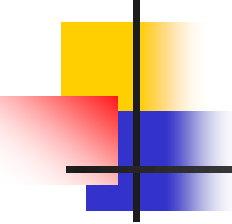


# **ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Y TRASTORNOS DEL LENGUAJE**

## **ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**

# **ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Y TRASTORNOS DEL LENGUAJE . ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**

- **Marco de encuadre: El desarrollo en el niño.**
- **Comunicación y Lenguaje.**
- **Bases biopsíquicas y neuropsicológicas.**
- **Los trastornos del lenguaje.**
- **Diagnóstico, signos de alerta y necesidad de intervención.**
- **La evaluación.**
- **Pronóstico.**
- **Trastornos del lenguaje y su tratamiento.**
- **Bibliografía.**



# Marco de encuadre: El desarrollo en el niño

---

- Desarrollo motor:  
Motricidad gruesa y fina.
- Desarrollo perceptivo, cognitivo y manipulativo.  
Discriminación, clasificación, seriación, etc.
- Desarrollo de la conducta adaptativa:
  - Autonomía: alimentación, sueño, vestido, higiene, controles vesical y anal.
  - Socialización.
- La comunicación y el lenguaje:  
Audición, lenguaje comprensivo y expresivo.
- Aprendizajes escolares:  
Lectura, escritura, cálculo.



# Perfiles en el desarrollo. Significación

---

- Perfiles homogéneos:
  - Niños con desarrollo armónico
  - Retrasos evolutivos, retrasos madurativos.
- Perfiles heterogéneos:
  - Niños con dificultades específicas
  - Trastorno específico del lenguaje (TEL).
  - Disfasia, dislexia, hipoacusia, algunos síndromes, etc.



# Comunicación y Lenguaje

---

- Los términos de comunicación y lenguaje no son sinónimos.
- Es posible una comunicación sin lenguaje (sordos, retrasos graves, etc.).
- No es posible lenguaje sin comunicación. (Trastornos graves del lenguaje pueden acarrear trastornos de comunicación: indefensión aprendida).
- Los trastornos en la comunicación son especialmente graves.



# ¿Qué entendemos por lenguaje?

---

- Habla, lengua lenguaje.
- Uso creativo y libre del símbolo lingüístico.
- Un sistema de signos convencionales, sistema codificado que permite representar la realidad, manipularla mentalmente, comunicar pensamientos, sentimientos etc., y regular la conducta.



# Concepto de lenguaje

---

- Sistema de signos convencionales Organizados en códigos según **FORMA**, **CONTENIDO** y **USO** o según dominio **LINGÜÍSTICO**, **COGNITIVO** y **COMUNICATIVO**:
  - Fonético.
  - Fonológico.
  - Morfológico.
  - Sintáctico.
  - Semántico.
  - Pragmático

# Bases biopsíquicas y neurolingüísticas

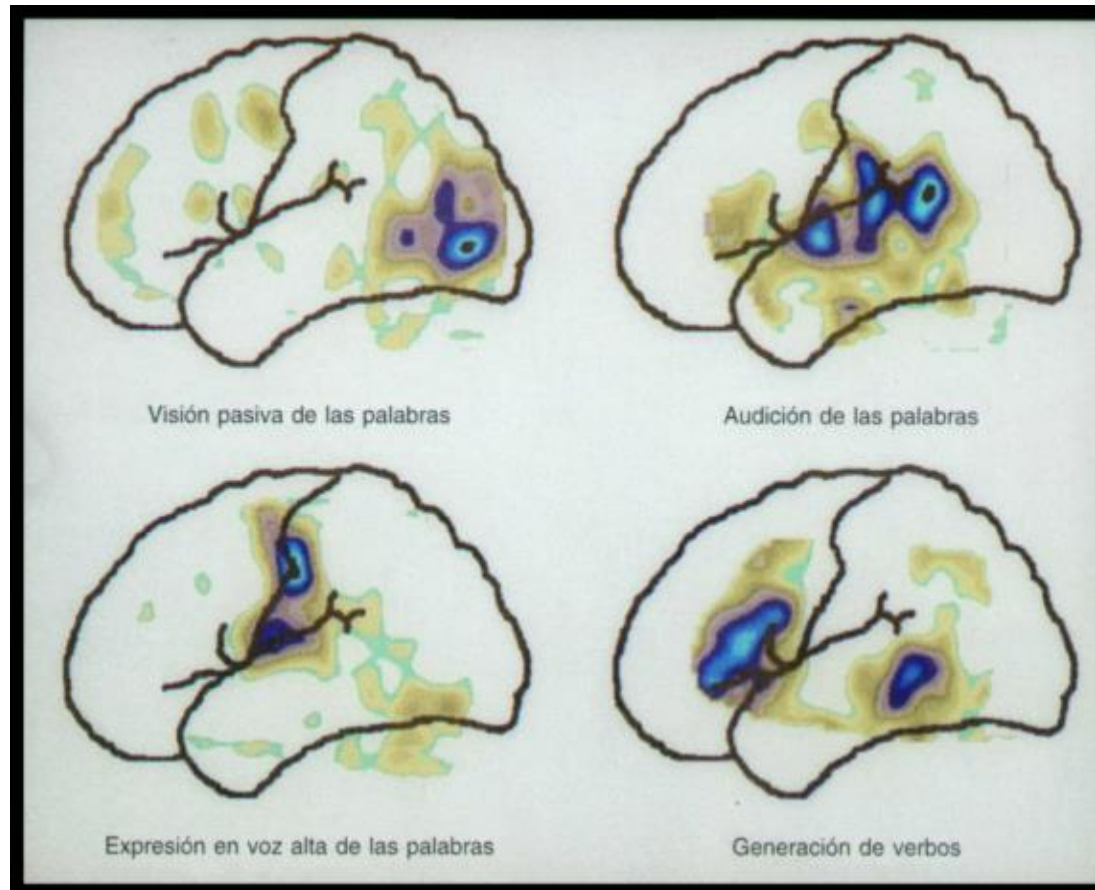


---

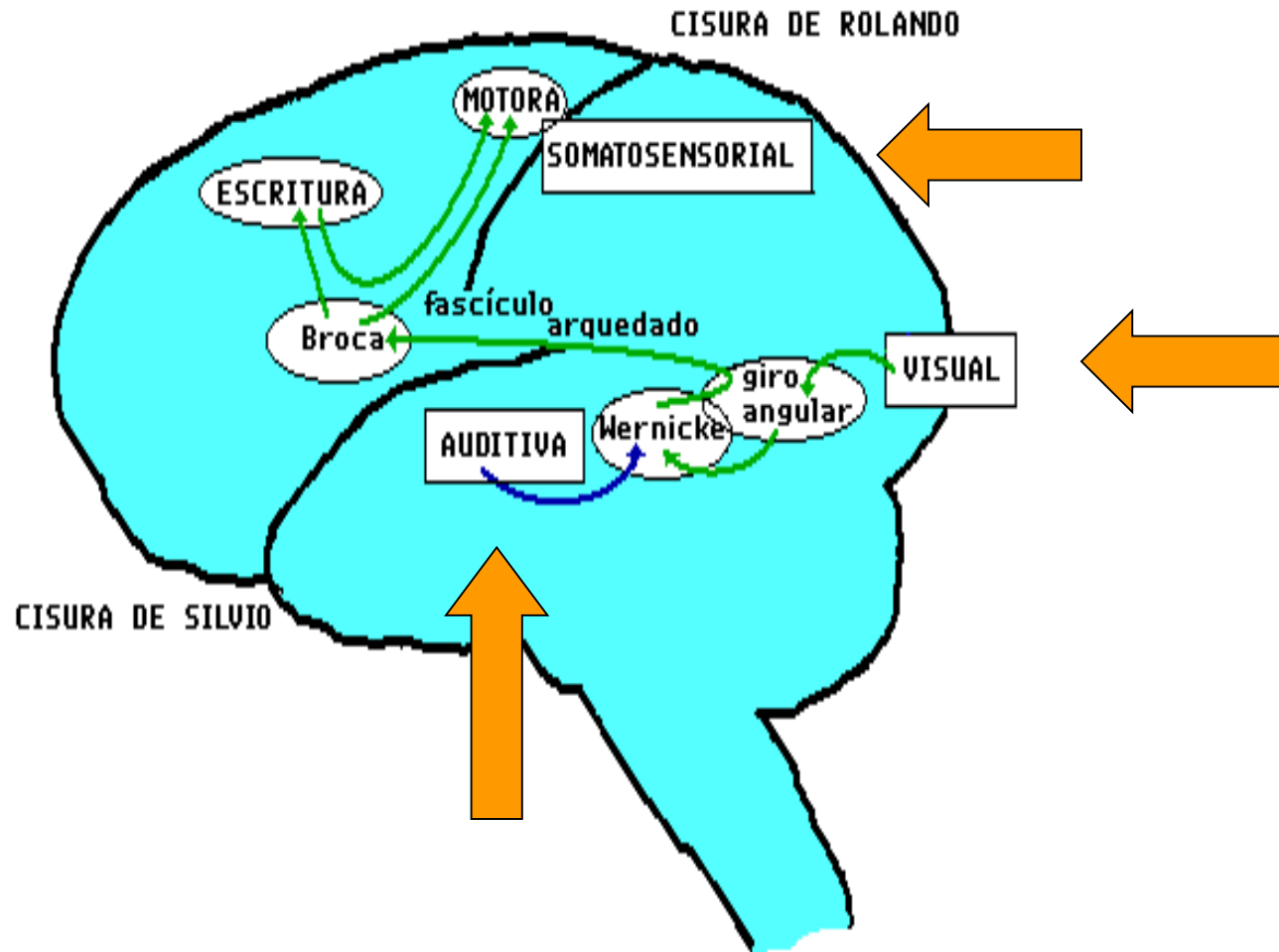
- Anatomía y fisiología (SNC-SNP)
- Procesos cognitivos.
- Procesos comunicativos, afectivos y de interacción.



