



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA EL
TRATAMIENTO DE LA ESPASMOFEMIA EN NIÑOS DE 5 A 10
AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL
“ALMANZOR AGUINAGA ASENJO” CHICLAYO.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
Maestra en Docencia Universitaria**

AUTORA:

Br. Lamadrid Torres Betty Patricia

ASESORA:

Dra. Gioconda del Socorro Sotomayor Nunura

SECCION

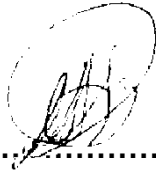
Educación e Idiomas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Innovaciones Pedagógicas

Perú - 2018

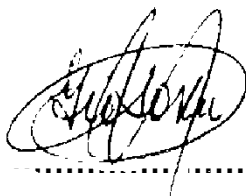
PÁGINA DE JURADO



.....
Dr. Víctor Augusto Gonzáles Soto
Presidente



.....
Dr. Luis Montenegro Camacho
Secretario



.....
Dra. Gioconda del Socorro Sotomayor Nunura
Vocal

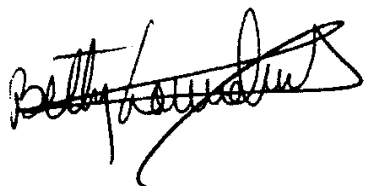
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, **Betty Patricia Lamadrid Torres**, egresada del Programa de Maestría en Docencia Universitaria de la Universidad César Vallejo SAC. Chiclayo, identificada con DNI N° 16693351

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Soy autora de la tesis titulada: **“Estrategias de intervención para el tratamiento de la Espasmofemia en niños de 5 a 10 años atendidos en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” Chiclayo”**.
2. La misma que presento para optar el grado de Maestría en Docencia Universitaria. Tesis auténtica, sigue adecuado proceso de investigación, respeta normas internacionales de citas y referencias para fuentes consultadas.
3. No atenta contra derechos de terceros.
4. No ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. Así mismo, por la presénteme comprometo a asumiré demás todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrar en causa en el contenido de la tesis. De identificarse algún tipo de falsificación; asumo consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo S.A.C. Chiclayo; por lo que, LA UNIVERSIDAD podrá suspender el grado y denunciar tal hecho ante las autoridades competentes, ello conforme a la Ley 27444 del Procedimiento Administrativo General.



Chiclayo, agosto de 2018

Betty Patricia Lamadrid Torres

DNI N° 16693351

DEDICATORIA

A Dios, por saber guiarme y acompañarme en todo momento de mi vida, por darme fuerzas y por orientarme en las decisiones que se presentan en el día a día.

A mis padres, esposo e hijos quienes me han demostrado su apoyo incondicional.

Betty Patricia

AGRADECIMIENTO

A mis seres queridos, quienes siempre me brindaron su apoyo.

A mi asesora Dra Gioconda Sotomayor Nunura, quien me ayudó con la asesoría brindándome las herramientas necesarias para culminar con éxito mi tesis.

La autora

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la tesis titulada: Estrategias de intervención para el tratamiento de la Espasmofemia en niños de 5 a 10 años atendidos en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” Chiclayo, la misma que me someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el grado de magister con mención en Docencia Universitaria.

El contenido del presente trabajo ha sido desarrollado tomando como marco de referencia los lineamientos establecidos en el esquema de tesis para obtener el grado de magister en la Universidad César Vallejo, los conocimientos adquiridos durante mi formación profesional, la consulta de fuentes bibliográficas, información obtenida de diferentes fuentes confiables y la experiencia en el trabajo en el rubro, las cuales se citan en la bibliografía del presente informe.

La autora.

INDICE

Página del Jurado	.....	ii
Declaratoria de Autenticidad	.....	iii
Dedicatoria	.....	iv
Agradecimiento	.....	v
Presentación	.....	vi
Índice	.....	vii
Resumen	.....	viii
Abstract	.....	ix
I INTRODUCCIÓN		
1,1 Realidad Problemática	.....	10
1.2 Trabajos Previos	.....	12
1.3 Teorías relacionadas al tema	.....	15
1.4 Formulación del problema	.....	31
1.5 Justificación del estudio	.....	31
1.6 Hipótesis	.....	32
1.7 Objetivos	.....	32
II MÉTODOS		
2,1 Diseño de investigación	.....	33
2.2 Variables, Operacionalización	.....	33
2.3 Población y muestra	.....	36
2.4 Métodos, Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....		36
2.5 Métodos de análisis de datos	.....	37
2.6 Aspectos Éticos	.....	37
III RESULTADOS	.....	38
IV DISCUSIÓN	.....	46
V CONCLUSIONES	.....	51
VI RECOMENDACIONES	.....	52
VII PROPUESTA	.....	53
REFERENCIAS	.....	64
ANEXO TEST DE ESPASMOFEMIA	.....	68

RESUMEN

Cuando se padece de espasmofemia, como es el caso de los niños que solicitan terapia en EsSalud, necesitan ser atendidos debido a que manifiestan entre otras tres afectaciones importantes: expresión oral, fluidez verbal y la interacción social; Otro problema es la descoordinación de Ideas, su vocabulario es moderado, constantemente cambian palabras difíciles con sinónimos, falta claridad en el significado de las palabras. La interrogante fue la siguiente: ¿Cómo influye las estrategias de intervención en el tratamiento de la Espasmofemia en niños de 5 a 10 años atendidos en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” EsSalud – Chiclayo?. El objetivo fue Demostrar que las estrategias de intervención para el tratamiento de la Espasmofemia en niños de 5 a 10 años atendidos en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” EsSalud – Chiclayo. Se asumió un diseño pre experimental. Conformó el grupo poblacional 24 niños con edades comprendidas entre 5 a 10 años, residen en el ámbito de la ciudad de Chiclayo. Se utilizó la técnica de gabinete y de campo. Se comprobó el aporte de la investigación al 95% de confiabilidad, quedó demostrado que las estrategias interactivas de respiración y articulación contribuyeron al tratamiento de la espasmofemia con mayor énfasis en la expresión oral e interacción social. Se recomienda a futuros investigadores centrar la ayuda a niños con necesidades de espasmofemia en actividades que conlleven a fortalecer la fluidez verbal y poner énfasis en el trabajo con rimas, lectura en voz alta y establecimiento de diálogo que asegure comunicación sostenida.

Palabras clave: Estrategias de intervención, espasmofemia, terapia física, rehabilitación.

ABSTRACT

When you suffer from spasm, as is the case of children who request therapy at EsSalud, they need to be treated because they manifest among three other important affectations: oral expression, verbal fluency and social interaction; Another problem is the lack of coordination of Ideas, their vocabulary is moderate, they constantly change difficult words with synonyms, lack clarity in the meaning of words. The question was as follows: How does the intervention strategies in the treatment of spasmofemia influence children aged 5 to 10 years treated in the National Hospital "Almanzor Aguinaga Asenjo" EsSalud - Chiclayo?. The objective was to demonstrate that intervention strategies for the treatment of Spasmofemia in children aged 5 to 10 years attended in the National Hospital "Almanzor Aguinaga Asenjo" EsSalud - Chiclayo. A pre-experimental design was assumed. The population group was made up of 24 children aged between 5 and 10 years, residing in the area of the city of Chiclayo. The cabinet and field technique was used. The contribution of the research to 95% reliability was proven, it was demonstrated that the interactive breathing and joint strategies contributed to the treatment of spasm-femia with greater emphasis on oral expression and social interaction. Future researchers are recommended to focus aid to children with needs for spasm in activities that lead to strengthening verbal fluency and emphasize rhyming, reading aloud and establishing dialogue to ensure sustained communication.

Key words: Intervention strategies, spasmofemia, physical therapy, rehabilitation.

I.INTRODUCCIÓN.

I.Realidad problemática.

La comunicación humana es transcendental, asegura vínculo afectivo – comunicativo, de allí el objetivo primordial del lenguaje oral como sistema de señales de cualquier naturaleza física, cumple una función cognitiva y otra comunicativa en el proceso de la actividad humana la forma de existencia y de expresión del pensamiento; el niño al nacer no posee este medio de comunicación, sin embargo, está sometido a un mundo sonoro de voces articuladas; aprende a hablar, se comunica y construye su mundo a partir de los sistemas complejos en un mundo social; resultando ser la actividad esencialmente humana y social, sin embargo, cuando se padece de espasmofemia, como es el caso de los niños que solicitan terapia en EsSalud, necesitan ser atendidos debido a que manifiestan entre otros tres afectaciones importantes: expresión oral, fluidez verbal y la interacción social.

Patologías frecuentes en la infancia en pre escolares y escolares, quienes por diversos motivos y sobre todo por problemas familiares o ansiedad manifiestan tartamudez o espasmofemia, que con cuidado oportuno, puede regresar a su actividad normal, sin embargo, cuando se descuida la familia, cuando no se involucra la familia, preocupa a padres y personal de salud debido a que manifiesta dificultades de expresión oral; siendo afectado la alter el interrumpido normal desenvolvimiento, Castillo, Maguiño y Rodriguez (2013) atribuye que los trastornos en la articulación de los fonemas se da debido a las alteraciones de los órganos periféricos del habla; se dan por sustitución, distorsión, omisión e inserción.

En esta línea los problemas están asociados con la articulación, los pacientes llegan a consulta con problemas de fluidez verbal, el lenguaje oral no es claro, poco fluido, presenta cambios en la voz, no tienen buena entonación; a esto se asocia los gestos que manifiesta en la cara, los

movimientos faciales involuntarios, con posturas anormales, movimientos faciales exagerados, su comunicación mayormente es vía gestos, y se evidencia presencia de tics faciales.

La tensión muscular, se evidencia con presencia de espasmos en la musculatura orofacial, existe aumento del tono muscular durante la comunicación, notorio bloqueo al inicio de las palabras, responden a los estímulos aumentando el tono muscular, presenta contracciones irregulares en los músculos de la cara.

Respecto a la secuencialidad de la expresión, el ritmo del lenguaje es entrecortado, con espacios durante la comunicación, su dialogo es lento, repiten sílabas, por lo tanto, tienen un discurso desorganizado.

Otro problema es la descoordinación de Ideas, su vocabulario es moderado, constantemente cambian palabras difíciles con sinónimos, falta claridad en el significado de las palabras.

Respecto a la fluidez verbal, no logran realizar oraciones rimadas, inadecuado repertorio fonético, pausada vocalización lingüística, no realizan frases cortas rimadas, sus mensajes son entrecortados.

Cuando realizan lectura, no hay claridad en la articulación, mayormente el volumen de voz es bajo, no hay combinación armónica en la lectura. A esto se suma que la modulación de la voz no es buena, no hay buena acentuación de las palabras.

En los procesos comunicativos, el lenguaje no es claro, no se entienden los mensajes, no utiliza los elementos de la comunicación durante la comunicación, los gestos faciales aumentados durante el dialogo y básicamente temor durante la conversación.

Respecto a la integración social, las dificultades le impiden la integración con sus pares, su autoestima es baja, se ponen nerviosos al interactuar con otras personas, manifiestan miedo al iniciar una conversación, evita asistir a eventos sociales; los niños son tímidos, permanecen callados, les cuesta iniciar una amistad.

Son mayormente inseguros, psíquicamente son inestable, inseguros en las decisiones que toma, mayormente son rechazado por los demás, sin embargo, intentan demostrar lo mejor que hay en él y tienden a compararse con los demás aumentando así sus dificultades.

1.2. Trabajos previos.

1.2.1. Antecedentes internacionales.

Cevallos (2011), realizó la investigación “La aplicación de la psicomotricidad para el desarrollo del aprendizaje de lectoescritura en niños de primer año de educación básica en el jardín experimental “Lucia Toledo” de la ciudad de Quito durante el año lectivo 2009 - 2010”. Tesis que fue presentada para optar el grado de Licenciatura en Ciencias de la Educación ante la Universidad Central del Ecuador, Quito. Cuyo objetivo es: “Determinar si la aplicación de la Psicomotricidad, influye en el desarrollo del aprendizaje de la lectoescritura, en los niños de primer año de Educación Básica en el Jardín Lucinda Toledo de Quito”, y en el que concluye que: “El aprendizaje de la lectoescritura en los niños del primer año de educación básica, depende del adecuado desarrollo psicomotor que le proporcione su maestra a través de la aplicación de la psicomotricidad”. (p.6)

La expresión verbal y fluidez, son factores determinantes en el tratamiento de la espasmofemia, algunos niños traen como antecedente problemas de lecto escritura que sumados a algún trastorno agravan su situación de recuperación, lo peor de todo esto es que afecta la seguridad de sí mismo.

