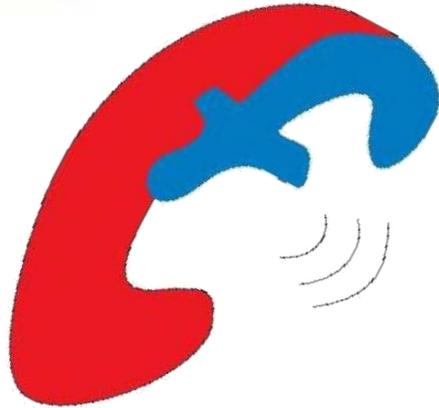


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLÓGÍA



MANUAL CLÍNICO DE PROCEDIMIENTOS FONOAUDIOLÓGICOS

Elaborado por:

Dr. Juan José Vergara Serpa

Fonoaudiólogo U. de Sucre

1. FONOAUDIOLOGÍA.

Es una profesión que evalúa, diagnostica e interviene en los trastornos de la comunicación humana, así como también en la comunicación humana normal que busca optimizar su uso.

Desde el nacimiento comienza la primera etapa de la comunicación, llamada prelingüística, o sea todo lo previo al lenguaje hablado. Todo lo que va apareciendo prepara al niño para el desarrollo de su futuro lenguaje verbal; ya que esa facultad de hablar es algo que no se da de una sola vez, sino que se adquiere y consolida a través de distintos estadios evolutivos.

En esta etapa se establecen los primeros recursos comunicativos del niño, en especial con la madre.

El niño aprende a hablar a medida que va aumentando la necesidad de expresarse. Durante los primeros meses, es fundamental el papel comunicativo del llanto, poco a poco este va adquiriendo variaciones para cada necesidad. La madre empieza a comprender lo que desea su bebé en un momento determinado. Ya distingue cuando ese llanto manifiesta dolor, hambre, sueño u otra molestia.

Luego de la comunicación a través del llanto, aparece la etapa del juego vocálico o balbuceo. Esto es cuando alrededor de los dos meses surge la repetición incesante y aparentemente sin sentido de sonidos vocálicos primero (a-a-o-e-e) y luego de sonidos guturales (g-g-g.). Esto constituye indudablemente una valiosa ejercitación para el niño.

El bebé repite en forma continua un sonido y poco a poco incluye otro nuevo y los combina. Así es como paulatinamente va generando nuevos sonidos.

En este momento, el niño es capaz de responder a las incitaciones de la madre cuando es estimulado con los mismos sonidos que él es capaz de producir.

Este juego vocal se produce en momentos de tranquilidad fisiológica, es decir cuando no hay estímulos externos que llamen su atención y cuando sus necesidades estén satisfechas.

Hacia los cinco meses, comienza la segunda etapa del juego vocal, donde el bebé no sólo repite por placer, sino que entran en juego otros elementos importantes que son los estímulos auditivos que le llegan del exterior y que le permiten incluir nuevos sonidos.

Así desde el segundo semestre de vida, hay una actividad vocal semana a semana más rica.

Las posibilidades de emisión son cada vez más variadas y amplias. Incluso en esta ejercitación que hace con los sonidos que ha seleccionado y propios de su lengua materna, a través de la estimulación brindada por el medio que lo rodea, no es raro que aparezcan semejanzas con ciertos *vocablos*, y es allí cuando su familia quizá suponga escuchar un “mama” o un “papa”, cuando en realidad el niño sólo ha formado causalmente esas combinaciones sonoras, por el solo hecho de entregarse al ejercicio de producir sonidos; pero nada de todo ello constituye todavía lenguaje verdadero.

El niño recién empieza a conceder significado a determinados sonidos emitidos llegando al año de edad.

Es durante este segundo semestre de vida que irá incorporando la comprensión de palabras relacionadas con sus actividades cotidianas, como por ejemplo: su mamá, la alimentación, el sueño, el juego; o sea que todo está indudablemente ligado a lo que constituyen sus intereses.

Esta comprensión, le permitirá interiorizar estos significados como forma de transición hacia el habla propiamente dicha; es la asimilación de un sonido determinado que se vincula a una situación constante; así aprende a usar múltiples palabras que ha oído siempre de boca de los adultos y en idénticas situaciones (acá está papá, vamos a hacer noni, esta es la mamá, etc.).

Esto es sólo el comienzo, ya que han de pasar algunos meses hasta que el niño se haga entender satisfactoriamente a través de la palabra hablada, y mucho más hasta que pueda usar el lenguaje en su plenitud

2. INTERVENCIÓN EN RETARDOS ESPECIFICOS DEL LENGUAJE

El hombre, ser social por naturaleza, tiene como principal vehículo de comunicación el Lenguaje, impregnando éste toda su vida. La interpretación de la realidad, la interacción la transmisión cultural, con todo lo que ello implica, se hace posible, fundamentalmente a través del lenguaje.

El ser humano posee unas estructuras orgánicas que posibilitan su adquisición, pero no es sino a través de las interacciones con su medio socio-familiar y cultural como éste lo adquiere. Así, desde pequeños, percibimos el modelo sonoro e intentamos reproducirlo, ajustándonos progresivamente a la forma correcta de nuestro código. El desarrollo lingüístico está íntimamente relacionado con el desarrollo intelectual, es decir, el lenguaje se enriquece con la maduración intelectual y, a su vez, es básico para dicho desarrollo, ya que constituye un medio de adquisición de conocimientos. La problemática que se presenta dentro del campo de los trastornos del lenguaje es amplia y variada.

Son muchas las alteraciones que pueden darse, con orígenes diversos y distintos grados de severidad. Entre ellas podemos mencionar:

3. RETARDO DE LENGUAJE SIMPLE (RDL)

Niño que presenta un retraso en la aparición o en el desarrollo de todos los niveles del lenguaje (fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático), que afecta sobre todo a la expresión y, en menor medida, a la comprensión, sin que esto se deba a un trastorno generalizado del desarrollo, ni a déficit auditivo o trastornos neurológicos. La aparición del lenguaje y la expresión es más tardía de lo habitual, y se desarrolla lentamente y desfasada con respecto a lo que cabe esperar de un niño de esa edad cronológica.



3.1 Etiología

El retardo simple de lenguaje no tiene una etiología específica, muchos autores han llegado a la conclusión que la presencia de este retardo se debe a la sobreprotección por parte de los padres o cuidadores, falta de estimulación o aislamiento.

3.1 Sintomatología asociada

Generalmente el retraso del lenguaje viene asociado con una inmadurez (prematuridad, hospitalismos, etc.) generalizada, que afecta a la coordinación psicomotriz (coordinación gruesa y fina, inmadurez o problemas de lateralización), dificultades en la estructuración temporo-espacial (dibujo desordenado en una lámina), a veces esta inmadurez afecta psicoemocionalmente apareciendo una baja autoestima, sentimientos de inferioridad, etc.

Ligero retraso motor en movimientos que requieren una coordinación fina. Retraso en la expresión gráfica. Retraso en el establecimiento de la dominación lateral. Dificultades en aspectos del desarrollo cognitivo: relación pensamiento/lenguaje y memoria/atención. Problemas psicoafectivos: baja autoestima, dificultades en las relaciones con los iguales (inhibiciones).

3.2 Factores predisponentes.

Puede haber predisposición hereditaria, factores neurológicos (disfunción cerebral mínima), factores socioculturales (niveles familiares socioeconómicos y educativos bajos), factores afectivos y relacionales (actitudes sobreprotectoras, o rechazos familiares, deprivación, etc.) o un modelo lingüístico pobre, insuficiente o inapropiado.

3.2.1 Características

- **A nivel fonológico**

- ✚ Omisión de consonantes inversas.
- ✚ Omisión de semiconsonantes en diptongos.
- ✚ Ausencia de la vibrante múltiple.
- ✚ Sustitución de /s/ por /t/.
- ✚ Repetición de primeras y últimas sílabas (reduplicaciones).

- **A nivel semántico**

- ✚ Vocabulario reducido a objetos del entorno.
- ✚ Léxico pobre.
- ✚ Problemas en la adquisición de conceptos abstractos (colores, formas y espacio-temporales).

- **A nivel morfosintáctico**

- ✚ Lenguaje telegráfico.
- ✚ Desorden en la secuencia normal de la oración.
- ✚ Número reducido de términos en la frase.

- ✚ Dificultades en la utilización de artículos, pronombres, plurales y alteración en la conjugación de los tiempos verbales.
- ✚ La mayoría de las frases son coordinadas con la partícula "y". No producen subordinadas.
- ✚ Uso abusivo del "yo".

- **A nivel pragmático**

- ✚ Alteración de la intencionalidad comunicativa.
- ✚ Predomina la utilización del lenguaje para: denominar, regular la conducta y conseguir objetos.
- ✚ Presenta dificultades para atribuir cualidades a los objetos y preguntar.
- ✚ Escasa utilización del lenguaje para relatar acontecimientos y explicarlos.
- ✚ Apenas utiliza el lenguaje en la función lúdica o imaginativa.
- ✚ Tendencia a compensar la expresión verbal deficiente con mímica y gestos naturales.

3.2.2 Objetivo de intervención

Lograr el desarrollo apropiado de los diferentes niveles del lenguaje en el paciente, con el fin de mejorar su rendimiento comunicativo.

3.2.3 Tratamiento y/o actividades de intervención

Actividades para la organización fonética

Juegos de atención y discriminación.

- Ruido-silencio. Presencia-ausencia de sonido.
- Sonido-sonido. Discriminación de sonidos.
- Palabra-palabra. Cada vez que oiga una palabra clave debe sentarse en la silla, cuando oiga otra palabra clave, debe colocarse al lado de la puerta. Este ejercicio también se puede realizar con sílabas.

Juegos de motricidad buco-facial.

- Juegos de soplar. Apagar velas, hacer burbujas, hacer avanzar globos hinchados, hacer avanzar bolitas de papel.
- Juegos de hinchar las mejillas.
- Juegos de lengua.
- Juegos con los labios.

Juegos de imitación.

- Los ruidos. Asociación de ruidos a acciones o expresiones faciales. Juegos de estructuración temporal.
- El orden de los sonidos. Tocar en el mismo orden los sonidos que realiza el/la terapeuta.

Juegos de loto fonético (4-5 años).

- "Loto fonético I y II"

Juegos de conciencia silábica y fonémica.

- Posición final.
- Posición inicial.
- Posición medial.

3.2.4 Actividades para la organización semántica**Aprender palabras nuevas.**

- Observación y/o manipulación libre del material.
- Manipulación dirigida del material para trabajar sobre todo la comprensión.
- Manipulación del léxico añadiéndole un nuevo léxico al ya conocido.
- Actividades de repaso usadas como sistemas de evaluación más que de aprendizaje.

Manipular palabras.

Para desarrollar una mayor capacidad de evocación sin referente actual.

- Formación de familias semánticas.
- Análisis. A partir de un concepto global, debe enumerar un número determinado de sus elementos.
- Síntesis. Ejercicio de preguntas-respuestas.
- Contrarios.
- ✚ Asociaciones de palabras y conceptos.
- ✚ Asociación de identidad; juntar las cosas iguales.
- ✚ Asociación por similitud; imágenes que representan el mismo concepto pero con una forma distinta.
- ✚ Asociación por familias semánticas;
- ✚ Asociación por complementariedad
- ✚ Asociaciones gramaticales
- ✓ Buscar verbos
- ✓ Buscar sujetos
- ✓ Buscar objetos
- ✓ Buscar complementos

Preparación a las definiciones.

Actividades para la organización morfo-sintáctica. Número y orden de las palabras.

- Ejercicios de comprensión morfo-sintáctica:

- ✚ Órdenes de dos proposiciones.
- ✚ Sucesión de órdenes (retención y sucesión temporal).
- ✚ Variación en la sucesión temporal.
- ✚ Colocación de la palabra en la frase.

- **Ejercicios de construcción de frases**

Actividades para organizar el discurso

- Las series lógicas o historietas.
- Trabajo de flexiones dentro de las series lógicas.

Materiales

- instrumentos musicales
- velas
- globos
- serpentina
- papel
- espejo
- loterías
- lista de palabras
- láminas
- categorías gramaticales en concreto

4. TRASTORNO MIXTO DEL LENGUAJE: RECEPTIVO-EXPRESIVO

Dado que conlleva ambos déficit, receptivo y expresivo, el trastorno mixto del lenguaje es bastante más grave y socialmente perturbador que el trastorno del lenguaje expresivo. Y en función de la naturaleza del déficit, la comprensión no verbal puede estar preservada o deteriorada. Como un diagnóstico del DSM-IV, la característica fundamental del trastorno mixto del Lenguaje receptivo-expresivo (TMLRE) es la alteración tanto del desarrollo del lenguaje receptivo como del expresivo. Así, a las dificultades de tipo expresivo (vocabulario limitado, errores en tiempos verbales, dificultades en el recuerdo de palabras, etc.), se le unen las de tipo receptivo (comprensión de palabras o frases, términos espaciales o de cierta complejidad). No se observa un trastorno puro de lenguaje receptivo ya que si se diese, no habría lenguaje expresivo.

El trastorno mixto puede ser adquirido o evolutivo, siendo difícil su distinción en no pocas ocasiones, estando asociado a lesión cerebral o a la maduración del sistema nervioso central (Gaddes, 1980; Reitan, 1984). En el caso del supuesto de retraso madurativo, los niños con disfasia evolutiva, seguirían un patrón esencialmente normal del desarrollo del lenguaje; sufrirían un retraso en la tasa de adquisición que podría compensarse con el tiempo, siendo su pronóstico mucho mejor que el de quienes no siguen un patrón de desarrollo normal, como es el caso de los niños con daño cerebral lesional (Manga y Ramos, 1991).

El trastorno del lenguaje mixto receptivo-expresivo es el deterioro del desarrollo de la comprensión del lenguaje que implica tanto a la decodificación (comprensión) como a la codificación (expresión). Normalmente se observan múltiple déficit cortical, incluyendo funciones sensoriales, integrativas, de memoria y de secuenciación.

Prevalencia

Menor (0,25%) mayor prevalencia (3-6%).

Incidencia

Por igual entre niños y niñas lingüístico. - Incidencia mayor en niños que en niñas (2/1-5/1).

4.1 Etiología

Se desconoce la causa del trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo. Algunos datos indican un componente familiar genético. Pero actualmente se piensa que la etiología principal parece ser neurobiológica, normalmente factores genéticos o lesiones corticales. El examen neurológico revela anomalías en aproximadamente dos tercios de los casos. Entre los hallazgos electroencefalográficos se incluye un ligero aumento en las anomalías no diagnosticables, especialmente en el hemisferio dominante del lenguaje. Las tomografías computarizadas pueden mostrar anomalías, aunque éstas no son uniformes ni diagnosticables. De forma similar, la audición dicótica puede ser anormal, pero sin hallazgos específicos o de lateralización.

4.2 Características

- ✚ Dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales.
- ✚ Las deficiencias del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente en el rendimiento académico o laboral, o en la comunicación social.
- ✚ No se cumplen los criterios de trastorno generalizados del desarrollo.
- ✚ Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

4.3 Descripción clínica

Lo más importante es la alteración significativa tanto de la comprensión, como de la expresión. En los casos leves, puede darse una comprensión lenta de las frases complicadas o un procesamiento lento de determinadas formas lingüísticas (por ejemplo, palabras poco usuales, poco comunes o abstractas; lenguaje espacial o visual). Pueden existir dificultades en la comprensión del humor o los modismos, y en leer indicadores situacionales. En casos graves, estas dificultades pueden ampliarse a frases o a palabras sencillas, lo que refleja un procesamiento auditivo lento. Se pueden observar mutismos, ecolalia o neologismos. Durante el período de desarrollo, el aprendizaje de las habilidades del lenguaje expresivo se deteriora por el enlentecimiento del procesamiento del lenguaje receptivo.

La mayoría de estos niños tienen dificultades para conservar recuerdos visuales y auditivos y para reconocer y reproducir símbolos en una secuencia ordenada. En algunos casos se observan anomalías en el EEG bilaterales. Otros tienen una deficiencia parcial de la audición para los tonos uniformes, un umbral más alto de excitación o una incapacidad para localizar el origen del sonido (Kaplan y Sadock, 1999).

4.4 Evaluación

La evaluación incluye una valoración del CI no verbal, de las habilidades sociales, de la agudeza auditiva, de la articulación, de las habilidades receptivas (comprensión de palabras sueltas, combinaciones de palabras y frases), de la comunicación no verbal (vocalizaciones, gestos y miradas) y de las habilidades del lenguaje expresivo. Las habilidades del lenguaje expresivo pueden medirse por la longitud media de los enunciados, las estructuras sintácticas, el vocabulario y la conveniencia social, que se comparan a las normas o pautas evolutivas. Existen instrumentos estandarizados para valorar la comprensión, con pautas que empiezan a los 18 meses.

Deben tenerse en consideración diagnósticos médicos, neurológicos y psiquiátricos (trastorno del aprendizaje, trastorno autista, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental, trastornos del estado de ánimo y mutismo selectivo) concomitantes.

4.5 Diagnóstico diferencial

El trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo se distingue de la afasia (que no es un trastorno del desarrollo sino una pérdida de las funciones del lenguaje preexistentes), de otros déficits adquiridos (normalmente causados por traumas o enfermedades neurológicas) o de la ausencia del lenguaje (un estado muy raro normalmente asociado a retraso mental profundo).

Los individuos con un trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo pueden aproximarse en la adolescencia a la gravedad del trastorno autista debido a la dificultad social, las estereotipias, a la resistencia al cambio y a la baja tolerancia a la frustración. Sin embargo, normalmente presentan mejores habilidades sociales, conocimiento del entorno, abstracción y comunicación no verbal. El criterio fundamental para diferenciarlo del trastorno de expresión del lenguaje, es que los niños con trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo tienen un déficit en la comprensión del lenguaje. Los niños con trastorno fonológico o tartamudeo tienen la comprensión y expresión del lenguaje normal, a pesar de presentar alteraciones del habla aunque al principio puede pasar desapercibido.

5. TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE EXPRESIVO

Es una afección en la cual un niño tiene una capacidad por debajo de lo normal en cuanto a vocabulario, producción de oraciones complejas y recordación de palabras. Sin embargo, los niños con este trastorno pueden tener las habilidades normales del idioma necesarias para entender la comunicación verbal o escrita.

5.1 Incidencia

Aproximadamente del 3 al 10% de todos los niños en edad escolar padecen el trastorno del lenguaje expresivo y es un asunto muy común en esta población.

5.2 Causas

Las causas de este trastorno no se comprenden bien. El daño al cerebro en el encéfalo y la desnutrición pueden ocasionar algunos casos. Los factores genéticos también pueden estar implicados.

5.3 Características

- Destrezas de vocabulario por debajo del promedio
- Uso inapropiado de los tiempos gramaticales (presente, pasado y futuro)
- Problemas para elaborar oraciones complejas
- Problemas para recordar palabras

5.4 Evaluación

Se deben practicar exámenes estandarizados del lenguaje expresivo y comprensión no verbal si se sospecha un trastorno del lenguaje expresivo. Además, es posible que sea necesario realizar pruebas para otros problemas del aprendizaje.

5.5 Tratamiento

El mejor método terapéutico para este tipo de trastorno es la terapia del lenguaje, cuyo objetivo es incrementar el número de oraciones que el niño puede utilizar. Esto se hace por medio de técnicas de construcción en bloque y fonología.

5.6 Complicaciones

- Problemas de aprendizaje
- Baja autoestima
- Problemas sociales

6. TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE COMPRESIVO

6.1 Definición: Presentan dificultad de comprensión y uso del lenguaje con escasa intencionalidad comunicativa. Les resulta difícil decodificar la fonología. Su Pensamiento aparece ilógico y difícil de seguir. No son conscientes del impacto que causa su conducta en los demás. No interpretan elementos suprasegmentarios de lenguaje.

6.2 Características:

- Dificultad para comprender y expresar nociones referidas al espacio y al tiempo.
- Reducciones significativas del sistema consonántico y de la estructura silábica.
- Dificultada par diferenciar géneros
- No comprenden órdenes
- Limitación para solucionar problemas
- Dificultad para hacer diferencias y semejanzas
- No son capaces de realizar analogías

- Incapacidad para hacer absurdos verbales y visuales

Evaluación: Se deben practicar exámenes estandarizados del lenguaje comprensivo, si se sospecha un trastorno del lenguaje comprensivo. Además, es posible que sea necesario realizar pruebas de C.I.

6.3 Tratamiento

El mejor método terapéutico para este tipo de trastorno es la terapia del lenguaje, cuyo objetivo es optimizar su nivel comprensivo de lenguaje.

6.4 Complicaciones

- Problemas de aprendizaje
- Baja autoestima
- Problemas sociales

6.5 Objetivo

Rehabilitar las dificultades a nivel de expresión y comprensión en el usuario, con el fin de lograr un mejor rendimiento en el ámbito familiar, escolar y personal.

6.6 Tratamiento y/o actividades de intervención

Para el tratamiento de los problemas del lenguaje expresivo y receptivo, resulta esencial la participación de un fonoaudiólogo. Se mantendrá la educación especial hasta que los síntomas mejoren. Una vez que se sitúa a un niño en el curso que le corresponde, se pueden necesitar todavía ayudas académicas suplementarias. Puede ser necesario tratamiento psiquiátrico para los problemas de atención y de conducta, y terapia del habla para un trastorno fonológico.

6.7 Actividades

Expresivo

- Construcción de frases con determinadas palabras.
- Descripciones de objetos, dibujos, etc.
- Explicaciones sobre situaciones habituales.
- Dramatización.
- Asociar palabras incompletas con un dibujo, fotografía u objetos.
- Repetición de frases en progresión de complejidad.
- Averiguar los sonidos/letras iniciales.
- Ídem para finales.
- Ídem para palabras omitidas.
- Buscar palabras que riman.
- Completar historias cortas.
- Repetir historias o cuentos. Contar historias sobre dibujos.
- Ver películas y cuestionario de preguntas posteriores.
- Críticas de textos orales.
- Imitaciones o ensayos sobre: hablar por teléfono, comprar, preguntar algo

- Acabar frases incompletas, con nombres, adjetivos o tiempos verbales apropiados.
- Reconocer formas correctas de palabras: singular-plural, tiempo verbal, masculino - femenino.

Receptivo o comprensivo

- Dichas unas palabras (pares o tríadas), expresar cuáles pueden asociarse de acuerdo a un criterio, cuales son diferentes, cuáles son parecidas.
- Identificación de sonidos.
- Clasificación de sonidos.
- Semejanzas y/o diferencias entre conceptos, objetos, animales, etc.
- Resolución de situaciones.
- Categorización-clasificación de palabras.
- Terminar narraciones.-
- Analogías.
- Construcción de frases.
- Ejercicios de escucha.
- Ejercicios de causa-efecto.
- Relaciones lógicas.
- Expresión de opiniones.
- Informes orales o narraciones.
- Comparar mensajes orales.
- Sacar conclusiones de una narración.
- Actividades específicas de memoria auditiva tales como secuenciaciones alfabéticas, de números, palabras, órdenes, estrofas, frases, textos, canciones.

Materiales

- Sonidos en CD
- Fichas con palabras
- Libros de cuentos
- Textos
- Dibujos y Fotografías
- Películas infantiles

7. INTERVENCIÓN TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

7.1 Trastornos del aprendizaje

Concepto: El DSM-IV contempla como trastornos del aprendizaje una serie de dificultades en el aprendizaje de las habilidades académicas, particularmente lectura, cálculo y expresión escrita. Las deficiencias evolutivas en la adquisición o ejecución de habilidades específicas se suelen hacer evidentes en la niñez, pero con frecuencia tienen consecuencias importantes en el funcionamiento posterior.

La definición de la mayoría de estos trastornos implica que un área particular del funcionamiento está deteriorada en relación con la inteligencia general. Como grupo, estos trastornos están ampliamente extendidos, englobando del 10 al 15% de la población en edad escolar (Hales y Yudofsky, 2000).

Los trastornos del aprendizaje implican déficit en el aprendizaje y la ejecución de la lectura, la escritura (no la caligrafía sino la expresión escrita) y el cálculo. Las personas con trastornos del aprendizaje presentan también normalmente un trastorno de la comunicación o de las habilidades motoras, quizás otros síntomas de disfunción cortical, problemas emocionales y motivacionales, o quizá trastornos psiquiátricos asociados.

Estos trastornos están definidos de manera que quedan excluidos aquellos individuos cuya lentitud en el aprendizaje queda explicada por falta de oportunidades educativas, escasa inteligencia, deficiencias motoras o sensoriales (visuales o auditivas) o problemas neurológicos.

Con frecuencia, el diagnóstico se realiza durante el período escolar. Durante los primeros años escolares, las habilidades básicas, atención y motivación construyen pilares para el aprendizaje subsiguiente. Los deterioros importantes en estas funciones se identifican en la necesidad de un abordaje precoz.

7.2 Etiología

Aunque desconocida, está presumiblemente relacionada con la maduración lenta, la disfunción o la lesión cortical o de otras áreas corticales relacionadas con estas funciones de procesamiento específicas. Sin embargo, la fuerza de la evidencia directa de anomalías biológicas o genéticas varía con los trastornos, y también están implicados claramente factores no biológicos. No existe razón para asumir que cada trastorno sea debido a un mecanismo patológico único, y la subtipificación podrá ser posible a medida que los mecanismos cerebrales implicados sean mejor comprendidos.

7.3 Evaluación

Los criterios del DSM-IV especifican que un diagnóstico debería basarse en algo más que en la observación clínica: siempre que sea posible es esencial evaluar la presencia de un déficit específico con protocolos de tests estandarizados. Dependiendo del trastorno, pueden resultar necesarias para el diagnóstico tanto las medidas formales del CI como las de habilidades específicas.

La evaluación incluye los tests de inteligencia, la valoración de las capacidades específicas (toda la gama de habilidades académicas, habla y lenguaje y función motora), y la observación de la conducta del niño en clase. Normalmente, debe determinarse la calidad de la enseñanza en la escuela antes de establecer el diagnóstico.

Resultan útiles tanto la valoración neurológica como la psiquiátrica (teniendo en cuenta especialmente los trastornos de conducta perturbadores, y trastornos de déficit de atención, otros trastornos del aprendizaje y la comunicación y la privación social, los tests de visión y audición, medidas del CI, psicológicas, neuropsicológicas y educativas (incluyendo la velocidad de lectura, la comprensión y la ortografía). Se espera que en un futuro las nuevas técnicas de imagen contribuyan significativamente a la valoración diagnóstica.

7.4 Tratamientos

El tratamiento de los trastornos específicos del aprendizaje requiere un abordaje educacional multimodal. Con el tiempo los casos leves pueden resolverse gracias a la educación y la práctica persistentes. Algunos individuos pueden compensarlos por medio de un aprendizaje excesivo, pero otros conservan déficit específicos de aprendizaje durante la edad adulta. Con frecuencia, los problemas conductuales asociados y las complicaciones intrapsíquicas persisten más allá de la duración del déficit evolutivo, y pueden permanecer sintomáticos durante la vida adulta.

En la práctica, debe diseñarse un plan individual de educación para cada niño, pero la calidad de la evaluación inicial y los servicios de tratamiento son variables. El manejo multidisciplinario y la comunicación resultan esenciales, ya que muchos especialistas y profesores pueden estar implicados en la educación y tratamiento de un solo niño. Una comunicación cuidadosa, especialmente durante los períodos de transición, resulta vital para mantener el progreso del desarrollo y el educacional.