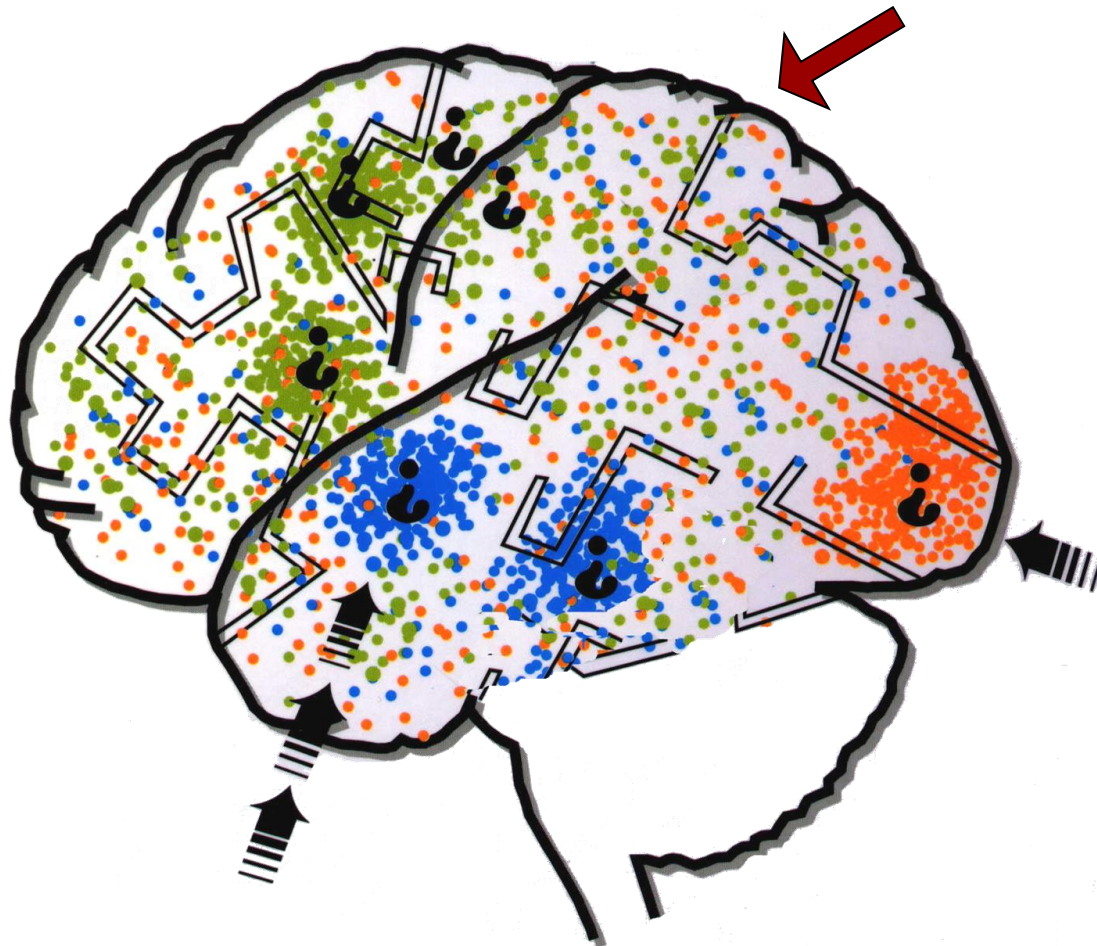
# TEP de la sensación y habla (De Posner y Raichle 1994, p.115)



# EL PROCESADO DE LA INFORMACIÓN VERBAL EN BASE AL MODELO: WERNICKE-GESCHWIND



# Alteración en las redes o sistemas





# Clasificación de los trastornos del lenguaje

---

## **MODELO CLÁSICO:**

1. DEL LENGUAJE.
2. DEL HABLA O DE LA PALABRA.
3. DE LA VOZ.
4. DEL LENGUAJE LECTOESCRITO.
5. DE LA AUDICIÓN.
6. TRASTORNOS ASOCIADOS.

## **MODELO LINGÜÍSTICO:**

0. FONÉTICOS.
1. FONOLÓGICOS.
2. MORFOLÓGICOS.
3. SINTÁCTICOS.
4. SEMÁNTICOS.
5. PRAGMÁTICOS.

# Clasificación de los trastornos del lenguaje (modelo clásico)

## 1. TRASTORNOS DEL LENGUAJE.

- 1.1. AFASIA.
- 1.2. AFASIA INFANTIL.
- 1.3. DISFASIA.
- 1.4. DISLOGIA.
  - 1.4.1. DEMENCIAS.
  - 1.4.2. PSICOSIS INFANTIL.
  - 1.4.3. AUTISMO. TRASTORNO PROFUNDO DEL DESARROLLO
- 1.5. OLIGOFRENIA. DEFICIENCIA O RETRASO MENTAL. RETRASO MADURATIVO
- 1.6. MUTISMO:
  - 1.6.1. MUTISMO NEURÓTICO.
  - 1.6.2. MUTISMO PSICÓTICO.
  - 1.6.3. MUTISMO ELECTIVO O SELECTIVO
- 1.7. ALTERACIONES NEUROLÓGICAS. **P.C.I.**
- 1.8. ORGANICIDAD CEREBRAL.
  - 1.8.1. EPILEPSIA.
  - 1.8.2. DISMADUROS.
  - 1.8.3. LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA.
- 1.9. ALTERACIONES SENSORIALES: **HIPOACUSIA Y SORDERA.**
- 1.10. RETRASO SIMPLE.
- 1.11. RETRASO SEVERO.
- 1.12. TAQUIFEMIA.
- 1.13. TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL LENGUAJE LECTOESCRITO.
  - 1.13.1. DISLEXIA.
  - 1.13.2. DISGRAFÍA.
  - 1.13.3. DISORTOGRAFÍA.



# Clasificación de los trastornos del lenguaje

---

## **2. TRASTORNOS DEL HABLA.**

RETRASO SIMPLE DEL HABLA.

RETRASO MODERADO DEL HABLA.

TRASTORNO FONOLÓGICO.

TRASTORNO FONÉTICO.

DISARTRIA.

DISLALIA.

DISLALIA AUDIÓGENA.

DISGLOSIA.

DISFEMIA.

TAQUILALIA.

## **3. TRASTORNOS DE LA VOZ. DISFONÍA- AFONÍA.**

3.1. DISFONÍAS FUNCIONALES.

3.1.1. DISFONÍAS FUNCIONALES SIN ALTERACIÓN LARÍNGEA.

3.1.2. DISFONÍAS FUNCIONALES CON ALTERACIÓN LARÍNGEA.

3.2. DISFONÍAS ORGÁNICAS.

3.2.1. DISFONÍAS ORGÁNICAS SIN ALTERACIÓN LARÍNGEA.

3.2.2. DISFONÍAS ORGÁNICAS CON ALTERACIÓN LARÍNGEA.

# Clasificación de los trastornos del lenguaje (otros modos de clasificar)

## - TRASTORNOS DE LA ADQUISICIÓN Y DESARROLLO DEL LENGUAJE

- Retrasos del lenguaje (simple, moderado, severo) (Retraso simple y retraso moderado del habla)
- Disfasia
- Mutismo electivo o selectivo.

## - TRASTORNOS NEUROLÓGICOS

- Afasia infantil
- Afasia en adultos
- Parálisis cerebral
- Organicidad
  - Epilepsia.
  - Lesión cerebral mínima o disfunción cerebral mínima.

## - TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN LAS PSICOPATOLOGÍAS Y DEFICIENCIAS DEL DESARROLLO

- Autismo, Trastornos Generalizados del Desarrollo y Trastorno del Espectro Autista.
- Retraso madurativo, retraso mental, trastorno cognitivo.
- Psicosis y demencias infantiles

# Clasificación de los trastornos del lenguaje



---

## **- TRASTORNOS DEL LENGUAJE POR DEFICIENCIA AUDITIVA**

- Hipoacusia
- Sordera

## **- TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN**

- Retraso o trastorno fonológico
- Trastorno fonético o dislalia (dislalia audiógena)
- Disglosia
- Disartria

## **- TRASTORNOS DE LA FLUIDEZ**

- Disfemia
- Taquifemia
- Taquilalia

## **- TRASTORNOS DE LA VOZ**

- Disfonía
- Afonía

## **- TRASTORNOS EN LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE LECCTOESCRITO**

- Dislexia
- Disgrafía
- Disortografía



# Gravedad en los trastornos logopédicos. Jerarquía

(de mayor a menor gravedad)

- - Trastornos de la comunicación.
- - Trastornos del lenguaje.
- - Trastornos del habla.
- - Trastornos de la voz.

# Gravedad de los trastornos en razón de los códigos comprometidos

(de menor a mayor gravedad)

- - Trastornos fonéticos.
- - Trastornos fonológicos.
- - Trastornos morfosintácticos.
- - Trastornos semánticos.
- - Trastorno de la función pragmática.



# Trastorno logopédico y compromiso lingüístico

---

- - Trastornos del habla:
  - Código fonético.
  - Código fonológico.
- - Trastornos del lenguaje
  - Código morfosintáctico.
  - Código semántico.
  - Código pragmático.
  - En ocasiones: códigos fonético y fonológico.



# Diagnóstico

---

# Códigos comprometidos

	FONÉTICA	FONOLOGÍA	MORFOLOGÍA	SINTAXIS	SEMÁNTICA	PRAGMÁTICA	DIFIC. APRENDIZAJE
RETR. SIMPL. LENG							SI
RETR. MOD. LENG							SI
RETR. SEVERO. ¿?							SI
DISFASIA							SI
AFASIA							SI
RETRASO MENTAL							SI
HIPOACUSIA - SORDERA							SI
PARÁLISIS CEREB. INF.							SI
AUTISMO							SI
	<b>FONÉTICA</b>	<b>FONOLOGÍA</b>	<b>MORFOLOGÍA</b>	<b>SINTAXIS</b>	<b>SEMÁNTICA</b>	<b>PRAGMÁTICA</b>	
TIPO DE TRASTORNO	HABLA		LENGUAJE				
CÓDIGOS LINGÜÍSTICOS	FORMA				CONTENIDO	USO	
DOMINIO	LINGÜÍSTICO				COGNITIVO	COMUNICATIVO	



# El difícil diagnóstico diferencial en el niño que no habla

---

- La **disfasia** y los trastornos específicos de lenguaje.
- El **déficit auditivo** (hipoacusia y sordera).
- El **retraso madurativo** o retraso mental.
- Los **trastornos** generalizados y profundos del **desarrollo** (autismo).



# Pautas diagnósticas en el desarrollo fonético-fonológico

---

- **4-5 años:** El 90% de niños realiza diptongación.
- **6 años:** Entre el 90 y el 95% de niños realizan fonemas usuales.
- **6 años:** Un 85% de niños realiza los grupos consonánticos.



# Signos de alerta en el desarrollo fonético-fonológico

---

- No haber completado el código fonético en torno a los 6 años.
- Habla ininteligible.
- Dificultades en la imitación verbal (repetición).
- Procesos fonológicos alterados: (simplificaciones, reduplicaciones, sustituciones, metátesis, epéntesis, etc).





# Pautas diagn3sticas en el desarrollo morfosint3ctico

---

- 9-12 meses: Palabra frase u holofrase.
- 18-24 meses: Frases de dos palabras.
- 24-30 meses: Frases de tres palabras.
- 30-36 meses: Frases de cuatro palabras.
- 48-60 meses: Combina frases.



# Pautas diagn3sticas en el desarrollo morfosint3ctico

---

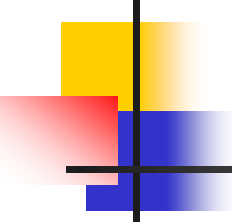
- Falta de comprensi3n. Ecolalias.
- Procesos de simplificaci3n sint3ctica en la imitaci3n verbal o en la expresi3n oral.
- No combinaci3n de palabras a los 24 meses.
- Constancia de desv3o respecto al desarrollo morfosint3ctico normalizado (agramatismos).



