de este objetivo se emplearon la ficha de valoración con el objetivo de diagnosticar el tipo y el grado de dificultad que presenta el paciente que va ser intervenido en este programa, esta ficha contiene los aspectos a evaluar en los cuales se investigó, para poder brindar una adecuada y oportuna rehabilitación a las personas calificadas para recibir la atención y así poder mejorar la calidad de vida y su aceptación en la sociedad.

#### **TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO:**

- **Planificar programas de actividades para el tratamiento de la rehabilitación de acuerdo al grado de discapacidad que posee el paciente.**

**TAREA:** Realizar planes de trabajo de acuerdo a las necesidades especiales de cada paciente.



#### **METODOLOGIA:**

- Para cumplir con este objetivo, se desarrollaron planificaciones mensuales, las mismas que nos permitió elaborar un proceso de intervención acertada, aprovechando al máximo el tiempo y los recursos materiales manejados.
- La planificación se la realizó en una hoja de planificación mensual, la misma que facilitó el manejo de la información, permitiéndome así trabajar de mejor manera el proceso de intervención, así mismo permitió llevar un registro de avances obtenidos en el tiempo de tratamiento.
- Esta misma sirvió de mucho para el momento de la evaluación, ya que en base a lo trabajado se pudo al final de este proyecto evaluar desde los resultados iniciales el progreso que el paciente obtuvo a lo largo de la intervención.

#### **CUARTO OBJETIVO ESPECÍFICO:**

- **Brindar atención especializada, a los pacientes considerados aptos para recibir las terapias de rehabilitación.**

**TAREA:** ejecución de actividades planificadas, encaminadas a la rehabilitación de las personas con problemas de lenguaje.

## **METODOLOGIA:**

- Según los requerimientos de las personas que se atendieron, se intervino mediante las técnicas de respiración, relajación muscular de la boca, terapias de articulación, terapias oral, con métodos orales frente al espejo, y por ende mejorar o estimular el área comunicativa y social.
- También se necesitó la participación de los padres de familia y la familia en si para que trabajen en la rehabilitación de sus hijos, para lograr así un resultado significativo en la intervención terapéutica.
- Partiendo del problema que presenta el paciente se aplicaron terapias dirigidas a estimular específicamente el área mayormente afectada, para de esta manera contribuir a la rehabilitación acorde a las necesidades del paciente.

Los recursos materiales y humanos que se utilizaron durante todo el proceso de intervención y con la finalidad de cumplir con los objetivos planteados, fueron los siguientes:

## **RECURSOS HUMANOS:**

Psicorrehabilitadora y Educadora Especial

Pacientes.

**RECURSOS MATERIALES:**

HIDROTERAPIA.- se trabajó con hidromasaje, balones terapéuticos, tablillas para piscina.

HIPOTERAPIA.- se trabajó mediante ejercicios estimulantes sobre el caballo.

EJERCICIOS ESTIMULANTES.- se trabajó con velas, fósforos, miel, goma, crayones, paletas, texturas diferentes, cuentos, legos, revistas y cuadernos.

EJERCICIOS FISICOS.- gradas, balón terapéutico, aceite para masajes colchoneta, camilla.

## 5. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La cantidad de personas atendidas durante la intervención en este proyecto, asciende a 14 personas atendidas, las cuales asistieron al centro de atención establecido en la Ciudad de Cariamanga, entre niños y adolescentes, y de entre los cuales para la realización del mismo se tomó una muestra de 6 casos los cuales fueron objeto de estudio de esta investigación, los mismos que presentan deficiencia mental y deficiencia auditiva, con problemas de lenguaje.

Los participantes de este proyecto se encuentran localizados, tanto en el sector urbano, como en el sector rural, como lo explica en el siguiente cuadro:

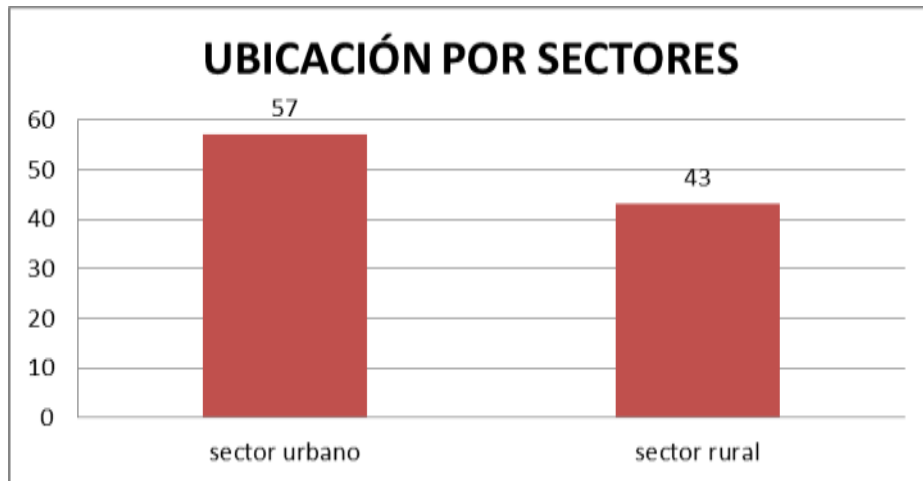
CUADRO # 1.

<b>UBICACIÓN POR SECTORES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS.</b>		
<b>SECTORES</b>	<b>F</b>	<b>f%</b>
Sector Urbano	8	57%
Sector rural	6	43%
<b>TOTAL</b>	14	100%

**Fuente:** Datos informativos.

**Responsable:** Investigadora.

**GRÁFICO # 1.**



**INTERPRETACION:**

En esta gráfica se observa que la población que asistió a la unidad de atención, y que fueron beneficiados por este proyecto de desarrollo en la Ciudad de Cariamanga, 8 personas, que conforman el 57% corresponden al sector Urbano, y 6 personas, que constituye el 43% corresponde al sector Rural, quedando en evidencia que en el sector urbano se presenta el mayor número de casos de personas atendidas, la misma que está representada en un total de 14 personas que representan el 100%. De los pobladores inscritos.

Es por esto que conociendo el número de personas que posiblemente participen en este proyecto, se procedió a identificar a las personas aptas para recibir el acorde tratamiento, de acuerdo al tipo de discapacidad que presente el paciente, así como lo demuestra el siguiente cuadro.

**CUADRO # 2**

<b>DISCAPACIDADES ATENDIDAS</b>		
<b>DISCAPACIDADES</b>	<b>F</b>	<b>f%</b>
Deficiencia auditiva	2	15%
Deficiencia mental	4	28%
Discapacidad motriz	5	36%
Problemas de lenguaje	3	21%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** datos informativos.

**Responsable:** Investigadora.

**GRAFICO # 2**



## **INTERPRETACION:**

Las personas atendidas en el centro de rehabilitación establecido, corresponde a niños y adolescentes, los mismos que presentan las diferentes discapacidades; 2 personas presentan Deficiencia Auditiva, representado en el 15% de los intervenidos, 4 personas con Deficiencia Menta, que representa el 28%, 5 personas con discapacidad motriz, que representan el 36% de las personas atendidas y 3 personas que tuvieron problemas de lenguaje, los mismos que representan al 21% restante. Gracias a estos datos obtenidos en la ficha de información se llegó a conclusión, trabajar con 6 personas con Deficiencia Mental y Auditiva, las mismas que me sirvieron de base para la realización de este trabajo investigativo. Para poder recopilar datos de los pacientes nos basamos en los objetivos planteados, llevándonos estos a la interpretación y a la discusión de los resultados obtenidos con el tratamiento brindado hacia estas personas, los mismos que a continuación se describen:

## **RESULTADOS POR OBJETIVOS**

### **OBJETIVO ESPECIFICO # 1.-**

- Recopilar datos informativos de los pobladores de la Ciudad de Cariamanga, que van a recibir asistencia en rehabilitación de discapacidades.

## RESULTADOS:

Para el cumplimiento de este y los demás objetivos, se trabajó con 6 pacientes aptos, para recibir el tratamiento adecuado, esto fue gracias a la ficha de inscripción mediante la cual se pudo registrar a los pacientes que presentaron problemas de lenguaje, para ello se contó también con el diagnóstico emitido por el médico.

A continuación se detalla los instrumentos aplicados, mediante los cuales se pudo obtener la siguiente información, se pudo conocer datos, pre y post natales, los mismos que pudieron influir en parte en el problema que presenten los pacientes.

De esta manera se expone los siguientes resultados:

- **DATOS PRE-NATALES:**
- EMBARAZO CONTROLADO.

CUADRO # 3

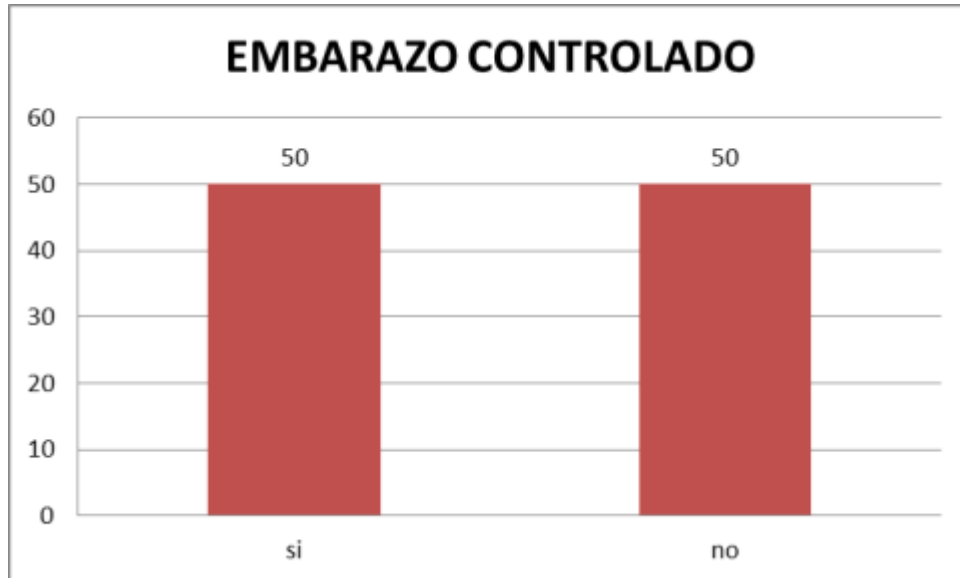
<b>EMBARAZO CONTROLADO</b>		
<b>VARIABLES</b>	<b>F</b>	<b>f%</b>
SI	3	50%
NO	3	50%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos informativos

**Responsable:** Investigadora.



**GRÁFICO # 3**



**INTERPRETACION:**

En el presente gráfico, se puede demostrar que 3 de los pacientes atendidos en este proyecto tuvieron el respectivo control en su embarazo durante todo su tiempo de gestación es decir los nueve meses, representando esto al 50% de los pacientes, mientras que los 3 restantes que corresponden al otro 50%, no se realizaron un chequeo médico adecuado para conocer el avance de su estado, quedando esto en evidencia que puede ser esto una de las causas posibles par que su hijo haya presentado el tipo de discapacidad presente en el mismo. Así mismo algunas de las madres encuestadas manifestaron que además del problema de falta de control en el tiempo de gestación su alimentación no fue buena, razón por la cual también puede ser este otro factor contribuir al problema de sus hijos.

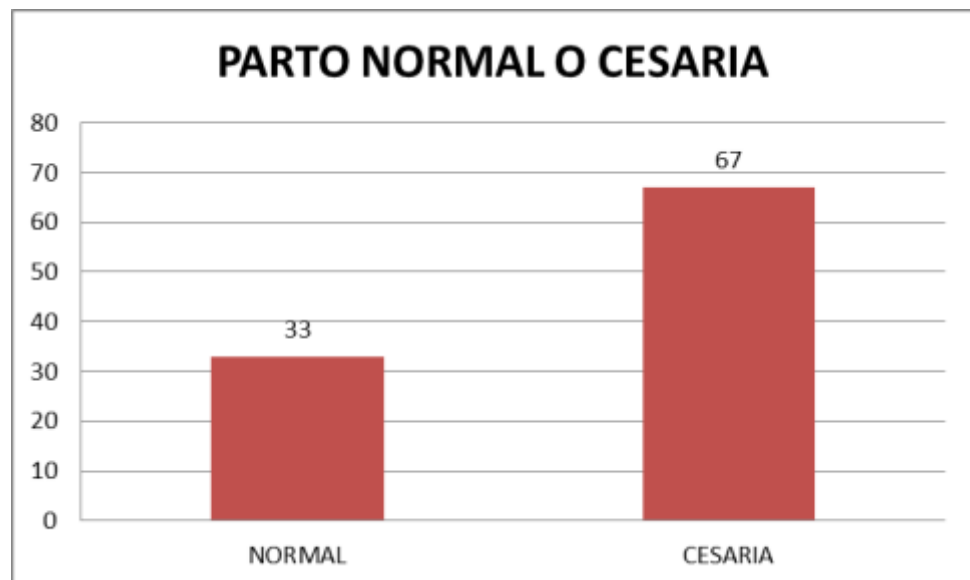
- **DATOS POS-NATALES:**
- PARTO NORMAL O CESARIA.

