

FONOAUDIOLOGIA

Tabla de contenido

1.	RETARDO EN EL DESARROLLO.....	4
2.	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.....	8
3.	DISFONIA.....	12
4.	DISARTRIA.....	17
5.	TRAUMA CRANEOENCEFALICO.....	22
6.	PARALISIS CEREBRAL.....	27
7.	TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES.....	32
8.	SINDROME DE DOWN.....	37
10.	AUTISMO.....	45
11.	AFASIA.....	51

1. RETARDO EN EL DESARROLLO

1. RETARDO EN EL DESARROLLO

CIE-10: R620

DEFINICION: Es una descripción que se aplica a los niños cuyo peso o tasa de aumento de peso corriente está significativamente por debajo de las tasas correspondientes a otros niños de su misma edad y sexo, ya sea por enfermedades neurológicas presentes o factores ambientales.

ETIOLOGIA

- Anomalías cromosómicas como el síndrome de Down y el síndrome de Turner.
- Defectos en los principales sistemas orgánicos
- Problemas con el sistema endocrino, como deficiencia de la hormona tiroidea, deficiencia de la hormona del crecimiento u otras deficiencias hormonales
- Daño al cerebro o al sistema nervioso central que puede provocar dificultades en los procesos alimenticios en un bebé.
- Problemas con el corazón y los pulmones que pueden afectar la forma como el oxígeno y los nutrientes se movilizan a través del cuerpo.
- Anemia u otros trastornos sanguíneos.
- Problemas gastrointestinales que ocasionan absorción deficiente o ausencia de enzimas digestivas.
- Gastroenteritis y reflujo gastroesofágico prolongados (por lo general temporal).
- Parálisis cerebral.
- Infecciones prolongadas (crónicas).
- Trastornos metabólicos.
- Complicaciones de embarazo y bajo peso al nacer.

CAUSAS

- Causas dentro de la cabeza: cerebro de tamaño inadecuado o cerebro con algún daño.
- Causas fuera de la cabeza: deshabilidad física que dificulta hacer las cosas y explorar los alrededores, poco uso de su cerebro por la falta de estímulos.

SINTOMAS

Los siguientes aspectos presentan retraso o lentitud en su desarrollo:

- Destrezas físicas como voltearse, sentarse, pararse y caminar.
- Retardo en el lenguaje y sus etapas
- Destrezas mentales y sociales.
- Características sexuales secundarias (con retraso en los adolescentes)-

PLAN INTERVENCION

OBJETIVO: Lograr que el usuario se alimente correctamente y acorde a su edad cronológica, usando como métodos terapéuticos masajes ascendentes y/o descendentes con el fin de optimizar el tono muscular orofacial a través de guías de lengua y cepillos de estimulación.

A NIVEL DE HABLA

- Lograr sensibilidad, movilidad y funcionalidad de órganos fonoarticuladores a través de ejercicios aislados y otros que permitan coordinación de las funciones alimenticias.
- Realizar estimulación orofacial a través de praxias dirigidas y asistidas que favorezcan la tonicidad y funcionalidad de los órganos fonoarticuladores.
- Habilitar conductas alimenticias a través del manejo de técnicas con alimentos de diversas consistencias utilizando vaso, cuchara, pitillo.

A NIVEL DE LENGUAJE

- Aumentar comprensión en el niño a través del reconocimiento del nombre y de las personas que lo rodean con el fin de favorecer la relación usuario-contexto.

- Estimular lenguaje expresivo por medio de la producción de juego vocálico con el fin de aumentar intención comunicativa.
- Establecer en el usuario habilidades de reconocer, organizar y estructurar nociones temporoespaciales en él y en otras personas a través de ejercicios de orientación y entrenamiento sistemático de direccionalidad con el fin de identificar las nociones de tiempo y espacio.
- Incitar al usuario a que reconozca campos semánticos a través de actividades lúdicas con el fin de que éste identifique la funcionalidad y estructura de los elementos que lo rodea.

Igualmente, es preciso hacer un análisis de las actitudes y comportamientos de los padres, ya que estos son factores que pueden contribuir a que se presenten problemas en el niño. En muchos casos, puede ser necesario hospitalizar inicialmente al niño con el fin de concentrarse en la implementación de un plan de tratamiento médico, de la conducta y psicosocial amplio.

RECURSOS

- Alimentos líquidos, semisólidos, sólidos.
- Cuchara, pitillo, vaso.
- Espejo
- Campos semánticos
- Laminas descriptivas
- Modelo terapéutico

2. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

2. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

CIE-10: I 694

DEFINICION: Un accidente cerebro vascular ocurre cuando el suministro de sangre a una parte del cerebro se interrumpe repentinamente o cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe, derramando sangre en los espacios que rodean a las células cerebrales. De la misma forma que se dice que una persona que sufre una pérdida de flujo sanguíneo al corazón tiene un ataque cardíaco, puede decirse que una persona con una pérdida de flujo sanguíneo al cerebro o una hemorragia repentina en el cerebro tiene un "ataque cerebral" o sufre un accidente cerebro vascular.

Las células cerebrales mueren cuando dejan de recibir oxígeno y nutrientes de la sangre o cuando son dañadas por una hemorragia repentina en el cerebro y alrededor del mismo. Isquemia es el término utilizado para describir la pérdida de oxígeno y nutrientes en las células cerebrales cuando no existe un flujo adecuado de sangre. La isquemia conduce finalmente a un infarto, la muerte de células cerebrales que con el tiempo son sustituidas por una cavidad llena de fluido en el cerebro lesionado.

Cuando se interrumpe el flujo de sangre al cerebro, algunas células cerebrales mueren inmediatamente, mientras que otras permanecen sometidas a riesgo de morir. Estas células dañadas constituyen la penumbra isquémica y pueden permanecer en un estado de riesgo por varias horas. Con tratamiento oportuno, estas células pueden salvarse. La penumbra isquémica se trata más detalladamente en el Apéndice.

SINTOMAS: Entumecimiento o debilidad repentina, especialmente en un lado del cuerpo; confusión repentina o problemas con el habla o la comprensión; problemas repentinos en la vista con uno o ambos ojos; problemas repentinos en el andar, mareos o pérdida de equilibrio o coordinación o un dolor de cabeza severo repentino sin causa conocida.

Todos los síntomas del accidente cerebro vascular aparecen repentinamente y a menudo, hay más de un síntoma al mismo tiempo. Por tanto, el accidente cerebro vascular puede usualmente distinguirse de otras causas de mareos o dolores de cabeza. Estos síntomas pueden indicar que ha ocurrido un accidente cerebro vascular y que se necesita inmediatamente atención médica.

ALTERACIONES A NIVEL DEL LENGUAJE

Déficit de lenguaje: Las personas víctimas de un accidente cerebro vascular tienen a menudo problemas en comprender palabras o formar frases. Un déficit de comprensión del lenguaje se llama afasia. El problema en hablar o formar palabras se llama disartria. Los problemas del lenguaje resultan generalmente de daño a los lóbulos temporales y parietales izquierdos del cerebro.

ALTERACIONES A NIVEL DEL HABLA

Las personas víctimas de un accidente cerebrovascular tienen alteración en el estado y funcionalidad de los órganos fonoarticuladores como secuela de parálisis facial o hemiparesia.

INTERVENCION FONOAUDIOLOGICA:

OBJETIVO GENERAL: Mejorar las habilidades comunicativas del usuario con accidente cerebro vascular por medio de actividades demostrativas a fin de contribuir con su desempeño socio-comunicativo.

A NIVEL DE HABLA

- Optimizar la sensibilidad, movilidad y funcionalidad de órganos fonoarticuladores a través de ejercicios aislados y otros que permitan coordinación de las funciones alimenticias.
- Realizar estimulación orofacial a través de praxias dirigidas y asistidas que favorezcan la tonicidad y funcionalidad de los órganos fonoarticuladores.
- Rehabilitar conductas alimenticias a través del manejo de técnicas con alimentos de diversas consistencias.
- Lograr movimientos coordinados para la evocación de respuestas inteligibles a través de ejercitación orofacial con el fin de adquirir punto y modo articulatorio de los fonemas.

A NIVEL DE LENGUAJE COMPRENSIVO

- Mejorar la discriminación auditiva, para la diferenciación entre fonemas, palabras y frases, restableciendo su sonoridad correlacionando con objetos determinados.
- Restablecer en el usuario habilidades de reconocer, organizar y estructurar nociones temporoespaciales en él y en otras personas a través de ejercicios de orientación y entrenamiento sistemático de direccionalidad con el fin de identificar las nociones temporales y espaciales.
- Reeducar al usuario para realizar actividades de la vida diaria utilizando como método el seguimiento de indicaciones dadas por el terapeuta con el fin de lograr la ejecución de órdenes simples, semi-complejas y complejas.
- Incitar al usuario a que reconozca campos semánticos a través de actividades lúdicas con el fin de que éste identifique la funcionalidad y estructura de los elementos que lo rodea.