# Pautas diagn3sticas en el desarrollo semántico

---

- **9 meses:** - Identifica y localiza tres objetos o personas nombradas, los busca cuando se le nombran.
  - 9-12 meses: Utiliza palabra frase u holofrase.
- **18 meses:** - Vocabulario comprensivo de unas 20 palabras.
  - Nombra objetos y dibujos familiares.
- **24 meses:** - Responde a preguntas sencillas.
  - El vocabulario comprensivo es de unas 200 – 300 palabras



# Signos de alerta en el desarrollo semántico

---

- Ausencia de palabras simples a los 16 meses.
- Falta de comprensión. Ecolalias.
- Escaso incremento en el vocabulario.



# Pautas diagnósticas en el desarrollo de la función pragmática entre los 9-18 meses. Funciones:

---

- Instrumental (dame, quiero...)
- Reguladora (pon aquí..., no toques...)
- Interactiva (mira...)
- Personal (yo...)
- Heurística (dónde...)
- Imaginativa (y el lobo...)



# Signos de alerta por posible compromiso pragmático

---

- Falta de comprensión. Ecolalias.
- Ausencia de juego simbólico.
- Ausencia de protoimperativos y protodeclarativos.
- Instrumentalización del adulto.
- Alteraciones en la relación social.
- Trastorno de la flexibilidad mental y comportamental (Rituales, conductas obsesivas, memoria improductiva).



# Alertas absolutas de necesidad de atención temprana

---

- No balbucea a los 12 meses.
- No hace gestos de señalar o decir adiós con la mano a los 12 meses.
- No dice palabras sencillas a los 16 meses.
- No dice frases de 2 palabras (espontáneas y no ecológicas) a los 24 meses.
- Cualquier pérdida en habilidades de lenguaje o de socialización.



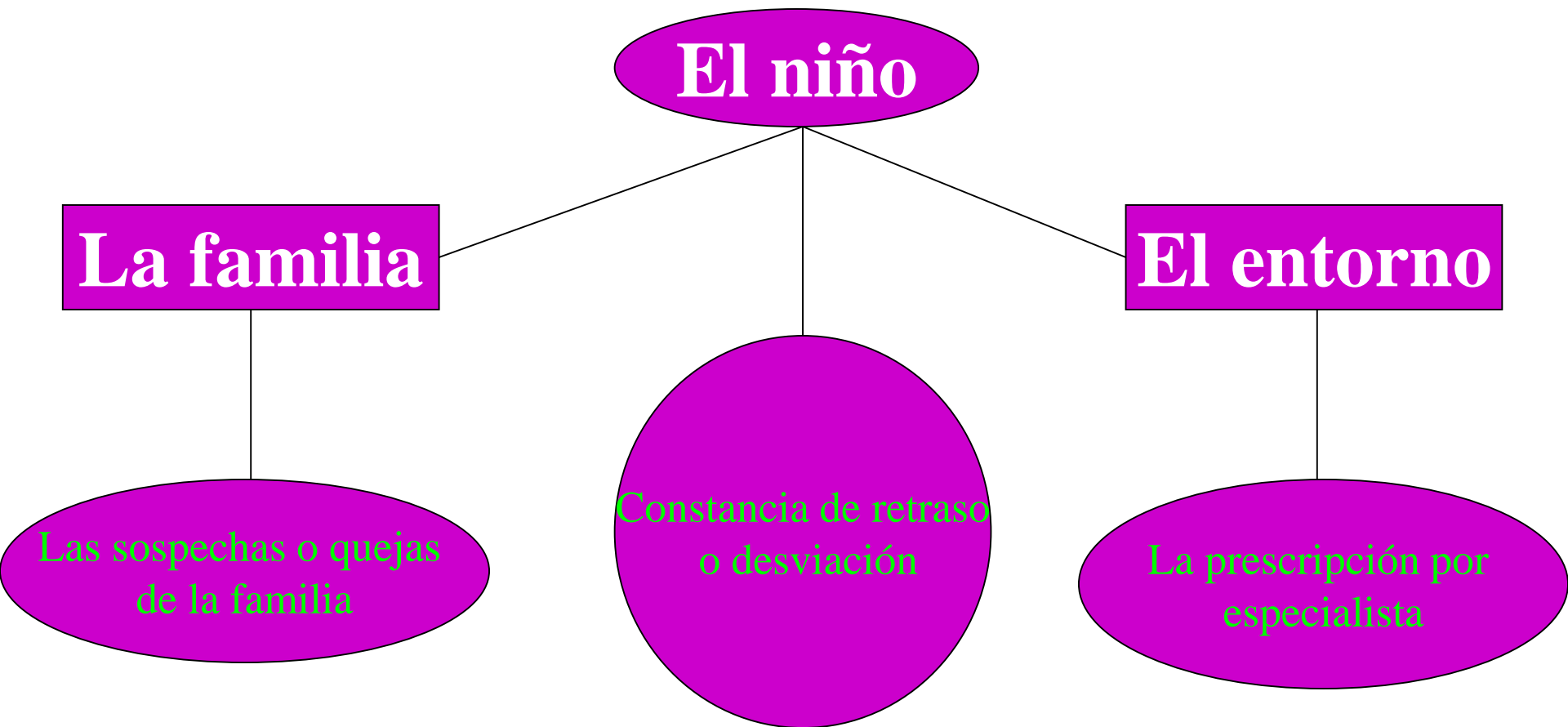
# Criterios para determinar la necesidad de intervención

---

- La sospecha o duda sobre desarrollo anormal o lentificado.
- La existencia de trastorno *versus* retraso.
- Desarrollo idiosincrático frente a desarrollo normal.
- La constatación de asincronías en el desarrollo.
- Un retraso mantenido no ha de ser motivo de espera sino de premura en la intervención.



# Determinación de una actuación preventiva, paliativa o correctiva



*Todo niño que no sigue un desarrollo normalizado precisa de ayuda*



# La evaluación

---



# La evaluación

---

- Finalidad.
- Posibilidades.
- Límites.



# La evaluación

---

- Datos de historial.
- Pruebas estandarizadas.
- Datos de observación.



# Un modelo

---

- **Datos de identificación.**
- **Antecedentes**
- **Situación médica**
- **Habilidades motrices**
- **Habilidades perceptivo - manipulativas**
- **Habilidades comunicativas**
- **Habilidades socio-emocionales**
- **Habilidades de autonomía**
- **Habilidades cognitivas y estrategias de aprendizaje**
- **Habilidades de juego**
- **Competencias curriculares**
- **Entorno escolar**
- **Aproximación diagnóstica**



# Pruebas

---

- Jhonson-Martin, N.M. y otros: Currículo Carolina.
  - De cero a 24 meses.
- Secadas, Francisco: Escala observacional del desarrollo. (EOD).
  - De los cero a los 17 años.
- López-Ornat, Gallego y otros. Inventarios de desarrollo comunicativo.
  - De ocho a 30 meses.
- Kirk, S.A., McCarty, J.M. y Kirk, W.D. ITPA. Prueba ILLINOIS de habilidades psicolingüísticas. La prueba examina las habilidades psicolingüísticas, los subtest que los comprenden son: Comprensión visual y auditiva, fluidez léxica, expresión, integración auditiva y visual y memoria auditiva y visomotora.
  - Aplicable entre los 3 a los 10 años.



# Pruebas

---

- Aguinaga, C.; Armentía, M. L.; Fraile, A; Olangua, P y Uriz, N.: PLON-R. Prueba de Lenguaje Oral de Navarra. Se exploran los distintos códigos lingüísticos: fonología, morfosintaxis, semántica y pragmática.
  - Aplicable a niños de tres a los seis años.
- Reynell, J.K. (1977). Escalas para evaluar el desarrollo del lenguaje. Evalúan la comprensión verbal y expresión lingüística.
  - Aplicable de los 6 meses a los 6 años.
- PUYUELO, M., WIIG, E.H., RENOM, J. Y SOLANAS, A (1998): Batería de Lenguaje Objetiva y Criterial. Explora la competencia lingüística en relación a habilidades morfológicas, sintácticas, semánticas y pragmáticas.
  - Aplicable desde los 5 a los 14 años



# Pruebas (fonético-fonológico)

---

- Bosch, L.: Prueba para la evaluación del desarrollo fonológico del niño. (denominación y repetición)
  - De 3 a 7 años.
- Borregón Sanz, S. "E.AR". Programa visualizado para la enseñanza de la articulación. Permite realizar una exploración de fonemas y alófonos en repetición.
- Borregón Sanz, S. "Los trastornos de la articulación. Exploración, prevención, diagnóstico y tratamiento". Evaluación y criterios de intervención
- García Pérez, E.M., Galve Manzano, J.L. y Prieto Rodríguez, C.: Examen logopédico de la articulación.
- Monfort, M.: Registro fonológico inducido.
  - De 3 a 7 años
- Vallés-Arándiga. Prueba de articulación de fonemas (Praxias, Respiración, Ritmo, Recepción y Expresión fonética y fonológica).





# Pruebas (morfosintáctico)

---

- Desarrollo sintáctico: Longitud Media de Emisión (L.M.E) o Medida de longitud de unidades (M.L.U.).
- Aguado Alonso, G.: El desarrollo de la morfosintaxis en el niño. T.S.A. Evalúa comprensión y expresión .
  - Desde los tres a los siete.
- Benko, J. Test of grammar. Test para evaluar la aplicación de las reglas morfológicas.
  - Desde los cuatro a los siete.



# Pruebas (morfosintáctico)

---

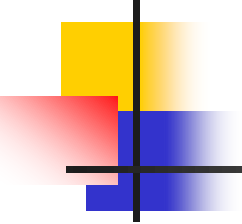
- Lee, L.L.: Northwestern Syntax Screening Test. Evalúa el desarrollo sintáctico
  - Desde los tres a los ocho años.
- Álvarez, M., Fernández, R., Departamento de I+D de TEA ediciones: CEG. Test de comprensión de estructuras gramaticales.
  - Desde los cuatro a los 11 años).



# Pruebas (léxico y semántico)

---

- Bohem, A.E.: Test Bohem de conceptos básicos. Evalúa el nivel o dominio de conceptos básicos para la escolaridad
  - De cuatro a siete años.
- Dunn, L.I.M. y Dinn, L.M.: Test de Vocabulario en imágenes Peabody (PPVT-III).
  - Desde los dos a los 90 años.
- Morrison F. Gardner.: Test figura/palabra de Vocabulario Receptivo.
  - Aplicable desde los dos a los 12 años.
- Morrison F. Gardner.: Test figura/palabra de Vocabulario Expresivo.
  - Aplicable desde los dos a los 12 años.



