

D.C.A.

Nº 5

CUADERNOS FEDACE SOBRE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

LOGOPEDIA Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO



Federación Española de Daño Cerebral

Av. General Perón, 32 - 8º C • 28020 MADRID • Tel.: 91 417 89 05
Fax: 91 417 89 06 E-mail: info@fedace.org • www.fedace.org



TALLER DE LOGOPEDAS DE FEDACE



LOGOPEDIA Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Madrid, septiembre 2.007
Edita: Federación Española de Daño Cerebral FEDACE
ISBN 13-978-84690-7355-1

Con la colaboración de:
Obra Social CajaMadrid
Real Patronato Sobre Discapacidad

LOGOPEDIA Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

PRESENTACIÓN

Hace un año iniciamos la experiencia formativa de los Talleres FEDACE sobre daño cerebral. El resultado fueron cuatro grupos de trabajo entre profesionales de las Asociaciones (Trabajadores Sociales, Neuropsicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Directivos) que, además de poner en común los conocimientos y la práctica profesional sobre diferentes aspectos de la atención al daño cerebral, han sentado las bases de una comunicación y colaboración que va más allá de los propios talleres.

Los Cuadernos FEDACE sobre DCA, es la publicación en la que se sintetiza el intercambio de experiencias, y lo que nació como “una apuesta por la divulgación del conocimiento sobre el Daño Cerebral, desde un enfoque multidisciplinar y con un sentido eminentemente práctico” constituye ya un referente de interés, no sólo para nuestras asociaciones, sino que también los solicitan muchos profesionales y entidades que, fuera del ámbito del movimiento asociativo, trabajan en instituciones de carácter educativo y sociosanitario.

A lo largo de este año se han producido acontecimientos que conviene destacar. En la presentación de los Cuadernos de 2.006 hablábamos de la labor de las 22 asociaciones y más de 200 profesionales. Este año son ya 25 las asociaciones territoriales federadas (más dos que tienen solicitado el ingreso) y los profesionales contratados y voluntarios que trabajan en las asociaciones superan los 400.

Otro hecho de especial relevancia en este periodo ha sido la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. A través de los órganos de representación de la discapacidad el DCA ha estado y seguirá estando pendiente del desarrollo reglamentario de esta ley para garantizar respuestas a las necesidades de nuestro colectivo.

También hemos conseguido reconocimiento expreso, mediante acuerdo de Consejo de Ministros del 24 de agosto de 2.007, de la declaración del 26 de Octubre como Día Nacional del DCA. Esta celebración nos va a ayudar a trasladar a la opinión pública la realidad del daño cerebral y la situación de las personas afectadas y sus familias.

En este contexto se ha llevado a cabo el Taller de Logopedia y Daño Cerebral Adquirido. Hemos mantenido el formato básico del año pasado, incorporando algunas modificaciones para facilitar el trabajo de los profesionales e incorporando las aportaciones de un profesional especializado en el diagnóstico y rehabilitación del DCA como es el neuropsicólogo Dr. Joan Deus

Sólo nos queda agradecer la actitud y el buen trabajo de los profesionales, en este caso de los logopedas, que son los autores de este documento que estamos seguros resultarán de gran interés para los lectores.

FEDACE / Madrid, septiembre de 2007



PRÓLOGO

La logopedia es parte importante y necesaria en la rehabilitación de afectados por Daño Cerebral Adquirido. Recuperar o mantener el lenguaje y la comunicación se convierten en objetivos indispensables de todo afectado por D.C.A., puesto que es vehículo de interacción social y, como tal, necesario para la reintegración y normalización de la vida de estos afectados.

La finalidad de estos talleres se halla en la puesta en común de las necesidades, conocimientos, recursos... que los profesionales de las distintas asociaciones poseen en lo referente a temas relacionados con comunicación y lenguaje.

Los objetivos de trabajo planteados son los siguientes:

Creación de una línea de trabajo común a todos los profesionales de la logopedia de las Asociaciones de Daño Cerebral, que incluya diagnóstico, tratamiento y evaluación.

Desarrollo del conocimiento sobre comunicación y lenguaje en pacientes con Daño Cerebral Adquirido, de cara tanto a los profesionales de las Asociaciones como a otros profesionales

Fomentar la integración de los logopedas en los equipos multidisciplinares tanto de las nuestras Asociaciones como de otros colectivos.

Contamos además con la colaboración de un profesional altamente cualificado en el diagnóstico y rehabilitación de afectados por D.C.A. , como es el dr. Joan Deus, neuropsicólogo.

Estos talleres han girado en torno a tres temas básicos: la realización de un marco teórico que englobe las implicaciones del daño cerebral en la comunicación, las líneas básicas de diagnóstico e intervención y el daño cerebral en la infancia .

Con la puesta en común de las experiencias de los profesionales de las asociaciones y las aportaciones de nuestro colaborador, se ha creado esta guía. Su objetivo es que sirva de orientación y consulta tanto para los logopedas de las asociaciones como para otros profesionales.

Sabemos que hay más temas que tratar y que, probablemente, los temas elegidos hubieran necesitado mayor extensión en su tratamiento, pero el tamaño de la guía obligaba a que fuera así. De esta manera, se convierte en un primer paso para el trabajo en común de los profesionales de esta área.

Los asistentes a estos talleres, gracias a los cuales se ha podido realizar este libro, han sido:

Leonila Gómez Bernardi, de ADACCA, Cádiz

Belén Lerma Pazos, de ADACECO, Coruña

María Urdaniz Huget, de ADACEN, Navarra

Loli García Castro, de ADACEN, Navarra

Pilar Cervel Nieto, de APANEFA, Madrid

Patricia Jaime Frenegal, de ATECEA, Zaragoza



M^a Carmen Gil Vicente, de ATENEO, Castellón
Verónica González Gálvez, de DACE, Sevilla
Montse López Fernández, de RENACER, Ourense
Angélica Vila Teira, de SARELA, Santiago
Daniel Rodríguez Boggie, de TRACE, Barcelona
Oliver Ruyman-Martín, de ADACEA, Alicante

Agradecemos, también, la colaboración de Conchita Royán, logopeda de TRACE, Barcelona, por el trabajo realizado.

Han sido los coordinadores de estos talleres y de la realización de esta guía:
José Fco. San Mateos Valenzuela, de ATECE-Araba
Carmen Álvarez Zubizarreta, de ATECE-Araba



INDICE

I.- MARCO TEÓRICO	13
1.- Definición general de Daño Cerebral	14
a) Concepto básico	
Definición de Daño Cerebral desde un enfoque logopédico	
b) Implicaciones en la comunicación y otras secuelas	
c) Fases de la rehabilitación	
- Crítica	
- Aguda	
- Subaguda y rehabilitación intensiva	
- Fase de atención a largo plazo y readaptación	
d) Equipo intradisciplinar	
- Definición	
- Quién lo forma	
2.- Definición de logopedia y funciones	16
- Perfil profesional del logopeda	
- Valoración logopédica del lenguaje, habla, voz y otros	
- Intervención logopédica	
- Relación con las familias	
- Relación con otros profesionales: médico rehabilitador, neurólogos, otorrinos...	
- Formación continua	
3.- Fundamentos de la comunicación	20
4.- Alteraciones logopédicas secundarias al Daño Cerebral	21
a) Lenguaje:	
- afasias	
- alexia	
- agrafia	
- acalculia	



b) Habla

- disartria
- apraxia del habla
- apraxia vs disartria

c) Disfagia

d) Alteraciones de las habilidades sociales

e) Otras alteraciones

5.- Criterios de pronóstico y recuperación _____ **28**

6.- Confidencialidad y protección de datos _____ **28**

II.- VALORACIÓN E INTERVENCIÓN _____ **29**

1.- Tratamiento _____ **30**

a) Intradisciplinar

b) Logopédico

2.- Fases de la intervención en personas afectadas por D.C.A.: Rol profesional del logopeda en cada una de las diferentes fases _____ **32**

a) Fase crítica

b) Fase aguda

c) Fase subaguda y rehabilitación intensiva

c) Fase de atención a largo plazo y readaptación

3.- Evaluación y tratamiento de las alteraciones logopédicas secundarias a un D.C.A. ____ **35**

3.1.- Lenguaje _____ **35**

a) Test estandarizados

b) Afasia

- Árbol de decisión diagnóstica en afasias
- Plan terapéutico
- Sugerencias a tener en cuenta durante la intervención
- Material básico
- Tratamiento específico de las afasias



- Terapia logopédica en grupo
- Recuperación espontánea
- Orientación a las familias

c) Alexia

- Evaluación del proceso lector
- Intervención

d) Agrafia

- Agrafias centrales
 - Superficial
 - Fonológica
- Agrafias periféricas
 - Nivel grafémico
 - Nivel alográfico
 - Procesos motores

3.2.- Habla _____ 59

a) Evaluación (ANEXOS)

b) Tratamiento

- Relajación
- Respiración
- Fonación
- Resonancia
- Articulación
- Prosodia

3.3.- Disfagia _____ 60

a) Introducción

b) Anatomía de la deglución

- Control neurológico de aferencias/eferencias de la deglución

c) Exploración clínica de la disfagia

d) Diagnóstico de la disfagia neurógena: exploraciones complementarias



- videofluoroscopia
- manometría faringo-esofágica

e) Clasificación de los pacientes con disfagia

f) Intervención

- Fases de la alimentación
- Aspectos a tener en cuenta
- Técnicas de tratamiento
 - Compensatorias
 - Terapéuticas

4.- Sistemas alternativos/ aumentativos de comunicación _____ 67

a) Concepto

b) Objetivo

c) Sistemas de comunicación aumentativa en disartrias

d) Sistemas de comunicación aumentativa en afasia

e) Sugerencias para tratar con personas que emplean sistemas alternativos de comunicación

III.- DAÑO CEREBRAL EN LA INFANCIA _____ 71

1.- Introducción _____ 72

2.- Alteraciones logopédicas secundarias a un D.C.A. infantil _____ 73

a) Lenguaje

- Retraso simple del lenguaje
- Disfasia o Trastorno específico del lenguaje
- Afasia infantil

b) Tratamiento de trastornos de lecto- escritura

- Alexia vs. dislexia
- Disgrafía



c) Acalculia

d) Habla

- Disartrias

-Dificultad en prosodia

e) Disfagia

- Deglución atípica

- Sialorrea

3.- Evaluación y diagnóstico _____ 78

a) Entrevista familiar

b) Protocolos de evaluación

- Prelocutivo

- Postlocutivo

c) Diagnóstico

4.- Intervención _____ 81

a) Coordinación

- Intradisciplinar

- Multidisciplinar

b) Propuestas metodológicas

c) S.A.A.C., deficiencias visuales y auditivas

- Definición

- Objetivos generales

- Algunos ejemplos

- S.A.A.C. en sordoceguera

d) Orientación para familias y escuelas

e) Seguimiento y reajustes

IV.- ANEXOS _____ 89



PARTE I

MARCO TEÓRICO



1.- DEFINICIÓN GENERAL DE DAÑO CEREBRAL

a) Concepto básico:

Definición de Daño Cerebral desde un enfoque logopédico.

El Daño Cerebral Adquirido es una lesión que se produce en las estructuras cerebrales de forma súbita en personas que, habiendo nacido sin ningún tipo de daño en el cerebro, sufren en un momento posterior de su vida, lesiones en el mismo como consecuencia de un accidente o una enfermedad.

Entre las causas principales del DCA están los Traumatismos Craneoencefálicos y los Accidentes Cerebrovasculares (Ictus). Los primeros afectan principalmente a personas jóvenes, en su mayoría hombres y las causas mas importantes son los accidentes de circulación y la siniestralidad laboral. Los Accidentes Cerebrovasculares afectan a una población de mas edad en la que predominan las mujeres.

Como consecuencia de ello, las personas afectadas presentan déficits y discapacidades que comprometen el adecuado funcionamiento independiente en la sociedad y les impiden alcanzar un empleo productivo.

Los déficits físicos -disminución de la prensión o de las habilidades motoras finas, limitaciones para la deambulación, reducción de la visión o el oído, serios problemas en el habla, problemas para deglutir..... tienden a ser los más obvios y fáciles de entender. Sin embargo, las alteraciones cognitivo-conductuales y psicosociales que siguen a los D.C.A. tienden a ser menospreciadas, aún cuando dificultan la reintegración con éxito en la sociedad e imposibilitan en

muchos casos la adquisición y mantenimiento del empleo a largo plazo. Entre los déficits cognitivos más frecuentes tras el daño cerebral se encuentran los fallos de memoria, reducción de la atención y concentración, problemas visoespaciales y visomanipulativos, habilidades de razonamiento reducidas y una pobre planificación y capacidad de organización, déficits todos ellos, que influyen significativamente en las capacidades de comunicación y en la rehabilitación de las mismas.

b) Implicaciones en la comunicación y otras secuelas

La alteración de la comunicación puede venir derivada como consecuencia de la alteración de las habilidades físicas y cognitivas o la combinación de las dos. Cuando se trata de alteraciones físicas, se puede producir una alteración de la expresión oral (debido a la pérdida de control de los músculos fonoarticulatorios), escrita (pérdida de control de las extremidades superiores) o de la comprensión (pérdida de la capacidad de audición o interpretación de sonidos).

Así mismo, existen alteraciones del lenguaje que producen la incapacidad para la expresión oral o la comprensión oral, a pesar de que el aparato locomotor permanezca intacto (por ejemplo, alguien que podría hablar, pero no encuentra las palabras). En este caso, se trata de una alteración de los procesos básicos del lenguaje (comprensión, expresión) denominada de forma genérica afasia. Otras secuelas que están directamente relacionadas con la comunicación son los déficits cognitivos o intelectuales: Las



alteraciones cognitivas más habituales son déficits de aprendizaje y memoria, déficits atencionales, alteraciones del lenguaje (comprensión y expresión), alteraciones del pensamiento formal (razonamiento lógico-deductivo, resolución de problemas, abstracción) y alteraciones en la regulación de la conducta propositiva o dirigida a una meta (planificación, iniciación, autorregulación conductual).

c) Fases de la rehabilitación

- ✓ **Fase crítica (0-6 meses):** es aquella fase en la que el que el paciente se encuentra ingresado en el hospital, normalmente en la Unidad de Cuidados Intensivos de hospitales / clínicas. En esta fase nuestra labor fundamental es de asesoramiento a las familias para enfocar la futura rehabilitación y aprovechamiento de todos los recursos que vayan apareciendo de cara a la comunicación del paciente.
- ✓ **Fase aguda (6 - 12 meses):** es en esta fase cuando se suelen valorar las secuelas del daño cerebral y suele coincidir con el traslado a planta del paciente. La labor del logopeda en esta fase es fundamental para rehabilitar los problemas de disfagia y trastornos de deglución que puedan aparecer, además de empezar con una estimulación cognitiva y sensorial enfocada a la comunicación.
- ✓ **Fase subaguda (12- 36 meses):** se considera que es en esta fase cuando comienza la rehabilitación más intensiva de cara a recuperar el máximo de capacidades afectadas después del daño cerebral.

- ✓ **Fase de atención a largo plazo y readaptación (crónica) (más de 36 meses):** en esta fase los pacientes acuden a asociaciones, centros de día, centros especializados... La rehabilitación está enfocada a continuar recuperando capacidades afectadas y fundamentalmente a no perder aquellas que se han conseguido recuperar en la fase anterior.

d) Equipo Intradisciplinar

- **Definición:** el equipo intradisciplinar está compuesto por un grupo de profesionales que se encargarán de la atención de los pacientes con una determinada patología, en nuestro caso son los pacientes de las Asociaciones de Daño Cerebral y el equipo intradisciplinar está compuesto por los profesionales que trabajan en dichas Asociaciones.

- **Quién lo forma:** varía mucho de unos sitios a otros dependiendo fundamentalmente de factores como la antigüedad de la asociación , el tipo de pacientes a los que atiende, los recursos que posee...pero el equipo ideal estaría formado por los siguientes profesionales:

- Neurólogo/a
- Neuropsicólogo/a
- Fisioterapeuta
- Logopeda
- Terapeuta Ocupacional
- Trabajador/a Social
- Educador/a social
- Integrador/a social
- Otros (cuidadores/as, animadores/as socioculturales...)

El equipo intradisciplinar deberá reunirse al inicio de la rehabilitación del paciente para que cada profesional comente los



objetivos prioritarios de cada área además de tener reuniones a lo largo de la rehabilitación para valorar la evolución del paciente y solucionar posibles problemas que pudieran surgir o decidir cambios de estrategias en la terapia, además será en estas reuniones donde cada profesional dará pautas de su área a los demás profesionales implicados en la rehabilitación del paciente. En el caso de los logopedas darán pautas de comunicación y deglución a los demás profesionales.

La frecuencia de estas reuniones se establecerán en función de las necesidades y del funcionamiento interno de cada asociación.

2.- DEFINICIÓN DE LOGOPEDIA Y FUNCIONES

- Perfil profesional del logopeda

La logopedia, es una disciplina científica del área de la salud que se encarga de estudiar la comunicación humana y sus desórdenes a nivel de lenguaje, habla-voz y audición, realizando actividades de promoción, prevención, evaluación, diagnóstico e intervención del proceso comunicativo tanto en niños, adultos y ancianos.

A partir de dicha definición y en consecuencia, el logopeda es un profesional con conocimientos que lo habilitan para el diagnóstico y la prevención de las deficiencias de la comunicación en las áreas de la voz, habla y el lenguaje. Cabe destacar

por su importancia las alteraciones de la deglución que se dan en personas con DCA. Hoy en día, el logopeda se enfrenta a nuevas secuelas a las que tiene que dar solución, como es el caso de la disfagia. Para las personas, la alimentación supone una función primaria que nos permite ingerir los alimentos y líquidos necesarios para sobrevivir, así como una actividad de gran trascendencia en lo que hábitos sociales se refiere.

Un elevado porcentaje de pacientes con lesiones cerebrales adquiridas presenta alteraciones en la comunicación. Dichas alteraciones pueden comprometer tanto a los procesos de expresión como a los de comprensión en sus diferentes modalidades (voz, habla, lenguaje). La mayoría de los casos presenta una combinación de diversas alteraciones de la comunicación lo que complica su diagnóstico y su rehabilitación. La actividad profesional del logopeda va dirigida a la prevención, evaluación, tratamiento y estudio científico de los trastornos de la comunicación humana y engloba funciones asociadas a la comprensión y a la expresión del lenguaje oral y escrito, así como, establecer un sistema alternativo de comunicación en aquellos que han perdido dicha capacidad.

En el libro blanco de logopedia realizado por ANECA (Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación) se recogen las siguientes competencias profesionales específicas del logopeda:

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

1. Diseñar, implementar y evaluar acciones de prevención de los trastornos de la comunicación y el lenguaje.



2. Explorar, evaluar y diagnosticar en su caso los trastornos de la comunicación y el lenguaje y establecer un pronóstico de evolución.
3. Participar en el proceso de evaluación y diagnóstico pluridisciplinar de trastornos que afectan a la comunicación y el lenguaje
4. Usar las técnicas e instrumentos de exploración propios de la profesión y registrar, sintetizar e interpretar los datos aportados integrándolos en el conjunto de la información.
5. Comunicar de manera oral y escrita sus observaciones y conclusiones al paciente, a sus familiares y al resto de profesionales que intervienen en su atención.
6. Dominar la terminología que les permita interactuar eficazmente con otros profesionales.
7. Conocer los límites de sus competencias y saber identificar cuándo es necesario un tratamiento interdisciplinar
8. Aplicar los tratamientos logopédicos con los métodos, técnicas y recursos más eficaces y adecuados.
9. Establecer los objetivos y etapas de los tratamientos que aplica
10. Adaptar su actuación a las diferentes etapas evolutivas del ser humano
11. Explicar y argumentar el tratamiento seleccionado
12. Evaluar la propia intervención profesional para optimizarla
13. Seleccionar e implementar sistemas alternativos y aumentativos de comunicación adaptados a las condiciones físicas, psicológicas y sociales de sus pacientes
14. Facilitar el aprendizaje de sistemas alternativos y aumentativos de comunicación así como el diseño y uso de prótesis y ayudas técnicas necesarias
15. Mejorar las habilidades comunicativas en la población general
16. Asesorar a familias y al entorno social de los usuarios, favoreciendo su participación y colaboración en el tratamiento logopédico
17. Trabajar en los entornos escolar, asistencial y sanitario formando parte del equipo profesional
18. Asesorar en la elaboración, ejecución de políticas de atención y educación sobre temas relacionados con la Logopedia
19. Comprender y valorar las producciones científicas que sustentan el desarrollo profesional del logopeda.
20. Elaborar informes de exploración y diagnóstico, seguimiento, finalización y derivación

- Valoración logopédica del lenguaje, voz, habla y otros.

La evaluación del lenguaje se hará conjuntamente con la valoración cognitiva realizada por el neuropsicólogo. La meta global de la evaluación será, descubrir tanto las competencias como las dificultades más

importantes que tiene el paciente para expresar y entender el contenido de su lengua.

La evaluación no depende tanto, de la valoración subjetiva del clínico, sino de todo un proceso en el que se combina la entrevista, la observación, la administración



de pruebas, la evaluación continuada, el pronóstico y la necesidad de que todo ello sirva para elaborar un plan de intervención adaptado a la persona.

La valoración del lenguaje se realizará desde los siguientes niveles:

- nivel fonológico
- nivel léxico
- nivel morfológico
- nivel sintáctico
- nivel semántico
- nivel pragmático
- nivel comprensivo

La valoración de la producción del habla, y de la voz generalmente se realiza con la siguiente secuencia:

VALORACION HABLA

- Valoración de la respiración
- Valoración de la fonación
- Valoración de la articulación
- Valoración de la resonancia
- Valoración de la prosodia

También se realiza el examen de la función de deglución, ya que en el DCA, encontramos frecuentemente alterada esta función.