CUADRO # 4.

<b>PARTO NORMAL O CESARIA</b>		
<b>VARIABLES</b>	<b>F</b>	<b>f%</b>
Normal	2	33%
Cesaría	4	67%
<b>total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos informativos  
 Responsable: Investigadora

GRAFICO # 4



## **INTERPRETACION:**

Mediante la gráfica presentada se demuestra que existieron complicaciones en el momento del parto, es por esto que se recurrió al parto por cesaría, a 4 personas, lo que representa el 67% de los mismos, mientras que para 2 de las mismas todo fue normal y sin complicaciones en el momento del parto, representado este número al 33% de la muestra escogida. Lo que nos da una pauta más para pensar que debido al problema que se presentó en el momento del parto pueda ser una más de las causas probables para la presentación de la discapacidad en sus hijos.

## **OBJETIVO ESPECIFICO # 2**

- VALORAR EL TIPO Y EL GRADO DE DISCAPACIDAD QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES.

Para dar cumplimiento a este objetivo se trabajó con la ficha de valoración a cada uno de los participantes de este proyecto, en los cuales constan las áreas exploradas, la sintomatología que estos presentan y las recomendaciones para el tratamiento y en si su intervención, los mismos que se exponen a continuación, por ejemplo en un caso:

## VALORACIÓN DEL AREA DEL LENGUAJE:

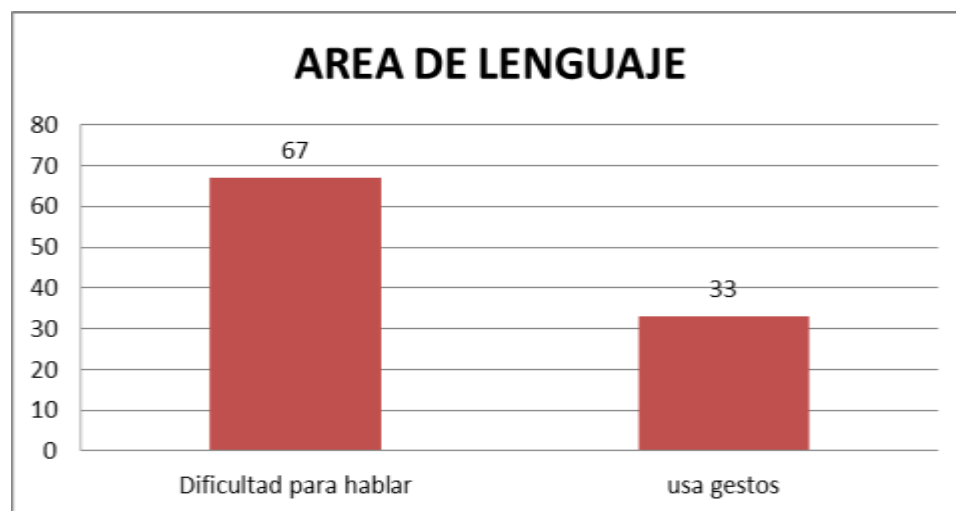
CUADRO # 5

AREA DEL LENGUAJE		
VARIABLES	F	f%
Dificultad para hablar	4	67%
Usa gestos	2	33%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Instrumentos de valoración del lenguaje

**Responsable:** Investigadora

GRAFICO #5



## INTERPRETACION:

De la muestra escogida para recibir la atención mediante este proyecto, en la gráfica se muestra los siguientes resultados: de las 6 personas atendidas en este proyecto, 4 de ellos que representan el 67% presentan dificultad para hablar, lo quiere decir que presentan un problema de lenguaje, manifestada por una aparición tardía de las primeras palabras, con vocabulario reducido, con dificultad en la pronunciación de fonemas, y 2 de las mismas que representan el 33% , se comunican con sus padres atreves de gestos o señas , para expresar su deseo de algo, con falta de articulación porque estos niños presentan una hipoacusia severa donde existe un grado de audición, que gracias al audífono que le podría ayudar al niño a una adecuada estimulación del lenguaje.

**CUADRO # 6**

FICHA DE VALORACION		
AREA	SINTOMATOLOGIA	RECOMENDACIONES
LENGUAJE	Deficiente vocabulario, no hay unión de palabras, sustitución de letras, el niño rehúye al habla.	Enseñar sonidos onomatopéyicos, frente al espejo, ejercicios de respiración, ejercicios de soplo, ejercicios de pronunciación de palabras y fonemas.
PERSONAL_SOCIAL	No se socializa fácilmente, llanto fácil en toda la terapia.	Trabajar en grupo para estimular al niño su socialización.
DIAGNOSTICO	PROBLEMAS DE LENGUAJE ARTICULADO Y COMPRENSIVO	TERAPIA DEL LENGUAJE

**Fuente:** Ficha de valoración.

**Responsable:** Investigadora.

Al igual que se aplicó la ficha de valoración, aplicamos la evaluación del nivel de lenguaje utilizando la tabla de habilidades, y se la llena marcando los respectivos casilleros, a continuación un ejemplo:

**CUADRO # 7**

EVALUACION DEL LENGUAJE.			
PARAMETROS DE EVALUACION	POR IMITACION	LIBREMENTE	NO PUEDE
HACE EL SONIDO "an"			X
EMITE SONIDOS CONSTANTES COMO: K,G,B,D,M,D.			X
BALBUCEA LIBREMENTE ENCADENANDO SONIDOS (BABABABA)		X	
SE UNE AL CANTO DE LOS DEMAS			X
INDICA EMPLEANDO MOVIMIENTOS FACIALES, PARA PEDIR ALGO		X	
EMPLEA GESTOS O PALABRAS PARA INDICAR DESEO DE ATENCION.		X	
EMITE SONIDOS ONOMATOPEYICOS	X		
HABLA CON OTROS NIÑOS			X
IDENTIFICAN OBJETOS QUE SE LE NOMBRAN COMO: DONDE ESTAN SUS ZAPATOS, DONDE ESTA TU NARIZ, ETC.	X		

**Fuente:** tabla de habilidades.

**Responsable:** Investigadora.

Una vez realizadas las fichas de valoración y evaluación del lenguaje, se confirmaron los siguientes problemas, expuestos en el cuadro a continuación:

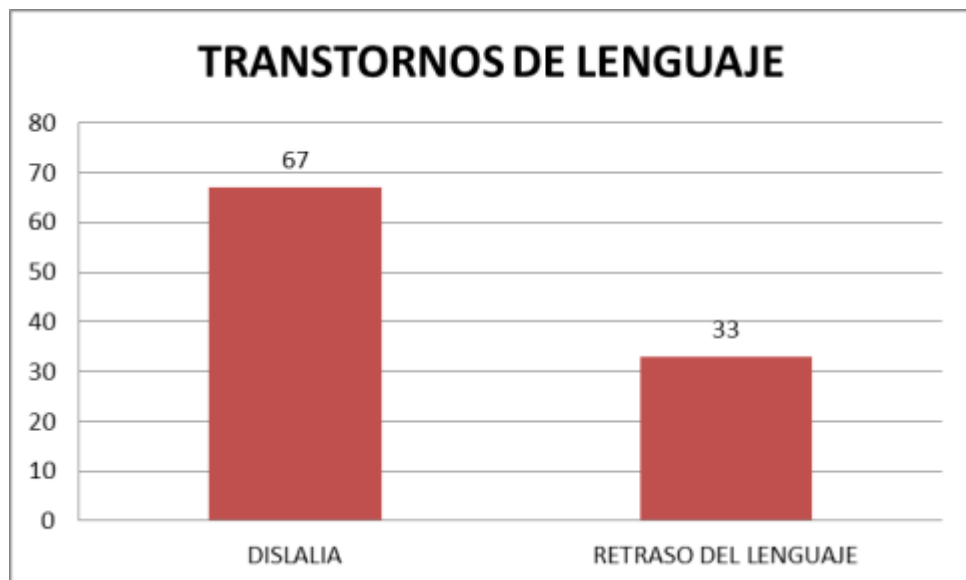
CUADRO # 8

TRANSTORNO DE LENGUAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DISLALIA	4	67%
RETRASO DE LENGUAJE	2	33%
TOTAL	6	100%

Fuente: Tabla de habilidades

Responsable: Investigadora.

GRAFICA # 8



**INTERPRETACION:**

Los datos que se notan en el cuadro y la gráfica fueron datos revelados mediante la ficha de valoración aplicada a los personas que participaron en este proyecto de desarrollo, logrando de esta manera obtener los siguientes resultados: 2 casos presentaron retraso de lenguaje, con la manifestación de poco vocabulario, dificultad en la pronunciación de fonemas, y poca

comprensión verbal, trabajándose hasta el área afectada , este número representa el 33% de los participantes, mientras que 4, personas que representa el 67%, presentan Dislalia, es decir existe confusión de fonemas omisión de los mismos, poca comprensión verbal, porque se encuentra afectada el área antes mencionada, es por esto que fueron estos SEIS casos que escogí como motivo de mi investigación, los mismos que gracias al diagnóstico impreso en sus carnets del CONADIS, se pudo conocer exactamente el tipo de discapacidad que presentaban los participantes intervenidos , los cuales son: Deficiencia Mental y Deficiencia Auditiva. Luego mediante los diagnósticos dados por la ficha de valoración, se prosiguió a elaborar las planificaciones pertinentes para la intervención en la rehabilitación de terapias de lenguaje.

### **OBJETIVO ESPECIFICO # 3**

- ELABORAR PROGRAMAS DE ACTIVIDADES PARA EL TRATAMIENTO DE REHABILITACION DE ACUERDO AL GRADO DE DISCAPACIDAD QUE POSEE EL PACIENTE.

Para cumplir con este objetivo y conociendo ya el diagnostico, gracias a la ficha de valoración, se elaboró las respectivas planificaciones mensuales, en base a la aplicación de terapias de lenguaje. El siguiente cuadro es un modelo de planificación empleado en este proyecto, al mismo que se lo explica de la siguiente manera:



CUADRO # 9

Área	Tiempo	Objetivos	Actividades	Recursos	Evaluación	Observaciones
Lenguaje	2 a 3 semanas	-Evaluar el grado de problema del lenguaje existente en los pacientes.	-Pronunciación de vocales.  -Pronuncia su nombre.  -Emite sonidos onomatopéyicos.  -Identifica nombre de objetos.  -Balucea libremente.	-Fichas  -Láminas  -Cuentos	-Logrado ( )  -En proceso ( )  -No logrado ( )	
		-Estimular el órgano bucofonatorio	-Ejercicios de respiración  -Ejercicios de soplo.  -Ejercicios de articulación.  -Ejercicios musculares de la boca.  -Ejercicios musculares para labios.  -Ejercicios musculares para las mejillas.  -Ejercicios musculares, para agilitar la lengua.	-Vela  -Fósforos  -Espejo  -Miel  -Paletas  -Sorbetes  -Globos  -Burujas de jabón.  -Algodón	-Logrado ( )  -En proceso ( )  -No logrado ( )	

<p>Lenguaje</p> <p>- Fonética</p>	<p>2 a 3 semanas</p>	<p>-Estimular al niño en la pronunciación correcta de los fonemas.</p>	<p>-Conversar con el niño, haciendo participar en el diálogo.</p> <p>-Leerle cuentos.</p> <p>-Cantar juntos canciones, estimulando el lenguaje.</p> <p>-Estimularle a su conversación con otros niños.</p> <p>-Ejercicios de articulación de fonemas.</p> <p>-terapia oral y motora de la alimentación.</p> <p>-Terapia de la articulación.</p> <p>-Método gestual</p> <p>-Método oral.</p>	<p>-Cuentos</p> <p>-Láminas</p> <p>-Canciones</p> <p>-Espejo</p> <p>- Miel</p> <p>-Galletas</p> <p>-Música que contengan sonidos.</p>	<p>-Logrado ( )</p> <p>-En proceso ( )</p> <p>-No logrado ( )</p>	
-----------------------------------	----------------------	--	---	---	---	--

**Fuente:** Terapias de lenguaje.

**Responsable:** Investigadora.

## **ANALISIS:**

Este instrumento permitió, que lo planificado de acuerdo a la intervención destinada a cada paciente sea realizada de una manera organizada, así como se detalla el área a trabajar, con sus respectivas actividades, y los recursos necesarios para trabajar en la intervención de rehabilitación de lenguaje, cabe destacar que cada planificación se la realizó individual a cada uno de los pacientes.