Los trastornos del aprendizaje se clasifican o subdividen así:

7.4.1 Trastornos de lectura

La dislexia común se caracteriza por una adquisición lenta de las habilidades de lectura. La velocidad lectora lenta, comprensión deteriorada, omisiones y distorsiones de palabras y rotaciones de letras están más allá del nivel de rendimiento esperado basado en la edad y el CI.

7.4.2 Descripción clínica

Normalmente, estos individuos muestran dificultad en la tarea de traducir los símbolos verbales (letras) a palabras basadas en la audición. Además, a menudo se encuentran deterioradas la orientación derecha-izquierda, la discriminación auditiva y las habilidades perceptivo-motoras. Entre los signos de deterioro de las habilidades visuales y perceptivo-motoras se incluyen la rotación de letras (b, d), inversiones de letras, omisiones y sustituciones.

La mayoría de las veces todos los individuos con un trastorno de la lectura presentan problemas de ortografía, que pueden ser más graves, o durar más, que el problema de la lectura. Aproximadamente el 80% presentan otros déficit verbales demostrables.

Muchos manifiestan un trastorno de la expresión escrita, un trastorno fonológico, un trastorno de las habilidades motoras o una mala escritura. Algunos tienen lesiones o síntomas de lesión en el hemisferio no dominante. Son bastante frecuentes las dificultades de atención, incluso para tareas que no están relacionadas con la escritura y el lenguaje. Aproximadamente una cuarta parte muestran trastornos de conducta, que empiezan normalmente antes de la adolescencia o incluso antes de los años escolares. Aproximadamente un tercio de los niños con trastorno disocial presentan trastorno del desarrollo de la lectura.

7.4.3 Etiología

Parece ser que los factores etiológicos principales son neurológicos, pero la gravedad y duración de los síntomas están sujetas al aprendizaje y a la experiencia. Cuando se postulan defectos cerebrales en regiones corticales similares, los tests neuropsicológicos identifican modelos similares a individuos con trastornos cerebrales localizables. Los estudios neuropatológicos han demostrado anomalías neuroanatómicas que implican anomalías en el desarrollo del córtex cerebral. Estas ectopias neuronales y displasias están extendidas por el córtex, pero están principalmente concentradas en el hemisferio izquierdo, especialmente en la región perisilviana. En las regiones frontal inferior y temporal superior, estas anomalías neuronales incluyen micropoligiria, ectopias neuronales en la capa cortical 1, nódulos (pliegues cerebrales) y displasias arquitectónicas (Hales y Yudofsky, 2000).

Existe también una ausencia del modelo cerebral normal de una región amplia de dominio del lenguaje (la región de Broca) en el hemisferio izquierdo. En cambio, el planum temporal es simétrico en estos cerebros, de tal forma que no se ve el desarrollo normal de un centro de lenguaje diferenciado

8. TRASTORNOS DE ESCRITURA

8.1 Definición

Escritura defectuosa sin que un importante trastorno neurológico o intelectual lo justifique

La escritura es una actividad lingüística secundaria. Se pueden detectar aspectos comprensivos y de producción. El factor comprensivo está relacionado con el OUTPUT cognitivo o capacidad cognitiva. En cambio, el factor de producción está relacionado con el OUTPUT motor. Este último es el que se encuentra alterado en una disgrafía.

8.2 Causas

Dependiendo del tipo de disgrafía, las causas pueden ser en el caso de la disgrafía motriz, el niño encuentra dificultades en la escritura como consecuencia de una motricidad deficiente. En el caso de la disgrafía específica la dificultad para reproducir letras o palabras no responden a una dificultad específicamente motora, sino también a la mala percepción de las formas, problemas temporo-espaciales, ritmo, etc., lo que compromete a la motricidad fina.

8.3 Diagnóstico

A partir de los 6-7 años se puede hablar de una dificultad en la escritura cualquiera sea de los aspectos alterados. Una disgrafía normalmente muestra alterados los ítems 1 al 4.

Se puede hablar de una “pre-disgrafía” o de niño en riesgo a partir de los 4-5 años.

8.4 Características

- Calidad del trazo: muy fuerte o muy débil.

- Espacios inapropiados entre las letras, palabras o en la ubicación en la hoja (ej. empieza siempre dejando un espacio amplio luego del margen).
- Dificultad para mantenerse en el renglón.
- Letras desorganizadas o con el diagrama incorrecto
- Ilegibilidad

8.5 Tipos de disgrafía

Evolutiva: se denomina así al tipo de dificultad ocurrida por disfunción cerebral. El niño presenta dificultades desde el inicio del aprendizaje.

Adquirida: se denomina así a la disgrafía producida por lesión cerebral luego de un accidente. Se observa una pérdida de habilidades previamente adquiridas.

No Específica: producida por dificultades cognitivas y emocionales o por una incidencia del método de enseñanza en el rendimiento del niño. Este tipo de disgrafía se observa generalmente en niños con trastorno neurológico y bajo rendimiento cognitivo.

Específica: Producida por dificultades de lenguaje, aprendizaje motrices o visomotoras.

8.6 Perfiles

- SABE COMO ESCRIBIR PERO ES TORPE

Dificultades de aprendizaje: el niño disléxico generalmente muestra dificultades en la lectura, en el manejo de la ortografía y en la legibilidad de la escritura. Las dificultades de escritura pueden presentarse de esta manera en un disléxico o presentar un cuadro comórbido, es decir, que se suma al de las dificultades de lectura.

Dificultades motrices: el niño con dificultades motrices generalmente muestra dificultades en la organización de redacciones libres, en el copiado y en el diseño de las letras. No presenta dificultades en el significado de su escritura y es posible que no presente dificultades en la ortografía.

- NO SABE COMO ESCRIBIR

Dificultades visomotoras: este niño muestra dificultades severas en la organización espacial, en la legibilidad, en la planificación motriz y en la diagramación de las letras. Generalmente son niños torpes, que muestran descendida la figura humana, el armado de rompecabezas y la construcción con cubos.

9. TRASTORNOS DEL CÁLCULO

9.1 Definición

Las dificultades en el aprendizaje de las habilidades para realizar cálculos pueden señalar un tipo de trastorno de aprendizaje denominado **Discalculia**. Este trastorno supone una incapacidad para aprender a realizar operaciones aritméticas y confusiones numéricas inusuales. Esta alteración es poco conocida e infrecuente lo que suele dificultar que sea detectada por el entorno del niño.

9.2 Etiología

Independiente del nivel mental, de los métodos pedagógicos empleados, y de las perturbaciones afectivas, se observa en algunos niños la dificultad de integración de los símbolos numéricos en su correspondencia con las cantidades reales de objetos. El valor del número no se relaciona con la colección de objetos. Se constatan igualmente dificultades en efectuar una buena coordinación espacial y temporal, relación que desempeña un papel importante en el mecanismo de las operaciones y dificulta o imposibilita la realización de cálculos. Por lo general, el niño disléxico que rota, transpone o invierte letras o sílabas, repite los errores con los números (6 x 9); (69 x 96); (107 x 701). Esto, como es lógico, puede retrasar notablemente el aprendizaje numérico y aritmético, y desencadenar una discalculia. Dificultad en el grafismo de los números o la interpretación de las cantidades. Dificultad en los mecanismos matemáticos y en las operaciones y actividades de comprensión aritmética.

9.3 Signos o síntomas

- Confusión entre los signos aritméticos (confunden + por el signo -)
- Errores en las operaciones aritméticas
- Fallos en el razonamiento de la solución de Problemas matemáticos
- Dificultades para la realización de cálculo mental
- Escritura incorrecta de los números
- Errores en la identificación de los símbolos numéricos
- Confusiones entre números con una forma (el 6 por el 9) o sonido semejante, (el seis por el siete)
- Inversiones numéricas (69 por 96 ó 107 por 701...)
- Fallos en la seriación numérica como la repetición de números (en vez de 1,2,3,4,5... 1,2,2,3,4,5,5,5...) o la omisión de éstos (1,3,4,5,7,8...)



9.4 Diagnóstico

Ante la sospecha de una discalculia observada en el trabajo diario escrito y oral del niño, o ante reiterados fracasos en las evaluaciones de matemáticas, se debe realizar un sondeo de dificultades numéricas en forma individual con el niño. Se puede administrar:

- Dictados de números
- Copiados de números
- Cálculos no estructurados mediante juegos o gráficos
- Situaciones problemáticas – lúdicas

Estas actividades apuntan a diferenciar el tipo de error cometido

- Grafico - Numérico
- Del cálculo
- Del razonamiento

9.5 Tratamiento

En este caso, el tratamiento es individual y, en un primer momento, el niño deberá realizar actividades junto a un maestro de apoyo o bien con la familia (previo entrenamiento escolar). Después de un periodo de trabajo conjunto, se impulsará al niño a la practica Todos los ejercicios de rehabilitación matemática deben presentar un atractivo interés para que el niño se predisponga al razonamiento, en prime termino por agrado o por curiosidad , y luego, proceder al razonamiento matemático En ausencia de trastornos orgánicos graves, hay que proceder a la reeducación, con el empleo progresivo de objetos que se ponen en relación con un símbolo numérico, para instaurar en el individuo la noción de cantidad y la exactitud del razonamiento La adquisición de destreza en el empleo de relaciones cuantitativas es la meta de la enseñanza a niños discalcúlicos.

9.6 Objetivos de intervención

- **Objetivo general**

Superar las dificultades de lecto-escritura y cálculo matemático, con el propósito de obtener en el niño un óptimo rendimiento escolar

- **Objetivos específicos**

Lectura: adquirir un tipo lector e interpretación de textos acorde al grado escolar del paciente.

Escritura: desarrollar la escritura automática y espontánea según las necesidades comunicativas del menor.

Cálculo: lograr la correcta aplicación de operaciones matemáticas acorde al grado de escolaridad.

9.7 Tratamiento y/o actividades de intervención

- **Lectura**

- Lectura de cuentos ilustrados
- Utilización de lecturas ortofónicas
- Leer respetando signos de puntuación.
- Responder a preguntas literales
- Responder preguntas de tipo inferencial
- Explicar los sucesos que acontecen en una historieta
- Realizar una lectura y luego representar gráficamente lo entendido de la misma.

- **Escritura**

- ✚ Técnica de conciencia fonológica
- ✚ Punto y modo de cada fonema afectado con su respectiva representación grafica
- ✚ Integración grafema fonema
- ✚ Redacción de textos a partir de una gráfico o lámina
- ✚ Configuración grafica
- ✚ Hacer letras con diversos materiales: cartulina, plastilina, etc.

- **Cálculo**

- ✚ Reconocimiento de signos operacionales
- ✚ Aplicación de nociones para la correcta solución de las operaciones matemáticas
- ✚ Resolución de problemas.

- **Materiales**

- ✚ Lista de palabras
- ✚ Gráficos o láminas
- ✚ Cartulina
- ✚ Plastilina
- ✚ Hojas de papel

10. INTERVENCIÓN EN LA DISLALIA

10.1 Dislalia

Concepto: Se define a la dislalia como un trastorno para la producción de los sonidos articulados, donde no exista una entidad neurológica de base, éstas pueden ser clasificadas en dislalias orgánicas, cuando es determinada por una lesión anatómica de los órganos articulatorios, y dislalias funcionales, cuya causa reside en una mala coordinación muscular, debido a factores etiológicos diferentes. El diagnóstico diferencial se realiza con las disartrias; la terapia se realiza siguiendo las líneas generales de tratamiento para los trastornos articulatorios. Además inciden en el pronóstico distintos factores como el tipo de dislalia, cuantía y calidad de la afección anatómica, así como coeficiente intelectual, atención acústica, cooperación individual y familiar.

Se hace referencia a las dislalias como alteraciones en la articulación de los sonidos del habla, donde no existe una entidad neurológica de base.

10.2 Etiología

Pueden existir malformaciones o deformidades anatómicas de los órganos articulatorios, dislalias orgánicas; o simplemente una mala coordinación muscular, dislalias funcionales. Es la afección del habla más frecuente en la infancia, de pronóstico favorable en la mayoría de los casos, luego de la realización de un tratamiento fonoaudiológico oportuno.

10.3 Causas

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

A comienzos de este siglo xx, autores soviéticos trataron de explicar el surgimiento de la dislalia sobre bases de trastornos auditivos de carácter periférico por un lado, y con alteraciones en la función de los órganos de la articulación por otro.

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

Es necesario tener en cuenta que la pronunciación de los fonemas puede estar alterada de diferentes formas, por sustitución, distorsión y omisión; a su vez pueden variar de acuerdo con el número de fonemas afectados, pudiendo ser simple, múltiple y generalizada. Además la nomenclatura del trastorno correspondiente se determina con el uso del nombre griego del fonema, al que se une el sufijo (ismo). La alteración de la /r/ rotacismo, la de la /s/ sigmatismo, etcétera si el fonema no esta incluido en el alfabeto griego, se utiliza dislalia de nombre del fonema en español (Trabajo de Terminación de Residencia Dra. Regal 1984).

10.4 Clasificación

Según las causas podemos clasificar las dislalias en:

· **Dislalia evolutiva**, corresponde a una fase del desarrollo infantil en la que el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha, a causa de ello repite las palabras de forma incorrecta desde el punto de vista fonético. Dentro de una evolución normal en la maduración del niño, estas dificultades se van superando y sólo persiste más allá de los cuatro o cinco años, se puede considerar como patológicas.

· **Dislalia funcional**, es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje, puede darse en cualquier fonema, pero lo más frecuente es la sustitución, omisión o deformación de la /r/, /k/, /l/, /s/, /z/ y /ch/. Las causas pueden ser las siguientes:

- . Escasa habilidad motora de los órganos articulatorios
- . Dificultades en la percepción del espacio y el tiempo.
- . Falta de comprensión o discriminación auditiva.
- . Factores psicológicos (pueden ser causados por celos tras el nacimiento de algún hermano, la sobreprotección,)
- . Factores ambientales.
- . Factores hereditarios.
- . Deficiencia intelectual.

· **Dislalia audiógena**, esta alteración en la articulación es producida por una audición defectuosa provocando la dificultad para reconocer y reproducir sonidos que ofrezcan entre sí una semejanza, al faltarle la capacidad de diferenciación auditiva, dificultando la pérdida auditiva en menor o

mayor grado la adquisición y el desarrollo del lenguaje, el aprendizaje de conocimientos escolares, trastorna la afectividad y altera el comportamiento

Dislalia orgánica, son aquellos trastornos de la articulación que están motivados por alteraciones orgánicas. La dislalia orgánica puede ser de dos tipos:

. Disartria, recibe este nombre cuando el niño es incapaz de articular un fonema o grupo de fonemas debido a una lesión en las áreas encargadas en el lenguaje.

. Disglosia, la alteración afecta a los órganos del habla por anomalías anatómicas o malformaciones en los órganos del lenguaje son siempre causa de defectos de pronunciación. Sus causas están en malformaciones congénitas en su mayor parte, pero también pueden ser ocasionadas por parálisis periféricas, traumatismos, trastornos del crecimiento.

Estas alteraciones pueden estar localizadas en los labios, lengua, paladar óseo o blando, dientes, maxilares o fosas nasales, pero en cualquier caso impedirán al niño una articulación correcta de algunos fonemas.

10.5 Evaluación

- Instrumentos de evaluación propios del fonoaudiólogo
- Entrevista: historia y anamnesis evolutiva del lenguaje
- Examen de audición (audiometría)
- Desarrollo sensorio-perceptivo y motor
- Examen fonarticulatorio
- Técnicas de observación del lenguaje: aplicación del test de articulación

10.6 Objetivo de intervención

Rehabilitar el proceso articulatorio del paciente, a través de estrategias terapéuticas con el fin de obtener un desempeño comunicativo que le ayude en su ámbito familiar, social y escolar

10.7 Tratamiento

-Ésta se efectuará teniendo en cuenta las líneas generales de tratamiento, para los trastornos articulatorios.

- Utilización de articulaciones o cualidades de articulación, que lleve implícito el esqueleto funcional del fonema afecto.

- Movimientos biológicos con similares bases de funcionalismo.

-En las dislalias orgánicas se debe realizar la corrección de la deformidad o malformación anatómica, y valorar posteriormente la terapia fonoaudiológica.

El fonoaudiólogo evocará las posiciones y los mecanismos normales de los distintos fonemas, enseñará al sujeto a repetir el movimiento correcto. Se valdrá para esto de la imitación visual,

acústica y cenestésica de su propia articulación, que solicitará al paciente como fonema aislado en un principio, para sumarla luego en sílabas y sucesivamente en palabras.

10.8 Actividades

- Praxias linguales
- Punto y modo articulatorio
- Ejercicios prerrecurrentes
- producción aislada de fonemas afectados
- producción de fonemas afectados con vocales
- Producción de fonemas afectados con palabras
- Ejercicios de repetición y automatización
- Ejercicios de expresiones dirigidas
- Ejercicios de expresión espontánea
- Ejercicios de respiración (soplo)

10.9 Materiales

- Depresores linguales
- Láminas con palabras específicas
- Espejo
- Velas
- Pitillos
- Serpentina
- Confetis
- Papel
- Líquido para realizar burbujas
- Bombas
- Guantes quirúrgicos

11. INTERVENCIÓN EN LA DISFONIA

11.1 Disfonía

Concepto: La disfonía es cualquier alteración que se produce en la emisión de la voz. En el ámbito no médico se la conoce como ronquera y afonía, por lo que el paciente refiere que tiene la "voz ronca" o que "está afónico".

Causas: En términos generales se pueden diferenciar las disfonías en dos grandes grupos. Orgánicas y funcionales. En algunos casos las causas se superponen y los motivos de la disfonía son más de uno.

En ocasiones el paciente consulta refiriendo que presenta hiatus laríngeo. El hiatus (hiato, gap) laríngeo es una condición por la cual las cuerdas vocales no logran acercarse lo suficiente a la línea media produciendo una voz soplada con escape de aire. A este fenómeno se lo puede observar en los pacientes con patología tanto funcional como orgánica. El diagnóstico "hiatus laríngeo" puede resultar insuficiente si no se aclara cual es el motivo de este hiato. Por lo tanto, últimamente,

se está tratando de evitar este término y reemplazarlo directamente por la causa que lo produce como por ejemplo quiste intracordal.

Hay pacientes que presentan disfonía para la voz hablada pero no tienen problemas en la voz cantada, esto es así debido a que los mecanismos que se ponen en marcha en ambos casos son diferentes.

Otras causas son:

Abuso y mal uso vocal

- Laringitis aguda.
- Pólipos de cuerdas vocales
- Nódulos vocales.
- Cáncer laríngeo
- Reflujo gastroesofágico.

Parálisis de cuerdas vocales.

11.2 Clasificación

Disfonías orgánicas

- Esbozo nodular
- Nódulo/s de cuerdas vocales
- Pólipo/s de cuerdas vocales
- Quiste cordal
- Granuloma
- Parálisis recurrencial
- Distonía laríngea
- Tumor de cuerdas vocales
- Surco cordal
- Edema de Reinke
- Laringitis aguda y/o crónica
- Estenosis laríngea
- Leucoplasia
- Hematoma intracordal
- Queratosis
- Laringitis por reflujo

Disfonías funcionales

- Hiperfunción
- Hipofunción
- Disfonía pitiática
- Disfonía espástica
- Otras alteraciones del hábito fonatorio (uso incorrecto de la voz) que producen síntomas como: fatiga vocal, carraspeo, sensación de cuerpo extraño, tensión vocal, dolor al hablar,

necesidad de aumentar el volumen de la voz, disfonía del fin de semana o del fin de día con recuperaciones transitorias.

11.3 Objetivo de intervención

Reeducar la voz del paciente, con el fin de mejorar su herramienta de comunicación.

11.4 Tratamiento

Para cada causa existe un tratamiento específico. Las herramientas terapéuticas que más se utilizan son:

1. Relajación: total o parcial. Se pueden utilizar diferentes técnicas.

a) Total: trabajando el cuerpo entero y favoreciendo también la relajación a nivel mental.

b) Parcial: trabajando por separado cada parte del cuerpo o la zona que vemos está más contraída y afecta a la producción de la voz.

Para la relajación, especialmente de la zona de los hombros, cuello, laringe y cara, se suele utilizar el masaje. De todas formas hay que tener en cuenta que en las disfonías producidas por una relajación de los músculos de la laringe no se trabaja la relajación ya que agravaría el problema.

2. Respiración

Es una de las fases más importantes en el tratamiento ya que suele ser la causa o uno de los aspectos que más influyen en las disfonías. Se comienza a trabajar con el paciente tumbado para posteriormente pasar a la posición de sentado y finalmente de pie. El tipo de respiración que se intenta conseguir es la costo-diafragmática ya que es la que permite una mayor inspiración e espiración de aire y aumenta la capacidad pulmonar del paciente. En esta fase del tratamiento también se suelen introducir ejercicios fonatorios durante la espiración.

3. Ejercitación muscular: del sistema bucofonatorio y musculatura asociada

En esta fase trabajamos mediante ejercicios y masajes los músculos de hombros, cuello y cara.

Estos ejercicios son una especie de "gimnasia" en la que, por ejemplo, el paciente debe mover el cuello hacia derecha-izquierda, girarlo... o abrir-cerrar la boca exageradamente, colocar la lengua en una determinada posición, etc.

4. Impostación vocal

Es la última fase del tratamiento y la culminación de este. En ella se enseña al paciente a fonar (producir voz, hablar) correctamente coordinado la respiración y los movimientos de la boca, cuello,... necesarios evitando la contracción de los músculos innecesarios y la realización de pautas incorrectas que son las que llevaron a la disfonía. Se enseña al paciente a escuchar su voz y emitirla en el tono e intensidad más óptimos para él. Pero lo más importante del tratamiento es enseñar al paciente a vigilar y controlar su higiene vocal y los malos hábitos ya que suelen ser la causa principal de las disfonías y si no los eliminamos el tratamiento será inefectivo.

11.5 Prevención

Se puede enfocar desde la evitación y/o eliminación de:

Agentes externos: tabaco, alcohol, gases nocivos (lacas, tintes,...), comidas y bebidas fuertes o demasiado calientes o frías, determinados medicamentos, ambientes muy calientes o fríos, cambios bruscos de temperatura, ambientes ruidosos que obligan a forzar la voz, situaciones de estrés...

- **Hábitos incorrectos:**

- ✚ Respirar por la boca
- ✚ Hablar más alto o en un tono inadecuado,
- ✚ "Carraspear" o toser frecuentemente,
- ✚ Forzar la voz cuando ésta no está bien
- ✚ Chillar, gritar frecuentemente,...
- ✚ Hablar susurrando
- ✚ Hablar mientras se realiza un esfuerzo físico importante (ej. Levantar o moverse con algo de peso)

La mayoría de estos hábitos pueden corregirse o modificarse para que, si se dan, el perjuicio para la laringe sea el menor posible.

- **Hábitos correctos:**

- ✚ Mantener una buena hidratación de las cuerdas bebiendo agua, haciendo gárgaras, tomando vahos,...
- ✚ En personas que necesiten hablar mucho por su profesión tener periodos de descanso y no forzar la voz
- ✚ Postura corporal correcta
- ✚ Alimentación correcta
- ✚ Dormir 8 horas mínimas diarias
- ✚ Relajación

Lo más importante es que el paciente se dé cuenta de cómo habla y qué pautas sigue para hacerlo para así intentar evitar o corregir aquellas que no realice correctamente. De la misma forma se debe concienciar a la población de la importancia de su voz y de la incorporación a su vida diaria de una serie de hábitos para cuidarla y mejorarla.

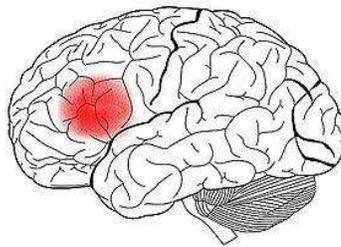
12. INTERVENCIÓN DE LA AFASIA DE BROCA

Afasia de broca

Definición: "Esta afasia se caracteriza básicamente por una conversación no fluida, disminución de la expresión verbal, mayor esfuerzo para hablar, menor longitud en las oraciones expresadas, disprosodia y agramatismo (suspensión de la mayoría de los engrases gramaticales, con un uso preponderante de sustantivos, verbos y adjetivos). Generalmente se reducen conjuntamente trastornos motores en la articulación (apraxia en la articulación y disartria).

Algunos neurólogos afirman que lo que algunos especialistas en logopedia denominan síntomas apraxicos en el lenguaje, son únicamente una forma de afasia transitoria carente de fluidez. Las lesiones que se encuentran situadas específicamente dentro del área de Broca producen apraxia o esta clase de afasia transitoria. Las lesiones que abarcan una zona más amplia causan un cuadro clínico más clásico y crónico.

La comprensión del lenguaje hablado es siempre cualitativamente mejor en la afasia de Broca que la producción del lenguaje. Existe mucha variación desde lo casi normal hasta lo francamente patológico o anormal. Generalmente, los afásicos de Broca tienen dificultades para comprender las relaciones sintácticas, presentando dificultades para comprender aquellos enlaces sintácticos que a su vez les es difícil expresar. La capacidad de repetición siempre es anormal, y las pruebas de evocación de palabras (nombra objetos y figuras) generalmente ofrecen resultados muy deficientes. En general, la lectura en voz alta y la comprensión de la lectura se ven afectadas, aunque algunos pacientes pueden realizar bien este tipo de actividades. La lectura es defectuosa, y se caracteriza por errores en la ortografía y omisión de letras. Además, la mayoría de los pacientes presentan hemiparesia y utilizan la mano izquierda para escribir aunque algunos pacientes simplemente *no pueden escribir por padecer paresia*”.



Signos y síntomas

Se caracteriza por una alteración del cerebro de la circunvolución frontal con fallas para establecer secuencias en el tiempo, inercia patológica, perseveraciones. Tales características pueden ser evidentes en el plano motor, pero lo importante es el efecto sobre el lenguaje expresivo; al perderse la fluidez en un orden consecutivo, de modo que no sólo se tienen problemas con la producción de las palabras, sino también con los enunciados en los que aparece agramatismo y el llamado lenguaje telegráfico.

Lenguaje espontáneo

- Imposibilidad para emitir palabras Mutismo severo al inicio.
- Gran esfuerzo para iniciar el discurso.
- Parafasias fonémicas, fonéticas verbales.
- Lenguaje telegráfico.

Comprensión

- La tiene conservada.

Repetición

- Presenta dificultad en la repetición de palabras

- Severamente alterada la memoria a corto plazo

Denominación

- Alterada por la presencia de anomias y latencias

Lectura – escritura

- Copia conservada
- Escritura espontánea alterada Perseverativa
- Escritura torpe, con esfuerzo.
- Omisiones de grafemas y agramatismo
- Lectura limitada
- Comprensión alterada

Esta es una afasia no fluida ya que hay dificultad en expresión del lenguaje, pero la comprensión verbal auditiva está relativamente conservada.

Objetivo de intervención

Fomentar la fluidez verbal, a través de actividades dirigidas³ con el fin de mejorar el proceso comunicativo.