# Pruebas (pragmática y conducta)

---

- Lord, M. Rutter, P. C. DiLavore, S. Risi. ADOS Escala de Observación para el diagnóstico del autismo.
  - Aplicable a niños con edad mental superior a los 2 años.
- Riviere, A. (IDEA). Indicadores típicos de autismo.
  - Evalúa 12 dimensiones a partir de los 5-6 años.
- Robins et al. (2001) Cuestionario modificado para detección de riesgo de autismo. (Baron-Cohen et al)
  - De 18 a 24 meses (15-18-24)



# Pruebas (afasia)

---

- Christensen A.L.: El diagnóstico neuropsicológico de Luria.
- Ducarne de Ribaucourt, B.: Test para el examen de la afasia.
- Borregón Sanz, S y González Calvo, A. La afasia. Exploración Diagnóstico y tratamiento.



# Pronóstico

---



# Pronóstico

---

- Según la gravedad del trastorno.
- En algunos cuadros se constatan dificultades, más o menos insalvables, para ajustarse a un desarrollo curricular normalizado.



# Pronóstico escolar

---

- Los trastornos del lenguaje tienen implicaciones en:
  - Comunicación y relaciones sociales.
  - Comprensión y expresión.
  - Aprendizajes en general.
  - Aprendizaje del lenguaje escrito.
  - Integración y socialización.
  - Futuro escolar y laboral.
  
- El fracaso escolar





# La intervención

---



# Áreas de desarrollo

---

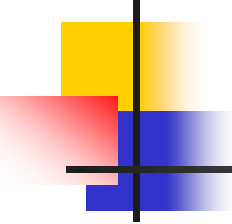
- Cognitiva.
- Lenguaje.
- Socialización.
- Autonomía personal, autocuidado, (higiene, alimentación, sueño, vestido, aseo)
- Motriz.
- Psicomotricidad



# Tratamiento

---

- Atención temprana (mayor plasticidad cerebral)
- Con implicaciones para niño, familia y entorno.
- Tratamientos más o menos intensivos y por lo general de larga duración.
- Estableciendo prioridades (de la comunicación al habla o la voz).
- Objetivo el mayor y mejor desarrollo personal y social.
- El desarrollo normal como punto de referencia.
- La no discriminación, la igualdad de oportunidades, el sistema de derechos. No minusvalía.



# Directrices y pautas de tratamiento (genéricas)

---

- Directrices aplicables a los trastornos del lenguaje
  - Código fonético-fonológico.
  - Código morfosintáctico.
  - Código semántico.
  - Código pragmático.



# Directrices y pautas de tratamiento

---

- 1. La atención, la percepción y la memoria a corto plazo van a ser escalones iniciales y esenciales en los que se sustenta todo el proceso de aprendizaje. Sobre estas bases es posible realizar aprendizajes formales.
- 2. Los niños con problemas comprensivos entienden mejor cuando se les habla lenta y directamente. Una primera orientación se basaría, por tanto, en hablar sin excesiva rapidez o velocidad y con clara articulación.
- 3. La comprensión igualmente se facilita recurriendo a frases breves, sencillas, con estilo directo y con vocabulario usual.

# Directrices y pautas de tratamiento



---

- 4. En los casos más graves y cuando el objetivo sea la repetición de palabras puede recurrirse, si ha lugar, a apoyos de lectura, lectura labial o labiolectura. En otras ocasiones puede permitirse al sujeto cierto encabalgamiento, o lo que es lo mismo, una repetición con marcado carácter ecoico.
- 5. El uso de una mayor intensidad en algunas palabras, en sílabas o en fonemas concretos de la palabra, a fin de marcar determinados segmentos sonoros, propicia una más alta activación de la atención y un rendimiento superior en tareas imitativo verbales.
- 6. La elongación fonética proporciona al sujeto una mejora en la capacidad perceptiva, de análisis y de reconocimiento fonético. La elongación fonética, junto con el marcado de intensidad y con el apoyo labiolector o lectura labial constituyen los recursos a los que con mayor frecuencia se acude para facilitar el acceso a los fonemas.



# Directrices y pautas de tratamiento

---

- 7. En la medida en que sea posible es conveniente recurrir prontamente a la lectura y a la escritura ya que dichas técnicas incrementan la producción oral, reducen el grado de agnosia auditiva e incentivan el desarrollo léxico y morfosintáctico.
- 8. La reformulación, la paráfrasis y las sobreextensiones contribuyen igualmente a incrementar la mejora en los códigos léxico y morfosintáctico.
- 9. El gesto natural, los signos y el dibujo a menudo son igualmente recursos adecuados por su utilidad comunicativa.



# Trastornos del habla

(a abordar en módulo aparte)

---





# Trastornos del habla

---

- **RETRASO SIMPLE DEL HABLA.**

Simple cuando al sujeto se le entiende

- **RETRASO MODERADO DEL HABLA.**

Moderado cuando sólo le entiende la familia.

- **TRASTORNO FONOLÓGICO.**

- 1. Alteraciones en la estructura de la sílaba:
  - Simplificaciones silábicas.
  - Reduplicaciones.
  - Omisiones.
  - Metátesis
- 2. Asimilaciones.
- 3. Sustituciones.

En los trastornos del habla es frecuente la hipolalia por inhibición y consciencia.



# Tratamiento

---

- Aprovechar contextos naturales.
- Estimular habilidades audio-orales.
- Motivar y recompensar cualquier tipo de esfuerzo.
- Tan pronto como sea posible apoyarse en la lectura.



# Trastornos del habla

---

DISLALIAS.

DISARTRIAS.

DISGLOSIAS.



# Trastornos del habla **DISLALIA.**

---

- **Dislalia evolutiva** o dislalia de desarrollo como alteración articulatoria que sincroniza con la edad del sujeto y no precisa intervención específica.

- **Dislalia funcional:** Trastorno funcional de la articulación, trastorno fonético, debido a un uso ineficaz del mecanismo articulatorio. El trastorno cursa con edad inadecuada o tiende a hacerse estable y afecta de forma constante a la articulación de uno o varios fonemas o alófonos.

- **Dislalia orgánica:** cuando el trastorno en la articulación del habla se debe a una alteración en órganos articulatorios o en audición y puede ser:

- **Dislalia audiógena** cuando es el sistema auditivo el causante de dicha alteración
- **Disglosia** cuando la alteración se centra en órganos de la articulación.

# Trastornos del habla

## DISGLOSIA Y DISARTRIA

(a abordar en módulo aparte)

### DISGLOSIA.

- EN LAS MALOCLUSIONES.
- EN LA FISURA PALATINA.
- EN LA RESPIRACIÓN BUCAL.
- EN LOS TRASTORNOS DE LA MASTICACIÓN Y ALIMENTACIÓN.
- EN LA SUCCIÓN Y DEGLUCIÓN ATÍPICA.
- EN EL BRUXISMO.

### DISARTRIA.

- Trastorno de la articulación por patología en el Sistema Nervioso Central o Periférico.

La disartria lleva aparejadas las características de los subtipos de la parálisis cerebral a la que pertenece (atáxica, atetósica, o espástica).

**Dislalias, disglosias y disartrias no pueden discriminarse por los rasgos acústicos, sino por su etiología. El enfoque reeducativo puede ser común.**



# Tratamiento

---

## MODELO TRADICIONAL

Ejercicios miofuncionales, soplo y praxias.

## MODELO SENSORIOMOTOR

Adquisición del fonema e inserción en palabras y frases.

## MODELO DE INTERPRETACIÓN FONOLÓGICA

Análisis de fonemas, contrastes y aproximaciones.

# Un modelo de análisis y de exploración

Fonema explorado	Palabras a repetir	Transcripción fonética de la repetición	Errores fonológicos	Clasificación del fonema o sonido emitido	Rasgos a aprender e integrar	Rasgos a inhibir o eliminar
p oclusivo sordo	pato					
	espejo					
b oclusivo sonoro	vaso					
	tómbola					
β fricativo sonoro	avión					
	árboles					



# Otros trastornos del habla

(a abordar en módulo aparte)

---

**TAQUILALIA.** Se aplica el término de taquilalia al trastorno del ritmo del habla, caracterizado por un aumento anormal de la rapidez de elocución. En la taquilalia se desorganizan los sonidos de la palabra pero no la frase. Telescopismo (Ej: extraornamente por (Trastorno de habla)

**TAQUIFEMIA.** Trastorno del habla caracterizado por la velocidad excesiva con desorganización de la frase, omisión de fonemas y palabras y casi siempre pronunciación imprecisa y blanda equivaliendo a farfulleo.





# Disfemia

(a abordar en módulo aparte)

---



# Disfemia

---

**DISFEMIA.** La característica esencial del tartamudeo es un trastorno de la fluidez normal y estructuración temporal del habla, que es inapropiada para la edad del sujeto (Criterio A). Este trastorno se caracteriza por frecuentes repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas (Criterios A1 y A2). También se observan otros tipos de alteraciones de la fluidez del habla, entre las que se incluyen interjecciones (Criterio A3), fragmentación de palabras (p. ej., pausas dentro de una palabra) (Criterio A4), bloqueo audible o silencioso (p. ej., pausas en el habla ocupadas o no) (Criterio A5), circunloquios (esto es, sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas) (Criterio A6), palabras producidas con un exceso de tensión física (Criterio A7) y repeticiones de palabras monosilábicas (p. ej., «Yo-yo-yo le veré») (Criterio A8). La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social (Criterio B). Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las asociadas usualmente a estos problemas (Criterio C). La intensidad del trastorno varía en función de las situaciones y a menudo es más grave cuando se produce una presión especial para comunicar (p. ej., ser preguntado en clase o entrevistado para conseguir un empleo). El tartamudeo suele no producirse durante una lectura oral, cantando o hablando a objetos inanimados o animales. (DSM-IV)



# Diagnóstico y tipología

---

- DISFEMIA FISIOLÓGICA.
- DISFEMIA ORGÁNICA.
- DISFEMIA TIPO CLÓNICA.
- DISFEMIA FASE O TIPO TÓNICA.
- DISFEMIA MIXTA.



# Tratamiento

---

PUNTO DE PARTIDA: NIVEL DE CONSCIENCIA Y ANGUSTIA.

- TRATAMIENTOS DIVERSIVOS

- TRATAMIENTOS REFLEXIVOS (TÉCNICAS)

1. Terapias de sugestión, distracción y persuasión
2. Terapias de relajación
3. Terapias de ritmo y de control de flujo
4. Terapias de castigo y de refuerzo.
5. Servoterapia (control defectuoso en el sistema perceptivo auditivo, enlentecimiento y ensordecimiento)
6. Psicoterapia, terapia de grupo e hipnosis.



Mutismo

---



# Mutismo

---

- Mutismo neurótico.
- Mutismo psicótico.
- Mutismo electivo o selectivo.