- Intervención logopédica

El plan de intervención logopédico, integrado en el plan general de rehabilitación del paciente, se plantea a través de diferentes momentos de actuación que comprenden:

- La evaluación del lenguaje, voz y habla
- La formulación de objetivos
- La metodología
- La programación

- Las condiciones materiales y los recursos
- La evaluación de la eficacia de la reeducación.

El modelo de intervención en el DCA hace necesario tener en cuenta una serie de características referidas a este colectivo en cuanto a la preservación de su capacidad funcional, necesaria para el mantenimiento de su independencia y por tanto lograr un nivel de satisfacción elevado. Los objetivos han de estar adaptados a las características del paciente, en donde en muchas ocasiones, más que la recuperación total de la función no factible, se ha de pensar en como preservar las habilidades que se mantienen o como paliar los déficits. El principal objetivo de la intervención en las diferentes alteraciones será dotar al paciente de una comunicación funcional.

En algunas ocasiones las actuaciones logopédicas se harán de forma grupal, de forma que sean menos fatigantes, se sientan más relajados y fomenten las relaciones dentro de la dinámica de grupo.

- Relación con las familias

El papel de las familias en el proceso de la rehabilitación debe ser destacado, especialmente en las etapas de generalización de los avances. Resulta imprescindible contar con las familias como coterapeutas para garantizar el éxito de los programas. Al compartir con los pacientes el mayor número de horas, se encuentran en una posición única para registrar los déficits y progresos de la persona afectada, van a comunicar la evolución del paciente en su entorno natural, así como al administrar las pautas logopédicas.



En relación con el tratamiento logopédico, supone un trabajo adicional, ya que hay que explicar y educar a los miembros de la familia sobre cuales son las pautas y la forma en que deben aplicarse.

También el logopeda se encarga de transmitir información al paciente y a sus familiares, informando de las características del trastorno detectado y de las medidas de mejora.

El desarrollo eficaz de las tareas de intervención que mejoran la comunicación del paciente, va a lograr una reducción de la carga del familiar, o cuidador principal. La pérdida de la comunicación entre familia y paciente es una de las variables que más influye en el mantenimiento de la ansiedad por parte del cuidador.

- **Relación con otros profesionales**

El logopeda es un profesional necesario en todo equipo de evaluación y rehabilitación de DCA. Si bien, debido a la complejidad y variedad de las diferentes secuelas que presentan los pacientes con daño cerebral (motoras, neuropsicológicas, neuropsiquiátricas, somáticas, etc.) es necesario un abordaje multidisciplinar tanto en lo que respecta a la evaluación como en lo que se refiere a la rehabilitación.

El logopeda va a trabajar de forma coordinada con los diferentes profesionales implicados con el paciente. Se pueden distinguir dos niveles básicos:

1º Una coordinación interna con el equipo de profesionales del centro de rehabilitación que trabajan con el paciente día a día.

Tras la valoración se pondrán en marcha los protocolos de actuación específicos,

que han de incluir las adecuadas medidas potenciadoras, mantenedoras o bien recuperadoras de los déficits potenciales. También, se podrá aprovechar la colaboración del resto de profesionales (neuropsicólogo, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, cuidadores, etc.) para que el trabajo logopédico no se limite al tiempo de sesión y se pueda generalizar.

Aunque el logopeda realice una serie de funciones específicas de él, como miembro del equipo multidisciplinar, deberá participar en todas las líneas y proyectos de investigación desarrollados dentro del equipo.

2º Una coordinación externa con equipos específicos, servicios sanitarios y servicios sociales. El logopeda será el profesional que, con el asesoramiento del otorrinolaringólogo, del fonoiatra, del neurólogo y del médico rehabilitador, se encargue de evaluar al paciente, diseñar y ejecutar un programa de rehabilitación a su medida. Además su trabajo formará parte del diseño de un plan terapéutico global que permitirá optimizar el tiempo, los recursos y las intervenciones.

Por todo ello el abordaje integral del paciente por parte de un equipo multidisciplinar es el marco ideal de evaluación y rehabilitación de las alteraciones que presente.

- **Formación continua**

Para que las intervenciones sean de mayor calidad y efectividad, el logopeda debe de tener una sólida base de conocimientos y una frecuente actualización de ellos. Principalmente la formación continua se desarrollará en torno a dos grandes áreas:



a) Área logopédica:

- Trastornos de la comunicación, el lenguaje, el habla, la audición, la voz y las funciones orales no verbales
- Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico
- Principios, funciones y procedimientos de la intervención logopédica
- Anatomía y fisiología de los órganos del habla, audición, voz y deglución
- Neurología y neuropsicología del lenguaje, el habla, la audición y la voz
- Nuevas tecnologías, de la comunicación y la información

b) Otras áreas de rehabilitación:

Las alteraciones motóricas, cognitivas, conductuales, etc. de los pacientes con DCA deben ser conocidas y tenidas en cuenta por el logopeda.

Y del mismo modo, el resto de profesionales (médico rehabilitador, neuropsiquiatra, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.) deben conocer la patología de la comunicación del paciente y colaborar en su rehabilitación, por lo que el logopeda debe formar al resto de profesionales que componen el equipo en lo que sea necesario.

Por último, y por su importancia, hay que hacer referencia a la investigación, como otra de las actividades que el logopeda deberá incluir dentro de sus formación, ya que a través de ella, a la vez que podrá contestar a las preguntas metodológicas que puedan surgirle, podrá realizar un control y un seguimiento de los pacientes y protocolos que está desarrollando y de esta manera conocer su grado de efectividad.

3.- FUNDAMENTOS DE LA COMUNICACIÓN

Las habilidades fundamentales en la producción del lenguaje parecen ser inherentes a la estructura biológica de los cerebros humanos. El cerebro humano está preparado para aprender y usar el lenguaje.

El hombre para comunicarse utiliza una serie de conductas que hacen que pueda interactuar con otras personas. Quizás la conducta más significativa que utiliza es el lenguaje verbal, pero a pesar de su importancia, no quiere decir que sea la única, ni mucho menos que la comunicación se reduzca al lenguaje verbal.

El lenguaje verbal nos permite transferir ideas, sentimientos, pensamientos, mediante mecanismos complejos.

Existen diversos estudios desde la neuropsicología que intenta explicar las múltiples arquitecturas funcionales en el ámbito del lenguaje. Entre ellos, podemos citar algunos como los modelos de Ellis y Young (1988), el modelo de Kay, Lesser y Coltheart (1992) y el modelo de Lecours, Peña-Casanova y Diéguez (1998). Para poder entender los trastornos producidos por el DCA, es de vital importancia conocer como funciona el sistema de procesamiento lingüístico en condiciones normales. Son muchos los mecanismos que forman este sistema; unos nos permiten percibir y comprender el habla, otros nos permiten realizar producciones orales, otros mecanismos se encargan del lenguaje lecto – escrito, y por último, citar tanto los responsables de la comprensión como de la producción de oraciones. Todos estos procesos o

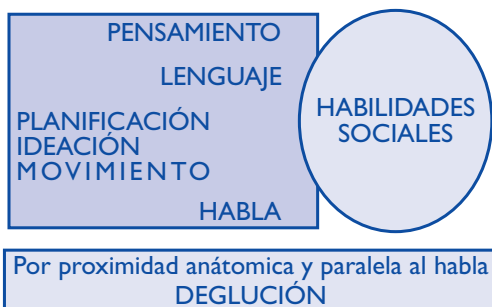


mecanismos, tienen necesariamente una base neurobiológica.

Debido a la complejidad de los procesos del lenguaje, no se conoce con gran exactitud cuáles son las zonas exactas de cada mecanismo, pero además, resulta difícil separar dichos mecanismos ya que en cualquier tarea lingüística por sencilla que sea, entran en interacción muchas áreas cerebrales.

Este procesamiento citado anteriormente, nos permite interpretar los trastornos o alteraciones que podemos encontrar cuando nos enfrentamos ante una lesión cerebral. Dependiendo del mecanismo o componente dañado se producirán unas u otras alteraciones.

El siguiente cuadro resume de forma visual (de lo más abstracto a lo más concreto) la arquitectura funcional compleja del cerebro y los diferentes componentes que hacen posible la comunicación humana. Asimismo en relación con las áreas de trabajo de la logopeda hemos querido tener en cuenta a la deglución por proximidad anatómica y paralela al habla se ha convertido en las últimas décadas en un área importante de evaluación e intervención.



4.- ALTERACIONES LOGOPÉDICAS SECUNDARIAS AL DAÑO CEREBRAL



a) Alteraciones del lenguaje: AFASIA

La afasia consiste en un trastorno del lenguaje ocasionado por una lesión cerebral en una persona que previamente podía hablar con normalidad. El trastorno afásico se caracteriza por trastornos en la emisión de los elementos sonoros del habla (**parafasias**), déficit de la comprensión y trastornos de la denominación (**anomia**).

Las afasias pueden presentarse durante o después de la adquisición del lenguaje. En la afasia raramente hay una abolición total de las capacidades expresivas. Descartando la fase inicial, regularmente se conservan elementos hablados, incluso en las afasias más severas.

Tratándose de un trastorno producido por una lesión cerebral que incapacita para la elaboración del lenguaje, debe tenerse en cuenta que en la afasia se ven afectadas todas las modalidades de éste. Por tanto, el trastorno no se reduce a la expresión o comprensión hablada, sino también a la escrita. En general, las capacidades expresivas del lenguaje gestual también se ven mermadas, así como otras modalidades del lenguaje de que el sujeto pudiese disponer (morse, lenguaje de signos, etc.).



El sujeto afásico no solamente presenta un problema del lenguaje. Una lesión cerebral puede desorganizar distintos sistemas funcionales, por lo cual el estudio

detallado de un paciente afásico no debe limitarse solamente al estudio de su lenguaje, sino del conjunto de sus funciones neuropsicológicas.

AFASIAS	LESIÓN	SINTOMAS					OTROS	
		FLUIDEZ	COMPRENSIÓN	REPETICIÓN	DENOMINACIÓN	LECTURA	ESCRITURA	
BROCA	Pie de la 3º circunvolución frontal	• ↓ • leng. Espontáneo muy reducido • Elocución lenta, más laboriosa • Disprosodia • Agramatismo (distinta severidad: holofrase o leng. Telegráfico)	• ↑ • puede tener problemas en textos y leng. Complejo.	• ↓ • debida a problemas articulatorios.	• ↓ • problemas de evocación léxica-> falla en la realización de la palabra pero tienen el significado -> al intentar superar el problema aparecen parafasias	• ↓ • voz baja -> mejor. • Voz alta -> habla. • Mejor que escritura	• ↓ • = problema que leng. Oral. • Agrafia: Muy grave Hemiplejia drch.	• Fase aguda: Anartria-> estereotipia
TRANSCORTICAL MOTORA	Delante del A. de Broca	• ↑ • articulación conservada # Broca. • Pérdida de incitación verbal. • Respuestas lacónicas. • Leng. proposicional muy reducido. • Perseveraciones y simplificaciones.	• ↑ •	• ↓ • algún problema en frases largas -> problemas de memoria audiovisual.	• ↓ •	• ↓ •	• ↓ •	
CONDUCCIÓN	Fascículo arqueado (unión centro auditivo con centro motor)	• ↑ • no logorrea = débito normal. • Neologismos en fase aguda. • Discurso coherente	• ↑ •	• ↓ •	• ↓ • anomia bastante grave -> al intentar solucionarlo aparecen parafasias fonéticas, conductas de aproximación.	• ↓ •	• ↓ (peor que lectura) • discurso coherente. • = síntomas que en leng. oral	• no muy grave -> puede comunicarse bien. • No anosognosia. • Manifestación: Aisladamente. Evolución afasia Wernicke



AFASIAS	LESIÓN	SINTOMAS					OTROS	
		FLUIDEZ	COMPRESIÓN	REPETICIÓN	DENOMINACIÓN	LECTURA		ESCRITURA
WERNICKE	Parte post de la primera circunvolución temporal (fisura de Rolando)	↑ • Débito normal o logorreico según gravedad • Parafasias fonémicas y verbales. • Neologismos. • Desaparecen: Palabras de predilección.	↓ •	↓ •	↓ • anomia persistente y severa.	↓ • menos alterada cuando hay componente agnóstico auditivo (mejor que leng. oral)	↓ dictado y espontáneo. ↑ Grafismo o copia. •	•Anosognosia -> desaparece en la fase leve
		FASE AGUDA						
	FASE LEVE							
SENSORIAL TRANSCORTICAL	Encrucijada parietotemporal	↑ • parafasias fundamentalmente semánticas. • Ecolalia.	↓ tipo psicoling. •	↑ •	↓ • al intentar superar la anomia aparecen circunloquios, frases abortadas y perifrasis	↑ mecánica. • comprensión	↓ •	
ANÓMICA	Encrucijada parietotemporal	↑ • débito normal. • Prosodia normal. • No parafasias generalmente. • Problemas de selección de palabras (más normal en palabras que menos usa)-> no le ayudan los esbozos orales. Latencias y vacíos.	↑ •	↑ •	↓ • Anomia.	↑ • textos largos: difícil en comprensión lectora cuando hay problemas mnésicos.	↑ espontánea y dictado/ disortografía. • copia, débito, grafismo y automatismo de escritura.	
GLOBAL	Lesión masiva.	• Afectación severa.	• Afectación severa.	• Afectación severa.	• Afectación severa.	• Afectación severa.	• Afectación severa.	
TRANS-CORTICAL MIXTA	Lesión masiva.	• Afectación severa.	• Afectación severa.	• Razonablemente preservada.	• Afectación severa.	• Afectación severa.	• Afectación severa.	
AFASIAS SUBCORTICALES	Afasia anterior capsular/putaminal	Hipotonía y ejecución variable.						
	Afasia posterior capsular/putaminal							
	Afasia global capsular/putaminal							
	Afasia talámica							



Otros trastornos del lenguaje son:

Alexia: pérdida de la capacidad de leer. En muchos casos va acompañada de la pérdida de la escritura aunque la persona hable y entienda la lengua hablada.

Agrafia: pérdida en mayor o menor grado de la escritura.

Acalculia: trastorno de la habilidad de cálculo.

Las características comunes de estos tres trastornos, en nuestro caso, es que son debidos a un daño cerebral y que todas las capacidades (lectura, escritura y cálculo) debieron ser adquiridas previamente al daño cerebral.

b) Alteraciones del habla: **DISARTRIAS.**

Definimos **disartria** como la alteración del habla por una lesión del sistema nervioso central y/o periférico, dando lugar a parálisis, debilidad o incoordinación de la musculatura del habla, comprometiendo de esta forma a los mecanismos que participan en la producción del habla (respiración, fonación, articulación resonancia y prosodia). En los estudios de Darley, Aronson y Brown sobre los tipos de disartrias causadas por lesiones del sistema neural se describen siete tipos de disartria, basándose tanto en los aspectos neuroanatómicos como en las características patológicas del habla.

TIPO DE DISARTRIA	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS DE HABLA
1. ESPÁSTICA	Motoneurona superior bilateral (vía piramidal / vía extrapiramidal)	• FONACIÓN: voz ronca, tensa y estrangulada. Impostación vocal baja con cortes o picos. Monotonía vocal y reducción de intensidad en el acento prosódico. • RESONANCIA: hipernasalidad. • ARTICULACIÓN: producción imprecisa de consonantes. Distorsión de las vocales. • DEGLUCIÓN: retraso en la respuesta deglutoria, peristaltismo faríngeo deficiente. Con babeo perceptible.
2. MOTONEURONA SUPERIOR UNILATERAL	Lesión unilateral de la motoneurona superior (vía piramidal / vía extrapiramidal)	• FONACIÓN: voz áspera con disminución del volumen. • RESONANCIA: hipernasalidad. • ARTICULACIÓN: articulación imprecisa y rupturas irregulares de la articulación. • DEGLUCIÓN: fase oral aumentada con posibilidad de penetración laríngea. Se observa mayor incidencia de aspiraciones silentes.
3. FLÁCCIDA	Neurona motora inferior	• FONACIÓN: parálisis unilateral de ccvv, (aducción, voz ronca y sonoridad reducida – abducción, menos sonoridad y más jadeo). Lesión bilateral de cuerdas, voz jadeante y estridencia inspiratoria, con frases cortas y monotonía. • RESONANCIA: hipernasalidad. • ARTICULACIÓN: producción imprecisa de consonantes (explosivas y fricativas) • DEGLUCIÓN: aspiraciones al tragar, relajación incompleta y tardía del esfínter cricofaríngeo.



TIPO DE DISARTRIA	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS DE HABLA
4. ATÁXICA	Lesión del cerebelo o en algunas de sus vías aferentes o eferentes.	• FONACIÓN: voz áspera con monotonía y monovolumen. Habla escandida. • RESONANCIA: función velofaríngea intacta. En ocasiones resonancia hipernasal. • ARTICULACIÓN: emisión imprecisa de consonantes, distorsión de vocales y pausas irregulares.
5.HIPERCINÉTICA (Tipo corea de Huntington)	Ganglios basales	• FONACIÓN: voz ronca y estrangulada. Variaciones de volumen por falta de control. Interrupciones fonatorias con rupturas de la impostación. Reducción de acento prosódico. • RESONANCIA: hipernasalidad. • ARTICULACIÓN: emisión imprecisa de consonantes, con ocasional distorsión de vocales. • DEGLUCIÓN: fase oral con afectación de movimientos linguales y falta de coordinación. Aspiraciones pre-deglutorias.
6.HIPOCINÉTICA (Tipo Enf. Parkinson)	Ganglios basales y conexiones aferentes y eferentes con otras estructuras del SNC.	• FONACIÓN: voz ronca, temblorosa y con jadeo. tono monocorde y sin modulación. Dificultad para mantener la intensidad de la voz. Insuficiencia prosódica. • RESONANCIA: hipernasalidad. • ARTICULACIÓN: afectación consonántica de oclusivas, africadas y fricativas. Articulación insuficiente. • DEGLUCIÓN: en fase oral dificultad de iniciar movimientos linguales. Retraso de la respuesta de deglución, con posible aspiración.
7.MIXTA	Motoneurona inferior y motoneurona superior (ELA). Desmielinización del SNC (EM) Núcleo lenticular de los ganglios basales (Ew)	• ELA: voz húmeda y áspera, monotonal y monointensa. Resonancia hipernasal. Articulación imprecisa, aumento de duración de vocales, frases cortas y silencios inapropiados. Disfagia. • EM: voz hipotónica y áspera con intensidad inestable. Resonancia hipernasal. Articulación consonántica imprecisa y ruptura articulatoria repentina. Habla lenta con prolongación de sílabas. Disfagia. • EW: voz ronca y estrangulada, con tendencia monotonal. Hipernasalidad. Imprecisión articulatoria. Frases cortas y reducción de acento.

APRAXIA DEL HABLA.

Según la definición de Gechwind (1975) la apraxia es un trastorno de los movimientos aprendidos que no se debe a parálisis, debilidad o descoordinación, y que además no se puede explicar como una pérdida sensorial, problemas de comprensión, o falta de atención a las órdenes. También se define apraxia como una alteración de la coordinación motora, es decir, un trastorno motor de nivel

superior que afecta a la integración de los componentes motores que son necesarios para realizar un acto motor complejo.

Así pues, la apraxia del habla es la disminución de la capacidad para planificar y ejecutar voluntariamente los movimientos adecuados para la articulación del habla, siempre y cuando no exista parálisis, debilidad o descoordinación de la musculatura que interviene en el habla.

Para finalizar, debe quedar muy claro la diferencia entre apraxia del habla y disartria,



y apraxia del habla con afasia. La apraxia del habla es un trastorno del habla motriz, de la programación motora del habla, que se manifiesta principalmente por errores de articulación y secundariamente por alteraciones de la prosodia. A diferencia de la disartria que se define como alteraciones

en el habla debidas a déficit de innervación de la musculatura que interviene en el habla, y de la afasia que se determina como una alteración lingüística para codificar y descodificar los sistemas de comunicación hablados y escritos, por afectación del mecanismo encefálico.

APRAXIA VS. DISARTRIA.

	APRAXIA	DISARTRIA
Etiología	Alteración en la planificación y programación de los movimientos del habla.	Alteración del control muscular por afectación del SNC y/o SNP.
Aspectos afectados	Articulación incorrecta y habla disprosódica.	Alteraciones fonatorias, de resonancia y respiración. Articulación, prosodia y disfagia.
Tipo de errores	Inconsistentes e impredecibles. Hay momentos de habla clara. Influye el tipo de tarea (menos errores en habla espontánea; más errores en repetición) Errores por adiciones, transposición, omisiones, distorsiones y prolongaciones.	Consistentes y predecibles. No hay momentos de habla clara. No influye el tipo de tarea. Errores de distorsión y omisión.
Sonidos afectados	Dificultad en consonantes en posición inicial. Vocales más fáciles de pronunciar.	Imprecisión de consonantes iniciales – medias y finales. Vocales no afectadas, aunque pueden sonar distorsionadas.
Problemas relacionados	No hay cambios en el tono muscular. Diadococinesias lentas y anormales. Las sílabas se producen en orden incorrecto.	Cambios en el tono muscular. Diadococinesias lentas. Las sílabas se producen en orden correcto.
Efectos de la longitud	Afectan al grado de precisión del habla. Monosílabos>polisílabos>frases.	No afecta directamente al grado de precisión del habla. Monosílabos=polisílabos=frases.
Efectos de la velocidad	A medida que la velocidad aumenta la inteligibilidad mejora.	A medida que la velocidad aumenta la inteligibilidad empeora.

c) Alteraciones de la deglución: Disfagia

Tradicionalmente se ha definido la disfagia como “Un trastorno de la deglución caracterizado por una dificultad de preparación oral del bolo o en el desplazamiento del alimento desde la boca hasta el esófago”.