Métodos de intervención: Lenguaje expresivo

- Discurso oral
- Discurso conversacional
- Discurso descriptivo
- Fluidez oral
- Línea melódica
- Longitud de la frase
- Agilidad articulatoria
- Lenguaje automático
- Lenguaje repetido
- Repetición de frases
- Lenguaje denominativo

Actividades de intervención

1. Frente a un espejo se le pide al usuario que realice los siguientes movimientos de los órganos fonarticuladores (lengua, labios, mejillas, mejillas).

Lengua

- Sacar y meter la lengua con la boca abierta
- Llevar la lengua arriba (labio superior) y abajo (en el labio inferior) con la boca abierta
- Llevar la lengua de un lado a otro tocando los lados de los labios

- Con la punta de la lengua empujar una mejilla y luego la otra.
- Lengua arriba y abajo detrás de los dientes
- Tocar con la punta de la lengua, el paladar en la parte de atrás

Labios

- Hacer posición de beso y sonrisa con los labios juntos
- Llevar los labios adelante y atrás mostrando los dientes
- Imitar la posición de las vocales (a, e, i, o, u,)

Mejillas

- Inflar las mejillas y sostener el aire

Mandíbula

- ✚ Abrir y cerrar la boca lentamente.
- ✚ Mover la mandíbula inferior de un lado a otro
- ✚ Pedirle al usuario que repita las palabras que el cuidador le va diciendo, se comienza por el nombre completo, después se utilizar palabras que comienzan con /b/; /p/; /m/; como: pato, piano, piso, barco, balón, mamá, mesa, madera.
- ✚ Repetir palabras con ayuda de dibujos que se encuentran en revistas o libros.
- ✚ Leer textos cortos en voz alta y lo más rápido que la persona lo pueda realizar.

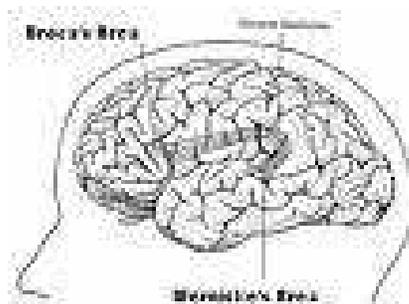
13. INTERVENCION EN AFASIA DE WERNICKE

Afasia de Wernicke

Definición: “La afasia de Wernicke es una afasia fluida caracterizada por presentar dificultades tanto en la comprensión del lenguaje como en la repetición de palabras. La expresión oral es fluida pero parafásica. La parafasia consiste en la omisión de partes de palabra, el uso incorrecto de palabras, uso de neologismos (palabras inventadas) y la sustitución de fonemas incorrectos en el lugar de los correctos. La parafasia verbal es el uso de palabras inadecuadas. La parafasia literal se caracteriza por la sustitución de fonemas correctos por fonemas incorrectos.

La expresión oral fluida puede ser expresiva, lo que se conoce como logorrea. La longitud de frase es normal y, en la mayoría de los casos, la estructura sintáctica es bastante aceptable. Generalmente no se producen alteraciones en la articulación ni en la prosodia. Con frecuencia su habla carece de significado y las palabras que utilizan reciben el nombre clínico de lenguaje vacío. Es común el uso de jergas y en algunos casos, la expresión llega a ser incomprensible por el uso desmedido de jergas y vocablos neologistas. Esta característica los conviene en afásicos de jerga neologista.

Se reduce la capacidad para comprender el lenguaje, y algunos pacientes parecen no entender en absoluto el lenguaje hablado. Otros comprenden solo algunas palabras y, en algunos casos, presentan dificultades de diverso grado para distinguir fonemas. La capacidad de repetición del lenguaje oral es escasa, y las pruebas de evocación de palabras se caracterizan por presentar muchos fallos o numerosos errores parafásicos. La lectura se halla normalmente alterada en *paralelo al déficit en la comprensión del lenguaje hablado*”.



Signos y síntomas

La característica principal es la incapacidad para comprender las palabras o para distribuir los sonidos en un habla coherente.

Lenguaje espontáneo

- parafasias verbales, fonéticas, fonémicas (temporo-parietal) y semánticas (posterior parieto-occipital)
- Neologismos
- Logorrea
- Paragramatismos
- Jergafasias en algunos casos

Comprensión

- Dificultad para asignar la fuente de sonido al agente que lo emitió.
- Dificultad para parear información prosódica con una escena adecuada.
- Alteración para comprender y reconocer nombres de objetos, colores, números y grafemas

Repetición

- Presencia de parafasias y ecolalias

Denominación

- Se encuentra alterada utilizando circunloquios.
- Dificultad para denominar objetos, grafemas, números y colores

Lectoescritura

- Tiene presencia de parafasias fonémicas, fonéticas, y sustituciones.
- Incapacidad para escribir al dictado y espontánea-mente.
- Escritura por copia es conservada.

Objetivo de intervención

Fortalecer el lenguaje comprensivo y expresivo, a través de actividades dirigidas, buscando mejorar la capacidad de comunicación en la vida diaria.

Métodos de intervención

Lenguaje comprensivo

- Reconocimiento auditivo
- Reconocimiento auditivo de objetos
- Reconocimiento auditivo de acciones
- Discurso comprensivo

Lenguaje expresivo

- Lenguaje repetido
- Repetición de frases

Actividades

1. Realizar masajes alrededor de los órganos fonoarticuladores con el dedo pulgar de forma circular, con la ayuda de crema o aceite, buscando aumentar la tonicidad orofacial.
2. En la casa ubíquese en diferentes espacios (sala, comedor, cocina, habitación, baño, jardín) y nómbrle cada uno de los elementos característicos de este lugar y pídale al usuario que se los señale y en la medida de lo posible lo repita. Ejemplo: al momento de cepillarse los dientes cuénteles que se realiza en el baño y que necesitan diferentes implementos como lo son el cepillo, la crema de dientes y el vaso, luego de que se cepille los dientes pídale que le muestre el vaso, la crema y el cepillo y que en la medida de lo posible trata de repetirlos.
3. Se le solicita al usuario que repita secuencias como los números 1, 2, 3, 4, etc., después con los días de la semana y con los meses del año.
4. Frente a un espejo se le pide al usuario que realice los siguientes movimientos de los órganos fonoarticuladores (lengua, labios, mejillas, mejillas). Se realizan de 5 a 10 repeticiones de cada ejercicio.

Lengua

- Sacar y meter la lengua con la boca abierta

- Llevar la lengua arriba (labio superior) y abajo (en el labio inferior) con la boca abierta
- Llevar la lengua de un lado a otro tocando los lados de los labios
- Con la punta de la lengua empujar una mejilla y luego la otra.
- Lengua arriba y abajo detrás de los dientes
- Tocar con la punta de la lengua, el paladar en la parte de atrás

Labios

- Hacer posición de beso y sonrisa con los labios juntos
- Llevar los labios adelante y atrás mostrando los dientes
- Imitar la posición de las vocales (a, e, i, o, u,)

Mejillas

- Inflar las mejillas y sostener el aire

Mandíbula

- Abrir y cerrar la boca lentamente.
- Mover la mandíbula inferior de un lado a otro

13.1 plan de intervención de la afasia de Wernicke

JUSTIFICACION

Este plan de intervención está orientado hacia la rehabilitación del lenguaje comprensivo, que permitirá al usuario superar las alteraciones, encaminadas a lograr una mejor adaptación al medio social.

El área de wernicke radica en la decodificación auditiva de la función lingüística; función que se complementa con la del área de broca que procesa la gramática. Esta área se denomina como fluente, por lo que el paciente no presenta problemas en la articulación de palabras; no hay disfunción motora del habla, sin embargo, éste no comprende lo que oye, denominada como no fluente, donde sucede lo contrario, se pierde la habilidad de elaboración de palabras, y el paciente comprende lo que escucha.

Al presentar una lesión en las áreas temporo-parietales del cerebro, va ocasionar una **afasia de Wernicke**, la cual un síndrome caracterizado por presentar habla fluente con alteraciones de la comprensión. Se manifiesta tras una lesión en tercio posterior de las circunvalaciones temporales del hemisferio izquierdo, zona cortical encargada de la función auditiva. Se expresa en dificultades para analizar los sonidos de la lengua, trastornándose la comprensión y expresión del lenguaje oral, imposibilitando la repetición correcta de elementos lingüísticos aislados e impidiendo la percepción de conjuntos de sonidos como poseedores de significado.

En la **afasia de Wernicke** los signos a nivel comunicativo son:

- Las palabras que usa están transformadas, cambiadas de lugar y alteradas en su fonética

- El usuario presenta alteración para comprender y reconocer nombres de objetos, colores, números y grafemas
- El usuario presenta parafasias y ecolalias

Objetivo general de intervención

Fortalecer el lenguaje comprensivo, a través de actividades dirigidas, buscando potencializar el nivel de autonomía del usuario.

Estrategias de intervención

AREAS

Lenguaje

Es la manifestación sensible del poder que tiene el hombre de penetrar en la realidad más allá de la multiplicidad de estímulos, y de abarcar mucho campo y ganar una posición de dominio frente a todo aquello que le afecta de algún modo. Cuando sabemos el nombre de una realidad, parece que dominamos en cierta medida. Dar nombre es caracterizar, enmarcar, delimitar, tener en cierto grado bajo control.

El lenguaje permite al ser humano orientarse al enmarcar y dar sentido a los mil y un fenómenos que tejen su vida diaria. La vida del hombre se constituye con trama de interrelaciones. El vehículo de estas es la palabra. El lenguaje es un campo de luz en el cual se iluminan las cosas y fenómenos con sólo ocupar el puesto que les corresponde.

SUB-AREA

Lenguaje comprensivo

AREA

Audición

Constituye los procesos psico-fisiológicos que proporcionan al ser humano la capacidad de oír.

Más allá de las ondas sonoras (física del sonido), el proceso de la audición humana implica procesos fisiológicos, derivados de la estimulación de los órganos de la audición, y procesos psicológicos, derivados del acto consciente de escuchar un sonido.

Siendo este un sentido muy importante para nuestra vida cotidiana. Mediante el sonido nos podemos comunicar, escuchar música, disfrutar de los sonidos de la naturaleza, nos sirve también para ponernos alerta ante algún tipo de peligro, etc.

SUB-AREA

Percepción Auditiva

Materiales

- Espejo
- Foto reciente de la familia
- Letras impresas en papel

Duración de actividad

La duración de la actividad depende del desempeño del usuario, es recomendable no saturarlo con tantas actividades. El tiempo estipulado por actividad va de 5 a 10 minutos. Dos veces al día.

Actividades

1. Frente a un espejo se ubica al usuario y el cuidador le realiza las siguientes actividades.
 - Recordarle cual es su nombre
 - Que ocupación u oficio desempeñaba
 - Cuántos años tiene
 - Luego se le muestra una foto reciente y se le pregunta ¿quién es la persona que está en la foto?

Buscando así que el usuario inicie el reconocimiento de sí mismo.

2. Se le muestra una foto de tamaño mediano o grande de la familia y se le va mencionando cada una de las personas que aparecen en la foto, seguidamente se le pide que repita el nombre de cada una de las personas que anterior mente se le nombraron e indique el parentesco.
3. A través del medio en que rodea al usuario, se le pide que según lo observado formule oraciones, buscando describir lo que observa.
4. Se le deben repetir de forma correcta, despacio y bien pronunciadas las letras del abecedario, frente a un espejo, para que se observe, repita y distinga las diferencias auditivas de cada letra. *Ejemplo: /p/; /b/; /d/; /t/; /s/... se puede utilizar como apoyo las letras impresas en papel.*

Recomendaciones

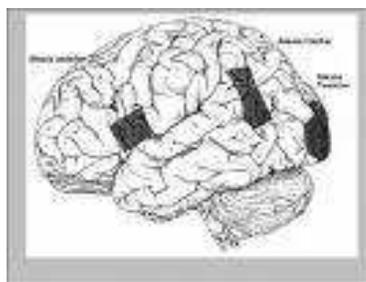
- Es importante estar en un proceso de acompañamiento usuario- cuidador durante el desarrollo de las actividades.
- Las actividades anteriormente sugeridas se deben realizar de forma dinámica y en lapso de tiempos cortos 10 minutos por actividad.
- Es importante comprender el estado de ánimo del usuario.
- Respetar el ritmo de trabajo por actividad del adulto cuando esté desarrollando la actividad.
- Estas actividades no sustituyen la terapia del lenguaje. Por tal motivo es recomendable asistir a terapia con el servicio de fonoaudiología.

14. INTERVENCION EN AFASIA TRASCORTICAL MOTORA

14.1 Afasia trascortical motora

Estos trastornos del lenguaje son síndromes afásicos cuyas lesiones se hallan situadas fuera de la zona perisilviana. Se los denomino de diferentes formas, pero wernicke las identifico como afasias trascorticales, y probablemente se identifiquen mejor con esta denominación que con el resto. Benson (1979), las denomino síndromes afásicos de la zona limítrofe, ya que las lesiones generalmente se producen en una zona vascular limítrofe entre el campo de la arteria cerebral media y el área irrigada por las arterias cerebrales anterior o posterior. Un signo distintivo de las afasias trascorticales es la conservación de la capacidad para repetir con total exactitud. Por el contrario, las afasias del área perisilviana muestran un defecto en la repetición.

La afasia motora trascortical es una afasia carente e fluidez, que se caracteriza por tener menos abundancia del lenguaje y existir un mayor esfuerzo para poder expresarse que en el caso de la afasia de Broca. El discurso en serie, la repetición y la comprensión son sorprendentemente normales. La lesión es anterior o superior al área de Broca en el hemisferio dominante.



Signos y síntomas

Se caracteriza por ausencia de lenguaje espontáneo; el paciente tiene imposibilidad para contestar brevemente a las preguntas y aunque presenta dificultad para iniciar y organizar su respuesta, una vez iniciada esta bien articulada.

Lenguaje espontánea

- alteración en la iniciación del lenguaje
- Lenguaje espontáneo reducido
- Respuestas cortas
- Mutismo casi completo
- Lenguaje explosivo
- Lenguaje telegráfico
- Articulación lenta
- prosodia

Comprensión

- alteración en oraciones complejas

Repetición

- Limitada en casos severos
- Puede estar intacta se caracteriza por ser rápida, bien articulada y gramaticalmente correcta.
- Esta mucho mejor preservada que la capacidad para habla r de modo espontáneo

Denominación

- Alterada
- Anomias
- Perdida de la memoria inmediata

Lectura – escritura

- Lectura sin comprensión
- Escritura severamente alterada

Objetivo de intervención

Favorecer el proceso comunicativo del usuario, por medio de estrategias dinámicas con el fin de mejorar el desempeño comunicativo.

Métodos de intervención

Lenguaje expresivo

- Discurso oral
- Discurso conversacional
- Discurso descriptivo
- Fluidez oral
- Línea melódica
- Longitud de la frase
- Agilidad articulatoria
- Lenguaje automático
- Lenguaje denominativo

Actividades de intervención

1. Frente a un espejo se le pide al usuario que realice los siguientes movimientos de los órganos fonarticuladores (lengua, labios, mejillas, mejillas).

Lengua

- Sacar y meter la lengua con la boca abierta
- Llevar la lengua arriba (labio superior) y abajo (en el labio inferior) con la boca abierta
- Llevar la lengua de un lado a otro tocando los lados de los labios

- Con la punta de la lengua empujar una mejilla y luego la otra.
- Lengua arriba y abajo detrás de los dientes
- Tocar con la punta de la lengua, el paladar en la parte de atrás

Labios

- Hacer posición de beso y sonrisa con los labios juntos
- Llevar los labios adelante y atrás mostrando los dientes
- Imitar la posición de las vocales (a, e, i, o, u,)

Mejillas

- Inflar las mejillas y sostener el aire

Mandíbula

- Abrir y cerrar la boca lentamente.
 - Mover la mandíbula inferior de un lado a otro
2. Por medio del periódico y/o revistas se le pide al usuario que lea en voz alta. Con el fin de ejercitar praxias orofaciales al momento de articular palabras.
 3. Realizar masajes alrededor de los órganos fonoarticuladores con el dedo pulgar de forma circular, con la ayuda de crema o aceite, buscando aumentar la tonicidad orofacial.

14.2 plan de intervención de Afasia Transcortical Motora

JUSTIFICACION

Este plan de intervención está orientado hacia la rehabilitación del lenguaje expresivo, siendo este un elemento de vital importancia el cual permite la integración del usuario en un medio social.

Por tal motivo, el lenguaje es vital para la comunicación del ser humano, en donde al verse afectado proporcionaría una dificultad en el proceso de comunicación.

Refiriendo a lo anterior. Existen diversas dificultades en donde se puede ver afectado el proceso de comunicación, en donde encontramos las lesiones a nivel de la sustancia blanca inmediatamente anterior al asta frontal del ventrículo lateral izquierda, o por lesiones corticales y de sustancia blanca en las regiones pre-frontales y pre-motoras que rodean el opérculo frontal. La cual desencadenaría una **afasia transcortical motora**. En donde se sufre de una reducción importante del habla espontánea: es dificultosa, escasa, disprosódica y generalmente compuesta de frases cortas. Esto contrasta con su repetición, ya que pueden llegar a repetir frases bastante largas. Sería, por tanto, similar a la afasia de Broca, aunque más leve y con la repetición conservada. La comprensión está preservada y conservan la capacidad de denominación, aunque suelen necesitar ayudas articulatorias.

Suele acompañarse de alteraciones motoras derechas. También puede presentarse apraxia ideomotor, afectando a la realización de acciones a la orden con el miembro superior izquierdo no paralizado.

Objetivo general de intervencion

Favorecer el proceso comunicativo del usuario, por medio de estrategias dinámicas con el fin de mejorar el desempeño comunicativo.

Estrategias de intervención

AREA

Lenguaje

Es la manifestación sensible del poder que tiene el hombre de penetrar en la realidad más allá de la multiplicidad de estímulos, y de abarcar mucho campo y ganar una posición de dominio frente a todo aquello que le afecta de algún modo. Cuando sabemos el nombre de una realidad, parece que dominamos en cierta medida. Dar nombre es caracterizar, enmarcar, delimitar, tener en cierto grado bajo control.

El lenguaje permite al ser humano orientarse al enmarcar y dar sentido a los mil y un fenómenos que tejen su vida diaria. La vida del hombre se constituye con trama de interrelaciones. El vehículo de estas es la palabra. El lenguaje es un campo de luz en el cual se iluminan las cosas y fenómenos con sólo ocupar el puesto que les corresponde¹.

SUB - AREA

Lenguaje comprensivo y expresivo

AREA

Audición

Constituye los procesos psico-fisiológicos que proporcionan al ser humano la capacidad de oír.

Más allá de las ondas sonoras (física del sonido), el proceso de la audición humana implica procesos fisiológicos, derivados de la estimulación de los órganos de la audición, y procesos psicológicos, derivados del acto consciente de escuchar un sonido.

Siendo este un sentido muy importante para nuestra vida cotidiana. Mediante el sonido nos podemos comunicar, escuchar música, disfrutar de los sonidos de la naturaleza, nos sirve también para ponernos alerta ante algún tipo de peligro, etc.

SUB – AREA

Discriminación auditiva**Materiales**

- Espejo
- Foto reciente
- Letras impresas en papel
- Sonidos característicos de animales, medios de transporte.

Duración de actividad

La duración de la actividad depende del desempeño del usuario, es recomendable no saturarlo con tantas actividades. El tiempo estipulado por actividad va de 5 a 10 minutos.

Actividades de intervención

1. A través de imágenes de revista, periódico donde se realice una acción se le pide al usuario que describa lo observado.
2. Mostrarle al usuario diversos objetos con diferentes colores y pedirle por ejemplo que nos de "la manzana roja", "el lápiz azul", etc.... Después se le suprime la ayuda de darle el nombre del objeto y solo se le pide el color.
3. Por medio de cualquier actividad cotidiana, entablar una conversación con el usuario, un día de limpieza, el cuidado de las plantas, hacer un pastel, etc.... Utilizar la actividad para ir nombrando los diferentes objetos que se utilizan, decir alguna característica de los mismos, decir cosas que sean parecidas, diferentes, etc.
4. Grabar sonidos que el usuario deberá identificar. Estos sonidos pueden ser de:
 - Animales (pájaros, perros, gatos, etc...)
 - Medio ambiente (una puerta que se cierra, truenos, lluvia, gente, etc...)
 - Instrumentos musicales (una flauta, un tambor, etc...)
 - Propio cuerpo (roncar, voz, toser, risas, llantos, etc.)
5. Se le deben repetir de forma correcta, despacio y bien pronunciadas las letras del abecedario, frente a un espejo, para que se observe, repita y distinga las diferencias auditivas de cada letra. *Ejemplo: /p/; /b/; /d/; /t/; /s/... se puede utilizar como apoyo las letras impresas en papel.*

Recomendaciones

- Es importante estar en un proceso de acompañamiento usuario- cuidador durante el desarrollo de las actividades.
- Las actividades anteriormente sugeridas se deben realizar de forma dinámica y en lapso de tiempos cortos 10 minutos por actividad.
- Es importante comprender el estado de ánimo del usuario.
- Respetar el ritmo de trabajo por actividad del adulto cuando esté desarrollando la actividad.
- Estas actividades no sustituyen la terapia del lenguaje. Por tal motivo es recomendable asistir a terapia con el servicio de fonoaudiología

15. INTERVENCION DE AFASIA GLOBAL

15.1 Afasia global

Este trastorno afásico, conocido como afasia total, ha sido reconocido y aceptado por muchos neurólogos y logopedas. La afasia global se caracteriza por un deterioro importante de las capacidades de la comprensión y la expresión del lenguaje. Generalmente la persona es muda o utiliza una vocalización repetitiva.

Esta clase de afasia se produce generalmente por una gran lesión en el área perisilviana (el área de Broca, área de Wernicke y área 39 y 40). La lesión carece de sentido para el neurólogo en relación con la afasia, excepto si se produce en la región perisilviana izquierda.

El lenguaje expresivo se ve afectado en todos los casos, aunque el mutismo total muy pocas veces se extiende más allá de la fase inicial. El paciente puede utilizar con frecuencia una fonación llena de inflexiones y algunas veces, palabras simples como pueden ser insultos de forma repetida. Generalmente se detecta una mejor comprensión en relación con la producción en la afasia global. Con frecuencia, el afásico global tiende a interpretar la comunicación no verbal a través de gestos y del lenguaje facial y del cuerpo. Esta comprensión no verbal puede confundirse por comprensión del lenguaje hablado.

El afásico global no repite. Si el paciente que aparentemente sufre una afasia global puede repetir, el neurólogo o el logopeda deberán sospechar de la existencia de uno de los síndromes afásicos transcorticales en lugar de una afasia global. Se produce un deterioro en la capacidad para nombrar objetos que puede ser completa y muy grave. También se produce un deterioro total o importante de la lectura y la escritura. Muchas de las funciones del lenguaje no son reversibles tras el tratamiento. *”Tomado de la neurología para los especialistas del habla y del lenguaje”*

Signos y síntomas

- Imposibilidad de expresar secuencias verbales por trastorno del lenguaje interior.
- Imposibilidad en el reconocimiento y discriminación de fonemas por alteración del oído fonemático.
- Se caracteriza por una incapacidad total para evocar y pronunciar palabras y con afectación severa de la comprensión, alexia, agrafia y apraxia.
- El lenguaje espontáneo, cuando no está inhabilitado, se reduce a monosílabos o expresiones estereotipadas.
- Síntomas apraxicos.
- Mutismo.
- Responde a sí – no de modo correcto, en preguntas de uso cotidiano.
- La comprensión está limitada a órdenes simples.
- La repetición es imposible o reducida a fragmentos silábicos.
- La denominación se encuentra alterada.
- La lectura y la escritura esta defectuosa.
- La afasia global es una afasia no fluida ya que hay dificultad en expresión del lenguaje, pero la comprensión verbal auditiva está relativamente conservada.

Objetivo de intervencion

Favorecer el proceso de comunicación a través de actividades lúdicas buscando incrementar la comprensión y expresión del lenguaje oral.

Métodos

Se utiliza la técnicas de estimulación propioceptivas patrón respiratorio y la lúdica, con el fin de que el usuario pueda reavivar los conceptos que se han olvidado y así pueda comprender todo aquello que pasa a su alrededor para que vea la necesidad de comunicarse con las personas que lo rodean.

Estrategias intervención

- Imitación gestual.
- Patrón respiratorio.
- Estimulación orofacial.
- Repetición de palabras y frases.
- Discriminación de fonemas.

Recursos utilizados

- la cooperación de la familia para la realización de las actividades que se envían para realizarlas en casa.
- Laminas.
- Secuencias.
- Grabaciones.
- Textos.
- Elementos miofuncionales.
- Aceite vegetal.
- Guantes estériles.
- Masajeador facial.
- Banda térmica.

16. PLAN DE ATENCIÓN INDIRECTA AFASIA GLOBAL**16.1 Afasia global.**

Afasia debida a la lesión de todos los centros del lenguaje. Se caracteriza por un deterioro importante de las capacidades de comprensión y expresión del lenguaje.

Objetivo

Favorecer el proceso de comunicación a través de actividades lúdicas buscando incrementar la comprensión y expresión del lenguaje oral.

AREA: HABLA**SUB AREA: Respiración**

- Se le pide a la persona que tome aire por la nariz y trate de retenerlo por 5 segundos y lo expulse por la boca. después se aumenta el tiempo de retención de aire de 7 a 10 segundos buscando mejorar el proceso respiratorio.
- Con la ayuda de un pitillo o un pito pedirle a la persona que tome aire por la nariz y lo expulse por la boca a través de ellos.
- Se sienta a la persona en una silla, luego se le pide que tome aire profundamente por la nariz y que al momento de soltar el aire respirado pronuncie una vocal, por ejemplo /aaaa/: después se le dice que realice una espiración profunda acompañada de la pronunciación de palabras./casa/,/mano/,/oso/

- *Se le pide a la persona que articule la “s” sin cambiar de intensidad comenzando muy débil y que vaya aumentando progresivamente la intensidad, es importante que este ejercicio lo realice varias veces.*

SUB AREA: Estimulación orofacial

- Realizar masajes alrededor de los labios de forma circular con el dedo índice utilizando crema o aceite vegetal, para aumentar movilidad de labios. durante unos dos o tres minutos y repite este ejercicio unas dos o tres veces al día.
- Se ubica a la persona frente a un espejo, luego se le pide que saque la lengua y la mueva hacia las diferentes direcciones de forma coordinada, que infle las mejillas y expulse el aire, que coloque los labios como si fuese a dar un beso y que los mueva en diferentes direcciones, que haga expresiones como si estuviera riéndose a carcajadas y si estuviera enojado. Esta actividad las puede realizar en periodos de dos o tres minutos y se repiten de dos a tres veces al día.