Rivas (2015), realizó la investigación “Métodos de tratamiento utilizados por los profesionales del habla y lengua en puerto rico para remediar desórdenes de los sonidos del habla en niños de 3 a 6 años”. Tesis que fue presentada para optar el grado de Maestría en Ciencias en Patología del Habla – Lenguaje ante la Universidad Turabo, Turabo. Cuyo objetivo es: “Identificar los métodos de tratamiento más utilizados por los Profesionales del Habla – Lenguaje en Puerto Rico para remediar los desórdenes de los sonidos del (DSH) en niños entre las edades de 3 a 6 años”, y en el que concluye que: “Actualmente la mayoría de los profesionales del habla y lenguaje en Puerto Rico, todavía confunden el diagnostico de desorden articulatorio con el diagnóstico de desorden fonológico. Como consecuencia, estos eligen utilizar los métodos de tratamiento cuyo enfoque es uno articulatorio, para tratar todos los DSH, independientemente estos sean de base articulatoria o de base fonológica. Por último, otra razón que conduce a los profesionales del habla y lenguaje a seleccionar con mayor frecuencia los métodos de tratamiento cuyo enfoque es trabajar la articulación, es la falta de conocimiento que estos profesionales tienen acerca de los diferentes métodos de tratamiento, para los desórdenes fonológicos en sus pacientes con DSH entre las edades de 3 a 6 años”. (p.13)

Este estudio, se relaciona con la investigación en la medida que los terapistas tienen que estar constantemente actualizados, para atender los casos de espasmofemia, los desórdenes fonológicos es posible corregirlos.

1.2.2. Antecedentes nacionales.

Balcazar, Rivera y Chacón (2013), realizó la investigación “Fluidez verbal en niños y niñas de 5 años en situación de extrema pobreza de la comunidad urbana autogestionaria de Huaycán - ATE”. Tesis que fue presentada para optar el grado de Magíster en Fonoaudiología ante la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Cuyo objetivo es: “Conocer

el nivel de fluidez en niños y niñas de 5 años de edad en situación extrema pobreza de la Comunidad Urbana Autogestionaria de Huaycán - Ate”, y en el que concluye que: “El nivel de fluidez verbal en niñas de 5 años en situación de extrema pobreza de la comunidad de Huaycán – Ate estuvo por debajo de la edad de expresión verbal esperada” (p.18)

Esta investigación sirve como antecedente debido a que en situaciones de espasmofemia, cualquiera situación puede generar dificultades del habla, aparecer desórdenes, siendo uno de los factores provenientes de carga emocional carentes de control gestados básicamente en el ámbito familiar.

Castillo, Maguiño y Rodríguez (2013), realizó la investigación “La articulación del habla y su relación con el logro de aprendizaje en niños de 5 años con dislalia funcional de instituciones educativas particulares de la tercera zona de Collique, distrito de Comas - 2013”. Tesis que fue presentada para optar el Título de Licenciado en educación, Especialidad de educación inicial ante la Universidad Nacional de Educación, Lima. Cuyo objetivo es: “Determinar en qué medida la articulación del habla se relaciona con el logro de aprendizaje en niños de 5 años con dislalia funcional de instituciones educativas particulares de la tercera zona de Collique, distrito de Comas - 2013”, y en el que concluye que: “La articulación del habla se relaciona significativamente con el logro de aprendizaje en niños de 5 años con dislalia funcional de instituciones educativas particulares de la tercera zona de Collique, distrito de Comas - 2013”. (p.31)

Esta investigación da cuenta de las dificultades que presentan los niños, que inician con algunas características que no son de mucho impacto, pero dada la patología como la espasmofenia, se tiene que actuar a tiempo a fin de ayudar en su proceso de recuperación.

1.3. Teorías relacionadas al tema.

Actualmente, se concibe la tartamudez como la interacción compleja entre un componente biológico, un componente psicológico y las consecuencias sociales del problema (Cervera, 2002).

Se considera la tartamudez, como un trastorno de origen multicausal, en la cual es difícil encontrar una causa única y determinante; sin embargo se suelen señalar algunos factores importantes e interactuando entre sí, tales como los factores hereditarios, orgánicos, psicógenos, entre otros. Santacreu y Drojan (2005), mencionan las siguientes teorías explicativas acerca de la tartamudez:

1.- La tartamudez como un problema genético

Diversos autores consideran la tartamudez como un problema genético, sin embargo, los datos obtenidos hasta el momento no muestran una estabilidad en el apoyo y rechazo de esta teoría. El hecho de que estas personas no tartamudean cuando hablan solos, o cuando cantan, y que esté vinculada a factores temporales o situacionales, junto con la no existencia de concordancia en los gemelos monocigotos en cuanto a la existencia de la tartamudez, hacen que se cuestione la posibilidad de explicar este trastorno, desde el punto de vista enteramente genético.

En definitiva, la genética y el entorno pueden ser alicientes a la aparición de este trastorno del lenguaje, pero no las causas definitivas del mismo.

2.- La tartamudez como un problema psicológico

a) La tartamudez como respuesta aprendida

Cuando el niño empieza a hablar aparecen en él faltas de fluidez que en general no tiene consecuencias para el pequeño, salvo en el caso de

algunos padres que en exceso de cuidado, pueden considerarlo como tartamudez e intentar corregir al niño, reprobándolo o hasta castigándolo, esta excesiva atención de los padres, puede actuar como reforzadores de los mismos y provocar el aumento de los errores al hablar.

b) La tartamudez como respuesta de ansiedad

Según esta teoría los tartamudos, tartamudean cuando elevan su nivel de ansiedad y dejan de hacerlo en aquellas otras en las que se encuentran relajados, la reacción de miedo ante la situación de amenaza tiene consecuencias de diversos tipos, una serie de alteraciones de la tasa cardiaca, incremento de sudoración y el de tensión muscular, este último aumenta la posibilidad de que aparezcan bloqueos, repeticiones y otros errores de tartamudez, ese miedo a hablar se ve reforzado porque una vez que habla aparecen reacciones de crítica y una autoevaluación negativa. La tartamudez, como decimos esta asociada a situaciones específicas y a la relación que tienen estas con críticas, amenazas o burlas, es así que un tipo de comportamiento que se va instalando cada vez más en los sujetos es la huida o evitación de las situaciones en las que hay que hablar.

c) La tartamudez como un trastorno de la personalidad

Desde una perspectiva diferencialista se quiso buscar los patrones de personalidad de sujetos tartamudos, en este punto se ha dicho que estas personas son más ansiosas, introvertidas y menos hábiles socialmente que las no tartamudas. No se ha encontrado datos concluyentes acerca de esta hipótesis, si bien se ha establecido que es el desarrollo de la tartamudez en el contexto social, lo que podría provocar diversos problemas personales al individuo.

3.- La tartamudez como un problema lingüístico

Se han estudiado diversos aspectos del lenguaje con el objetivo de analizar

las diferencias que aparecían entre tartamudos y no tartamudos: según estos, los niños pequeños que presentan tartamudez tienen un lenguaje caracterizado por una complejidad sintáctica reducida, uso frecuente de la palabra “y” al comienzo de las frases, emisiones incompletas y errores gramaticales frecuentes. No se ha encontrado resultados concluyentes respecto a esta hipótesis.

La tartamudez como un problema orgánico:

x Tartamudez causada por disfunciones orgánico cerebrales: según estas teorías descritas por Froján y Santacreu, (2005) “la tartamudez es debida a la existencia de anormalidades en el funcionamiento cognitivo del cerebro, especialmente en lo referente al establecimiento de la lateralidad de las funciones entre los dos hemisferios cerebrales” (p.46).

x Tartamudez entendida como defecto de percepción: la tartamudez entendida de esta manera quiere decir que un tartamudo repite una letra o sílaba porque el cerebro aún no ha recibido la información de dicha emisión. Esto puede deberse a la existencia de problemas en los canales auditivos.

Actualmente, esta rama de investigación ha dado frutos en el campo práctico, sin embargo, el modelo teórico no se mantiene.

x Tartamudez entendida como disfunción neuromuscular: la excesiva tensión muscular que experimentan algunas personas tartamudas en las situaciones de comunicación, provocan el funcionamiento inadecuado de los órganos fonatorio, respiratorio y articulatorio. Como he citado anteriormente, no se puede generalizar ya que muchos tartamudos no experimentan tensión a la hora de comunicarse o la tensión es mínima. Por tanto, esta teoría aunque es cierta, no resulta del todo como tal.

x Tartamudez como falta de coordinación entre los sistemas respiratorio, fonatorio y articulatorio: según esta teoría, la tartamudez aparece por la falta de coordinación entre los tres elementos que hacen posible el acto de comunicación. Es curioso que cuando una persona tartamuda cuchichea, al no entrar en juego el sistema fonatorio, la falta de fluidez no se percibe.

1.3.1. Fundamentos de las estrategias de intervención.

Las estrategias se convierten en directrices en una etapa de intervención, los terapeutas del área de lenguaje se enfrentan a niños con múltiples limitaciones; con la ayuda de métodos diversos, técnicas, formas, estilos se fortalece las potencialidades de los niños y se resuelve el progresivamente el problema de la espasmofemia.

Es de alto impacto trabajar en un ambiente de relajación, los niños deben reconocer lo que significa este ejercicio en su recuperación, básicamente ayudan a disminuir la tensión muscular, el reto en esta etapa consiste en que el niño logre controlarlo. Existen diversos ejercicios que se puede utilizar para relajar tanto a niños como a los adultos, ambos casos son tratados de manera diferente, por ejemplo en un adulto se utiliza la relajación de Jacobson, que consiste en ir tensando todo su cuerpo y soltarlo cuando está completamente tenso, ayuda a disminuir la tartamudez; para el caso de niños se trabaja la relajación de Koeppen, muy parecida a Jacobson, predomina la imaginación como ejercicio previo, se trabaja en función a su experiencia directa de su entorno, puede ser de casa, experiencia de visita al campo en su institución educativa o de cualesquier comportamiento real, se ayuda a imaginar como si lo estuviera realizando el procedimiento en ese momento. En la investigación se da cuenta de dos grandes estrategias que al interno involucran otras y son: Estrategias de respiración y las estrategias articulatorias.

Las estrategias de respiración, el propósito central es que el paciente con espasmodia, controle todo tipo de impedimento que se le pueda presentar al momento de entablar una conversación; es decir, debe dominar la coordinación fono-respiratoria; si se logra se debe de ejercitar en todo momento; de ser funcional, la recuperación se da de manera próxima y con mucho éxito ayudando básicamente a fortalecer su autoestima que se ve disminuida.

Uno de los aspectos importantes, en esta estrategia, consiste en tomar aire por la nariz y luego expulsarlo por la nariz; Lara (2012, p.15), define “Respirar por la nariz es importante; algo que es involuntario y necesario, en ocasiones se puede sustituir por respiraciones bucales (sobre todo cuando aparece fatiga), algo que impide hacer las funciones propias de la respiración nasal”.

La respiración es un proceso muy importante en la fonación; Rodríguez y Rodríguez (2010, p.35) indica que la “fonación es una función neurofisiológica innata producida en la laringe”, interactúan varios elementos a tener en cuenta; el tracto vocal [estructuras de la cavidad oral, cavidad nasal y laringe]; ayudan a la producción oral [interacción de órganos que en conjunto forman parte de la unidad funcional del aparato fonador, funcionando de modo armónico]; la cavidad bucal [características que identifican una voz]; parámetros vocales [voz hablada, implica ver la frecuencia, intensidad, resonancia, ritmo, velocidad, entonación y articulación del habla]

La respiración se trabaja primero sin fonación, consiste tan solo en respirar y espirar; se busca como estrategia que el paciente controle la respiración sin sonido y luego pasar a practicar la respiración con el habla, interesa aquí en esta parte, tomar aire por la nariz y luego expulsarlo por la boca Fernández (2012, 35) indica “espirar ayuda activar los músculos respiratorios” y con ello a corregir los problemas de la voz, cuando el aparato fonador no consigue movilizar todas las estructuras internas que ayuden a producir una buena calidad vocal; esta estrategia de tomar el aire

por la nariz y expulsarlo por la boca, promueve habilidades en el hablante para usar su voz, durante un período de tiempo sin interrupciones sin mostrar señales de cansancio, manteniendo así su calidad de voz inicial, es decir, genera resistencia vocal, y por lo tanto genera condiciones para controlar la espasmofemia.

Una práctica activa de la respiración mucho más adecuada es la de costo-abdominal, conocida en el ámbito de la terapia como espiración completa, debido a que interviene el diafragma, la musculatura abdominal y las costillas; ayuda a corregir el abuso vocal que es el comportamiento vocal negativo que traspasa los límites saludables en el uso de la voz, al cual se tiene que corregir, también el comportamiento negativo generado por el desvío de patrones correctos de emisión del mal uso de vocal. Se trabaja para ello como estrategia de respiración el tomar aire por la nariz y retenerla y luego expulsarlo por la boca Mladineo (2012, p.11) plantea que “La respiración considerada normal, a aquella que se realiza la actividad respiratoria sin esfuerzo”. Este tipo de trabajo es estratégico para la recuperación de los niños con espasmofemia, esta es considerada en su etiología que los niños que la padecen muestran diferentes anomalías en la función cerebral, respecto a los que tienen un habla normal, la terapia es importante debido a que muestran desactivación de los centros sensorio motores y sobre activación de los mismos centros a derecha durante el habla.