# Características diagnósticas

---

- Existe comunicación.
- Es un mutismo no es un trastorno.
- No es un "retraso" o "ausencia" del lenguaje.
- Se evidencia en contextos.
- El niño tuvo un desarrollo normal.
- El mutismo dura más de un mes.



# Intervención

---

- **Modelo lingüístico.**
  - Se busca el habla y se consideran los prerrequisitos.
- **Modelo conductual.**
  - Técnicas: Relajación, refuerzo, desensibilización, extinción, tiempo fuera, etc.
- **Modelo clínico.**
  - Enfoque psicoterapéutico, psiquiátrico y psicoanalítico.
- **Modelo psicomotriz.**
  - Prima la comunicación corporal (mirada, ojos, manos, cuerpo, etc.) y trata de reforzar la autoestima y la interactividad .





# Pautas de intervención

---

- Directrices de corte positivo.
- Directrices de corte negativo.



# Trastornos del lenguaje

---



# Afasia

---



# AFASIA

---

*Trastorno por pérdida, deterioro o disminución de la capacidad o potencialidad comunicativa, afectando de forma específica a los aspectos codificativos y/o decodificativos del lenguaje -verbal y no verbal-, debido a una lesión del sistema nervioso central (Accidente Cerebro Vascular) cuya etiología puede ser variada.*

*El trastorno se ha de hacer presente a los seis o más años de edad.*

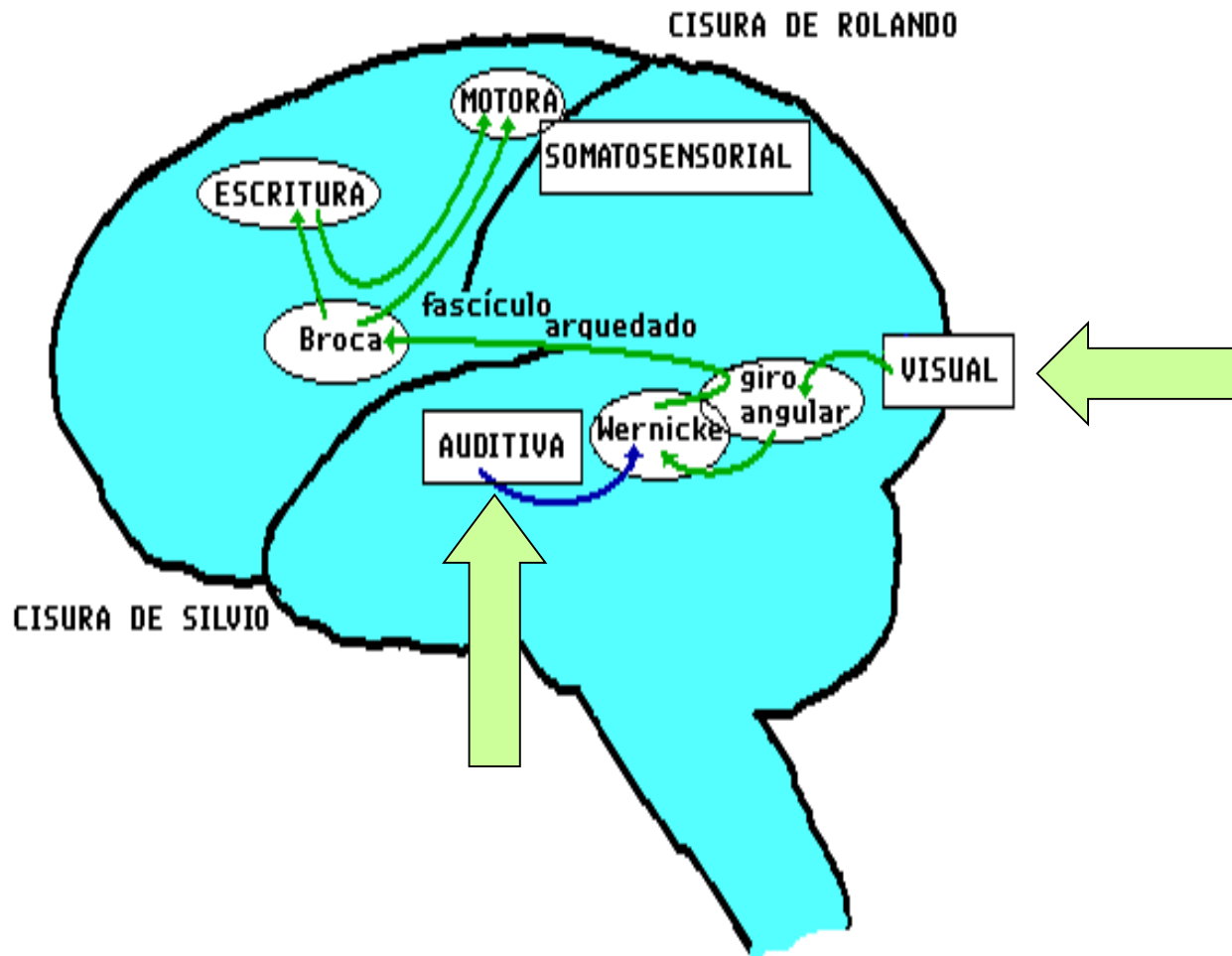


# EL TRASTORNO AFÁSICO

---

- Se produce por **lesión/disfunción** en el S.N.C.
- Merma la capacidad **comunicativa**.
- Afecta al lenguaje **verbal y no verbal**.
- Cualitativamente las dificultades, por lo general, son de la misma índole en el lenguaje hablado (**afasia**), en la lectura (**alexia**) y en la escritura (**agrafía**).
- En ambos casos aparece un **perfil en sierra**.

# EL PROCESADO DE LA INFORMACIÓN VERBAL



# CUADRO DIAGNÓSTICO EN AFASIA

PARÁMETROS A

CONSIDERAR: 1° 2° 3° 4° (parámetros con escaso valor diagnóstico)

	Fluencia en la Expresión oral	Repetición	Comprensión Auditiva	Comprensión Lectora	Expresión Lectora	Expresión Escrita	Denominación
<b>CONDUCCIÓN</b>	+	-	+	+	-	-	-
<b>WERNICKE</b>	+	-	-	-	-	-	-
<b>AMNÉSICA</b>	+	+	+	+ -	+ -	+ -	-
<b>SENSORIAL TR.</b>	+	+	-	-	-	-	-
<b>MOTORA TR.</b>	-	+	+	+	-	-	-
<b>TRANS. MIXTA</b>	-	+	-	-	-	-	-
<b>BROCA</b>	-	-	+	+ -	-	-	-
<b>GLOBAL</b>	-	-	-	-	-	-	-



# INTERVENCIÓN, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN (afasia)

---

- Afrontamiento de las secuelas en el ámbito personal.
- Afrontamiento de las secuelas en el ámbito familiar
- Afrontamiento de las secuelas en el ámbito social.





# LA INDIVIDUALIDAD COMO PUNTO DE PARTIDA

---

Los procesos neurolingüísticos que acontecen tras el A.C.V. avalan una necesaria atención individualizada

- Porque no hay dos individuos iguales.
- Porque el nivel cultural premórbido es distinto.
- Porque lesiones en áreas comunes no producen idénticos síntomas.
- Porque la recuperación-restablecimiento neurológico es particular en cada individuo
- Porque la normalidad “disfuncionante” forjada tras el A.C.V. es igualmente distinta en cada individuo.

# LA INTERVENCIÓN EN AFASIA

## PRINCIPALES EJES

---

- **Afrontamiento de los síntomas** afásicos, aléxicos y agráficos.
  - Comprensión auditiva.
  - Comprensión lectora.
  - Expresión oral.
  - Expresión escrita.
- La **reducción de conductas patológicas**
- El **cambio de signo** del trastorno afásico en relación con la fluencia, la inhibición y en aquellos otros que fueran de signo negativo.



# LA INTERVENCIÓN EN AFASIA PRINCIPALES EJES (Contin.)

---

- Restablecer sistemas de entrada que permitan el procesamiento auditivo de la información.
- Restablecer vías de almacenamiento y acceso a la información.
- Restablecer sistemas de salida de la información.
- (El genuino papel de la lectoescritura y de la labiolectura en todo el proceso agnósico y apráxico).

# LA INTERVENCIÓN EN AFASIA PRINCIPALES EJES (Contin.)



## - Individuos con comprensión y repetición:

### - Afasia amnésica.

Habilitar procesos encaminados a almacenar y retomar la información.

### - Afasia motora transcortical.

Entrenar formulación y organización sintáctica de la frase y de los enunciados.

## - Individuos con comprensión y sin repetición:

### - Afasia de Broca.

Crear, a través de la repetición y sustentándose en actividades de lectoescritura, archivos de palabras en formato fonético-fonológico.

### - Afasia de conducción.

Reducir la fluidez y en controlar el acceso seguro a la palabra.



# LA INTERVENCIÓN EN AFASIA PRINCIPALES EJES (Contin.)

---

- Individuos sin comprensión y con repetición:
  - **Afasia sensorial transcortical.**  
Reducción de la fluidez logorreica y ejercitar comprensión.
  - **Afasia transcortical mixta.**  
Mermer inhibición e incrementar comprensión habilitando microprocesos lectores.
- Individuos sin comprensión y sin repetición:
  - **Afasia de Wernicke.**  
Reducir fluidez y buscar repetición y comprensión vía lectura.
  - **Afasia global**  
Habilitar comprensión mediante estimulación multiaferencial.



# INTERVENCIÓN EN AFASIA

## Técnicas y Sistemas

---

- Creación de contextos formales e intensivos.
- Habla lenta y directa al individuo.
- El marcado fonético con intensidad.
- La elongación fonética.
- El apoyo labiolector
- El apoyo lector sobre texto escrito.
- Apoyo mediante imágenes.
- Apoyo gestual y/o sígnico.
- La imitación auditivo-oral (Repetición)
- La escritura.



# INTERVENCIÓN EN AFASIA

## Técnicas Específicas

---

- Actividades verbales básicas de:
  - Expresión: Memorización y oralización (repetir)
  - Comprensión: señalar
  - Expresión: Evocación y formulación (nombrar)
- El papel de la lectoescritura y la importancia de la elección metodológica
  - La lectura labial y su función reductora en los trastornos agnósicos



# INTERVENCIÓN EN AFASIA

## Técnicas y Sistemas

---

- Terapia melódica. Modelo melódico oral.
- Terapia de acción visual. Modelo visual signado.
- Terapia basada en el dibujo.
- Otras:
  - Estructuración sintáctica.
  - La perseveración.





# INTERVENCIÓN EN AFASIA

## Técnicas y Sistemas (Contin.)

---

- Sistemas alternativos y/o aumentativos:
  - Importancia de los sistemas.
  - Límites del sistema.