En la actualidad el concepto de disfagia es mucho más amplio y en el se incluyen aspectos conductuales y/o sensoriales y actos preliminares en la preparación de la deglución como el aspecto cognitivo relacionado con el reconocimiento del acto de comer, reconocimiento visual de la comida y todas las respuestas fisiológicas



al olfato y presencia de la comida como por ejemplo una aumento de la salivación. Las causas más comunes de Disfagia neurógena son:

- Traumatismo Craneoencefálico
- Accidente Cerebrovascular
- Enfermedad de Parkinson
- Esclerosis múltiple
- Parálisis Cerebral Infantil
- Demencia, incluyendo la enfermedad de Alzheimer
- Corea de Huntington
- Enfermedad de Wilson
- Esclerosis Lateral Amiotrófica
- Poliomieltis y síndrome pospolio
- Síndrome de Guillain-Barré y otras polineuropatías
- Miastenia grave
- Miopatías
- Neoplasias cerebrales
- Infecciones
- Disfagia orofaríngea de causa iatrogénica

La deglución en individuos normales se divide en cuatro fases:

- **Oral preparatoria:** preparación del bolo a la consistencia adecuada para la deglución, para ello es necesario una correcta masticación e insalivación del alimento.
- **Oral:** la lengua propulsa el bolo hacia la orofaringe para desencadenar el reflejo deglutorio.
- **Faríngea:** se ha desencadenado el reflejo deglutorio y el bolo se desplaza por la faringe.
- **Esófágica:** desplazamiento del bolo por el esófago hasta el estómago.

Complicaciones asociadas de la disfagia.

Sialorrea: aumento excesivo de salivación. La saliva cae de la boca por diferentes causas: mal cierre labial, falta de iniciación de la deglución,

Xerostomía: falta de salivación. Sensación de boca seca. Algunos medicamentos necesarios para el tratamiento de algunos síntomas producidos por el daño cerebral adquirido pueden provocar una disminución de la salivación, esta disminución nos provocará que la formación del bolo será más costosa y nos dificultará la fase oral preparatoria ya que al no estar este lo suficientemente cohesionado

Alteraciones de la eficacia: Malnutrición y deshidratación. En ocasiones la dificultad de la ingesta de la cantidad necesaria de alimento tanto líquido como sólido provoca pérdida de peso, descenso del índice de masa corporal, descompensaciones metabólicas.

Alteraciones de la seguridad: se refiere a penetraciones o aspiraciones de alimento en la vía aérea por un funcionamiento deficiente de los órganos que intervienen en la deglución, con las consiguientes complicaciones respiratorias.

Para el correcto tratamiento de la disfagia es indispensable un correcto y exhaustivo examen clínico y si fuera necesario un estudio videofluoroscópico. El tratamiento logopédico ayudará positivamente en la mejoría de la disfagia. Como medidas de tratamiento para evitar complicaciones se



suelen adaptar las dietas en cuanto a la consecuencia de estas y los volúmenes, otros pacientes necesitaran por un breve periodo de tiempo una sonda nasogástrica para la alimentación y si este tiempo se fuera a ampliar notablemente sería necesaria la colocación de una sonda de gastrostomía. Estos tratamientos en ocasiones son rechazados por las familias pero es conveniente recordar que lo importante es el bienestar del paciente y que el uso de estas medidas van a colaborar a la seguridad y la eficacia de su alimentación.

d) Alteración de las habilidades sociales

Otro marco de trabajo del logopeda es el de las habilidades sociales. Según Carballo (1988) podemos definir las HHSS como conductas que en conjunto nos permiten desarrollarnos en un contexto individual o interpersonal. Permiten expresar los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones,... de modo adecuado a la situación en la cual la persona se encuentra a sí mismo, mientras respeta las conductas de los otros.

La forma y la intensidad en que se manifiestan estas alteraciones dependen de múltiples factores (personalidad premórbida, entorno del paciente, severidad de la lesión,...). Es evidente que la reducción del nivel de habilidades sociales que se observa en las personas con DCA está notablemente condicionada por el nivel de funcionamiento general de la persona afectada. Algunos de los aspectos que se pueden ver afectados son: no respetar los turnos de comunicación, no realizar escucha activa, dificultad para ponerse en el lugar de otro, dificultades de léxico, mal uso y/o abuso del lenguaje corporal,... Todo ello, justifica la puesta en marcha de

programas de entrenamiento en habilidades sociales como un elemento esencial de la rehabilitación intradisciplinar.

e) Otras alteraciones

Como todos los seres humanos los pacientes afectados por DCA no están exentos de sufrir y/o padecer otras patologías, tengan que ver o no con el área que nos ocupa. Por ejemplo un paciente con DCA deberá hacer como cualquier otra persona revisiones periódicas de la vista, del oído, de los dientes,...

5.- CRITERIOS DE PRONÓSTICO Y RECUPERACIÓN

Existen múltiples factores que serán los que intervengan en la evolución del paciente, tales como la edad, el tipo y extensión de la lesión, el nivel cultural, estado emocional, tomarán parte en la marcha del tratamiento.

6.- CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

Las logopedas, como todos los profesionales de la sanidad, se comprometen a adoptar una política de confidencialidad, con el objeto de proteger la privacidad de la información personal del paciente obtenida a través de la consulta o de los informes de otros profesionales. Son de utilidad, a nivel estatal, los códigos éticos de los diferentes colegios profesionales. De la misma manera, todo el personal sanitario tiene la obligación de cumplir Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.



PARTE II

VALORACIÓN Y TRATAMIENTO



1.-TRATAMIENTO

a) Tratamiento intradisciplinar

El principal objetivo a medio y largo plazo en el tratamiento de las lesiones cerebrales es la recuperación física, cognitiva y social que conduzca a una reinserción social plena.

Debido a la complejidad de las alteraciones producidas por daño cerebral, la rehabilitación de estas personas ha de ser necesariamente multidimensional y realizada por equipos interdisciplinarios. Su labor consiste en la evaluación, el diagnóstico y la intervención en todas aquellas alteraciones que se dan como consecuencia de la lesión y que constituyen y suponen distintas discapacidades que dificultan la posterior normalización e integración. La finalidad es tratar cada uno de los problemas de forma unitaria y con un objetivo común.

El equipo terapéutico mirará también por la implicación de los familiares en los planes de cuidados y rehabilitación, y a su vez incluirá dentro de los objetivos terapéuticos del equipo interdisciplinar intervenciones dirigidas a la salud física y mental de la familia.

Por otra parte, juegan un papel muy importante la actuación de profesionales no sanitarios para la reinserción social de estos pacientes y sus familias para el asesoramiento sobre aspectos legales y económicos de gran repercusión en la calidad de vida.

Numerosas disciplinas han de participar, en un momento u otro del proceso

rehabilitador de estas personas: médico rehabilitador, neurólogo, neurocirujano, neuropsiquiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, neuropsicólogo, logopeda, trabajador social,... entre otros.

b) Tratamiento logopédico

El tratamiento logopédico difiere en cada patología. Los tratamientos de rehabilitación son fundamentalmente individualizados y se inician tras la evaluación de las alteraciones y un diagnóstico. La programación de dichos tratamientos se realiza a partir del análisis de procesos lingüísticos afectados y de las capacidades preservadas, y queda abierta para cualquier modificación o replanteamiento en los objetivos que haya que hacer en el periodo rehabilitador.

La rehabilitación en este ámbito está integrada en el resto de la rehabilitación de otros déficits y los objetivos están en consonancia con el resto de las especialidades que intervienen en cuanto a fomentar la mayor funcionalidad posible.

El objetivo de la intervención es que el sujeto pueda desenvolverse lo mejor posible en situaciones reales de comunicación. En la metodología de rehabilitación del lenguaje se tiende a utilizar con preferencia materiales y actividades funcionales y de uso en la vida cotidiana y se dan pautas para mejorar la interacción del paciente en situaciones comunicativas.

Como parte del tratamiento se incluye el asesoramiento a la familia (explicar y obtener colaboración) que va a colaborar



en la generalización de los aspectos que se vayan recuperando y en la adaptación a la nueva situación.

Describiremos a continuación las alteraciones más destacadas que se derivan de un daño cerebral adquirido:

En patologías motoras como las **disartrias** la intervención se dirige fundamentalmente a la postura, tono y fuerza muscular, respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia. Estos aspectos son los mismos en los que se va a basar la evaluación y el diseño de la intervención priorizará según los que estén más afectados. La importancia de los síntomas en el tratamiento de las disartrias depende de su influencia en la inteligibilidad del habla.

En el caso de las **afasias**, la evaluación permite definir diversos cuadros clínicos, caracterizados por los trastornos más evidentes y por los mecanismos lingüísticos conservados.

Los cuadros afásicos especiales como la afasia en el niño, en el zurdo y la afasia cruzada suelen presentar recuperaciones más rápidas.

Conviene realizar una exploración exhaustiva del cuadro afásico presentado por el paciente, para poder orientar la rehabilitación, elegir la estrategia terapéutica y comprobar la evolución de la sintomatología. Aunque cada caso presenta una problemática específica, que ha de ser tenida en cuenta por el logopeda, los distintos tipos de afasia orientan al tratamiento en función de las capacidades alteradas y de las esencialmente indemnes.

En el tratamiento de las afasias son tan importantes los aspectos psicológicos como los sociales e individuales. La primera tarea que ha de realizar el terapeuta es apoyar al afásico en su pérdida de capacidades lingüísticas y comunicativas.

Después, progresivamente, mostrarle cómo recuperar el acceso al discurso lingüístico apoyándose en las técnicas y estrategias que puedan ser más adecuadas teniendo en cuenta toda la sintomatología del paciente. Es imprescindible tener en cuenta los aspectos emocionales, motivacionales, de modo que el paciente asuma su papel en la rehabilitación y empiece a esforzarse por recuperar en alguna medida la competencia lingüística.



2.- FASES DE LA INTERVENCION EN PERSONAS AFECTADAS POR DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO: ROL PROFESIONAL DEL LOGOPEDA EN CADA UNA DE LAS DIFERENTES FASES.

Las personas afectadas de Daño Cerebral Adquirido de diferente etiología (traumatismo craneoencefálico, accidentes cerebrovasculares, tumores cerebrales, enfermedades degenerativas, etc.), pueden presentar diferentes alteraciones en la comunicación de combinación y severidad variables, siendo siempre específicas en cada individuo. Estas alteraciones que normalmente se ven acompañadas de otros problemas de tipo cognitivo, perceptivo y emocional, dificultan la interacción de la persona con su entorno más próximo y con la sociedad en general.

El logopeda, inmerso dentro de un grupo de trabajo intradisciplinar, se encargará de la evaluación, diagnóstico y tratamiento de todas estas alteraciones elaborando un programa de intervención que se adapte a cada sujeto en cada una de las fases de dicho proceso sin olvidar en ningún momento a la familia (miembros activos del proceso de rehabilitación). Por tanto el papel del logopeda variará dependiendo en que fase y en que tipo de recurso se encuentra el afectado.

La intervención del logopeda, aunque en la realidad no existe en cada una de las diferentes fases ni en todos los recursos, como profesional cuyo objetivo es mejorar la comunicación del paciente con su entorno, debería estar presente ya desde

las primeras fases del proceso. Por tanto la intervención del logopeda en cada una de las fases que pasaremos a explicar a continuación no siempre se ajusta a la realidad sino que en muchas ocasiones se queda en lo que sería un “ideal” en el largo camino que recorren los pacientes con daño cerebral adquirido.

I.-Fase crítica

Es aquella en la que el paciente se encuentra estable desde el punto de vista hemodinámico, respiratorio y sin complicaciones neuroquirúrgicas urgentes. Esta fase requiere la instauración de un programa precoz de tratamiento rehabilitador.

Nuestra intervención en esta fase irá dirigida tanto a la familia como al paciente.

a) Familia:

- Ayudarle a comprender las dificultades que presenta el afectado en su comunicación tanto en la vertiente expresiva comprensiva o en ambas y enseñarles a enfrentarse a ellas de la mejor manera posible.

b) Paciente:

- Si la persona que ha sufrido daño cerebral tiene problemas para comunicarse verbalmente, buscarle la comunicación no verbal más adecuada a su estado.
- Si presenta alteraciones en la deglución: tratamiento facio-oral para los trastornos de la deglución.



2.-Fase aguda

Es aquella en la que el paciente se encuentra estable desde el punto de vista neurológico, con buena capacidad para avanzar en la rehabilitación de los aspectos funcionales cognitivos y conductuales. Esta fase también precisa atención en régimen de ingreso hospitalario.

Nuestra intervención en esta fase irá dirigida tanto a la familia, personal sanitario y al paciente.

a) Familia: Orientación e intervención familiar. Se les dará una serie de pautas que los familiares pueden aplicar para ayudar al paciente a comunicarse. El trinomio paciente –familia-logopeda debe conseguir funcionar de forma sinérgica, para que el resultado de la rehabilitación sea mucho mayor de lo que uno puede aportar por separado.

b) Personal sanitario: dándoles directrices de cuales son las alteraciones de la comunicación que presenta el paciente, al tiempo que se les darán pautas acerca de cómo deben dirigirse hacia el paciente ya que durante el periodo que el paciente permanezca hospitalizado estos forman parte de su contexto comunicativo.

c) Paciente:

- Tratamiento de los problemas de deglución.
- Implantación de SAAC.
- Valoración inicial.
- Inicio de la terapia comunicativa.

3.-Fase subaguda y rehabilitación intensiva

Es aquella en la que comienza el tratamiento rehabilitador, intensivo, especializado y específico a nivel cognitivo, conductual y funcional.

El tratamiento será integral y holístico caracterizado por:

- Abordaje coordinado de los diversos problemas que estos pacientes plantean.
- Situar en el centro de atención al sistema familiar.

Este tratamiento integral va a proporcionar al paciente con “Daño Cerebral Adquirido”, el marco adecuado para su recuperación. Por tanto diseñaremos un programa de intervención que especifique los objetivos a conseguir, que sea individualizado y flexible y que cuente con la participación de otras disciplinas de forma integral e intensiva.

Nuestra intervención irá dirigida:

a) Equipo intradisciplinar: en el que la evaluación es compartida y las prioridades de tratamiento acordadas en el equipo y puestas en práctica por todos sus miembros aunque bajo la dirección del terapeuta más indicado en cada caso.

b) Paciente:

- El objetivo de la rehabilitación logopédica es que el paciente consiga comunicarse de la forma más eficiente



posible en distintos contextos sociales, aplicando para ello las estrategias de intervención más adecuadas.

- Evaluación a lo largo de todo el proceso de rehabilitación de las dificultades del paciente empleando distintos instrumentos de medida, escalas de valoración y cuestionarios.

- Establecimiento de cada uno de los objetivos de intervención. A partir de ellos se eligen las herramientas más adecuadas para conseguirlos y se determina en que forma se aplicarán. Apoyo de otros profesionales de la salud: otorrino, neurologo, ortodoncista, médico rehabilitador...

c) Familia:

- Asesoramiento familiar.
- Readaptación socio-familiar a la nueva situación comunicativa del paciente. El logopeda ayudará a la familia a realizar modificaciones en el contexto comunicativo para que puedan comprender mejor al paciente y enseñará a ambas partes a aplicar estrategias compensatorias que mejoren su comunicación.

Desde un primer momento, la participación activa, tanto de la familia como del propio paciente en el proceso de evaluación-rehabilitación constituye uno de los ejes fundamentales de la intervención.

4.-Fase de atención a largo plazo y readaptación

Esta es la fase en la que más número de pacientes atendemos en las asociaciones de daño cerebral; se considera que la

“rehabilitación de mantenimiento” es necesaria durante toda la vida de la persona con DCA. Una vez garantiza la supervivencia en esta fase la rehabilitación se dirigirá a minimizar las limitaciones funcionales y a conseguir el mayor grado de autonomía posible en el desempeño de las actividades de la vida diaria y a maximizar su calidad de vida.

Nuestra intervención en esta fase la haremos de forma conjunta con:

a) Equipo intradisciplinar: la mayoría de los pacientes requieren la intervención de todos los profesionales que forman el equipo. Previamente se realiza una valoración de cada una de las áreas, estableciendo un plan terapéutico asistencial individualizado.

b) Paciente: Nuestro objetivo será lograr una comunicación lo más funcional posible para así mejorar la calidad de vida del paciente.

c) Apoyo familiar para lograr ya la nueva reestructuración y adaptación de toda la familia a esa nueva situación (el DCA no sólo afecta la paciente sino a toda la familia).

Como profesionales de las diferentes asociaciones nos queda todavía un largo camino por recorrer pero siguiendo el lema de nuestra Federación nacional, **FEDACE, “UNA VIDA SALVADA MERECE SERVIRLA”**.



3.- EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES LOGOPÉDICAS SECUNDARIAS AL D.C.A.

3.1.- LENGUAJE

a) Test estandarizados

Nombre del test	Objetivos generales	Areas exploradas
Test Boston para el diagnóstico de la afasia. Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)	-Valoración sistemática de las distintas capacidades inherentes al lenguaje en pacientes afásicos.	- Perfil de las características del habla. - Agilidad articulatoria, longitud de la frase, forma gramatical, prosodia, parafasias en lenguaje espontáneo, encontrar palabras. - Repetición de frases. - Comprensión auditiva. - Forma cualitativa: volumen, voz, velocidad del habla.
Test de fichas.Token Test	- Evaluar la comprensión auditiva en pacientes afásicos.	- Comprensión oral del lenguaje. - Mide factores de rendimiento cognitivo (atención, memoria de trabajo).
Evaluación del procesamiento lingüístico en la afasia (EPLA). Psycholinguistic Assessments of Language Processing in Aphasia (PALPA).	-Valorar con exactitud las capacidades lingüísticas en los trastornos del lenguaje.	- El test está formado por 58 subtest que se agrupan en 4 secciones: procesamiento fonológico, lectura y escritura, comprensión de dibujos y palabras y procesamiento de oraciones. - Analiza con detalle los módulos de procesamiento del sistema lingüístico que son susceptibles de alterarse de forma selectiva en pacientes con lesiones cerebrales.
Test de Barcelona (PIEN-TB).	-Nos aporta un perfil clínico global de los déficits cognitivos y un perfil específico de la afasia.	- Está integrado por los siguientes subtest en el área de lenguaje: lenguaje espontáneo, fluencia y contenido informativo del lenguaje, prosodia del lenguaje espontáneo, lenguaje automático, praxis orofonatoria en imitación, repetición verbal, repetición de errores semánticos, denominación visuo-verbal, denominación verboverbal, evocación categorial en asociaciones, comprensión verbal, lectura-verbalización, comprensión lectora, mecánica de la escritura, dictado y escritura espontánea.
Evaluación de los procesos Lectores PROLEC-SE.	- Evaluar los diferentes procesos implicados en la lectura: léxicos, sintácticos y semánticos.	- Ambito de aplicación: de los 10 a los 16 años. -Evaluación cualitativa de adultos. -Procesos léxicos: lectura de palabras y pseudopalabras. -Procesos sintácticos: emparejamiento dibujo-oración y signos de puntuación. -Procesos semánticos: comprensión de textos y estructura de un texto.

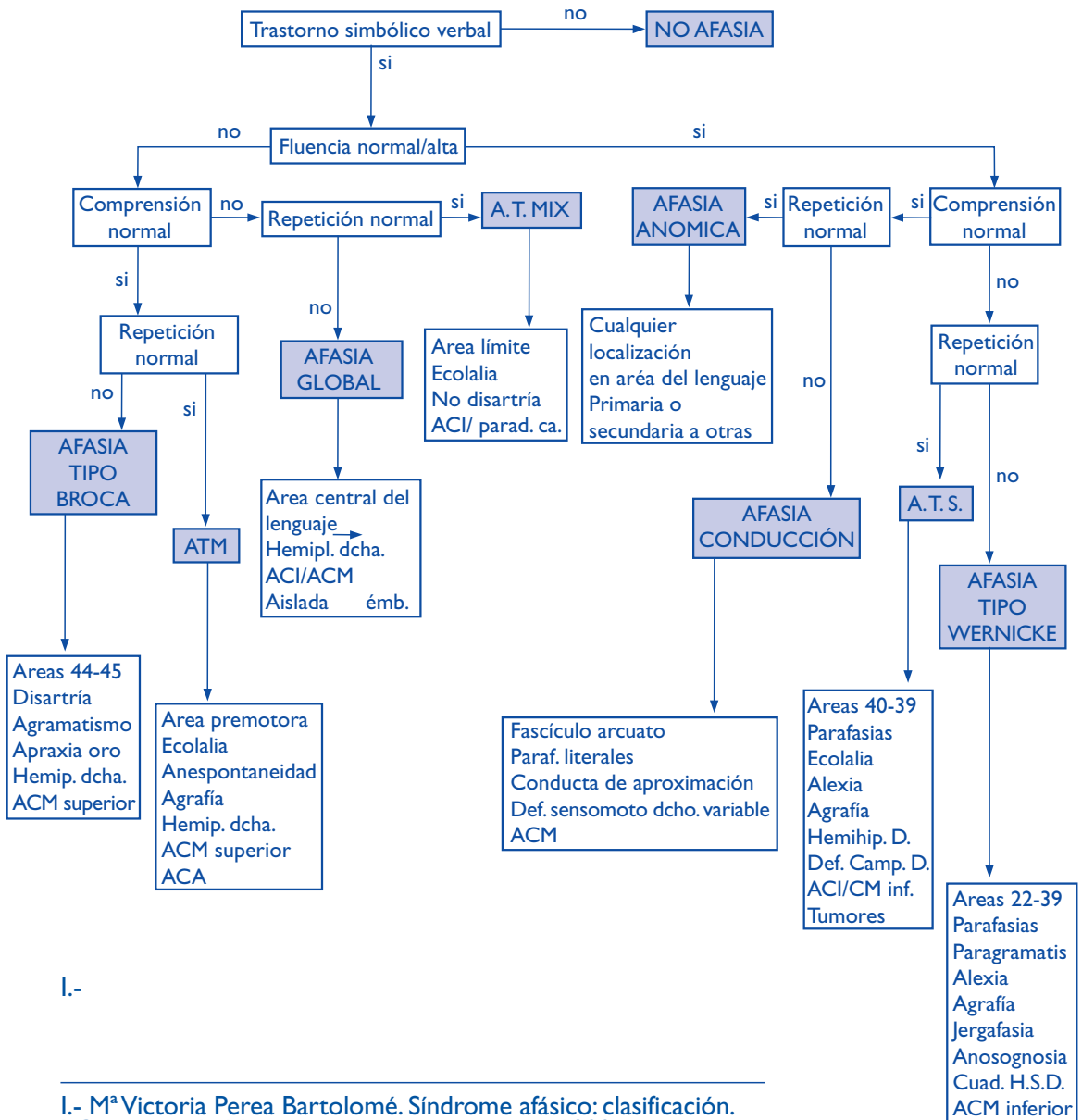


Nombre del test	Objetivos generales	Areas exploradas
Evaluación de los procesos de escritura PROESC	- Evaluación de los principales procesos implicados en la escritura y la detección de errores.	- Ambito de aplicación: de tercero de educación primaria a cuarto de secundaria. - Análisis cualitativo en adultos que nos permite valorar e identificar los errores en las diferentes pruebas. - La batería consta de seis pruebas: dictado de sílabas, dictado de palabras, dictado de pseudopalabras y dictado de frases, escritura de un cuento y escritura de una redacción.
La afasia. Exploración, Diagnóstico y Tratamiento (Borregón S, González A, 2000).	-Recopilación de datos sobre la tipología afásica del paciente. - Conocimiento de los sistemas y funciones lingüísticas alteradas. - Descripción de procesos en las funciones lingüísticas exploradas.	Agrupa en módulos los ítems explorados para así concretar un perfil práctico de realizaciones o tareas y en el análisis de los procesos que subyacen en cualquier tipo de tarea propuesta. Los módulos son los siguientes: Comunicación, copia, cálculo, comprensión auditiva, comprensión lectora silente, tareas no verbales, automatismos, repetición, dictado, expresión oral, expresión escrita, registro de fluencia o no fluencia y eficacia comunicativa con los términos sí / no
Test para el examen de la afasia (AFASIA). B.Ducarne de Ribaucout – Revisión 1975.	Se diseñó esta prueba para ayudar en la valoración de los trastornos afásicos de diverso tipo. Está formada por un conjunto de pruebas que se presentan en cuatro series: Expresión oral, Comprensión oral, Lectura y Escritura; con ellas se evalúan diversos aspectos del comportamiento del sujeto: Perseveración, Pérdida de elementos lingüísticos, Defectos de evocación, Alteraciones fonéticas y semánticas, Disintaxis, Reducciones y Problemas de articulación	El examen comprende el estudio de cuatro modalidades de lenguaje: - La expresión oral: Palabra espontánea. Series automáticas. Repetición. Denominación oral de imágenes. Pruebas de lenguaje más elaborado. - La comprensión oral Identificación. Elecciones múltiples y órdenes simples. - La lectura Letras y grupos de letras. Sílabas. Palabras. Correspondencia de palabras e imágenes Correspondencia de textos, acciones y ejecución de órdenes escritas. - La escritura Denominación escrita. Expresión escrita (dictado). Escritura. Copia.



b) Afasias

- **Árbol de decisión diagnóstica en afasias** (Ferrero J en: Perea MV, Ladera V, Echeandía C 1998: 218) que contempla características clínicas, neuropsicológicas y neuroanatómicas.