Es muy importante resaltar también que las planificaciones fueron elaboradas de acuerdo a cada tipo de discapacidad, las mismas que fueron siempre proyectadas a cumplir con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con deficiencia mental, y auditiva que presentan problemas de lenguaje, de aquí parte la importancia de elaborar una adecuada planificación de actividades, antes de comenzar con el proceso de investigación, para posteriormente lograr resultados positivos en los pacientes.

## **OBJETIVO ESPECIFICO # 4**

- BRINDAR ATENCION ESPECIALIZADA, A LOS PACIENTES CONSIDERADOS APTOS PAR RECIBIR LAS TERAPIAS DE REHABILITACION:

Para el cumplimiento de este objetivo, y según lo requería el paciente con problemas de lenguaje a intervenir, se brindó la atención necesaria siempre tomando en cuenta las áreas afectadas, como por ejemplo se detalla a continuación:

CUADRO # 10

AREA	OBJETIVO
LENGUAJE	ESTIMULAR AL NIÑO A LA PRONUNCIACION CORRECTA DEL LENGUAJE. MEJORAR EL NIVEL DE COMUNICACIÓN CON LAS DEMASPERSONAS ESTIMULAR AL NIÑO PARA QUE SE SOCIALICE CON LOS DEMAS.
SOCIAL	MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, MEDIANTE LA SOCIALIZACION CON DEMAS PERSONA.

Una vez establecida la planificación de actividades a trabajar con los pacientes atendidos en este proyecto, se procede a brindar la atención necesaria y requerida a cada paciente mediante actividades que se efectuaron de forma dinámica, con diferentes materiales, según lo requería el niño.

Con la ayuda brindada en atención en terapias de lenguaje se pudo constatar un adelanto en el proceso de intervención de los pacientes, los mismos que se detallan a continuación:

**CUADRO # 11**

ANTES			DESPUES		
Retraso de Lenguaje	F	%	Retraso de Lenguaje	F	%
Vocabulario Reducido.	6	100 %	Aumento de vocabulario.	4	67 %
Dificultades en estructuras de frases.	6	100 %	Mejor estructuración de frase.	4	67 %
Deficiencia del lenguaje verbal.	6	100 %	Progreso en el lenguaje verbal.	4	67 %
Dislalia Confusión de fonemas.	6	100 %	Dislalia Reconoce fonemas.	4	67 %
Pobreza de vocabulario.	6	100 %	Aumento del vocabulario.	4	67 %
Poca comprensión verbal.	6	100 %	Mejor comprensión verbal.	5	83 %

**ANALISIS:**

Una vez aplicadas las técnicas de rehabilitación en terapias de lenguaje, a los pacientes que fueron objetos de esta investigación, se puede decir que se obtuvo un avance favorable en el área trabajada con los mismos, como se puede evidenciar en el cuadro, que cuando se aplicó inicialmente los instrumentos de evaluación a los niños , presentaron un alto índice de dificultades en trastornos de lenguaje, pero luego de la intervención se logró superar un gran porcentaje en dichas dificultades, como por ejemplo se consiguió aumentar el nivel de vocabulario, mejorar la pronunciación de frases, y por ende un progreso en el lenguaje verbal, en cuanto a los niños que presentaron problemas de dislalia, se alcanzó también un alto avance

en cuanto a la pronunciación correcta de fonemas, y por ende a su socialización con los demás.

En cuanto a lo que se refiere a los niños atendidos con deficiencia auditiva con nivel de hipoacusia severa, ya que mantiene un resto de audición el cual con la ayuda del audífono, se pudo trabajar con la labio-lectura con esta niña, ya que se pudo trabajar de mejor manera la metodología aplicada para la rehabilitación de su problema, lamentablemente con el otro niño que presento el mismo problema no se tuvo el avance esperado ya que el niño era muy pequeño y no colaboraba con las respectivas técnicas para la rehabilitación del lenguaje, ya que dependía mucho de su madre y no se socializaba mucho con las demás personas, y presentaba llanto muy fácilmente.

Con los resultados obtenidos, los padres de familia manifestaron su motivación, para seguir adelante con el proceso de la rehabilitación de sus hijos, hasta lograr una buena recuperación en los mismos, ya que los padres están conscientes del rol esencial que desempeñan en la vida de sus hijos es por esto que la participación de los mismos en el reforzamiento de las terapias es fundamental para poder ayudar a la rehabilitación de los pacientes, lo cual me llena de mucha satisfacción porque los padres son el factor principal y súper importante para la recuperación, ya que esta unión constituye un ámbito donde el trabajo en equipo es condición necesaria, para reforzar la tarea cotidiana y esta misma pueda ser llevada adelante, con éxito.

## 6.- CONCLUSIONES.

Haciendo relación con los logros que se han obtenido en las personas con Deficiencia Mental y Deficiencia Auditiva, mediante la intervención en Rehabilitación del Lenguaje, he llegado a las siguientes conclusiones:

- Se logró brindar la atención adecuada en terapia de lenguaje, a las personas con Deficiencia mental, obteniendo buenos avances en los niños atendidos, gracias a la constancia de sus padres, aunque no se pudo lograr mucho con los niños con Deficiencia Auditiva por su corta edad y la poca colaboración de los mismos.
- Se pudo también gracias a la detección del problema que presentaba el niño, brindar una atención acorde a su tipo de discapacidad, tanto a él como a su familia, apoyando de esta manera al mejoramiento de su problema y en si ayudando a la comunidad a que puedan tener una igualdad de oportunidad, sin importar su nivel social.
- Para obtener los logros alcanzados en las diferentes áreas afectadas como son, lenguaje, y comunicación contribuyó significativamente las técnicas de HIPOTERAPIA, HODROTERAPIA y FISIOTERAPIA, las que favorecieron para el mejoramiento físico, emocional y llevando de esta manera a una adecuada independencia personal y desenvolvimiento en el medio.

- Se logró también que los padres se involucren en lo que es la rehabilitación de sus hijos, en el conocimiento de las técnicas de tratamiento en si en lo que tienen que reforzar en sus casa, porque debido a la intensidad y fuerza de reforzamiento que brinden los padres en sus hogares, es de suma importancia para el mejoramiento y el nivel de vida de sus hijos.
- Como resultado de esta investigación se ha llegado a determinar que mediante este trabajo se pudo obtener muchas experiencias, y se espera que el mismo sirva de referente para los próximos profesionales de esta carrera, ya que cuando se trabaja en este tipo de proyectos, se puede palpar más de cerca los problemas o las necesidades que se presentan en un mayor porcentaje en las personas que viven en Los sectores Rurales y Urbanos de la Ciudad, a las cuales se les pudo colaborar para que puedan así mejorar un poco su calidad de vida.



## **7.- RECOMENDACIONES.**

Finalizado el proyecto de intervención en Rehabilitación de Lenguaje en las personas con Deficiencia Mental y Auditiva, en la Ciudad de Cariamanga, se adquirieron experiencias, entre las cuales se considera las siguientes recomendaciones:

- Que las autoridades de la Universidad Nacional de Loja, en si la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Espacial, inculquen a sus egresados realizar estas pasantías, pero con un periodo de tiempo más amplio, para que puedan de esta manera tener una mayor apertura para ejecutar con mayor espacio y de una mejor manera las técnicas adecuadas para su rehabilitación y de esta manera puedan obtener un mayor porcentaje en la rehabilitación de sus pacientes.
- Que las autoridades del Cantón Calvas, sigan, permitan y apoyen a la ejecución de estos proyectos de desarrollo comunitario, para que todas las personas en especial las personas de bajos recursos económicos se beneficien y se instruyan sobre el problema, las causas y el tratamiento en sí de los diferentes problemas que presenten sus hijos.
- A los padres de familia de los pacientes atendidos, se recomienda seguir con el tratamiento, y mucho más con la predisposición positiva, participando activamente en las técnicas y en si en el proceso de rehabilitación de sus hijos,

ya que el apoyo que brinden los padres es de suma importancia para complementar la labor que hace el Psicorrehabilitador en sus pacientes.

- En cuanto a las demás personas que participaron en brindar atención especializada, como somos nosotros, los rehabilitadores, que compartan las experiencias vividas a lo largo del desarrollo de este proyecto, lo cual, nos llena de mucho orgullo, compartir las experiencias vividas, y dar a conocer esto a las demás personas que tal vez vengan a futuro, para que se animen a seguir con este proceso de desarrollo investigativo, ya que nos sirve de mucho para nuestros trabajos posteriormente, y en si para nuestra experiencia adquirida, en tratamiento de las discapacidades.

## 8.- BIBLIOGRAFIA.

- AUTORES VARIOS “Necesidades Educativas Especiales” 2ª edición Colección Educación para la diversidad Ediciones Aljibe S.L.
- Datos revelados del CONADIS. Porcentajes de discapacidades en la provincia de Loja.( 15 de Junio, 2011)
- DEFICIENCIA AUDITIVA. [www.mesadiscapacidad.cl](http://www.mesadiscapacidad.cl) (17 de Junio,2011)
- Deficiencia mental. [www.silderhare.net](http://www.silderhare.net) (19 de Junio,2011)
- Discapacides. [www.discadnet.com](http://www.discadnet.com) (21 de Junio,2011)
- Los problemas de lenguaje en los niños. [www.agapea.com](http://www.agapea.com) (23 de Junio, 2011)
- PROBLEMAS DE LENGUAJE EN LOS NIÑOS. [www.pediatraldia.cl](http://www.pediatraldia.cl) Dr. Pedro Barreda.(23 de Junio,2011)
- RETRASO MENTAL.- psicopedagogía
- TERAPIAS DE LENGUAJE.- taller de técnicas de rehabilitación, Dra. Mayra Rivas
- TRANSTORNOS DEL LENGUAJE. De [www.correodelmaestro.com/anteriores/2007/](http://www.correodelmaestro.com/anteriores/2007/) (24 de Junio , 2011).
- TRANSTORNOS DE LENGUAJE.- diccionario del maestro.
- TRANSTORNOS PROBLEMAS DE LENGUAJE. libro de oferta. J.M .

**ANEXOS**

## **TITULO**

**“ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL Y AUDITIVA QUE PRESENTAN PROBLEMAS DE LENGUAJE DE CARIAMANGA, CANTÓN CALVAS - PROVINCIA DE LOJA EN EL PERIODO ENERO – JUNIO 2010”**

## **1. PROBLEMATIZACIÓN.**

Todas las sociedades, incluso las más primitivas deben tener un orden en las relaciones sociales de sus miembros. Naturalmente la gente no se comporta siempre como sería de esperar, tal es el caso de las personas con capacidades diferenciadas, lo que ha sido un problema que ha permanecido latente en nuestra sociedad.

Nuestro país sufre un significativo atraso en cuanto a medicina preventiva diagnóstico y tratamiento de numerosas enfermedades y que por supuesto desencadenan en otros problemas como desnutrición, pobreza, indigencia y hasta un número alarmante de mortalidad y morbilidad infantil. Es por estas razones que existe un incremento de la cantidad de alteraciones neurológicas y psicológicas, que originan discapacidades físicas, mentales y sensoriales.