Para lograr un adecuado dominio de la coordinación fono-respiratoria, resulta importante que en la terapia, el paciente logre tomar aire por la nariz emitir una vocal y luego expulsar por la boca, al respecto Gustems (2012) menciona:

El ritmo respiratorio, está caracterizado por la dinámica respiratoria, donde interviene la respiración (a pesar que el 40% de aire ya existe en los pulmones, no se utiliza el para la respiración), la espiración deber ser contemplada como parte de la educación vocal, el tiempo de espiración y el control de la presión. (p.1)

Contrariamente las personas que no presentan cuadro espasmofémico, los resultados de numerosas investigaciones revelan diferencias significativas en la densidad de la sustancia gris y blanca de los hemisferios cerebrales izquierdo y derecho en las zonas involucradas en el procesamiento auditivo y del habla, Beal, Graco, Lafalle, & DeNil (2007), de allí el sustento de desarrollar estrategias interventivas en los pacientes con diagnóstico de espasmofemia.

Respecto a las estrategias articulatorias, ayudan de sobremanera a la recuperación del niño que presenta problemas de espasmofemia; la familia de los niños tiene que estar muy implicadas en su recuperación y en su real convivencia. Se les tiene que hablar con frases cortas para obtener respuestas comprensivas, se necesita articular con más prosodia y control; estas estrategias se caracterizan por brindarle oportunidad al paciente para que organice respuestas y éstas sean pensadas, sin prisa ni agobios. Funciona en ellos estrategias de enmascaramiento [consisten en enviar un ruido al oído del paciente de tal forma que enmascare su habla], la idea es que articulen bien, de allí que esta técnica corta la retroalimentación (corrección) de aspectos negativos.

Se tiene que trabajar la combinación vocálica, que abarca un nivel silábico, se busca realizar secuencias de ideas y pensamientos que se articulen luego con un discurso más pertinente; se trabaja unidades articulatorias menores sucesivas, resultando ser la sílaba, la unidad fonológica más importante que permite se pueda realizar la combinación de fonemas vocálicos y consonánticos, que hagan del espacio comunicativo atractivo y de mucho aprendizaje, donde se promueva la significatividad de lo aprendido, formando estructuras lingüísticas cada vez más complejas con interacción comunicativa y sobre todo asertiva; “su adquisición se da en la etapa preescolar con mayor éxito, siendo previo para la promoción de la conciencia fonológica” Beltrán y Godoy (2012, p.12)

Se trabaja también con frases cortas, considerando que el lenguaje es aprendido, es producto de la interacción social, que se gesta en la familia, en la comunidad en la escuela y en todo ámbito donde interactúa y desarrollo el ser humano; la forma de comunicación data de elementos identitarios que son característicos en cada comunidad, al cual los pacientes que padecen de espasmofemia, no están separados, todo por el contrario están vinculados y son esas experiencias y expectativas hacen que se integre sin problema al grupo social. Es de responsabilidad de la familia y de las instituciones educativas y de salud trabajar estrategias interventivas. Según Cárdenas (2012) indica:

El aprendizaje no se produce por una simple acumulación de frases o por un conjunto de reglas que son aprendidas para formar estructuras lingüísticas. Para él, los niños adquieren la gramática, las reglas del lenguaje, como fruto de la interacción entre algún componente innato del lenguaje y su experiencia lingüística, sobre la base de la estructura innata, según él, el ser humano posee un número de facultades mentales específicas, que los capacitan para actuar como un ser libre y no determinado por estímulos externos del medio. Considera, la estructura mental que posee el ser humano y la predisposición innata que tiene para adquirir el lenguaje. (p.21)

Las rimas, como estrategia de articulación ayudan a establecer nexos y relaciones sintácticas en el proceso comunicativo; un niño con espasmofemia, se siente a gusto, cuando se trabaja con rimas, toman iniciativa, permite promover un habla prolongada, que consiste en apoyarse de gestos naturales que sin duda facilitan la fluidez verbal, dinamizan el ambiente produciéndose una conversación real y así aporta a su fluidez que es el problema característico; al respecto Negro y Traverso (2011) manifiesta:

Esta adquisición de 24 fonemas del castellano, se da de manera progresiva, Owens (2003), afirma, que algunos niños de dos años de edad, demuestran que tienen cierta conciencia del sistema de sonidos, hacen rimas y juegan con los sonidos del lenguaje y es

capaz de reproducir un pequeño texto de memoria, eso indica que se puede combinar las rimas con sonidos onomatopéyicos. (p.45)

Por otra parte, se tiene claro que dentro de las estrategias de articulación se tenga que trabajar utilizando canciones cortas; las canciones cumplen distintos roles, divierten, ayudan a una conexión e interacción más fluida, es posible parafrasear alguna situación de alta dificultad de los niños que presentan espasmofemia; de allí que Guerra (2013) manifiesta:

Todos los expertos coinciden en indicar que la música tiene grandes ventajas para el niño, tanto es así que la recomiendan desde que la mamá está embarazada se ayude de canciones como terapia para establecer nexos comunicativos importantes con los niños; las canciones divierten, entretienen, calman, ayudan y enseñan a los niños, ofrece una selección de canciones cortas y fáciles para niños y bebés, dentro de las etapas de desarrollo del lenguaje infantil la familia tiene un papel fundamental pues de la estimulación y el tiempo que ellos le dediquen a realizar actividades como leerles cuentos o enseñarles canciones desde temprana edad harán que sus hijos desarrollen un lenguaje más claro y fluido, ayudando a disminuir y mitigar el problema de espasmofemia en los niños. (p.101)

1.3.2. Fundamentos de la Espasmofemia.

Begoña (2009, p.486), “La Espasmofemia, también conocida como tartamudez o disfemia, como se conoce actualmente la enfermedad, es una alteración en el ritmo y la fluidez del habla”. Indica además, que uno de los factores esté asociado a que en el ámbito familiar alguien padece dicha enfermedad, los niños que tartamudean no es casual, aumenta su riesgo de recuperación si fuera el caso; la comunicación, parecería como algo normal en el ambiente familiar, la terapia es importante para ayudar a la recuperación de la familia en general. El rol del terapeuta, personal médico, entre otros, permite hacer saber a la familia entre el normal desarrollo del

lenguaje y las implicancias que tiene la tartamudez, se necesita que haya intervención temprana, continua y permanente que incluye indicaciones a los padres y el tratamiento directo, la idea es evitar que se fije el problema de la espasmofemia. La etapa preescolar es trascendental en el tratamiento.

Existen grados de tartamudez, la normalidad [se da básicamente entre los 1,5 hasta 7 años, pasando por distintos momentos de disfluencias para lograr el desarrollo normal], entre los 18 meses y 3 años realizan repeticiones de los sonidos, sílabas y palabras; la tartamudez leve, puede empezar en cualquier momento, se registra frecuentemente en niños de 5 a 7 años, cuando el desarrollo del lenguaje es rápido y aparece cuando están sometidos a estrés; la frecuencia de disfluencia es mayor que en el caso anterior, empiezan a sentir vergüenza al hablar. La tartamudez severa, hace que los niños muestren signos físicos de tensión, es en esta etapa cuando son conscientes de lo que les pasa y tratan de esconder su tartamudez y básicamente evitan hablar.

Puede acompañarse de manifestaciones físicas con movimientos de algunas partes de la cara, ello conlleva a que su gesticulación sea excesiva, esta etapa es la más difícil, por ello se necesita actuar e intervenir de manera temprana. Aunque la etiología de la tartamudez no está clara hay evidencia que sugiere que es multifactorial, mayormente es determinante casos de familia, por cuestión genética, sin embargo, factores estresores y sobre todo ambientales, son los que desencadena la espasmofemia.

Los genetistas han encontrado que existe una susceptibilidad familiar a la tartamudez, los estudios dan cuenta que ocurre más frecuente en hombres. Los síntomas de tartamudez gradualmente desaparecen, pero sólo algunos niños los mantienen, y de hecho empiezan a mostrar actitudes frente el lenguaje más tenso, no se quieren comunicar por el temor a ser rechazados incluso en el ambiente familiar; prestando una actitud negativa

manifestando vergüenza, susto o frustración. De hecho un adecuado tratamiento ayuda a una recuperación, resalta la foniatría, psicología y el uso de órtesis para mejorar o al menos afectar la fluidez del lenguaje, comprometiendo la expresión oral, fluidez verbal y la interacción social. Al respecto:

La expresión oral, destacan varios aspectos a tener en cuenta; una de ellas es la articulación lingüística que es el fundamento estructural que explica por qué una lengua carece de límites explícitos acerca de lo que se puede expresar en ella, a diferencia de lo que ocurre con otros sistemas de comunicación más restringidos. El principio de la articulación lingüística pone de manifiesto el hecho de que las secuencias lingüísticas, a las que atribuimos un significado global, pueden ser descompuestas o analizadas en segmentos menores que presentan también una cara de significado y una cara de significante y que pueden ser empleados como constituyentes de secuencias distintas a aquellas en que han sido obtenidas.

En casos de espasmofemia, se necesita crear un entorno favorable para el niño, la familia, en el colegio, se debe brindar pautas para el trabajo con niños y adultos, los gestos de la cara influyen y son componentes importantes a tener en cuenta en el momento de la expresión oral; resalta aquí los gestos de la cara; a decir de Manghi (2011) manifiesta:

Los gestos se realizan de manera holística y, desde su punto de vista, gestos y habla son parte de un mismo acto de representar. Gesto y habla construirían juntos una misma unidad de significado, por lo que los gestos son considerados como parte del lenguaje y no sería posible hablar de una descomposición de elementos correspondientes a una gramática gestual, centra el autor la idea de que los gestos no sería sistemáticos ni descomponibles, sino más bien idiosincrásicos e instanciales, es decir, gestos nuevos en cada instancia. (p.1)

Es muy importante que las personas que interactúan con niños con problemas de espasmofemia le brinden el tiempo necesario para que expresen libremente sin exigir rapidez al paciente. Si se hace lo contrario se le genera tensión muscular. Guitart y Gimenez (2002) nos indica que:

La tensión muscular, como componente del aparato locomotor, puede estar siendo influenciado por diversas enfermedades articulares, neurológicas, viscerales; también por lesiones y traumatismos, por ello presentan cierta complejidad; los datos de que dispone, en ocasiones proceden de situaciones más o menos relacionadas, pero no equivalentes. (p.2)

La fluidez verbal, es otra de las dimensiones asumidas en la investigación para efectos de medida de la espasmofemia, se consideró medir la fluidez a través de rimas, lectura en voz alta y el establecimiento del diálogo – comunicación.

Castro y Manrique (2013, p.14), define a la fluidez como “flujo continuo y suave en la producción del habla; variable y que se altera a lo largo del desarrollo”. Asociado a la fluidez, refiere a la categoría disfluencia, que también es asumida en esta investigación, citando a Andrade; Castro y Manrique, indica que son “rupturas involuntarias del flujo de habla comunes a todos los hablantes en mayor o menor grado”. En casos de espasmofemia, el comportamiento disfluyente, se manifiesta en la adquisición del vocabulario, al manifestar tartamudez, los pacientes como que no logran la rapidez necesaria para que establezcan una comunicación fluida, encontrándose rápidamente en una complejidad sistáctica.

Sin duda el desarrollo del lenguaje con ayuda que se les pueda brindar a los niños ayuda a su recuperación; con el control y fortalecimiento de la actividad motora del habla y diversos factores se contribuye a su avance temporal, necesitando ser atendido de manera intergral, deben de sumar a la terapia del lenguaje, la ayuda psicológica, con alta carga afectiva con la intención de fortalecer el comportamiento fonoaudiológico.

Desde la intervención terapéutica de la fluidez verbal, se utilizó las rimas que según, Bueno y San Martín (2015) menciona que las rimas fortalecen el ejercicio de la expresión, provocan sensaciones al escuchar, activa la curiosidad, asegura una adecuada repetición de sonidos. Las rupturas involuntarias en cualquiera de las unidades lingüísticas llamadas disfluencias, involucran la actividad del habla, que implica a componentes lingüísticos y paralingüísticos que son procesados por diferentes vías neuronales que según Castro y Manrique (2013, p.16), son “fundamental para la constitución de un habla con fluidez, es decir un flujo continuo, manteniendo la secuencia, velocidad, ritmo, y duración para que las unidades fonológicas, lexicales, morfológicas y/o sistácticas sean adecuadamente producidas”.

La lectura en voz alta, como manifestación de la fluidez del habla o verbal, viene siendo estudiada desde distintas áreas científicas como la lingüística, la neuropsicología y la fonoaudiología [relacionando conocimientos para comprender las distintas manifestaciones del habla y del lenguaje]; Arroyave (2008) indica que la lectura en voz alta tiene doble efecto aprende quién lee y a la vez quien escucha, es significativo su aprendizaje, al leer asocia varios factores su experiencia directa con la lectura, desarrolla su inquietud por conocer el desenlace de la lectura, se anima a explorar distintos textos, convirtiéndose en lectores; también afianzan su nivel de comprensión con efectos positivos en la producción de textos.