A NIVEL DEL LENGUAJE EXPRESIVO

- Lograr el restablecimiento de la percepción diferenciada y constante de los sonidos del lenguaje a través de la relación del sonido con su grafema.
- Asociar una lamina con palabras aisladas con el fin de aumentar vocabulario en el usuario
- Buscar en el usuario el desglose consciente y diferenciado de las palabras extrayéndolas de frases.
- Aumentar en el usuario vocabulario a través de estrategias en las que nomine objetos y complete frases.

RECURSOS

- Alimentos líquidos, semisólidos, sólidos.
- Cuchara, pitillo, vaso.
- Test de articulación.
- Espejo
- Campos semánticos
- Laminas con imagines
- Libro con frases y palabras aisladas
- Modelo terapéutico

3. DISFONIA

3. DISFONIA

CIE-10: R 490

DEFINICION: describe cambios anormales en la voz. En la ronquera, la voz puede aparecer soplada, chillona o tensa y pueden haber cambios en el volumen (intensidad) o altura (cuán alta o baja es la voz). Los cambios en la voz se deben habitualmente a un trastorno relacionado con las cuerdas vocales que son las estructuras que producen los sonidos en la llamada caja de la voz o laringe. Durante la respiración tranquila, las cuerdas permanecen separadas. Cuando se habla o canta, estas se juntan y a medida que el aire es expulsado por los pulmones, vibran y producen sonido. Mientras más unidas y pequeñas sean, más rápido vibran. Ello produce una voz más aguda. El engrosamiento o edema de las cuerdas vocales impide que éstas se junten convenientemente, lo que produce cambios en la voz.

CAUSAS: se pueden diferenciar las disfonías en dos grandes grupos. Orgánicas y funcionales.

Disfonías orgánicas

- Nódulo de cuerdas vocales
- Pólipo 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: ataque de bandas ventriculares, fonación de bandas ventriculares, ulcera de Jackson, laringitis edematosa.
- Hipofunción: cierre insuficiente, fonastemía, modificación de la apertura.
- 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.

Disfonía infantil: Trastorno de la voz de origen orgánico o funcional que afecta al timbre, la intensidad, la extensión y la duración de la voz. Su característica esencial es el enronquecimiento del timbre de la voz. El habla es forzada con una excesiva tensión en los músculos de cara, cuello, hombro y/o tórax. La respiración suele ser torácica superficial y el flujo aéreo espirado débil.

Las dificultades fonatorias infantiles más características son:

- Ataques de voz (golpe de glotis), gallos, sonidos inaudibles y forzados, respiración ruidosa y fatiga vocal.
- Sensación de esfuerzo desmedido al hablar.
- Descoordinación motriz sobre los órganos de articulación y la respiración.
- Parece hablar con restos de aire espirado.
- La voz es monótona y falta de armónicos.
- La fluidez es muy rápida y con sacudidas.
- La voz cantada está reducida a algunas notas y suena muy grave.

Los cuadros frecuentes de disfonías infantiles:

- **Laringitis funcional** que sigue a afecciones inflamatorias de los órganos supralaríngeos, afecciones reumáticas, por irritaciones y agresiones ambientales y abusos excesivos de la laringe. La voz se enronquece progresivamente, se vuelve rasposa y gutural, se produce alteración de la altura (tonos graves) y la intensidad.
- **Ronquera vocal** provocada por la imitación del adulto, los gritos excesivos, temperamentos agresivos, comportamientos hiperactivos en actividades colectivas. Existe hipotonía de las cuerdas vocales y la voz es hipo laríngea, Ronca, demasiado grave y sin timbre. La respiración es forzada y la voz cantada se limita a notas graves.
- **Voz agravada**, producida por enfermedades pulmonares, inflamaciones laríngeas, mimetismo de patrones de habla familiar, temperamento dramático o por excesiva timidez. Existe sensación dolorosa en la región faringolaríngea. La voz es muy grave en relación a la constitución del sujeto, es una especie de ronquera crónica.

- **Nódulo infantil**, provocado por abuso vocal, procesos inflamatorios crónicos de las vías aéreas superiores, agresiones irritativas ambientales.

- **Pólipos**: Provocada por abusos laríngeos prolongados.

INTERVENCION FONOAUDIOLOGICA:

OBJETIVO GENERAL: Concienciar en el usuario del cuidado vocal a través de técnicas terapéuticas que faciliten el proceso respiratorio y producción vocal.

TECNICAS

- Modificación de la posición de la lengua: la posición de la lengua dentro de la boca y la faringe constituye un factor conformador primario de resonancia.
- Cambios en el volumen y tono de la voz: se aplica en voz profesional y las disfonías con tensión muscular.
- Técnica de voz salmodiada: para lograr resistencia vocal, reducción del esfuerzo vocal y de ataques bruscos. Se aplica en disfonías de tensión muscular, nódulos y pólipos vocales.
- Método masticatorio: se aplica para calentamiento vocal, reducción de tensiones en la disfonía por tensión muscular.
- Manipulación digital de la laringe: reduce la hipertensión laríngea, se aplica en disfonías por tensión muscular, surco vocal y patologías de abuso vocal.
- Eliminación de abusos vocales: a través de un programa de higiene vocal.
- Relajación general y específica: reduce la tensión muscular.
- Fonación en inhalación: se aplica en hiperfunción vocal.
- Entrenamiento de la respiración: la enseñanza de una respiración correcta es la base de una buena voz hablada y cantada.
- Bostezo y suspiro: se aplica en nódulos vocales, disfonía por tensión muscular.
- Técnica susurrada: se aplica en arqueamiento vocal y defectos de cierre.
- Técnica de aproximación de las cuerdas vocales: para aumentar tensión en las cuerdas vocales, se aplica en pacientes con algún tipo de parálisis de cuerda, disfonías hipocinéticas, paresias, ancianos.
- Sonidos vibrantes: se aplica en parálisis, edema, tensión muscular.
- Conversación mediante cantos: se aplica en disfonía funcional, duro ataque glótico.
- Enfoque de empuje: sirven para aumentar altura y cualidad de la voz cuando existe problema de aproximación de las cuerdas vocales.

RECURSOS

- Modelo terapéutico
- Colchoneta
- Pesa para ejercicios respiratorios
- Espejo
- Vela para técnica de soplo
- Ejercicios de relajación
- Cartillas de lecturas
- Modelo terapéutico

4. DISARTRIA

4. DISARTRIA

CIE-10: R471

DEFINICION: trastorno de la expresión verbal causado por una alteración en el control muscular de los mecanismos del habla.

La disartria se clasifica y tiene unas características distintivas en el ámbito comunicativo y lingüístico según la localización de la lesión en el sistema nervioso, así podemos encontrar:

Flácida: localizada en la neurona motriz inferior, Como notas descriptivas de esta disartria tendríamos: 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. Posible afectación de la musculatura respiratoria. Afectación de la lengua. Afectación de los movimientos del paladar. Disminución del reflejo de náuseas. Deglución dificultosa. Debilidad de las cuerdas vocales, paladar y laringe. Alteraciones respiratorias (rápida y superficial). Voz ronca y poco intensa. Hipernasalidad. Articulación consonántica distorsionada. **Espástica:** la afectación se produce a nivel de la neurona motriz superior; son características de esta afectación: Debilidad y espasticidad en un lado del cuerpo, en los músculos distales de las extremidades, la lengua y los labios. Resistencia al movimiento pasivo de un grupo muscular. Los reflejos de estiramiento muscular están exagerados. Presencia de reflejos patológicos. La respiración y la fonación no suelen afectarse. Disfunción articulatoria. Se asocia a otras patologías (encefalitis, esclerosis múltiple, traumatismos craneales). Frecuente alteración del control emocional. Emisión de frases cortas. Voz ronca. Tono bajo y monótono. Lentitud en el habla. En ocasiones se producen interrupciones tonales o de la respiración. La articulación consonántica suele ser poco precisa y, a veces, se producen distorsiones vocálicas.

Atáxica: se encuentra afectado el cerebelo. Como descripción de los trastornos cerebelosos señalamos: 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. Disfunción faríngea caracterizada por una voz áspera y una monotonía en el tono con escasas variaciones en la intensidad. Disfunciones articulatorias mediante distorsiones. Alteraciones prosódicas por énfasis en determinadas sílabas. Por lesiones en el Sistema Extrapiramidal: las lesiones en este sistema pueden ocasionar dos tipos de disartrias: **Hipocinéticas:** muy características en la enfermedad de Parkinson. Presenta los siguientes rasgos: Movimientos lentos, limitados y rígidos. Movimientos repetitivos en los músculos del habla. Voz débil, articulación defectuosa, falta de inflexión. Frases cortas. Falta de flexibilidad y control de los centros faríngeos. **Monotonía tonal.** Variabilidad del ritmo articulatorio. **Hipercinéticas:** las

alteraciones pueden darse en todas las funciones motóricas básicas (respiración, fonación, resonancia y articulación), pueden estar afectadas de forma sucesiva o simultánea, siendo imposible predecir su ocurrencia en el tiempo. Entre los trastornos más relevantes característicos tenemos: corea, atetosis, temblor, distonía. Mixtas: la disfunción del habla es el resultado de la combinación de las características propias de los sistemas motores implicados.