AREA: LENGUAJE

SUB AREA: lenguaje expresivo y comprensivo

- En la casa ubíquese en diferentes espacios (sala, comedor, cocina, habitación, baño, jardín) y nómbrale cada uno de los elementos característicos de este lugar, pídale que se los señale y en la medida de lo posible lo repita. Ejemplo: al momento de cepillarse los dientes cuénteles que esta actividad se realiza en el baño, y que necesitan diferentes implementos como lo son: el cepillo, la crema de dientes y el vaso, luego de que se cepille los dientes pídale que le muestre el vaso, la crema y el cepillo y que en la medida de lo posible trata de repetirlos.
- Al momento de que el señor (a) se este cambiando nómbrale las diferentes prendas de vestir que va a utilizar, y pídale que las repita. luego el día siguiente pídale que las busque por sí solo(a) y que se las nombre. además es importante que le pida información de la ropa que va utilizar realícele preguntas acerca del color de la ropa o del material que está hecho.
- Se sienta a la persona, luego se le hace entrega de una serie de rimas en un papel con el objetivo que las lea lentamente enfatizándole que tiene que realizar una adecuada pronunciación de las letras, la lectura se va a realizar con el fin de llevar un ritmo adecuado de la misma. Si la persona tiene dificultad visual o imposibilidad de leer el cuidador debe recitar la rima y la persona repetirlo.
- Se le solicita a la persona que repita secuencias como los números 1, 2, 3, 4, etc., después con los días de la semana y con los meses del año.
- Al momento de Salir a la calle muéstrela los diferentes medios de transporte y pídale que se los nombre si los recuerda; si no lo puede realizar en casa muéstrela fotografías y nómbraselos y trate de que él o ella pueda repetirlo junto con usted.

Recomendaciones

1) Las actividades anteriormente sugeridas se deben realizar de forma dinámica, en periodos cortos de tiempo (3-5 minutos) y 2 veces al día.

2) trate de realizar estas actividades cuando el o ella se encuentre alegre, nunca cuando este deprimido.

3) Involucrarlo en las decisiones del hogar. Ejemplo (si se llega a pintar la casa pídale la sugerencia a cerca del color)

17. INTERVENCION EN AFASIA DE CONDUCCION

17.1 Afasia de conducción

Es una afasia con fluidez que se caracteriza por mantener la comprensión y la articulación intactas. La capacidad para repetir palabras es escasa y, con frecuencia se presentan sustituciones de fonemas debido a la incapacidad para coordinar la información acústica con la articulación motora para producir determinados fonemas. Wernicke sugirió la existencia de una lesión en la conexión entre las áreas de Broca y de Wernicke. La afasia de conducción se acepta menos como cuadro diagnóstico que las afasias de Broca y de Wernicke, debido a la falta de definición exacta en cuanto a la localización de la lesión. No siempre la lesión se encuentra en el fascículo arqueado como sostuvo Wernicke, pero el síndrome lingüístico fue descrito en diversas ocasiones y se puede diagnosticar únicamente a partir de los síntomas clínicos, sin necesidad de realizar pruebas neuropatológicas. Se demostró la existencia de dos localizaciones diferentes en la afasia de conducción.

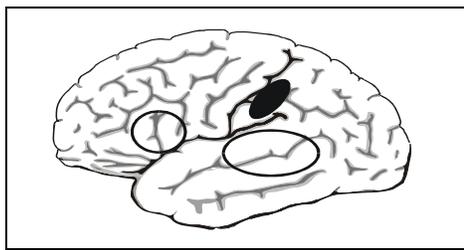


Figura 8. Área de lesión en la afasia motora aferente.

Una incluye el fascículo arqueado en el hemisferio dominante, generalmente en la parte profunda de la circunvolución supramarginal. Algunos especialistas sostienen que el punto crítico es la corteza supramarginal y no la sustancia blanca. La otra localización principal se considera que está en el área de asociación auditiva en el lóbulo temporal izquierdo.

La conversación del paciente con afasia de conducción es fluida y parafásica, aunque la cantidad de lenguaje es menor en comparación con la cantidad en la afasia de Wernicke. Son comunes las dificultades para evocar palabras, pausas y vacilaciones; por lo tanto la articulación es disprosódica. Generalmente se producen parafasias literales. La articulación es buena. La comprensión del lenguaje hablado también es adecuada en la mayoría de casos. Si se presentan alteraciones en la comprensión se deberá dudar de que se trate de una afasia de conducción.

La repetición del lenguaje presenta serios problemas en las afasias de conducción, y la clara diferencia entre la comprensión y la repetición es la clave para diagnosticar este tipo de afasia. La repetición es mucho más deficiente que la capacidad para producir palabras en la conversación

cotidiana. En los intentos por repetir, generalmente se producen sustituciones parafásicas de palabras.

En la afasia de conducción se presentan trastornos de la lectura. La lectura oral es parafásica, mientras que la lectura comprensiva en silencio no presenta alteraciones. Se detectan trastornos en la escritura o disgrafía. El nivel de deletreo es bajo, con omisiones, inversiones y sustituciones de letras. Se puede presentar también inversiones, omisiones o cambios de lugar de palabras en las oraciones. *"Tomado del libro neurología para los especialistas del habla y del lenguaje"*

Signos y síntomas

- La repetición alterada por no recibir información aferente de los órganos articuladores y por lo tanto no poseer un sistema de retroalimentación sobre la posición del aparato.
- La principal dificultad en este tipo de afasia consiste en la alteración de la capacidad de selección y secuenciación de los fonemas, apareciendo parafasias literales.
 - La característica principal de esta afasia es la incapacidad para repetir palabras oídas, mientras que la comprensión del lenguaje permanece intacta. Cuando el paciente intenta repetir, produce sustituciones de fonemas y sílabas debido a la imposibilidad para coordinar la información acústica con la articulación motora para emitir sonidos.
 - Parafasias literales, aunque si su emisión no está centrada en la producción de fonemas por separado, pueden emitir palabras y aún frases.
 - No articulan adecuadamente los fonemas y confunden los que tienen punto de articulación muy cerca.
 - La comprensión no está comprometida, y la total diferencia entre la comprensión y la repetición, es la clave para diagnosticar este tipo de afasia.
 - La repetición se encuentra muy alterada y no recuerdan el orden de los elementos a mencionar
 - La denominación se encuentra conservada y presenta ligeras anomias.
 - La lectura es casi imposible.
 - La escritura está alterada en la distinción de grafemas cercanos.

Objetivo de intervención

Favorecer el proceso de comunicación a través de actividades lúdicas buscando incrementar la repetición de las diferentes palabras y así incrementar el vocabulario, con el fin de favorecer la comunicación oral.

Métodos

Se utiliza la técnica de imitación, copia y lectura con el fin de que el usuario incremente las habilidades comunicativas.

Estrategias de intervención

- Imitación gestual.
- Repetición de palabras y frases.
- Secuencias lógicas.
- Lectura de textos.
- Escritura de textos.

Recursos utilizados:

- la cooperación de la familia para la realización de las actividades que se envían para realizarlas en casa.
- Imágenes y fotografías.
- Textos literarios.
- Lápices y lapiceros.
- Hojas blancas.

17.2 Plan de atención Afasia de Conducción**Introducción**

Afasia conducción: es una afasia con fluidez que se caracteriza por mantener la comprensión y la articulación intactas. La capacidad de repetir palabras es escasa y con frecuencia, se presenta sustituciones de fonemas debido a la incapacidad para coordinar la información acústica con la articulación motora para producir determinados fonemas.

Objetivo: Favorecer el proceso de comunicación a través de actividades lúdicas (dinámicas) buscando incrementar la repetición de las diferentes palabras y así incrementar el vocabulario.

NOTA: No olvide que las siguientes actividades no reemplazan el tratamiento terapéutico que se realiza al usuario durante la terapia de lenguaje. Sino que sirven de refuerzo en casa.

AREA: LENGUAJE**SUB AREA: lenguaje expresivo y comprensivo**

- Se le solicita a la persona que repita secuencias como los números (1, 2, 3, 4, etc.), después con los días de la semana y con los meses del año.
- Al momento de Salir a la calle muéstrelle los diferentes medios de transporte y pídale que se los nombre si los recuerda; si no lo puede realizar en casa muéstrelle fotografías y nómbrselos y trate de que él o ella pueda repetirlo junto con usted.
- Muéstrelle las diferentes imágenes o fotografías acerca de la profesión que tenía y pídale que le nombre lo visto y que lo repita varias veces. Al inicio estas actividades se pueden realizar junto al cuidador luego pídale que las repita junto a usted y por último solo o sola.
- Escojan un objeto de la casa y trate de repetirlo y realizan un concurso entre diferentes personas a ver quien las puede decir mayor número de veces.
- Trate de repetir junto con él o ella una canción o que sea de su agrado y cántela en diferentes ocasiones del día.
- Recuerde una oración que le gustara predicar y junto a él o ella repítala dos o tres veces al día.
- Pídale que redacte una carta a un familiar o amigo que sea de su agrado.
- Pídale que lea el periódico y que le diga de que se trata lo leído anteriormente por él o ella.
- Pídale que le describa las características que observe en una imagen de revista o de una fotografía o un objeto, y que las repita.

- Pídale que le escriba refranes que llamen su atención como por ejemplo: a Dios rogando y con el mazo dando.

Recomendaciones

- 1) Las actividades anteriormente sugeridas se deben realizar de forma dinámica, en periodos cortos de tiempo (3-5 minutos) 2 veces al día.
- 2) trate de realizar estas actividades cuando el o ella se encuentre alegre, nunca cuando este deprimido.
- 3) Involucrarlo en las decisiones del hogar. Ejemplo (si se llega a pintar la casa pídale la sugerencia a cerca del color)

18. INTERVENCION EN AFASIA SENSORIAL TRANSCORTICAL

18.1 Afasia Sensorial Transcortical:

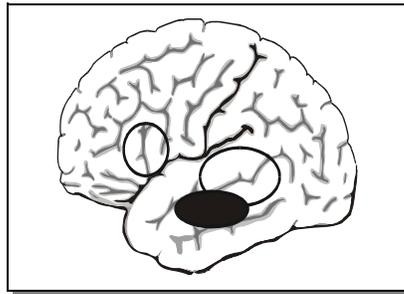


Figura 4. Área de lesión más frecuente en la afasia acústico amnésica.

Se caracteriza por la fluidez y la producción de parafasias con sustituciones semánticas y neologismos. La comprensión es deficiente, en claro contraste con la repetición que es sorprendentemente correcta. La lectura, la escritura y la denominación son escasas. La localización de la lesión es motivo de controversias. Generalmente se produce en una zona profunda y posterior al área de Wernicke bien en la zona limítrofe temporal o parietal, o bien en el *área combinada con ambas localizaciones*. "Tomado del libro *neurología para los especialistas del habla y del lenguaje*"

Signos y síntomas

- ✚ Presencia de parafasias verbales
- ✚ Presencia de neologismos
- ✚ No hay iniciación del lenguaje espontáneo
- ✚ Existen ecolalias marcadas.
- ✚ Pérdida de la memoria a corto plazo.
- ✚ La repetición está conservada en oraciones complejas
- ✚ Presencia de ecolalias.
- ✚ La denominación se encuentra alterada por la presencia de anomias.
- ✚ Está seriamente alterada la lectura comprensiva al igual que la lectura en voz alta.
- ✚ Escritura ininteligible.

Objetivo de intervención

Favorecer el proceso de comunicación a través de actividades lúdicas buscando incrementar la comprensión con el fin de mejorar la lectura y escritura, incrementando el proceso de comunicación.

Métodos

Se utiliza la técnica de la copia, lectura e imitación, con el fin de que el usuario mejore sus habilidades lecto- escritas.

18.2 ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

- la repetición.
- Copia de textos.
- Lecturas de periódicos y textos de agrado para el usuario.
- Imitación de situaciones y roles.
- Test y protocolos

Recursos utilizados

- la cooperación de la familia para la realización de las actividades que se envían para realizarlas en casa, imágenes, láminas, textos.

18.3 PLAN DE ATENCIÓN INDIRECTA**Objetivo**

Favorecer el proceso de comunicación a través de actividades lúdicas buscando incrementar la comprensión con el fin de mejorar la lectura y escritura.

AREA: LENGUAJE**SUB AREA: lenguaje expresivo y comprensivo**

- Léale el periódico la sección que sea de mayor agrado y al finalizar pídale que le cuente de que trataba o hágale preguntas acerca de lo leído. Si no es de agrado para el o ella que le lean el periódico lo puede hacer con diferentes textos (la Biblia, una oración, o una pagina de cualquier otro texto)
- Establezca una conversación con referencia de alguna situación que esté ocurriendo en la casa y pregúntele que opina y que le dé su punto de vista. por ejemplo: la hora de llegada de algún familiar o el trabajo de un amigo
- Pídale que realice escritos a un familiar o a una persona que sea de su agrado. facilítele un cuaderno para que lo realice en varias ocasiones, revise la ortografía de sus escritos. Si a el o ella se le dificulta escribir una carta puede iniciar con frases sencillas y luego mas complejas.

- Se sienta a la persona en una silla , luego se le hace entrega de una serie de rimas en un papel con el objetivo que las lea lentamente enfatizándole que tiene que realizar una adecuada pronunciación de las letras, la lectura se va a realizar con el fin de llevar un ritmo adecuado de la misma. Si la persona tiene dificultad visual o imposibilidad de leer el cuidador debe recitar la rima y la persona repetirlo.
- Se le solicita a la persona que repita secuencias como los números 1, 2, 3, 4, etc., después con los días de la semana y con los meses del año.
- Pídale que le nombre cada uno de los objetos que componen los diferentes espacios de la casa (habitación, baño, cocina, sala, jardín)
- Muéstrela una lámina o una fotografía con un paisaje y pídale que le nombre cada uno de los elementos que lo componen.

Recomendaciones

- 1) Las actividades anteriormente sugeridas se deben realizar de forma dinámica, en periodos cortos de tiempo y 2 veces al día.
- 2) Trate de realizar estas actividades cuando el o ella se encuentre alegre, nunca cuando este deprimido.
- 3) Involucrarlo en las decisiones del hogar. Ejemplo (si se llega a pintar la casa pídale la sugerencia a cerca del color)

19. INTERVENCION DISARTRIA ATAXICA

19.1 Disartria Ataxica

Se presenta con algunas lesiones en el cerebelo el cual constituye un centro importante para la integración o coordinación de las actividades sensoriales y motoras. La ataxia es una alteración de la coordinación armoniosa de los movimientos por lo que se alteran los patrones rítmicos del habla y de la motilidad voluntaria general.

Características

FONACION:

- La voz es aproximadamente normal o bien presenta variaciones excesivas del volumen. También puede notarse una calidad ronca, semejante a la voz aguardentosa causada por el temblor.

ARTICULACION:

- Emisión imprecisa de las consonantes, distorsión de las vocales e irregular cadencia articulatoria.

RESONANCIA:

- En ocasiones hay resonancia hipernasal. Con menos frecuencia se comprueba emisión nasal.

PROSODIA:

- Acento prosódico monótono y excesivo.
- Habla explosiva y mesurada

RESPIRACION:

- Dificultades respiratorias

Signos y Síntomas

- Hipotonía de los músculos afectados.
- La dirección, duración e intensidad de movimientos son lentos e inapropiados en la fuerza.
- Posible irregularidad de los movimientos oculares.

Categoría y nociones

- Nidia Zambrano Toledo González
- Rex J. Prater Ph. D. roger W. Swift, M. A.
- Natalia Melle
- Esther Blasco Tamarit

Objetivo de intervención

Fortalecer los procesos motores básicos por medio de estrategias terapéuticas buscando mejorar el habla inteligible.

Método

- Conductual-logopédica
- Terapia miofuncional

19.2 ESTRATEGIAS

RESPIRACIÓN

- Instruir en el proceso respiratorio normal y desarrollar habilidades de autocontrol: monitorizar el movimiento respiratorio de forma propioceptiva y con ayuda de esquemas gráficos identificando sus dificultades, se tienen en cuanto la postura adecuada.
- Se coloca al paciente en posición supina y se le pide que coloque una mano en el pecho y la otra en el abdomen directamente debajo de la caja torácica. Entonces se le enseña a inspirar fácilmente a través de la nariz y espirar por la boca, mientras se concentra en el suave ascenso y descenso del abdomen y no en el pecho. Se debe entonces enseñar al paciente a relajar los músculos del abdomen deliberadamente mientras inspira y contraerlos mientras espira. Se realizan por 3 minutos se pueden realizar entre 5 a 8 veces.

- Se enseña al paciente a inspirar y espirar solo por la nariz, usando las mismas técnicas antes descritas.
- Se repiten los pasos anteriores con el paciente sentado y luego de pie.

EJERCICIOS DE ORGANOS FONOAARTICULADORES

Praxias linguales:

- Sacar y meter la lengua de la boca a distintos ritmos, para favorecer la movilidad y *elasticidad de la misma*. □
- Tocar los labios con la lengua mediante movimientos verticales.
- Movimientos giratorios de la lengua en la parte inferior de la boca.
- Vibrar la lengua produciendo el sonido /r/.
- Barrer el paladar con el ápice de la lengua.
- Doblar la lengua en sentido horizontal, formando un canal con la misma entre los labios.
- Realizar movimientos de la lengua alrededor de los labios.
- Presionar con la lengua la cara interna de la mejilla derecho, luego la mejilla izquierda.
- Morder la lengua primero doblada hacia arriba y después doblada hacia abajo.
- Intentar tocar la nariz con la lengua.

Praxias labiales:

- Inflar las mejillas y desinflarlas al hacer presión con los dedos para potenciar la explosión de los labios.
- Sonreír sin abrir la boca,
- Sonreír con la boca abierta.
- Sonreír y producir las vocales /i/, /a/.
- Sostener el bolígrafo, lápiz, pajita... con el labio superior a modo de bigote.
- Proyectar los labios hacia la derecha y hacia la izquierda.
- Abrir y cerrar la boca como si se bostezara.

Praxias mandibulares:

- Pronunciar el fonema /k/ varias veces .seguidas.
- Toser.
- Articular las vocales /i/, /u/, /o/, /e/, /a/
- Abrir y cerrar la boca rápidamente/lentamente.
- Llevar la mandíbula hacia la derecha/izquierda
- Hacer como si masticáramos un chicle.

Ejercicios isométricos: Son movimientos contra resistencia de los labios, la lengua y la mandíbula en grupos de 5-10 repeticiones.

Ejercicios isotónicos: son movimientos repetitivos sin resistencia de la lengua, los labios y la mandíbula en grupos de 5-10 repeticiones.

Incrementar la fuerza muscular: terapia de liberación miofacial; realizar movilizaciones y presiones sostenidas en el sistema muscular y facial para eliminar restricciones de la musculatura. Se aplican sobre buccinadores, masetero profundo, pterigoideo lateral y medial y digástrico.

ARTICULACIÓN

- Estimulación integral: El paciente observa y escucha las producciones del terapeuta y después intenta imitar este modelo.
- El paciente debe hablar lo suficientemente lento para permitir a la lengua hacer un recorrido completo de todos los puntos de la cavidad oral.
- Es necesario utilizar apoyos visuales, gestuales y gráficos que muestren cómo se realiza el sonido, cuál es el movimiento y la posición correcta para ejecutarlo. Se comienzan con fonemas aislados, luego silabas, palabras, frases y por último conversación.
- Después de hacer la emisión del fonema de forma aislado, se le pide al paciente que los realice silaba por silaba.
- Las producciones súper exageradas de consonantes, ayudan a impedir que el paciente omita las consonantes medias o finales.
- Ejercicios de producción contrastiva: consiste en producir pares de palabras bisilábicas o trisilábicas que únicamente se diferencien en un solo sonido o contraste fonético que se desee potenciar. Esta diferencia fonética va asociada a un significado distintivo.

RESONANCIA

- Se debe estimular esteriocépticamente (frío) el paladar blando mientras el paciente intenta elevarlo acompañando una producción verbal como la vocal /a/.
- Emisión de consonantes explosivas /p/, /t/, /k/ y vocales graves /o/, /u/.
- Ejercicios de soplo y de sorber.

FONACION

- Reducción del nivel de intensidad vocal del paciente puede lograrse usándose simplemente material de lectura (cualquier texto) y de grabación. Hay que hacer leer al paciente varias muestras de frases u oraciones a niveles variables de intensidad. A continuación, el paciente debe leer los párrafos cambiando el nivel de intensidad vocal, en algunas palabras o frases, de manera que varíe el énfasis vocal. Volver a escuchar las grabaciones y discutirlos es uno de los mejores métodos para entrenar al paciente a controlar su intensidad.

PROSODIA

- Ejercicios de acentuación contrastada: debe consistir en materiales de estímulo, en los que una diferencia de significado depende de la palabra o del grupo de palabras de la frase u oración que recibe el acento principal. Se utilizan ejemplos como:
 - Estimulo: Bob pego a Sam
 - Pregunta: ¿a quien pego Bob?
 - Contestación: Bob pego a Sam
 - Pregunta: ¿que hizo Bob?
 - Contestación: Bob pego a Sam

- Se utilizan oraciones interrogativas que le permitan al paciente marcar acentuación. Ejemplo: ¿Qué está comiendo María? ¿Qué día es hoy? ¿Cuántos años tiene? ¿Cómo te llamas? ¿Cuál es tu programa favorito?

Materiales

- Camilla
- Espejo
- Guantes
- Guías de lengua
- Bajalenguas
- Kit de soplo
- Lecturas (libros o periódicos)
- Láminas

20. PLAN DE ATENCIÓN INDIRECTA DISARTRIA ATÁXICA

20.1 Disartria Atáxica

La disartria es una alteración del habla que tiene como base un trastorno neurológico. Generalmente se acompaña de dificultades en algunos atributos de la voz, de alteraciones de los movimientos biológicos de los órganos buco-faríngeos (incluyendo masticación y deglución), y en ocasiones de incoordinación fono respiratorio. La ataxia interrumpe la coordinación armoniosa de los movimientos por lo que se alteran los patrones rítmicos del habla y de la motilidad voluntaria general.

Objetivo

Fortalecer los procesos motores básicos por medio de estrategias terapéuticas buscando mejorar el habla inteligible.

Actividades

Área: Habla

Subárea: Respiración

Se realizan primero cuando la persona se encuentra acostada, después en posición sedente (sentado):

- Tomar y expulsar aire por la nariz libremente de forma lenta.
- Tomar y expulsar aire por la nariz, colocando las manos sobre el abdomen o el pecho.
- Se le pide a la persona que tome aire por la nariz y trate de retenerlo por 5 segundos y lo expulse, después se aumenta el tiempo de retención de aire de 7 a 10 segundos.
-

Los ejercicios anteriormente descritos se realizan de 5 a 8 veces.

Área: Habla

Subárea: Órganos Fonoarticulatorios

- ✚ Realizar masajes durante 3 minutos alrededor de los labios de forma circular con el dedo índice utilizando crema o aceite vegetal, para aumentar movilidad de labios.
- ✚ Ubicar a la persona frente a un espejo y que el cuidador realice los ejercicios para que la persona los imite:

Lengua

- Sacar y meter la lengua con la boca abierta
- Llevar la lengua arriba (labio superior) y abajo (en el labio inferior) con la boca abierta
- Llevar la lengua de un lado a otro tocando los lados de los labios

Labios

- Hacer posición de beso y sonrisa con los labios juntos
- Llevar los labios adelante y atrás mostrando los dientes

Mejillas

- ✚ Inflar las mejillas y sostener el aire por 10 segundos, expulsar el aire por la boca.
- ✚ Mandíbula
- ✚ Abrir y cerrar la boca lentamente.
- ✚ Realizar ejercicios de masticación sin alimento de una forma exagerada.

Los ejercicios anteriormente descritos se realizan entre 5 a 10 veces cada uno.

Área: Habla**Subárea: Articulación**

- Pedirle a la persona que repita las palabras que el cuidador le va diciendo, se comienza por el nombre completo, después se pueden utilizar palabras como: pato, casa, bote, abeja, oso, boca, moto, perro, tasa, mesa, beso, etc.
- Repetir palabras con ayuda de dibujos que se encuentran en revistas o libros.

Área: habla**Subárea: voz (prosodia)**

- Pedirle a la persona que repita oraciones interrogativas (preguntas), sin necesidad de contestarlas, por ejemplo: ¿Qué día es hoy?, ¿Cómo te llamas?, ¿Cuál es tu animal preferido?, etc.
- Leer textos cortos que sean de su interés (pueden ser artículos de revistas, periódicos, etc.) en voz alta y lo más rápido que la persona lo pueda realizar.
-

20.2 RECOMENDACIONES:

1. Es importante estar en un proceso de acompañamiento usuario - cuidador durante el desarrollo de las actividades.
2. Es preciso ser paciente al momento de dar las indicaciones al usuario, ya que, se hace necesario repetirlas o incluso hacerlas como ejemplo para que ellos las realicen de manera adecuada y con mucha más confianza.
3. Es necesario que realice diariamente las actividades descritas.

21. INTERVENCION DE DISARTRIA FLACCIDA

21.1 Disartria Flácida

Toda lesión localizada en la neurona motriz inferior deteriora las vías finales que provocan las contracciones musculares. Los músculos se vuelven hipotónicos o flácidos. Así como resultado de tal lesión, todo tipo de movimiento se ve afectado, es decir, los movimientos voluntarios, los automáticos y los reflejos están todos deteriorados.

Características

FONACIÓN:

- Parálisis unilateral de cuerda vocal en aducción (voz ronca con sonoridad reducida) y en abducción (voz de jadeo) o parálisis bilateral de cuerdas vocales (voz jadeante, inspiración audible, frases anormalmente cortas).

RESONANCIA:

- Hipernasalidad

ARTICULACIÓN:

Habla inteligible (emisión imprecisa de consonantes como explosivas K, P, T y las fricativas F y S).

- Afectación de los movimientos del velo del paladar.

RESPIRACIÓN:

- Posible afectación de la musculatura respiratoria. Respiración rápida y superficial.

DEGLUCIÓN:

- Disminución del reflejo nauseoso.
- Deglución dificultosa.

Signos y síntomas

- Alteración del movimiento voluntario, automático y reflejo.

- Flacidez y parálisis con disminución de reflejos musculares.
- Atrofia de las fibras musculares.
- Debilidad o fatiga durante el ejercicio (sobre todo en la musculatura ocular, bulbar, del cuello y de la cintura escapular).
- Posible afectación de la musculatura respiratoria.

Categorías

- Nidia Zambrano Toledo González
- Rex J. Prater Ph. D. Roger W. Swift, M. A.
- Ana Maria Furkin
- Natalia Melle
- Esther Blasco Tamarit

Objetivo

- Fortalecer los procesos motores básicos por medio de estrategias terapéuticas buscando mejorar el habla inteligible.

Método

- Conductual-fonoaudiológica
- Terapia miofuncional

ESTRATEGIAS

RESPIRACIÓN

- Instruir en el proceso respiratorio normal y desarrollar habilidades de autocontrol: monitorizar el movimiento respiratorio de forma propioceptiva y con ayuda de esquemas gráficos identificando sus dificultades.
- Se coloca al paciente en posición supina y se le pide que coloque una mano en el pecho y la otra en el abdomen directamente debajo de la caja torácica. Entonces se le enseña a inspirar fácilmente a través de la nariz y espirar por la boca, mientras se concentra en el suave ascenso y descenso del abdomen y no en el pecho. Se debe entonces enseñar al paciente a relajar los músculos del abdomen deliberadamente mientras inspira y contraerlos mientras espira. Se realizan por 3 minutos se pueden realizar entre 5 a 8 veces.
- Se enseña al paciente a inspirar y espirar solo por la nariz, usando las mismas técnicas antes descritas.
- Se repiten los pasos anteriores con el paciente sentado y luego de pie.