Andrade, citado por Castro y Manrique (2013), sostiene:

Dentro del camino del habla y la tartamudez existe una ruptura que aún no está bien diferenciada, (...) pueden ocurrir por múltiples eventos, siendo de interés distinguir si las rupturas que aparecen en el habla son características de disfluencias comunes o tartamudeadas; atribuye también la complejidad temática, estudiada en lengua inglesa y portuguesa a lo largo de distintas edades. (p.17)

Al referirnos al dialogo – comunicación, como otro aspecto medido en la fluidez verbal, resalta la situación del habla, en tanto se establece un proceso interactivo de ida y vuelta; al respecto Arango (2010, p.12) menciona: que el diálogo y comunicación, fortalece la comunicación interpersonal, se desarrolla en pares o de manera masificada, en grupos familiares, sociales; se fortalece la realización personal y colectiva”. De hecho resalta los fines comunicativos del habla, tiene que ser cognitivo y fonológico para que exista producción del habla, se promueve la integralidad del sistema neurológico.

Respecto a la **interacción social**; se tomó como base referencial la integración como punto de partida para fortalecer sus potencialidades comunicativas y de atención cuando se enfrentan a casos de espasmofemia; desde el habla, se integran enfoques lingüístico, acústico, biológico, psicológico; sin embargo, la integración según Giraldo y Ortiz (2009, p.89) indican que ayuda a fortalecer cualidades personales de cara al futuro, la integración por su dimensión social, trasciende en el desarrollo personal”; de allí que cuando alguien padece de alguna alteración como la espasmofemia, la integración es determinante en el proceso recuperativo del paciente; al integrarse se siente aceptado, comprendido, generando oportunidad para futuros desempeños y sobre todo de enfrentamiento a factores externos con éxito.

La integración social, se fortalece con una adecuada socialización, en el mundo social, se necesita resolver necesidades colectivas y personales, en todo momento tenemos que socializar con grupos humanos conocidos y desconocidos, de manera directa y virtual, en fin estamos involucrados en actos y procesos comunicativos permanentes; la persona siempre es consciente de lo que quiere comunicar, es aquí donde se da un proceso cognitivo, al utilizar símbolos (palabra hablada) para ser comprendidos por el interlocutor; se interactúa a través de un proceso lingüístico, con la cognición empieza la formulación del lenguaje (el recuerdo de palabras, mapeo fonológico, marco sintáctico); luego interviene el proceso de

producción motora del habla (proceso socio motor), generando las condiciones básicas y esenciales en el proceso comunicativo y de socialización. Yubero (2012) indica que la socialización se produce desde el nacimiento, va progresando y evolucionando durante todas las etapas del ciclo vital; exige adoptar unos patrones sociales determinados como propios, con la intención de conseguir la necesaria autorregulación que permita una cierta independencia a la hora de adaptarnos a las expectativas de la sociedad.

En casos especiales de espasmofemia, el paciente debe fortalecer la seguridad de sí mismo, ayudará a su proceso recuperativo, no es posible realizar terapia física sin considerar este aspecto; Juambelz (2012) indica que la autoconfianza y seguridad en la vida, son dos propiedades que, casi siempre, se verán relacionadas; la seguridad en la vida es un estado anímico del hombre, al igual que la autoconfianza; sin embargo, este estado es sensible al ambiente y a las circunstancias, lo que no debe ocurrir con la confianza en uno mismo. En el proceso recuperativo de pacientes con espasmofemia, mucho depende su estado de ánimo, si mantiene seguridad de sí mismo aprende a controlarse, saber actuar con propiedad ante situaciones adversas y saldrá siempre victorioso ante situaciones desagradable, influenciando directamente en el proceso recuperativo del proceso espasmofémico.

La seguridad de sí mismo, explicado desde los aportes del modelo neurolingüístico del habla, antes de hablar la persona necesita planear lo que va a decir, y enviar órdenes neuromusculares para que el habla se realice con éxito; contempla ideas y sonidos, al organizar las se pone en práctica las reglas de la lengua; luego los mensajes son enviados al cerebro para que los articuladores se preparen en producir lo que fue planeado (proceso neuromuscular). El proceso respiratorio da inicio al flujo de aire necesario para el posterior proceso articulatorio; la corriente de aire sube y pasa por la nariz o por la boca, se da un proceso acústico, las vibraciones de aire difunden las ondas circulares. Cuando el oyente recibe

las ondas realiza un proceso auditivo – perceptual, y cuando la percepción llega al cerebro, se activa nuevamente el proceso neurolingüístico.

1.3.3. Aporte de la teoría del enfoque pragmático de Jerome Bruner

Bruner (1998, p.45) manifiesta que el período prelingüístico “posibilita la aparición del lenguaje y fundamentan las bases del desarrollo cognitivo”. Este planteamiento sirve como sustento de las estrategias de intervención que se desarrolló con la intención de dirigir la terapia de manera asertiva, las estrategias de respiración y de articulación implementadas; de hecho todo proceso terapéutico tiene como objetivo central resolver el problema identificado, en situaciones de espasmofemia, lo que interesa es disminuir o en todo caso erradicar por completo dicho problema. La terapia es dirigida y de parte del paciente aprendida, allí el proceso cognitivo, no es suficiente que llegue al paciente, debe involucrarse la familia y/o los cuidadores.

Según los aportes de Bruner, en la tercera vía interaccionista y constructivista, sustenta que todo proceso de enseñanza – aprendizaje y de manera particular en el ejercicio de la terapia, el fin es explicar el comportamiento del lenguaje, citando a Piaget (1990) toma como apoyo la base “constructivista” aquí se afirma que el niño construye sus propios aprendizajes, la intervención terapéutica asume una función mediadora, ayuda a modificar la conducta e integra, familia, comunidad, escuela y personal médico especializado; apoyado en los planteamientos de Vygotsky (1987, p.76) refiere al “interaccionismo”, se sustenta la esencia de la intervención terapéutica y de las estrategias utilizadas en el proceso interventivo experimental; la respiración y articulación, además de la función principal del lenguaje en los procesos de aprendizaje y de recuperación de casos de espasmofemia, aporta también Chomsky (2011, p.270) al referir que “el mentalismo innatista según el cual el lenguaje nace

milagrosamente”, hace que Bruner (1998, p.40), asuma que el desarrollo del lenguaje está influenciado por aspectos sociales y cognitivas de las que dispone el niño que están estrechamente ligadas a la figura del adulto y sobre todo al contexto en donde se produce interacción; de allí que asume el enfoque pragmático y enfatiza el uso y la función en la explicación de la adquisición del lenguaje. Bruner (1998, p.98) destaca las funciones cognitivas, la disponibilidad activa y temprana que manifiestan los niños para procesar información, interpretar y diferenciar señales que le vienen del exterior, especialmente el rostro, la voz y el contacto humano que preconizan situaciones de bienestar, como comida, higiene, caricias; centra su atención en la transaccionalidad (carácter social de la naturaleza del intercambio afectivo entre la madre e hijo), la sistematicidad (competencia comunicativa) que llama “interacciones humanas pautadas, las cuales permiten el paso de la comunicación al lenguaje” Bruner (1991, p.47); además de asumir que el lenguaje y la comunicación es fruto de un proceso interactivo, eminentemente social, que supone, no sólo el desarrollo de habilidades lingüísticas, sino también cognitivas y sociales, Bruner (1998, p.94). , aportando así a la comprensión de la espasmofenia y sobre todo en los procesos recuperativos de la comunicación.

1.4. Formulación del problema.

¿Cómo influye las estrategias de intervención en el tratamiento de la Espasmofemia en niños de 5 a 10 años atendidos en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” EsSalud – Chiclayo?

1.5. Justificación del estudio.

Justificación Científica, la investigación aporta a fortalecer la comunicación, necesaria e indispensable para desarrollarse en un contexto social; los niños en calidad de sujetos de aprendizaje son monitoreados, supervisados no sólo desde la perspectiva experimental, sino, que se busca resolver el problema que no es de lenguaje, porque lo tienen sino, de comunicación

que afecta directamente su expresión oral, fluidez verbal y la interacción social; de allí el aporte a la ciencia.

Justificación técnica; la investigación integra procesos educativos y pedagógicos, debido a que desde la perspectiva pedagógica, se construye una propuesta curricular donde se diseñan estrategias de intervención especializada orientada a solucionar los problemas generados por la espasmofemia y a través de los procesos didácticos, se implementan diariamente orientado a la recuperación progresiva de los niños, garantizando así efectividad de la terapia.

Justificación social, la investigación integra niño – familia – comunidad y sociedad en general, los aportes se centran en que logran recuperar su autoestima, son más seguros y estarán continuamente motivados y con ánimo. De allí, que la investigación tiene sentido educativo – social, señalando así su impacto.

1.6. Hipótesis.

“Las estrategias de intervención influyen de manera significativa en el tratamiento de la Espasmofemia en niños de 5 a 10 años atendidos en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” EsSalud – Chiclayo”

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general.

Demostrar que las estrategias de intervención para el tratamiento de la Espasmofemia en niños de 5 a 10 años atendidos en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” EsSalud – Chiclayo.

1.7.2. Objetivos específicos.

- Medir el nivel de espasmofemia que presentan los niños de 5 a 10 años a través de un pre test.

- Aplicar las estrategias de intervención en los niños de 5 a 10 años atendidos en el hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Chiclayo.
- Verificar la espasmofemia en los niños de 5 a 10 años después de haber desarrollado el proceso experimental.
- Contrastar el estudio vía la estadística inferencial en situaciones antes y después de aplicada las estrategias de intervención.

II. MÉTODO.

2.1. Diseño de la investigación.

Hernandez, Fernandez y Baptista (2014, p.275), se utilizó el “diseño pre experimental con grupo único”:

GE: 01 X 02

Donde:

GE: Grupo de estudio (niños de 5 a 10 años atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo)

01: Pre test.

X: Estímulo (Estrategias de intervención)

02: Post test.

2.2. Variables y operacionalización.

2.2.1. Variables.

Variable independiente: Estrategias de intervención.

Definición conceptual: Mozos, Perez, Portela, Tabernero y Perez (2012, p.233), “Las estrategias de intervención, en casos de atención de la espasmofemia, deben servir para afianzar la fijación de lo que se está diciendo y no necesariamente en cómo lo está diciendo el paciente”. La respiración y articulación como estrategias son clave para iniciar cualquier tipo de terapia, ayudan a la fonación, articulación intervienen procesos comunicativos, neurológicos, psicológicos y fonológicos.

Definición operacional: Las estrategias de intervención en el proceso investigativo promueve desde la respiración, primero se debe tomar aire apoyado o por la nariz y luego se tiene que expulsar por la nariz, nuevamente tomar aire por la nariz y luego expulsarlo por la boca, tomar aire por la nariz retenerla y luego expulsarlo por la boca, tomar aire por la nariz emitir una vocal y luego expulsarlo por la boca, tomar aire por la nariz levantando los brazos a la altura de los hombros, tomar aire por la nariz levantando los brazos a la línea media y luego expulsarlo bajando los brazos, tomar aire por la nariz levantando los brazos y luego expulsarlo por la boca fuertemente, tomar aire por la nariz levantando los brazos y luego expulsarlo en forma de silbido. Dentro de las estrategias articulatorias, se desarrolla la combinación vocálica, frases cortas, oraciones cortas y largas, rimas y canciones cortas.

Variable dependiente: Tratamiento de la Espasmofenia.

Definición conceptual: Mozos, Perez, Portela, Tabernero y Perez (2012, p.231) indica que “la espasmofemia, también llamada disfemia o tartamudeo, es un trastorno del habla caracterizado por la alteración del ritmo de las palabras y cuyos síntomas clásicos son los bloqueos y las repeticiones”.

Definición operacional: La espasmofemia afecta las áreas de la expresión oral, y su tratamiento básicamente está orientada a mejorar la articulación, gestos de la cara, tensión muscular, secuencialidad de la expresión, coordinación de ideas. La fluidez Verbal, en el tratamiento necesita trabajar rimas (Lectura en voz alta, diálogo – comunicación); en interacción social (Integración, socialización y seguridad de sí mismo).

2.2.2. Operacionalización de variables.

A continuación, se presenta la operacionalización de cada variable de estudio.

Variable dependiente	Dimensiones	Indicadores	Categoría	Técnica/ instrumento.
ESPASMOFEMIA	Expresión oral.	Articulación.	SI NO	Test de espasmofemia.
		Gestos de la cara.		
		Tensión muscular		
		Secuencialidad de la expresión.		
		Coordinación de ideas.		
	Fluidez Verbal.	Rimas.		
		Lectura en voz alta.		
		Diálogo – comunicación.		
	Interacción social.	Integración.		
		Socialización		
		Seguridad de sí mismo.		

Fuente: Elaboración de la autora.

Variable independiente	Dimensiones	Indicadores	Categoría	Técnica/ instrumento.
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	Estrategias de respiración.	Tomar aire por la nariz y luego expulsarlo por la nariz.	Adecuada.	Modelamiento Programa experimental.
		Tomar aire por la nariz y luego expulsarlo por la boca.	Inadecuada	
		Tomar aire por la nariz retenerla y luego expulsarlo por la boca.		
		Tomar aire por la nariz emitir una vocal y luego expulsarlo por la boca.		
		Tomar aire por la nariz		

		levantando los brazos a la altura de los hombros.		
		Tomar aire por la nariz levantando los brazos a la línea media y luego expulsarlo bajando los brazos.		
		Tomar aire por la nariz levantando los brazos y luego expulsarlo por la boca fuertemente.		
		Tomar aire por la nariz levantando los brazos y luego expulsarlo en forma de silbido.		
	Estrategias articulatorias.	Combinación vocálica.		
		Frases cortas.		
		Oraciones cortas y largas.		
		Rimas.		
		Canciones cortas.		