Los aspectos diferenciales del ámbito comunicativo y lingüístico los vamos a analizar según las dimensiones del lenguaje.

A nivel fonético y fonológico, las dislalias pueden producirse por:

Sustitución: se articula un fonema en lugar de otro. **Distorsión:** es el segundo de los errores en la dislalia en orden a su frecuencia. Se produce un sonido de una forma distorsionada e incorrecta, generalmente aproximada al fonema correcto. **Omisión:** no se articulan los fonemas que no se dominan. **Adición:** inserción de fonemas para ayudarse en la articulación de otro más dificultoso.

SINTOMAS:

DISARTRIA FLACIDA:

- 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.
- Afectación de la lengua.

- Afectación de los movimientos del paladar.
- Disminución del reflejo de náuseas.
- Deglución dificultosa.
- Debilidad de las cuerdas vocales, paladar y laringe.
- Alteraciones respiratorias (rápida y superficial).
- Voz ronca y poco intensa.
- Hipernasalidad.
- Articulación consonántica distorsionada.

DISARTRIA ESPASTICA:

- Debilidad y espasticidad en un lado del cuerpo, en los músculos distales de las extremidades, la lengua y los labios.
- Resistencia al movimiento pasivo de un grupo muscular.
- Los reflejos de estiramiento muscular están exagerados.
- Presencia de reflejos patológicos.
- La respiración y la fonación no suelen afectarse.
- Disfunción articulatoria.
- Se asocia a otras patologías (encefalitis, esclerosis múltiple, traumatismos craneales).
- No hay atrofia de fibras musculares.
- Frecuente alteración del control emocional.
- Emisión de frases cortas.
- Voz ronca.
- Tono bajo y monótono.
- Lentitud en el habla.
- En ocasiones se producen interrupciones tonales o de la respiración.
- La articulación consonántica suele ser poco precisa y, a veces, se producen distorsiones vocálicas.

DISARTRIA ATAXICA:

- 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.
- Disfunción faríngea caracterizada por una voz áspera y una monotonía en el tono con escasas variaciones en la intensidad.
- Disfunciones articulatorias mediante distorsiones.
- Alteraciones prosódicas por énfasis en determinadas sílabas.

DISARTRIA POR ALTERACION EN EL SISTEMA EXTRAPIRAMIDAL:

- Regulación del tono muscular en reposo y de los músculos antagonistas cuando hay movimiento.
- Regulación de los movimientos automáticos.
- Adecuación entre la mímica facial y las sincinesias ópticas.

INTERVENCION FONOAUDIOLOGICA:

OBJETIVO GENERAL: Rehabilitar en el usuario las funciones orales alteradas por medio de estrategias terapéuticas con el fin de mejorar sus habilidades comunicativas.

A NIVEL DE HABLA

- Realizar actividades respiración a través de ejercicios inspiratorios con el fin de mejorar el tipo y modo respiratorio.
- Establecer coordinación neumofonica por medio de técnicas facilitadoras que ayuden al usuario a tener una producción vocal adecuada.
- Mejorar la sensibilidad, movilidad y funcionalidad de órganos fonoarticuladores a través de ejercicios aislados y otros que permitan coordinación de las funciones alimenticias.
- Realizar estimulación orofacial a través de praxias que favorezcan la tonicidad y funcionalidad de los órganos fonoarticuladores.
- Reeducar al paciente a través de praxias que favorezcan la adquisición del punto y modo articulatorio de los fonemas alterados.
- Lograr movimientos coordinados para la evocación de respuestas inteligibles a través de ejercitación orofacial con el fin de adquirir punto y modo articulatorio de los fonemas.

RECURSOS

- Modelo terapéutico
- Técnica de bostezo
- Técnica de Soplo
- Espejo
- Pesa para respiración
- Colchoneta
- Test de articulación

5. TRAUMA CRANEO ENCEFALICO

5. TRAUMA CRANEOENCEFALICO

CIE-10: T909

DEFINICION: Los traumatismos craneoencefálicos constituyen en el mundo un problema para la salud, teniendo un alto por ciento de muertes debido a sus consecuencias. Las causas más comunes que provocan los traumas son principalmente accidentes automovilísticos, caídas y violencias interpersonales, aunque pueden existir otras.

Los traumas craneoencefálicos provocan más muertes e incapacidades que cualquier otro problema neurológico en los individuos menores de 50 años y representan la principal causa de muerte en los adultos y jóvenes.

Los traumas se deben a heridas penetrantes en el cráneo o a la aceleración o desaceleración rápida del cerebro, que lesiona los tejidos en el punto de impacto, en el polo opuesto (contragolpe) y, también, difusamente en el interior de los lóbulos frontales y temporales. El tejido nervioso, los vasos sanguíneos y las meninges se desgarran y rompen, lo cual ocasiona la aparición de interrupciones nerviosas, isquemia o hemorragia intracerebral y extracerebral y edema cerebral.

Las fracturas craneales pueden lacerar arterias meníngeas o senos venosos grandes, produciendo un hematoma epidural o subdural. Las fracturas, sobre todo las localizadas en la base del cráneo, pueden asimismo producir una laceración en las meninges, originando la salida de LCR por la nariz (rinorrea) o el oído (otorrea), o bien la entrada de bacterias o aire en el interior de la cavidad craneal.

Las lesiones iniciales al traumatismo quedan fuera del alcance del control médico, las lesiones secundarias, que se inician en el momento de impacto pero que se manifiestan después de un intervalo de tiempo más o menos prolongado, tienen posibilidades de actuación terapéutica.

Tipos de traumas craneoencefálicos.

- Concusión: No manifiesta signos exteriores de traumatismos. Se caracteriza por una pérdida postraumática temporal de la conciencia. No presentan lesiones orgánicas importantes en el cerebro y tampoco deja secuelas neurológicas graves en el paciente.
- Contusión y laceraciones cerebrales: Estas constituyen lesiones más graves. Dependiendo de su gravedad, con frecuencia se acompañan de heridas superficiales graves y de fracturas localizadas en la base del cráneo o con depresión de fragmentos óseos. Las lesiones más graves pueden producir un acusado edema cerebral, que ocasiona rigidez de descorticación (brazos flexionados y en aducción; extensión de las piernas y, a menudo, del tronco) o rigidez de descerebración (mandíbulas apretadas, retracción del cuello, todas

las extremidades en extensión). Una *herniación cerebral* interna puede producir coma, hemiplejía, pupilas dilatadas y no reactivas (unilateral o bilateral) e irregularidad respiratoria; en estos casos se debe proceder a un tratamiento inmediato.

Escala de coma de Glasgow

Una manera rápida de clasificar a los pacientes con trauma craneoencefálico es según la Escala de Coma de Glasgow, en trauma leve, moderado y severo:

- Leve para los pacientes que se encuentren entre 15 y 13 en la escala.
- Moderado para los pacientes que se encuentren entre 9 y 12.
- Severo para los pacientes que tengan una clasificación en la escala de Glasgow de 8 o menor.

<i>Paciente con los ojos abiertos</i>	
Nunca	1
Abre ante un estímulo doloroso	2
Abre tras un estímulo verbal	3
Espontáneamente	4
<u><i>La mejor respuesta verbal conseguida en el paciente</i></u>	
No responde	1
Emite sonidos incomprensibles	2
Palabras inapropiadas	3
Conversa, pero está desorientado	4
Conversa y está orientado	5
<u><i>La mejor respuesta motora en el paciente</i></u>	
No responde	1
Extensión (rigidez de descerebración)	2
Flexión anormal (rigidez de descortización)	3
Flexión de retirada	4
Localiza dolor	5
Obedece ordenes	6
<hr/>	
Total	3-15

La escala es una evaluación que se le realiza al paciente que indica la gravedad de la lesión cerebral.

INTERVENCION FONOAUDIOLOGICA:

OBJETIVO GENERAL: Mejorar habilidades comunicativas y procesos alimenticios en el usuario por medio estimulación en órganos fonarticulatorios a fin de contribuir con su calidad de vida.

A NIVEL DE HABLA

- Estimular musculatura orofacial implementando de terapia miofuncional con el fin de mejorar movilidad en órganos fonarticuladores.
- Realizar estimulación a través de praxias dirigidas y asistidas que favorezcan la tonicidad y funcionalidad de los músculos orofaciales.
- Lograr la sensibilidad, movilidad y funcionalidad de órganos fonarticuladores a través de ejercicios aislados y otros que permitan coordinación de las funciones alimenticias.
- Rehabilitar conductas alimenticias a través del manejo de técnicas con alimentos de diversas consistencias.