I.-

I.- M^a Victoria Perea Bartolomé. Síndrome afásico: clasificación.
I Congreso de Neuropsicología por internet, 1999.



- Plan terapéutico.

1. Decidir cuál es el problema a tratar.

- a. Especificar cuál es el estado original a través de la ejecución de test estandarizados o no.
- b. Cuál es el defecto o defectos de base. Determinar presencia, severidad y alcance en los diferentes aspectos del lenguaje.
- c. Qué ejecución del lenguaje se va a intentar mejorar.

2. Decidir cómo conducir el tratamiento.

- a. Estrategias a utilizar: restablecimiento, reconstitución y compensación.
- b. Cómo se va a ejecutar la estrategia: terapia directa, indirecta y facilitación.
- c. Especificar la jerarquía, su motivación y ejecución y exactamente aquello que se va a realizar.

3. Por qué se han escogido los métodos.

4. Averiguar, medir y registrar todo lo que acontece.

5. Especificar la utilidad, para el paciente, de la mejoría de la tarea escogida.

- Sugerencias a tener presente durante la intervención:

1. Dificultades de atención y fatiga:

- Descansar entre las diferentes actividades.
- Proponer actividades de mayor complejidad en momentos en que el usuario/a se encuentre más descansado.
- Reducir las distracciones. Controlar el entorno de distracciones acústicas, visuales, familiares...
- Reorientar a la persona con refuerzos

verbales, visuales...

- Facilitar tiempo para que el usuario/a pueda iniciar, desarrollar y finalizar la actividad, evitando prisas.

- Reducir la cantidad de información y la velocidad en que se presenta.

2.- Ausencia de iniciativa:

- Fraccionar las actividades a realizar, teniendo en cuenta los diversos componentes, utilizando el refuerzo positivo.

- Potenciar la motivación de los usuarios/as, desarrollando los talentos, preferencias, gustos, etc.

3.- Carencia de insight / autoconciencia.

- Trabajar con los aspectos que el usuario/a reconoce y no llegar a la confrontación con los aspectos cognitivos que no tiene elaborado, ni resueltos.

- Facilitar información clara, sencilla y entendedora sobre la situación comunicativa.

- Registrar incidencias (comunicativas, conductuales, de aprendizaje, etc.) que se producen durante la actividad.

- Grabar o registrar la realización de la actividad.

4.- Comunicación:

- Establecer un ritual de saludo y despedida.

- Anticipar las consignas de trabajo.

- No hablarle más de una persona a la vez.

- Intentar buscar un código de comunicación inicial.

- Facilitar un contexto conocido a la actividad comunicativa que se desarrolla.



- Material básico que se requiere para abordar la afasia:

- Espejo.
- Guantes de látex.
- Pajitas, velas y cerillas, pitos.
- Colonias.
- Compresas de gasas estériles.
- Cepillo de dientes.

- Obleas (pan de ostia).
- Soporte visual de esquemas de articulación.
- Depresor.
- Imágenes, dibujos y fotografías.
- Juegos (memory, dominó, ajedrez).
- Soporte musical.

Tratamiento específico de las afasias

AFASIA

PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
AFASIA GLOBAL También llamada “afasia total”. Estereotipias verbales o automatismos del habla. A veces tiene un área más conservada, como puede ser la comprensión. Pronóstico es muy limitado.	Desbloqueo de las funciones propias del hemisferio derecho. 1. Estimular la comunicación emocional facial. 2. Estimular el uso de soportes pictóricos, para expresar deseos e intenciones. 3. Potenciar la entonación. Intervención sobre las propias alteraciones	Abordar las distintas emociones faciales: risa, enfado, etc. Diseñar soportes visuales. Trabajo de la expresión melódica. Si bien en algunos casos	Juego de emociones. -Creación de un álbum con imágenes familiares. -Confeccionar fichas con espacios, lugares conocidos. -Gustos y preferencias musicales. -Imitación de tonalidades.	Dibujos, gráficos y fotografías. Idem anterior. Música Vídeos musicales.



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
	1. Adquirir un vocabulario mínimo comunicativo funcional.	graves, es difícil adquirir un vocabulario superior a las 15 palabras, aquellas palabras que se escojan deben ser significativas para la persona.	Trabajar palabras de contenido significativo.	Vocabulario.
	2. Construir frases cortas automatizadas.	Utilización del lenguaje automatizado.	Introducir frases cortas por yuxtaposición de nombres. Trabajar con estribillos de canciones familiares para el usuario/a.	Canciones Rezos.
	3. Abordar la expresión gráfica.	Aprovechar dibujos, escribir nombres, deportes preferidos, aficiones, ciudades...	Asociar dibujos esquemáticos con palabras.	
	4. Utilizar la expresión gestual.	Inicialmente, se debería trabajar a partir de la designación, gestos familiares.	Generalizar gestos cotidianos. Ejercicios de mímica corporal.	Ejercicios de mímica corporal: beber, comer, fumar, dormir, tocar el piano, cantar...
	5. Abordaje comunicativo con el núcleo familiar.	Facilitar a los familiares pautas y consignas comunicativas claras, accesible y de sencilla comprensión por parte del usuario/a.	Comunicar si /no. Comunicar preferencias. Comunicar idea sencilla.	Orientación familiar.



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
AFASIA DE BROCA Dificultad para hablar, habla telegráfica o agramática. Comprende el lenguaje. Estructura gramatical sencilla, forma verbal, infinitivo y participio. Nombres en singular, conjunciones, adjetivos, adverbios y artículos poco comunes.	Desbloqueo de las funciones lingüísticas conservadas 1. Incrementar las capacidades de comprensión del lenguaje oral. 2. Desbloquear la comprensión del lenguaje escrito. 3. Desbloquear la gesticulación manual.	Activar al máximo la región temporal posterior, si ésta se encuentra preservada. Trabajar la designación. Progresivamente trabajar las clasificaciones semánticas. Abordaje de la discriminación auditiva. Palabras escritas que se han de asociar a imágenes.	Designación: Estimulo auditivo asociado a un estímulo visual. -Partes del cuerpo. -Colores. Clasificación semántica: animales domésticos, salvajes, ... -Acciones. -Diferentes contextos sociales. Textos simples, titulares de periódicos, donde se deberá señalar la palabra. Copia de textos sencillos. Ejemplos de gestos: hola , adiós, gracias, telefonar.	Fotografías familiares. Todo tipo de estímulos visuales y auditivos. Periódicos, revistas deportivas, de moda, culturales, de viajes, etc. Programas informatizados.



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
	4.Abordaje del cálculo sencillo. Estimulación de los déficits propios de la zona lesionada. I.Abordaje de la apraxia bucofacial.	Nombres para asociar a fotografías. Introducir gestos de la vida cotidiana Reconocimiento de cifras de complejidad creciente. Posteriormente trabajar operaciones aritméticas simples. En personas con afasia de Broca, los trastornos articulatorios se deben a la apraxia bucofacial. Se trabaja con los elementos básicos de la articulación, luego con esquemas de articulación. Se trata de pasar las palabras conseguidas articular a frases.	Cifras de complejidad creciente representada en cartones. Operaciones aritméticas de menos a más sencillas. Números que faltan en una serie. Problemas de simple solución. Hacer correspondencia con las cifras. Imitación de los esquemas de articulación. Control de órganos de fonación. Articulación.	Dominós de números, bingo, loterías, reloj, series numéricas, sumas, restas,...etc. Cerillas, vela, espejo, esquemas de articulación.



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
	2. Trabajo de secuenciación. 3. Trabajo sobre la escritura. 4. Abordaje del agramatismo.	Se trabaja la agrafia a través de la copia. En algunos usuarios/as que se encuentran en fases progresivas, se puede trabajar el agramatismo, ya que es probable que genere frases con 3 elementos. -Completar textos en los que falten los nexos, o la palabra de inicio, o la palabra final. -Ordenar frases de una secuencia	Construcción de frases sencillas, con un sentido comunicativo y funcional. Trabajo de ritmo y entonación. Dictado de palabras simples y copia. -Entrenar la mano izquierda para la escritura. -Entrenar en el uso de ordenadores. -Uso de libretas que ayuden a la expresión oral.	Soporte gráfico (sujeto / verbo / objeto) Libretas. Fotografías. Programas informáticos. Textos en los que faltan nexos. Secuencias.
AFASIA DE WERNICKE. Incapacidad de comprender palabras o para distribuir sonidos coherentemente. Habla fluente, sin esfuerzo y	1. Reducir o eliminar la anosognosia.	Los usuarios que presentan ésta patología no tienen conciencia de déficit. Por ello, se debería conseguir que la persona tome conciencia de las dificultades que presenta al comunicarse.	-Interrumpir la conversación cuando surge alguna dificultad. -Motivar al usuario a la autocorrección. -Dar orientaciones sencillas a su estado comunicativo.	Autocorrección de errores. Libreta.



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
bien articulada. Aparece a veces la jergafasia.	2.Favorecer la atención auditiva.	El usuario/a suele hablar en jerga y no entiende. Intentar que se produzcan frases sencillas y cortas y que las escuche. Ayudarnos de un metrónomo o de pistas visuales para determinar la longitud máxima de la frase.	Articulación de frases sencillas, acompañarse de actividad manipulativa.	Pistas visuales. Metrónomo.
	3. Utilizar el lenguaje limitado en longitud.	Pedir al usuario/a que se comunique por escrito con el soporte de palabras claves.	Autocorrección de errores. Trabajar la frase a partir del nombre/ verbo/ complemento.	Pistas visuales. Autocorrección.
AFASIA DE CONDUCCIÓN. Pueden hablar fácilmente, enumerar objetos y comprender el habla, pero no pueden repetir palabras.	1.Disminuir el número de parafasias fonémicas. 2.Favorecer el uso de perífrasis. 3.Fomentar la función nominal. 4.Fomentar el lenguaje escrito. 5.Abordar las autocorrecciones. 6.Favorecer el	-Trabajar inicialmente, ejercicios de repetición, lectura en voz alta y ejercicios de escritura (palabras / frases cortas/ frases largas /textos). -Buscar la palabra a partir de definiciones. -Ejercicios de evocación.	- Buscar sinónimos, antónimos. - Ejercicios de escritura, evocación...	Textos de diferentes complejidades. -Ejercicios de evocación, sinónimos, antónimos, etc. - Programas informáticos.



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
	lenguaje gestual si la praxis está conservada. 7.Promover el uso de programas informáticos.	-Descripciones. -Sinónimos.		
AFASIA NOMINAL Presenta dificultades para encontrar las palabras y una incapacidad para nombrar objetos por confrontación. Comprenden y hablan con facilidad y repiten correctamente	1.Delimitar el grado de alteración de la función nominal según las distintas modalidades 2.Asociar nombres en la modalidad más preservada con la menos preservada. 3.Potenciar el uso de sinónimos y antónimos. 4.Desarrollar la capacidad de incrementar imágenes mentales para denominarlas. 5.Potenciar el lenguaje escrito. 6.Completar frases en las que facilite la evocación automática de nombres.	Puede ser residual de cualquier tipo de afasia. Puede existir múltiples déficits.	-Lenguaje espontáneo. -Fluencia con consigna fonémica (palabras que empiecen con una letra determinada). -Fluencia con consigna semántica (palabras de una categoría semántica concreta, como nombres de alimentos, profesiones, etc.) -Dibujo simbólico. -Denominación por confrontación visual.	



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
AFASIA TRANSCORTI CAL MOTORA Se caracteriza por un lenguaje espontáneo no fluente con buena comprensión y con buena repetición. El lenguaje espontáneo es hipofluido, el paciente no habla espontáneamente y no puede iniciar un lenguaje proposicional. En ocasiones el paciente intenta ayudarse con diversos gestos motores (palmeo en la mesa, p. ej.). A veces existe ecolalia. La lectura suele estar preservada, con buena comprensión. La escritura está alterada prácticamente siempre	1. Trabajar la disprosodia y la repetición. 2. Abordar las ayudas articulatorias y las fonémicas. 3. Trabajar la lectura en voz alta. 4. Trabajar la escritura.	Se benefician de las ayudas con claves fonéticas o semánticas. La recitación de material muy aprendido puede ser muy buena (p. ej., numeración, días de la semana, meses...) y posteriormente, se trabajará la repetición más espontánea. En cuanto a la lectura, se iniciará con lectura de palabras, títulos, frases cortas, textos cortos...	a) Ejercicios de repetición: tabla de multiplicar, meses, nombres de familiares, etc. b) A partir de una lista de palabras inicialmente cortas y en la medida de lo posible se irán incluyendo palabras de mayor complejidad. c) Se pueden contar objetos, primero en voz alta y luego en voz baja.	Listas de palabras. Textos. Imágenes, fotografías. Programas informáticos.



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
AFASIA TRANSCORTICAL SENSORIAL Tiene un output verbal fluido, frecuentemente parafásico y de contenido irrelevante. Comprensión muy limitada del lenguaje oral. Repetición correcta. Habla fluente pero con circunloquios. Alteración del habla con palabras bien articuladas, pero semánticamente irrelevantes, respecto a aquello que se está preguntando. Dificultad para encontrar palabras. Ecolalia prominente. Lectura comprensiva alterada y también la lectura en voz alta. Escritura ininteligible en grados diversos..	1.Abordar la denominación 2.Abordar la comprensión. 3.Trabajar el grado de parafasia y de circunloquios.	La repetición está intacta y tiende a ser ecológica. Los pacientes pueden repetir palabras y frases (“señale a la puerta”) que sin embargo no pueden comprender. La comprensión auditiva está muy alterada, sobre todo para palabras aisladas. Puede ser mejor la comprensión de órdenes que las tareas de designación. La denominación está muy alterada siempre (anomia semántica, con fracaso en unir palabras presentadas de forma oral o escrita con el estímulo visual). Un patrón conductual que se puede observar en estos casos es que pueden repetir bien la	-Apartar la atención de su lenguaje hablado y llevarlo hacia la realización de dibujos, construcciones, etc. -Incorporar palabras breves y sencillas en relación con la situación y actividad que ejecuta el paciente. -Mostrar imágenes, además de auditivamente, para ayudar en su comprensión, instrucciones sencillas que deben darse durante las sesiones. Ej: dame el bolígrafo, siéntate, etc. -Hacer que reconozca las palabras correctas que emite, dentro de su jerga incoherente, utilizando grabaciones de su lenguaje. para	Dibujos Imágenes de la vida cotidiana. Programas informáticos. Láminas secuenciadas. Grabaciones de voz.



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
		palabra pero con pérdida total de la comprensión de su significado (alienación del significado de las palabras) . La lectura y escritura están alteradas, la lectura en voz alta puede ser relativamente buena pero con grave alteración de la comprensión.	que lo escuche varias veces, intentando que relacione las palabras correctas con las imágenes.	
AFASIA TRANSCORTICAL MIXTA. También llamada “Aislamiento del área del lenguaje” El lenguaje espontáneo es no-fluente y tanto la comprensión como la denominación están muy alteradas.	En éste caso los objetivos a plantear depende de la alteración del lenguaje expresivo y comprensivo. En contraste, la repetición es buena y pueden ser capaces de repetir incluso frases largas con relativa facilidad y completar automáticamente frases abiertas. Pueden tener emisiones truncadas de inicios de frases	Esta clase de afasia es más extraña que las anteriores, ocasionando una alteración severa del lenguaje, tanto a nivel expresivo como comprensivo. Es frecuente otros trastornos neurológicos.		



PATOLOGÍA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
	automatizados “p. ej. esto...”. Los pacientes pueden tender a estar callados y sin hablar hasta que se les habla a ellos, apareciendo entonces la ecolalia.			



- **Terapia logopédica en grupo.**

- Siempre como complemento de terapia individual y nunca como una sustitución de ésta.
- Positivo en usuarios/as que se encuentran aislados.
- Se puede utilizar como base de interacción social en pacientes crónicos.

Características de los grupos:

a) grupo por proximidad clínica o terapéutica:

Puede servir para la rehabilitación de aspectos específicos del lenguaje. Importante tener en cuenta, el no potenciar los sentimientos de fracaso, comparando las ejecuciones de un paciente con la de los demás.

b) grupo como núcleo de integración social.

Pueden ser heterogéneos, ya que se trata de ampliar su mundo de relación y permitir que se establezcan contactos. El grupo obliga al usuario a adaptarse, según sus afinidades, a conocerse, a valorar sus dificultades y a animarse con los avances de los demás y del suyo propio.

La problemática común, como el apoyo afectivo y la permisibilidad ante las dificultades, hacen que se facilite el deseo de expresarse.

Los grupos que se forman deben ser pequeños, con una frecuencia dependiente de sus características y objetivos planteados.

- **Recuperación espontánea de las afasias:**

La recuperación espontánea ocurre en los primeros meses después de la lesión cerebral. Según los autores existen algunas

variables que intervienen:

- a) Tipo de lesión cerebral.
- b) Gravedad del traumatismo o tamaño de la lesión.
- c) Edad.
- d) Características premórbidas.
- e) Tipo de afasia.
- f) Estado psicológico de la persona.
- g) Lesiones cerebrales previas.
- h) Estado de salud en general.
- i) Interacción de las variables.

- **Orientación a la familia con personas afásicas.**

- Habla a la persona con afasia como le hablarías a una persona adulta, no como a un niño.
- Evitar cualquier ruido de fondo, como la televisión, la radio o varias personas hablando a la vez.
- No hablar demasiado rápido, intentado utilizar frases cortas.
- Intentar no saltar de un tema a otro en la conversación.
- Aceptar y apoyar todos los esfuerzos de comunicación de nuestro familiar.
- Hable con voz normal, la persona afásica no está sorda.
- Utilizar gestos, ayudas visuales (dibujos, mapas,...) siempre que sea posible.
- Deje que intente comunicarse con otras personas.
- Involucre a la persona afásica en la toma de decisiones del hogar, en la medida de sus posibilidades.
- Anime a la persona afásica a que sea lo más independiente posible.
- No pretenda hacerle creer que ha comprendido un mensaje, si en realidad no es así, ya que puede llevar a un estado de frustración.



- Observar cuidadosamente los labios de la persona, facilita la comprensión.

c) Alexia

- Evaluación del proceso lector

Como elemento previo al estudio de la lectura se han de destacar todos aquellos rendimientos anómalos debidos a trastornos perceptivo-visuales y/o atencionales. Es fundamental la evaluación de los posibles defectos de campos visuales y de la atención visuo-espacial (negligencia hemilateral).

La discriminación visual se puede estudiar mediante tareas de emparejamiento de letras, sílabas, pseudopalabras y palabras escritas con grafía distinta (alógrafos).

En la evaluación debemos de diferenciar y explorar la capacidad de leer en voz alta y la comprensión del mensaje escrito. La lectura en voz alta podemos explorarla con material cada vez más complejo, desde sílabas a frases.