Fuente: Elaboración de la autora.

2.3. Población y muestra.

2.3.1. Población:

Conformó el grupo poblacional 24 niños con edades comprendidas entre 5 a 10 años, residen en el ámbito de la ciudad de Chiclayo. Se tomó de manera exclusiva a aquellos que presentaron casos de espasmofemia, y se contó con el apoyo de los padres de familia para desarrollar el proceso experimental.

2.3.2. Muestra: Considerando que el grupo es reducido se trabajó con el total, por lo tanto, no fue necesario seleccionar la muestra, es decir, con el 100% de los casos de espasmofemia.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

2.4.1. Técnicas de gabinete: Se utilizó el fichaje; ya que este permitió organizar y sistematizar el marco teórico de la investigación, tanto de la variable independiente y dependiente.

2.4.2. Técnica de campo: Se aplicó el test de espasmofemia, en situaciones antes y después del proceso experimental que consistió en aplicar las estrategias de intervención. Dicho instrumento fue elaborado de manera exclusiva en función del proceso de Operacionalización de la variable dependiente, habiendo sido validado por expertos.

2.5. Métodos de análisis de datos.

Se utilizó métodos teóricos y empíricos:

Método inductivo, sirvió para construir los escenarios problémicos respecto a la espasmofemia, considerando que cada niño manifiesta situaciones particulares, las estrategias de respiración y de articulación funcionaron de manera independiente y se realizaron los ajustes permanentes buscando siempre el bien de cada niño, ayudando a la familia y brindando las orientaciones necesarias para actuar en la escuela.

Método analítico; sirvió para obtener datos empíricos de la espasmofemia, tanto de la expresión oral, fluidez verbal y la interacción social, registrada en dos momentos a nivel de pre test y post test.

Método deductivo, fue posible estudiar la variable partiendo de teorías para luego hacer generalizaciones, sirvió para elaborar el planteamiento del problema, a nivel empírico y teórico, buscando así diseñar la propuesta de intervención.

Método hipotético deductivo; sirvió para realizar la contrastación de la hipótesis de la investigación y contribuir con el desarrollo de la ciencia en la temática de la espasmofemia.

2.6. Aspectos éticos.

Considerando que los niños que participaron en el proceso experimental, son atendidos en el servicio de terapia física y rehabilitación, se solicitó consentimiento informado de los padres de familia para la aplicación de las estrategias de intervención. La información es utilizada de manera exclusiva para efectos de investigación, manteniendo la reserva de cada caso.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados de la confiabilidad del instrumento.

Se utilizó el Método KR-20, que requiere de una sola administración del instrumento y se basa en la medición de la respuesta del sujeto con respecto a los 55 ítems. Se operativizó mediante el programa EXCEL 2013, para los 55 ítems; al respecto:

Tabla 1.

Coefficiente KR-20 y Alfa de Cronbach.

0,53 a menos	Confiabilidad nula
0,54 a 0,59	Confiabilidad baja
0,60 a 0,65	Confiable
0,66 a 0,71	Muy confiable
0,72 a 0,99	Excelente confiabilidad
1,0	Confiabilidad perfecta

Análisis de resultados de la confiabilidad del instrumento:

A partir de la aplicación del instrumento de medición, se analizaron y procesaron los resultados mediante el programa estadístico SPSS-23 y Kuder Richarson, para los 55 ítems obteniéndose un Alfa de Cronbach (α) que indica una excelente

confiabilidad del 0,803 que supera el mínimo establecido de 0.5 y KR-20 de 0,82 que denota un nivel alto de precisión del instrumento.

$$KR - 20 = \frac{n}{n - 1} * \frac{V_T - \sum pq}{V_T}$$

$$KR - 20 = \frac{55}{55 - 1} * \frac{20,8532609 - 4,055083}{4,055083}$$

$$KR - 20 = 0,82$$

Tabla 2.

Fiabilidad por dimensiones de la espasmofemia.

Dimensiones	Fiabilidad KR-20	N° Ítems
Expresión Oral	0,7357	25
Fluidez Verbal	0.7612	15
Interacción Social	0,7062	15

Fuente: Programa EXCEL 2013

3.2. Resultados de la espasmofemia medido a nivel de pre test.

Tabla 3

Indicadores estadísticos del Pre test por dimensiones

Indicador	Dimensiones					
	Expresión Oral		Fluidez Verbal		Interacción social	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	14	58	17	71	16	67
No	10	42	7	29	8	33
Total	24	100	24	100	24	100

Fuente: Test aplicado a 24 participantes.

Fecha: Marzo 2017.

La espasmofemia fue medida en tres dimensiones; en la tabla 3, se aprecia que los niños tienen en 58% deficiente expresión oral; el 71% muestra deficiencias en fluidez verbal y en 67% dificultades para establecer relaciones vía la interacción social.

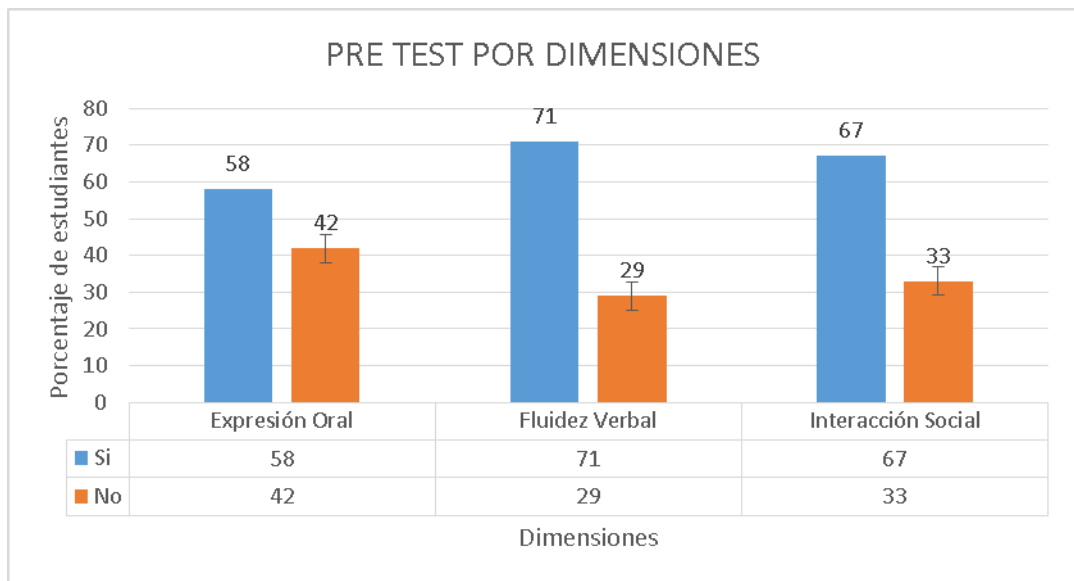


Figura 1. Indicadores estadísticos del Pre test por dimensiones

El problema mayor está centrado en la fluidez verbal; rimas, lectura en voz alta y el diálogo – comunicación, existiendo una brecha alta que amerita especial atención.

Otro problema fuerte identificado está en la interacción social en los niños que padecen de espasmofemia, manifestando deficiencias a ser resueltas y que sirvan para fortalecer la integración, socialización y seguridad de sí mismo.

En menor proporción pero con alto impacto, se observa los problemas en cuanto a la expresión oral, sus necesidades están centradas en la articulación necesaria para efectuar una buena comunicación, los gestos de la cara, tensión muscular, secuencialidad de la expresión y la coordinación de ideas.

Tabla 4

Estadígrafos del Pre Test por dimensiones

Estadígrafos	Dimensiones			Espasmofemia
	Expresión Oral	Fluidez verbal	Interacción social	
\bar{X}	5.41	3.82	3.64	12.86
S	0.79	0.68	0,80	1.66
CV.	14.61%	17,76%	22,07%	12.91%
n	24	24	24	24

Fuente: Test aplicado a 24 participantes

En la tabla 4, se muestra que la dificultad en cuanto a la espasmofemia es alta con promedio de 12,86 \pm 1,66 de desviación estándar; en las tres dimensiones existe homogeneidad, pero en relación a las deficiencias tanto en expresión oral, fluidez verbal y en interacción social.

Se espera contribuir a disminuir el problema de la espasmofemia con las estrategias de intervención siendo de alto impacto las estrategias de respiración y de articulación. Desde éstas estrategias, se apuesta por fomentar una adecuada imagen del paciente, alentarle para que se esfuerce por su recuperación, disminuir su ansiedad, fomentar la seguridad y afronte con éxitos las burlas de sus compañeros, para que aprenda a mejorar su sistema de comunicación en general.

Las estrategias respiratorias tienen alto impacto en todo momento se enseñará a tomar aire y cada vez con mayor complejidad; ayudará a

disminuir la tensión muscular, trabajar la soltura de cuerpo, entre otros, que refuerce su coordinación fono respiratoria.

Por su parte las estrategias articulatorias, fortalece la combinación vocálica, incrementa el vocabulario a partir de la terapia, se incrementas frases con oraciones cortas, con sentido y cada vez se incrementan oraciones más largas, las rimas, divierten y ayudan a mejorar el habla en los niños; las canciones cortas realizan similar función.

3.3. Resultados de la espasmofemia medido a nivel de post test.

Tabla 5.

Indicadores estadísticos del Post test por dimensiones

Indicador	Dimensiones					
	Expresión Oral		Fluidez Verbal		Interacción social	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	7	29	16	67	5	21
No	17	71	8	33	19	79
Total	24	100	24	100	24	100

Fuente: Test aplicado a 24 participantes

Fecha: Agosto de 2017

En la tabla 5, se aprecia que sólo el 29% muestra deficiencias en la expresión oral; el 21% en interacción social, habiendo disminuido el problema de la espasmofemia en los niños atendidos en el área de terapia de lenguaje. Sigue siendo alta los problemas de fluidez verbal en el 67% de niños.

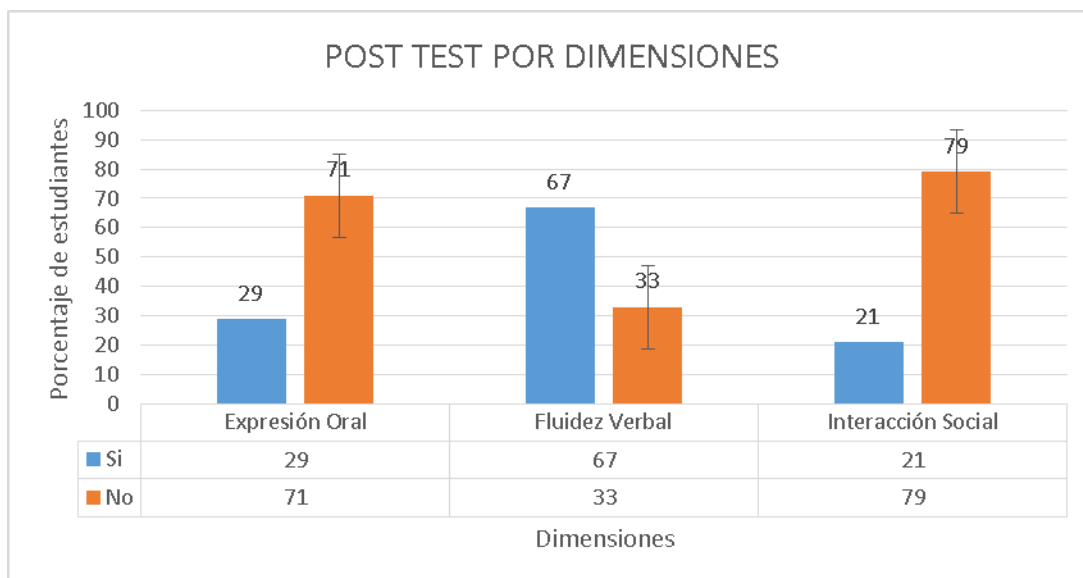


Figura 2. Indicadores estadísticos del Pre test por dimensiones

Mejoraron la expresión oral, el 71% ya no manifiesta el problema; en cuanto a la articulación presentan fluidez articula, su lenguaje es claro, fluido, considerado normal, la entonación adecuada; los gestos de la cara, muestran control de los movimientos involuntarios, adopta posturas normales, controla sus movimientos faciales, se comunica con gestos, ya no presentan tics faciales; respecto a la tensión muscular, no se evidencian espasmos, su tono muscular es adecuado, no se bloquean al inicio de las palabras, responden utilizando adecuadamente el tono muscular, no registran contracciones musculares irregulares; en cuanto a la secuencialidad de la expresión, el ritmo del lenguaje ya no se muestra intercortado, genera espacio durante la comunicación, su diálogo es más sostenido, genera sílabas, y mantiene un discurso organizado; respecto a la coordinación de las ideas, mejoró su vocabulario, gestualiza, utiliza la sinonimia, atribuye significado a las palabras, su ritmo de habla es claro.

Tabla 6

Estadígrafos del Pos - Test por dimensiones.