A NIVEL DE LENGUAJE COMPRESIVO

- Recuperar la discriminación auditiva, para la diferenciación entre fonemas, palabras y frases, restableciendo su sonoridad y correlación con objetos determinados.
- Restablecer en el usuario habilidades de reconocer, organizar y estructurar nociones temporoespaciales en él y en otras personas a través de ejercicios de orientación y entrenamiento sistemático de direccionalidad con el fin de identificar las nociones temporales y espaciales.
- Reeducar al usuario para realizar actividades de la vida diaria utilizando como método el seguimiento de indicaciones dadas por el terapeuta con el fin de lograr la ejecución de órdenes simples, semi-complejas y complejas.
- Incitar al usuario a que reconozca campos semánticos a través de actividades lúdicas con el fin de que éste identifique la funcionalidad y estructura de los elementos que lo rodea.

A NIVEL DEL LENGUAJE EXPRESIVO

- Lograr el restablecimiento de la percepción diferenciada y constante de los sonidos del lenguaje a través de la relación del sonido con su fonema-grafema.
 - Asociar una imagen con palabras aisladas por medio de láminas con el fin de aumentar vocabulario en el usuario.
 - Estimular lenguaje expresivo en el usuario a través de actividades de reconocimiento y nominación de objetos con el fin de mejorar el uso del lenguaje.
 - Optimizar uso del lenguaje por medio de conversaciones espontáneas con el fin de mejorar el respeto de turnos en el usuario.
-
- Utilizar tópicos conversacionales (iniciar-mantener-finalizar) a través de preguntas y respuestas con el fin de mejorar el uso del lenguaje en el usuario.

RECURSOS

- Alimentos líquidos, semisólidos, sólidos.
- Cuchara, pitillo, vaso.
- Guantes
- Test de articulación
- Espejo
- Campos semánticos
- Láminas de asociación
- Libro con frases y palabras aisladas
- Modelo terapéutico

6. PARALISIS CEREBRAL

6. PARALISIS CEREBRAL

CIE-10: G809

DEFINICION: trastorno no progresivo que afecta al sistema nervioso central y que se expresa fundamentalmente por un cuadro motor característico, con una amplia gama de manifestaciones clínicas asociadas como el retraso mental la epilepsia y muchas otras.

Existen cuatro elementos básicos a considerar cuando se define el término Parálisis Cerebral Infantil:

- Una lesión estática no progresiva del Sistema Nervioso Central.
- Que ocurre en los estadios iniciales de desarrollo del sistema nervioso, generalmente durante los tres primeros años de vida.
- Una alteración funcional esencialmente motora, con alteraciones del tono y la postura
- Una amplia gama de manifestaciones clínicas asociadas.

FORMAS CLÍNICAS:

Se considera que el elemento característico en la P.C.I es la toma motora, la mejor forma de agruparla está en relación con el comportamiento de la misma.

De acuerdo con los segmentos corporales afectados:

- Hemiparesia: cuando afecta un hemicuerpo.
- Monoparesia: generalmente variante de la anterior, cuando se ve afectado un miembro generalmente superior, (en la práctica vemos con frecuencia pacientes inicialmente hemiparéticos en los que se logra una recuperación funcional del miembro inferior y no así del superior).
- Diplejía : Donde existen partes simétricas afectadas, con más frecuencia los miembros inferiores que los superiores, se acostumbra a emplear los términos diplejía para la afectación de los superiores y, paraparesia, a la de los inferiores
- Cuadriplejia: Los cuatro miembros significativamente afectados.
- Triplejía: Cuando están tomados tres miembros, quedando uno, generalmente superior, menos afectado. Pero no solo se debe considerar la distribución para clasificarla, se debe tomar en cuenta también las alteraciones del tono muscular y la presencia de movimientos involuntarios asociados, así tendremos:

- Espástica: Donde se aprecia un marcado aumento del tono muscular, hiperreflexia, clonus, y alteraciones de la postura, tendencia al equino
- Atetoide: Típicos movimientos involuntarios generalmente dístales de miembros superiores.
- Atáxica: En la que prima la dificultad en la coordinación, el mantenimiento del centro de gravedad y el equilibrio.
- Hipotónica: En ella se aprecia una marcada hipotonía, con reflejos normales o exaltados.
- Mixta: Cuando están presentes más de uno de los elementos antes mencionados.

ETIOLOGÍA:

Importantes estudios epidemiológicos, como el de Nelson y Ellenberg en 1986, han cuestionado la relación entre las complicaciones del parto productoras de asfixia y esta afección, y han planteado la posibilidad de factores prenatales que en ocasiones no pueden ser claramente definidos, como elementos determinantes, del parto complicado y, de la lesión del sistema nervioso central.

Su etiología ha determinado una amplia polémica. Con frecuencia, resulta difícil poder precisar con claridad una clara relación entre el posible agente etiológico y las manifestaciones clínicas, lo más frecuente es enfrentar a un grupo de factores de riesgo presentes durante el embarazo, el parto o la etapa de recién nacido, donde cualquiera de ellos, de forma particular, o todos, de forma multifactorial, pudieran ser responsable de la alteración, tampoco resulta infrecuente asistir a pacientes con las manifestaciones típicas del proceso y en los cuales no existe antecedente a favor de una determinada etiología.

LAS CAUSAS PUEDEN AGRUPARSE EN PRENATALES:

- Alteraciones genéticas o cromosómicas, que comprometen el desarrollo del sistema nervioso central.
- Alteraciones en el estado de salud de la madre, complicaciones del embarazo que comprometen el estado de salud del feto, exposición a radiaciones, infecciones prenatales como la Toxoplasmosis, el Citomegalovirus, el herpes o la sífilis, incompatibilidad sanguínea materno fetal.

PERINATALES:

Asfixia durante el parto, ya sea por una deprivación de oxígeno (hipoxia) o falta de aporte sanguíneo a la corteza cerebral (isquemia).

POSNATALES:

Infecciones del tipo del Estreptococos, o herpes virus, las encefalitis o meningitis, traumatismos, accidentes del hogar, trastornos metabólicos, neumonías congénitas, convulsiones, complicaciones por aspiración de meconio.

INTERVENCION FONOAUDIOLOGICA:

OBJETIVO GENERAL: Estimular lenguaje comprensivo y expresivo por medio de reconocimiento del yo y campos semánticos, a nivel de habla promover funciones alimenticias o estomatognaticas a fin de contribuir con la calidad de vida del usuario.

A NIVEL DE HABLA

- Estimular órganos fonoarticuladores a través de facilitación propioceptiva neuromuscular con el fin de mejorar funcionalidad de los músculos en la zona oral.
- Fortalecer musculatura orofacial a través de técnicas miofuncionales que ayuden al usuario a inhibir los reflejos presentes.
- Promover en el usuario funciones estomatognaticas con ayuda de alimentos de diversas consistencias y elementos (vaso, cuchara) que faciliten la alimentación.
- Favorecer el movimiento normal de tronco, cabeza y zona oral por medio de la inhibición de patrones anormales con el fin de facilitar la respiración y producción vocal en el usuario.
- Inhibir patrones anormales de fonación a través de técnicas terapéuticas que favorezcan la coordinación neumofonica en el usuario.
- Lograr movimientos coordinados para la evocación de respuestas inteligibles a través de ejercitación orofacial con el fin de adquirir punto y modo articulatorio de los fonemas.

A NIVEL DE LENGUAJE COMPRESIVO Y EXPRESIVO

- Aumentar comprensión en el niño a través del reconocimiento del nombre, y de las personas que lo rodean con el fin de favorecer la relación usuario-contexto.
- Estimular lenguaje expresivo a través de la producción de fonemas aislados para aumentar vocalizaciones en el niño.
- Establecer en el usuario habilidades de reconocer, organizar y estructurar nociones temporoespaciales
- en él y en otras personas a través de ejercicios de orientación y entrenamiento sistemático de direccionalidad con el fin de identificar las nociones de tiempo y espacio.

- Incitar al usuario a que reconozca campos semánticos a través de actividades lúdicas con el fin de que éste identifique la funcionalidad y estructura de los elementos que lo rodea.
- Estimular lenguaje expresivo y comprensivo a través de identificación y nominación de categorías semánticas con el fin de favorecer las competencias comunicativas en el usuario.
- Lograr el restablecimiento de la percepción diferenciada y constante de los sonidos del lenguaje a través de la relación del sonido con su grafema.
- Asociar una imagen con palabras aisladas por medio de láminas con el fin de aumentar vocabulario en el usuario.

RECURSOS

- Alimentos líquidos, semisólidos, sólidos.
- Cuchara, pitillo, vaso.
- Espejo
- Campos semánticos (material concreto)
- Colchoneta
- Kit miofuncional
- Láminas con imágenes
- Palabras aisladas y frases
- Modelo terapéutico

7. TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES

7. TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES

CIE-10: F813

DEFINICION: como su nombre lo indica es la dificultad que tienen algunos usuarios en su proceso de aprendizaje en general, donde se ve afectada su comprensión lectora, el uso de reglas ortográficas correctamente, realizar raciocinios y desarrollar problemas matemáticos, estas dificultades se evidencian de manera diferente dependiendo de la persona.