La mayoría de los tests de afasia estandarizados contienen subtest de lectura, como por ejemplo:

- Subpruebas del Test Boston para el diagnóstico de la afasia (BDAE) Goodglass y Kaplan:
 - Lectura oral:
 - Palabras
 - Oraciones
 - Comprensión escrita:
 - Discriminación de símbolos
 - Reconocimiento palabras
 - Asociación fonética

- Emparejar dibujo-palabra
- Oraciones, párrafos

- Prueba de Minnesota para el diagnóstico diferencial de las afasias Schuell

- Exploración de selección de las funciones del lenguaje (Clínica Mayo), en el bloque de evaluación de la lectura incluye las siguientes pruebas:

- Identificación de letras
- Lectura de letras
- Lectura de palabras
- Ejecución de órdenes visuales

- Protocolo para el examen del lenguaje en la afasia (presentado por la APA en 1996):

- Lectura en voz alta
- Comprensión de material escrito
- Lectura de pseudopalabras

Otra manera de evaluar la lectura es de forma no estandarizada, teniendo en cuenta como guión para la evaluación por ejemplo esta división en dos áreas:

• Valoración de la capacidad de verbalización (conexión entre los sistemas visuales y los sistemas orales).

La capacidad de verbalización se puede estudiar mediante distintos tipos de materiales. Según el tipo de estímulo usado se implicarán unos u otros componentes funcionales.

- Cancelación visual de letras → al comando verbal, mediante el nombre de cada letra en una plancha donde se ubican de manera aleatoria y esparcidas, la persona debe marcar la letra dictada.

- Evaluar paralexias, omisiones.
- Evaluar palabras concretas-abstractas, nombres-elementos gramaticales.
- La lectura de logotomas → sistemas fonológicos aislados, ya que no se puede acceder a la semántica ni existe un conocimiento léxico del estímulo.
- La lectura de letras → tarea de denominación.
- La lectura de palabras requiere diversas matizaciones según el tipo concreto de material presentado al paciente. Se debe diferenciar la lectura de nombres, verbos, adjetivos y palabras de función (palabras gramaticales).
- La lectura de textos → ya que supone mayor complejidad visual y oculomotora, puede darnos rasgos semiológicos visuo-espaciales de interés.
- Comprobar la capacidad de discriminar tigramas.

• Evaluación de la capacidad de extracción semántica, discriminación/compreensión.

La semiología observada en la comprensión lectora se ha de comparar con los hallazgos del lenguaje oral, definiéndose tres situaciones:

- Predominio de los defectos de la comprensión oral sobre los defectos de la comprensión escrita o, al contrario.
- Predominio de los defectos de la comprensión escrita sobre los defectos de la comprensión oral
- Proporcionalidad de los defectos de la comprensión oral y escrita.
- Evaluar la comprensión de órdenes escritas.
- Proporcionalidad entre la capacidad de verbalización y la de comprensión.

Respecto al tema de la verbalización frente a comprensión, se han de destacar en especial tres situaciones posibles:

- 1.- El paciente lee (verbaliza) adecuadamente, pero es incapaz de comprender lo que ha leído
- 2.- El paciente presenta una proporcionalidad entre la capacidad de verbalización y la de comprensión.
- 3.- El paciente comprende adecuadamente, pero presenta graves transformaciones en el momento de la verbalización.

→ Comprensión de palabras: La comprensión de palabras (nombres, verbos, adjetivos) se puede realizar mediante una tarea de elección múltiple entre imágenes representadas en una lámina. Se presenta una palabra escrita y el paciente debe encontrar la imagen correspondiente. Esta tarea se puede realizar usando distintos tipos de imágenes.

→ Comprensión de palabras gramaticales: Se puede usar tareas similares a las empleadas en la comprensión oral de palabras gramaticales. El paciente deberá elegir la imagen correspondiente a la frase en la que la comprensión viene dada por la palabra gramatical.

→ Comprensión de frases: Se pueden diferenciar dos pruebas fundamentales: la ejecución de órdenes escritas y la elección de una palabra que completa y da sentido a una frase.

→ Comprensión de textos: La comprensión de textos se puede realizar mediante una tarea similar a la comprensión de frases, pero sustituyendo un texto para que el paciente lo lea (sin verbalizar) y luego hacer preguntas sobre el contenido del mismo.



Es importante destacar que, si existe una importante disociación entre la comprensión oral y escrita, las preguntas sobre el texto se deben presentar por escrito. Si existen problemas de memoria, también se presentará todo el material por escrito, dejándolo todo el tiempo ante el paciente.

- Intervención en la lectura

El principio básico de la terapia consiste en la individualización del tratamiento. El programa de rehabilitación se diseñará en función de las peculiaridades de cada caso ya que no existen recetarios fijos.

	Patología	Objetivos	Metodología	Actividades	Recursos
Trastorno perceptivo-gnóstico	ALEXIA AGNÓSICA/ LECTURA LETRA A LETRA	- Reconocimiento de las letras y grafemas. - Automatización del reconocimiento visual de los signos gráficos del lenguaje. - Evitar las paralexias morfológicas. - Reconocimiento espacial de las letras. - Conseguir que sea capaz de fijar la mirada en una palabra o texto y desplazarse de una línea a la otra. - Evitar la confabulación acerca de la mitad izquierda de las seudopalabras. - Interpretar el valor de los espacios entre las letras y las palabras. - Reconocimiento de los signos de puntuación y seguimiento del ritmo dado por la puntuación.	-La rehabilitación se fundamenta en la exploración de las aferencias propioceptivas	- Discriminación visual de letras - Copiar en el espacio los trazos gráficos que no es capaz de reconocer. - Trabajar los sistemas perceptivos - Reproducir letras. - Reconocimiento de letras a partir de grafismos muy diferenciados a nivel óptico para aumentar progresivamente las características de similitud. - Ejercicios como complemento de orientación espacial. - Aprendizaje mecánico del alfabeto (que lo repita o explore visualmente para extraer una letra que se le ha solicitado). - Lectura de textos a velocidad uniforme. - Ejercicios para trabajar la distribución espacial. - Trabajos de seguimiento de línea y renglones. - Trabajar técnica de seguimiento de líneas con dedo. - Ejercicios de lectura del primer morfema.	- Plantillas de letras (distinto tamaño, tipo de letra, grosor...) - Alfabeto - Plantillas de sílabas, palabras - Textos - Plantillas con distintos tipos de renglones. - Plantillas de lectura con distinta estructuración de espacio. - Plantillas con signos de puntuación.



	Patología	Objetivos	Metodología	Actividades	Recursos
				- Ejercicios para trabajar la comprensión de textos derivada de la inadecuada separación de las palabras. - Ejercicios de prosodia. - Ejercicios de puntuación. - Ejercicios para trabajar los errores en la lectura por sustituciones, adiciones, omisiones, divisiones...	
Trastorno psicolingüístico	ALEXIA SUPERFICIAL	- Mayor velocidad lectora. - Lograr una lectura fonológica adecuada (dadas sus dificultades en la vía fonológica).	- Método semiológico-didáctico	- Listas de palabras más o menos próximas a nivel semántico. - Regularización de palabras (ya que utilizan las reglas grafofonémicas estándares) - Trabajo de la dimensión perceptiva de los componentes visuoespaciales de los grafemas. - Frases con imágenes de secuencias o escenas de historietas secuenciarlas. - Trabajo de la dimensión acústico-articulatoria de los fonemas. - Lectura de palabras irregulares.	- Listado de palabras de alta y baja frecuencia. - Imágenes - Frases - Historias - Secuencias
	ALEXIA FONOLÓGICA	- Reforzar la dimensión perceptiva de los componentes visuoespaciales de los canales cinestésicos consolidados con el ejercicio de la escritura (en pacientes que no presenten alteraciones de tipo agráfico)	- Método psicolingüístico - Lectura por la ruta no léxica (grafofonémica) para la lectura deseudopalabras. - Lectura por la ruta léxica.	- Ejercicios de correspondencia grafofonémica. - Ejercicios de contraste de palabras con similitudes visuales (similitud de composición ortográfica)	- Palabras de alta frecuencia y de baja frecuencia. - Palabras con distinta clase gramatical. - Lecturas



	Patología	Objetivos	Metodología	Actividades	Recursos
	ALEXIA PROFUNDA	- Lentificar el proceso lector y evitar la aproximación por la vía léxica o global - Reconocer los rasgos físicos y los signos gráficos para llegar a reconocer palabras. - Evitar la presencia de paralexias semánticas durante la lectura en voz alta.	- Método semiológico-didáctico - Programa para reforzar las reglas de conversión grafema-fonema	- Completar frases de clasificación semántica. - Emparejamiento entre imágenes y rótulos escritos. - Elección de la imagen que se corresponde a la palabra pronunciada por el logopeda. - Elección de la palabra escrita que se corresponde a la dicha por el logopeda. - Ejercicios sobre morfología por los errores que se cometen durante la lectura.	- Frases - Imágenes - Palabras escritas
	ALEXIA PERIFÉRICA				
	ALEXIA POR NEGLIGENCIA	- Conseguir eliminar las paralexias unilaterales. - Eliminar la tendencia a remplazar las letras iniciales en las palabras.	- Terapia melódica entonacional - Terapia psicolingüística	- Lectura de frases completas. - Lectura de comienzo de palabras.	- Frases - Palabras - Letras
	ALEXIA ATENCIONAL	- Procurar que el paciente enfoque la atención visual en una región particular del estímulo.	- Técnica de desbloqueo - Técnica de facilitación de los estímulos	- Lectura de letra a letra dentro de una palabra pero no colocadas de forma aislada. - Nombrar los componentes de un conjunto visual. - Ejercicios de búsqueda visual.	- Listado de frases. - Listado con palabras. - Figuras - Dibujos



COMPRENSIÓN LECTORA.	
Objetivos	- Enseñar a relacionar el texto con los conocimientos. - Enseñar las estrategias de lectura. - Enseñar diferentes procesos para los que el usuario determina si lo que lee tiene sentido, es decir, a autoregular la comprensión lectora. □
Procedimientos	* Formular preguntas. * Análisis del título. * Cuestionarios previos. * Estrategias de reconocimiento de palabras y de comprensión de los significados de las mismas: uso de claves contextuales, análisis estructural, consulta al diccionario.... * Estrategias de construcción e integración de proposiciones para ser capaces de obtener el hilo de la progresión temática. * Introducción al texto que se leerá, para relacionar el tema con los conocimientos previos. * Modelado de la lectura y de la comprensión de un texto. * Comprensión de los textos narrativos, para ello es muy importante prever un doble proceso: a) la comprensión de los elementos que determinan la estructura (contestando las preguntas: ¿quién?, ¿qué?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde? Y b) la comprensión del curso de la acción: planteamiento, nudo y desenlace. * Práctica autónoma o independiente. □
Contenidos	* INTERPRETAR - Formarse una opinión. - Inferir significados por el contexto. - Estructurar ideas centrales. - Deducir conclusiones. - Relacionar datos. - Predecir consecuencias.. * RETENCIÓN - Conceptos fundamentales. - Datos para responder preguntas. - Detalles aislados. - Detalles coordinados. * ORGANIZAR - Formular hipótesis y predicciones - Establecer consecuencias - Seguir las instrucciones. - Secuenciar situaciones. - Esquematizar. - Resumir y generalizar. - Encontrar datos concretos en la re-lectura. * VALORAR. - Captar el sentido de lo que se está leyendo. - Establecer relaciones. - Deducir relación causa-efecto. - Separar situaciones reales de opiniones. - Diferenciar lo que es verdad, de aquello que es imaginario.



d) Evaluación de la escritura (agrafia)

(Clasificación Neurocognitiva y funcional)

TIPOS	TAREA	SUBPRUEBA	TEST
AGRAFIAS CENTRALES	SUPERFICIAL	-Escritura al dictado de palabras de ortografía arbitraria. -Presentar dibujos para que escriban debajo el nombre (palabras de ortografía arbitraria). -Escritura de homófonos a partir de su definición.	-EPLA. -PROESC (cualitativo) -BARCELONA
	FONOLÓGICA	-Dictado de palabras y no palabras. -Comparación entre la ejecución de palabras y no palabras. -Saber el estado en el que la lesión afecta al mecanismo de conversión grafema-fonema: a) Estado previo de segmentación fonológica: tareas de segmentación fonológica. b) Proceso de conversión en grafemas: dictar cada uno de los grafemas y combinaciones de ellos individualmente.	-BARCELONA. -PROESC. -EPLA.
AGRAFIAS PERIFÉRICAS	NIVEL GRAFÉMICOS	-Estado común a ambas rutas. -Pacientes muestran dificultades tanto al escribir: palabras como no-palabras y tanto frecuentes como infrecuentes. -Errores son de sustitución de fonemas y sobre todo los menos frecuentes. -La principal fuente de diagnóstico: a) Comparar la ejecución del paciente en las distintas tareas de escritura y el análisis de los errores. b) Decirle al paciente el nombre de un fonema para que señale entre cuatro letras la que corresponde. Respecto al retén grafémico (memoria a corto plazo donde se retienen los grafemas antes de ser escritos), la variable fundamental es la longitud de palabra. -Comparación entre palabras largas y cortas. -Pruebas de memoria a corto plazo (amplitud de memoria de dígitos y capacidad de retención de letras y palabras)	-EPLA. -PROESC. -BARCELONA. -BARCELONA.
	NIVEL ALOGÁFICO	-Copias que exijan pasar de un tipo de letra a otro, por ejemplo se le presenta una frase con las palabras en mayúsculas para que lo escriba en minúsculas o viceversa. -Dictado de nombres propios y comunes para comprobar si se sabe cuando tiene que utilizar mayúsculas y minúsculas.	-No baremable. Análisis cualitativo.
PROCESOS MOTORES	-Contrastar la escritura a mano con la escritura a máquina.	-Presentación de palabra, frase o texto para que lo escriba en ambas modalidades. -Si tiene un problema motor grave utilizar: letras de plástico o madera.	-No baremable. Análisis cualitativo



3.2 REHABILITACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA - DISARTRIAS

a) Evaluación

La rehabilitación de los trastornos del habla se planificará en función de los resultados obtenidos en la exploración: La mayoría de los tratamientos en patologías de daño cerebral se planifican en función de los tres aspectos generales:

- ✓ Rehabilitación
- ✓ Sustitución
- ✓ Compensación

Los aspectos específicos serán los siguientes:

- Sensibilidad
- Tonicidad
- Movilidad
- Respiración
- Fonación
- Fonoarticulación

El tratamiento se planificará en función de los objetivos a cumplir, realizando un orden de prioridad en función de la necesidad que presente el paciente.

Para una correcta evaluación de la disartria se adjuntan varios protocolos. Ver anexos:

- Anexo II- Examen de apraxia bucofacial
- Anexo III- Registro inicial de disartria
- Anexo IV- Evaluación logopédica de disartria
- Anexo V - Valoración de la respiración
- Anexo VI- Exploración de la voz en disartria
- Anexo VII- Exploración miofuncional
- Anexo VIII- Funciones de los pares craneales

b) Tratamiento

Relajación, tono, postura y fuerza

Adecuación y normalización del tono muscular

Postura idónea durante la intervención, atendiendo preferentemente a:

1. Los músculos de la respiración
2. Los órganos articulatorios
3. Los músculos bucofaciales
 - Golpear suavemente el cuello
 - Movilizar la cabeza hacia ambos lados
 - Movilizar los labios, ojos y boca de forma suave

Respiración

- Regulación del ritmo y profundidad respiratoria

Fonación

En caso de parálisis laríngea

- Emisión de sonidos vocálicos prolongados manteniendo volumen
- Emisión de sonidos vocálicos prolongados modificando el volumen
- Soplo sin emisión de sonido
- Soplo con sonido

En caso de disartria espática

- Hiperadducción laríngea
- Deben evitarse los ejercicios que impliquen esfuerzos físicos

En caso de disartria flácida

- Emisión de sonidos explosivos, intentando reforzar al máximo el esfínter laríngeo

En caso de disartria atáxica

- Mejorar y armonizar los movimientos respiratorios

Resonancia y articulación

Resonancia

- Refuerzo de la musculatura velofaríngea, fundamentalmente en



aquellos casos en los que sea necesario evitar la hipernasalidad y el escape de aire nasal y la incoordinación logofaríngea.

Articulación

Deben valorarse los trastornos específicos mediante la lectura en voz alta y durante una conversación normal.

Prosodia

Acentuación, ritmo, situación y duración de las pausas.

Al mejorar la articulación se mejoran los trastornos prosódicos.

Para mejorar la *velocidad* es necesario:

- Mejorar la capacidad respiratoria
- Utilizar sílabas con consonantes explosivas
- Abrir la mandíbula para mejorar las vocalizaciones progresivamente

Para mejorar el *ritmo*

- Controlar el tiempo de articulación
- Controlar el tiempo de pausa
- Enlentecer a fin de mejorar la inteligibilidad
- Enfatizar la sílaba que se quiere corregir

Actualmente podemos facilitar el tratamiento con algunos programas informáticos (ver Anexo IX)

3.3.- DISFAGIA

a) Introducción

La DISFAGIA NEURÓGENA la definiremos como aquel **trastorno de la deglución que aparece en el contexto de una lesión del sistema nervioso**. Los procesos neurológicos que pueden originar una disfagia neurógena son:

- ACV
- TCE
- Enfermedades neurodegenerativas: Alzheimer, Parkinson, ELA, síndrome postpolio, EM,...
- Parálisis cerebral infantil
- Síndrome de Guillain-Barré
- Poliomyelitis
- Lesión medular cervical
- Actuaciones quirúrgicas que afectan el tronco del encéfalo y pares craneales.

La incidencia de la disfagia neurógena va a depender de los diferentes autores y de las diferentes etiologías.

Siguiendo las indicaciones de M.Bernabeú, R.Terré y M.Martinell Gispert – Saúch, del Hospital de Neurorrehabilitación de la Fundación Instituto Guttman, detallamos los siguientes conceptos.

b) Anatomía de la deglución

Para realizar una correcta evaluación y tratamiento de la disfagia es imprescindible conocer la anatomía y fisiología de la deglución normal:

- **cavidad oral** (labios, dientes, paladar duro, paladar blando, mandíbula, suelo de la boca, lengua y los pilares del velo del paladar),
- **faringe** (nasofaringe, orofaringe, hipofaringe),
- **esófago** (esfínter superior e inferior)
- **laringe** (epiglotis, valécula, vestíbulo laríngeo, ventrículo laríngeo).



MÚSCULOS EXTRÍNSECOS DE LA LENGUA

NOMBRE	FUNCIÓN	INERVACIÓN
Geniogloso	Lleva la lengua hacia delante y abajo	Nervio hipogloso
Hiogloso	Lleva la base de la lengua hacia abajo y atrás	N. hipogloso
Condrogloso	Lleva la base de la lengua hacia abajo y atrás	N. hipogloso
Estilogloso	Lleva la lengua hacia atrás y arriba	N. hipogloso
Palatogloso	Estrecha el istmo de las fauces	N. hipogloso

CONTROL NEUROLÓGICO DE LAS AFERENCIAS DE LA DEGLUCIÓN

AFERENCIAS	INERVACIÓN
Sensibilidad general en los 2 tercios anteriores de la lengua	Trigémino (V)
Gusto en los 2 tercios anteriores de la lengua	Facial (VII)
Sensibilidad general y gusto en el tercio anterior de la lengua	Glossofaríngeo (IX)

CONTROL NEUROLÓGICO DE LAS EFERENCIAS EN LA DEGLUCIÓN

AFERENCIAS	INERVACIÓN
Músculos masticatorios	Trigémino (V)
Músculo orbicular de los labios	Facial (VII)
Lengua	Hipogloso (XII)
Constrictores faríngeos y estilofaríngeo	Glossofaríngeo (IX)
Paladar, faringe, laringe	Vago (X)
Esófago	Vago (X)



c) Exploración clínica de la disfagia (ver Anexo X)

Signos que permiten sospechar la existencia de disfagia y que deberemos tener presente al evaluar la deglución:

1. Historia de neumonía recurrente

2. Cambios en la cualidad de la voz (voz húmeda)

3. Tos, ausencia de reflejo tusígeno

4. Babeo de secreciones orales

5. Drenaje por el traqueostoma o por la cavidad nasal

6. Aumento de la secreciones bronquiales

La exploración se divide en:

Historia clínica

- **Función respiratoria y relación con la deglución**
- **Exploración de la anatomía oral**
- **Exploración funcional. Control labial, lingual, función masticatoria, reflejos, sensibilidad, función laríngea.**
- **Exploración con alimentos. Síntomas durante la deglución.**

En definitiva, la exploración clínica de la deglución permitirá establecer si existe un

diagnóstico de disfagia, la indicación de inicio o mantenimiento de la alimentación vía oral, el tipo de dieta a seguir, las estrategias terapéuticas a introducir y si es preciso efectuar otras exploraciones complementarias, como la videofluoroscopia, para establecer el diagnóstico definitivo de disfagia.

Es importante destacar que la exploración clínica de la deglución, en manos expertas, no identifica el 40% de aspiradores (Logemann 1999), son los denominados “aspiradores silentes”.

d) Diagnóstico de la disfagia neurógena: exploraciones complementarias

La disfagia se debe a la alteración de la biomecánica de alguno de estos dos grupos de acontecimientos:

- Por alteraciones anatómicas en la faringe o en el esófago cervical que van a impedir la reconfiguración de la vía respiratoria en una vía digestiva (disfagia estructural) o, más frecuentemente,
- Anormalidades en la propulsión o en la coordinación de estos acontecimientos (disfagia neurógena).

Además de la **historia clínica, la exploración física, y la exploración clínica de la deglución**, el diagnóstico de estas alteraciones va a requerir dos métodos específicos: **la videofluoroscopia y la manometría faringo-esofágica.**



Los objetivos del **EVD** son:

- **evaluar la seguridad y eficacia de la deglución**
- **caracterizar las alteraciones de la deglución en términos de síntomas videofluoroscópicos**
- **seleccionar estrategias de tratamiento y evaluar su utilidad**

El EVD permite sistematizar los síntomas que pueden observarse en dos de estas cuatro grandes fases y que son difícilmente accesibles a la exploración física y clínica: **la fase oral y la fase faríngea.**

Síntomas orales del EVD que evalúan la eficacia de la deglución

- **apraxia deglutoria**
- **disminución del control y propulsión lingual.**

Síntomas orales que evalúan la seguridad de la deglución

- **deglución fragmentada**
- **insuficiencia del sello palatogloso con caída prematura del bolo a la hipofaringe antes del disparo del reflejo deglutorio.**

Las aspiraciones pueden producirse antes (durante la fase oral), durante, o después del disparo del reflejo deglutorio. La protección de la vía respiratoria durante la fase oral depende del sello glosopalatino.