# LA INTERVENCIÓN EN AFASIA

## PRINCIPALES EJES (Contin.)



---

- Individuos sin comprensión y con repetición:
  - **Afasia sensorial transcortical.**  
Reducción de la fluidez logorreica y ejercitar comprensión.
  - **Afasia transcortical mixta.**  
Mermer inhibición e incrementar comprensión habilitando microprocesos lectores.
- Individuos sin comprensión y sin repetición:
  - **Afasia de Wernicke.**  
Reducir fluidez y buscar repetición y comprensión vía lectura.
  - **Afasia global**  
Habilitar comprensión mediante estimulación multiaferencial.

# LA REORIENTACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE SISTEMAS Y FUNCIONES (afasia y disfasia)



---

## ■ POSIBILIDADES Y LÍMITES

- Lesiones permanentes (no progresivas).
- Imposibilidad de recuperación anatómica de la lesión.
- Posibilidad discreta de modificar sistemas y de reorganización funcional.

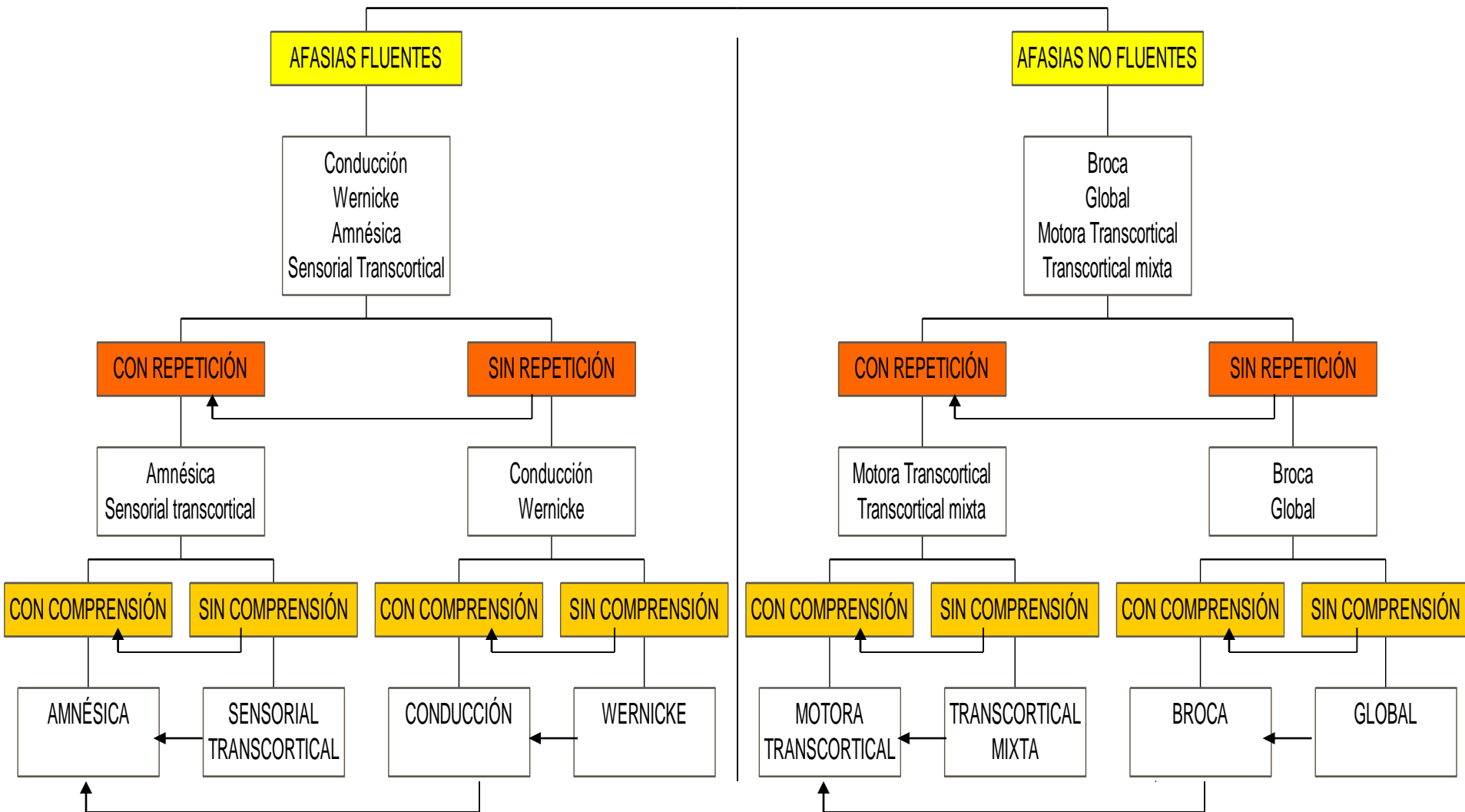


# PRONÓSTICO (afasia y disfasia)

---

- Según momento de aparición.
- Según edad de intervención (disfasia).
- Según compromiso neurolingüístico y o formas clínicas.
- Según respuesta y permeabilidad a la intervención.
- Pronóstico negativo, persistencia del trastorno y curso de desarrollo no normalizado.
- Alto riesgo de fracaso escolar. (En disfasia (75% sólo estudios primarios, 25% no alcanzan primaria)

# EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO EN LA SINTOMATOLOGÍA AFÁSICA





# Disfasia

---



# Disfasia.

---

*Trastorno por pérdida, deterioro o disminución de la capacidad o potencialidad comunicativa, afectando de forma específica a los aspectos codificativos y/o decodificativos del lenguaje - verbal y no verbal-, debido bien a una lesión del sistema nervioso central, bien a una disfuncionalidad en los sistemas, áreas o redes cerebrales implicados en el procesamiento lingüístico. El trastorno se halla ligado al periodo comprendido entre los cero y los seis años.*



# EL TRASTORNO AFÁSICO/DISFÁSICO

## RASGOS COMUNES

---

- Se produce por **lesión/disfunción** en el S.N.C.
- Merma la capacidad **comunicativa**.
- Afecta al lenguaje **verbal y no verbal**.
- Cualitativamente las dificultades, por lo general, son de la misma índole en el lenguaje hablado (**afasia**), en la lectura (**alexia**) y en la escritura (**agrafía**).
- En ambos casos aparece un **perfil en sierra**.





# APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL TRASTORNO DISFÁSICO

---

- *MERMA LA CAPACIDAD COMUNICATIVA, pero no a la función pragmática*
- *AFECTA AL LENGUAJE VERBAL Y NO VERBAL*
- *SE PRODUCE POR LESIÓN O DIFUNCIÓN EN EL S.N.C*



# TIPOLOGÍA DISFÁSICA. ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS

---

## **Disfasia expresiva:**

- Comprensión normalizada
- Expresión retrasada o ausente

## **Disfasia receptiva:**

- Comprensión y expresión retrasada
- Otras áreas del desarrollo (hábitos de autonomía, desarrollo motor, habilidades sociales, y otras, normalizadas.

# Rapin y Allen 1987

## Trastorno expresivo

Dispraxia verbal	Trastorno grave en esquemas motores del habla, no mejora en repetición.
Déficit de programación fonológica	Dispraxia de menor severidad. Aceptable repetición en sílabas y palabras cortas.

## Trastorno comprensivo-expresivo

Agnosia auditiva verbal (sordera verbal)	Déficit severo en la comprensión y expresión del lenguaje.
Déficit fonológico sintáctico	Sintaxis deficiente, agramatismos, omisión de nexos y palabras funcionales.

## Déficit en evocación y formulación

Déficit léxico-sintáctico	Problemas en la evocación y en la formulación sintáctica.
---------------------------	---

## Trastorno semántico pragmático

Déficit semántico-pragmático	Fluidez verborreica, incoherencia pragmática.
------------------------------	---



# Diagnóstico diferencial

---

## - DÉFICIT EXPRESIVOS

- Dispraxia
- Déficit de programación fonológica

## - DÉFICIT COMPRESIVO-EXPRESIVOS

- Déficit fonológico-sintáctico
- Agnosia verbal auditiva

## - DÉFICIT EN LA EVOCACIÓN Y EN LA FORMULACIÓN

- Déficit léxico sintáctico

## - DÉFICIT COMPRESIVO PRAGMÁTICO

- Déficit semántico pragmático



# Métodos

---

- Métodos naturales
- Métodos de orientación psicoterapéutica
- Métodos de orientación sintomatológica
- Modelos ecológicos



# Orientaciones según modelo disfásico

---

- Déficit expresivos
  - Dispraxia verbal
  - Déficit de programación fonológica
- Déficit comprensivo-expresivos
  - Agnosia auditiva verbal
  - Déficit fonológico sintáctico
- Déficit en la evocación y en la formulación
  - Déficit léxico sintáctico
- Déficit comprensivo-prágmático
  - Déficit semántico pragmático

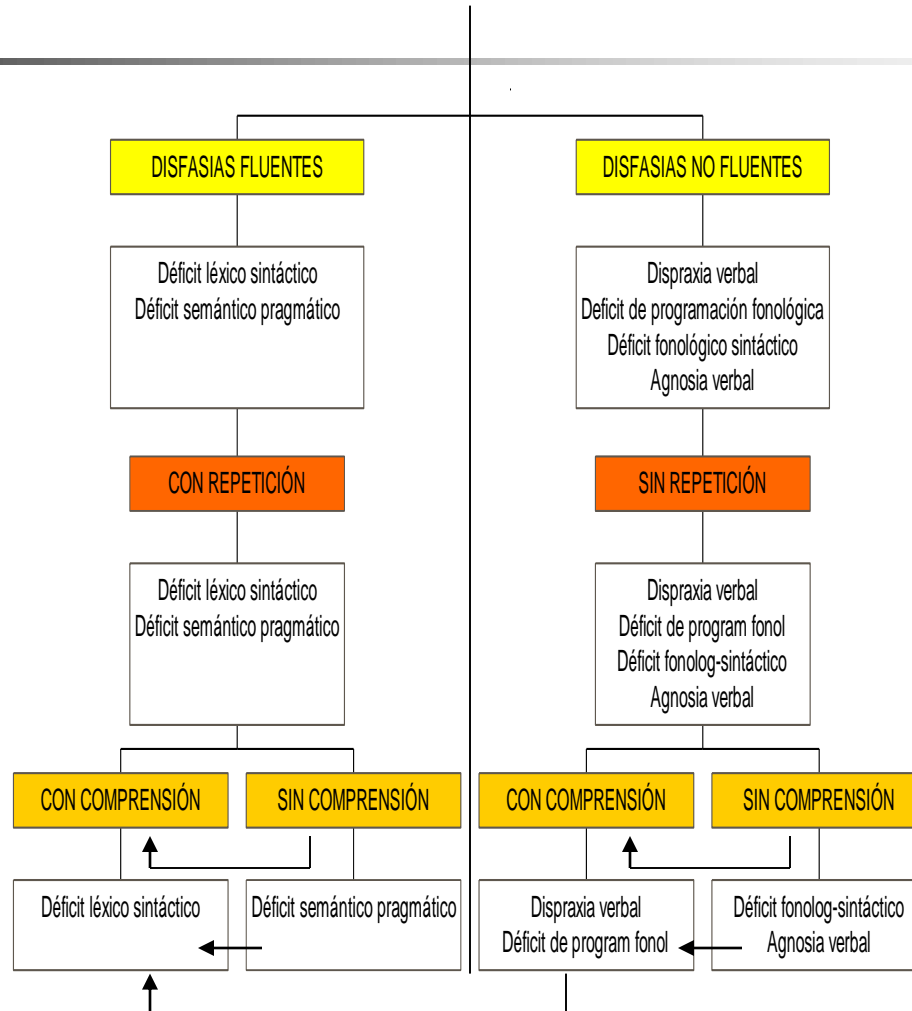


# Pronóstico

---

- Según edad
- Según compromiso neurolingüístico y o formas clínicas
- Según respuesta y permeabilidad a la intervención
- Pronóstico negativo con progresión no normalizada

# EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO EN LA SINTOMATOLOGÍA DISFÁSICA

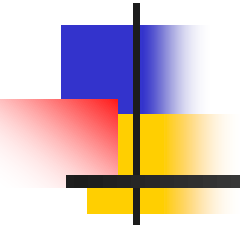




# Retraso madurativo

# Retraso mental-Discapacidad intelectual

(a abordar en módulo aparte)





# Discapacidad intelectual

---

- *La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años. (Luckasson y cols., 2002, 8).*



# RETRASO MADURATIVO, DISCAPACIDAD INTELECTUAL TRASTORNO COGNITIVO

---

ODAT.

Funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas posibles: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.

Antes de los 18 años.

Perfil homogéneo



# El diagnóstico

---

- Cociente intelectual
- A tenor del DSM IV el retraso mental se clasifica como:
  - Leve: C.I. Entre 50-57 y 70
  - Moderado: C.I. Entre 35-40 y 50-55
  - Grave: C.I. Entre 20-25 y 35-40
  - Profundo: C.I. Inferior a 20-25
- Conducta adaptativa
- Aparición antes de los 18 años



# Habilidades y destrezas

---

- Comunicación
- Cuidado personal
- Vida en el hogar
- Habilidades sociales
- Utilización de la comunidad
- Autogobierno
- Salud y seguridad
- Habilidades académicas funcionales
- Ocio y
- Trabajo



# Perfil y Tratamiento

---

- La adquisición de habilidades lingüísticas aparecen, si bien se adquieren con retraso respecto a la norma. En los casos más graves ni si quiera se llega a adquirir el lenguaje limitándose la comunicación a gestos y vocalizaciones.
- La comunicación
- El lenguaje. Evolución homogénea en códigos
  - En el código fonético fonológico desde ausencia total de lenguaje a una articulación aceptable. (En general dificultades de coordinación fono respiratoria, problemas de hipotonía, dificultades de percepción y discriminación auditiva y trastornos del ritmo como la disfemia.
  - En el código morfosintáctico presentan dificultades en la adquisición de reglas gramaticales. Desde un nivel aceptable hasta dificultades comprensivas, agramatismos y frases cortas y simples.
  - En el código semántico escaso vocabulario.
  - En el pragmático se aprecia escasa iniciativa en las interacciones verbales, dificultades para generalizar los aprendizajes sociales a otros contextos.



# Tratamiento

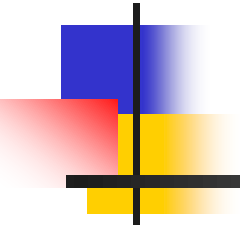
---

- La evolución y los posibles techos.
- La comunicación.
- El lenguaje
  - Pautas
    - El desarrollo normal.
    - La mejora en los distintos códigos.
    - La adquisición de la lectoescritura

# Hipoacusia y sordera

(a abordar en módulo aparte)

---







# Déficit auditivo.

## Hipoacusia y sordera

---

- Por localización de la lesión.
  - Conductiva o de transmisión.
  - Perceptiva o neurosensorial.
  - Mixta
- Por la gravedad (cantidad de la pérdida en decibelios)
  - Hipoacusia leve
  - Hipoacusia moderada
  - Hipoacusia grave o severa
  - Hipoacusia profunda
  - Cofosis
- Por el momento de aparición
  - Prelocutiva
  - Perilocutiva
  - Postlocutiva



# Intervención en el déficit auditivo.

## Hipoacusia y sordera

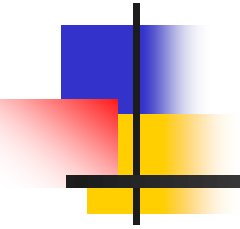
---

- Tratamiento:
  - Comunicación.
  - Métodos.
    - Verbales
    - L.S.
  - Lenguaje
  - Habla
  - Voz
  - Lectoescritura

# Autismo y Trastornos del Espectro Autista

(a abordar en módulo aparte)

---





# Rasgos diagnósticos

---

El término de autismo fue utilizado por primera vez por Leo Kanner en 1943 siendo definido básicamente por tres núcleos de trastornos:

- Trastorno cualitativo de la relación.
- Alteraciones cualitativas en la comunicación y el lenguaje.
- Falta de flexibilidad mental y comportamental.



# Rasgos diagnósticos

---

- En diagnóstico precoz del autismo se presta especial atención a signos de corte negativo tales como:
- Ausencia de contacto ocular.
- No orientación cuando se le nombra.
- Ausencia del juego de atención compartida.
- No comprensión.
- No seguimiento de instrucciones básicas.
- Ausencia de juego simbólico.
- Falta de imitación.
- Ausencia de comunicación verbal y no verbal.



# EL TRATAMIENTO PRINCIPALES ÁREAS

---

- Las relaciones con los demás por las especiales dificultades en la interacción social recíproca. (atribución de estados mentales e interpretación de emociones)
- La comunicación por las dificultades en la comunicación verbal y no verbal.
- El déficit de conducta con repertorio restringido de actividades e intereses por la falta de anticipación y de flexibilidad mental.



# Tratamiento farmacológico

---

- Los síntomas que se tratan son los siguientes:
- Crisis epilépticas.
- Trastorno de déficit de atención con hiperactividad.
- Trastornos de la conducta.
- Ansiedad.
- Trastornos del sueño.
- Síntomas obsesivo-compulsivos.
- Trastorno del sueño.
- Agresividad.
- Fobia social.



# El tratamiento educativo

---

- Estructuración del MEDIO y del TIEMPO ligado a los siguientes apoyos:
  - Sistemas motivacionales o refuerzos.
  - Uso de materiales analógicos tales como agendas, paneles visuales, etc.
  - Empleo de sistemas Alternativos o aumentativos de comunicación.





# Programas

---

- Programa de comunicación vocal. El programa de entrenamiento vocal de Lowas
- Programas de comunicación TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children (Watson et al., 1989): Guía de objetivos y actividades para desarrollar las habilidades comunicativas
- Programas de comunicación total de B. Schaeffer: signo palabra.
- Programas de estructuración ambiental. Programa "Entornos". (Tamarit y cols. 1990)
- OTROS:
  - Programa PESC: programa basado en el intercambio de fotos.
  - Programa Hannen: programa que aborda la interacción padres-hijos.

# Valoración de tratamientos



---

## **Sin evidencia y no recomendados**

- Doman-Delacato
- Lentes de Irlen
- Comunicación facilitada
- Terapia psicodinámica
- Secretina
- Terapia antimicótica
- Tratamiento con quelantes
- Inmunoterapia
- Terapia sacrocraneal
- Terapias asistidas con animales

## **Evidencia débil y sólo recomendados en estudios experimentales**

- Integración auditiva
- Integración sensorial
- Psicoterapias expresivas
- Vitaminas y suplementos dietéticos
- Dietas sin gluten/caseína



# Valoración de tratamientos

---

## ***Evidencia débil, aunque recomendados***

- Promoción de competencias sociales
- Sistemas alternativos/aumentativos de comunicación
- Sistema TEACCH
- Terapia cognitivoconductual
- ISRS en adultos con TEA (ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)
- Estimulantes en TEA + TDA/H

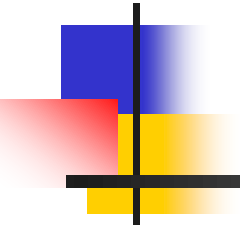
## **Evidencia de eficacia y recomendados**

- Intervenciones conductuales
- Risperidona

# Parálisis cerebral

(a abordar en módulo aparte)

---



# Parálisis cerebral

(a abordar en módulo aparte)

- *El Little Club 1959 lo define como desorden motor aparecido antes de los tres años de edad, debido a una lesión neurológica no progresiva que interfiere en el desarrollo del cerebro. Suele acompañarse de problemas sensoriales, perceptivos e intelectuales.*
- El trastorno afecta al tono, postura y movimiento comprometiéndose el ámbito motor, la alimentación y el habla.



# Características

---

- - Lesión en S.N.C.
- - Lesión en el cerebro no maduro.
- - Lesión permanente.
- - No progresiva.
- - Afecta al tono, postura y movimiento.



# Trastornos asociados

---

- - Trastornos sensoriales o perceptivos
- - Trastornos del lenguaje oral y lectoescrito
- - Trastornos de habla disartrias y disglosias.
- - Trastornos fonatorios.
- - Puede cursar o no con retraso mental (encefalopatía)
- - Puede haber convulsiones o epilepsia.
  
- *Otras características más o menos frecuentes:*
- - Falta de control de tronco, cabeza, etc.
- - Falta de equilibrio para sentarse y deambular.
- - Falta de control abdominal y torácico.
- - Incoordinación respiratoria, respiración superficial.
- - Trastornos motores en la esfera orofacial y oroalimentaria
- - Reflejos primitivos exaltados
- - Trastornos referidos a la esfera social y emocional



# Clasificación según forma clínica

---

- Espástica
- Atáxica
- Atetósica
- Formas mixtas





# Clasificación según grado de afectación

---

- Afectación leve: El individuo tiene autonomía total. Los movimientos son torpes, pero es posible tanto la marcha o la deambulación, cuanto la expresión oral
- Afectación moderada: El individuo tiene autonomía pero puede necesitar alguna ayuda. Hay una mayor afectación en movimientos, marcha y expresión oral.
- Grave. El individuo apenas tiene autonomía. No es posible la marcha



# Atención temprana en P.C.I

---

La intervención en el niño con parálisis cerebral ha de contemplar diversos ámbitos:

- Fisioterapéutico.
- Logopédico.
- Terapia ocupacional.
- Psicoterapia y apoyo emocional.
- Otros (maxilofacial, odontoestomatológico, etc.).



# Métodos

---

- METODO BOBATH
- METODO TARDIEU
- METODO KABAT
- METODO VOJTA
- MÉTODO PETO



# Jerarquía en la intervención

---

- Mejora en las habilidades de comunicación.
- Mejora en el lenguaje:
  - Dominio de códigos fonético, fonológico, morfosintáctico, léxico y semántico.
  - La lectoescritura



# Sistemas alternativos y/o aumentativos

---

- Sistemas gráficos.
  - S.P.C., Bliss, PICSYMS, Mosman, Premack.
- Sistemas sígnicos.
- Lengua oral.