TIPOS DE PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

Dislexia: es un desorden específico en la recepción, en la comprensión y/o en la expresión de la comunicación escrita, que se manifiesta en dificultades reiteradas y persistentes para aprender a leer o la dificultad de leer correctamente.

Digrafía: es un trastorno de la escritura que afecta a la forma (motor) o al significado (simbolización), la dificultad de escribir correctamente.

Discalculia: se trata de dificultades significativas en el desarrollo de las habilidades con las matemáticas.

Disortografía: incapacidad de estructurar gramaticalmente el lenguaje, generalmente va asociado a trastorno de la lectura.

Cómo detectar problemas de aprendizaje en los niños

No es nada difícil detectar cuando un niño está teniendo problemas para procesar las informaciones y la formación que recibe. Los padres deben estar atentos y conscientes de las señales más frecuentes que indican la presencia de un problema de aprendizaje, cuando el niño:

- Presenta dificultad para entender y seguir tareas e instrucciones.

- Presenta dificultad para recordar lo que alguien le acaba de decir.

- No domina las destrezas básicas de lectura, deletreo, escritura y/o matemática, por lo que fracasa en el trabajo escolar.

- Presenta dificultad para distinguir entre la derecha y la izquierda, para identificar las palabras, etc. Su tendencia es escribir las letras, palabras o números al revés.
- Le falta coordinación al caminar, hacer deportes o llevar a cabo actividades sencillas, tales como aguantar un lápiz o amarrarse el cordón del zapato.
- Presenta facilidad para perder o extraviar su material escolar, como los libros y otros artículos.
- Tiene dificultad para entender el concepto de tiempo, confundiendo el "ayer", con el "hoy" y/o "mañana".
- Manifiesta irritación o excitación con facilidad

Características de los problemas de aprendizaje

Los niños que tienen problemas del aprendizaje con frecuencia presentan dificultades en:

Lectura-visión

El niño acerca mucho al libro; dice palabras en voz alta; señala, sustituye, omite e invierte las palabras; Ve doble, salta y lee la misma línea dos veces; no lee con fluidez; tiene poca comprensión en la lectura oral; omite consonantes finales en lectura oral; pestañea en exceso; se pone bizco al leer; Tiende a frotarse los ojos y quejarse de que le pican; presenta problemas de limitación visual, deletreo pobre, entre otras.

Escritura

El chico invierte y varía el alto de las letras; no deja espacio entre palabras y no escribe encima de las líneas; Coge el lápiz con torpeza y no tiene definido si es diestro o zurdo; mueve y coloca el papel de manera incorrecta; trata de escribir con el dedo; tiene pensamiento poco organizado y una postura pobre, etc.

Auditivo-verbal

El niño presenta apatía, resfriado, alergia y/o asma con frecuencia; pronuncia mal las palabras; respira por la boca; se queja de problemas del oído; se siente mareado; se queda en blanco cuando se le habla; habla alto; depende de otros visualmente y observa el maestro de cerca; no puede seguir más de una instrucción a la vez; pone la tele y la radio con volumen muy alto, etc.

Matemáticas

El alumno invierte los números; tiene dificultad para saber la hora; pobre comprensión y memoria de los números; no responde a datos matemáticos, etc.

Social / Emocional Niño hiperactivo, con baja autoestima y atención.

PLAN DE INTERVENCION

OBJETIVO: Desarrollar capacidades en el usuario, que faciliten su rendimiento escolar, creando la capacidad de reconocer discriminar e interpretar estímulos auditivos, visuales y cinestésicos, utilizando como metodología, la conciencia auditiva, memoria auditiva, discriminación auditiva sonidos iniciales, sonidos finales, sonidos vocálicos y consonánticos, discriminación de sonidos de los fonemas dentro de un texto escrito.

AREAS: Audición, visión y percepción

-Desarrollar reconocimiento de gnosias visual, para favorecer los movimientos de los ojos y mejorar la coordinación oculomanual, por medio de lectura de imágenes, lectura de colores, líneas horizontales y verticales, cambios de dirección, laberintos y esquemas punteados.

-Lograr percepción de formas, reconocimiento de figura fondo, reunión de elementos para formar una figura, a través de la percepción de formas del ambiente, clasificación de formas comenzando por un criterio e ir aumentando, identificación de letras dentro de un esquema, identificación de semejantes y diferentes.

-Desarrollar habilidades y nociones temporales espaciales en el cómo en su entorno, con ejercicios de orientación en el espacio, entrenamiento e identificación de la noción derecha-izquierda, delante-atrás, cambios de posición, de dirección, y de desplazamiento, e identificar objetos de la casa (lugar, posición).

AREA: Lenguaje lecto-escrito.

-Favorecer el desempeño de la lectura y la comprensión lectora, utilizando la lectura de gráficos, lectura de formas, colores, lectura silábica y monosilábica, lectura de gráficos mas párrafo pequeño, lectura de cartas, afiches y murales realizando una lectura comprensiva. Entrenamiento en la velocidad de la lectura con reglas de acentuación y entonación correcta. Con el fin de que se transfiera dicho aprendizaje al aula escolar

-Logara un desempeño en las habilidades del proceso matemático, mediante diferentes actividades como el manejo de la orientación; entrenamiento de la memoria; diferenciación, identificación de color forma y textura de los bloques lógicos; entrenamiento en el lenguaje matemático; entrenamiento en la discriminación visual y auditiva. Con el fin de que lo aplique en el aula escolar.

RECURSOS

- mesas, sillas, colores, espejo, acrílico, marcadores, cuaderno.
- logopedia de discriminación auditiva, fichas establecidas de material de percepción visual, figura fondo, sonidos iniciales, análisis estructural de palabras, logopedia de discriminación auditiva, bloques lógicos, material didáctico de asociación, secuenciación, cuentos, cartillas infantiles, rompecabezas, números tangibles.
- test del Elce (Completo)
- Modelo terapéutico

8. SINDROME DE DOWN

8. SINDROME DE DOWN

CIE-10: Q909

DEFINICIÓN: es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo), en vez de los dos habituales (trisomía del par 21), caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible. Es la causa más frecuente de discapacidad psíquica congénita.

No se conocen con exactitud las causas que provocan el exceso cromosómico, aunque se relaciona estadísticamente con una edad materna superior a los 35 años. Las personas con Síndrome de Down tienen una probabilidad algo superior a la de la población general de padecer algunas patologías, especialmente de corazón, sistema digestivo y sistema endocrino, debido al exceso de proteínas sintetizadas por el cromosoma de más. Los avances actuales en el descifrado del genoma humano están desvelando algunos de los procesos bioquímicos subyacentes al retraso mental, pero en la actualidad no existe ningún tratamiento farmacológico que haya demostrado mejorar las capacidades intelectuales de estas personas. Las terapias de estimulación precoz y el cambio en la mentalidad de la sociedad, por el contrario, sí están suponiendo un cambio cualitativo positivo en sus expectativas vitales.

CARACTERISTICAS DEL SINDROME DE DOWN

- Su cabeza y cara son redondas y pequeñas.
- Los ojos tienen una inclinación hacia arriba y hacia fuera, tipo oriental, con un pliegue en el ángulo interno (epicando).
- Su nariz es pequeña y chata; el tabique nasal es ancho y ligeramente reprimido.
- Las orejas son pequeñas y su contorno (hélix) aparece doblado.
- Su tono muscular está disminuido, en estado de reposo (hipotonía); esto hace que la lengua tienda a salirse.

- La piel tendrá diferentes tonalidades, por lo que se dice que tiene aspecto a mármol.
- Las personas con síndrome de Down tienen deficiencia mental, aunque el grado de inteligencia varía en cada persona.
- Presentan un excedente de piel en la nuca (piel redundante).
- Sus extremidades son cortas, con manos y pies anchos y dedos cortos y gruesos.
- Las manos son pequeñas y regordetas con un pliegue transversal muy marcado en la palma de la mano; el dedo meñique es corto e incurvado.
- Su estatura es menor y su peso es mayor que el correspondiente a su edad.
- Algunos bebés nacen con afectaciones cardíacas que podrían requerir de una intervención quirúrgica.
- Es frecuente que se presente estrabismo, malposición dental, caries e infertilidad en los hombres.

INTERVENCION TERAPEUTICA

OBJETIVO: favorecer el desarrollo del usuario con Síndrome de Down, para que adquiera un lenguaje tanto comprensivo como expresivo y estimular los órganos fonoarticuladores para evitar posibles alteraciones en las funciones estomatognáticas.

AREA: HABLA

-Favorecer las funciones estomatognáticas en los usuarios con síndrome de Down, mediante la ejercitación de órganos fonoarticuladores, masajes endo y exobucuales, estimulación con texturas, manejo de técnicas y alimentos de diferentes consistencias, utilizando de ayuda material terapéutico (guías de lenguas, kit miofuncional y cepillos estimuladores); con el fin disminuir bajo tono muscular orofacial y por ende no alterar el proceso alimenticio.