OBJETIVO DEL ESTUDIO (EVD Y MANOMETRIA)

El análisis de los síntomas manométricos y videofluoroscópicos, junto a la información proporcionada por la exploración clínica, permite clasificar a los pacientes con disfagia en cinco grandes categorías:

e) Clasificación de pacientes con disfagia

1. Pacientes con una **deglución eficiente y segura** que pueden alimentarse sin restricciones por vía oral.
2. Pacientes con **síntomas moderados que requieren estrategias** de tratamiento fundamentadas en modificaciones del volumen y de la consistencia del bolo.
3. Pacientes con **síntomas propulsivos severos que requieren estrategias posturales**, de incremento sensorial oral y el aprendizaje de maniobras activas.
4. Pacientes con **síntomas obstructivos severos** que requieren procedimientos quirúrgicos para corregir las anomalías estructurales (miotomía del cricofaríngeo, etc.).
5. Pacientes con **aspiraciones o alteraciones severas de la eficacia** de la deglución en los que es necesario indicar una gastrostomía percutánea, para evitar complicaciones respiratorias y nutricionales.

La manometría faringoesofágica y la video fluoroscopia permiten caracterizar las alteraciones biomecánicas responsables de la disfagia orofaríngea, por lo que contribuyen a prolongar la alimentación



oral de forma eficiente y segura y a minimizar las complicaciones nutricionales y respiratorias, o a indicar de forma objetiva una alternativa a la alimentación oral o un procedimiento directo sobre el esfínter esofágico superior.

f) Intervención en disfagia

Todas las estructuras y mecanismos que intervienen en la deglución normal persiguen un objetivo común que es la **SEGURIDAD Y LA EFICACIA**, es decir, evitar complicaciones respiratorias y cubrir los requerimientos calóricos necesarios en cada caso.

- Fases de la alimentación

La exploración inicial del paciente con trastorno disfágico determinará el área o áreas de trabajo que se centran en las siguientes fases de la alimentación:

- ✓ Fase preparatoria: Fase de la deglución que incluye la recogida y colocación del alimento en la boca así como su colocación y manipulación para la preparación del bolo.
- ✓ Fase Oral: Esta fase empieza cuando el bolo es recogido por la lengua cuya parte media se eleva para presionar el bolo contra el paladar duro.
- ✓ Fase faríngea: La fase faríngea comienza cuando la lengua está retraída y presionando sobre el paladar duro, la masticación cesa y la respiración es inhibida.
- ✓ Fase esofágica: Es el tiempo que transcurre en desde que el bolo entra en el esfínter esofágico superior (cricofaríngeo), hasta que entra en el estómago, a través del esfínter esofágico inferior.

- Aspectos a tener en cuenta

En función del área a tratar se tendrán en cuenta los siguientes aspectos que intervienen a lo largo de todo el proceso:

- ✓ Función respiratoria
- ✓ Coordinación motora de la fase preparatoria:

- Una vez exploradas las siguientes estructuras:

Labios

Paladar duro

Paladar blando y úvula

Fauces. Pilar anterior y posterior

Lengua

Surcos laterales de la mandíbula

Estado de dentición

Secreciones orales

- Se trabajará el control:

Labial

Lingual

Función masticatoria

Función de paladar blando y reflejos orales

Sensibilidad oral y

Función faringo-laríngea

- ✓ Coordinación motora de la fase oral
- ✓ Función esofágica: En la que nosotros no podemos actuar, ya que vendrá determinada por el médico especialista

- Técnicas de tratamiento

El objetivo final ideal del tratamiento, en pacientes con potencial para la rehabilitación, es alcanzar unos **patrones normales de alimentación**, es decir, dieta enteramente oral, con correcta nutrición e hidratación, sin complicaciones respiratorias e independiente.

En pacientes con enfermedad progresiva, el objetivo será adaptar la forma de



alimentación a la evolución de la enfermedad, garantizando la eficacia y la seguridad.

Los trastornos que afectan a la deglución son de varios tipos:

- Neuromusculares: motores, sensitivos y de tono
- Cognitivos y conductuales: de atención, lenguaje, memoria, percepción visual, praxis, razonamiento, impulsividad, etc.

El tratamiento puede consistir en diversas estrategias e implicar distintos profesionales y cuidadores. Es importante verificar el cumplimiento real del plan establecido.

Según la exploración y las características del paciente:

COMPENSATORIAS: no requieren la participación activa del paciente. Debe contarse con la colaboración del cuidador. No cambian necesariamente la fisiología de la deglución, sino que evitan que se produzca la aspiración o facilitan la deglución poco eficaz. Son útiles sobre todo en los inicios y en pacientes con afectación cognitiva.

I. Posturales

ALTERACIÓN	POSTURA	ACCIÓN
Tránsito oral ineficiente (déficit en propulsión lingual)	Cabeza hacia atrás	Efecto de gravedad
Retardo en el disparo del reflejo deglutorio	Flexión anterior del cuello	Reduce la entrada de la vía aérea, reduciendo aspiración
Deficit movimiento posterior de la base de la lengua (residuo en valécula)	Flexión anterior del cuello	Empuja la base de la lengua hacia la pared faríngea
Disfunción laríngea unilateral / paresia cuerda vocal (aspiración durante la deglución)	Rotación de la cabeza al lado dañado	Presión extrínseca en el cartílago tiroides, incrementando aducción cuerdas vocales
Déficit cierre laríngeo (aspiración durante la deglución)	Flexión anterior de cuello	Empuja la epiglotis a una posición más protectora Reduce la entrada laríngea
Paresia faríngea unilateral (residuo en un lado de la faringe)	Cabeza rotada al lado dañado	Dirige el bolo al lado sano
Insuficiente apertura del esfínter cricofaríngeo	Cabeza rotada	Empuja el cartílago cricoides lejos de la pared faríngea posterior; reduciendo presión en el esfínter cricofaríngeo



2. Incremento Sensorial (táctil:presión cuchara lengua/ gustativa:sabor ácido/ térmica: estimulación previa con frío/ incremento del volumen)

Dieta normal, con carne triturada
Dieta normal

Néctar: zumo de melocotón
Líquido fino: agua, refresco

3. Volúmenes y consistencias (2,5ml, 5ml, 10ml, 15ml, 20ml)

CONSISTENCIAS Y GRADACIÓN DE LA DIETA

Sólido

Puré: triturados, preparados comerciales para adultos
Dieta blanda: tortilla, pasta, queso fresco croquetas

Líquido

Pudding: yogur, flan, gelatina
Miel, yogur líquido

4. Control del entorno y presentación del alimento (ambiente tranquilo, concentrarse en el acto de comer, correcta sedestación, evitar hablar y reir mientras se come).

TERAPÉUTICAS: directas (con alimento)/ indirectas (sin alimento). Cambian la fisiología de la deglución, generalmente requieren la colaboración del paciente, cierto aprendizaje y capacidad para practicar por su cuenta.

1. Maniobras deglutorias

ALTERACIÓN	MANIOBRA	ACCIÓN
Cierre de las cuerdas vocales insuficiente o lento	D. supraglótica	Cierre de cuerdas vocales antes y durante la deglución
Cierre insuficiente entrada vía aérea	D. supersupraglótica	Incrementa cierre entrada vía aérea antes y durante la deglución
Déficit retracción base lengua	D. de esfuerzo	Incrementa retracción base lengua
Déficit de movimiento laríngeo	Maniobra de Mendelsohn	Incrementa movimiento laríngeo y, en consecuencia, apertura cricofaríngea
Deglución descoordinada	Maniobra de Mendelsohn	Mejora de la coordinación

2. Ejercicios de control motor

Mandíbula	Movimientos de apertura y cierre Movimientos lateral y rotatorio Cierre contrarresistencia (dedos sobre masetero)
-----------	---



Labios y mejillas	Mímica facial Extensión y redondeo de labios Cierre contrarresistencia (pantalla oral) Hinchar y succionar mejillas
Lengua	Protusión y retracción Movimientos laterales Elevación y descenso del ápex Elevación del dorso (chasquidos linguales) Elevación posterior (fonemas velares) Rotación entre labios y dientes Control fino
Base de la lengua	Deglución de esfuerzo Movilidad de la lengua
Elevación laríngea	Maniobras deglutorias, tensando la musculatura laríngea, como ejercicio Movilizaciones linguales: barrer el paladar Escala de tonos manteniendo el más agudo
Avance laríngeo y apertura del EES (esfínter esofágico superior)	En supino, flexiones de la cabeza (musculatura suprahioides)
Cierre entrada vía aérea	Inspirar, aguantar 1s (con cierre glótico), soltar Lo mismo, asociado a esfuerzo Esfuerzos a glotis cerrada
Cierre cuerdas vocales	Fonación asociada a esfuerzo Series vocálicas con ataque duro Tos voluntaria Esfuerzos a glotis cerrada Maniobras deglutorias como ejercicio

3. Ensayos alimentarios

4.- LOS SISTEMAS ALTERNATIVOS/AUMENTATIVOS DE COMUNICACIÓN EN ADULTOS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.

El abordaje del paciente con DCA, va a depender de los déficits que presente, así como de las capacidades que tenga

conservadas. Algo que no debemos olvidar es que estamos buscando la funcionalidad, de modo que **si no podemos restablecer la función** será necesario **compensarla o sustituirla**, aquí entrarían en juego los **sistemas alternativos/aumentativos de comunicación**.

a) Concepto

La expresión Comunicación Aumentativa ha venido a sustituir a otras expresiones vigentes dos décadas atrás, tales como “sistemas alternativos de comunicación”



(SAC) o “sistemas alternativos/aumentativos de comunicación” (SAAC). En la última década se han usado expresiones como sistemas alternativos para la comunicación o lenguajes alternativos. En la actualidad se ha ido hacia el concepto más amplio de comunicación aumentativa (CA), que incluye todas aquellas opciones, sistemas o estrategias que se pueden utilizar para facilitar la comunicación de toda persona que tenga dificultades para mantener una relación comunicativa con otras personas de su entorno.

b) Objetivos

1. Suministrar un medio de comunicación alternativa hasta que se restablezca la comunicación hablada de forma adecuada.
2. Aportar un medio de comunicación alternativo de por vida, cuando no es posible o no es funcional la comunicación hablada del sujeto.
3. Servir como medio de apoyo al desarrollo o restablecimiento de la comunicación hablada.

c) Sistemas de comunicación aumentativa en las disartrias.

Cuando una persona con disartria tiene una lesión tan severa que no se puede entender lo que dice, es necesario buscar métodos alternativos que le permitan comunicarse con su entorno. En estos casos, el logopeda puede ofrecer al paciente distintas posibilidades para conseguir una comunicación más eficiente.

Estos medios de comunicación pueden ser sencillos (una cartulina con el alfabeto o con imágenes); o complejos (comunicadores electrónicos portátiles que emiten voz); temporales (en las fases iniciales hasta que hay una mejoría en la comunicación) o permanentes (cuando sus

capacidades comunicativas no son suficientes para asegurar un alto nivel de funcionalidad).

Los factores que deben evaluarse o tenerse en cuenta a la hora de elegir un sistema aumentativo de comunicación u otro son.

Factores cognitivos:

- Memoria.
- Atención.
- Comprensión causa-efecto.
- Comprensión medio-fin.
- Planificación.
- Destrezas perceptivas.

Factores motores

Capacidades lingüísticas.

Interés por comunicarse.

Una valoración en equipo (**equipo intradisciplinar**), de todas estas características orientará hacia un sistema u otro.

Una vez que se determina qué sistema va a emplearse, cuál es el vocabulario que contendrá y cómo se visualiza y recupera el mensaje grabado, el logopeda y el paciente inician su plan de acción por medio de distintas tareas hasta alcanzar un uso funcional del mismo.

Los sistemas alternativos-aumentativos se pueden ir ajustando según las necesidades del paciente.

El éxito de los sistemas alternativos-aumentativos de comunicación depende, en gran medida, del grado de aceptación y normalización por parte de la familia y del paciente. Por ello la familia debe conocer cómo funciona el sistema alternativo-aumentativo de comunicación, qué usos se le puede dar, cómo pueden fomentar la comunicación del afectado en distintos contextos naturales, etc. Para poder alcanzar todos estos aprendizajes la familia-logopeda



deben trabajar de forma conjunta a lo largo del proceso de rehabilitación realizando todos los ajustes necesarios en cada momento.

d) Sistemas de comunicación aumentativa en las afasias.

En los pacientes con una afasia severa de tipo expresivo la comunicación va a depender del uso de SCCA. Aunque algunos individuos pueden llegar a usar técnicas de comunicación alternativa de forma independiente, otros es probable que requieran ayuda por parte de sus interlocutores. Algunos medios de comunicación pueden ser muy simples como el uso de libros de fotografías, dibujos o diagramas, o cartas con instrucciones para facilitar la interacción con un interlocutor. Estas y otras técnicas requieren ayuda por parte de un interlocutor para llegar a ser efectivas. De ahí la importancia de entrenar en el uso de los SCAA a los interlocutores del paciente.

Los pacientes con una afasia expresiva severa pueden convertirse en usuarios de un sistema no verbal para conseguir la comunicación funcional.

La mayor parte de los pacientes con afasia expresiva severa tienen también trastornos de tipo receptivo. En este caso las estrategias de comunicación sirven para aumentar la comprensión y el paciente asume el papel de receptor. El hablante puede facilitar la comprensión del paciente a través de distintas técnicas aumentativas (señalar dibujos, mapas u objetos, utilizar gestos, hacer dibujos...). Entre los sistemas de comunicación que estos pacientes pueden utilizar tenemos:

- Sistema de comunicación Bliss (símbolos gráfico-visuales que representan

significados. Utilizan formas básicas para su transmisión. Los símbolos se combinan de diversas maneras formando así nuevos significados).

- Minspeak (lenguaje que utiliza una cantidad relativamente pequeña de pictogramas, y cada pictograma posee múltiples significados).

- Plaphons (forma de codificar el lenguaje para su aprendizaje y uso comunicativo mediante un teclado táctil o una agenda electrónica. Permite crear mensajes a partir de plafones enlazados. Estos mensajes surgen mediante la estructuración de pictogramas, dibujos, fotos, palabras o letras, dependiendo de las necesidades de la persona.

- Símbolos pictográficos para la comunicación (SPC) (Sistema de comunicación no oral basado en símbolos pictográficos en su gran mayoría. Su presentación recuerda mucho a la realidad)

- Sistemas de CA basados en la ortografía (sistema gráfico que corresponde a una lengua).

No podemos olvidar las ayudas técnicas, entendiendo como tales “todo instrumento mecánico o electrónico diseñado para que la persona pueda comunicarse mejor ya sea aumentando o supliendo su habla oral” (Soro-Camats, 1998). Dependiendo de la forma de señalización que tenga el sujeto, de las características del contexto y de las indicaciones para su uso, el soporte que utilizaremos para el sistema o sistemas elegidos será de un tipo u otro.

- Tableros de comunicación.

- Cuadernos.

- Pulsadores/conmutadores.

- Comunicadores con voz digitalizada (Voicemate, Chatbox, Alphatalker....

- Comunicadores con voz sintetizada (Light writer)
- Programas para ordenador.
- Archivo de fotos para “Boardmaker” (dibujos con sus nombres).
- Dr. Speech (programas para PC, para el análisis y rehabilitación de la voz y el lenguaje).

e) Sugerencias para tratar con personas que emplean sistemas alternativos de comunicación. (Fernandez, S. y López-Higes, R. 2005)

Las personas que no hablan de un modo natural y que necesitan sistemas alternativos de comunicación se pueden sentir molestos si:

- Se pregunta al acompañante :”¿me entiende si le hablo?.
- Ignorar sus llamadas de atención cuando quieren iniciar o continuar en una conversación.
- Comportamientos demasiado familiares por parte del interlocutor, como “tocar” su ayuda técnica de comunicación como si fuera un juego.
- Se mira a la pantalla del dispositivo de comunicación mientras la persona está hablando.
- Se camina o se está de pie detrás de ellos en lugar de a su lado.

En cambio hay otros comportamientos que incentivan la intención comunicativa del usuario del sistema de comunicación:

- Tomarse un tiempo de antemano para conocer el método de comunicación de la persona.
- Dirigirse directamente al usuario, mirándole, no hablando por encima de su cabeza.
- Dejar tiempo...no adivinar demasiado deprisa. No debemos adelantarnos a su pensamiento.
- Reconoce que pueden ocurrir rupturas en la comunicación debido al vocabulario limitado. Pregunta “¿Tienes la imagen/palabra apropiada ?.
- Cuando todo lo demás falla, haz preguntas que puedan ser contestadas con un “sí” o “no”...nunca dejes la conversación sin terminar o frustrada.

Dado que uno de los objetivos que tenemos los profesionales de las diferentes Asociaciones que componemos FEDACE, es mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, el uso de medios alternativos o aumentativos para la mejora de la comunicación puede ser una de las herramientas para dicho fin. Pues: “Después de hablarle y hablarle...a los que no me podían hablar, por fin me di cuenta de que ellos tenían mucho que decirme y yo mucho que escuchar.” (confesiones de un terapeuta jubilado. Torres, 2001).



PARTE III

DAÑO CEREBRAL

EN LA INFANCIA



I INTRODUCCIÓN

El Daño Cerebral Adquirido en la infancia tiene una gran importancia ya que estamos asistiendo a un incremento progresivo tanto en su incidencia como en las tasas de supervivencia.

El Daño Cerebral puede producirse en la infancia por diversas causas de tipo traumático, infeccioso, tóxico o tumoral, aunque sin duda el traumatismo craneoencefálico (TCE) es la modalidad más frecuente y constituye una de las principales causas de mortalidad. El TCE produce contusiones, laceración y daño difuso en el cerebro, provocando hemorragia, isquemia y aumento de la presión intracraneal. Las áreas anteriores

y laterales del encéfalo (lóbulos frontales y temporales) sufren con mayor frecuencia las consecuencias directas del impacto.

El cráneo del niño es menos resistente que el del adulto, por lo que los efectos del daño cerebral traumático son más difusos, ya que el cerebro infantil sufre un mayor grado de deformación y desplazamiento. Así la recuperación de las secuelas producidas de manera focal (afasias, apraxias y agnosias) tienen mejor recuperación que las producidas de manera difusa (memoria, atención y velocidad). Además, a diferencia de los adultos los traumatismos suelen producir una disminución del rendimiento intelectual general.

II ALTERACIONES LOGOPÉDICAS SECUNDARIAS A UN D.C.A. INFANTIL

Siguiendo a Joan Deus, podemos considerar las dificultades del lenguaje dentro de un continuo de la siguiente manera:



a) Lenguaje

-Retraso simple del lenguaje.

Como podemos intuir por su nombre se trata de leves retardos en la adquisición y/o desarrollo del lenguaje oral. En este caso, el pronóstico suele ser bastante favorable, pudiendo alcanzar una normalización del lenguaje del niño. Para ello, es necesario la intervención del logopeda sino podría derivar hacia un retraso moderado o disfasia.

AMBITO	DISFUNCIONES O RETRASOS
Nivel Fonológico	Tendencia a omitir la segunda consonante de sílabas complejas directas (CVC) e inversas (CCV). · Reducción de los diptongos vocálicos.
Nivel Morfosintáctico	· Retraso en la emisión de las primeras palabras. · La unión de dos palabras se retrasa hasta los tres años.

* Tomado de "Guía de familias FEDACE. José Antonio Portellano. Daño cerebral infantil".



AMBITO	DISFUNCIONES O RETRASOS
Nivel Morfosintáctico	· Uso excesivo de frases simples, en perjuicio de oraciones compuestas de mayor complejidad sintáctica. · Empleo de palabras yuxtapuestas sin el consecuente uso de los nexos oportunos. · Lenguaje telegráfico. · Retraso notable, hasta los cuatro años, en el uso adecuado de los pronombres. · Dificultades en la utilización de artículos, pronombres, plurales y posibles alteraciones en la conjugación de algunos tiempos verbales. · Construcción de frases sintácticamente incorrectas o desestructuradas. · Compensación gestual para paliar los errores de su expresión y garantizar la comprensión del receptor.
Nivel Semántico	· Aparentemente normal, si bien la actualización lingüística de contenidos cognitivos puede ser ligeramente escasa. · Vocabulario ligeramente reducido, a veces.
Nivel Pragmático	· Lenguaje útil y funcional aparentemente normal. Sólo se han apreciado disfunciones en la repetición de determinadas palabras o frases que no tienen integradas o bien carecen de significado (pseudopalabras).

*Tabla: Caracterización del retraso simple del lenguaje. Tomado de "Atención logopédica al alumnado con dificultades en el lenguaje oral. J.L. Gallego y A. Rodríguez. Ediciones Aljibe. 2005"

- Disfasia (o trastorno específico del lenguaje).

La disfasia se podría definir como una alteración lingüística que afecta tanto al nivel expresivo (emisión del lenguaje oral) como al nivel receptivo o comprensivo, sin que haya una causa clara que lo justifique. Es decir, no hay una lesión que explique las alteraciones lingüísticas que presenta el niño.

El trastorno específico del lenguaje (o disfasia) se utiliza para calificar el lenguaje de aquellos niños que, sin causas aparentes y con capacidades cognitivas normales, manifiestan notables dificultades en el desarrollo de su lenguaje (Bishop, 1997; Leonard, 1998). Así, podemos decir que los niños con disfasia no conforman un grupo homogéneo.