# Afonía – Disfonía

(Se trata de un trastorno de voz)

---



# Disfonías

---

- 1. FUNCIONALES SIN ALTERACIONES LARÍNGEAS**
- 2. FUNCIONALES CON ALTERACIONES LARÍNGEAS**
- 3. ORGÁNICAS SIN ALTERACIONES LARÍNGEAS**
- 4. ORGÁNICAS CON ALTERACIONES LARÍNGEAS**



# Disfonías funcionales

---

## **1. FUNCIONALES SIN ALTERACIONES LARÍNGEAS**

**1.1. Fonostenia**

**1.2. Disfonía psicógena**

**1.3. Puberfonía**

**1.4. Disfonía espástica (Aductora-abductora)**

## **2. FUNCIONALES CON ALTERACIONES LARÍNGEAS**

**2.1. Nódulo**

**2.2. Pólipo**

**2.3. Disfonía ventricular**

**2.4. Paquidermia de contacto**

**2.5. Ulcera de contacto**





# Disfonías orgánicas

---

## **3. ORGANICAS SIN ALTERACIONES LARÍNGEAS**

**3.1. Miopatías de origen inflamatorio**

**3.2. Miopatías de origen no inflamatorio**

**3.3. Neuropatías de origen periférico**

### **Parálisis del nervio recurrente**

**Por lesión recurrencial unilateral**

**Parálisis recurrenciales bilaterales**

**Lesión en nervio laríngeo superior**

### **Parálisis laríngeas**

**Parálisis aislada del nervio laríngeo superior**

**Disfonía grave o miastenia grave**



# Disfonías orgánicas

---

## **3.4. Neuropatías de origen central**

**Distonía asociada a trastornos del sistema nervioso central**

**Disfonía asociada a trastornos del sistema cerebeloso.**

**Disfonías del sistema extrapiramidal (Parkinson)**

**Temblor de voz**

**Esclerosis lateral amiotrófica**

## **3.5. Trastornos fonatorios de origen endocrino (gigantismo, hiper e hipotiroidismo, diabetes, etc)**



# Disfonías orgánicas

---

## 4. ORGANICAS CON ALTERACIONES LARÍNGEAS

### 4.1. Patología congénita:

Sinequia

Surco cordal.

Laringomalacia o estridor laríngeo

Síndrome del maullido del gato

Diafragma y atresia laríngea

### 4.2. **Laringitis inespecíficas**

**Laringitis seca**

4.3. **Laringitis específicas** (gripal, diftérica, sarampionosa, varicelosa, reumáticas, etc).

### 4.4. Corditis vasomotora

Corditis polipoide

### 4.5. Flebectasia de Morrel-Mackenzie

### 4.6. Papilomatosis infanto juvenil

### 4.7. **Edema de Reinke**



# Disfonías orgánicas

---

**4.8. Afecciones laríngeas precancerosas (laringitis crónica hiperplásica, papilomatosis del adulto)**

**4.9. Cáncer laríngeo**

**4.10. Granuloma postintubación**

**4.11. Laringectomías (parcial-total)**

# Exploración dinámica y funcional



---

- Exploración digitalizada de la voz.
- Exploración y valoración crítica de modelos de:
  - Relajación.
  - Respiración.
  - Fonación.
    - Control tonal.
    - Control de la intensidad.
    - Independencia tono-volumen.
    - Control neumofónico
    - Articulación.
    - Resonancia.
    - Discriminación auditivo-tonal.
    - Impostación vocal.



# TRATAMIENTOS

---

- ¿Tratamiento médico-quirúrgico?
- ¿Tratamiento foniátrico-logopédico?
- Posibilidades, prioridad, secuencia de intervención, ventajas e inconvenientes.



# Tratamiento en niños

---

- Tratamiento preventivo, pre y post reposo vocal.
- Evitar una utilización abusiva y si es preciso fomentar el reposo vocal.
- Procurar hábitos sanos, evitando toser, gritar, chillar, reír, llorar, etc.
- Procurar modelos normalizados de habla y de conversación.

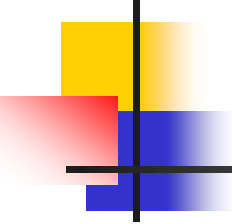


# Tratamiento en niños

---

- No se trabaja el tono, pero sí la respiración.
  - No hablar con aire residual.
  - No hablar en inspiración
- Buscar una intensidad vocal normal, controlando la misma en distintos entornos.
- Resonancia.
- Articulación.

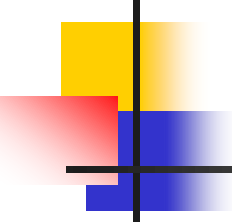




# Tratamiento funcional. Pautas en la prevención del comportamiento abusivo.

---

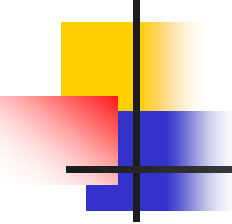
- Aprenda a reconocer situaciones y abuso.
- No hable con aire residual
- No cuchichear.
- Evitar duro ataque vocal.



# Tratamiento funcional. Pautas en la prevención del comportamiento abusivo. (cont.)

---

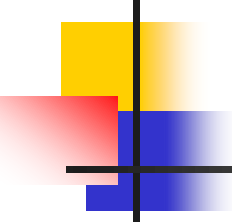
- No chillar ni hablar gritando.
- No hablar en ambientes ruidosos.
- No hablar en exceso.
- Respete el descanso diario.



# Tratamiento funcional. Pautas en la prevención del comportamiento abusivo. (cont.)

---

- Cuide su dieta.
- Procure buena hidratación.
- Haga ejercicio con moderación.
- Evite cambios bruscos de temperatura.
- Evite bebidas muy frías o muy calientes.



# Tratamiento funcional. Pautas en la prevención del comportamiento abusivo. (cont.)

---

- Evite hablar en ambientes secos y polvorientos o con humo. El tabaco está totalmente contraindicado.
- No use la voz con procesos inflamatorios, catarrales o infecciosos.
- No tosa ni carraspee.
- Cuidado con la medicación



# Bibliografía

---

- AA.VV (1992) *Alumnos con necesidades educativas especiales y adaptaciones curriculares*, Madrid, CNREE-MEC
- AA.VV. (1990) *Las necesidades educativas especiales del niño con deficiencia motora*, Madrid, CNREE-MEC
- AA.VV. (1991) *El alumno con retraso mental en la escuela ordinaria*, Madrid, CNREE-MEC
- AA.VV. (1989) *Intervención educativa en el autismo infantil* Madrid, CNREE-MEC
- Aguado Alonso, G. (1999) *Trastorno específico del lenguaje. Retraso de lenguaje y disfasia*, Málaga, Ediciones Aljibe
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*, Washington, DC London: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bear M.F., Connors B.W. y Paradiso M.A. (1998). *Neurociencia. Explorando el cerebro*, Barcelona, Masson -Williams & Wilkins.
- Bhatnagar S.C. y Andy O.J. (1997). *Neurociencia para el estudio de las alteraciones de la comunicación*, Barcelona, Masson.



# Bibliografía

---

- Borregón Sanz, S. y González Calvo, A. (2012). *La afasia, exploración diagnóstico y tratamiento*, Madrid, CEPE.
- Borregón Sanz, S. (2005), *E.AR. Programa visualizado para la enseñanza de la articulación*, Madrid, CEPE.
- Borregón Sanz, S. (1996), *La dislalia funcional* Madrid Comunidad Educativa, 229, pp. 31-33.
- Borregón, S. y Giménez, S. (2017). *Inclusión y Sistema educativo. Orientaciones prácticas*. Madrid: CEPE.
- Borregón Sanz, S. (2010), *Los trastornos de la articulación. Exploración, prevención, diagnóstico y tratamiento*”. Madrid, CEPE
- Candel Gil, I. (2003) *Atención temprana. Niños con síndrome de Down y otros problemas de desarrollo*. Madrid, Federación Española de síndrome de Down
- DSM-5 (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, *American Psychiatric Association*.
- Ducarne de Ribaucourt, B. (1989). *Reeducación semiológica de la afasia*, Barcelona, Masson



# Bibliografía

---

- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana GAT. (2011). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Florez, J. y Troncoso, M<sup>a</sup>. V. (1991). *Síndrome de Down y Educación*, Barcelona, Salvat
- Gallardo Ruiz, J.R. y Gallego Ortega, J.L. (1995). *Manual de logopedia escolar*, Granada, Aljibe.
- Hernández Rodríguez, J. (2012). *Propuesta curricular en el área del lenguaje. Educación infantil y alumnos con trastornos en la comunicación*. Octava edición. Madrid: CEPE.
- Martín Espino, J.D. (Director) (1999). *Logopedia escolar y clínica. Últimos avances en evaluación e intervención*, Madrid, ICSE-CEPE
- Mendoza Lara, E. (edit.) (2001), *Trastorno específico del lenguaje*, Madrid, Piràmide.
- Miller, J.F.; Leddy, M. y Leavitt, L.A. (2000) *Síndrome de Down: Comunicación, lenguaje, habla*, Barcelona, Masson y Fundación Síndrome de Down de Cantabria



# Bibliografía

---

- Peña Casanova. J. (2012). *Manual de logopedia*, Barcelona, Elsevier-Masson
- PRATER, R.J. Y SWIFT.(1986): *Manual de terapéutica de la voz*, Barcelona, Salvat.
- Rapin I. y Allen, D. (1987). *Disfunción cerebral en la infancia. Neurología, cognición, lenguaje y conducta*, Barcelona: Martínez Roca.
- Rivière, A. y Martos, J. (Comp.). (1997) *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*, Madrid, IMSERSO
- Rondal, J.A. y Xeron, J. (1988). *Trastornos del lenguaje I. Lenguaje oral, lenguaje escrito, neurolingüística*, Barcelona, Paidós.
- Rondal, J.A. y Xeron, J. (1988). *Trastornos del lenguaje II. Tartamudez, sordera, retraso mental, autismo*, Barcelona, Paidós.
- Rondal, J.A. y Xeron, J. (1988). *Trastornos del lenguaje III. Afasias, retrasos del lenguaje, dislexia*, Barcelona, Paidós.
- Santacreu Mas, J. (1991): *Tratamiento de la tartamudez*, Valencia Promolibro





# Bibliografía

---

- Schaeffer, B. (2005), *Habla signada para alumnos no verbales*, Madrid, Alianza Editorial.
- Vallés Arándiga, A. (Coord) (1994). *Oposiciones al cuerpo de maestros. Audición y lenguaje*, Escuela Española, Madrid.
- Verdugo Alonso, M.Á (Dir.) (1995). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*, Siglo XXI de España Editores, Madrid.