- Lograr praxias linguales dentro de cavidad oral hacia cada uno de los maxilares y debajo de cada uno de los labios sin separarlos.
- Movimiento de la lengua ascendente, descendente y movimientos laterales hacia las comisuras labiales.
- Jugar a inflar los carrillos llenándolos de aire y dar golpes suaves sobre los pómulos, exhalando simultáneamente el aire de una sola vez con un soplo.
- Soplar hojas de papel con los labios levemente separados, inhalando el máximo de aire posible y exhalando hasta poder doblar la hoja.
- Soplar una pelota de ping-pong, colocada en el extremo de la mesa y entre dos cuadernos o dos libros, hasta llegar al otro extremo.
- Utilizar espirómetro con el fin de mejorar capacidad inspiratoria en los usuarios.

AREA: LENGUAJE

-Favorecer en el usuario la adquisición del lenguaje comprensivo y expresivo por medio de comunicación e imitación, discriminación auditiva y balbuceo, bases cognoscitiva, imitación vocal y verbal, desarrollo del vocabulario, entrenamiento del dominio articulatorio, inicio y estructuración del aspecto sintáctico, estructuración de actividades discursivas.

-Favorecer el desarrollo de gnosias visuales, auditivas, corporales, espaciales, temporales y con la identificación y reconocimiento de objeto, acciones, tiempos, campos semánticos, la discriminación de figura fondo, percepción visual y auditiva.

Estimular la fijación y seguimiento visual. Mostrar al niño un objeto por vez, cambiando tamaños y colores, no muy cerca de sus ojos y tratando de que tenga la cabeza derecha. Luego cuando ya haya logrado fijar sus ojos en los objetos, irlos desplazando con velocidades graduales.

Estimular la percepción auditiva. Buscar objetos que emitan sonidos diferentes, y agradables, luego pasárselos para que los manipule.

Estimular la coordinación visomotora. Acostar al niño en una colchoneta, mostrándole los objetos y estimulándolo para que los tome. A medida que el niño va creciendo ponerlo cada vez a más distancia y luego colocar a su disposición distintos objetos y juguetes.

Ejercitación auditiva y rítmica:

- Ejecutar melodías sencillas con pasajes fuertes y suaves.
- Tocar en diferentes tonalidades un pandero.
- Golpear sobre una mesa con un martillo de madera con pasajes suaves, agitando los brazos en los pasajes fuertes. Utilizar canciones infantiles en forma repetitiva.
- Repetir una y otra vez una poesía.
- Hacer que el niño imite sonidos como por ejemplo: ruidos de campanas, de un reloj, onomatopeya de animales, palabras monosílabas, sonidos emitidos por el adulto.

RECURSOS

- Modelo terapéutico
- Guías de lenguas, kit miofuncional, alimentos de diferentes texturas, tabla de texturas, canciones infantiles, maracas , objetos de diferente tamaño y sonidos agradables, campos semánticos, guantes, aceite, baja lenguas, juegos de laminas, loterías, secuenciación, espejo, mesas, sillas, colores y colbón,

9. TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO

9. TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO

CIE-10: F801

DEFINICION: LAS DISLALIAS: Son alteraciones en la articulación de los fonemas O sonidos, bien sea por que se omiten algunos de ellos o por que se sustituyen por otros. El niño con dislalia es aquel que, habiendo cumplido los 4 años, tiende a sustituir unos sonidos por otros y dice, por ejemplo, "topa" en lugar de "copa"; o bien tiende a omitirlos, diciendo "apo" en lugar de "sapo".

A veces sabe pronunciar las sílabas separadas, pero tiene dificultades con la unión de los fonemas. Suelen ser fáciles de identificar, se detectan en los primeros años de vida y conviene corregirlas cuanto antes.

- **Dislalia evolutiva:** propia del desarrollo evolutivo del niño. Se considera dentro de lo normal, pues el niño está en proceso de adquisición del lenguaje y los errores se irán corrigiendo progresivamente.

- **Dislalia funcional:** no se encuentra causa física ni orgánica en esas alteraciones de articulación. Puede cometer diferentes tipos de errores: de sustitución (sustituir un fonema por otro), de omisión (no pronunciarlo), de inversión (cambiarlo por el siguiente) y de distorsión.

- **Dislalia audiógena:** la alteración en la articulación de fonemas se produce por una deficiencia auditiva.

- **Dislalia orgánica:** la causa puede estar en los órganos del habla (disglosias) o por una lesión cerebral (disartrias).

PLAN DE INTERVENCION TERAPEUTICA

OBJETIVO: Lograr patrón articulatorio (tipo-modo) y conciencia fonológica por medio de discriminación visual y auditiva a fin de contribuir con el desempeño comunicativo del usuario.

AREA: LENGUAJE EXPRESIVO

-Estimular la capacidad del niño para producir sonidos, reproduciendo los movimientos y posturas, comenzando con fonemas vocálicos hasta terminar con fonemas consonánticos, enseñándole a comparar y diferenciar los sonidos de las mismas.

-Estimular la coordinación de los movimientos necesarios para la pronunciación de sonidos, con ejercitaciones (praxias) labiales y linguales. Se enseña punto y modo articulatorio de los fonemas que se encuentren alterados.

Al lograr esto el usuario ya está preparado para iniciar con combinación silábica, palabras aisladas y completas, a través de juegos que faciliten la producción - articulación de los sonidos dentro de las palabras.

-Una vez que el usuario sea capaz de pronunciar los sonidos difíciles en cualquier posición de una palabra, se tratará que lo realice fuera de las sesiones, es decir en su lenguaje espontáneo y no solo en las intervenciones terapéuticas.

RECURSOS

- Láminas para reforzar la estimulación de la vía auditiva, arequipe o alimentos que refuercen el punto articulatorio.
- Libro de ejercitación fonética del lenguaje.
- Kit miofuncional (guías de lenguas).
- Espejo
- Colchoneta.
- Modelo terapéutico

10. AUTISMO

10. AUTISMO

CIE-10: F840

DEFINICION: El autismo es un desorden en el desarrollo de la conducta de un niño. Forma parte de un conjunto de desórdenes conocidos como Desordenes del Espectro Autista (ADS por sus siglas en inglés). Otros trastornos son el Síndrome de Asperger, el Síndrome de Rett, etc. De éstos, el más común es el autismo (también llamado “autismo clásico”).

La palabra “autismo viene del griego auto (uno mismo, propio). Estudios recientes calculan que de 4 a 6 niños, por cada mil, padecerá alguna forma de autismo. Se presenta con mayor frecuencia en varones que en mujeres (en proporción de 4 a 1). Se desconoce la causa precisa de este desorden, pero se han identificado factores genéticos y de entorno. En contra de algunas creencias populares, no se ha encontrado ninguna relación causa/efecto entre la vacunación y el desarrollo del autismo. Por el momento no existe una cura para este trastorno, pero existen tratamientos en base a terapias y medicamentos que pueden controlar algunos síntomas específicos.

Los síntomas más comunes del autismo los podemos agrupar en 3 categorías:

- Dificultad en la interacción social, usualmente los niños autistas tienden a aislarse desde una temprana edad, no responden a estímulos específicos (como por ejemplo, responder a su nombre, mirar a quien le dirige la palabra). Muestran poca o nula disposición a interactuar con otras personas. Como se dice popularmente están “encerrados en su propio mundo”, sin prestar atención a lo que acontece a su alrededor.

- Problemas en comunicación verbal y no verbal, a menudo los niños autistas tardan más en aprender a hablar que los otros niños. En

cambio desarrollan una manera alternativa de comunicación, a través de gestos o mímica. En otros casos, a pesar de que pueden hablar adecuadamente, tienen dificultad iniciando o manteniendo una conversación.

- Desarrollo de patrones de conducta repetitivos o restringidos, que se pueden denominar como tics o manías. Algunas veces se repiten rituales específicos antes, durante o después de realizar alguna actividad en particular, sin los cuales es imposible llevar a cabo esa actividad.

¿CUÁLES SON LOS PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN RELACIONADOS CON EL AUTISMO?

Los problemas de comunicación relacionados con el autismo varían según el desarrollo intelectual y social del individuo. Algunos son incapaces de hablar, mientras que otros tienen vocabularios ricos y pueden conversar acerca de temas de interés en gran profundidad. A pesar de esta diferencia, la mayoría de las personas con autismo tiene poco o ningún problema de pronunciación. La mayoría tiene problemas para usar el idioma de manera eficaz. Muchos también tienen dificultades con el significado de la palabra y de la oración, entonación y ritmo.

Los que pueden hablar dicen cosas que, a menudo, no tienen ningún contenido o información. Por ejemplo, una persona autista puede contar, reiteradamente, de uno a cinco. Otros usan la ecolalia, la repetición de algo que se ha escuchado con anterioridad. Una forma de ecolalia, llamada inmediata, ocurre cuando el individuo repite la pregunta que le han hecho, "¿desea algo de beber?" en vez de contestar con un "sí" o con "no". En otra forma de ecolalia llamada retrasada, una persona puede preguntar, "¿desea algo de beber?" cuando está pidiendo una bebida.