EJERCICIOS DE ORGANOS FONOAUTICULADORES

Praxias linguales:

- Sacar y meter la lengua de la boca a distintos ritmos, para favorecer la movilidad y elasticidad de la misma. □

- Tocar los labios con la lengua mediante movimientos verticales.
- Movimientos giratorios de la lengua en la parte inferior de la boca.
- Vibrar la lengua produciendo el sonido /r/.
- Barrer el paladar con el ápice de la lengua.
- Doblar la lengua en sentido horizontal, formando un canal con la misma entre los labios.
- Realizar movimientos de la lengua alrededor de los labios.
- Presionar con la lengua la cara interna de la mejilla derecho, luego la mejilla izquierda.
- Morder la lengua primero doblada hacia arriba y después doblada hacia abajo.
- Intentar tocar la nariz con la lengua.

Praxias labiales:

- Inflar las mejillas y desinflarlas al hacer presión con los dedos para potenciar la explosión de los labios.
- Sonreír sin abrir la boca,
- Sonreír con la boca abierta.
- Sonreír y producir las vocales /i/, /a/.
- Sostener el bolígrafo, lápiz, pajita... con el labio superior a modo de bigote.
- Proyectar los labios hacia la derecha y hacia la izquierda.
- Abrir y cerrar la boca como si se bostezara.

Praxias mandibulares:

- Pronunciar el fonema /k/ varias veces .seguidas.
- Toser.
- Articular las vocales /i/, /u/, /o/, /e/, /a/
- Abrir y cerrar la boca rápidamente/lentamente.
- Llevar la mandíbula hacia la derecha/izquierda
- Hacer como si masticáramos un chicle.

Ejercicios isométricos: Son movimientos contrarresistencia de los labios, la lengua y la mandíbula en grupos de 5-10 repeticiones.

Ejercicios isotónicos: son movimientos repetitivos sin resistencia de la lengua, los labios y la mandíbula en grupos de 5-10 repeticiones.

DEGLUCIÓN

- Desencadenamiento de reflejo nauseoso y de la tos.
- Maniobras compensatorias: mentón y cabeza doblada hacia abajo: el paciente debe flexionar levemente la cabeza, en dirección al tórax, esa maniobra favorece el aumento de espacio vespicular y auxilia la protección de las vías aéreas. cabeza girada para el lado comprometido: pedir al paciente que gire la cabeza para el lado comprometido debido a que esta postura ayuda a que el bolo baje preferencialmente por el lado mejor. Cabeza inclinada para atrás: puede ser utilizada para pacientes con dificultades en la fase oral.
- Técnica de masticación exagerada sin alimento en la cavidad oral.

- Dar pautas acerca de la postura adecuada en el momento de la alimentación, posición flower 45 ° y semiflowers a 30°.

ARTICULACIÓN

- Estimulación integral: El paciente observa y escucha las producciones del terapeuta y después intenta imitar este modelo.
- El paciente debe hablar lo suficientemente lento para permitir a la lengua hacer un recorrido completo de todos los puntos de la cavidad oral.
- Es necesario utilizar apoyos visuales, gestuales y gráficos que muestren cómo se realiza el sonido, cuál es el movimiento y la posición correcta para ejecutarlo. Se pueden comenzar con consonantes bilabiales (m, p, b) y después con explosivas (p, t, k) y fricativas (f y s) ya que estas dos últimas presentan más dificultad. Se comienzan con fonemas aislados, luego sílabas, palabras, frases y por último la conversación.
- Después de hacer la emisión del fonema de forma aislado, se le pide al paciente que los realice sílaba por sílaba.
- Las producciones súper exageradas de consonantes, que ayudan a impedir que el paciente omita las consonantes medias o finales.
- Ejercicios de producción contrastiva: consiste en producir pares de palabras bisilábicas o trisilábicas que únicamente se diferencien en un solo sonido o contraste fonético que se desee potenciar. Esta diferencia fonética va asociada a un significado distintivo.

FONACIÓN

- Fonación con intensidad elevada: consiste en tomar la mayor cantidad de aire posible antes de comenzar a hablar. Esto genera una aducción pasiva de las cuerdas vocales antes de iniciar la fonación como consecuencia de la necesidad de descender el diafragma.
- Este ejercicio permite la aducción forzada de las cuerdas vocales, enseñar al paciente a toser o aclarar la garganta, mientras intenta sostener una vocal. Este aumento de esfuerzo para la fonación de vocales (ataque glótico duro) generalmente da como resultado una mejora de calidad e intensidad vocal. Debe seguir la progresión de vocales, sílabas, palabras, frases y conversación.

PROSODIA

- Ejercicios de acentuación contrastada: debe consistir en materiales de estímulo, en los que una diferencia de significado depende de la palabra o del grupo de palabras de la frase u oración que recibe el acento principal. Se utilizan ejemplos como:
 - Estimulo: Bob pego a Sam
 - Pregunta: ¿a quien pego Bob?
 - Contestación: Bob pego a Sam
 - Pregunta: ¿que hizo Bob?
 - Contestación: Bob pego a Sam

Se utilizan oraciones interrogativas que le permitan al paciente marcar acentuación. Ejemplo: ¿Qué está comiendo María? ¿Qué día es hoy? ¿Cuántos años tiene? ¿Cómo te llamas? ¿Cuál es tu programa favorito?

RESONANCIA

- Se debe estimular esteriocéptivamente (frío) el paladar blando mientras el paciente intenta elevarlo acompañando una producción verbal como la vocal /a/.
- Emisión de consonantes explosivas (p, t y k) y vocales graves /o/, /u/.
- Ejercicios de soplo y de sorber.
- Hipernasalidad: el paciente debe aprender a reconocer la hipernasalidad y distinguir las producciones no nasales de las hipernasales. Grabaciones de la voz de otras personas y de la propia voz del paciente pueden usarse para entrenar a discriminar las emisiones correctas (no nasales) de las incorrectas (hipernasales).
- Ejercicios de producción de habla: se debe empezar con el paciente sosteniendo diferentes vocales aisladas. Las vocales graves /o/, /u/, deben intentarse antes de las agudas. Es particularmente importante pedir al paciente percibir y recordar la diferencia de sensación entre las producciones de vocales no nasales e hipernasales.
- Una vez que el paciente se ha vuelto capaz de producir varias vocales sin hipernasalidad, sus ejercicios prácticos deben empezar a incluir palabras no nasalizadas que incorporen la consonante /h/ acompañada de varias vocales. Sigue luego la práctica en producir de una o dos sílabas, frases, oraciones y finalmente la conversación.

Materiales

- Camilla
- Espejo
- Guantes
- Guías de lengua
- Bajalenguas
- Kit de soplo
- Grabadora
- Casette

21.2 PLAN DE ATENCIÓN DE DISARTRIA FLACCIDA

INTRODUCCIÓN:

DISARTRIA FLACCIDA: es la alteración del movimiento voluntario, automático y reflejo, produciendo flacidez y parálisis con disminución de los reflejos de estiramiento muscular. También puede producirse atrofia de las fibras musculares. En la articulación se produce un sonido con escasa tensión muscular.

Objetivo

Fortalecer los procesos motores básicos por medio de estrategias terapéuticas buscando mejorar el habla inteligible.

ACTIVIDADES

Área: Habla

Subárea: Respiración

Se realizan primero cuando la persona se encuentra acostada, después en posición sedente (sentado):

- Tomar y expulsar aire por la nariz libremente de forma lenta.
- Tomar y expulsar aire por la nariz, colocando las manos sobre el abdomen o el pecho.
- Se le pide a la persona que tome aire por la nariz y trate de retenerlo por 5 segundos y lo expulse, después se aumenta el tiempo de retención de aire de 7 a 10 segundos.

Los ejercicios anteriormente descritos se realizan de 5 a 8 veces.

Área: Habla

Subárea: Órganos Fonoarticulatorios

- Realizar masajes alrededor de los labios de forma circular con el dedo índice utilizando crema o aceite vegetal, para aumentar movilidad de labios.

Ubicar a la persona frente a un espejo y que el cuidador realice los ejercicios para que la persona los imite:

Lengua:

- Sacar y meter la lengua con la boca abierta
- Llevar la lengua arriba (labio superior) y abajo (en el labio inferior) con la boca abierta
- Llevar la lengua de un lado a otro tocando los lados de los labios
- Lengua arriba y abajo detrás de los dientes

Labios:

- Hacer posición de beso con los labios juntos
- Hacer posición de sonrisa con los labios juntos
- Repetir las vocales (a, e, i, o, u,).

Mejillas:

- Inflar las mejillas y sostener el aire por 10 segundos, expulsar el aire por la boca.

Mandíbula:

- Abrir y cerrar la boca lentamente.
- Realizar ejercicios de masticación sin alimento

Los ejercicios anteriormente descritos se realizan entre 5 a 10 veces cada uno.

Área: Habla

Subárea: deglución

- Es necesario que en el momento de la alimentación la persona se encuentre sentada, el cual es la postura corporal adecuada, si la persona no puede movilizarse y se encuentra

acostada en la cama colocarle almohadas en la espalda hasta que logre la posición mas o menos sentado.

- Si la persona se atora en el momento de la alimentación, podemos colocar la cabeza hacia atrás solo cuando necesite pasar el alimento. Se deben dar cucharadas con poco alimento.

Área: Habla

Subárea: Articulación

- Pedirle a la persona que repita las palabras que el cuidador le va diciendo, se comienza por el nombre completo, después se utiliza palabras que comienzan con /p/, /t/, /k/, /f/ y /s/ como: pato, casa, torta, fuente, sapo, etc.
- Mostrarle dibujos que se encuentran en revistas o libros y pedirle que los repita.
- Leer textos cortos que sean de su interés (artículos de revistas, periódicos, etc.) en voz alta y lo más rápido que la persona lo pueda realizar.

Recomendaciones

- ✚ Es importante estar en un proceso de acompañamiento usuario- cuidador durante el desarrollo de las actividades.
- ✚ Es preciso ser paciente al momento de dar las indicaciones al usuario, ya que, se hace necesario repetir las o incluso hacerlas como ejemplo para que ellos las realicen de manera adecuada y con mucha más confianza.
- ✚ Es necesario que realice diariamente las actividades descritas.

22. INTERVENCION DE DISFONIA DE TIPO ORGANICO PARALISIS UNILATERAL DE CUERDA VOCAL

22.1 Disfonía de Tipo Orgánico Parálisis Unilateral de Cuerda Vocal:

En la parálisis de cuerda vocal unilateral, una de las cuerdas vocales carece de movimiento, quedando fija en una posición. El movimiento de las cuerdas vocales es necesario tanto para producir sonido como para respirar y tragar adecuadamente. Cuando existe parálisis de cuerdas vocales una o todas estas funciones pueden estar alteradas.

Característica

- Función velofaríngea afectada
- Calidad de voz hipernasal de ligera a moderada
- Severa calidad de soplo o una voz susurrada
- Ronquera
- Intensidad vocal reducida
- Tono vocal grave

Objetivo

- Favorecer las cualidades de la voz por medio de actividades terapéuticas que permitan mejorar la comunicación oral del paciente.

Método

- Conductual-logopédica
- Terapia miofuncional

Estrategias**TECNICAS DE RELAJACION**

- Relajación locorregional: puede denominarse así las maniobras destinadas a producir cierta distensión muscular como preparación a la práctica de los ejercicios vocales. Se trata principalmente de movimientos de cabeza (oscilaciones lentas de cabeza de derecha a izquierda y de arriba abajo), de distensión del maxilar (abrir y cerrar), de distensión de cuello y hombros.
- Masaje laríngeo: puede utilizarse para mejorar la disfonía y aliviar el malestar o dolor asociado a la hipertensión laringea. Se hace un masaje manual de la región laringea para producir su tensión y mejorar su equilibrio muscular. El masaje se inicia en el hueso hioides y se continúa hacia abajo. el hueso hioides y la laringe se mueven en la misma dirección. se debe pedir al paciente que sostenga suavemente la emisión de la vocal /a/ mientras se le esta efectuando el masaje. Los efectos del masaje laríngeo en la voz, si se producen, consisten en mejoras de tono y características de la calidad. Cuando la emisión sostenida mejora, se anima al paciente a emitir silabas y palabras, y finalmente conversar.

RESPIRACIÓN

- Instruir en el proceso respiratorio normal y desarrollar habilidades de autocontrol: monitorizar el movimiento respiratorio de forma propioceptiva y con ayuda de esquemas gráficos identificando sus dificultades.
- Se coloca al paciente en posición supina y se le pide que coloque una mano en el pecho y la otra en el abdomen directamente debajo de la caja torácica. Entonces se le enseña a inspirar fácilmente a través de la nariz y espirar por la boca, mientras se concentra en el suave ascenso y descenso del abdomen y no en el pecho. Se debe entonces enseñar al paciente a relajar los músculos del abdomen deliberadamente mientras inspira y contraerlos mientras espira.
- Se enseña al paciente a inspirar y espirar solo por la boca, usando las mismas técnicas antes descritas.
- Se repiten los pasos anteriores con el paciente sentado y luego de pie.

EJERCICIOS DE ORGANOS FONOARTICULADORES**Praxias linguales:**

- Sacar y meter la lengua de la boca a distintos ritmos, para favorecer la movilidad y elasticidad de la misma.
- Tocar los labios con la lengua mediante movimientos verticales.
- Movimientos giratorios de la lengua en la parte inferior de la boca.
- Vibrar la lengua produciendo el sonido /r/.
- Barrer el paladar con el ápice de la lengua.

- Doblar la lengua en sentido horizontal, formando un canal con la misma entre los labios.
- Realizar movimientos de la lengua alrededor de los labios.
- Presionar con la lengua la cara interna de la mejilla derecho, luego la mejilla izquierda.
- Morder la lengua primero doblada hacia arriba y después doblada hacia abajo.
- Intentar tocar la nariz con la lengua.

Praxias labiales:

- Inflar las mejillas y desinflarlas al hacer presión con los dedos para potenciar la explosión de los labios.
- Sonreír sin abrir la boca,
- Sonreír con la boca abierta.
- Sonreír y producir las vocales /i/, /a/.
- Sostener el bolígrafo, lápiz, pajita... con el labio superior a modo de bigote.
- Proyectar los labios hacia la derecha y hacia la izquierda.
- Abrir y cerrar la boca como si se bostezara.

Praxias mandibulares:

- Pronunciar el fonema /k/ varias veces .seguidas.
- Toser.
- Articular las vocales /i/, /u/, /o/, /e/, /a/
- Abrir y cerrar la boca rápidamente/lentamente.
- Llevar la mandíbula hacia la derecha/izquierda
- Hacer como si masticáramos un chicle.

Ejercicios isométricos: Son movimientos contrarresistencia de los labios, la lengua y la mandíbula en grupos de 5-10 repeticiones.

Ejercicios isotónicos: son movimientos repetitivos sin resistencia de la lengua, los labios y la mandíbula en grupos de 5-10 repeticiones.

FONACIÓN

- Técnica bostezo: método apropiado para establecer una fonación fácil y relajada en un paciente es usar una función normal, vegetativa, que relaja la musculatura vocal antes de la fonación. Se debe hacer la demostración de un bostezo, asegurándose de alargar las fases de inspiración y espiración. Emitiéndose un suave suspiro de voz durante la fase de espiración. Pídase al paciente que intente efectuar en bostezo similar acompañado de un suspiro. Hágasele repetir el bostezo seguido se suspiro varias veces. Después que el paciente haya efectuado varios bostezos suspiros combinados, explíquese que debe bostezar y luego decir una de las silabas siguientes: /ha/, /ho/, /hu/. Tanto el paciente emita una fonación normal y relajada en las silabas practicadas, se le hace intentar emitir palabras, frases y oraciones.
- Fonación con volumen pulmonar elevado: consiste en tomar la mayor cantidad de aire posible antes de comenzar a hablar. Esto genera una aducción pasiva de las cuerdas

vocales antes de iniciar la fonación como consecuencia de la necesidad de descender el diafragma.

- Técnica de empuje: con el que se puede conseguir una aducción forzada de los pliegues vocales es el uso del esfuerzo reflejo de cierre glótico, que acompaña las actividades musculares forzadas como elevar, empujar, tirar, gruñir y reír. Empujar los brazos y manos contra algo resistente desencadena típicamente el cierre reflejo glótico. Se debe usar una actividad muscular forzada por ejemplo empujar o levantar solamente durante corto periodos de tiempo y con el propósito de demostrar al paciente la calidad de voz posible cuando se usa la hiperaducción. Una vez que el paciente ha aprendido a sentir el cierre glótico mas firme, se le debe animar a intentar mejorar la producción de vocales, sin usar estas técnicas de esfuerzo. La progresión de vocales a silabas, a palabras, a frases y a la conversación debe seguir luego. El terapeuta debe recordar que el uso continuo de técnicas de esfuerzo para conseguir la hiperaducción de los pliegues vocales puede llevar a una tensión músculo esquelética excesiva en el paciente, si esto ocurre, se debe utilizar las técnicas progresivas de relajación muscular.
- Otra técnica que se puede utilizar para la aducción forzada, se debe enseñar al paciente a toser o aclarar la garganta, mientras intenta sostener una vocal. Este aumento de esfuerzo para la fonación de vocales (ataque glótico duro) generalmente da como resultado una mejora de calidad e intensidad vocal. Debe seguir la progresión de vocales, silabas, palabras, frases y conversación.

ARTICULACIÓN

- Se le solicita al usuario que repita silabas, palabras y frases se debe comenzar con fonemas explosivos como /p/, /t/ y /k/.

RESONANCIA

- Ejercicios de soplo (kit de soplo)
- Se realiza ejercicios con emisión de los fonemas /k/ y /g/, que permiten la elevación del velo del paladar.

Recursos

- Espejo
- Camilla
- Kit de soplo
- Bajalenguas

23. ATENCION EN LA DISFONIA DE TIPO ORGANICO PARALISIS UNILATERAL DE CUERDA VOCA

23.1 Disfonía de Tipo Orgánico Paralipsis Unilateral de Cuerda Vocal:

En la parálisis de cuerda vocal unilateral, una de las cuerdas vocales carece de movimiento, quedando fija en una posición. El movimiento de las cuerdas vocales es necesario tanto para producir sonido como para respirar y tragar adecuadamente. Cuando existe parálisis de cuerdas vocales una o todas estas funciones pueden estar alteradas.

Objetivo

Favorecer las cualidades de la voz por medio de actividades terapéuticas que permitan mejorar la comunicación oral del paciente.

Actividades**Área: Habla****Subárea: Respiración****Ejercicios de relajación diferencial:**

- Pedirle a la persona que lleve la cabeza adelante y atrás
- Llevar el mentón (quijada) al hombro derecho y luego al hombro izquierdo
- Llevar la oreja al hombro derecho y luego al izquierdo

Ejercicios de hombros:

- Pedirle que eleve el hombro derecho arriba y abajo y luego hacer lo mismo con el hombro izquierdo arriba y abajo
- Llevar los dos hombros arriba y abajo

Los ejercicios descritos anteriormente se realizan entre 5 a 10 veces.

Ejercitación respiratoria:

- Tomar y expulsar aire por la nariz libremente de forma lenta.
- Tomar y expulsar aire por la nariz, colocando las manos sobre el abdomen o el pecho.
- Se le pide a la persona que tome aire por la nariz y trate de retenerlo por 5 segundos y lo expulse, después se aumenta el tiempo de retención de aire de 7 a 10 segundos.

Los ejercicios de respiración se pueden realizar en posición acostado, sentado y de pie.

Coordinación fonorespiratoria:

- Pedirle a la persona que tome aire (inspiración) haga una pausa y botar el aire (expiración) emitiendo las vocales A..... E..... I..... O..... U...

Área: Habla**Subárea: Órganos fonoarticuladores****Ejercicios de labios:**

- Sentar a la persona frente a un espejo, pedirle que lleve los labios juntos adelante y atrás.
- Pedirle que trate de chupar labio superior y labio inferior.
- Hacer posición de sonrisa con los labios juntos.

Ejercicios de lengua:

- Pedirle que lleve la punta de lengua arriba y abajo fuera de la boca.
- Llevar la punta de lengua a un lado y al otro fuera de la boca.
- Pedirle que repita la letra /r/.

Ejercicios de mandíbula:

- Pedirle que abra la boca de forma exagerada rápidamente y cerrarla muy lentamente.
- Pedirle que abra la boca de forma exagerada lentamente y cerrarla rápidamente.
-

Área: Habla**Subárea: voz****Resonancia:**

- Pedirle a la persona que emita la letra /m/ con los labios cerrados y sienta la vibración.

Área: Habla**Subárea: articulación**

- Repetir palabras con ayuda de dibujos que se encuentran en revistas o libros.
- Pedirle a la persona que lea algunos trabalenguas o rimas. Si no puede leer el cuidador puede ayudarle para que lo realice a través de la repetición.

Recomendaciones

1. Es importante estar en un proceso de acompañamiento usuario- cuidador durante el desarrollo de las actividades.
2. Es preciso ser paciente al momento de dar las indicaciones al usuario, ya que, se hace necesario repetirlas o incluso hacerlas como ejemplo para que ellos las realicen de manera adecuada y con mucha más confianza.
3. Es necesario que realice diariamente las actividades descritas.

24. PLAN DE ATENCIÓN EN LA DISARTRIA ESPASTICA**INTRODUCCIÓN:****AREA:** Habla

DISARTRIA ESPASTICA: Es una lesión localizada en la neurona motriz superior, presenta aumento del tono de los músculos laríngeos acarrea un estrechamiento de la apertura laríngea, así como un incremento de la resistencia al flujo de aire. Los pacientes emiten frases cortas, la voz es ronca, tono de voz bajo y monótono. A veces se producen interrupciones tonales o de respiración, también presentan hipernasalida. Es característico que la articulación de las consonantes sea poco precisa, pudiendo incluso distorsionarse las vocales.

CARACTERISTICAS COMUNICATIVAS

FONACION:

- Voz ronca, tensa y estrangulada, con un sonido como de gruñido, monotonía del tono vocal, reducción de la intensidad en el acento prosódico, es decir acentuar exageradamente los monosílabos, y acentuar equivocadamente las sílabas de las palabras polisílabas, emisiones de frases muy cortas.

ARTICULACION:

- Producción imprecisa de consonantes, distorsión de las vocales, articulación imprecisa de los fonemas.

RESPIRACION:

- Se constata debilidad en la musculatura respiratoria, patrones anormales de respiración en el discurso, capacidad vital y tasa de habla reducida y alteraciones significativas de la capacidad vital forzada, el volumen ventilatorio máximo y la presión máxima espiratoria está alterada.

RESONANCIA:

- Hipernasalidad aun cuando la emisión nasal no es común.

LABIOS Y LENGUA:

- Movimientos limitados, lentos, Lengua pequeña.

VELO:

- Poco móvil por debilidad espástica. Reflejo nauseoso aumentado

LARINGE:

- Normal. Hiperaducción de cuerdas vocales y bandas ventriculares.

OTROS:

- Llanto y risa inmotivados. Trastornos en la deglución

Signos y síntomas

- la inteligibilidad del habla esta alterada.

Objetivo de intervención

El objetivo principal de intervención en la disartria espástica es reducir el grado de aducción de las cuerdas vocales y la resistencia laríngea al paso del aire controlando la respiración durante el habla con el fin de mantener el estado actual de su comunicación.

Método de intervención

- Conductual-logopédica
- Terapia miofuncional

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

RESPIRACIÓN:

- se deben realizar técnicas que mejoren la reducida capacidad respiratoria y el anormal control de los músculos implicados durante la espiración del paciente mientras habla.
- Grabar el movimiento respiratorio de forma propioceptiva y con ayuda de esquemas gráficos identificando sus dificultades.
- Ejercicios de control respiratorio: empleando ejercicios isométricos e isotónicos o técnicas de facilitación propioceptiva neuromuscular (expansión lateral con contracciones rítmicas; estimulación del diafragma; presión alternante del diafragma; etc.).
- Contar la mayor cantidad de números con una espiración o decir la mayor cantidad de palabras, o dar la mayor cantidad de pasos con el fin de mejorar su capacidad respiratoria.
- *Técnica del chequeo inspiratorio: se le da la siguiente instrucción “toma aire profundamente y, ahora, suéltalo lentamente”. Favorece el uso de la musculatura inspiratoria en el control de la espiración, esto lo debe realizar en un tiempo de 2 a 4 segundos.*
- Ejercicios de grupo fónico: comenzar por el grupo fónico (conjunto de sílabas entre dos pausas) que puede realizar hasta alcanzar un grupo fónico normativo de veinte sílabas, realizándolo de dos silabas hasta aumentar la cantidad de silabas.

RESONANCIA:

- Realizar ejercicios de soplos o jadeos solos o combinados, s-t (sssst). es decir tomar aire y soltarlo por La boca y emitir los fonemas s y t.
- realizar praxias para la modificar la posición de la lengua,
- Ejercicios de Sobre articulación.
- Realizar actividades donde el paciente tenga que hacer aumento de la intensidad, disminución del tono, mayor apertura oral.
- Grabar cuando el paciente hable y luego colocarlo a que escuche su grabación a medida que va mejorando.
- Realizar ejercicios en lectura utilizando consonantes explosivas y vocales graves.

ARTICULACIÓN:

- realizar movimientos lo más amplios posibles con los articuladores de forma relajada mientras se pronuncian algunas palabras que comienzan por sonidos /M/ /N/ /L/.
- consiste en promover la relajación de la musculatura hipertónica mediante la aplicación de vibración manual o con vibrador sobre la mandíbula, los labios o la lengua.
- producir pares de palabras bisilábicas o trisilábicas que únicamente se diferencien en un solo sonido o contraste fonético que se desee potenciar esta diferencia fonética va asociada a un significado distintivo.
- Ejercicios prearticulatorios: Técnicas de fortalecimiento y de coordinación de mejillas, labios, lengua y velo (inflar mejillas, pasar el aire de una a la otra, atrapar aire entre dientes y labios, movimientos de extensión, proyección, lateralización y rotación de los labios, exteriorizar e introducir la lengua, moverla en las 4 direcciones, tocar con la lengua el paladar duro, los carrillos, las regiones internas y externas de los labios, empujar con ella los dientes con la boca cerrada, tocar ambas mejillas con la lengua, sacarla y dejarla quieta por unos segundos fuera de la boca, degustar, deglutir, hacer chasquidos con la garganta, soplar, estos ejercicios los puede realizar de 3 a 7 segundos.
- habla silabeada, técnicas de sobrearticulación en palabras, frases, oraciones y conversación, cuchicheo extenso e intenso, sincronización entre la escritura y el habla.
- Habla con lentitud exagerada.

TERAPIA MIOFUNCIONAL

- Mímica facial (imitar el lanzamiento de un beso, un silbido, fruncir la frente, cerrar y abrir fuertemente los ojos, la boca, hacer muecas, subir las cejas).
- Terapia de liberación miofacial: realizar movilizaciones y presiones sostenidas en el sistema muscular y facial para eliminar restricciones de la musculatura. Se aplican sobre buccinadores, masetero profundo, pterigoideo lateral y medial y digástrico.
- Ejercicios isométricos: Son movimientos contrarresistencia de los labios, la lengua y la mandíbula en grupos de 5-10 repeticiones
- Ejercicios isotónicos: son movimientos repetitivos sin resistencia de la lengua, los labios y la mandíbula en grupos de 5-10 repeticiones.
- Praxias bucolinguales delante del espejo (labios ,lengua, y velo del paladar)

RECURSOS UTILIZADOS

- Espejo
- Laminas
- Guantes
- Bajalenguas
- Kit terapia miofuncional

25. PLAN DE ATENCIÓN EN LA DISARTRIA ESPASTICA

DISARTRIA ESPASTICA: se caracteriza por presentar espasticidad, y debilidad muscular que afecta, a los mecanismos de respiración, fonación, prosodia y articulación. Se caracteriza por la articulación imprecisa, calidad de voz áspera.