En el Ecuador y por ende en nuestra región, existe una alarmante cantidad de discapacidades; según datos proporcionados por el CONADIS, en nuestro país, las personas con discapacidades son aproximadamente el 13.2% de la población total, ósea 1' 600.000 personas, de las cuales 592.000 tienen una discapacidad física, 363.000 poseen una discapacidad visual, 213.000 con discapacidad auditiva, y 432.000 padecen una discapacidad mental o psicológica.

"Con la palabra 'discapacidad' se resume un sin número de limitaciones que se registran en las poblaciones de todos los países del mundo. La discapacidad puede revestir la forma de una deficiencia, física, intelectual o sensorial, limitándole a la persona de oportunidades de participar en la vida de la comunidad en condiciones de igualdad con los demás.

Como es el caso de Cariamanga donde existe un gran porcentaje de personas con capacidades diferenciadas, las cuales pueden ser causada de diferentes factores como son: falta de conocimiento para la prevención de enfermedades, infecciones de todo tipo, intoxicaciones, las cuales afectan al feto en etapa de embarazo, también pueden ser producto de la desnutrición o mala alimentación, y por anomalías congénitas, que provocan alteraciones en el niño.

El cantón calvas, es uno de los cantones con mayor índice de discapacidad en la provincia de Loja, tanto en su cabecera cantonal como es Cariamanga, como en sus parroquias, donde el alto grado de alcoholismo y el consumo de alimentos de mala calidad, se da por el poco o nada conocimiento sobre los diferentes problemas que podrían presentar sus hijos. Otro factor muy incidente es el factor genético, y el más importante es el poco interés que ponen los pobladores para la recuperación de sus hijos, por lo que se destacan los problemas, físicos, sensoriales, mentales y otras más.

En esta intencionalidad de evitar estas dificultades, el Ilustre Municipio del Cantón Calvas ha creído conveniente elaborar un convenio de cooperación interinstitucional con la Universidad Nacional De Loja, específicamente con la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, con la presencia de personal capacitado específicamente a la atención de las personas con discapacidad que no han recibido atención especializada, para que los mismos intervengan en los aspectos psicológicos y psicopedagógicos ,los cuales ayuden a orientar y educar a los niños, adolescentes y adultos a su reinserción a la sociedad.



## **2. JUSTIFICACIÓN.**

La Universidad Nacional de Loja, a través del SAMOT, nos ha dado la oportunidad de palpar la realidad de los problemas vigentes de nuestro país, ciudad o provincia, y nos incentiva a prepararnos aún más y así aportar con alternativas de solución a los diferentes problemas que día a día se presentan.

La presente investigación tiende a seleccionar un problema de la realidad Ecuatoriana el mismo que es importante, trascendente y objetivo, por ello nuestra tarea como estudiantes universitarios está orientada persistentemente a desentrañar la esencia del problema planteado, describir sus causas y buscar alternativas de solución a la problemática que vive nuestra sociedad; y, específicamente en el sector que se desarrolló esta investigación.

Vale la pena la realización del presente trabajo, ya que está encaminado a proporcionar datos importantes en el campo de la psicorrehabilitación y la educación especial en el Cantón Calvas, con el fin de poner en práctica nuestros conocimientos y aportar al mejoramiento de la calidad de vida de los jóvenes y niños de este Cantón.

Basados en esto el Ilustre Municipio de Calvas consciente de la realidad en la que vive la gente de su cantón y sus diferentes parroquias y barrios, se ha preocupado por llevar a sus habitantes personal que brinde sus servicios especializados en los sectores más necesitados de intervención a personas con discapacidad. Por otro lado, la Universidad Nacional de Loja, en su constante afán de vincularse a la comunidad con profesionales formados en sus aulas, prestos a integrarse a los diferentes campos productivos, han convenido sumar esfuerzos a fin de llegar a las diferentes comunidades y de alguna manera enfrentar esta realidad y a su vez entregar a la sociedad, profesionales más comprometidos con su área debido a su formación en el campo real de trabajo.

(Anexo NO - 1 Convenio de Cooperación Interinstitucional.)

### **3. OBJETIVOS.**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL:**

Mejorar la calidad de vida de las personas con deficiencia mental y auditiva que presentan problemas de lenguaje de Cariamanga, del cantón calvas de la provincia de Loja.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Recopilar datos informativos de los pobladores de Cariamanga que van a recibir asistencia en rehabilitación de discapacidades.
- Valorar el tipo y el grado de discapacidad que presenten las personas con necesidades educativas especiales, en la comunidad.
- Planificar programas de actividades para el tratamiento de rehabilitación de acuerdo al grado de discapacidad que posea el paciente.
- Brindar atención especializada, a los pacientes considerados aptos para recibir terapias de rehabilitación de lenguaje.

## **4. ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO.**

### **CAPITULO I**

#### **1. DEFICIENCIA MENTAL**

**1.1. DEFINICIÓN DE RETARDO MENTAL.**

**1.2. TIPOS DE RETARDO MENTAL.**

**1.2.1. RETARDO MENTAL LEVE.**

**1.2.2. RETARDO MENTAL MODERADO.**

**1.2.3. RETARDO MENTAL SEVERO.**

**1.2.4. RETARDO MENTAL PROFUNDO.**

**1.3. CAUSAS DEL RETARDO MENTAL.**

**1.4. SÍNDROME DE DOWN.**

**1.4.1 CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE DOWN.**

**1.4.2 CAUSAS DEL SÍNDROME DE DOWN.**

### **CAPITULO II**

#### **2. DEFICIENCIA AUDITIVA.**

**2.1. DESCRIPCIÓN.**

**2.2. CLASIFICACIÓN.**

**2.3. TIPOS DE DEFICIENCIA AUDITIVA.**

**2.4. CAUSAS DE DEFICIENCIA AUDITIVA.**

## **CAPITULO III.**

### **3.-PROBLEMAS DE LENGUAJE.**

#### **3.1. DEFINICIÓN**

#### **3.2. TIPOS DE LENGUAJE**

##### **3.2.1. LENGUAJE CORPORAL**

##### **3.2.2. LENGUAJE INTERNO**

##### **3.2.3. LENGUAJE MÍMICO**

#### **3.3. TRANSTORNOS DE LENGUAJE**

##### **3.3.1. CAUSAS DE TRANSTORNOS DE LENGUAJE**

#### **3.4. TRANSTORNOS DE RECEPCIÓN Y EXPRESIÓN**

#### **3.5. DISARTRIAS**

#### **3.6. DISLALIAS**

##### **3.6.1. Dislalia Evolutiva**

##### **3.6.2 Dislalia Funcional**

##### **3.6.3 Dislalia Orgánica**

##### **3.6.4 Dislalia Auditiva**

#### **3.7 TRANSTORNOS DEL HABLA.**

##### **3.7.1 DISFACIAS**

## CAPITULO I

### 1. DEFICIENCIA MENTAL

#### 1.1. DEFINICIÓN DE RETARDO MENTAL

Existen tres criterios fundamentales para definir lo que es Retraso Mental:

**-Criterio Psicológico o Psicométrico.**

Es deficiente mental aquel sujeto que tiene un déficit o disminución en sus capacidades intelectuales.

**-Criterio Sociológico o Social.**

Deficiente mental es aquella persona que presenta mayor o menor medida una dificultad para adaptarse al medio social en que vive y para llevar a cabo una vida con autonomía personal

**-Criterio Médico o Biológico.**

La deficiencia mental tiene un sustrato biológico, anatómico o fisiológico que se manifiesta durante la edad de desarrollo.

Tanto en la Asociación Americana para la Deficiencia Mental (A.A.M.D.) como la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), recogen en sus definiciones estos tres criterios:

**La O.M.S** define a los deficientes mentales como "individuos con una capacidad intelectual sensiblemente inferior a la media que se manifiesta en el curso del desarrollo y se asocia a una clara alteración en los comportamientos adaptativos".

**La A.A.M.D** define la Deficiencia Mental como un "funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media o promedio, originado durante el período de desarrollo y asociado a un déficit en la conducta adaptativa".

**Otros criterios son:**

**-Criterio Pedagógico.:** El deficiente mental es aquel sujeto que tiene una mayor o menor dificultad en seguir el proceso de aprendizaje ordinario y que por tanto tiene unas necesidades educativas especiales, es decir necesita unos apoyos y unas adaptaciones del currículo que le permitan seguir el proceso de enseñanza ordinaria.

## **1.2. TIPOS DE RETARDO MENTAL**

### **1.2.1. RETARDO MENTAL LEVE**

Su Coeficiente Intelectual está entre 68-85. Existen bastantes diferencias entre los diferentes autores sobre si deberían o no formar parte de ella. En la realidad cuesta catalogarlos como deficientes mentales ya que son personas con muchas posibilidades, que manifiestan un retraso en el aprendizaje o alguna dificultad concreta de aprendizaje.

### **1.2.2. RETARDO MENTAL MODERADO**

Su C.I. se sitúa entre 36-51. Pueden adquirir hábitos de autonomía personal y social. Pueden aprender a comunicarse mediante el lenguaje oral pero presentan con bastante frecuencia dificultades en la expresión oral y en la comprensión de los convencionalismos sociales. Aceptable desarrollo motor y pueden adquirir las habilidades pretecnológicas básicas para desempeñar algún trabajo. Difícilmente llegan a dominar las técnicas instrumentales básicas.

### **1.2.3. RETARDO MENTAL SEVERO**

Su C.I. se sitúa entre 20-35. Generalmente necesitan protección o ayuda ya que su



nivel de autonomía tanto social como personal es muy pobre. Suelen presentar un importante deterioro psicomotor. Pueden aprender algún sistema de comunicación, pero su lenguaje oral será muy pobre. Puede adiestrarse en habilidades de autocuidado básico y pretecnológicas muy simple.

#### **1.2.4. RETARDO MENTAL PROFUNDO**

Su Coeficiente Intelectual es inferior a 20. Presentan un grave deterioro en los aspectos sensorios motrices y de comunicación con el medio. Son dependientes de los demás en casi todas sus funciones y actividades, ya que las deficiencias físicas e intelectuales son extremas. Excepcionalmente tienen autonomía para desplazarse y responden a entrenamientos simples de autoayuda.

### **1.3. CAUSAS DEL RETARDO MENTAL**

#### **➤ FACTORES GENÉTICOS.**

Antes de la concepción; el origen de la deficiencia viene ya determinado por los genes o herencia genética.

#### **➤ FACTORES EXTRÍNSECOS.**

- a) Factores peri natales: Antes del nacimiento, por infecciones como la rubéola, la Sífilis etc. automedicación, o los rayos X en algunas etapas del embarazo.

- b) Neonatales: Durante el momento del parto o recién nacido las causas más comunes son la falta de oxígeno, (puede deberse a un trabajo de parto prolongado o la presión Excesiva en la cabeza del bebé).
- c) Postnatales: Después del nacimiento golpes en la cabeza, desnutrición etc.

#### **1.4. SINDROME DE DOWN**

##### ANTECEDENTES

---

El término Síndrome de Down se tomó del Dr. John Langdon Down, quien fue el que describió por vez primera esta condición en 1866. No fue sino hasta 1959 en que se descubrió la anormalidad cromosómica asociada a este síndrome. El Dr. Jerome Lejuene encontró que niños con el síndrome de Down poseían material genético adicional en sus células, usualmente un cromosoma extra. En vez de tener 46 cromosomas en cada célula, las personas con el síndrome tienen 47 cromosomas con uno adicional asociado al par 21. El término Trisomía 21 es utilizado, por esto para describir esta configuración de tres cromosomas No.21. Cerca del 95 % de las personas con Síndrome de Down, tienen Trisomía 21.

Este error congénito se produce de forma espontánea, sin que exista una justificación aparente sobre la que poder actuar para impedirlo. No hay que buscar culpables, ya que el síndrome de Down es la principal causa de discapacidad

intelectual y la alteración genética humana más común, que afecta aproximadamente a uno de cada 700 nacimientos. La incidencia aumenta con la edad materna, especialmente cuando ésta supera los 35 años.

El diagnóstico durante el embarazo consiste en el análisis de células procedentes del embrión en las que se trata de hacer un examen y recuento de los cromosomas que lleva, esta visualización de los cromosomas se llama CARIOTIPO. Hay dos alternativas de análisis, una es la biopsia de corion, que se realiza desde las 10 a 13 semanas de gestación, y la otra es la amniosintesis, a partir de células de líquido amniótico, que puede ser llevada a cabo en general a partir de la semana número 15.