Estadígrafos	Dimensiones			Espasmofemia
	Expresión Oral	Fluidez verbal	Interacción social	

\bar{X}	2.71	3.68	1.15	7.5
S	0.74	0.22	0.38	0.82
CV.	27.39%	6.05%	33.14%	10.85%
n	24	24	24	24

Fuente: Test aplicado a 24 participantes

En la tabla 6, se aprecia cambios favorables en cuanto al control de la espasmofemia, disminuye los valores de tendencia central llegan sólo a un $7,5 \pm 0,82$ de promedio y desviación, siendo favorable al proceso investigativo y de aplicación de las estrategias de intervención, tanto de respiración y articulación.

Tabla 7

Tabla comparativa de los resultados del Pre_Test y Post_test de la medición de la espasmofemia.

Estadígrafos	Resultados	
	Pre_Test	Post_Test
\bar{X}	12.86	7.55
S	1.67	0.82
CV.	12.99%	10.86%
n	24	24

Fuente: Test aplicado a 24 participantes

Existe homogeneidad tanto en la evaluación pre y post test; en el pre test 12,99% pero en relación a las deficiencias mostradas en la espasmofemia y 10,86% de coeficiente de variabilidad, pero ahora mostrando que el problema inicial se ha resuelto considerablemente, estando los niños en mejores condiciones debido al proceso experimental.

3.4. Resultados de la prueba de contrastación de hipótesis.

Estadísticas de muestras emparejadas

	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Pre_Test	12,8625	24	1,66676	,34023
Post_Test	7,5542	24	,81132	,16561

Ho: No hay diferencia significativa entre el pre test y post test [las estrategias no influyen en la espasmofemia]

H1: Si hay diferencia significativa entre el pre test y post test [las estrategias influyen en la espasmofemia]

Prueba de muestras emparejadas

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Pre_Test - Post_Test	5,30833	1,79829	,36707	4,54898	6,06768	14,461	23	,000

Fuente: Software estadístico SPSS-23

Decisión: Como $p_valor < 0.05$ ($p_valor = 0.000$) se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto el tratamiento es efectivo.

Conclusión: Queda demostrado que las estrategias de intervención mejoró significativamente el tratamiento de la espasmofemia en los niños de 5 a 10 años atendidos en el área de terapia física y rehabilitación del hospital nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” EsSalud – Chiclayo.

IV. DISCUSIÓN.

La investigación aporta con una metodología de trabajo que tiene que ver directamente con la modificación de la conducta, sin embargo, no se queda allí transita pedagógicamente en identificar el problema de manera integral, familia, entorno social, sector salud y educación. La familia muestra interés por su recuperación, pero una actitud pasiva, falta investigar sobre la temática informarse para asegurar de manera positiva la recuperación; desconocen como detectar el factor desencadenante de la espasmofenia. El entorno social, demanda en los niños con espasmofemia, ayuda psicológica para dotarlo de estrategias de afrontamiento real, mayormente son bapuleados por personal de su entorno y casi en edades similares; están siendo afectados, notándose en el cambio de su personalidad que se

encuentra en formación; éstos niños no tienen un perfil psicológico determinado, son cambiantes, esperan mucho de los demás sobre todo buen trato. El sector salud; en nuestro medio algunos niños cuentan con servicios de salud por situación laboral de sus padres, accediendo a la terapia, sin embargo, no es adecuado el tratamiento que recibe en aquellos que solicitan los servicios en algunos hospitales, centros de salud y postas que dependen del MINSA; las políticas públicas no trascienden, resultado de ello es que se descuida y se aleja la posibilidad de remediar dicha situación. Algunos niños tienen un componente genético que ha determinado su manifestación de la espasmofenia; el disfémico, presenta mayormente una relación lineal y directa con el sexo, así se evidenció en la investigación, siendo predominante en los varones (padre - hijo), refuerza esta hallazgo la investigación realizada por Sangorín (2005, p.44), quien indica que para un hombre tartamudo se calcularía una probabilidad de que “el 9% de sus hijas y el 22% de sus hijos sean tartamudos , mientras que para una mujer tartamuda, el riesgo es más elevado; en gemelos monocigóticos el riesgo alcanza el 75%”

Analizando las políticas educativas, la actual ley de educación 28044, contempla la educación inclusiva como una forma de generar condiciones a los niños para mejorar sus desempeños; el vacío está en que en el registro de matrícula no califica como niño inclusivo; en ellos existe déficit de atención, su autoestima es vulnerable, inseguridad y directamente en la mayoría desorden en su personalidad.

En suma un niño espasmofémico, necesita ayuda especializada, las estrategias interventivas ejecutadas ayudaron a disminuir y controlar el problema; a decir de Sangorín (2005) plantea desarrollar dos ejes, hacia el tratamiento y la prevención; propone procedimientos que van desde:

Enseñanza de la mecánica del habla, observación de la conducta al hablar, técnicas de fluidez, de relajación muscular y control vocal, de corrección de la tartamudez, enfrentamiento de habilidades sociales, psicoterapia de modificación cognitivoconductual y de actitudes, y de reducción de la ansiedad relacionada con el habla y de las

reacciones de defensa, modificación del entorno del paciente para eliminar los condicionantes que agravan o mantienen la tartamudez. (p.45)

Este autor refuerza, lo ocurrido en el proceso investigativo, las estrategias interactivas ayudan al tratamiento de la espasmofemia (al 95% se comprobó según resultados a nivel de pre y post tes [T=14,461]) la significatividad de la intervención. La metodología implementada basó en trabajo directo con los niños, en algunos días de hasta de dos y tres niños al mismo tiempo, en otros momentos, se trabajó de manera individualizada, considerando que se necesitaba ayuda diferenciada. Aún persisten limitaciones en la fluidez verbal; al respecto Marino, Acosta, & Zorza (2011), en cuanto a la influencia del control ejecutivo, atencional y velocidad de procesamiento de información sobre medidas de pruebas de fluidez verbal, muestra que aún la población infantil investigada, y que no presentan espasmofemia, persiste una tendencia baja en cuanto a la fluidez verbal; en cuanto a cantidad de palabras, palabras en relación cluster, Switchings, palabras conjugadas y palabras conjugadas (y en Spurts) en relación cluster, en todos los casos los valores de correlación son bajos, dando cuenta de valores del coeficiente de determinación entre ($r^2=0.211$ hasta 0.385) es decir logros que van de 21% a 39% dando cuenta de una brecha por atender en fluidez verbal de 61% en los niños.

En la investigación después de haber desarrollado el proceso de intervención con las estrategias de respiración y articulación, se logró fortalecer la fluidez verbal sólo en un 33%, queda una brecha que debe ser atendida de 67%, si comparamos con el estudio anteriormente citado, esta experiencia investigativa da cuenta de casos de espasmofemia a diferencia de que los otros han sido investigados en niños considerados normales, resaltando así el aporte de la tesis; al respecto Zanin, Ledezma, Galarsi y De Bortoli (2010, p.216) refieren que “las tareas de fluidez verbal categórica (semántica) y de letra (fonológica), evalúan conocimiento semántico, la habilidad de recuperación de la información y el funcionamiento ejecutivo”.

Estos investigadores aclaran el panorama de avance, lo que interesó en casos de espasmofenia, fue ayudarlos a superar sus limitaciones, que sean más seguros y que mejoren la expresión oral y la interacción social.

Chaigneau y Marjorie (2006, p.1) en su reporte de investigación indica que “el ser observados afecta el rendimiento de diversos tipos de tareas de fluidez verbal, aunque en algunas veces el ser observados nos lleva a rendir mejor de lo acostumbrado”; el investigador plantea dos variantes, en nuestro caso el niño es observado, por la terapeuta y por los familiares, lo que interesa es que ellos (los acompañantes) aprendan para reforzar en casa, por lo tanto, se trabajó bajo la opción de ser observados, contrariamente, al rendimiento, tiene en la mayoría de casos efectos negativos, los niños manifiestan dependencia, inseguridad, teniendo en algunos momentos y procesos trabajar directamente sin observación, cualesquiera sea el caso, muestra la complejidad de afianzamiento de la fluidez verbal sobre todo en niños con espasmofemia.

La interacción social, es un tema que se superó en los niños con espasmofemia, el riesgo es que no se refuerce en casa y escuela y retroceda afectando así su recuperación, desde la investigación se registró un logro de 79%, un gran aporte en términos de casos de niños que necesitan especial atención. Un estudio realizado por Arroyave, Castillo, e Isaza (2018) indica:

Las personas que han sido diagnosticadas con alguna patología mental experimentan desafíos en su vida diaria que afecta de forma significativa la calidad de la vida de las personas (...) las condiciones mentales comprenden los procesos de aprendizaje, razonamiento, percepción, atención, memoria (...) comportamiento, resolución de problemas, toma de decisiones y procesamiento del lenguaje, siendo este último de vital importancia para una correcta integración e interacción sociedad. (p.64)

Bajo este planteamiento la investigación aportó significativamente vía el proceso experimental, se logró la interacción social, cada vez estuvieron inquietos por la terapia, el brindarles seguridad, hizo que disminuyeran constantemente el problema de tartamudez, aportando al tratamiento de la espasmofenia; los investigadores han demostrado la relación entre patologías mentales y el desarrollo del lenguaje, por ello han implementado herramientas e instrumentos que faciliten la interacción comunicativa, pueden ser manuales o interactivas, apoyando a la investigación donde se aplicó estrategias de intervención con la intención de aportar al tratamiento y recuperación de los niños con espasmofemia; Jimenez (2017, p.262), refuerza la idea de que la interacción es la unidad social elemental, desde la teoría en el análisis social, indica “lo social es una creación, un proceso” que como creación generamos expectativas, escenarios y como proceso está influenciado por un sin número de factores, entre otros, social, educativo, cultural.

Resaltó en la investigación los aportes a la expresión oral; se registró logros de hasta 71% después de la experimentación, se mejoró la articulación, gestos de la cara, tensión muscular, secuencialidad de la expresión y la coordinación de ideas. Begoña (2009), indica que el tratamiento debe iniciarse al momento en que aparece la disfluencia; los niños con tartamudez leve que no han mejorado entre las 6 y 8 semanas, deberán recibir tratamiento directo de sus padres, pautas para la casa y seguimiento programado, según este autor plantea que al niño no se le debe hacer consciente de que tiene o padece tartamudez para influenciar con mayor facilidad en su recuperación. En el caso de los niños atendidos, son conscientes de su padecimiento, aún así establecen mecanismos de comunicación asertivo, los padres de familia dejan todo el trabajo al terapeuta, aún así se ha promovido logros, en la escuela reciben ayuda de parte de los docentes, sobre todo de cómo enfrentar o evitar burlas y algún tipo de maltrato. No se ha desarrollado coordinación desde los servicios de salud con los docentes, falta acompañamiento, en todo caso dedican mayor tiempo a los niños con trastorno generalizado del desarrollo como

autismo, hiperactividad, Down, y los descuidan a los que padecen espasmofemia.

V. CONCLUSIONES.

Los niños de 5 a 10 años atendidos en el hospital nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Chiclayo en la valoración realizada a través del pre test, muestran problemas de espasmofemia, su mayor dificultad está en la fluidez verbal (71%), interacción social 67% y expresión oral 58% .

Las estrategias de intervención aplicadas al grupo de estudio, lograron fomentar una adecuada imagen, interés por su recuperación, control de la ansiedad, fomentar la seguridad, sistema de comunicación, habiendo desarrollado estrategias de respiración y de articulación.

Los niños de 5 a 10 años, después del proceso experimental, disminuyeron los problemas de espasmofemia, 46% en interacción social facilitando la integración, socialización y seguridad de sí mismo; en expresión oral se atendió una brecha de 29% mejorando la comunicación, gestos de la cara, tensión muscular, secuencialidad de la expresión y la coordinación de ideas; y sólo 4% en fluidez verbal con dificultades en rimas, lectura en voz alta y el diálogo – comunicación.

Se comprobó el aporte de la investigación al 95% de confiabilidad, quedó demostrado que las estrategias interactivas de respiración y articulación contribuyeron al tratamiento de la espasmofemia con mayor énfasis en la expresión oral e interacción social.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda a futuros investigadores centrar la ayuda a niños con necesidades de espasmofemia en actividades que conlleven a fortalecer la fluidez verbal y poner énfasis en el trabajo con rimas, lectura en voz alta y establecimiento de diálogo que asegure comunicación sostenida.

A las terapistas de lenguaje de los distintos hospitales, clínicas y centros de terapia, tomar este estudio y replicarlo cada vez que se encuentren en casos de atención terapéutica de espasmofemia.

A las docentes y estudiantes de la Universidad de Chiclayo tomar este estudio y desarrollar las estrategias de intervención en el proceso formativo de la carrera profesional de terapia física y rehabilitación.

VII. PROPUESTA

- I. Información general.
 - 1.1. Institución: Universidad de Chiclayo.
 - 1.2. Carrera profesional:
 - 1.3. Ciclo formativo:
 - 1.4. Duración de la intervención:
 - 1.5. Responsable:

- II. Denominación de la intervención.

Estrategias de intervención.