Objetivo

Lograr que el habla sea más clara y mas fluida enseñando a controlar y a fortalecer los músculos de la cara y de la boca a través de actividades lúdicas.

AREA: HABLA**SUB AREA: Respiración**

- Se le pide a la persona que se siente con la espalda recta pegada la espalda de la silla y que permanezca hay por 5 minutos, y que al día siguiente le aumente otros 5 minutos con el fin de mejorar la postura.
- Se le pide a la persona que inspire profundamente (tomar aire por la nariz) y luego que baya soltando el aire lentamente por la boca.
- Se le pide a la persona que tome aire por la nariz y trate de retenerlo por 5 segundos y lo expulse lentamente por la boca , después que aumente el tiempo de retención del aire es decir de 7 segundos, 8 segundos, 10 segundos.
- Se le dice a la persona que tome aire por la nariz y a medida que lo va botando por la boca emita la letra /s/ es decir que tome aire y que lemita la letra hasta que vote el aire inspirado.
- El tiempo de cada ejercicio es de 2 a 4 minutos.

SUB AREA: PRAXIAS

- se le dice a la persona que se siente frente al espejo, que saque la lengua que la mueva hacia las diferentes direcciones es decir a la derecha, izquierda, arriba, abajo, que infle las mejillas y suelte el aire lentamente.
- se le dice a la persona que coloque los labios como si fuese a dar un beso y mueva los labios a la derecha a la izquierda, estos ejercicios que los realice de 2 a 5 minutos y descanse.

SUB AREA: ARTICULACION

- se le pide a la persona que se siente frente al espejo y empiece a decir las vocales sin sonidos es decir hacer la mímica de cómo si la fuera a decir con un tiempo de 3 min.
- Se le pide ala persona que cuando este sentada, en los tiempos libre empiece a emitir las siguientes palabras (mesa, moto, mano, loro, nube, lunes, nene) de forma exagerada es decir abriendo bien la boca cuando diga las palabras.
- Se le pide al paciente que diga una serie de palabras, preferiblemente las que mas utiliza para comunicarse por ejemplo, (quiero, deme, tengo) con el fin de que cada vez que las diga ir corrigiendo la pronunciación.

Recomendaciones

1) Las actividades anteriormente sugeridas se deben realizar de forma dinámica, en periodos cortos de tiempo es decir de 2 a 7 minutos de 2 a 3 veces al día.

- 2) tratar de mantener un buen estado de ánimo en el paciente es decir que el paciente este dispuesto y no este cansado al momento de realizar las actividades.
- 3) dejar que el paciente participe en las decisiones del hogar como que quiere almorzar hoy.
- 4) Es importante estar durante el proceso de acompañamiento usuario-cuidador durante el desarrollo de las actividades.
- 5) No olvide que las siguientes actividades no reemplazan el tratamiento terapéutico que se realiza al usuario durante la terapia de lenguaje.

26. PLAN DE ATENCIÓN EN LA AFASIA ANOMICA

AFASIA ANOMICA

La lesión está producida, generalmente, en la unión del lóbulo temporal y el parietal, aunque se puede presentar por lesiones en diversas partes del área del lenguaje, sin necesidad de estar localizada en un determinado punto.

La afasia anómica es el trastorno del lenguaje que se observa con mayor frecuencia en el traumatismo craneoencefálico, en la encefalopatía metabólica y en la enfermedad de Alzheimer. “neurología para especialistas *del habla y del lenguaje*”

Área: Habla

- anomia
- incapacidad de producir palabras
- habla espontánea es fluida pero interrumpida en la vocación de palabras
- circunloquios
- comprensión normal
- repetición intacta
- dificultad en el lenguaje escrito.
- lenguaje expresivo Fluente
- Prosodia conservada
- Lectura Conservada

Signos y síntomas

- Dificultad para denominar objetos.

Objetivo de intervención

Facilitar que el paciente pueda comunicarse con las personas de una forma clara y entendible, disminuyendo la dificultad de encontrar palabras para comunicarse por medio de la intervención terapéutica ayudada por láminas y ejercicios.

METODO DE INTERVENCION

- Conductual.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCON

- Trabajar el habla automática (recitar los días de la semana, los meses del año, las vocales, el abecedario y contar rápidamente en voz alta)
- denominación de objetos indicados por el examinador.
- denominación de imágenes por medio de laminas
- Emparejamiento de imágenes o figuras geométricas
- emparejamiento de palabras escritas con imágenes
- repetición de palabras, frases y oraciones complejas
- realizar órdenes orales
- lectura en voz alta (números, letras, palabras y frases)
- lectura frases y párrafos y responder acerca de los textos.
- Realizar dictado (letras, palabras y frases)
- Realizar resolución de problemas aritméticos simples

RECURSOS UTILIZADOS

- laminas
- textos
- objetos tangibles
- sopas de letras

27. ATENCIÓN EN LA AFSIA ANOMICA

AFASIA ANOMICA: es la dificultad que tiene la persona para usar correctamente el nombre de las personas, lugares y cosas, presenta dificultad para entender las palabras escritas.

Objetivo: incrementar en la persona la comunicación a través de actividades lúdicas con el fin de favorecer la pronunciación de las palabras.

AREA: LENGUAJE

SUB AREA: lenguaje expresivo y comprensivo

- se le pide a la persona que nombre las partes del cuerpo o los objetos que se encuentran en la habitación y que los señale.
- Que el familiar mencione la palabra caliente y la persona responda frio a si sucesivamente con ese tipo de palabras de opuestos por ejemplo: alto, bajo, grande, pequeño.
- Se le menciona objetos que sean de la misma categoría ejemplo: fruta, y la persona, debe nombrar todas las frutas que pueda recordar como naranjadas manzanas, uvas.
- Mencionarle 3 palabras y hacer que la persona diga en que se parecen ejemplo: se dice tigre, jirafa, león deben responder animales.

- Mencionarle algunas palabras y decirle a la persona que explique lo que significa ejemplo: mesa, diccionario, teléfono.
- Colocarle un crucigrama para que lo resuelva.
- Dejar que la persona participe en las conversaciones.

Recomendaciones

- 1) Las actividades anteriormente sugeridas se deben realizar de forma dinámica, en periodos cortos de tiempo es decir de 2 a 7 minutos de 2 a 3 veces al día.
- 2) tratar de mantener un buen estado de ánimo en el paciente es decir que el paciente este dispuesto y no este cansado al momento de realizar las actividades.
- 3) dejar que el paciente participe en las decisiones del hogar como que quiere almorzar hoy.
- 4) Es importante estar durante el proceso de acompañamiento usuario-cuidador durante el desarrollo de las actividades.
- 5) No olvide que las siguientes actividades no reemplazan el tratamiento terapéutico que se realiza al usuario durante la terapia de lenguaje.

28. ATENCIÓN EN LA AFIASIA SUBCORTICAL

AFASIA SUBCORTICAL: ha sido definida recientemente y su existencia ha confirmado la implicación de las estructuras subcorticales en las funciones lingüísticas. Una de las causas en esta afasia suelen ser accidentes vasculares cerebrales que afectan a la sustancia blanca de la capsula interna y el putamen, el tálamo y la sustancia posterior a la adyacente. “neurología para especialistas del habla y del lenguaje”

CARACTERÍSTICAS COMUNICATIVAS

- Neologismos
- Parafasias verbales
- Repetición intacta
- Comprensión lectora y auditiva están altas
- Reducción del volumen de la voz
- Falta de espontaneidad en la expresión oral
- Deficiencia a la hora de encontrar la palabra deseada

CATEGORÍAS Y NOCIONES

Objetivo de intervención

El objetivo del tratamiento es mejorar la habilidad del paciente para comunicarse por medio de estrategias de intervención.

METODO

- Conductual-FONOAUDIOLOGICA

ESTRATEGIAS

- Se debe comenzar por órdenes simples relacionadas con acciones corporales, como los cambios de posición y la señalización de las partes corporales.
- Cuando hay dificultad para la discriminación de fonemas de características próximas como /d/ /t/ /p/ /k/ se debe utilizar listas de palabras que se usaran verbalmente y en ejercicios de dictado.
- Actividades de repetición son esenciales para la reestructuración de la expresión.
- repetición de sonidos (largos, cortos) silabas, palabras convencionales de menor a mayor dificultad morfológica y significativa, y arbitrarias o carentes de significación.
- Lectura en voz alta de letras, palabras, frases, textos.

RECURSOS UTILIZADOS

- Laminas
- Objetos reales
- Textos

29. ATENCIÓN EN LA AFASIA SUBCORTICAL

AFASIA SUBCORTICAL: se caracteriza por la dificultad en la fluidez verbal, en encontrar la palabra deseada, en la espontaneidad en la expresión oral.

Objetivo: Favorecer el proceso de comunicación a través de actividades lúdicas con el fin de incrementar su vocabulario.

AREA: LENGUAJE**SUB AREA: lenguaje expresivo y comprensivo**

- Que la persona mencione los objetos que hay en la habitación por ejemplo: cama, silla, mesa almohada.
- Decirle el nombre de un objeto y que la persona lo describa por ejemplo: algo para cortar y debe decir tijeras.
- Dejar que la persona se involucre en las conversaciones.
- Por medio de una sopa de letras ayudarle a encontrar palabras nuevas.

AREA: HABLA**SUB AREA: articulación**

- La persona debe emitir la vocal /a/ en un tiempo de 5 segundos y mantener la respiración.
- La persona debe emitir la letra /s/ tomando aire por la nariz y emita la letra hasta que salga el aire por la boca.
- Pedirle a un familiar que le lea rimas y luego que las repita.

Recomendaciones

- 1) Las actividades anteriormente sugeridas se deben realizar de forma dinámica, en periodos cortos de tiempo es decir de 2 a 7 minutos de 2 a 3 veces al día.
- 2) tratar de mantener un buen estado de ánimo en el paciente es decir que el paciente este dispuesto y no este cansado al momento de realizar las actividades.
- 3) dejar que el paciente participe en las decisiones del hogar como que quiere almorzar hoy.
- 4) Es importante estar durante el proceso de acompañamiento usuario-cuidador durante el desarrollo de las actividades.
- 5) No olvide que las siguientes actividades no reemplazan el tratamiento terapéutico que se realiza al usuario durante la terapia de lenguaje.

30. INTERVENCION DE DISARTRIA HIPERCINETICA

DISARTRIA HIPERCINETICA

Disartria

Es una alteración del habla que tiene como base un trastorno neurológico, y que generalmente se acompaña de alteraciones de los movimientos biológicos de los órganos bucofaríngeos y en ocasiones de incoordinación fono respiratorio.

Según **Prater (1989)**¹, la disartria se define como alteraciones de la inervación motora de los músculos del mecanismo vocal que se caracterizan por trastornos de la articulación, de la fonación, la resonancia y la respiración que traen como consecuencia anomalías neuromusculares como trastornos de la fuerza muscular, del tono o de excesivos movimientos involuntarios.

La disartria hipercinetica es consecuencia de una lesión en el sistema extrapiramidal y todas las funciones motrices básicas (respiración, fonación, prosodia, resonancia y articulación) pueden estar afectadas.

CARACTERISTICAS COMUNICATIVAS:

DISARTRIA ASOCIADA A DISTONIAS:

Dificultades en la articulación, interrupciones, intervalos prolongados entre las de palabras o sílabas, trastorno del ritmo, silencios inapropiados y elongaciones sonoras.

DISARTRIA ASOCIADA A LA COREA:

Trastornos prosódicos, pausas inapropiadas y fallas articulatorias.

CATEGORIAS RELACIONADAS CON LA DISARTRIA HIPOCINETICAProcesos motores básicos:**Respiración:**

La respiración es una de las funciones principales de los organismos vivos, por medio de la cual se producen reacciones de oxidación que liberan energía que utilizan los seres vivos para poder realizar su metabolismo.

La respiración es fundamental a la hora de entender la producción de sonido, estableciéndose así la fonación que es el proceso por el cual el aire se pone en movimiento dentro del tracto vocal.

La respiración se encuentra dividida en una serie de fases:

- Iniciación pulmonar: El diafragma y las costillas presionan los pulmones, lo que hace que el aire comience el movimiento. La mayor parte de los sonidos del habla se inician de forma pulmonar egresiva. La iniciación pulmonar ingresiva puede encontrarse alternativamente cuando el hablante articula entre sollozos o habla de forma muy acelerada.
- Iniciación glotal: El movimiento del aire puede también iniciarse en una zona superior de la longitudinal a través de las cuerdas vocales o glotis. Para iniciar la presión glotal, el hablante debe hacer descender la glotis, como se hace al producir una nota baja, juntar las cuerdas vocales como para la oclusiva glotal sorda /ʔ/, y *alzar después la glotis creando presión en la parte superior de la tráquea y la cavidad oral.*
- Iniciación velar: El tercer lugar de iniciación es el velo, donde el sonido es realizado al producirse un cierre en dos zonas de articulación: la zona del velo y la úvula y en la parte delantera de la boca. La corriente de aire se forma por el movimiento de la lengua. La iniciación velar es casi siempre ingresiva.

Los tipos de respiración son:

1. Clavicular: es la realizada por la parte superior de los pulmones. Debido a la forma piramidal de los sacos pulmonares, éste es el tipo de respiración que menos cantidad de oxígeno provee al organismo ¹.
- 2) Costal: es la realizada por la parte media de los pulmones a nivel costal. Es raro que este tipo de respiración se produzca sola, estando siempre acompañada de una respiración clavicular o abdominal ¹.
- 3) Abdominal: se realiza en la parte baja de los pulmones, y permite mayor ingreso de oxígeno que las anteriores debido también a la forma piramidal de los sacos pulmonares ¹.

4) Respiración completa: Se produce por el total llenado de los pulmones, incluyendo la parte baja, media y alta de los mismos. Se realiza de forma pausada, y sin forzar la capacidad pulmonar ¹.

Fonación:

La fonación es el proceso mediante el cual se produce la voz a través del paso del flujo aéreo por los pliegues vocales. Se utilizan tres parámetros para describir la fonación:

- Tono : frecuencia de las vibraciones en las cuerdas vocales (presente solo, por lo tanto en la fonación sonora).
- Altura: depende de la cantidad de aire subglotal.
- Timbre: que varía dependiendo de la apertura de las cuerdas vocales.

Existen cuatro tipos básicos de fonación: sonidos sordos, sonidos sonoros, susurros y laríngeos.

Prosodia:

La prosodia es una rama de la lingüística que analiza y representa formalmente aquellos elementos de la expresión oral, tales como el acento, los tonos y la entonación. Su manifestación concreta en la producción de la palabra se asocia de este modo a las variaciones de la frecuencia fundamental, de la duración y de la intensidad que constituyen los parámetros prosódicos físicos.

Este punto se divide en dos bloques. El primero considera aspectos suprasegmentales, es decir, que trata la entonación de la frase en su conjunto. El segundo bloque controla la melodía (segmental).

En la prosodia se pueden abordar cuatro características básicas: la duración segmental, la intensidad segmental, las pausas y los movimientos melódicos. La entonación es básicamente la evolución de la frecuencia fundamental, mientras que el ritmo incluye tanto las duraciones de cada uno de los signos de síntesis como la localización y duración de las pausas. Las variables típicamente utilizadas en el análisis de la prosodia son: el tipo de oración, la duración en tiempo, el número de sílabas del grupo entonativo, la distancia a la última sílaba acentuada, la categoría gramatical de la palabra, etc.

Articulación:

es una de las ramas de la fonética, que se ocupa de la producción física del habla, es decir, describe qué órganos intervienen en su producción, la posición que éstos toman y cómo esas posiciones hace variar la trayectoria del aire en su viaje por los pliegues vocales hasta que es expulsado por la boca o la nariz, produciendo sonidos diferentes.

La producción de habla se produce en tres fases: respiración, fonación y articulación.

En la articulación de un sonido es importante distinguir entre el modo de articulación y el punto de articulación:

- El **punto de articulación**, se refiere a la parte de la cavidad bucal donde se produce el estrechamiento más importante y el órgano móvil (labio, lengua, dientes...) que ocasiona el estrechamiento al paso del aire.
- El **modo de articulación** se refiere a si la obstrucción es completa o incompleta, produce o no fricción y al hecho de como se relaja dicho estrechamiento hacia el final de la articulación¹.

Resonancia:

El término resonancia se refiere a un conjunto de fenómenos relacionados con los movimientos periódicos o cuasi periódicos en que se produce reforzamiento de una oscilación al someter el sistema a oscilaciones de una frecuencia determinada.

En acústica, la resonancia es el reforzamiento de ciertas frecuencias sonoras como resultado de la coincidencia de ondas similares en frecuencias.

31. NOCIONES DEL SISTEMA EXTRAPIRAMIDAL Y SUS PATOLOGIAS MAS FRECUENTES

- **Sistema extrapiramidal:**

Es un conjunto complejo de vías que conectan núcleos motores subcorticales e interactúan con otros sistemas motores del sistema nervioso.

Es una vía directa, polisináptica, en contraposición a la vía piramidal que es más rápida y monosináptica.

Comienza en la corteza y conecta con la motoneurona inferior, el cerebelo y con la mayoría de las estructuras cerebrales.

Funciones:

- Control de la conducta automática motora, la postura y sus Extrapiramidal Cambios.
- Función Movimientos estereotipados groseros.
- Contribuir al movimiento complejo al integrar y controlar sus componentes.
- Inhibir los movimientos que el individuo no se propone realizar.
- Mantener el tono muscular.
- Mantener la expresión de la cara.
- Interacción motora para el habla con otros sistemas como el cerebelo.

- **DISTONIA**

Las disfonías se caracterizan por movimientos lentos e involuntarios y deformaciones posturales graves debido a la contracción fija de los músculos. Pueden ser focales y deformantes o generalizadas. Generalmente transcurre con disartria hipercinetica y disfonía.

Puede ser producida por:

- Encefalitis
- Enfermedades degenerativas

- Traumatismos

Esta patología puede tener origen hereditario, autosómico dominante. Se han encontrado casos en que hay cambios en el putámen en la resonancia magnética nuclear.

Síntomas y signos:

A nivel de habla se evidencia una mala articulación, interrupciones, intervalos prolongados entre las palabras o sílabas, trastorno del ritmo, silencios inapropiados y elongaciones sonoras.

La voz de estos pacientes se percibe dura, ahogada, con soplos, con variaciones en la intensidad, con limitación de la extensión, monotonía e incoordinación fono respiratoria.

Los órganos fonoarticuladores realizan movimientos alternos, lentos e irregulares. Se observan limitaciones en la lateralización. La mandíbula también realiza movimientos lentos e irregulares. A laringoscopia se observa laringe normal en hiperaducción.

Unido a esto el paciente con distonia ejecuta movimientos involuntarios de tronco, cabeza, cuello y miembros y su tono muscular es fluctuante.

Finalmente este tipo de pacientes presentan alteraciones en la deglución que se traducen en disfagia.

COREA

Se produce por degeneración de núcleos en la base. Se caracteriza por movimientos sin propósitos, irregulares, fluctuantes e involuntarios de cara, lengua y miembros.

La variedad de Huntington es hereditaria, y tiene degeneración celular cortical.

La de Sydenham es menos grave, en niños después de infección por Estreptococo A o fiebre reumática.

La Gravídica, es producida por cambios hormonales en el embarazo que afectan los niveles de dopamina.

Síntomas y signos:

A nivel de habla se observa una Disartria hipercinética caracterizada por trastornos prosódicos, pausas inapropiadas y fallas articulatorias.

La voz se percibe forzada, ronca, con soplo, tono grave, intensidad fluctuante, monotonía por limitación de la extensión tonal. Se observa hiperrifonia e incoordinación fonorespiratoria.

A nivel de los órganos fonoarticuladores se evidencian movimientos alternos e irregulares, gestualidad irregulares y babeo.

Este tipo de pacientes también pueden cursar con cuadros de demencia progresiva, trastornos de la marcha, movimientos atetoides y posturas distónicas.

32. SIGNOS Y SINTOMAS GENERALES DE LA DISARTRIA HIPERCINETICA

Afectación de los procesos motores básicos: respiración, fonación, prosodia, resonancia y articulación.

ÁREA DE TRABAJO: HABLA

Los seres humanos tenemos la necesidad vital de relacionarnos. Estas relaciones en el contexto social son posibles gracias a la comunicación, que implica entrar en relación con los demás y en un intercambio de pareceres, por cuanto que alternativamente somos emisores y receptores.

Comunicarse es, entonces, expresar o manifestar a los otros nuestros pensamientos, deseos y nuestras interpretaciones de las cosas y del mundo a través del habla.

OBJETIVO

- ❖ **Restablecer** los procesos motores básicos (respiración, fonación, prosodia, resonancia y articulación) a través de la implementación de técnicas terapéuticas, con el fin de mejorar el proceso de habla en los usuarios.

Mejorar la producción oral en el usuario, utilizando como base el apoyo de una adecuada respiración y el uso de ejercicios logocinéticos.

METODO DE INTERVENCION

Subárea: respiración y fonación.

1. ejercicios de conciencia respiratoria:

Al usuario acostado sobre la cama se le pide que tome aire por la Nariz impidiendo la elevación de hombros, dándole a conocer el ensanchamiento del abdomen durante la inspiración y el reposicionamiento del mismo durante la espiración.

Este ejercicio se debe realizar en 4 series de 5 ejercicios diariamente.

1.1 función respiratoria:

Se le pide al usuario que tome aire por la nariz, lo retenga durante 5 segundos y luego lo expulse con la boca un poco cerrada de manera muy lenta.

La importancia de este ejercicio radica en la espiración con apoyo abdominal, como ejercicio de resistencia que ayuda al fortalecimiento de músculos que soportan el flujo aéreo para la producción del habla. El ejercicio se debe realizar diariamente durante 10 segundos.

1.2 ejercicios de expansión abdominal :

Se le pide al usuario que tome aire elevando los hombros y ensanchando el abdomen reteniéndolo durante 5 segundos, luego se le pide que lo expulse por la boca.

1.3 ejercicios de control espiratorio abdominal:

- 1.4** Se le pide al usuario que tome aire por la nariz sin elevar hombros, lo retenga durante 5 segundos y luego lo expulse poco a poco imitando el fonema /s/ (/s/s/s/...../s/s/s/...../s/s/s/.....).

Los dos ejercicios anteriores se pueden realizar en dos series de cinco ejercicios.

1.5 ejercicios de fonación sostenida:

Se le pide al usuario que produzca la vocal /a/ sostenida durante 10 segundos. (/a/a/a/a/a/). Este ejercicio se puede realizar en un tiempo aproximado de 10 segundos diariamente. La idea es que con el paso del tiempo se incremente el tiempo de fonación.

1.6 repetición de palabras:

Se le pide al usuario que repita el mayor número de palabras durante una sola respiración. Por ejemplo: Sopa, papa, macarrón, toalla, almohada, zapato, corazón, pluma y cuchara.

Subárea: articulación.

2. Articulación:

2.1 Gimnasia articularia:

Frente a espejo se le pide al usuario que realice gestos como sacar y meter la lengua, llevar la punta de la lengua al labio superior e inferior de forma alterna, así como a los lados; inflar las mejillas y estirar los labios. Otra modalidad sería imitar expresiones faciales que realice el cuidador como llanto, rabia, alegría, admiración, soplar).

Estos ejercicios se deben realizar diariamente durante 20 minutos.

2.2 producción de fonemas:

Se le muestra al usuario una lamina que tenga los diferentes fonemas de forma aislada en principio como /p/ t/ k/ (pata, torta, kepis) y frente a el pronunciamos. Después de que el usuario vaya progresando se realiza lo mismo con palabras, frases y oraciones.

NOTA: Cada uno de los ejercicios anteriormente nombrados ayudan a la recuperación del usuario, y de su continuidad y constancia dependen sus efectos recuperatorios, por tal motivo cada uno de ellos, deben hacerse una vez al día todos los días.

Subárea: voz

3. aumento de la intensidad vocal:

Se le pide al usuario que tome aire por boca, sin elevar hombros y que cuente los números del 1 al 10 sin tomar aire adicional.

Realice este ejercicio todos los días en dos momentos, cada uno de diez repeticiones.

La importancia del ejercicio anterior es trabajar la técnica de apoyo abdominal en la respiración. Si durante el conteo al usuario se le dificulta hacer el ejercicio, el cuidador debe parar esperar 5 minutos y volver a empezar la secuencia.

Subárea: prosodia

4. ejercicios para mejorar la monotonía vocal:

Pedirle al usuario que imite tonos proporcionados por el cuidador. Luego cuando el usuario obtenga mas progreso se le va ayudando a que pueda cantar una pequeña estrofa de una canción, por ejemplo: (la, la , la , lo , lu) .

Ritmo y entonación:

Se le pide al usuario que imite tonos proporcionados por el cuidador acompañados de de palmas. Si el usuario no puede realizar el ejercicio se conduce a que este lo haga con ayuda. Por ejemplo: (la- palma- la- palma- lo – palma – lu)

Subárea: alimentación

4. Deglución:

Los ejercicios de movilidad de lengua, labios, inflar mejillas, y todo lo que implique los órganos fonarticulatorios y la región de la faringe, estimulan a la activación de estructuras importantes para llevar a cabo la deglución, por tal motivo contribuyen a la fase oral y faríngea de la misma.

La adecuación de la dieta, el suministro del alimento en volúmenes pequeños y el uso de la cuchara plana, el vaso y el mantenimiento de una postura corporal adecuada durante la alimentación complementan el proceso de rehabilitación del usuario.

RECURSOS UTILIZADOS, POR CADA ACTIVIDAD

- laminas con palabras
- el uso de espejo para llevar a cabo los ejercicios propuestos para los órganos fonarticuladores.

RECOMENDACIONES

Se debe motivar a las personas a participar en actividades de rutina. Es preciso tomarse el tiempo necesario para mostrarles cómo se realiza una tarea y darles el tiempo suficiente para que la realicen. Si no lo hacen de manera adecuada es importante volverles a repetir el proceso y pedirles que lo realicen de nuevo.

33. ATENCION DE DISARTRIA HIPERCINETICA

DISARTRIA HIPERCINETICA: Es una alteración del habla que tiene como base un trastorno neurológico, y que generalmente se acompaña de alteraciones de los movimientos biológicos de los órganos buco faríngeos y en ocasiones de incoordinación fono respiratoria.

Según Prater (1989) ¹, la disartria se define como alteraciones de la inervación motora **1** de los músculos del mecanismo vocal que se caracterizan por trastornos de la articulación, de la fonación, la resonancia y la respiración que traen como consecuencia anomalías neuromusculares como trastornos de la fuerza muscular, del tono o de excesivos movimientos involuntarios.

La disartria hipercinetica es consecuencia de una lesión en el sistema extrapiramidal **2** y todas las funciones motrices básicas (respiración, fonación, prosodia, resonancia y articulación) pueden estar afectadas.

JUSTIFICACION

Como profesionales en fonoaudiología es importante que la intervención de un paciente con disartria este enfocada a la rehabilitación de sus dificultades teniendo en cuenta los aspectos psicológicos, sociales y físicos del habla y la voz con el fin crear un programa que establezca y fundamente sus prioridades en las necesidades reales del usuario, adecuando técnicas funcionales logofoniatricas a sus características particulares y capacidades físicas.