Según las explicaciones de Joan Deus, resulta muy difícil confirmar el diagnóstico de una disfasia antes de los 3 años, puesto que

hasta esa edad no se ha adquirido bien el lenguaje oral, teniendo un margen de dos años (hasta los 5 años).

AMBITO	DISFUNCIONES O RETRASOS
Nivel Fonológico	· Reducción del sistema fonológico consonántico, en especial de consonantes fricativas. · Distorsiones fonéticas y/o fonológicas. · Habla infantilizada.
Nivel Morfosintáctico	· Emisiones telegráficas e incluso holofráscas. · Ausencia excesiva de nexos y morfemas necesarios. · Proliferación de frases cortas de baja complejidad sintáctica. · Uso deformado u omitido de los plurales. · Escaso uso de los pronombres demostrativos y posesivos. · Empleo reducido u omisión de las preposiciones. · Escasa utilización de la coordinación para construir frases compuestas. · Ausencia de subordinación y de formas sintácticas complejas en la construcción de oraciones compuestas. · Alteración de la estructura canónica de la frase. · Locuciones automáticas. · Retraso y dificultad en la emisión de ciertas palabras. · Retraso, dificultad y disfunciones en la unión de dos palabras. · Empleo deficiente de las categorías verbales. · Dificultades en la adquisición de morfemas verbales. · Agramatismo u omisión de palabras necesarias.



AMBITO	DISFUNCIONES O RETRASOS
Nivel Semántico	· Vocabulario reducido e impreciso. · Desconocimiento del significado de nombres y conceptos, incluso de uso común. · Todo ello debido a la dificultad que muestran para aprender vocabulario. · Alteraciones en la comprensión del lenguaje.
Nivel Pragmático	· Las frecuentes disfunciones y la falta de madurez lingüística impiden o dificultan el uso del propio lenguaje. · Dificultad para reproducir más de dos palabras carentes de significado (disnomia). · Cierta incapacidad en la repetición de frases y en el recuerdo de enunciados largos. · Pobre intencionalidad comunicativa.

* Tabla: Caracterización de la disfasia o TEL. Tomado de "Atención logopédica al alumnado con dificultades en el lenguaje oral. J.L. Gallego y A. Rodríguez. Ediciones Aljibe. 2005"

- Afasia infantil.

Es un trastorno persistente provocado por una lesión cerebral que da lugar a graves alteraciones del lenguaje, afectando a todos los componentes del sistema lingüístico. De manera que provoca trastornos significativos tanto en la vertiente expresiva como en la vertiente comprensiva del lenguaje.

Según Joan Deus, si tenemos en cuenta el momento en el que se produce la lesión, podemos distinguir entre:

- Afasia congénita: la lesión se produce antes de los dos años de edad.
- Afasia adquirida: cuando la lesión se produce a partir de los dos años.

Principales etiologías de la afasia infantil adquirida

· Síndrome de Landau-Kleffner · Enfermedades vasculares · Traumatismos craneoencefálicos · Tumores cerebrales	· Tratamiento del cáncer · Enfermedades infecciosas · Trastornos hipóxicos · Trastornos metabólicos
--	--

FACTOR	TENDENCIA
- Edad de inicio - Etiología	A mayor edad, peor recuperación (síndrome de Landau-Kleffner al revés).



- Gravedad y bilateralidad	TCE mejor que vascular e infeccioso. Afasia con epilepsia, peor pronóstico. A mayor gravedad, peor pronóstico. Las lesiones bilaterales, escasa mejora.
----------------------------	--

· Factores pronóstico en la recuperación de las afasias adquiridas en la infancia. De Loonen y Van Dongen, 1990.

*Tablas tomadas de “Afasia infantil. M.A. Jurado y M. Mataró en Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje. Editorial Masson. 2003”

b) Trastornos de la lectoescritura - Alexia vs. Dislexia

Siguiendo a Joan Deus, si nos referimos al término alexia podríamos definirla como la pérdida de la comprensión lectora. Sin embargo, la dislexia es un término que compromete otros aspectos, ya que existe una alteración tanto a nivel de mecánica y velocidad como a nivel de comprensión. Así, cuando realicemos la evaluación de los trastornos lectoescritores tendremos que tener muy claro si el niño tiene afectada sólo la comprensión lectora o también tiene afectados otros aspectos, ya que la intervención será más compleja en el caso de la dislexia.

De hecho, dentro de la dislexia podemos distinguir tres tipos:

- Audiolingüística: intervendremos a nivel de conciencia fonológica.
- Mixta: la intervención se centrará tanto en la conciencia fonológica como en los aspectos optométricos.
- Visuoperceptiva: la intervención sólo irá dirigida a los aspectos optométricos.

- Disgrafía

La disgrafía se debe a una alteración en el sistema normal de escritura. Podemos diferenciar dos tipos de disgrafía:

- Evolutivas: cuando el sujeto tiene dificultades para aprender a escribir.
- Adquiridas: cuando el sujeto escribía correctamente y a partir de una lesión cerebral presenta dificultades en la escritura.

En la evaluación tendremos que buscar el proceso de la escritura que no está funcionando correctamente y así establecer adecuadamente los objetivos de nuestro plan terapéutico.

c) Acalculia

Es un trastorno adquirido de la habilidad de cálculo secundario a una lesión cerebral. A la hora de intervenir en la acalculia tendremos que tener en cuenta el nivel de escolarización del niño, con lo que la participación del maestro, tanto en la evaluación como en la intervención, será imprescindible.

d) Habla

- Disartrias

Son trastornos articulatorios que se identifican por debilidad muscular, descoordinación respiratoria y alteraciones en la fonación, prosodia, resonancia y articulación. Al encontrarse afectados los centros motores del encéfalo (responsables



del control motor) se produce una disfuncionalidad de los órganos articulatorios y un desfase en el desarrollo neurológico, incidiendo notablemente en el dominio del lenguaje oral.

Un procedimiento metodológico general para la valoración de un habla disártrica se puede concretar en los siguientes puntos (Casavovas, 1996, 70-73):

1. Mecanismos motores del habla.
2. Sistema respiratorio.
3. Sistema fonatorio/resonador.
4. Diadococinesias.
5. Articulación.
6. Ritmo y prosodia.
7. Deglución.

Una metodología adecuada para el tratamiento de las disartrias requiere una actuación doble:

- a) global, a partir de actividades de relajación, de respiración, de voz y buco-fonatorias.
- b) funcional, mediante actividades de deglución, masticación y control del babeo.

*Tomado de "Atención logopédica al alumnado con dificultades en el lenguaje oral. J.L. Gallego y A. Rodríguez. Ediciones Aljibe. 2005"

- Dificultad en prosodia

La prosodia es un rasgo suprasegmental del habla que incluye el acento, la entonación y el ritmo. Según la función que desempeña podemos dividir entre:

- Prosodia lingüística.
- Prosodia afectiva.

En los últimos años este tipo de alteración ha recibido una mayor atención, y es por ello que se aconseja concienciar al sujeto sobre la importancia que tienen los aspectos prosódicos en su expresión hablada.

e) Disfagia

La disfagia se produce como consecuencia de un trastorno sensoriomotor que afecta a alguna de las etapas de la deglución. De manera que, en la evaluación, será importante descubrir a qué momento del acto deglutorio está afectando dicho trastorno. Y, a partir de ahí, definiremos nuestro plan de actuación, teniendo en cuenta que el objetivo primordial de nuestra intervención será que el niño aprenda y consiga automatizar una técnica adecuada de deglución.

DISFAGIA ORAL Y FARÍNGEA	DISFAGIA ESOFÁGICA
· Cambios en los hábitos alimentarios. · Cambios en la voz, el habla, o ambos. · Regurgitación nasal. · Dificultades para iniciar la deglución. · Tos o ahogo al deglutir. · Adherencia de alimentos en la garganta. · Salivación incontrolada. · Pérdida de peso. · Neumonías de repetición.	· Sensación de alimentos adheridos en el pecho. · Regurgitación oral y faríngea. · Salivación incontrolada. · Pérdida de peso. · Cambios en los hábitos alimentarios. · Neumonías recurrentes. · Adherencia de alimentos en la garganta.

Tabla: Principales signos y síntomas de la disfagia. De Palmer y cols., 2000.



No debemos olvidar que el tratamiento de la disfagia debe ser multidisciplinar (neurólogo, otorrinolaringólogo, logopeda) y debe incluir la aplicación de diferentes técnicas y estrategias (técnicas posturales, maniobras de deglución, ejercicios motores...).

- Deglución atípica

La deglución atípica corresponde a movimientos inadecuados de las estructuras que participan del acto de deglutir. Esto suele estar provocado por problemas de postura inadecuada de la cabeza, por alteraciones del tono, de la movilidad o de la propiocepción de los órganos: lengua, labios, mejillas y paladar blando.

MATERIAL	UTILIDAD
Depresores	Presionar la base de la lengua, ambos labios...
Globo	Inflarlos.
Espejo	Para observarse y tomar conciencia de la funcionalidad de sus órganos orofaciales.
Botones de varios tamaños.	Para estimulación táctil dentro de la boca (usar con un hilo sujetado por el terapeuta para evitar que se lo trague).
Silbato	Sostenerlo entre los labios y soplar rítmicamente.
Pajitas	Aspiración-succión de papelitos.
Jeringuilla	Estimulación térmica con agua.
Diferentes alimentos	Ejercicios de masticación.
Vibrador de alta frecuencia.	Para realizar tapping en los labios.
Cucharilla	Contra-resistencia lingual mantenida y fluctuante.
Lápiz	Sujetar el lápiz con los labios

Tabla: Materiales utilizados en la rehabilitación de la deglución atípica.

- Sialorrea

La presencia de flujo exagerado de saliva puede tener varias causas, entre ellas, la alteración en la estabilidad y coordinación de órganos y funciones del sistema orofacial. El concretar la causa será determinante a la hora de establecer la forma de intervenir en esta alteración.

Es necesario comenzar por trabajar la sensibilidad tanto intrabucal como extrabucal del paciente que le ayudará a ser consciente de la presencia de saliva, procediendo a la deglución de la misma.

*Tomado de "Guía técnica de intervención logopédica en terapia miofuncional. M.

Bartuilli, P.J. Cabrera y M.C. Periñán. Editorial Síntesis.

III EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

I.-) Entrevista familiar.

El encuentro del logopeda con la familia debe servir para obtener algunos datos relevantes tanto para preparar la evaluación como para programar una intervención adecuada.

Generalmente se suelen utilizar protocolos ya establecidos para no olvidar ningún dato importante. Aquí exponemos un ejemplo:



PROTOCOLO DE ENTREVISTA

a) Datos personales

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono de contacto: _____

· Personas entrevistadas (nombre y parentesco):

· Convivencia actual en el domicilio familiar (nombre, edad y parentesco):

· N° de hermanos: _____ Lugar que ocupa: _____

· Motivo de la entrevista:

· Antecedentes familiares:

· Enfermedades y/o intervenciones quirúrgicas:

b) Datos escolares

Centro escolar: _____ Curso: _____

Relaciones con los compañeros y profesores: _____

Conocimientos adecuados o no a su nivel escolar: _____

Aprendizaje de la lectoescritura: _____



c) Lenguaje y comunicación

- ¿Cuándo pronunció las primeras sílabas y palabras?
- ¿Cómo se comunica actualmente su hijo/a?
- Inteligibilidad del habla:
- Comprensión verbal:
- ¿Tiene preferencias a la hora de comunicarse con alguien?
- ¿Suele tomar la iniciativa para comunicarse?
- ¿Cuáles han sido los cambios que Ud. ha observado durante los últimos meses en relación a su comunicación?
- ¿Ha notado si tiene dificultad para oír? ¿Qué le hace pensar eso?
- Apoyo gestual:
- ¿Con quién suele jugar? ¿Qué tipo de actividades o juegos le gustan?
- ¿Recibe algún tipo de intervención (logopedia, fisioterapia, atención temprana...)?

d) Deglución

- ¿Come bien?
- ¿Tiene dificultad para masticar?
- ¿Tiene dificultad para tragar?

-Informes de otros especialistas.
Para valorar bien cada caso, muchas veces es necesario acudir a información dada por algún especialista que atienda o haya atendido al niño.

· *Informe pediátrico:* en él podemos encontrar información sobre el desarrollo evolutivo del bebé y del niño. La labor del médico pediatra en cuanto a la logopedia será preventiva sobre posibles alteraciones del lenguaje que pueda presentar el niño.

· *Informe psicológico:* nos dará información sobre los procesos mentales y sus disfunciones en el niño. Lo más relevante serán los problemas de atención, percepción y memoria, y los trastornos conductuales.

· *Informe neurológico:* en él se expresa información sobre la disfunción neurológica y sus efectos sobre la conducta humana. Aquí será importante la aplicación de pruebas sobre el desarrollo psicomotor del niño.

· *Informe otorrinolaringológico:* en él encontraremos información sobre las enfermedades del oído, nariz, faringe y laringe. Sobre todo puede interesarnos las pérdidas de audición y las disfonías.

-Informes escolares.

Un aspecto muy importante a la hora de valorar al niño es cómo se desenvuelve este en el colegio. Para ello el maestro nos dará información sobre la actitud del niño, la relación con sus compañeros y monitores, los conocimientos adquiridos, si requiere algún tipo de apoyo en la escuela...

2.-) Protocolos de evaluación

- Afasia congénita (ANEXO XI)
- Afasia Infantil Adquirida (ANEXO XII)

3.-) Diagnóstico

La entrevista familiar, los informes de los distintos especialistas y las evaluaciones realizadas nos proporcionan la información necesaria para elaborar el informe logopédico.

Así, dicho informe consta de los siguientes apartados:



-*Datos de interés*: incluiremos todo lo referente a la situación individual, familiar y escolar del niño. Esta información podemos obtenerla de la entrevista familiar.

-*Valoración logopédica* (áreas y pruebas de evaluación): la información contenida en este apartado nos la proporcionará el protocolo de intervención, teniendo en cuenta tanto los tests estandarizados como las pruebas no estandarizadas.

-*Síntesis diagnóstica*: haremos una pequeña descripción de los retrasos o trastornos encontrados a través de la valoración del niño.

-*Pautas de intervención*: en este apartado describiremos la metodología y los objetivos planteados para la intervención.

El objetivo fundamental del informe logopédico es comunicar los resultados de la valoración global del niño y plantear la propuesta de intervención que se va a llevar a cabo.

IV.- INTERVENCIÓN

a) Coordinación

En la rehabilitación del daño cerebral infantil se debe hablar de dos tipos de coordinación:

- **Coordinación Intradisciplinar**

Nos referimos aquí a la coordinación entre todos los profesionales que intervienen con el niño desde el punto de vista clínico. Hablamos de los profesionales que forman

los equipos de rehabilitación; logopedas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas... Y de los facultativos; psicólogos, otorrinos, foniatras, neurólogos, pediatras,...

- **Coordinación Multidisciplinar**

La familia y la escuela son los marcos donde básicamente se adquiere y desarrolla el lenguaje de la mayoría de los niños. El papel del entorno familiar en el acceso a las primeras etapas del lenguaje es de suma importancia. A la par está el colegio, ya que favorece las relaciones e interacciones necesarias para que se desarrolle la comunicación interpersonal y, en buena medida como consecuencia de ello, la evolución del lenguaje. Así, la coordinación directa con los maestros de aula y demás profesionales como pedagogos, maestros de audición y lenguaje y maestros de educación especial es primordial. Es importante en ambos equipos, la existencia de la figura del coordinador principal. Aquel profesional que tiene más contacto con el niño su entorno y es más partícipe en el proceso de tratamiento, tanto por intervención como por recursos.

b) Propuestas metodológicas

A continuación presentamos un cuadro que recoge en cinco bloques generales las posibles alteraciones que puede llegar a presentar un niño afectado por Daño Cerebral Adquirido y algunos ejemplos de ejercicios prácticos que se pueden realizar en una intervención y que están relacionados con los objetivos específicos que se encuadran dentro de cada uno de los bloques.



Aspectos cognitivos
<i>Dificultades en el desarrollo del juego simbólico y en otras funciones simbólicas</i>
Casitas: Se trata de recrear escenas cotidianas a través de los juguetes. Se pretende que el niño imite lo que ve y vaya convirtiendo el juego en algo espontáneo. Utilizando objetos cotidianos y jugando con cada uno (bien funcionalmente o bien simbólicamente), se intenta que el niño asocie el objeto a su función e incluso la palabra. Ej.: Peine; Jugar a peinarse y a que peine al adulto.
<i>Déficit de memoria secuencial, auditiva a corto plazo y verbal</i>
Presentarle dos o tres tarjetas con imágenes darle la vuelta. Presentarle otras tres tarjetas que tienen relación con las primeras. El niño debe de descubrir la tarjeta correcta para poder unir las parejas. Con un xilófono: el terapeuta toca una melodía sencilla (dos sonidos o tres). El niño debe de imitarlo. Lo mismo con el sonido de las palmas. Cantar canciones; El logopeda deja la letra sin terminar para que el niño la termine.
<i>Alteraciones en la estructura del tiempo y el espacio</i>
Forma tu casita: cogiendo como material un puzzle con relieve de las partes de la casa, ayudar al niño a montarlo indicando las diferentes tareas que se realizan en cada una de las estancias del puzzle. Mi agenda de imágenes: Con la colaboración de la familia, el niño debe de representar con un dibujo, en una libreta pequeña algo significativo que le ocurra en cada uno de los días. Luego deberá de narrarlo en la sesión con el terapeuta. En el caso de que el niño no pueda contarle será el terapeuta quién se lo cuente dando referencia con dibujos sobre la actividad y tiempo en el que ocurrió.
Aspectos perceptivos
<i>Dificultades en la discriminación de estímulos auditivos.</i>
Artista de los sonidos: Escuchar diversos ruidos, instrumentos musicales: se ayuda al niño a reconocer los objetos por su sonido, después se hace ruido con el objeto y se deja probar al niño. Adivinar ruidos: Diferenciar jugando dos ruidos distintos: dejar primero que el niño oiga el ruido; el niño cierra los ojos o mira a otra parte y se hace un ruido; con los ojos abiertos debe adivinar el objeto correcto, señalarlo y reproducir el ruido que ha escuchado.



Aspectos psicomotores
Dificultades práxicas.
Artista del beso: Juntar los labios y dar besos; “boca de pez”. Lametones: Lamer una cuchara con miel o mermelada; extender papilla o un alimento similar en el labio superior para que el niño lo lama. Lengua curiosa: Sacar la lengua y dirigirla hacia el mentón y hacia la punta de la nariz: “La lengua sale de su casita y mira al cielo por si llueve y luego al suelo por si está mojada”. Juego: ¿Quién tiene la lengua más larga? Estimular la masticación: Se dan alimentos al niño que le inviten a morder y a masticar. Ej.: trozos de fruta, pan, regaliz...
Alteraciones del proceso de lateralización.
Programa Clic; actividades visuales en las que el niño debe de señalar hacia que lado están los objetos modelo. O bien señala el niño, o bien va señalando el terapeuta y el niño indica la respuesta correcta.
Inmadurez de las destrezas motoras.
Hacer malabarismos con una pelota. (Coordinación ojos-manos) Unir puntos con lápices de colores descubriendo una figura escondida. Si el niño no sujeta el lápiz es el terapeuta el que mueve la mano del niño con su propia mano.
Aspectos conductuales
Alteración de la capacidad de atención, hiperactividad.
Ori-ori: El terapeuta presenta diferentes objetos atractivos para el niño y los esconde mientras el niño observa. Este debe de encontrarlos. Paulatinamente el terapeuta va dificultando el seguimiento visual del objeto por parte del niño que debe de estar atento al paradero del objeto.
Alteración de las relaciones afectivas y del control de las emociones
En cualquier intervención este es un aspecto que se va trabajando en general. El acercamiento al niño, los pequeños contactos físicos a través de caricias, bromas o cosquillas,... ¿Quién llora? ¿Quién ríe? Presentar diferentes caras en papel y asociarlas a estados de ánimo que representa el terapeuta.



Recursos Materiales Publicados

- Programa de desarrollo del conocimiento fonológico Komunica. Ma Carmen de la Torre y otras. Ediciones Aljibe.
- Enséñame a hablar. Gloria López Garzón. Grupo Editorial Universitario Granada.
- El tren de palabras. Marc Monfort, Adoración Juárez Sánchez. Editorial Cepe.
- Cómic para hablar. Marc Monfort, Adoración Juárez Sánchez. Editorial Cepe.
- Vocabulario básico en imágenes. Esther Pita. Editorial Cepe.
- Aprendiendo a leer. Materiales de apoyo. Silvia Defior, José Ramón Gallardo y Rolando Ortíz. Ediciones Aljibe.

c) S.A.A.C., deficiencias visuales y auditivas

- Definición

Entendemos por **sistemas de comunicación:**

La comunicación aumentativa y alternativa (CAA) es el conjunto de formas, estrategias y métodos de comunicación utilizados por personas con discapacidades específicas (bien congénitas o adquiridas) que no les permiten la comunicación a través del lenguaje y/o el habla. Con un sistema de comunicación aumentativa y/o alternativa (S.A.A.C), se hace posible que mantengan una relación comunicativa con las personas de su entorno. (J. Tamarit)

Vamos a considerar algunos aspectos de los sistemas de comunicación:

Es preciso clasificar los sistemas de comunicación según sean sistemas complementarios/aumentativos a la comunicación (El niño habla pero necesita aumentar esa capacidad o para facilitar el desarrollo del lenguaje), o sistemas

alternativos a la comunicación (Se utiliza en lugar del lenguaje oral, su uso puede ser transitorio o permanente).

Algunos de estos sistemas, para poder ser utilizados, precisan apoyos externos como un tablero de letras, palabras, imágenes o símbolos para la comunicación, como es el caso del SPC.

- Objetivos generales:

- Provisión de un medio temporal de comunicación hasta que el habla se vuelva funcional e inteligible.
- Provisión de un medio de comunicación a largo plazo cuando la adquisición del habla resulta totalmente imposible.
- Provisión de un medio para facilitar (aumentar) el desarrollo del habla y / o en algunos casos, de las habilidades cognitivas y comunicativas necesarias para la adquisición del lenguaje.