Con anterioridad a estas pruebas, se revelan resultados definitivos, los cuales se pueden hacer desde los inicios de la gestación, determinados análisis bioquímicos de sangre que rastrean la presencia cualitativa de ciertas moléculas que informan sobre “posibilidad” o “riesgo”.

#### **1.4.1. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE DOWN.**

- **Nivel cognitivo.**

Tomando como base los test de coeficiente intelectual estándares, los niños con SD frecuentemente son clasificados con niveles de retardo mental débil, incluso cierto porcentaje se encuentra en el grupo de coeficiente normal – bajo. Sin embargo tales test no constituyen una referencia única en cuanto a las capacidades de estas personas, muy a menudo los chicos nos sorprenden con su memoria, su intuición y su creatividad.

Contrariamente a lo que muchos pensaban, las personas con SD no están condenadas a un congelamiento intelectual equivalente al de niños sin retardo de 5 a 8 años, los especialistas de todo el mundo están más bien sorprendidos y entusiasmados con el potencial de desarrollo que estas personas muestran. En la actualidad se puede decir que los límites en el desarrollo de los niños con SD no están firmemente establecidos y que van a depender muy directamente de la idoneidad de los programas de estimulación precoz y educativa, que hoy en día están en pleno proceso de exploración.

➤ **Rasgos físicos.**

Aunque presentes de manera general, estos atributos, considerados como distintivos, tienen un amplísimo grado de variabilidad por cuanto que su presencia es más o menos acusada según las personas concretas. Algunos de estos caracteres diferenciadores señalan a: ojos (de tipo almendrado), conformación ósea del rostro (bajo desarrollo del tercio medio), maxilares y boca (tendencia a un tamaño

reducido, mala oclusión dental...), manos (una línea palmar singular), desarrollo corporal (menor estatura media que la población general, cierta tendencia a la obesidad).

Algunas de las características incluyen las siguientes:

- La cabecita es algo más pequeña.
- Algunos niños presentan áreas con menos cantidad de cabello.
- Nariz pequeña.
- Menor desarrollo de los huesos faciales.
- Párpados rasgados y en algunos casos se presenta un pliegue de piel en los ángulos interiores del ojo.
- Orejas más pequeñas, conducto auditivo más estrecho.
- Boca pequeña en algunos niños sobresale la lengua.
- Paladar más estrecho, pueden faltar piezas dentarias.
- Pies y manos pequeños regordetes.
- Dedos cortos.

➤ **Fisiología.**

Las personas con SD tienen una incidencia elevada de cardiopatías congénitas (35 a 50%), en general septaciones incompletas y válvulas defectuosas. Se hace imperativa, pues, la realización de un electrocardiograma durante los primeros 2

meses de vida. La carencia de este sencillo diagnóstico precoz conlleva en muchos casos la irreversibilidad de una serie de complicaciones asociadas a la cardiopatía y la imposibilidad de intervención quirúrgica. Cuando se determina a tiempo, los resultados del tratamiento son muy buenos en general.

Otro grupo de afecciones más comunes entre personas con SD con respecto a la población general lo constituyen ciertos desequilibrios hormonales e inmunológicos. Así podemos citar problemas en relación con el nivel de hormonas tiroideas y una cierta debilidad ante infecciones.

También se consideran como relativamente frecuentes problemas de naturaleza gastrointestinal y los riesgos para la leucemia y la enfermedad de Alzheimer están aumentados.

La longevidad de las personas con SD es muy variable. Va aparejada al nivel de salud de que disfruta cada uno y éste es terriblemente variado, tanto que un índice de este tipo es francamente poco útil si no se aplica por grupos específicos.

#### **1.4.2. CAUSAS DEL SINDROME DE DOWN.**

En la trisomía 21, el cromosoma extra proviene usualmente del óvulo, pero se piensa que proviene de la esperma en un 20% de los casos. Se piensa que en la división celular del óvulo o de la esperma, los dos cromosomas 21 no se separan apropiadamente y una célula tendrá posteriormente un extra cromosoma 21,

dando lugar a la trisomía 21. Se desconoce la causa por la que ocurre esa división anormal de la célula. Factores como las infecciones virales, anormalidades hormonales, rayos x, y algunas drogas, son investigados como posibles factores causantes. Un número pequeño de casos tienen un origen genético; esto puede ser determinado a través de asesoramiento genético.

Todas las áreas de desarrollo pueden retrasarse en un niño con síndrome de Down. El bajo tono muscular afecta el desarrollo motor grueso y fino, pero estos pueden mejorarse con terapia física, un programa estructurado de actividad física y un plan de mantenimiento de peso. Del mismo modo, el retraso en el lenguaje debido a problemas musculares y a limitaciones cognitivas puede ser aliviado mediante programas estructurados de estimulación y terapia del lenguaje para mejorar las habilidades.

Ya que el retardo mental se presenta frecuentemente en los niños con síndrome de Down, las más altas habilidades de integración como el pensamiento abstracto, y la formación de conceptos, son afectadas. De todos modos, programas educativos apropiados han demostrado éxitos impresionantes en la enseñanza de habilidades académicas así como habilidades de manejo personal y del diario vivir.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Causas del síndrome de Down  
(<http://members.fortunecity.com/camino2001/Sindrome%20de%20Down.htm>)

## CAPITULO II

### 2. DISCAPACIDAD AUDITIVA.

#### 2.1 DESCRIPCIÓN.

Cuando se dice que una persona tiene audición normal queremos decir que la posee en grado suficiente como para comprender el habla. Si sus condiciones auditivas son adecuadas, las personas con audición normal pueden interpretar el habla que escuchan en la vida diaria sin ayuda de aparatos o técnicas especiales, lo que no ocurre con las personas con deficiencia auditiva, ya que esta puede ser capaz de oír algunos sonidos o puede no oír nada en absoluto. La palabra deficiencia significa que algo no está funcionando correctamente o tan bien como debería. La gente también utiliza palabras como sordo, sordera o duro de oído para referirse a las pérdidas auditivas.<sup>11</sup>

Las personas que padecen sordera no son capaces de entender el habla, aunque pueden percibir algunos sonidos, e incluso con aparatos auditivos, la pérdida puede ser tan grave que la persona no puede comprender el habla sólo por medio del oído. Estas personas sufren un profundo trastorno de la audición, y para comunicarse dependen de la vista, incluso cuando utilizan sistemas de amplificación.

Las personas con déficit auditivo o hipoacusia sufren pérdidas auditivas significativas que hacen necesarias ciertas medidas adaptativas. Pero como señala

---

<sup>11</sup> Concepto de deficiencia auditiva ([www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com))



Berg (1986), es posible que un niño con déficit auditivo responda al habla y a otros estímulos auditivos. "Desde el punto de vista de la comunicación, los niños con déficit auditivo se parecen más a los niños oyentes que a los niños con sordera, porque ambos utilizan la audición y no la visión como medio principal para desarrollar el habla y el lenguaje". En otras palabras, aunque las capacidades del habla y del lenguaje de los niños con déficit auditivo pueden mostrar retrasos o deficiencias, se desarrollan principalmente a través del canal auditivo; estos niños utilizan el oído para comprender el habla, generalmente con la ayuda de un aparato auditivo.

La expresión trastornos de la audición es más general, e incluye discapacidades auditivas que van desde las más ligeras a las más profundas, abarcando así tanto a los niños sordos como a los que padecen déficit auditivo. Cuando los educadores utilizan este término, quieren decir que se trata de un trastorno auditivo que requiere servicios especiales. La mayoría de los niños que reciben educación especial a causa de un trastorno de la audición tienen algún grado de restos auditivos.

## **2.2. CLASIFICACIÓN.**

**Según la localización de la zona auditiva lesionada:**

- **De transmisión o conductivas.**

Debidas a una deficiencia en la transmisión del sonido en el oído medio. es consecuencia de un problema en el oído externo o medio, incluido el conducto auditivo, el tímpano o los huesecillos. Cualquier obstrucción o problema estructural afecta a la transmisión del sonido en el oído, haciendo que los niveles sonoros parezcan inferiores. En muchos casos, se puede corregir la sordera de transmisión con medicamentos o cirugía.

- **De percepción o neurosensoriales.**

Debidas a una atrofia o degeneración de los órganos del oído interno (cóclea, nervio auditivo, o área receptiva cerebral). La **sordera neurosensorial** es consecuencia de daños en el oído interno (cóclea) o en el nervio auditivo. La persona tiene dificultad para oír con claridad, entender el discurso e interpretar diversos sonidos. Este tipo de sordera es permanente. Se puede tratar con audífonos o, en casos graves, realizar un implante coclear.

- **Mixtas.**

Localizadas en el oído medio y en el oído interno; se produce cuando alguien presenta problemas auditivos tanto de transmisión como neurosensoriales. El grado de deficiencia auditiva puede variar mucho dependiendo de la persona. Algunas personas padecen sordera parcial, es decir, su oído puede captar algunos sonidos; otras sufren sordera total, lo que significa que el oído no oye nada (a las personas

con sordera total se las considerada sordas). Pueden tener afectados uno o ambos oídos y la deficiencia puede ser peor en un oído que en el otro.

#### **Según el momento de su aparición:**

- **Hereditarias.**

Cuando la pérdida auditiva está presente al nacer. Actúa sobre el oído interno malformado alguno de sus órganos.

- **Adquiridas.**

Son las adquiridas durante el desarrollo embrionario o después del parto.

- **Prenatales.** Motivadas por diferentes embriopatías y fetopatías (rubéola).

- **Perinatales.** Producidas en el momento del parto (anoxia, fórceps...).

- **Postnatales.** Las que a su vez se dividen en:

- ❖ **Prelocutivas.** Producidas antes de la adquisición del lenguaje oral.

- ❖ **Postlocutivas.** Producidas después de que el sujeto haya comenzado

a hablar.<sup>12</sup>

### **2.3. TIPOS DE DEFICIENCIAS AUDITIVAS**

#### **HIPOACUSIAS:**

- **Hipoacusia leve** Este tipo de pérdida puede hacer más difícil la comunicación, especialmente en ambientes ruidosos, pero no impiden un desarrollo lingüístico normal, es decir, no produce alteraciones significativas en la adquisición y desarrollo del lenguaje. No identifican

---

<sup>12</sup> Clasificación de la deficiencia auditiva (<http://www.eunate.org/tipos.htm>)

totalmente todos los fonemas, El grado de pérdida se encuentra entre los umbrales de 20 y 40 dB

- **Hipoacusia media:** La pérdida auditiva se sitúa entre 40 y 70 dB. El niño tendrá problemas para la adquisición del lenguaje,. Pero ha de tenerse en cuenta que, por norma general, podrán adquirir el lenguaje por vía auditiva, identifica solo vocales, articulación es defectuosa, por lo que es necesario la adaptación de una prótesis, así como la intervención logopédica.

#### **SORDERAS:**

- **Hipoacusia severa:** La pérdida auditiva se sitúa entre 70 y 90 dB. Esta pérdida supone importantes problemas para la comunicación hablada y para la adquisición del lenguaje oral. La voz no se oye, a no ser que ésta sea emitida a intensidades muy elevadas. Las personas con este grado de sordera necesitan el apoyo de la lectura labial, y para ellas, es imprescindible el uso de audífono y el apoyo logopédico para el desarrollo del lenguaje. Los afectados son llamados sordos medios.
- **Hipoacusia profunda:** La pérdida auditiva supera los 90 dB. Esta pérdida provoca alteraciones importantes en el desarrollo global del niño; afecta a las funciones de alerta y orientación, a la estructuración espacio-temporal y al desarrollo intelectual y del niño. Será imprescindible el uso de audífonos o implante coclear, una enseñanza intencional y sistemática del

lenguaje, tienen dificultades socioeducativas, los afectados son llamados sordos profundos.