SIGNOS Y SINTOMAS

Afectación de los procesos motores básicos: respiración, fonación, prosodia, resonancia y articulación.

ÁREA DE TRABAJO: HABLA

Los seres humanos tenemos la necesidad vital de relacionarnos. Estas relaciones en el contexto social son posibles gracias a la comunicación, que implica entrar en relación con los demás y en un intercambio de pareceres, por cuanto que alternativamente somos emisores y receptores.

Comunicarse es, entonces, expresar o manifestar a los otros nuestros pensamientos, deseos y nuestras interpretaciones de las cosas y del mundo a través del habla.

Objetivo

- ❖ Reeducar los procesos motores básicos (respiración, fonación, prosodia, resonancia y articulación) a través de la implementación de técnicas terapéuticas con el fin de mejorar el proceso de habla en los usuarios.
- ❖ Trabajar ejercicios de ritmo y fluidez verbal a través de técnicas terapéuticas que mejoren la producción oral en el usuario, utilizando como base el apoyo de una adecuada respiración.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Subárea: respiración y fonación.

La respiración es fundamental a la hora de entender la producción del sonido, y la voz se produce gracias al paso del aire durante la inspiración, haciendo que las cuerdas vocales vibren produciéndose así la fonación. De esta manera trabajar la respiración y la fonación nos ayuda a mejorar el proceso de habla en los usuarios. A continuación se presentaran una serie de ejercicios benefactorios:

Ejercicios de conciencia respiratoria:

Al usuario acostado sobre la cama se le pide que tome aire por la Nariz impidiendo la elevación de hombros, dándole a conocer el ensanchamiento del abdomen durante la inspiración y el reposicionamiento del mismo durante la espiración. La importancia de este ejercicio radica en la

respiración con apoyo abdominal, como ejercicio de resistencia que ayuda al fortalecimiento de músculos que soportan el flujo aéreo

Ejercicios de expansión abdominal:

Se le pide al usuario que tome aire elevando los hombros y ensanchando el abdomen reteniéndolo durante 5 segundos, luego se le pide que lo expulse por la boca. Realizar este ejercicio todos días durante 10 segundos.

Ejercicios de control espiratorio abdominal:

se le pide al usuario que tome aire por la nariz sin elevar hombros, lo retenga durante 5 segundos y *luego lo expulse poco a poco imitando el fonema /s/ (/s/s/s/...../s/s/s/...../s/s/s/.....).* Realice 3 series de 10 ejercicios todos los días.

Ejercicios de fonación sostenida:

Se le pide al usuario que produzca la vocal /a/ sostenida durante 10 segundos. (/a/a/a/a/a/a/). Este ejercicio se puede realizar en un tiempo aproximado de 10 segundos una vez al día. La idea es que con el paso del tiempo se incremente el tiempo de fonación.

Repetición de palabras:

Se le pide al usuario que repita el mayor número de palabras durante una sola respiración.

NOTA: Una vez se han trabajado los ejercicios respiratorios, el mecanismo vocal se encuentra apto para trabajar a través de la fonación, así que estos ejercicios ayudan al proceso de producción oral.

Una vez se trabajen los ejercicios por separado, es importante trabajarlos alternos, ya que esto ayuda a la coordinación fono – respiratoria que es muy importante para el proceso de articulación.

Subárea: articulación.

La articulación es la producción física del habla. La articulación se lleva a cabo por medio de los órganos de la cavidad oral como: los labios, la lengua, los dientes, las mejillas, el paladar, etc. De manera que para articular correctamente es necesario fortalecer y aumentar la movilidad de estas estructuras. A continuación se presentaran algunos ejercicios que ayudan en este proceso:

Articulación:

Gimnasia articularia: Frente a espejo se le pide al usuario que realice gestos como sacar y meter la lengua, llevar la punta de la lengua al labio superior e inferior de forma alterna, así como a los lados, con la punta de la lengua empujar ambas mejillas de forma alterna; inflar las mejillas y estirar los labios. Otra modalidad sería imitar expresiones faciales que realice el cuidador como llanto, rabia, alegría, admiración, soplar).

Producción de fonemas:

Se le muestran al usuario una lamina que tenga los diferentes fonemas de forma aislada como /p/ t/ k/ y frente a el pronunciamos (papa, tarro, kepis). Después de que el usuario vaya progresando se realiza lo mismo con palabras, frases y oraciones.

Este ejercicio es de gran importancia ya que con ella se están trabajando tres puntos articulatorios que ayudan a mejorar la movilidad de los órganos fonoarticulatorios. Realice este ejercicio durante 5 minutos diariamente.

NOTA: Cada uno de los ejercicios anteriormente nombrados ayudan a la recuperación del usuario, y de su continuidad y constancia dependen sus efectos recuperatorios, por tal motivo cada uno de ellos, deben hacerse una vez al día todos los días durante 15 minutos, luego de un tiempo se puede ir incrementando el tiempo de duración de cada uno de ellos.

Subárea: voz

La voz es el producto de la fonación y es de vital importancia en la comunicación física vocal del ser humano. Por este motivo si no hay una adecuada función respiratoria la voz se afectaría notoriamente. A continuación se presentaran algunos ejercicios influyentes en la producción de la voz.

Aumento de la intensidad vocal:

Se le pide al usuario que tome aire por boca, sin elevar hombros y que cuente los números del 1 al 10 sin tomar aire adicional.

La importancia del ejercicio es trabajar la técnica de apoyo abdominal en la respiración.

Si durante el conteo al usuario se le dificulta hacer el ejercicio, el cuidador debe parar y volver a empezar la secuencia.

Realice 3 series de 10 ejercicios a diario.

Subárea: prosodia

La prosodia es un proceso motor encargado del acento, de los tonos y la entonación, por este motivo constituye aquellos elementos o cualidades suprasegmentales de la voz.

Ejercicios para mejorar la monotonía:

Pedirle al usuario que imite tonos proporcionados por el cuidador. Luego cuando el usuario obtenga mas progreso se le va ayudando a que pueda cantar una pequeña estrofa de una canción.

Ritmo y entonación (fluidez):

Se le pide al usuario que imite tonos proporcionados por el cuidador acompañados de de palmas. Si el usuario no puede realizar el ejercicio se conduce a que se realice el ejercicio, lo importante es que el vaya esquematizado en su mente patrones de ritmo.

NOTA: Estos ejercicios ayudaran a darle melodía a la voz., realícelos todos los días durante 6 minutos,

Subárea: alimentación

El proceso de una adecuada deglución es crucial dentro de los parámetros de recuperación de un individuo con disartria si esta se encuentra afectada, por tal motivo el utilizar utensilios adecuados que ayuden en el proceso de alimentación, además del uso de posturas durante la misma constituyen un papel muy importante en la recuperación total de la persona afectada. A continuación se darán algunas pautas a tener en cuenta:

Deglución:

Los ejercicios de movilidad de lengua, labios, inflar mejillas, y todo lo que implique los órganos fonoarticulatorios y la región de la faringe, estimulan a la activación de estructuras importantes para llevar a cabo la deglución, por tal motivo contribuyen a la fase oral y faríngea de la misma. La adecuación de la dieta, el suministro del alimento en volúmenes pequeños y el uso de la cuchara plana, el vaso y el mantenimiento de una postura corporal adecuada durante la alimentación complementan el proceso de rehabilitación del usuario.

NOTA: Cada uno de los ejercicios anteriormente nombrados ayudan a la recuperación del usuario, y de su continuidad y constancia dependen sus efectos recuperatorios, por tal motivo cada uno de ellos, deben hacerse una vez al día todos los días.

MATERIALES A UTILIAR:

- Espejo y laminas con palabras como:
- Sopa, papa, macarrón, toalla, almohada, zapato, corazón, cuchara.

RECOMENDACIONES

Se debe motivar a las personas a participar en actividades normales. Es preciso tomarse el tiempo necesario para mostrarles cómo se realiza una tarea y darles el tiempo suficiente para que la realicen. Si no lo hacen de manera adecuada es importante volverles a repetir el proceso y pedirles que lo realicen de nuevo

34. MANUAL DE INTERVENCION EN DISARTRIA HIPORCINETICA

DISARTRIA HIPORCINETICA: Es una alteración del habla que tiene como base un trastorno neurológico, y que generalmente se acompaña de alteraciones de los movimientos biológicos de los órganos buco faríngeos y en ocasiones de incoordinación fono respiratoria.

Según **Prater (1989)**¹, la disartria se define como alteraciones de la inervación motora de los músculos del mecanismo vocal que se caracterizan por trastornos de la articulación, de la fonación, la resonancia y la respiración que traen como consecuencia anomalías neuromusculares como trastornos de la fuerza muscular, del tono o de excesivos movimientos involuntarios.

La disartria hipocinetica es consecuencia de una lesión en el sistema extrapiramidal y se manifiesta en movimientos lentos, limitados, rígidos y repetitivos en los músculos del habla, voz débil, articulación defectuosa, falta de inflexión (cambio del tono o del acento de la voz), frases cortas, falta de flexibilidad y control de los centros faríngeos.

CARACTERÍSTICAS COMUNICATIVAS:

- Taquilalia: rapidez en la producción del habla.
- Restricción en movimientos: dificultad para realizar movimientos corporales.
- Pausas inapropiadas: uso de pausas prolongadas en la producción del habla.
- Ecolalias: repetición de una palabra.
- Palilalia :repetición de sílabas o frases

CATEGORIAS

Procesos motores básicos:

La respiración es una de las funciones principales de los organismos vivos, por medio de la cual se producen reacciones de oxidación que liberan energía que utilizan los seres vivos para poder realizar su metabolismo.

La respiración es fundamental a la hora de entender la producción de sonido, estableciéndose así la fonación que es el proceso por el cual el aire se pone en movimiento dentro del tracto vocal.

La respiración se encuentra dividida en una serie de fases:

- Iniciación pulmonar: El diafragma y las costillas presionan los pulmones, lo que hace que el aire comience el movimiento. La mayor parte de los sonidos del habla se inician de forma pulmonar egresiva. La iniciación pulmonar ingresiva puede encontrarse alternativamente cuando el hablante articula entre sollozos o habla de forma muy acelerada.
- Iniciación glotal: El movimiento del aire puede también iniciarse en una zona superior de la longitudinal a través de las cuerdas vocales o glotis. Para iniciar la presión glotal, el hablante debe hacer descender la glotis, como se hace al producir una nota baja, juntar las cuerdas vocales como para la oclusiva glotal sorda /ʔ/, *y alzar después la glotis creando presión en la parte superior de la tráquea y la cavidad oral.*
- Iniciación velar: El tercer lugar de iniciación es el velo, donde el sonido es realizado al producirse un cierre en dos zonas de articulación: la zona del velo y la úvula y en la parte delantera de la boca. La corriente de aire se forma por el movimiento de la lengua. La iniciación velar es casi siempre ingresiva.

Los tipos de respiración son:

1. Clavicular: es la realizada por la parte superior de los pulmones. Debido a la forma piramidal de los sacos pulmonares, éste es el tipo de respiración que menos cantidad de oxígeno provee al organismo.

2. Costal: es la realizada por la parte media de los pulmones a nivel costal. Es raro que este tipo de respiración se produzca sola, estando siempre acompañada de una respiración clavicular o abdominal.
3. Abdominal: se realiza en la parte baja de los pulmones, y permite mayor ingreso de oxígeno que las anteriores debido también a la forma piramidal de los sacos pulmonares.
4. Respiración completa: Se produce por el total llenado de los pulmones, incluyendo la parte baja, media y alta de los mismos. Se realiza de forma pausada, y sin forzar la capacidad pulmonar.

Fonación:

La fonación es el proceso mediante el cual se produce la voz a través del paso del flujo aéreo por los pliegues vocales. Se utilizan tres parámetros para describir la fonación:

- Tono : frecuencia de las vibraciones en las cuerdas vocales (presente solo, por lo tanto en la fonación sonora).
- Altura: depende de la cantidad de aire subglotal.
- Timbre: que varía dependiendo de la apertura de las cuerdas vocales.

Existen cuatro tipos básicos de fonación: sonidos sordos, sonidos sonoros, susurros y laríngeos.

Prosodia: la prosodia es una rama de la lingüística que analiza y representa formalmente aquellos elementos de la expresión oral, tales como el acento, los tonos y la entonación.

Su manifestación concreta en la producción de la palabra se asocia de este modo a las variaciones de la frecuencia fundamental, de la duración y de la intensidad que constituyen los parámetros prosódicos físicos.

Este punto se divide en dos bloques. El primero considera aspectos suprasegmentales, es decir, que trata la entonación de la frase en su conjunto. El segundo bloque controla la melodía (segmental).

En la prosodia se pueden abordar cuatro características básicas: la duración segmental, la intensidad segmental, las pausas y los movimientos melódicos. La entonación es básicamente la evolución de la frecuencia fundamental, mientras que el ritmo incluye tanto las duraciones de cada uno de los signos de síntesis como la localización y duración de las pausas. Las variables típicamente utilizadas en el análisis de la prosodia son: el tipo de oración, la duración en tiempo, el número de sílabas del grupo entonativo, la distancia a la última sílaba acentuada, la categoría gramatical de la palabra, etc.

Articulación: es una de las ramas de la fonética, que se ocupa de la producción física del habla, es decir, describe qué órganos intervienen en su producción, la posición que éstos toman y cómo esas posiciones hace variar la trayectoria del aire en su viaje por los pliegues vocales hasta que es expulsado por la boca o la nariz, produciendo sonidos diferentes.

La producción de habla se produce en tres fases: respiración, fonación y articulación.

En la articulación de un sonido es importante distinguir entre el modo de articulación y el punto de articulación:

- El **punto de articulación**, se refiere a la parte de la cavidad bucal donde se produce el estrechamiento más importante y el órgano móvil (labio, lengua, dientes...) que ocasiona el estrechamiento al paso del aire.
- El **modo de articulación** se refiere a si la obstrucción es completa o incompleta, produce o no fricción y al hecho de como se relaja dicho estrechamiento hacia el final de la articulación.

Resonancia:

El término resonancia se refiere a un conjunto de fenómenos relacionados con los movimientos periódicos o cuasi periódicos en que se produce reforzamiento de una oscilación al someter el sistema a oscilaciones de una frecuencia determinada.

En acústica, la resonancia es el reforzamiento de ciertas frecuencias sonoras como resultado de la coincidencia de ondas similares en frecuencias.

35. NOCIONES DEL SISTEMA EXTRAPIRAMIDAL Y SUS PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES

- **Sistema extrapiramidal:**

Es un conjunto complejo de vías que conectan núcleos motores subcorticales e interactúan con otros sistemas motores del sistema nervioso.

Es una vía directa, polisináptica, en contraposición a la vía piramidal que es más rápida y monosináptica.

Comienza en la corteza y conecta con la motoneurona inferior, el cerebelo y con la mayoría de las estructuras cerebrales.

Funciones:

- Control de la conducta automática motora, la postura y sus Extrapiramidal Cambios.
- Función Movimientos estereotipados groseros.
- Contribuir al movimiento complejo al integrar y controlar sus componentes.
- Inhibir los movimientos que el individuo no se propone realizar.
- Mantener el tono muscular.
- Mantener la expresión de la cara.
- Interacción motora para el habla con otros sistemas como el cerebelo

36. ENFERMEDAD DE PARKINSON

Es una enfermedad degenerativa, progresiva del sistema extrapiramidal, ganglios, núcleos de la base y sustancia nigra de causa desconocida en muchos casos, que se caracteriza por: rigidez, bradicinesia, temblor de reposo, problemas posturales y del equilibrio, hipotonía y trastornos emocionales.

ETIOLOGÍA:

Esta patología puede aparecer a causa de enfermedades como la Arteriosclerosis, degeneración idiopática, uso de neurolépticos, intoxicaciones por Manganeseo, infecciones del SNC, accidentes vasculocerebrales, traumas.

Síntomas y signos:

A nivel de habla se observa superficialidad creciente que puede llegar a la ininteligibilidad, taquilalia cambiante por economía del tiempo articulatorio y restricción de movimientos, alteraciones del automatismo del movimiento, pausas inapropiadas, ecolalia, palilalia (repetición de sílabas o frases), quinesia paradójal (habla de pronto relativamente bien), movimientos labiales sin emisión de sonidos por debilidad o por incompetencia respiratoria.

A nivel de voz se observa hipofonía, aireación, afonías, tono cambiante aunque al final se hace grave; extensión tonal disminuida, monotonía, hiperrinofonía, temblor vocal, diplofonía y tiempo de fonación acortado.

A nivel de respiración se evidencia superficialidad, exhaustación respiratoria, columna espiratoria débil e incoordinación fono respiratoria.

Al examen laríngeo se observa estructura normal, temblor de cuerdas y de bandas, déficit de aducción y abducción, asimetría y cierre excesivo por rigidez.

Unido a lo anterior el paciente con enfermedad de Parkinson puede cursar con demencia, disfagia, babeo, micrografía, hiponía, trastornos en la marcha y del equilibrio, dificultad para iniciar movimientos y trastornos posturales.

37. SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DISARTRIA HIPOCINETICA

Afectación de los procesos motores básicos: respiración, fonación, prosodia, resonancia y articulación.

ÁREA DE TRABAJO: HABLA

Los seres humanos tenemos la necesidad vital de relacionarnos. Estas relaciones en el contexto social son posibles gracias a la comunicación, que implica entrar en relación con los demás y en un intercambio de pareceres, por cuanto que alternativamente somos emisores y receptores. Comunicarse es, entonces, expresar o manifestar a los otros nuestros pensamientos, deseos y nuestras interpretaciones de las cosas y del mundo de manera a través del habla.

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Restablecer los procesos motores básicos (respiración, fonación, prosodia, resonancia y articulación) a través de la implementación de técnicas terapéuticas con el fin de mejorar el proceso de habla en los usuarios.
- ❖ Mejorar la producción oral en el usuario, utilizando como base el apoyo de una adecuada respiración y el uso de ejercicios logocinéticos.

MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

Subárea: voz

Aumento de la intensidad vocal:

Se le pide al usuario que tome aire por boca, sin elevar hombros y que cuente los números del 1 al 10 sin tomar aire adicional. Realice este ejercicio todos los días en dos momentos, cada uno de diez repeticiones. La importancia del ejercicio es trabajar la técnica de apoyo abdominal en la respiración. Si durante el conteo al usuario se le dificulta hacer el ejercicio, el cuidador debe parar y volver a empezar la secuencia.

NOTA: Es de gran importancia aumentar gradualmente la cantidad de números; por ejemplo si se inicio con los números de 1 a 10 después de repetirlo 2 veces se va incrementando la secuencia de 5 en 5 o de 10 en 10 según el progreso del usuario.

Subárea: respiración y fonación

Ejercicios de conciencia respiratoria:

Al usuario acostado sobre la cama se le pide que tome aire por la Nariz impidiendo la elevación de hombros, dándole a conocer el ensanchamiento del abdomen durante la inspiración y el reposicionamiento del mismo durante la espiración.

Este ejercicio se puede realizar una vez al día durante 5 segundos.

Función respiratoria:

Se le pide al usuario que tome aire por la nariz, lo retenga durante 5 segundos y luego lo expulse con la boca un poco cerrada de manera muy lenta. La importancia de este ejercicio radica en la respiración con apoyo abdominal, como ejercicio de resistencia que ayuda al fortalecimiento de músculos que soportan el flujo aéreo para la producción del habla. Realícelo una vez al día durante 5 segundos.

Ejercicios de control espiratorio abdominal:

se le pide al usuario que tome aire por la nariz sin elevar hombros, lo retenga durante 5 segundos y luego lo expulse poco a poco imitando el fonema /s/ (/s/s/s/...../s/s/s/...../s/s/s/). Este ejercicio se puede realizar en dos momentos de cinco ejercicios una vez al día durante 8 segundos.

Ejercicios de fonación sostenida:

Se le pide al usuario que produzca la vocal /a/ sostenida durante 10 segundos. (/a/a/a/a/a/). Este ejercicio se puede realizar en un tiempo aproximado de 10 segundos una vez al día. La idea es que con el paso del tiempo se incremente el tiempo de fonación.

Repetición de palabras:

Se le pide al usuario que repita el mayor número de palabras durante una sola respiración. Por ejemplo: opa, papa, macarrón, toalla, almohada, zapato, corazón, cuchara.

Subárea: articulación.

Articulación:**Gimnasia articulatoria:**

Frente a espejo se le pide al usuario que realice gestos como sacar y meter la lengua, llevar la punta de la lengua al labio superior e inferior de forma alterna, así como a los lados; inflar las mejillas y estirar los labios. Otra modalidad sería imitar expresiones faciales que realice el cuidador como llanto, rabia, alegría, admiración, soplar).

Estos ejercicios se deben realizar diariamente durante 20 minutos.

Producción de fonemas:

Se le muestra al usuario una lamina que tenga los diferentes fonemas de forma aislada en principio como /p/ t/ k/ (pata, torta, kepis) y frente a el pronunciamos. Después de que el usuario vaya progresando se realiza lo mismo con palabras, frases y oraciones. De debe realizar una vez al día durante 10 minutos.

Producción de fonemas:

Se le muestran al usuario una lamina que tenga los diferentes fonemas de forma aislada en principio como /p/ t/ k/ y frente a el pronunciamos. Después de que el usuario vaya progresando se realiza lo mismo con palabras, frases y oraciones.

Subárea: alimentación

Deglución:

Los ejercicios de movilidad de lengua, labios, inflar mejillas, y todo lo que implique los órganos fonarticulatorios y la región de la faringe, estimulan a la activación de estructuras importantes para llevar a cabo la deglución, por tal motivo contribuyen a la fase oral y faríngea de la misma. La adecuación de la dieta, el suministro del alimento en volúmenes pequeños y el uso de la cuchara plana, el vaso y el mantenimiento de una postura corporal adecuada durante la alimentación complementan el proceso de rehabilitación del usuario.

RECURSOS UTILIZADOS:

- laminas con palabras como las anteriormente nombradas y un espejo para realizar las praxias.

RECOMENDACIONES: Se debe motivar a las personas a participar en actividades de rutina. Es preciso tomarse el tiempo necesario para mostrarles cómo se realiza una tarea y darles el tiempo suficiente para que la realicen. Si no lo hacen de manera adecuada es importante volverles a repetir el proceso y pedirles que lo realicen de nuevo.

38. ATENCION EN DISARTRIA HIPORCINETICA**DISARTRIA HIPOCINETICA.**

Es una alteración del habla que tiene como base un trastorno neurológico, y que generalmente se acompaña de alteraciones de los movimientos biológicos de los órganos buco faríngeos y en ocasiones de incoordinación fono respiratorio. Según Prater (1989), la disartria se define como alteraciones de la inervación motora de los músculos del mecanismo vocal que se caracterizan por trastornos de la articulación, de la fonación, la resonancia y la respiración que traen como consecuencia anomalías neuromusculares como trastornos de la fuerza muscular, del tono o de excesivos movimientos involuntarios.

La disartria hipocinetica es consecuencia de una lesión en el sistema extrapiramidal y se manifiesta en movimientos lentos, limitados, rígidos y repetitivos en los músculos del habla, voz débil, articulación defectuosa, falta de inflexión (cambio del tono o del acento de la voz), frases cortas, falta de flexibilidad y control de los centros faríngeos.

JUSTIFICACION

Como profesionales en fonoaudiología es importante que la intervención de un paciente con disartria este enfocada a la rehabilitación de sus dificultades teniendo en cuenta los aspectos psicológicos, sociales y físicos del habla y la voz con el fin crear un programa que establezca y fundamente sus prioridades en las necesidades reales del usuario, adecuando técnicas funcionales logofoniatricas a sus características particulares y capacidades físicas.

Signos y síntomas

Afectación de los procesos motores básicos: respiración, fonación, prosodia, resonancia y articulación.

ÁREA DE TRABAJO: HABLA

Los seres humanos tenemos la necesidad vital de relacionarnos. Estas relaciones en el contexto social son posibles gracias a la comunicación, que implica entrar en relación con los demás y en un intercambio de pareceres, por cuanto que alternativamente somos emisores y receptores.

Comunicarse es, entonces, expresar o manifestar a los otros nuestros pensamientos, deseos y nuestras interpretaciones de las cosas y del mundo a través del habla.

OBJETIVO

- ❖ Reeducar los procesos motores básicos (respiración, fonación, prosodia, resonancia y articulación) a través de la implementación de técnicas terapéuticas con el fin de mejorar el proceso de habla en los usuarios.
- ❖ Mejorar la producción oral en el usuario, utilizando como base el apoyo de una adecuada respiración y el uso de ejercicios logocinéticos.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION**Subárea:** voz

La voz es el producto de la fonación y es de vital importancia en la comunicación física vocal del ser humano. Por este motivo si no hay una adecuada función respiratoria la voz se afectaría notoriamente. A continuación se presentaran algunos ejercicios influyentes en la producción de la voz.

Aumento de la intensidad vocal:

Se le pide al usuario que tome aire por boca, sin elevar hombros y que cuente los números del 1 al 10 sin tomar aire adicional.

La importancia del ejercicio es trabajar la técnica de apoyo abdominal en la respiración. Si durante el conteo al usuario se le dificulta hacer el ejercicio, el cuidador debe parar y volver a empezar la secuencia.

El ejercicio se debe realizar todos los días durante 20 segundos.

NOTA: Señor cuidador es de gran importancia aumentar gradualmente la cantidad de números; por ejemplo si se inicio con los números de 1 a 10 después de repetirlo 2 veces se va incrementando la secuencia de 5 en 5 o de 10 en 10 según el progreso del usuario.

Subárea: respiración y fonación

La respiración es fundamental a la hora de entender la producción del sonido, y la voz se produce gracias al paso del aire durante la inspiración, haciendo que las cuerdas vocales vibren, produciéndose así la fonación de esta manera trabajar la respiración y la fonación nos ayuda a mejorar el proceso de habla en los usuarios. A continuación se presentaran una serie de ejercicios benefactorios para los usuarios:

Ejercicios de conciencia respiratoria:

Al usuario acostado sobre la cama se le pide que tome aire por la Nariz impidiendo la elevación de hombros, dándole a conocer el ensanchamiento del abdomen durante la inspiración y el reposicionamiento del mismo durante la espiración.

Este ejercicio se debe realizar en 4 series de 5 ejercicios diariamente.

Función respiratoria:

Se le pide al usuario que tome aire por la nariz, lo retenga durante 5 segundos y luego lo expulse con la boca un poco cerrada de manera muy lenta.

El ejercicio se debe realizar diariamente durante 10 segundos.

Ejercicios de control espiratorio abdominal:

se le pide al usuario que tome aire por la nariz sin elevar hombros, lo retenga durante 5 segundos y luego lo expulse poco a poco imitando el fonema /s/ (sss.....sss.....sss). *El ejercicio anterior se puede realizar en dos series de cinco ejercicios.*

NOTA: La importancia de estos ejercicios radica en la respiración con apoyo abdominal, como ejercicio de resistencia que ayuda al fortalecimiento de músculos que soportan el flujo aéreo para la producción del habla. También con estos ejercicios el usuario empieza a adquirir un adecuado patrón respiratorio

Ejercicios de fonación sostenida:

Se le pide al usuario que produzca la vocal /a/ sostenida durante 10 segundos. (/a/a/a/a/a/a/). Este ejercicio se puede realizar en un tiempo aproximado de 10 segundos diariamente. La idea es que con el paso del tiempo se incremente el tiempo de fonación.