III. Fundamentación.

Nivel Gnoseológica	Es una patología de la comunicación que se caracteriza por interrupciones involuntarias del habla que se acompaña de tensión muscular de la cara y cuello, miedo y estrés adquirida por causas familiares y psicológicas y es tratable con terapia de respiración y relajación.
Nivel Epistemológico	Porque genera un problema de autoestima interno (sentimientos personalidad y social) y externo (lo físico), por lo tanto, resulta necesario insertarlo a la sociedad con las terapias psicológicas, relación y talleres.
Nivel Ontológico	Indicar cómo ha evolucionado la terapia física en relación al tratamiento de la Espasmofemia en niños de 5 a 10 años. Empezaron con métodos empíricos y tradicionales ahora son intervenidos por un equipo multidisciplinario donde intervienen medico fisiatra, psicólogo y terapeuta de lenguaje.
Nivel Lógico	A nivel teórico: es recuperable con intervención especializada y a tiempo. A nivel metodológico: se inicia con la técnica de relajación , respiración, y articulación.

IV. Objetivos de las estrategias de intervención.

Estrategias de respiración.	Lograr la relajación del paciente, estabilizar emocionalmente e iniciar el tratamiento consistente en ejercicios de respiración:
-----------------------------	--

	<p>1.- Tomar aire por la nariz y luego expulsar el aire por la nariz lentamente.</p> <p>2.- Tomar aire por la nariz y expulsarlo por la boca lentamente</p> <p>3.- Tomar aire por la nariz retenerlo y luego expulsar el aire por la boca lentamente</p> <p>4.- Tomar aire por la nariz , emitir una vocal y luego expulsar el aire por la boca lentamente</p> <p>5.- Tomar aire por la nariz levantando los brazos a la altura de los hombros y luego expulsar el aire por la boca bajando los brazos lentamente</p> <p>6.- Tomar aire por la nariz levantando los brazos a la línea media y luego expulsar el aire por la boca bajando los brazos lentamente</p> <p>7.- Tomar aire por la nariz y luego expulsar el aire por la boca en forma de soplo</p> <p>8.- Tomar aire por la nariz y luego expulsar el aire por la boca en forma de silbido.</p>
Estrategias articulatorias.	<p>1.- Mejorar la fluidez del lenguaje</p> <p>2.- Expresión corporal</p> <p>3.- Fomentar el dialogo.</p>

V. Resultados esperados de las estrategias de intervención.

<p>Expresión oral:</p> <p>Mejorar el diálogo de manera individual y colectivo en sentido estrecho, en público en sentido amplio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Articulación. • Gestos de la cara. • Tensión muscular • Secuencialidad de la expresión. • Coordinación de ideas.
<p>Fluidez Verbal:</p> <p>Afianzar los procesos comunicativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rimas. • Lectura en voz alta. • Diálogo – comunicación.

estableciendo un dialogo oportuno y certero.	
Interacción social: Fortalecer el autoestima manifestándose en el control de impulsos y en la seguridad de sí mismo	<ul style="list-style-type: none"> • Integración. • Socialización • Seguridad de sí mismo.

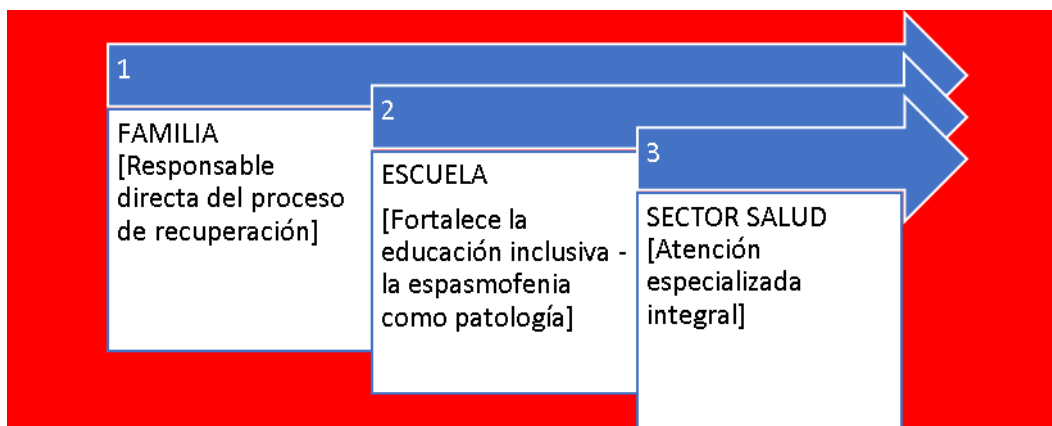
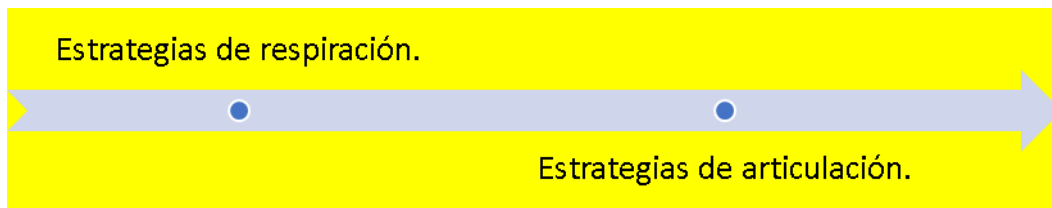
VI. Programación del proceso de intervención.

Unidades	Resultados de aprendizaje.	Semanas	Contenidos	Estrategias
Expresión oral.	Mejorar el dialogo de manera individual y colectiva en sentido estrecho , en público y en sentido amplio	Primera	Aplicación de pre test.	
		Segunda	Articulación.	Combinación vocálica
		Tercera	Gestos de la cara.	Orofacial
		Cuarta	Tensión muscular	Masaje y movilizaciones del cuello
		Quinta	Secuencialidad de la expresión.	Fichas y organización de secuencias
		Sexta	Coordinación de ideas.	Construcción de ideas utilizando láminas
Fluidez Verbal.	Afianzar los procesos comunicativos estableciendo un dialogo oportuno y	Séptima	Rimas.	Escritura, lectura y rescritura
		Octava	Lectura en voz alta.	Textos seleccionados de acuerdo a la edad e interés del niño

	certero	Novena	Diálogo – comunicación.	Conversación terapeuta-paciente integración con la familia
Interacción social.	Fortalecer el autoestima manifestándose en el control de impulsos y en la seguridad de sí mismo	Décima	Integración.	Situaciones basados en juegos interactivos
		Décimo primera	Socialización	Participación de los niños en procesos de socialización en el ámbito familiar – comunitario generados en el proceso de intervención terapéutica especializada
		Décimo segunda	Seguridad de sí mismo.	Estrategias interactivas creadas por familiares directos
		Décimo tercera	Aplicación del post test.	

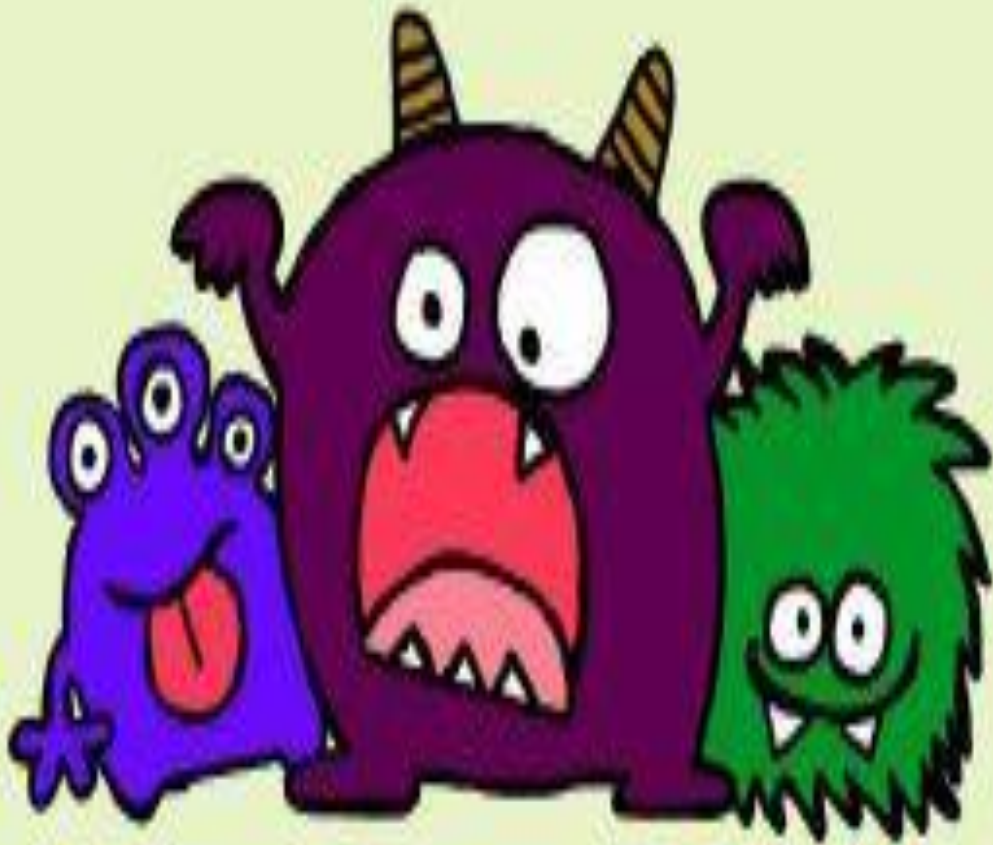
VII. Modelo gráfico de las estrategias de intervención.

ESTRATEGIAS DE INTERACCIÓN



Fuente: Elaboración propia.

VIII. Organización de las estrategias de intervención.



Ejercicios para
trabajar la
tartamudez

Estrategias de intervención.		Procedimiento		Logros
		Enseñanza	Aprendizaje	
Estrategias de respiración.	<ul style="list-style-type: none"> Tomar aire por la nariz y luego expulsarlo por la nariz. 	Se le indica al paciente en posición sedente frente al espejo con los brazos a los costados que inspire por la nariz y luego expulse el aire por la nariz	El paciente tiene que realizar 4 veces el ejercicio	Relajación de la musculatura diafragmática y disminuir la fatiga muscular
	<ul style="list-style-type: none"> Tomar aire por la nariz y luego expulsarlo por la boca. 	El paciente en posición sedente se le indica que tome aire por la nariz y luego lo expulse lentamente por la boca	El paciente lo realiza 4 veces el ejercicio	Mejorar la fonación controla y domina la coordinación fonorespiratoria
	<ul style="list-style-type: none"> Tomar aire por la nariz retenerla y luego expulsarlo por la boca. 	El paciente en posición de pie frente al espejo se le dice que tome aire por la nariz y lo retenga y el	El paciente debe realizar este ejercicio 4 veces	lograr la mayor capacidad de la musculatura abdominal y disminuir la tensión con la

		terapeuta cuenta hasta 10 y luego lo expulsa el aire por la boca		finalidad de que su articulación sea entendible
	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar aire por la nariz emitir una vocal y luego expulsarlo por la boca. 	Se le indica al paciente en posición de Pie que tome aire por la boca lo retenga y emita cualquier vocal a la tolerancia del paciente y luego que expulse el aire por la boca	El paciente debe realizar este ejercicio 4 veces	Fortalecer una mejor articulación para evitar los bloqueos durante el dialogo
	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar aire por la nariz levantando los brazos a la altura de los hombros. 	El paciente en posición de pie se le indica que tome aire por la nariz levantando los brazos a la altura de los hombros y luego se le dice que expulse el aire por la boca	El paciente debe realizar el ejercicio 4 veces	Mejorar la ansiedad y la fatiga física por consiguiente su lenguaje será más claro

		bajando los brazos lentamente		
	<ul style="list-style-type: none"> Tomar aire por la nariz levantando los brazos a la línea media y luego expulsarlo bajando los brazos. 	El paciente en posición de pie frente al espejo se le indica que tome aire por la nariz levantado los brazos a la línea media que haga una leve pausa y luego expulse el aire por la boca bajando los brazos lentamente	El paciente debe realizar el ejercicio 4 veces	Se logra efectos de relajación y tranquilizarían de intensidad moderada logrando un autocontrol
	<ul style="list-style-type: none"> Tomar aire por la nariz y luego expulsar el aire por la boca en forma de soplo. 	El paciente en posición sedente frente al espejo se le dice que tome aire por la nariz y luego lo expulse por la boca en forma de soplo	El paciente debe realizar el ejercicio 4 veces	Mejora los bloqueos al inicio de una conversación
	<ul style="list-style-type: none"> Tomar aire por la nariz y 	El paciente en	El paciente debe	Fortalece la relajación

	luego expulsar el aire en forma de silbido.	posición sedente frente al espejo se le indica que tome aire por la nariz y luego lo expulse en forma de silbido	realizar el ejercicio 4 veces	del paciente
Estrategias articulatorias.	<ul style="list-style-type: none"> Combinación vocálica. 	Se le hace al paciente que lea en voz alta una vocal abierta con una cerrada y viceversa en posición sedente frente al, terapeuta	El paciente repite 3 veces cada serie de vocales abiertas y cerradas	Logra un ritmo más adecuado para su edad
	<ul style="list-style-type: none"> Frases cortas. 	Se le da al paciente un texto seleccionado de acuerdo a su edad para que lean cada frase con aire retenido y luego expulse el aire y así nuevamente	El paciente lo realiza 6 veces el ejercicio	Logra una mejor expresión con sus familiares y amigos

		repite el ejercicio		
	<ul style="list-style-type: none"> • Oraciones cortas y largas. 	Se le dicta oraciones al paciente y luego se le pide que las lea en voz alta utilizando los ejercicios de respiración	Este ejercicio el paciente lo debe hacer 10 veces	Mejora el dialogo
	<ul style="list-style-type: none"> • Rimas. 	El paciente escribe las rimas en un cuaderno que le dicta el terapeuta y luego tiene que aprendérselas de memoria para la siguiente sesión de terapia	El ejercicio lo debe practicar 7 veces	Mejora la conversación y le da más fluidez
	<ul style="list-style-type: none"> • Canciones cortas. 	El paciente tiene que aprender 2 a 4 canciones cortas y se le hace repetir frente a una grabadora para que él se escuche y	Este ejercicio se practica a diario	Fortalece la fluidez y la expresión oral

		así pueda darse cuenta de su error		
--	--	---------------------------------------	--	--

Fuente. Elaboración propia.