- **Cofosis:** La cofosis supone la pérdida total de la audición. Supone la ausencia de restos auditivos se sitúa por encima de los 120 dB, aunque en muchas ocasiones una pérdida superior a los 100 dB. Implica una auténtica cofosis funcional. Sin embargo, la pérdida total de audición es poco frecuente.<sup>13</sup>

#### 2.4. CAUSAS DE LA DEFICIENCIA AUDITIVA.

- **Otitis media** y sus secuelas. Casi todos los niños experimentan pérdidas auditivas leves o moderadas, intermitentes o continuas, debidas a la otitis media. Las infecciones graves o repetidas pueden dar lugar a déficit permanentes. La otitis media es más frecuente en los niños con anomalías craneofaciales (por ejemplo, labio leporino), deficiencias inmunitarias, y exposición a factores de riesgo ambientales (por ejemplo, humo de tabaco, guarderías). La otitis media es más frecuente en los niños que en las niñas.
  - **Malformaciones** del conducto auditivo externo y del oído medio.
  - **Colesteatoma.** Es un tumor benigno del conducto auditivo, que se origina sobre todo a partir de una otitis media no tratada, pero que también puede ser congénito.
  - **Trastornos genéticos.** Algunos trastornos genéticos (heredados) afectan al correcto desarrollo del oído medio y del nervio auditivo.

---

<sup>13</sup> Tipos de deficiencia auditiva (<http://html.rincondelvago.com/deficiencia-auditiva.html>)

- **Lesiones en el oído o en la cabeza.** Las lesiones, como por ejemplo las fracturas craneales, pueden ser causa de sordera.
- **Complicaciones durante el embarazo o el nacimiento.** Algunos bebés nacen con alguna deficiencia auditiva como consecuencia de infecciones o enfermedades que sufrió la madre estando embarazada, lo que puede afectar al desarrollo del oído medio. Los bebés prematuros también presentan un mayor riesgo de sufrir deficiencias auditivas.
- **Infecciones o enfermedades.** Determinadas afecciones, como infecciones de oído constante, las paperas, el sarampión, la varicela y los tumores cerebrales, pueden dañar las estructuras del oído interno.
- **Medicamentos.** Determinados medicamentos, como algunos antibióticos y fármacos de quimioterapia, pueden causar sordera.
- **Ruidos fuertes.** Un fuerte y repentino ruido o una continua exposición a altos niveles de ruido pueden causar daños permanentes a los diminutos pelos de la cóclea, por lo que dejarán de transmitir sonidos tan eficazmente como antes.

## **CAPITULO III.**

### **3.- PROBLEMAS DE LENGUAJE.**

La característica de estos problemas es la dificultad de adquirir o usar el lenguaje. En los niños, se denominan trastornos en el desarrollo del lenguaje y su gravedad varía mucho de un niño a otro. En los adultos los trastornos de lenguaje son llamados afasias y suelen vincularse a daños cerebrales en el centro del lenguaje.

#### **3.1. DEFINICIÓN.**

Sabemos que el lenguaje es el vehículo para la adquisición de nuevos conocimientos, pero más allá de esto, el lenguaje equivale a la máxima expresión del pensamiento, ya que las personas tienen la posibilidad de reflejar las relaciones y conexiones de la realidad que van más allá de la percepción.

Siendo el lenguaje una de las formas más complejas de los procesos verbales superiores, requiere una especial observación de los alumnos en el aula, Identificar un trastorno del lenguaje supone que hemos observado una diferencia respecto a otros niños. Un niño puede presentar durante la adquisición del lenguaje: ausencia, retraso, regresión o pérdida de lo aprendido; por ello, el

docente debe estar atento a cualquier signo que presenten los niños durante el ciclo escolar.

Los balbuceos y los errores de dicción son muy comunes en los niños cuando pronuncian sus primeras palabras. Sin embargo, este tipo de trastornos no deberían producirse una vez que el niño ha cumplido cinco años. Se considera que a esa edad el pequeño ya debe hablar bien y, que dificultades como la pronunciación de la 'R' y sus combinaciones con otras letras deben estar superadas.

Cuando esto no es así, el pediatra deberá ser asesorado por un fonoaudiólogo y que en conjunto con éste determine si el origen del trastorno es funcional, de tipo orgánico (malformación en el paladar) o auditivo, ya que los dos últimos podrían requerir incluso una intervención quirúrgica. El uso prolongado del chupete o la afección de otitis serosas pueden causar este tipo de problemas que, no obstante, se resuelven sin mayor complicación cuando se detectan a tiempo.

## **3.2. TIPOS DE LENGUAJE**

### **3.2.1. LENGUAJE CORPORAL**



Este constituye una forma de comunicación no verbal, comprende cualquier movimiento, postura o gesto- voluntario- que emplea el individuo para comunicar su mundo interno. En el niño desde los primeros años de su vida este lenguaje corporal, se expresa en forma más natural y original. El desarrollo de esta capacidad está basado en las experiencias anteriores y en la imitación. Así como va construyendo el niño su vivencia corporal cada vez más abierta al mundo y a los demás. El lenguaje corporal constituye la psicomotricidad y es la primera forma de comunicación del niño.

El lenguaje corporal se utiliza en ocasiones como forma alternativa de la comunicación oral. Determinadas deficiencias que impide o dificultan el lenguaje oral, puede ser compensada por la persona con discapacidades mediante la expresión corporal.

### **3.2.2. LENGUAJE INTERNO**

El lenguaje interno ha recibido muchas y muy diversas interpretaciones. Ha sido considerado por algunos como pura memoria verbal. Lenguaje sin sonidos, lenguaje sub vocal o en forma generalizada, todo aquello que precede a la actividad motórica del habla. L. Vygotsky, sin embargo, defienden la

idea de que el lenguaje interiorizado tiene una función específica, leyes propias y límites precisos con las otras formas de actividad lingüística.<sup>14</sup>

El lenguaje interno es más que un antecedente del lenguaje externo, o su mera reproducción en la memoria: es en alguna medida, lo opuesto, pues mientras el lenguaje externo es la conversión del pensamiento en palabras.

Los rasgos específicos del lenguaje interno son:

- La preponderancia del sentido sobre el significado.
- La combinación de palabras y la combinación de sentido.

### **3.2.3. LENGUAJE MÍMICO**

El lenguaje manual y gestual ha sido utilizado por los sordos para comunicarse, en ausencia del lenguaje articulado o hablado. En esta definición se engloba todos los lenguajes basados en la comunicación manual, gestual y facial, existiendo un gran número de variaciones en un código en función de distintas zonas geográficas

---

<sup>14</sup> VARIOS AUTORES, DIC. Enciclop. de Educación Especial,

### **3.3. TRANSTORNOS DEL LENGUAJE.**

#### **3.3.1. CAUSAS DE TRANSTORNOS DE LENGUAJE**

Las causas más comunes son ciertas neurosis y psicosis, retraso mental y lesión cerebral congénita o adquiridas. Por otra parte puede resultar dañada por discapacidades físicas: Fisura del paladar, parálisis cerebral o pérdida del oído. Además deteriorarse como resultado de la parálisis de cualquier parte de mecanismo de la articulación, por una percepción inadecuada de los estímulos auditivos.

Pero existen otras causas que pueden dificultar o demorar la recuperación total de la dislalia. "Hay una de origen auditivo, donde el niño tiene dificultad de aprender y pronunciar ciertas letras porque no las escucha bien y hay de origen orgánico, en donde hay una falla estructural que impide la pronunciación, tales como alteraciones en los órganos del habla o problemas en el área del lenguaje a nivel neurológico". Se conoce además la existencia de otro tipo de dislalia, que sería la de origen ambiental, es decir, el medioambiente que rodea al niño determina que sustituya letras. Se asegura que los padres se dan cuenta de este problema en el proceso de aprendizaje del habla del niño y sobre todo si a pesar de ser mayores siguen con la dificultad de pronunciar ciertas letras. "Esto se ve a través de que la persona crece, ya que lo que pasa con los seres humanos es que vamos aprendiendo los sonidos en una secuencia evolutiva".

Estos trastornos se clasifican en:

### 3.4. Trastornos de Recepción y expresión

En los trastornos de lenguaje se pueden ver afectadas las áreas de la articulación (la producción de los fonemas), la semántica (el significado de las palabras) y la sintáctica (la organización de todos los elementos gramaticales del idioma).

Estos trastornos se clasifican en *receptivos* y *expresivos*. El primero interfiere en la comprensión del lenguaje:

- **Trastorno receptivo:** El niño llega a ser incapaz de comprender oraciones habladas o seguir una secuencia de órdenes.

El segundo interfiere con la producción del lenguaje:

- **Trastorno expresivo:** El niño posee un vocabulario muy limitado y utiliza palabras y frases incorrectas. También puede presentar un lenguaje ininteligible, o bien, su comunicación se realiza por medio de gestos o sonidos indiferenciados

Dentro de los factores que contribuyen a los trastornos de lenguaje en los niños, es importante tener en cuenta la edad, el nivel de educación, el ambiente cultural, los padecimientos biológicos y si presenta problemáticas emocionales. Esto es indispensable para determinar si una persona tiene o no un trastorno del habla.

### **3.5. DISARTRIAS**

Por otro lado, las *disartrias* son anomalías de pronunciación debidas a trastornos en las vías motoras centrales, de los nervios craneales o de los grupos musculares que intervienen en los patrones motores articulatorios.

Gran parte de estos trastornos son congénitos, es decir, el habla o el lenguaje se desarrolla con retraso y con distorsiones desde un principio. Se les denomina trastornos específicos del lenguaje (TEL), y suponen una limitación significativa de la capacidad para la adquisición de los elementos formales del lenguaje, ya sea receptivo, expresivo, o ambos.

### **3.6. DISLALIAS**

Dichos trastornos también se presentan, como se comentó, desde un nivel superficial, que tiene que ver con la pronunciación, o un modo más profundo, vinculado a la fonología, sintaxis o al manejo del léxico.

Las dislalias son un trastorno del desarrollo de la pronunciación en el cual se altera la producción del habla; en pocas palabras, cualquier emisión defectuosa de uno o varios fonemas. Sin embargo, no presenta alteraciones periféricas y se observa

con frecuencia en la utilización de ciertos fonemas o exageración en las formas de la articulación.

Cuando se habla de una dislalia específica, se hace referencia a aquellas producciones fonológicas incorrectas, ya sea por mala posición articularia de los órganos o por el mal resultado sonoro alcanzado en los intentos de producción.

Estas a su vez pueden ser:

**3.6.1. Dislalia evolutiva:** niños y niñas aprenden progresivamente a pronunciar y cometen cada vez menos errores. No obstante, cuando los problemas de dicción continúan pese a que el niño ha cumplido los cinco años, es hora de empezar a pensar que estos trastornos tienen otro origen, que puede ser:

**3.6.2. Funcional.** En este caso, se carece de la capacidad para pronunciar determinados fonemas porque no se manejan bien los órganos bucofonatorios, aquellos que son necesarios para articular los sonidos, como la lengua.

**3.6.3. Orgánico.** Puede darse el caso de que la mala pronunciación se origine por una malformación en el paladar, cualquier alteración en otro órgano que interviene en el habla o problemas en el área neurológico del lenguaje.

**3.6.4. Auditivo.** Cuando el niño no escucha bien, puede tener dificultades para entender los sonidos y, por consiguiente, para aprenderlos y pronunciarlos. Las deficiencias auditivas influyen de manera importante en las deficiencias de aprendizaje.

### **3.7. Transtornos del habla**

Hasta ahora hemos hablado sólo de dificultades articulatorias, consideradas dentro de la fonología. Existen además problemas que tienen que ver con el ritmo de la palabra y la fluidez con la que habla una persona (no se considera el nivel del lenguaje).

#### **3.7.1. Disfasias**

Existen otros trastornos específicos al desarrollo del lenguaje, los cuales pueden o no atribuirse a un retraso mental o a déficit sensoriales-motrices. Se consideran como una dificultad constitucional y duradera, de gravedad variable para el procesamiento del lenguaje: *las disfasias*, que se agrupan dentro de las alteraciones neuropsicológicas de la función lingüística.

Los componentes formales del lenguaje se adquieren tardía y defectuosamente. El problema de base suele persistir comprometiendo el aprendizaje de la lectoescritura y el manejo de formas complejas del discurso. Evolutivamente y con proceso terapéutico, el niño disfásico puede llegar a desarrollar suficiente lenguaje oral para la comunicación corriente.



## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. Primer Objetivo ESPECÍFICO**

**Recopilar datos informativos de los pobladores de Cariamanga del cantón Calvas de la provincia de Loja, que van a recibir asistencia en rehabilitación de discapacidades.**

#### **5.1.1 Metodología específica:**

Para ello, se procederá a elaborar fichas de inscripción, con el objetivo de registrar a los pacientes y obtener datos muy generales de su discapacidad, así como un registro de la persona que lleva al paciente por primera vez, y de esta manera facilitar posteriormente su clasificación y mejor acceso a sus datos informativos (Anexo No2. Ficha de Inscripción).

Acto seguido se procederá a la aplicación de una ficha informativa (Anexo No3. Ficha de Información), la misma que incluye: datos informativos, antecedentes familiares, antecedentes personales, datos prenatales, datos post natales, información sobre el desarrollo: motor, lenguaje, psicológico y emocional; también se ha considerado importante incluir ítems que por lo general se han

descartado pero que pueden ser de gran utilidad en este tipo de trabajo de campo, como son información sobre el sistema nervioso, escolaridad y antecedentes patológicos.

## **5.2 SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO:**

**5.2.1. Valorar el tipo y el grado de discapacidad que presenten las personas con necesidades educativas especiales, de la comunidad.**

### **Metodología específica.**

A fin de conseguir este objetivo se empleara una ficha de valoración mediante la cual se evalúa el grado y el tipo de discapacidad que presentan las personas que van a ser intervenidas por el equipo facilitador (Anexo No4. Ficha de Valoración). Esta ficha contiene los aspectos a evaluar en los cuales el equipo facilitador posteriormente delimitara las áreas de tratamiento. Las áreas a evaluar son: área personal-social, área motora, área de lenguaje, área cognitiva, y el área psicoafectiva. Esta herramienta permitirá en lo posterior establecer con claridad cuáles son las personas calificadas para recibir atención y quienes serán descartadas por no reunir los requisitos establecidos en el convenio.

### **5.3 OBJETIVO ESPECIFICO TRES:**

**5.3.1. Planificar programas de actividades para el tratamiento de rehabilitación de acuerdo al grado de discapacidad que posea el paciente.**

#### **Metodología específica.**

Como un medio para facilitar el trabajo de una forma organizada y precisa acorde a las necesidades propias de cada paciente el equipo facilitador empleará una ficha de planificación de actividades la misma que reunirá características como: (Anexo No5. Ficha de Planificación Mensual por Paciente).

**5.3.1.1. Área a trabajar:** Puede ser personal social, motora, lenguaje, cognitiva, psicoafectiva. Esto permitirá enfocar a un facilitador en determinada área a fin de lograr optimizar el tiempo y lograr un mejor resultado.

**5.3.1.2. Sub Área:** Dentro de cada área existen sub- áreas que permiten desglosar el trabajo y de igual manera delimitar una planificación a fin de aprovechar al máximo el corto tiempo que va a durar el programa.

**5.3.1.3. Objetivos:** el saber trazar objetivos en este tipo de proyectos de desarrollo es de vital importancia, el equipo facilitador deberá planificar basándose en objetivos a corto, mediano y largo plazo a fin de abarcar la mayor cantidad de áreas de intervención posible.

**5.3.1.4. Actividades:** Las actividades serán en función del objetivo a fin de que el mismo sea alcanzado. Las actividades por consecuencia llevarán su respectivo recurso material, humano que también quedará detallado en la ficha de planificación.

**5.3.1.5. Recursos:** En ellos se describe los materiales a utilizarse para dichas actividades.

#### **5.4. OBJETIVO ESPECIFICO CUATRO:**

**5.4.1. Brindar atención especializada, a los pacientes considerados aptos para recibir terapias de rehabilitación de lenguaje.**

#### **METODOLOGÍA ESPECÍFICA**

Con el objeto de lograr una atención óptima y confortable para los pacientes que vendrán a la atención 'promocionada previamente a través de los medios radiales disponibles en el Cantón, se ha creído conveniente el establecimiento de una

unidad de atención con el objeto de poder manejar de una mejor forma los materiales a utilizarse.

El establecimiento de la unidad de atención deberá reunir los siguientes requisitos:

- ✓ Cercanía a la comunidad.
- ✓ Facilidad de acceso para las personas inscritas al programa.
- ✓ Amplio espacio físico, a fin de poder desarrollar en dicho lugar actividades lúdicas previamente establecidas.
- ✓ Deberá poseer una infraestructura que resguarde a los pacientes de los factores ambientales, durante la espera previa a su intervención

De igual manera se hará énfasis en las potencialidades del paciente más no en sus limitaciones, ya que es importante optimizar el tiempo y alcanzar la mayor cantidad de resultados en la mayoría de los pacientes.

### 6.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2009												2010																											
	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Elaboración del Proyecto	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																												
Aprobación del proyecto																	x	x	x	x	x	x	x	x																
Ejecución del proyecto																	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

## 7.- PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

<b>PRESUPUESTO</b>	Transporte	\$ 72,0
	Alimentación	\$ 225,0
	Vivienda	\$ 270,0
<b>MATERIAL DE OFICINA</b>	Resma de Papel	\$ 4,00
	Lápiz	\$ 3,75
	Tempera	\$ 12,50
	Crayones	\$ 3,75
	Paletas	\$ 5,00
	Guantes	\$ 5,00
	Sorbetes	\$ 1,50
	Tijeras	\$ 3,20
	Impresión y publicidad	\$ 400
<b>MATERIAL PARA LA INTERVENCION</b>	Balón Terapéutico	\$ 70,0
	Colchoneta	\$ 50,0
	Espejo	\$ 12,0
	Aceite Jhonson	\$ 2,00
	Goma	\$ 3,00
<b>TOTAL</b>		\$ 1142.70

## 8.-FINANCIAMIENTO

Dentro del financiamiento los gastos correspondientes a:

Alimentación	\$ 225,0
Transporte	\$ 72,00
Vivienda	\$ 270,00
Material de Oficina	\$ 38.70
Material de Intervención	\$ 137.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 742.70</b>

Serán financiado por el Patronato de amparo Social y Cultural del I. Municipio del Cantón Calvas respectivamente.

Los gastos correspondientes a será financiado por la Investigadora del Proyecto con el propósito de realizar la Tesis previo a la obtención del Título de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial.



## **9. ANEXOS**

**ANEXO # 1**

### **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**PATRONATO DE AMPARO SOCIAL Y CULTURAL DEL I. MUNICIPIO DE CALVAS**

**CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL SUSCRITO ENTRE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y EL PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DEL I.  
MUNICIPIO DEL CANTON CALVAS, PROVINCIA DE LOJA.**

#### **PRIMERA: INTERVINIENTES.-**

Comparece a la celebración del presente convenio, por un `parte el Mg. Sc. Jaime Wilson Valarezo Carrión en su calidad de Rector de la Universidad Nacional de Loja, Encargado; Y POR OTRA LA Sra. Narcisa torres de Cueva, en su calidad de Presidenta del Patronato de Amparo Social de Cantón Calvas, conforme se justifica con la copia de los nombramientos que se adjuntan; a quienes en adelante se les denominará “ LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA “ y “ PATRONATO DE AMPARO SOCIAL Y CULTURAL DEL I. MUNICIPIO DELCANTON CALVAS” respectivamente, los mismos que deciden celebrar el presente convenio de cooperación Interinstitucional al tener de las siguientes cláusulas:

## **SEGUNDA: ANTECEDENTES**

**2.1. LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**, a través de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, la misma que forma profesionales que se ocupan de las personas con necesidades educativas especiales en las áreas físicas, sensoriales e intelectuales que en nuestra sociedad con grandes diferencias tenemos, por tanto tiene como finalidad formar profesionales científica, humanista y técnicamente para contribuir en prevención, tratamiento y educación de las personas que presenten discapacidad.

**2.2. EL PATRONATO DE AMPARO SOCIAL Y CULTURAL DEL I. MUNICIPIO DEL CANTON CALVAS**, es una entidad pública que vela por las personas menos favorecidas del cantón y de manera concreta de los niños especiales que se encuentra en las diferentes parroquias, los mismos que requieren atención profesional para desarrollar sus capacidades que pese a sus limitaciones son merecedores de mejor suerte.

### **2.3. EL EQUIPO DE INVESTIGADORES-FACILITADORES (PROFESORES)**

**2.3.1. Fines:** El equipo de investigadores- facilitadores, tiene como fin contribuir con sus conocimientos de Psicorrehabilitación y educación especial para el

desarrollo social, psicológico y en el aprendizaje, de los niños con necesidades educativas especiales, de acuerdo a sus limitaciones y posibilidades.

### **2.3.2. Objetivos**

- Vincularse con la colectividad detectar, evaluar y hacer un diagnóstico presuntivo a los niños con necesidades educativas especiales que requieren intervención del Psicorrehabilitador y educador especial.
- Planificar y efectuar actividades acorde con el perfil profesional del Psicorrehabilitador y educador especial y del diagnóstico del niño.

Los directivos de la Universidad Nacional de Loja con el Equipo de Investigadores-Facilitadores (ALUMNOS DEL ÚLTIMO MODULO Ó EGRESADOS DE LA CARRERA) y el patronato de Amparo Social, se reunieron con el fin de determinar las necesidades de capacitación, apoyo y trabajo conjunto. Llegándose a la conclusión entre las dos instituciones que puede establecer un trabajo conjunto de beneficio mutuo.

Para dar un marco general de seriedad en el cumplimiento de los compromisos se determinó la necesidad de firmar el presente CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL, que norme la colaboración de las partes.

**TERCERA: OBJETO.-**

Con estos antecedentes, la Universidad Nacional de Loja y el Patronato de Amparo Social y Cultural del I. Municipio del Cantón, suscribe el presente convenio de cooperación institucional, que tiene como finalidad exclusiva y específica de impartir conocimientos a los niños con necesidades educativas especiales en las diferentes parroquias del Cantón Calvas.

**CUARTA: OBLIGACIONES DE LAS PARTES.-**

**DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

- a) Ser el representante legal ante las autoridades de educación de las propuestas y acciones que se lleven de manera conjunta con El Equipo de Investigación Facilitadores (profesores).

- b) Dar prioridad a los requerimientos de El Equipo De Facilitadores, en cuanto a la planificación, ejecución y evaluación de las actividades programadas, en base del diagnóstico.
- c) Supervisar por la buena ejecución de las actividades programadas,
- d) El tiempo para desarrollar dichas actividades serán de por lo menos cinco meses.
- e) Al finalizar cada participante presentará su respectivo informe, a las partes intervinientes y lo utilizará en lo que creyere conveniente.

#### **DEL PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DEL I. MUNICIPIO DEL CANTON CALVAS**

- a) Coordinar con los padres de familia de los niños y niñas con necesidades educativas especiales para que sean atendidos, en los Centros Educativos o Ambientes que cumplan los requerimientos.
- b) Contribuir con la parte logística para el funcionamiento de la actividad de los investigadores- facilitadores,
- c) Ofrecer movilización, alimentación y logística a los Investigadores- facilitadores.
- d) Proveer de material didáctico.


#### **QUINTA: DURACIÓN.-**

El presente convenio de cooperación interinstitucional, tiene una duración mínima de cinco meses, posterior a ello continuar o finalizar si una de las partes considera pertinente, previa comunicación por escrito.

**SEXTA: DISCREPANCIAS.-**

Cualquier discrepancia que puede nacer por la interpretación de lo estipulado en el presente convenio será resuelta con la intervención de un representante designado por la Universidad Nacional de Loja y otro por El Patronato de Amparo Social y Cultural del I. Municipio del Cantón Calvas, utilizando los procesos y mecanismos legales.

Para constancia de lo estipulado, las partes firman en unidad de acto, en la ciudad de Loja, a los 9 días del mes de noviembre del 2006.



El documento muestra las firmas manuscritas de dos representantes. A la izquierda, la firma de Jaime W. Valarezo Carrión, con el texto impreso: "Mg. Sc. Jaime W. Valarezo Carrión RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA. (E)". Debajo de esta firma se encuentra el sello circular de la Universidad Nacional de Loja. A la derecha, la firma de Sra. Marcisa Torres de Cueva, con el texto impreso: "Sra. Marcisa Torres de Cueva PRÉSIDENTA DEL PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DE CALVAS".