Repetición de palabras:

Se le pide al usuario que repita el mayor número de palabras durante una sola respiración.

Por ejemplo: Sopa, papa, macarrón, toalla, almohada, zapato, corazón, pluma y cuchara. El ejercicio se debe realizar todos los días durante 15 minutos.

NOTA: Una vez se han trabajado los ejercicios respiratorios, el mecanismo vocal se encuentra apto para trabajar a través de la fonación, así que estos ejercicios ayudan al proceso de producción oral.

Una vez se trabajen los ejercicios por separado, es importante trabajarlos alternos, ya que esto ayuda a la coordinación fono – respiratoria, muy importante para el proceso de articulación.

Subárea: articulación.

La articulación es la producción física del habla. La articulación se lleva a cabo por medio de los órganos de la cavidad oral como: los labios, la lengua, los dientes, las mejillas, el paladar, etc. De esta manera que para articular correctamente es necesario fortalecer y aumentar la movilidad de estas estructuras. A continuación se presentaran algunos ejercicios que ayudan en este proceso:

Gimnasia articularia:

Frente a espejo se le pide al usuario que realice gestos como sacar y meter la lengua, llevar la punta de la lengua al labio superior e inferior de forma alterna, así como a los lados; inflar las mejillas y estirar los labios. Otra modalidad sería imitar expresiones faciales que realice el cuidador como llanto, rabia, alegría, admiración, soplar).

NOTA: Los ejercicios anteriores son de gran importancia por que ayudan en el fortalecimiento de las estructuras que intervienen en el habla y se deben realizar diariamente durante 15 minutos.

Producción de fonemas:

Se le muestran al usuario una lamina que tenga los diferentes fonemas de forma aislada en principio como /p/ t/ k/ (ejemplo: paca, tetero, kilo) y frente a el pronunciamos. Después de que el usuario vaya progresando se realiza lo mismo con palabras, frases y oraciones.

Este ejercicio se debe realizar diariamente durante 10 minutos, y se incrementan las palabras en la medida en que evolucionando el usuario.

Subárea: alimentación

El proceso de una adecuada deglución es crucial dentro de los parámetros de recuperación de un individuo con disartria si esta se encuentra afectada, por tal motivo el utilizar utensilios adecuados que ayuden en el proceso de alimentación, además del uso de posturas durante la misma constituyen un papel muy importante en la recuperación total de la persona afectada. A continuación se darán algunas pautas a tener en cuenta:

Deglución:

Los ejercicios de movilidad de lengua, labios, inflar mejillas, y todo lo que implique los órganos fonarticulatorios y la región de la faringe, estimula a la activación y el fortalecimiento de estructuras importantes para llevar a cabo la deglución, por tal motivo contribuyen a la fase oral y faríngea de la misma.

La adecuación de la dieta, el uso de la cuchara y el vaso y el mantenimiento de una postura corporal adecuada complementan esta terapia.

NOTA: Cada uno de los ejercicios anteriormente nombrados ayudan a la recuperación del usuario, y de su continuidad y constancia dependen sus efectos recuperatorios, por tal motivo cada uno de ellos, deben hacerse una vez al día todos los días.

MATERIALES A UTILIZAR:

- Espejo y laminas con palabras como:

Coco, cama, nene, liga, guante, tijera, chocolate, violin, cosa, vino, venda, etc.

RECOMENDACIONES

Se debe motivar a las personas a participar en actividades cotidianas. Es preciso tomarse el tiempo necesario para mostrarles cómo se realiza una tarea y darles el tiempo suficiente para que la realicen. Si no lo hacen de manera adecuada es importante volverles a repetir el proceso y pedirles que lo realicen de nuevo.

PROTOCOLOS FONOAUDIOLÓGICOS DE VALORACIÓN

EVALUACION DE LA PERCEPCION AUDITIVA

NOMBRE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____
 EDAD CRONOLOGICA: _____
 ESCOLARIDAD: _____
 FECHA DE EVALUACION INICIAL: _____
 FECHA DE REVALORACION: _____
 EXAMINADOR: _____

DISCRIMINACIÓN:

1. Onomatopeyas:

Miau _____	Guau _____
Muu _____	Bee _____
Cuac _____	

Instrumentos: 2 Graves _____
 2 Agudos _____

2. Fonemas:

e-i _____	o-u _____	a-o _____
b-p _____	b-m _____	b-f _____
s-ch _____	l-n _____	n-m _____
t-s _____	d-b _____	p-m _____
g-j _____	d-t _____	c-g _____
c-j _____	n-ll _____	r-n _____

3. Silabas: Iguales combinaciones con la mayor vocal disminuida

Aumentar contraste con l-r

bl / br _____	pl / pr _____	cl / cr _____
tl / tr _____	fl / fr _____	gl / gr _____

4. palabras:

pata-mata _____	bota-dota _____
barco-marco _____	veo-feo _____
caso-cacho _____	vela-vena _____
cana-cama _____	falta-falsa _____
capa-cava _____	paro-pardo _____

gala-jala_____	mica-miga_____
jota-cota_____	caña-calla_____
carta-canta_____	ciña-silla_____
palco-parco_____	dedo-debo_____

INTEGRACION AUDITIVA

Ca__allo	Pist__la	Cam__ón	Sombr__ro	L__piz
M__sa	Telev__sor	Tam__or	Fo__o	Ca__a

MEMORIA DE SECUENCIA

1. INSTRUMENTOS (los que discriminó, opcional: palitos)

Tres instrumentos_____

Cuatro instrumentos_____

2. FONEMAS (los que discriminó mejor)

Tres fonemas_____

Cuatro fonemas_____

3. PALABRAS

Tres palabras 6-7 años: Camión Lápiz Bruja
Escoba Tijera Vestido

7-9 años: Charco Triple Isla
Ciclista Botiquín Rugido

Cuatro palabras 6-7 años: Tigre Ruana Piña Vaca
Tomate Nevera Pantalón Espejo

7-9 años: Jugos Playa Focas Choza
Paisaje Angosto Jirafa Atleta

4. ORACIONES

Mi caballo tiene orejas cortas_____

La señora compró una caja de galletas_____

En la ciudad el aire está muy sucio_____

Cada persona recuerda lo que más le gusta_____

No todas las personas aprendemos igual_____

El amor es lo más importante para ser felices_____

5. DIGITOS

En orden: 852_____ En desorden: 815_____

6927 _____
9148 _____

4349 _____

6. ORDENES

De rutina: Coge el carro y ponlo sobre la mesa: _____

Abre la caja, coge el lápiz y pinta una raya: _____

Extrañas: Tócate un pie y voltea la silla: _____

Saca la lengua, párate en la silla y siéntate en el piso: _____

RITMO

1. RITMOS DE STAMBACK

Reproducción _____

Simbolización de estructuras espaciales _____

Simbolización de estructuras temporales _____

Lectura _____

Trascripción (dictado) _____

2. RITMO ACENTO (FUERTE / DEBIL)

/ _____ / _____ / _____
_____ / _____ / _____

3. ASOCIACION PALABRA-SIMBOLO ANTERIOR _____

4. ENTONACION _____

5. REPETIR FRASE MUSICAL

Los pollitos dicen... _____

Arroz con leche.... _____

ANALISIS Y SINTESIS

1. Análisis

Palabras que empiecen por: a__ b__ c__ d__ e__ f__ g__ i__ j__ l__ ll__ m__
n__ ñ__ o__ p__ r__ s__ t__ u__ ch__

Palabras que tengan el sonido: a__ b__ c__ ch__ d__ e__ f__ g__ j__ m__ n__
ñ__ o__ p__ r__ s__ rr__ t__ u__

Los sonidos o letras de:

Pan__ sol__ tul__ can__ los__

tose__ mico__ faro__ pelo__ torre__ mitad__ fácil__

comió__ parte__ lápiz__ pelota__ amino__ mesita__

camisa__ bonito__ sable__ abrir__ tabla__ bruma__

viento__ tablero__ cabrito__ sombrero__ cuadrado__

potable__

2. Síntesis

Esta palabra tiene /a/ _____ /e/ _____ /i/ _____ /o/ _____ /u/ _____
 (Se dan dos palabras, una que si la contenga y palabras no indistintamente)
 Por cual sonido empieza ésta palabra (se dan palabras de su vocabulario)

Que palabras se forman con los siguientes sonidos:

p-a-n _____ s-o-l _____ t-u-l _____ c-a-n _____ l-o-s _____ t-o-s-e _____ m-i-c-o _____ f-
 a-r-o _____ p-e-l-o _____ t-o-r-r-e _____ m-i-t-a-d _____ f-a-c-i-l _____ c-o-m-i-ó _____
 p-a-r-t-e _____ l-a-p-i-z _____
 p-e-l-o-t-a _____ c-a-m-i-n-o _____ m-e-s-i-t-a _____ c-a-m-i-s-a _____
 b-o-n-i-t-o _____ s-a-b-l-e _____ a-b-r-i-r _____ t-a-b-l- _____
 b-r-u-m-a _____ v-i-e-n-t-o _____ t-a-b-l-e-r-o _____ c-a-b-r-i-t-o _____
 s-o-m-b-r-e-r-o _____ c-u-a-d-r-a-d-o _____ p-o-t-a-b-l-e _____

RIMAS

1. RIMAS CON REFERENTE (7 años)

Un color que suene parecido a piojo _____

Un número que suene parecido a brinco _____

Un color que suene parecido a gordillo _____

Una flor que suene parecido a moza _____

Un número que suene parecido a vete _____

2. RIMAS SIN REFERENTE

Pelota _____ Ratón _____ Casa _____

Cable _____ Violín _____

COORDINACION AUDITIVO VOCAL

1. Repetir (5-6 años)

Tajalápiz _____ Droguería _____ Arequipe _____

Mantecada _____ Medicamento _____

2. Repetir (5 a 6 años – 6 a 7 años)

Sociabilidad _____

Constantinopla _____

Nabucodonosor _____

Contratiempo _____

Cartapacio _____

3. Repetir (6 – 7 años)

Faflafe _____

Paprapa _____

Tlatata _____

Brabebe _____

OBSERVACIONES GENERALES

FICHA RESPIRATORIA -VALORACIÓN PERCEPTUAL

RESPIRACIÓN

♣ **TIPO RESPIRATORIO**

	EN FONACIÓN	EN REPOSO
Clavícula	_____	_____
Costo – diafragmático	_____	_____
Abdominal	_____	_____

♣ **MODO RESPIRATORIO**

	EN FONACIÓN	EN REPOSO
Nasal – Nasal	_____	_____
Bucal – Nasal	_____	_____
Nasal – Bucal	_____	_____

PRUEBA DE GLATZER

¿Existe escape nasal de aire?

A E I O U	SI _____	NO _____
M N Ñ	SI _____	NO _____

PRUEBA DE ROSENTHAL (PERMEABILIDAD NASAL)

	NORMAL	AUMENTADO	DISMINUIDO
Ambas narinas	_____	_____	_____
Narina Izquierda	_____	_____	_____
Narina Derecha	_____	_____	_____

♣ **FRECUENCIA RESPIRATORIA**

RESPIRACIÓN/Minuto:	_____	VALORES ESPERADOS
Aumentada	_____	Hombres: 16 – 18 res/min
Disminuida	_____	Mujeres: 18 – 20 res/min
Normal	_____	Niños: 20 – 25 res/min

♣ **DURACIÓN DEL SOPLO RESPIRATORIO**

a) soplo	_____	VALOR ESPERADO: 15 seg
----------	-------	-------------------------------

b) /s/ sostenida _____
 Aumentada _____
 Disminuida _____
 Normal _____

EFICIENCIA RESPIRATORIA – FONACIÓN EN FUNCIÓN DE LA PALABRA

Lectura Normal _____
 Lectura Proyectada _____
 Series _____

EVALUACIÓN DE LENGUAJE – PRUEBA DE PROCESAMIENTO FONOLÓGICO

PRUEBA DE DISCRIMINACIÓN AUDITIVA (D.A)

ORDEN: Te voy a decir pares de palabras, tú me debes decir si son o no iguales

PUNTAJE: Un punto por cada respuesta correcta. Máximo 21

EDAD: 5 años

Ejemplo

VI	VI	SI	
PESO	BESO	NO	

1	PA	BA	No	
2	TA	TA	Sí	
3	VE	FE	No	
4	NA	NA	Sí	
5	LLA	CHA	No	
6	SAL	TAL	No	
7	COS	COS	Sí	
8	MIDO	NIDO	No	
9	PIDO	PIDO	Sí	
10	CASA	CASA	Sí	
11	CUBO	CUPO	No	
12	BOCA	POCA	No	
13	FOTO	FOTO	Sí	
14	LEÑA	SENA	No	
15	CABELLO	CABELLO	Sí	
16	ANDAMIO	ANDAMIO	Sí	
17	CAMISA	TIZA	No	
18	RANCHERO	RANCHERO	Sí	
19	ESTUVO	ESTUVO	Sí	
20	ENTONAR	ENCONAR	No	
21	ENTRENAR	ENTRENAR	Sí	
			TOTAL	

EXAMEN DE ÓRGANOS FONOARTICULADORES

NOMBRE _____ EDAD _____ FECHA _____
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____

I. LENGUA**A. PROTRUSIÓN**

1. Recta: _____
2. A la derecha: _____
3. A la izquierda: _____

B. TAMAÑO

1. Grande: _____
2. pequeña: _____
3. Normal: _____

C. PUNTA

1. A la izquierda: _____
2. A la derecha: _____
3. Hacia los dientes superiores: _____
4. Hacia los dientes Inferiores: _____

D. PUEDE MOVERLA

1. Hacia labio superior: _____
2. Hacia labio inferior: _____
3. Hacia el paladar doblándola: _____
4. Hacia los alvéolos: _____

E. PUEDE

1. Ensancharla: _____
2. Acanalarla: _____
3. Estrecharla: _____
4. Hacer vibrar: _____

II. COORDINACIÓN GARGANTA – LENGUA.

- A. Puede moverlas juntas (Anga): _____
- B. Traga involuntariamente: _____
- C. Puede tragar de forma voluntaria: _____
- D. Puede beber con pitillos: _____

III. LABIOS

A. Puede ponerlos en las siguientes posiciones

1. Redondos: _____
2. Largos: _____
5. Apretados juntos: _____
6. A la izquierda: _____

3. Abiertos: _____ 7. A la derecha: _____
 4. Cerrados: _____ 8. Hacia delante: _____

IV. COORDINACIÓN QUIJADA – LABIOS

A. Puede hacer los siguientes movimientos.

1. labios de posición redonda a larga (O – I): _____
 2. Labios de posición redonda a ancha (O - A): _____
 3. Labios de posición ancha a redonda (A - O): _____
 4. labios de posición larga a ancha (I - A): _____
 5. Labios de posición larga a redonda (I - O): _____

V. PALADAR

A. ÓSEO

1. Normal _____ 6. Ancho _____
 2. Grande _____ 7. Fisurado _____
 3. Pequeño _____ 8. Sin convexidad _____
 4. Ojival _____ 9. Presencia de cuerpos _____
 5. Estrecho _____ 10. Otro _____

B. BLANDO

1. Normal _____
 2. Corto _____
 3. Figurado _____
 4. Presencia de neoformaciones _____
 5. Parálisis o paresia: _____
 6. Otros _____
 7. Movilidad: Normal: _____ Anormal: _____

VI. MOVILIDAD DEL MAXILAR

1. Derecha _____ 3. Adelante _____
 2. Izquierda _____ 4. Atrás _____

VII. DIENTES

- A. implantación: _____
 B. Estado _____
 C. Otros _____

VIII. MOVIMIENTOS FACIALES

A. puede cerrar los ojos

1. juntos _____
 2. Por Separados _____ a. Izquierda _____ b. Derecha: _____

B. puede levantar las mejillas

1. juntas _____

2. Por Separadas _____ a. Izquierda _____ b. Derecha: _____

C. puede mover la frente

1. levantarla _____ 2. Bajarla _____

TEST DE GOODENOUGH O DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

FORENCE GOODENOUGH (1951)

Consiste en que el niño debe dibujarse en una hoja de papel, con lápiz negro.

Para su realización se le da al paciente cualquiera de estas dos órdenes.

✓ *“hazme una persona tal cual tu te la imagines”*

✓ *“Dibújate a ti mismo”*

Por que probablemente el niño en la segunda orden, no quiera realizarlo porque esta afectada la base afectivo – emocional.

Se evalúan los siguientes aspectos:

CANTIDAD DE DETALLES: gran cantidad de partes del cuerpo que el niño incluya (nariz, ojos, boca, pestaña, etc.)

PROPORCIÓN: se tiene en cuenta el lugar de la hoja en que el niño realiza el dibujo.

BIDIMENCIONALIDAD: dimensión en el que el niño realiza el dibujo.

INTRASPARENCIAS

CONGRUENCIA: se tiene en cuenta que el o la menor, realice el dibujo respetando su sexo.

PLASTICIDAD: habilidad del dibujo, estética.

COORDINACIÓN VISOMOTORA: como realiza el niño el trazo

PERFIL: como se hacen los rasgos de la cara.

ETAPAS DE LA FIGURA HUMANA

3 AÑOS: dibujo de la figura humana como CEFALOPODO, el niño representa todo en una sola parte *“en la cabeza.”*

4 AÑOS: realiza el dibujo con detalles, aparece cuello y tronco:

5 AÑOS: realiza dibujos completos o casi completos con detalles, y aparecen ángulos, cabeza, ojos, brazos y piernas en algunos casos

6 AÑOS: figura humana incluyendo todas las partes del cuerpo, agrega partes internas y en dos dimensiones, incluye el medio que lo rodea.

TEST DE Terman; Comprensión Verbal e Integración Gramatical.**+ 5 AÑOS****1. DEFINICIONES**

- a. ... ¿Qué es una pelota?
- b. ... un sombrero?
- c. ... una cocina?
- d. ... una bicicleta?
- e. ... un cuchillo?
- f. ... un paraguas?
- g. ... una silla?

2. ABSURDOS VERBALES

- Tú tienes...
- Cómo llovía mucho Juan se tiró al agua para no mojarse.
- La vaca vuela muy ligero.
- Está llorando fuerte ese lápiz.
- Siempre duerme mucho ese rosal.

3. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS.

- Cuál línea es más larga.
- Cuál es el redondel más grande.
- Quién brilla de noche, el sol o la luna.
- Cuál caza ratones, el gato o el perro.
- Cuál tiene cuatro patas, el pato o el elefante.

+ 6 AÑOS.**1. DEFINICIONES**

- a. ... ¿Qué es un lápiz?
- b. ... una bicicleta?
- c. ... una cuchara?
- d. ... una muñeca?
- e. ... un burro?

2. ABSURDOS VERBALES

- a. Felipe, hambriento entra a un restaurante.
 - ¿Qué desea usted? Dijo el mesero.
 - Un plato, un cuchillo, una servilleta, eso me gusta.
- b. Míralo con los oídos oscuros.
- c. Tanto sol mojará el cielo.

3. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS.

- Cuál es la diferencia entre:
- ¿Un pájaro y un perro?
- ¿Una zapatilla y un zapato?
- ¿La madera y el cristal?

4. COMPRESION DE SITUACIONES

¿Qué hay que hacer cuando:

- Tienes frío?
- Tienes hambre?
- Llueve al momento de ir a la escuela?
- Si ves quemarse tu casa?
- Si tienes que ir alguna parte y pierdes el transporte?

+ 7 AÑOS.

1. DEFINICIONES

- a. ...¿ *Qué es una carta?*
- b. ... *una tortuga?*
- c. ... *un tenedor?*
- d. ... *una espada?*
- e. ... *un caramelo?*
- f. ¿Qué quiere decir unir?

2. ABSURDOS VERBALES

- a. Han condenado a un hombre tres meses a prisión por haber salvado a una niña que se ahogaba.
- b. Un chico me tiro una piedra y me lastimó un ojo. Le estoy agradecido.
- c. Conozco un ladrón que en su vida le ha robado nada a nadie.

3. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS.

- a. ¿Cuál es la diferencia entre la madera y el vidrio?
- b. ¿En qué se parecen una mariposa y una mosca?
- c. ¿En qué se parecen y diferencian una banana y un limón?

4. ANALOGIAS OPUESTAS

Qué es lo contrario de:

- ... *Dormido?*
- ... *Barato?*
- ... *Arriba?*
- ... *Angosto?*

5. COMPRENSION DE SITUACIONES

- a. ¿Si tu papá fumase cuál le regalarías: una bicicleta, un paquete de cigarrillos o un libro?.
- b. ¿Qué harías si te cortaras un dedo?
- c. ¿Qué harías si tu mamá te mandara a comprar pan y no hay mas?
- d. ¿Qué harías si un chico mas pequeño que tú quiere pegar?

8 AÑOS1. DEFINICIONES

- a. ...¿ qué es un globo?
- b. ... un tigre?
- c. ... un automóvil?
- d. ... un soldado?
- e. ... un martillo?
- f. ... un curioso?
- g. ... amasar?
- h. ... arañar?

2. ABSURDOS VERBALES

- a. Hijo mío el viento ha cesado ya puedes remontar tu barrilete.
- b. Alfredo juega mal a la pelota porque tiene los dientes cariados.
- c. No veo bien, porque soy corto de vista. Voy alejarme un poco para ver mejor.

3. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS.

- ¿En qué se parecen:
- ...Un banano y una manzana?
 - ...La miel y la mermelada?
- En qué se diferencian el papel y el cartón?
- ...Un tenedor y un cuchillo?

9 AÑOS1. DEFINICIONES

- a. ...¿ Qué es la piel?
- b. ... un diamante?
- c. ¿Qué quiere decir fastidio?
- d. ... valiente?
- e. ... disparate?
- f. ... frotar?
- g. ... fábula?
- h. ... desperezarse?

2. ABSURDOS VERBALES

- a. Pablo ha saltado encima de su sombra.
- b. Como debo hacer economía, ahora alimento a mi perro con carne, leche fresca y azúcar, antes lo hacía con restos de mi comida.

3. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS

- a. ¿En qué se parece:
 - ... *Un lapicero y un lápiz?*
 - ... *El violín y el piano?*
- b. En qué se diferencian:
 - ... *Un zapato y un guante?*
 - ... *La miel y la cola?*

4. ANALOGIAS OPUESTAS

- a. Los lobos son salvajes, los *perros*....
- b. El lago es tranquilo, el mar es ...
- c. *Cuando el pan no está blando, está...*

5. COMPRESION DE SITUACIONES-RAZONES

- a. Si se nos pide opinión sobre una persona que no cocemos bien, qué hay que decir?
- b. ¿Qué harías si ves venir un tren y te das cuenta que se va a descarrilar porque la vía está rota?
- c. ¿Por qué son mejores las casas de ladrillo que las de madera?
- d. ¿Por qué se encierran a los criminales en las cárceles?

+ 10 AÑOS.

1. DEFINICIONES

- a. ...¿ *qué es la piel?*
- b. ...*la encía?*
- c. ... *qué quiere decir globo?*
- d. ... *héroe?*
- e. ... *espionaje?*
- f. ... *retroceder?*
- g. ... *aislarse?*
- h. ... *aflicción?*

2. ABSURDOS VERBALES

- a. Este soldado es muy valeroso. Ha matado a una hormiga que caminaba por su pierna.
- b. Le pregunte bajito a un señor si era tan sordo como se decía: "*ciertamente*" me contestó "*soy completamente de ambos oídos*".

c. *Un hombre decía: “el camino que va de mi casa a la ciudad desciende siempre hasta la ciudad, y desciende siempre de la ciudad a mi casa”*

3. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS

a. En qué se parecen:

- ...*La cerveza y el vino?*
- ... *la tijera y un sartén?*
- ...*La montaña y el lago?*

b. En qué se diferencian:

- ...*El primero y el último?*
- ...*El sol y la luna?*
- ...*Un kilo y un metro?*

4. ANALOGIAS OPUESTAS

a. *Cuando no somos haraganes somos...*

b. *Una piedra es dura, un almohadón es....*

c. *Los niños crecen para ser hombres, las niñas para ser...*

5. COMPRENSION DE SITUACIONES

a. Dame dos razones de por qué a la gente le gusta más tener un automóvil que una bicicleta.

b. ¿Por qué en un naufragio se salva primero a las mujeres y niños?

c. ¿Qué debes hacer si alguien te pregunta por una población que no conoces.

d. ¿Por qué en una fabrica o en una oficina se toman exámenes antes de emplear a una persona.

ANAMNESIS

IDENTIFICACIÓN

Nombres y apellidos del niño: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Grado escolar: _____ Edad: _____
 Nombre del padre: _____ Nombre de la madre: _____
 Dirección: _____ Barrio: _____
 Persona que respondió al cuestionario: _____

COMPOSICION E HISTORIA DEL GRUPO FAMILIAR.

1. Con quién y que edad tienen las personas con que vive el niño _____

2. edad de la madre al quedar embarazada: _____ Edad del padre: _____

ANTECEDENTES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO

1. ¿Hubo un suceso importante durante el embarazo? (amenaza de aborto, caídas...): _____

2. ¿Cómo fue el parto? (prematureo, demorado, a los 9 meses, por cesárea): _____
3. ¿Fumaba durante el embarazo?: _____
4. ¿El niño requirió de incubadora al nacer?: _____ ¿Cuánto tiempo estuvo en incubadora?: _____.
5. El color del niño al nacer (morado, amarillento, normal): _____
6. El peso al nacer: _____ Lloró apenas nació: _____ Talla: _____

PAUTAS MADURATIVAS

1. Durante qué mes sostuvo la cabeza: _____ A qué edad se sentó: _____
 A qué edad gateó: _____ Cómo gateo (se rodaba, en cuatro, de nalga): _____
 A qué edad comenzó a caminar: _____
2. A qué edad comenzó a hablar: _____ Qué decía el niño (palabras, sílabas) _____ A qué edad comenzó a decir frases: _____
 Actualmente se le entiende bien todo lo que dice: _____ Pronuncia correctamente: _____ Parece estar siempre distraído: _____ Debe repetirle varias veces una orden o llamarlo: _____
 Hablaba sólo cuando jugaba a los 2 o 3 años: _____ Aún habla sólo cuando juega: _____.

CONDICIONES DE SALUD

1. Qué enfermedades ha tenido?: _____

Hubo desmayos?:_____ Convulsiones:_____ A qué edad convulsionó:_____ Golpes fuertes en la cabeza:_____ Qué droga o medicina está tomando:_____ Dolores de oído:_____ A qué edad tuvo dolores de oído:_____

ASPECTOS GENERALES

1. ¿Qué le gusta hacer en la casa?: _____
2. ¿Cómo se lleva con sus padres?: _____
3. ¿A qué juega?: _____
Con quién juega?: _____
4. ¿Es un niño tranquilo o muy inquieto?: _____
5. ¿Pasa continuamente en actividad y no obedece?: _____
Termina las cosas que empieza o no termina ningún juego o actividad que comienza: _____
6. ¿Qué mano utiliza?: _____

ESCUELA

1. ¿Cómo se lleva con los compañeros y maestros?: _____
2. ¿Comprende lo que lee o tiene que repetir las lecturas?: _____
3. ¿Se muestra participativo en clases?: _____