Otros usan frases que ya han sido almacenadas en la memoria para comenzar una conversación como, por ejemplo, "mi nombre es Tom", aun cuando estén hablando con amigos o familiares. Otros repiten guiones que han aprendido como aquellos escuchados durante los anuncios de

televisión. Algunas personas con un grado mayor de inteligencia pueden hablar exhaustivamente sobre temas en los que están interesados, como los dinosaurios o los ferrocarriles, pero no pueden participar de una conversación sobre esos temas.

La mayoría de las personas con autismo no hacen contacto visual y su atención es deficiente. A menudo, son incapaces de usar gestos como una forma primaria de comunicación, como por ejemplo en el lenguaje a señas, o como complemento de la comunicación verbal apuntando a un objeto que desean. Algunas personas con autismo hablan en un tono de voz alto o en forma similar a autómatas o robots. Comúnmente no son receptivos al habla de otras personas y no pueden responder a sus nombres propios. Como resultado, se piensa equivocadamente que algunos tienen problemas de capacidad auditiva. El uso correcto de los pronombres es también un problema para las personas autistas. Por ejemplo, si se les pregunta, "¿están usando una camisa roja hoy?" responden con, "ustedes están usando una camisa roja hoy," en vez de "sí, hoy estoy usando una camisa roja".

En muchas personas autistas, el habla y el idioma se desarrollan, pero sólo hasta cierto punto, sin alcanzar un nivel normal. Este desarrollo es generalmente desigual. Por ejemplo, el desarrollo de vocabulario en las áreas de interés puede acelerarse. Muchos tienen buena memoria para recordar la información que acaban de escuchar o ver. Algunos pueden leer mucho antes de los cinco años de edad, pero no demuestran comprensión de lo que leen. Otros tienen talentos musicales o una habilidad avanzada para contar y realizar cálculos matemáticos.

PLAN DE INTERVENCION

OBJETIVO GENERAL: Lograr una conducta auto regulada adaptada al entorno con el fin de favorecer el lenguaje en el usuario.

PAUTAS A TENER EN CUENTA:

Ante la sospecha de que exista autismo o alguna otra discapacidad del desarrollo, el médico del niño--pediatra--generalmente lo referirá a una variedad de especialistas, incluido un fonoaudiólogo, que realiza una evaluación integral de la capacidad de comunicación del niño, diseñando el plan de tratamiento y las pautas a seguir.

No se ha encontrado un único método de tratamiento para mejorar con éxito la comunicación en todos los individuos que tienen autismo. Se sabe que el tratamiento más efectivo es el que comienza lo antes posible--durante los años preescolares, es adaptado a las necesidades individuales de cada paciente, apunta a mejorar el comportamiento y la comunicación e incluye a los padres o aquellos que cuidan a las personas con autismo. La meta de una terapia debería ser mejorar la comunicación útil. Para algunos, la comunicación verbal es una meta realista. Para otros, la meta quizás sea la comunicación a través de gestos. Otros pueden tener la meta de comunicarse por medio de un sistema de símbolos como, por ejemplo, juntar imágenes.

El tratamiento debe incluir evaluaciones periódicas exhaustivas proporcionadas por un individuo con capacitación especial en la evaluación y el tratamiento de los trastornos del habla y del lenguaje, como un fonoaudiólogo, Terapeutas

Ocupacionales y fisioterapeutas también pueden trabajar con el paciente para disminuir los comportamientos indeseados que podrían interferir con el desarrollo de aptitudes de la comunicación.

Algunos individuos responden bien a los programas de modificación del comportamiento altamente estructurados; otros responden mejor a la terapia domiciliar que emplea las situaciones reales como base para la capacitación. Otros enfoques, como la terapia musical y la terapia de integración sensorial--la que se esfuerza por mejorar la capacidad del niño de responder a la información enviada por los sentidos--parecen haber

ayudado a algunos niños autistas, aunque no existe investigación que compruebe la eficacia de estos enfoques.

Los medicamentos pueden mejorar los lapsos de atención de un individuo o reducir los comportamientos no deseados como el aleteo con las manos, pero el uso a largo plazo de esta clase de medicamentos no es recomendado debido a sus efectos colaterales. No se han encontrado medicamentos que mejoren específicamente la comunicación en las personas con autismo. Los suplementos minerales y vitamínicos, dietas especiales (libre de gluten y caseína) y la psicoterapia, también han sido usados, pero no existe documentación suficiente que compruebe su efectividad.

RECURSOS

- Material didáctico, como loterías, rompe cabezas, cuentos, laminas de secuencia, concéntrese, material tangible como números y campos semánticos.
- Modelo terapéutico.
- Espejo.
- Linternas para fijación visual.

11. AFASIA

11. AFASIA

DEFINICION: La afasia es un desorden neurológico causado por el daño a las porciones del cerebro que son responsables de lengua. Las muestras primarias del desorden incluyen dificultad en la expresión al hablar, discurso de comprensión del apuro, y dificultad con la lectura y la escritura. La afasia es una no enfermedad, sino un síntoma del daño de cerebro. Lo más comúnmente posible - visto en los adultos que han sufrido un movimiento, afasia puede también resultar de un tumor cerebral, de una infección, de una lesión en la cabeza, o de una demencia que dañe el cerebro. El tipo y la severidad de la disfunción de la lengua dependen de la localización y del grado exacto del tejido de cerebro dañado.

Generalmente, la afasia se puede dividir en cuatro categorías amplias: (1) la afasia expresiva implica dificultad en la transportación de pensamientos con discurso o la escritura. El paciente sabe lo que él quiere decir, pero no puede encontrar las palabras que él necesita. (2) la afasia receptiva implica la dificultad que entiende lengua hablada o escrita. El paciente oye la voz o ve la impresión pero no puede tener sentido de las palabras. (3) los pacientes con la afasia anómica o de la amnesia, la menos forma severa de afasia, tienen dificultad al usar los nombres correctos para los objetos, la gente, los lugares, o los acontecimientos particulares. (4) la afasia global resulta de severo y de daño importante a las áreas de la lengua del cerebro. Los pacientes pierden casi toda la función de lengua, comprensión y expresión. No pueden hablar o entender discurso, ni pueden leer o escriben.

Afasia motora

La gran afasia de Broca se caracteriza por una expresión verbal muy afectada con una comprensión relativamente mejor, aunque también afectada.

El lenguaje espontáneo presenta una importante alteración de los mecanismos articulatorios, un vocabulario restringido, agramatismo y una severa reducción de la longitud de la frase; se producen parafasias

fonémicas y cada elemento sonoro requiere un esfuerzo particular para ser articulado (de aquí la denominación de "afasia no-fluente"). También presentan agrafia y en ocasiones apraxia ideo motora.

La mayoría de pacientes con una afasia motora (las 3/4 partes de los pacientes) presentan un déficit motor, más o menos severo, del hemisferio derecho.

-Correlación clínico patológica: Los estudios actuales de neuroimagen confirman la relación de la afasia de Broca con lesiones extensas que afectan el pie de la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo y áreas adyacentes, incluyendo las áreas rolándicas de la región parietal y en profundidad hasta los ganglios basales. Cuando la lesión está restringida al área de Broca, habitualmente la afectación del lenguaje es moderada y la recuperación buena o bastante buena.

La afasia sensorial.

El lenguaje presenta una articulación fluida aunque con abundantes parafasias, y con un trastorno severo de la comprensión. Las parafasias pueden ser de tipo fonético o semántico y se produce un trastorno de la utilización de los elementos gramaticales (disintaxis, paragramatismo). La lectura y la escritura están afectadas en forma similar.

El trastorno de la comprensión tiene su origen en una caída de la discriminación fonética y en una pérdida de la capacidad para comprender los elementos sintácticos y semánticos. Cuando la producción de parafasias es muy importante, el lenguaje se convierte en ininteligible y recibe el nombre de jerga o lenguaje jergafásico.

La producción lingüística es fluida y abundante, con una prosodia y entonación aparentemente correctas, aunque el lenguaje carece de significado por la invasión masiva de parafasias fonémicas. Ese fenómeno suele acompañarse sialorrea, sugiriendo un fenómeno de desinhibición que podría estar en relación con una falta de retroalimentación auditivo de la

producción fonológica y léxica. Es característico que todo ello se acompañe de anosognosia (falta de conciencia del déficit).

Cuando la jergafasia es de predominio semántico, el lenguaje también es muy poco inteligible por las constantes substituciones de unas palabras por otras (parafasias verbales) y la presencia de fenómenos disintácticos, aunque, como en el caso de la jerga fonética, la prosodia y la entonación están preservadas. La anosognosia y tendencia a la sialorrea completan un cuadro clínico que debe diferenciarse del lenguaje incoherente de una demencia, si bien el inicio agudo después de una lesión cerebral en el caso de la afasia por lesión focal, en contra de un inicio insidioso en ausencia de datos neuroradiológicos de lesión en el caso de un trastorno degenerativo, son elementos de la historia clínica suficientemente definitorios.