**CONVENIO DE COOPERACIÓN INTREINSTITUCIONAL**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DE CALVAS**

**PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA**

FICHA DE INSCRIPCIÓN

<b>NUMERO DE EXPEDIENTE</b>
---------------------------------

<b>CLAVE</b>
--------------

<b>FOTO</b>
-------------

Nombre del Alumno	
Edad	
Dirección	
Teléfono	
Nombre del Padre	
Nombre de la Madre	
Nombre del Apoderado	
Situación Familiar	
Problema que describe el apoderado	

### TIPOS DE DISCAPACIDAD

DESHABILIDADES	ACCIÓN FUTURA    Fecha:    Hecho:
Movimiento	regresará
Deformidad	verá especialista
Retraso	visitaré en casa
Ceguera	otra
Sordera	
Habla	
Convulsiones	
Conducta	

Horario:

Fecha de Inicio:

Promotor de Psicorrehabilitación:



CONVENIO DE COOPERACIÓN INTREINSTITUCIONAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DE CALVAS

PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA

FICHA INDIVIDUAL DE INFORMACIÓN

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCION: TELEFONO: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

PERSONA O LIGAR POR LA QUE REFERIDA: \_\_\_\_\_

ESTA PERSONA FUE REFERIDA POR: \_\_\_\_\_

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

NUMERO DE HIJOS: \_\_\_\_\_ LUGAR QUE OCUPA EL NIÑO: \_\_\_\_\_

FAMILIARES CON PROBLEMAS: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**

**Prenatal**

Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ Traumatismo: \_\_\_\_\_

Edemas: \_\_\_\_\_

Enfermedades: \_\_\_\_\_

Radiografías: \_\_\_\_\_ Hemorragias: \_\_\_\_\_ Alimentación: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### **Natal Posnatal**

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parto Normal: \_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_ Fórceps: \_\_\_\_\_

Asfixia: \_\_\_\_\_

Ictericia: \_\_\_\_\_

Novedades: \_\_\_\_\_

### **DESARROLLO**

#### **Motricidad**

Cuello firme: \_\_\_\_\_ Sedentación: \_\_\_\_\_ Arrastre Gateo: \_\_\_\_\_

Bipedestación: \_\_\_\_\_ Marcha: \_\_\_\_\_

Lateralidad: \_\_\_\_\_

#### **Lenguaje**

Dificultad para trabajar: \_\_\_\_\_ Balbuceo: \_\_\_\_\_ Usa gestos: \_\_\_\_\_

Primeras Palabras: \_\_\_\_\_ Si habla: \_\_\_\_\_

Cuando empezó: \_\_\_\_\_

Expresa Monosílabas: \_\_\_\_\_ Una combinación de palabras: \_\_\_\_\_

Dice oraciones: \_\_\_\_\_

Audición: \_\_\_\_\_

### **PSICOLÓGICA Y EMOCIONAL**

Controla esfínteres: \_\_\_\_\_ Dependencia: \_\_\_\_\_

Sobrepotección: \_\_\_\_\_ Agresividad: \_\_\_\_\_ Desobediencia: \_\_\_\_\_

Conducta: \_\_\_\_\_ Afecto: \_\_\_\_\_

### **SISTEMA NERVIOSO**

Movimiento de ojos: \_\_\_\_\_ Coordinación viso-manual: \_\_\_\_\_

Movimiento corporal: \_\_\_\_\_ Voluntario: \_\_\_\_\_ Involuntario: \_\_\_\_\_

Equilibrio: \_\_\_\_\_ Reflejos: \_\_\_\_\_ Rotuliano: \_\_\_\_\_ Aquiles: \_\_\_\_\_ Babinski: \_\_\_\_\_

Sensibilidad: \_\_\_\_\_ Hay dolor en que parte: \_\_\_\_\_

Anestesia en que parte: \_\_\_\_\_ Parálisis en que parte: \_\_\_\_\_

Control de Intestino: \_\_\_\_\_ Control de Vejiga: \_\_\_\_\_

Existe problema de columna y/o médula espinal: \_\_\_\_\_

Fuerza Muscular:- \_\_\_\_\_ Contractura: \_\_\_\_\_ Espasticidad: \_\_\_\_\_ Flacidez: \_\_\_\_\_

Existe daño cerebral: \_\_\_\_\_ Síndrome de Down: \_\_\_\_\_ P.C.I.: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Problema: \_\_\_\_\_

## **ESCOLARIDAD**

Estimulación Temprana: \_\_\_\_\_ Año de Educación Básica: \_\_\_\_\_

Años repetidos: \_\_\_\_\_

Por qué: \_\_\_\_\_

Aprovechamiento: \_\_\_\_\_

Relación con profesores y compañeros: \_\_\_\_\_

## **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

Enfermedades: \_\_\_\_\_

Fiebres: \_\_\_\_\_

Convulsiones: \_\_\_\_\_

Traumatismo: \_\_\_\_\_

Operaciones: \_\_\_\_\_

Afecciones del oído: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Toma medicinas ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Exámenes y tratamientos anteriores: \_\_\_\_\_

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:** \_\_\_\_\_

**APLICACIÓN DE REACTIVOS:** \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO PROPOSITIVO:** \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:** \_\_\_\_\_

**PRONÓSTICO:** \_\_\_\_\_

---

**EXAMINADOR**

**CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINTTITUCIONAL**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DE CALVAS**

**PROGRAMA DE PSICOREHABILITACIÓN COMUNITARIA**

**FICHA DEL ALUMNO**

**DATOS PERSONALES**

Nombre del alumno	
Edad	
Nombre del Padre	
Nombre de la Madre	
Situación familiar	
Dirección	
Teléfono	

**DESARROLLO DEL ALUMNO**

**VESTIMENTA**

		Solo	Con ayuda	No puede
Polo				
Medias				
Pantalón/falda				
	Abrocha			
	Abotona			
	Cierra			

Camisa				
	Abotona			
	Abrocha			
Zapatos				
	Amarra			

### ASPECTO PERSONAL

		Solo	Con ayuda	No puede
Se peina				
Se lava				
Se lava las manos				
Se baña				
Se lava la cabeza				
Come				
	Líquidos			
	Sólidos			
	Corta			
Hace sus necesidades				
	Micción			
	Defeca			

**ASPECTO SOCIAL**

	Solo	Con ayuda	No puede
Identifica a los Familiares de su familia			
Identifica a tíos,, Primos y abuelos			
Reconoce las partes de su casa			
Se orienta en su comunidad			
Identifica los medios de transporte			

**MOTRICIDAD**

**MOTRICIDAD GRUESA**

		Solo	Con ayuda	No puede
Gatea				
Camina				
Corre				
Salta				
	1 pie			
	2 pies			
	Alterna			

**MOTROCIDAD FINA**

		Solo	Con ayuda	No puede
Aplaudes				
	Sin ritmo			
	Con			
Amasa				
Recorta				
Hace bolitas				
Hace palos				
Pinta				
	Crayola			
	Témpera			
	Lápices			
Escribe				
	Grafos			
	Letras			
Apila				
Arma				
	Fichas			
	Rompe-			
Ensarta				



**DESARROLLO COGNITIVO  
CUERPO HUMANO**

partes Gruesas del cuerpo	cabeza		tronco		extremidades	
Partes Finas de la cabeza	ojos		nariz		Boca	
	orejas		cejas		pelo	

**NUMEROS**

cuenta	hasta 3		hasta 5		hasta 10		más de 10	
escribe	hasta 3		hasta 5		hasta 10		más de 10	
asocia cantidad-numeral	hasta 3		hasta 5		hasta 10		más de 10	
sumas gráficas			hasta 5		hasta 10		más de 10	
sumas literales					hasta 10		más de 10	
restas gráficas			hasta 5		hasta 10		más de 10	
restas literales					hasta 10		más de 10	
ordena secuencialmente	hasta 3		hasta 5		hasta 10		más de 10	

**COLORES**

reconoce	rojo		amarillo		azul	
	verde		anaranjado		rosado	morado

	blanco		negro		marrón		celeste	
agrupa según el lugar	solo		con ayuda		no puede			

**TAMAÑOS**

reconoce	2 tamaños		3 tamaños		5 tamaños		
----------	-----------	--	-----------	--	-----------	--	--

**DIMENSIONES**

reconoce	largo		corto		grueso		delgado	
	alto		bajo					

**NOCIONES ESPACIALES**

reconoce	dentro		fuera		arriba		abajo	
	cerca		lejos		encima		debajo	
	primero		último					

**FIGURAS GEOMETRICAS**

reconoce	circulo		cuadrado		triángulo		rectángulo	
	rombo		óvalo					
agrupa según su forma	solo		con ayuda		no puede			

**ANIMALES**

reconoce	doméstico		salvajes		de granja	
imita su sonido	doméstico		salvajes		de granja	

dice su nombre	doméstico		salvajes		de granja	
sabe lo que come	doméstico		salvajes		de granja	

**PLANTAS**

reconoce	árboles		arbustos			
partes de la planta	hojas		tallo		flor	fruto

**UBICACIÓN EN EL TIEMPO**

distingue	mañana		tarde		noche	
	primavera		verano		otoño	invierno
	pasado		presente		futuro	
sabe la fecha	del día		cumpleaños		fiestas	
sabe su edad	si		no			

**LECTO - LECTURA**

lee las vocales	a		e		i		o	
	u							
copia las vocales	a		e		i		o	
	u							
escribe las	a		e		i		o	

vocales							
	u						
lee palabras	2 sílabas		3 sílabas		más de 3		Indicar que consonantes
copia palabras	2 sílabas		3 sílabas		más de 3		
escribe palabras	2 sílabas		3 sílabas		más de 3		
lee oraciones	3 palabras		5 palabras		más de 5		
copia oraciones	3 palabras		5 palabras		más de 5		
escribe oraciones	3 palabras		5 palabras		más de 5		

## FRUTAS

Escribir cuales

reconoce	
Sabe el nombre	

## VERDURAS

Escribir cuales

reconoce	
Sabe el nombre	

**LENGUAJE**

	Por imitación	libremente	Por reflejo
emite sonidos onomatopéyicos			
dice palabras			
dice oraciones			

Si sólo emite sonido onomatopéyicos indicar cuales


Si sólo habla algunas palabras indicar cuales


## 10. BIBLIOGRAFIA.

- AUTORES VARIOS “Necesidades Educativas Especiales” 2ª edición Colección. Educación para la diversidad Ediciones Aljibe S.L.
- Deficiencia auditiva  
kidshealth.org/teen/en\_espanol/enfermedades/hearing\_impairment.
- DOCUMENTOS MIMIOGRAFIADOS DE LA UNL.
- Flores J. La realidad biológica del síndrome de Down. En: Flores J, Troncoso MV (dir), Síndrome de Down: Avances en Acción Familiar, 2ª ed, Santander: Fundación Síndrome de Down de Cantabria 1991, p 13-32.
- [http://es.wikipedia.org/wiki/Deficiencia\\_mental](http://es.wikipedia.org/wiki/Deficiencia_mental)
- Problemas del lenguaje en los niños. [www.pediatraldia.cl](http://www.pediatraldia.cl) Dr. Pedro Barreda.
- Pueschel SM. Síndrome de Down: Hacia un futuro mejor. Guía para Padres. Barcelona, Masson 1997.
- Rogers PT, Coleman M. Atención médica en el Síndrome de Down: Un planteamiento de medicina preventiva. Barcelona, Fundación Catalana Síndrome de Down 1994.
- Rondal J, Perera J, Nadel L. Síndrome de Down: Revisión de los últimos conocimientos. Madrid, España 2000.
- Selikowitz M. Síndrome de Down. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales 1992
- Trastornos-problemas-de-lenguaje-libro-mas-cdrom-de-oferta-\_JM - 43 k

- VARIOS AUTORES, DIC.Enciclop. de Educación Especial.
- [www.agapea.com/Los](http://www.agapea.com/Los) problemas del lenguaje-en-los-niños-n137237i.htm - 16k -  
28 Jul 2007
- [www.conadis.gov.ec/estadisticas/investigacion04](http://www.conadis.gov.ec/estadisticas/investigacion04).
- [www.correodelmaestro.com/antiores/2007/abril/anteaula131.htm](http://www.correodelmaestro.com/antiores/2007/abril/anteaula131.htm) - 17k  
[articulo.mercadolibre.com.ec/MEC-2838817](http://articulo.mercadolibre.com.ec/MEC-2838817) (PROBLEMAS DE LENGUAJE)