REFERENCIAS.

- Arango, L. (2010). *Comunicación y diálogo*. Bogotá: Banco de la república.
- Arroyave, C. (2008). *La lectura en voz alta: una buena estrategia de animación a la lectura*. Colombia: Universidad Tecnológica de Pereira.
- Arroyave, M; CastilloLF; Isaza, GA. (2018). Análisis de la interacción social en patología mentales por medios computacionales: Caso de estudio Asperger y trastorno por déficit de atención. *Información tecnológica Vol 29*, 63-71.
- Balcazar, M; Rivera, K; Chacón, Z. (2013). *Fluidez verbal en niños y niñas de 5 años en situación de extrema pobreza de la comunidad urbana autogestionaria de Huaycán - ATE*. Lima - Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Beal, D., Graco, V., Lafalle, S., & DeNil, L. (2007). Voxel-based morphometry of auditory and speech- related cortex in stutters. *Neuroreport*, 1256-1260.
- Begoña, M. (2009). Espasmofemia: Diagnóstico y tratamiento. *Rev. Med. Clin. CONDES*, 486-490.
- Beltrán, A., & Godoy, D. (2012). *Conciencia fonológica en niños de 4 a 7 años con desarrollo típico del lenguaje según la prueba de evaluación de conciencia fonológica*. Santiago: Universidad de Chile.
- Bruner, J. (1998). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Bruner, J. (1998). *Realidad mental y mundos posibles: los actos de la imaginación que dan*. Barcelona: Gedisa.
- Bruner, J. (1998). *Realidad mental y mundos posibles: Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bueno, L; San Martín, M. (2015). *Las rimas , trabalenguas y canciones con estrategias metodológicas para estimular el desarrollo del lenguaje en niños y niñas de 3 a 4 años de edad*. Cuenca: Universidad Politécnica Salesiana.

- Cárdenas, P. (2012). *Efectos de un programa de estrategias comunicativas para estimular el lenguaje oral en preescolares de cinco años -Callao*. Lima : Universidad San Ignacio de Loyola.
- Castillo, I,L; Maguiño, B; Rodriguez, Y. (2013). *La articulación del habla y su relación con el logro de aprendizaje en niños de 5 años con dislalia funcional de instituciones educativas particulares de la tercera zona de Collique, distrito de Comas - 2013*. Lima - Perú: Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle.
- Castillo, I; Maguiño, B; Rodriguez, Y. (2013). *La articulación del habla y su relación con el logro de aprendizaje en niños de 5 años con dislalia funcional de instituciones educativas particulares de la tercera zona de Collique, distrito de Comas - 2013*. Lima: Universidad Nacional de Educación.
- Castro, Y; Manrique, Y. (2013). *Perfil de la fluidez del habla en niños de 5 y 6 años en instituciones educativa estatales de tres distritos de Lima*. Lima - Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Cevallos, R. (2011). *La aplicación de la psicomotricidad para el desarrollo del aprendizaje de lectoescritura en niños de primer año de educación básica en el jardín experimental "Lucia Toledo" de la ciudad de Quito durante el año lectivo 2009 - 2010*. Quito - Ecuador: Universidad Central del Ecuador.
- Chaigneau, S; Marjorie, J. (2006). Reporte de investigación: El efecto de ser observado sobre el rendimiento en una tarea de fluidez verbal. *Psykhé V. 15*, 1-13.
- Chomsky, J. (2011). Language and other cognitive systems. What is special about language. *Learning and Development*, 263- 278.
- Fernandez, F. (2012). *¿Cómo espiramos?. La respiración por la boca y por la nariz*. Madrid - España: Universidad Complutence.
- Giraldo, G., & Ortiz, C. (2009). *Los ámbitos de interacción social en la formación e competencia laboral geerales en los estudiante*. Colombia: Centro de estudios avanzados en niñez y juventud - Universidad de Manizales.

- Guerra, N. (2013). *La aplicación de estrategias metodológicas y su incidencia en el desarrollo del lenguaje oral en niños de 4 y 5 años del jardín Escuela Primavera, parroquia de Tumbaco, Cantón Quito, provincia de Pichincha*. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato.
- Guitart, J; Gimenez C. (2002). *Prevalencia de la tensión muscular elevada, evaluada con un método semiobjetivo, y estudio de factores asociados a la misma en una población reumatológica*. Colombia: Universidad de Manizales.
- Gustems, C. (2012). *La respiración en el canto*. Santiago: Universidad de Chile.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Jimenez, J. (2017). Teoría de la socialidad como interacción: hacia un análisis social naturalista, universal e internacional. *Cinta mohebio*, 157-171.
- Juambelz, O. (2012). *Seguridad en si mismo*. Cuba: Opinion- Estado Animico.
- Lara, J. (2012). *Importancia de respirar por la nariz*. Madrid - España: Universidad Complutence.
- Manghi, D. (2011). *Gestos semiótica de la interacción*. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Marino, J., Acosta, A., & Zorza, J. (2011). Control ejecutivo y fluidez verbal en población infantil: Medidas cuantitativas, cualitativas y temporales. *Interdisciplinaria*, 245-261.
- Mladineo, A. (2012). *Los modos respiratorios, sus consecuencias, sus consecuencias y evaluación clínica*. Santiago: Universidad de Chile.
- Mozos, A., Perez, M., Portela, B., Taberner, A., & Perez, J. (2012). Stuttering treated with olanzapine: a case report. *Clinical note - Actas Esp Psiquiatr*, 231-233.
- Negro, D; Traverso, E. (2011). *Relación entre la conciencia fonológica y la lectura inicial en alumnos de primer grado de educación primaria de los centros*

- educativos "Héroes del Cenepa" y " Viña alta" de la Molina - Lima.* Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Piaget, J. (1990). *El nacimiento de la inteligencia en el niño.* Barcelona - España: Crítica.
- Rivas, A. (2015). *Métodos de tratamiento utilizados por los profesionales del habla y lengua en Puerto Rico para remediar desórdenes de los sonidos del habla en niños de 3 a 6 años.* Turabu: Universidad de Turabu.
- Rodríguez, V; Rodríguez, A. (2010). *Programa de capacitación vocal para mejorar el conocimiento de las condiciones de producción vocal en profesores de una institución educativa particular.* Lima - Perú.: Pontificia Universidad Católica del Perú - Escuela de Post Grado.
- Sangorín, J. (2005). Disfemia o tartamudez. *Revista neurológica*, 43-46.
- Vygotsky, L. (1987). *Pensamiento y lenguaje: Teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas.* Buenos Aires: La Pléyade.
- Yubero, S. (2012). *Socialización y aprendizaje social.* Cuba: Universidad la Habana.
- Zanin, L; Ledezma, C; Galarsi, F; De Bortoli, M. (2010). Fluidez verbal en una muestra de 227 sujetos de la región Cuyo (Argentina). *Fundamentos en humanidades*, 207-219.

TEST DE ESPASMOFEMIA**LISTA DE COTEJO.****I. DATOS INFORMATIVOS:**

Apellidos y nombres: _____

Diagnóstico: _____

Edad: _____ Fecha: _____

II. OBJETIVO: Registrar información sobre los procesos del tratamiento de la Espasmodia en niños atendidos en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo.

III. INSTRUCCIONES: La presente ficha registra información del avance en el tratamiento de la Espasmodia en niños. Se aplicará en situaciones antes y después.

IV. ÍTEMS:**ESPASMOFEMIA: EXPRESIÓN ORAL.**

Componente	Sub componente.	Indicador	Logro	
			Si	No
Expresión oral.	Articulación	Presenta fluidez articular.		
		Su lenguaje oral es claro.		
		Su lenguaje oral es fluido.		
		Su voz es normal.		
		La entonación en su habla es adecuada		

	Gestos de la cara.	Presenta movimientos involuntarios.		
		Adopta posturas anormales de la cara.		
		Realiza movimientos faciales exagerados.		
		Utiliza gestos para comunicarse.		
		Presenta tics faciales.		
	Tensión muscular	Presenta espasmos en la musculatura orofacial.		
		Presenta aumento del tono muscular durante la comunicación.		
		Existe bloqueo al inicio de las palabras.		
		Responde a los estímulos aumentando el tono muscular.		
		Presenta contracciones irregulares en los músculos de la cara.		
	Secuencialidad de la expresión:	El ritmo del lenguaje es entrecortado.		
		Presenta espacios durante la comunicación.		
		Presenta un dialogo lento.		
		Produce repeticiones de sílabas.		
		Su discurso es desorganizado.		
	Coordinación de Ideas	Presenta un vocabulario moderado.		
		Utiliza gestos para comunicarse.		
		Cambia palabras difíciles con sinónimos.		
		Tiene claro el significado de las palabras.		
		Presenta un ritmo del habla acelerado.		

ESPASMOFEMIA: FLUIDEZ VERBAL

Componente	Sub componente.	Indicador	Logro	
			Si	No
Fluidez verbal.	Rimas.	Realiza oraciones rimadas.		
		Presenta repertorio fonético adecuado.		
		La vocalización lingüística es pausada.		
		Realiza frases cortas rimadas.		
		Utiliza mensajes entrecortados.		
	Lectura en voz alta.	Presenta claridad en la articulación.		
		El volumen de voz es bajo.		
		Presenta combinación armónica en la lectura.		
		La modulación de la voz es buena.		
		Realiza una acentuación de las palabras.		
	Diálogo – comunicación.	El lenguaje es claro.		
		El mensaje es entendible.		
		Utiliza los elementos de la comunicación durante la comunicación.		
		Presenta gestos faciales aumentados durante el dialogo.		
		Presenta temor durante la conversación.		

ESPASMOFEMIA: INTERACCIÓN SOCIAL.

Componente	Sub componente.	Indicador	Logro	
			Si	No
Interacción social.	Integración.	Sus dificultades le impide la integración con sus pares.		
		Presenta una autoestima baja.		
		Se presenta nerviosa al interactuar con otras personas.		
		Tiene miedo al iniciar una conversación.		
		Le cuesta asistir a eventos sociales		
	Socialización.	Presenta timidez en reuniones.		
		Con frecuencia permanece callado.		
		Le cuesta iniciar una amistad.		
		Acude a eventos sociales.		
		Intenta ocultar o disimular sus bloqueos.		
	Seguridad en sí mismo.	Se encuentra psíquicamente inestable.		
		Presenta seguridad en las decisiones que toma.		
		Te sientes infravalorados o rechazado por los demás.		
		Intenta demostrar lo mejor que hay en él.		
		Tiendes a compararte con los demás.		

Anotaciones importantes:

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS.

Yo, **Dra. GIOCONDA SOTOMAYOR NUNURA**, docente de la experiencia curricular de Desarrollo del proyecto de investigación y revisor del trabajo de tesis de la maestrante **BETTY PATRICIA LAMADRID TORRES**, titulada: **ESTRATEGIAS DE INTERVENCION PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESPASMOFEMIA EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALMANZOR AGUINAGA ASENJO "CHICLAYO**, constato que la misma tiene un índice de similitud de 12% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

La suscrita analizó dicho reporte y se concluye que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 25 de Agosto de 2018.



.....
Dra. GIOCONDA SOTOMAYOR NUNURA.

DNI 16453932

Yo, Betty Patricia Lamadrid Torres, identificada con DNI N° 16693351, egresada de la Escuela Profesional de Posgrado, del Programa de Maestría en Docencia y Gestión de la Universidad César Vallejo, autorizo (x) , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado **“ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESPASMOFEMIA EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL “ALMANZOR AGUINAGA ASENJO” CHICLAYO”** en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Betty Patricia Lamadrid Torres
DNI N° 16693351
FECHA: 04 de Septiembre de 2018.

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	--	--------	-----------

Estrategias de intervención para el tratamiento de la Espasmofemia en niños de 5 a 10 años atendidos en el Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" Chiclayo.

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	docplayer.es Fuente de Internet	2%
2	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
3	www.scribd.com Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Colegio San Agustín de Chiclayo Trabajo del estudiante	1%
5	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	1%
6	tesis.pucp.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Trabajo del estudiante	1%