Correlación anatomotopográfica:

La lesión característica de la afasia de Wernicke radica en el tercio posterior de la primera y segunda circunvolución temporal del hemisferio izquierdo. El giro de Heschl y la circunvolución supramarginal son regiones que también pueden verse afectadas.

Afasia global

El término de afasia global se utiliza cuando se hallan severamente afectadas tanto las funciones expresivas como las funciones receptoras del lenguaje.

Al principio del cuadro el paciente suele presentar una abolición total de las emisiones lingüísticas. Pasados unos días o semanas aparecen algunos elementos automatizados y en ocasiones producciones estereotipadas. Cuando se producen estereotipias, éstas pueden ser utilizadas con una entonación adecuada a la intención comunicativa del paciente aunque, en el caso de que la estereotipia consista en una palabra o conjunto de palabras,

éstas no tengan ninguna relación real con la situación real o la intención comunicativa.

Las formulaciones automáticas, por el contrario, pueden ayudar en ocasiones a iniciar conatos de comunicación, si bien ésta pronto se ve frustrada por la imposibilidad por parte del paciente de efectuar un lenguaje proposicional propiamente dicho. En otras ocasiones, los propios automatismos también distorsionan la comunicación, al ser emitidos con una intención comunicativa distinta u opuesta al significado real de las palabras emitidas. Por ejemplo, es habitual la utilización errónea de las palabras sí y no, con la consiguiente confusión y a veces desesperación de la familia y el propio paciente. Los automatismos también pueden ser en forma de palabras malsonantes, en cuyo caso una mal aplicada susceptibilidad puede llevar a los familiares a tratar de reprimir las producciones espontáneas del paciente, con el consiguiente incremento de su frustración.

El estado emocional de los pacientes con una afasia global suele tender a la depresión, como reacción a su dificultad comunicativa y a la afectación motora (hemiplejía derecha) que suele ser la regla en este tipo de afasia. El tratamiento de este estado depresivo pasa por una adecuada atención a la rehabilitación funcional motora y la reeducación del lenguaje, así como por un soporte global del entorno social del paciente. En este sentido, es importante una adecuada atención al entorno familiar más inmediato que debe ayudar y puede colaborar de forma muy efectiva en la adaptación del paciente a su nueva situación personal, familiar y social.

Correlación clínico-topográfica

En general, los pacientes con afasia global presentan lesiones extensas en el territorio de la arteria cerebral media izquierda, con afectación de las áreas frontoparietales y temporoparietales.

La afasia de conducción

La afasia de conducción es una entidad controvertida cuya existencia fue postulada por Wernicke en 1874, refiriéndose a la desconexión de la conducción de impulsos sensoriales hacia los mecanismos motores. En 1875, Lichtheim puso el acento en la afectación de la repetición que se producía en estos casos.

El lenguaje espontáneo muestra una articulación fluida pero con presencia de trastornos anómicos y parafasias fonémicas. La comprensión está relativamente preservada, si bien pueden observarse discretos problemas para la discriminación fonética y la comprensión de frases. El dato semiológico más importante es una dificultad para la repetición.

Correlación clínico-topográfica

La lesión suele presentarse en la región posterior de la primera circunvolución temporal y parte más inferior de la circunvolución supramarginal. En ocasiones la lesión radica en la región insular, y otras veces afecta el fascículo cuarto y la sustancia blanca subyacente a la circunvolución supramarginal. Siguiendo la tesis de Wernicke, el punto crucial radicaría en la región insular, como zona de paso de las imágenes Auditivas que deben ser transmitidas a los mecanismos motores.

Las afasias transcorticales

El término afasia transcortical fue introducido por Wernicke (1886) rebautizando la denominada "afasia de conducción central" de Lichtheim (1885), que consistiría en la interrupción del proceso de transferencia del material auditivo verbal al centro de los conceptos. Tanto Lichtheim como Wernicke insistían en que los conceptos no están localizados en ningún área circunscrita, sino que son elaborados por un mecanismo cortical multisensorial. Las afasias transcorticales pueden ser sensoriales (trastorno de la comprensión con expresión verbal fluida), motoras (alteración de la

expresión verbal con buena comprensión) o mixtas. El dato descollante de las afasias transcorticales es una repetición conservada.

Afasia sensorial transcortical

Presentan un trastorno importante de la comprensión con una expresión verbal fluente, muchas veces en forma de jerga semántica. La repetición está preservada.

La lesión suele localizarse en la región ttemporo-occipital y algunas ocasiones en las áreas parieto-occipitales.

Pueden evolucionar hacia una mejoría persistiendo una anomia y tendencia a los circunloquios.

Afasia motora transcortical.

Presenta una importante afectación de la expresión verbal con comprensión conservada y buena capacidad de repetición.

La lesión suele localizarse en el área motora suplementaria (porción superior de la región para sagital) del lóbulo frontal dominante.

La recuperación puede ser buena, dejando problemas anómicos residuales de carácter discreto.

Afasia transcortical mixta.

Es un trastorno severo del lenguaje que se caracteriza por una alteración tanto de la comprensión como de la expresión verbal, si bien se conserva una buena capacidad para la repetición. De hecho, representa una combinación de la afasia motora transcortical y afasia sensorial transcortical.

Las lesiones causales suelen ser múltiples, afectando áreas corticales y subcorticales alrededor de las áreas del lenguaje. Por ello, se ha

denominado a este síndrome "aislamiento del área del lenguaje". Habitualmente el pronóstico es malo, con poca recuperación del lenguaje.

Afasia anómica.

La alteración de la capacidad para denominar (anomia) es el más común de los trastornos afásicos. Cuando este trastorno es muy marcado, el lenguaje espontáneo se ve plagado de circunloquios que tratan de suplir la falta del nombre, o bien el paciente recurre a usar palabras "de relleno" (sí, hombre; bueno; sabe usted; etc.) y generalizaciones inespecíficas (una cosa; aquello; etc.).

La anomia es un dato semiológico importante que debe ser tenido en cuenta y adecuadamente explorado en cualquier tipo de afasia.

El rendimiento en las pruebas de denominación suele reflejar la severidad de la afasia independientemente del tipo semiológico de ésta.

Pueden observarse problemas anómicos como consecuencia de lesiones en diversas localizaciones cerebrales, puesto que los mecanismos neuronales de la generación del nombre son procesos complejos interrelacionados con los restantes mecanismos cognitivos e intelectuales, y no están localizados específicamente en ningún área focal determinada. No obstante, los trastornos anómicos más marcados se presentan en lesiones de la región angular (corteza de asociación multimodal de las áreas parietotemporooccipitales) o de la zona posterior de la tercera circunvolución temporal (área 37) del hemisferio dominante.

Afasias por lesión subcortical.

Las lesiones de las estructuras subcorticales del hemisferio cerebral izquierdo, además de originar problemas motores con las subsiguientes manifestaciones disártricas, pueden provocar trastornos del lenguaje de

características afásicas. La semiología resultante puede ser diversa, desde problemas de fluencia y articulación hasta trastornos de la comprensión del lenguaje, pasando por fenómenos anómicos, con neologismos y fenómenos de jerga. También se han descrito fenómenos de perseveración, trastornos de la repetición, apraxia verbal y agrafia. Si la lesión subcortical es extensa, puede provocar una afasia global. La variedad de estructuras subcorticales que pueden verse afectadas hace que el tipo de trastorno del lenguaje en estos casos pueda ser muy variado, dependiendo de la exacta localización de la lesión.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

- Ofrecerle un espacio de contención donde sienta que sus esfuerzos por Comunicarse son valorados y todas sus Emisiones validas.
- Facilitar tareas de descripción o relatos, interviniendo con comentarios que enriquezcan su producción.
- Incorporar estrategias alternativas para la comunicación ej: pictogramas o Símbolos gráficos para expresar cuando el impedimento a nivel expresivo verbal sea importante.
- Valorar sus producciones frente al grupo de pares para favorecer la autoestima y seguridad en las mismas
- Memoria visual: recordar lugares, objetos, figuras, itinerarios
- Verbal lingüístico: nombrar objetos de la casa, colegio, categorías semánticas, encontrar sinónimos y antónimos
- Verbal semántico: atender por su nombre, reconocer a otros por su nombre, objetos por su nombre, resumir el significado de un texto: adivinanzas, lectura, poesía
- Fluidez verbal: asignar nombres a objetos, dibujos, articular correctamente Silabas
- Formar frases con palabras aisladas suministradas por el terapeuta, inventar frases con significado, explicar historietas
- Razonamiento: encontrar elementos iguales: cuerpo, objetos, laminas diferencias, semejanzas, descubrir absurdos verbales.

- Percepción visual: discriminación y clasificación de objetos, colores, detalles de láminas captar semejanzas y diferencias en parejas de objeto – imagen.
- Percepción auditiva: discriminación de sonidos (propio cuerpo, instrumentos, animales, fonemas, etc.)
- Percepción táctil: reconocer partes del cuerpo, objetos, tamaños, temperatura, peso, material tangible por textura.