- Algunos ejemplos

A continuación vamos a comentar brevemente cada uno de ellos:

- El lenguaje de signos

Estructura distinta a la oral, es un lenguaje



simplificado y con dificultad para los términos abstractos, algunos gestos son entendibles por los oyentes, otros gestos como el nombre de las personas, son específicos. También hay gestos para frases completas, así como gestos temporales que se unen al del infinitivo para formar los distintos tiempos verbales. No es un sistema universal, incluso hay diferencias entre las distintas comunidades autónomas de España.

Se suele utilizar en los centros específicos y su uso ha sido muy debatido frente al oralismo (que propone la enseñanza programada del lenguaje oral al niño o niña sordo desde la edad más temprana posible evitando el uso del signo). Es el sistema de comunicación más utilizado por la comunidad sorda y el usado normalmente por los niños y niñas sordos profundos.

- La comunicación bimodal

Es la mezcla de la utilización de algunos signos junto con el lenguaje oral, pero signando las palabras en el mismo orden que los oyentes utilizan al hablar.

En los centros de integración se abre paso esta vía más pragmática, ya que los niños se escolarizan en un medio oyente, luego deben aprender el lenguaje oral de los oyentes. Sin embargo, el lenguaje de signos es la forma de expresión de los sordos, basta dejar a dos niños sordos juntos para que empiecen a signar sin que nadie les haya enseñado. Es entonces cuando aparece el bimodal que tiene la estructura del lenguaje oral, pero en el que la comunicación es realizada simultáneamente por voz y signos y aunque no lo parezca para un

observador iniciado en el tema, es un sistema que facilita más el aprendizaje del lenguaje oral que el lenguaje de signos, del que solo coge el vocabulario que se emite al mismo tiempo que la palabra hablada.

- SPC y Bliss

El SPC tiene como objetivo principal facilitar la comunicación en sujetos no orales con dificultades motoras y auditivas. Consta de pequeñas tarjetas con dibujos muy sencillos y representativos para el alumno que están acompañados de la palabra escrita, se pueden fotocopiar en diferentes colores dependiendo si representan personas, verbos... también podemos añadir otros que no tenga el sistema y que consideremos útiles para el chico.

Para llevar a la práctica este sistema se eligen los símbolos según el nivel del alumno y se colocan sobre un tablero. En la selección del vocabulario inicial se tienen en cuenta, ante todo, las tarjetas con sus necesidades básicas (aseo, alimentación...), las actividades cotidianas y sus gustos o preferencias. Después se van incorporando al vocabulario existente aquellas palabras que vaya necesitando cada persona a medida que van cambiando sus necesidades comunicativas. Esto da paso al encadenamiento de palabras para ir formando frases.

El Bliss se creó en principio como sistema internacional de comunicación, pero es usado sobre todo en personas con parálisis cerebral. Consta de tarjetas con dibujos pero sin palabras, de diversos colores dependiendo si son personas, acciones...,



algunas con un gran parecido con la realidad, otras sugieren la idea, (Ej.: arriba, abajo). El sistema no recomienda una metodología para ser enseñado sino que depende de las características del sujeto. Por ejemplo, podemos asociar las tarjetas a los objetos que representan, para que una vez que la asociación se produzca ir retirando el objeto

- Palabra complementada o Cued-Speech

Es un sistema para niños pequeños con serias alteraciones auditivas educados en ambientes oralistas. Combina la lectura labiofacial con la información de la mano (son ocho configuraciones de la mano). Se ejecutan en tres posiciones distintas respecto al rostro, actuando labios y mano de manera sincronizada.

Una vez que se ha decidido utilizar un sistema, hay que valorar cuál de ellos, ya sea complementario o alternativo a la comunicación. Para eso hay que tener en cuenta las características del alumno:

- Habilidades cognitivas.
- Nivel de lenguaje.
- Alteraciones motoras (por ejemplo, para la realización de los signos del lenguaje de signos).
- Discriminación visual.
- Intención comunicativa (Deseo de comunicarse)
- Inteligibilidad del habla.
- Capacidad de atención.
- Características del contexto en el que esta inmerso. (Al introducir al niño en un sistema de comunicación se necesita el beneplácito de la familia y su disposición de colaboración.)

Y llevar a cabo una evaluación que conlleve:

- Pruebas estandarizadas
- Observación natural
- Filmación en video
- Entrevistas con la familia y otros profesionales

Después, hay que valorar que entre los objetivos que queremos lograr es que el sistema sea adaptable al desarrollo y evolución de las capacidades y posibilidades del sujeto, que sea motivador, que sea efectivo, que cubra todas sus necesidades básicas y que posibilite la comunicación con cualquier interlocutor.

Finalmente comentaremos que el uso de sistemas alternativos o complementarios es muy adecuado y, como opinan la mayor parte de los autores, no frenan la posibilidad del habla sino que, en todo caso, la potencian, favoreciendo el desarrollo del lenguaje así como la mejora global de las relaciones interpersonales y el desarrollo cognitivo, procurando con ello el desarrollo integral del alumno/a.

- S.A.A.C. en sordoceguera

Al referirnos a los sistemas de comunicación para personas con sordoceguera, siguiendo a J.Tones (Sistemas Alternativos de Comunicación. 2001) debemos diferenciar entre aquellas que han alcanzado un nivel simbólico en su lenguaje y aquellas que no lo han alcanzado, ya sea un sistema gestual, oral, gráfico o táctil:

- Personas con sordoceguera sin lenguaje formalizado.

En este caso, la comunicación de la persona



con sordoceguera se encuentra en un nivel prelingüístico, es decir, puede llegar a utilizar algún gesto espontáneo, expresiones faciales o vocalizaciones.

Esto exige un tipo de estrategia en el que el adulto parte de la necesidad de mantener un contacto físico continuado (movimiento coactivo).

Así, McInnes y Treffry (1988) proponen tres fases para llevar a cabo la intervención:

- *Fase coactiva*: el adulto realiza la actividad manipulando las partes del cuerpo correspondientes, sin esperar respuesta intencional por parte del niño. Para ello lo mejor es abrazarlo por detrás.
- *Fase cooperativa*: el adulto comienza la tarea y el niño la termina sin apoyo físico del primero. El adulto tiene que esperar el tiempo que sea necesario antes de prestarle ayuda al niño.
- *Fase reactiva*: es el niño el que realiza las tareas preparadas por el adulto. Sin embargo, éste continuará siendo siempre un apoyo para el niño en caso necesario. En esta intervención, los gestos coactivos son esenciales ya que hacen que el entorno comunicativo del niño sea lo más favorable posible.

- Personas con sordoceguera con lenguaje formalizado.

Cuando la persona con sordoceguera ha tenido la oportunidad de acceder a algún sistema formal de comunicación antes de la pérdida de visión y audición debe aprender a utilizar los SAAC para ampliar sus recursos comunicativos. Estos sistemas se dividen en:

- *Alfabéticos*: para ello deben conocer el sistema de lectura y escritura. Dichos sistemas son: · alfabeto dactilológico, ·

escritura de mayúsculas en vista o en palma, · sistema Braille.

- *No alfabéticos*: son · lengua oral (método Tadoma), · la lengua de signos, · el sistema bimodal, · el sistema Dactyl (Álvarez, 2000).

Al aplicar algún sistema de estos habrá que tener en cuenta si la persona con sordoceguera carece de restos visuales, de manera que habrá que buscar apoyo físico.

d) Orientación para familias y escuelas.

La rehabilitación está apoyada por en el contexto familiar, social y cultural. Por tanto, y para una mejor efectividad y rendimiento del tratamiento se deben dar orientaciones tanto generales como específicas al entorno que interactúa con el niño.

Las orientaciones generales son aquellas que surgen de los resultados de la evaluación y están directamente relacionadas con la patología diagnosticada. Suelen ser pautas generales a las distintas patologías y alteraciones que sirven de guía y apoyo para el comienzo de la intervención.

En las orientaciones generales para comunicarse con un niño con daño cerebral infantil nombramos algunas como:

- e) No utilizar lenguaje infantilizado.
- f) Asegurarse de que el niño nos mira cuando le hablamos.
- g) Utilizar comunicación sencilla. Frases cortas.
- h) Utilizar apoyos gestuales coherentes.



Las orientaciones específicas son aquellas que están definidas por cada caso en concreto. Surgen de los resultados de la intervención en sí, por lo que son pautas que van madurando paulatinamente a los resultados del tratamiento.

Hay que recordar que corresponde a la familia el establecimiento de unas relaciones reforzantes, la creación de un ambiente de estimulación desde períodos tempranos del desarrollo lo que repercute significativamente en la competencia social, desempeño intelectual e independencia

personal, entre otros. La asesoría tiene un papel tanto de provocación como de capacitación.

e) Seguimiento y reajustes

En el caso de un niño con D.C.I el seguimiento es continuo y paralelo al tratamiento. Dicho seguimiento debe de ser llevado por la figura del coordinador principal, que será la encargada de plantear los posibles reajustes que puedan aparecer a lo largo de la intervención intra y multidisciplinar.



IV ANEXOS



ANEXO I

INFORME LOGOPÉDICO.

Nombre y apellidos.

Fecha de nacimiento:

Fecha del accidente:

Diagnóstico:

Fecha del informe:

Profesional:

Evaluación:

Lenguaje:

Habla:

Habilidades comunicativas en el grupo.

(Es muy importante rellenar éste apartado siempre).

Objetivos:

(Trabajamos a nivel de las habilidades adaptativas, por lo tanto los objetivos tienen que estar relacionados al área de comunicación)

Procedimientos e intervención:

Intervención logopédica especializada:

Intervención por parte de otros profesionales:

Actitud:

(del usuario/a respecto a los objetivos a trabajar y los procedimientos).

Evolución:

Transferencia del aprendizaje al grupo:

Nombre y firma del logopeda.

Nombre y firma del coord. pedagógico



ANEXO II

EXAMEN APRAXIA BUCOFACIAL

Se recomienda la aplicación de este examen complementario a los sujetos que tienen problemas de expresión, sean éstos articulatorios o fonéticos (Veáse Hoja de registro).

Señálense:

1. Las perseverancias gestuales.
2. Los errores en la elección de gestos.
3. Los agregados a los gestos.
4. Las elisiones de gestos.
5. Las conductas de aproximación gestual.
6. Las dificultades de sincronización entre varios gestos simultáneos.
7. Las torpezas gestuales.
8. Los errores de orientación y de tipo espacial.

Ténganse en cuenta los trastornos neurológicos de tipo paralítico o distónico, asociados, a veces, a elementos apráxicos.

Describáanse detalladamente todos los gestos efectuados por el sujeto.

Observación: Hágase que el sujeto lleve a cabo, en primer lugar, las órdenes dadas oralmente. A continuación se le dice: “Haga como yo”, y se le pide que imite la serie de acciones que se indican en la Hoja de registro.

La valoración cuantitativa consiste en anotar el número de aciertos.

Hoja de registro Apraxia bucofacial

	Orden oral	Imitación
Mandíbulas - Abrir la boca - Mover la mandíbula de derecha a izquierda - Chocar los dientes - Morderse un dedo - Bajar la mandíbula inferior sin separar los labios varias veces seguidas		



	Orden oral	Imitación
Labios - Propulsar los labios muy adelante - Apretar los labios uno contra otro - Enseñar los dientes estirando los labios - Apretar una barrita entre los labios - Morderse el labio inferior - Morderse el labio superior		
Lengua - Sacar la lengua - Poner la lengua hacia la nariz - Poner la lengua hacia la barbilla - Colocar la lengua en la comisura derecha de los labios - Colocar la lengua en la comisura izquierda de los labios - Apretar la lengua entre los dientes - Colocar la lengua delante de los incisivos inferiores - Colocar la lengua delante de los incisivos superiores - Hacer el gesto de beber a lengüetadas varias veces seguidas		
Aliento-Respiración - Soplar por la boca - Inspirar y expirar por la nariz muy fuerte - Inspirar por la nariz y soplar por la boca - Aspirar por la boca y retener el aire - Hacer dos inspiraciones sucesivas y después dos expiraciones por la boca - Hacer dos inspiraciones sucesivas y después dos respiraciones por la nariz - Soplar la llama de una vela para apagarla - Soplar a un papel para enviarlo lo más lejos posible - Silbar		



	Orden oral	Imitación
Gestos faciales - Cierre los ojos - Abra la boca - Dilate la nariz - Frunza las cejas - Guiñe un ojo		
Deglución - Tragar su saliva - Tragar agua		
Gestos concomitantes - Aclararse la voz (carraspear) - Toser - Hacer el ruido de besar - Imitar el sonido de llamar al gato - Imitar el sonido de desaprobación - Chasquear la lengua		
Mímicas emocionales - Mímica del llanto - Mímica del asombro - Mímica de la risa - Mímica del sí - Mímica del no		

Total =

(Tomado de: Test para el examen de la afasia de B. Ducarne de Ribaucourt)



ANEXO III

REGISTRO INICIAL DE DISARTRIAS

Nombre:

Edad:

VOZ

- T. F.: " (a)

- Tono:

SOPLO

- T. S.: "

COCIENTE DE FONACIÓN:

HABLA

RITMO DE HABLA : Normal Lento Rápido

INTELIGIBILIDAD: Buena Media Mala Otras

FLUIDEZ (grabación)

LECTURA Tasa de habla: p.m.

HABLA ESPONTÁNEA Tasa de habla: p.m.

COORDINACIÓN FONORESPIRATORIA
(contar de 1 a 25)

RASGOS SUPRASEGMENTALES



VALORACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

LECTURA EN VOZ ALTA:

- Incapacidad de administrar el aire almacenado en los pulmones
- Escasez de aire al comienzo de la lectura
- Intenta seguir hablando sin aire
- Mala coordinación fono-respiratoria

EMISIÓN SOSTENIDA DE FONEMAS: (A-S-Z)

- a segundos
- s segundos
- z segundos

ESPIROMETRÍA

- Capacidad vital (4.800 ml._H, 3.200 ml._M)

.....

- Volumen periódico (500ml.)

.....

- Volumen inspiratorio de reserva (3.200 ml._H, 2.000 ml._M)

.....

- Volumen espiratorio de reserva (1.100 ml._H, 700 m._M)

.....



ANEXO IV

EVALUACIÓN LOGOPÉDICA DE LA DISARTRIA

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA:

Postura	
Tono muscular	
Musculatura del habla (en reposo y movimiento)	
Diadococinesias	
Reflejos y automatismos	
Respiración (en reposo y en el habla)	
Fonación	
Resonancia	
Articulación	
Ritmo y prosodia	
Inteligibilidad	
Coordinación fonorrespiratoria	



ANEXO V

VALORACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

LECTURA EN VOZ ALTA:

- Incapacidad de administrar el aire almacenado en los pulmones
- Escasez de aire al comienzo de la lectura
- Intenta seguir hablando sin aire
- Mala coordinación fono-respiratoria

EMISIÓN SOSTENIDA DE FONEMAS: (A-S-Z)

- asegundos
- ssegundos
- zsegundos

ESPIROMETRÍA

- Capacidad vital (4.800 ml._H, 3.200 ml._M)

.....

- Volumen periódico (500ml.)

.....

- Volumen inspiratorio de reserva (3.200 ml._H, 2.000 ml._M)

.....

- Volumen espiratorio de reserva (1.100 ml._H, 700 m._M)

.....



ANEXO VI

EXPLORACIÓN DE VOZ EN DISARTRIAS.

NOMBRE:

APELLIDOS:

EXPLORACIÓN RESPIRATORIA Duración del soplo "S"= sg sg sg	sg	sg	sg
Tiempo máximo de fonación "A" _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Cociente de Fonación S _____ A =			
FUERZA MUSCULAR LARÍNGEA (Toser, carraspear) Adecuada si no Debilidad si no Control Volitivo si no			
EXPLORACIÓN FÍSICO-ACÚSTICO (Voy a tomar un teeeee) F. Habitual _____ Hz.	_____	_____	_____
POSIBILIDAD DE MODIFICAR VOLUMEN Y FRECUENCIA Volumen si no Frecuencia (realizar cambiando tono con vocal o sílaba) 2 tonos 3 tonos 4 tonos 5 tonos			



ATAQUE VOCAL DURO SOPLADO NORMAL			
TONO Perturbación de la Fo si no Rupturas Fonación Gallos Voz diacrótica Temblor Bitonalidad Voz agravada Voz agudizada Voz monótona			
TIMBRE Ronquera leve si no Ronquera moderada Ronquera severa Soplo Aspereza Estridencia Hipernasalidad Hiponasalidad Laringo-Faríngea			
COORDINACIÓN FONORRESPIRATORIA (Contar números)			

ESPIROMETRÍA:

MUESTRA DE HABLA:

TASA DE HABLA:

pals./m

OBSERVACIONES



ANEXO VII

EXPLORACIÓN MIOFUNCIONAL

Valoración Estructural

	PARTICULARIDADES	OBSERVACIONES
A) Cara Tipo facial Perfil facial Contorno de cara		
B) Paladar duro Malformaciones Tipo		
C) Mandíbula Asimetrías Perfil facial		
D) Encías Malformaciones Heridas Sangrado frecuent.		
E) Dientes Mala implantación dental Giros Pérdida de piezas Diastemas Tipo Mordida		
F) Labios		
G) Lengua		
H) Velo del paladar		



Valoración de la sensibilidad

	PARTICULARIDADES	OBSERVACIONES
A) Cara y Mejillas Pinzamientos Tacto Dolor Temperatura Mentón: seco-mojado		
B) Paladar duro y blando Hipersensibilidad Hiposensibilidad Normalidad		
C) Labios		
D) Encías		
E) Lengua Hipersensibilidad Hiposensibilidad Normalidad Reconocimiento Sabor		

Valoración de la tonicidad y tono muscular

	PARTICULARIDADES	OBSERVACIONES
A) Mejillas Hipotonía Hipertonía Normotonía		
B) Labios Hipotonía Hipertonía Normotonía		
C) Lengua Hipotonía Hipertonía Normotonía		
D) Maseteros Hipotonía Hipertonía Normotonía		



Valoración de la Movilidad

	PARTICULARIDADES	OBSERVACIONES
A) Praxias de Mandíbula		
B) Praxias de Labios		
C) Praxias linguales		
D) Praxias del velo paladar		

Evaluación de las funciones

	PARTICULARIDADES	OBSERVACIONES
Succión		
Deglución		
Masticación		
Risa		
Tos		
Malos hábitos		

Evaluación de la respiración

	PARTICULARIDADES	OBSERVACIONES
Mecánica respiratoria		
Ritmo respiratorio		
Respiración nasal – bucal		
Tiempos de soplo		
Tiempos de apnea		



Evaluación de la Fonoarticulación y el habla

	PARTICULARIDADES	OBSERVACIONES
Inteligibilidad		
Ritmo del Habla		
Entonación		
Tiempos de habla		
Patología del habla		

Evaluación de los músculos de la expresión

	PARTICULARIDADES	OBSERVACIONES
Exploración Reposo		
Exploración Movimiento		

Evaluación de los músculo de la masticación

	PARTICULARIDADES	OBSERVACIONES
Exploración Reposo		
Exploración Movimiento		

Análisis de las producciones Fonológico-fonético

	PUNTOS DE ARTICULACIÓN Y ACCIÓN DE LAS CUERDAS											
MODO DE ARTICULACION	Bilabial		Labiod		Dental		Linguod		alveolar	palat		Velar
oclusivas	p	b			t	d						k g
fricativas			f				θ		s		y	x
africada										c		
nasales		m							n		n	
lateralidad									l		l	
Vibr. simple									r			
Vibr. múltiple									ř			

Protocolo adaptado de la univ. Pontificia de Salamanca



ANEXO VIII

RESUMEN DE LAS FUNCIONES DE LOS PARES CRANEALES IMPLICADOS EN LA MUSCULATURA ORAL.□□

PROCEDIMIENTO DE EXPLORACIÓN

V Trigémino

- Palpación del masetero, cierre y lateralización

_____ cuando se opone resistencia.

VII Facial

- Observación de la simetría facial en estado de reposo.

- Observar:

- el fruncimiento de la frente

- el cierre de los ojos

- la sonrisa

- la bajada de la comisura de la boca

- Identificación de sabores.

IX Glossofaríngeo

- Se verifica la parte motora junto con el par X.
(Es también un test sensorial para el cierre faríngeo).

X Vago

- Observación:
 - movimientos del paladar
- reflejo del cierre del paladar



- Evaluación laringoscópica de la musculatura vocal.

- Examen de la habilidad para cambiar de tono.

- El tiempo de fonación.

- Evaluación de la deglución.

XII Hipogloso

- Presencia de atrofia o de fasciculaciones.
- Simetría en situación de protusión.
- Evaluación de la lateralización, elevación o retracción (para observar la amplitud posible de movimientos).
- Evaluación de los movimientos en situación de resistencia

verificando la protusión y el movimiento de elevación.

- Verificación de la articulación.

ANEXO IX

REHABILITACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA CON SOPORTES INFORMATICOS

SPEECHVIEWER de IBM:

Herramienta terapéutica y de diagnóstico logopédico, compuesta por trece ejercicios que permiten practicar el tono, intensidad, fonología y prosodia, realizando un seguimiento de los avances de los pacientes.

FONOSPEAK:

Es un software desarrollado específicamente para fonoaudiología, que realiza un apoyo terapéutico del habla y del lenguaje a través de recursos multimedia. Utiliza diferentes fases de terapia; adquisición, entrenamiento y automatización.

PROYECTO FRESSA DE Jordi Lagares Roset:

Conjunto de programas destinados a las personas con discapacidad física y auditiva. Contiene los programas globos, osciloscopi y Recofone con los que se realiza una retroalimentación visual del habla.

SISTEMA VISHA de ETSI Telecomunicaciones:

El Sistema VISHA está formado por un componente de hardware "la Tarjeta VISHA" y diversos programas informáticos, entre ellos los programas PCVox, Isoton y SAS permite el análisis de los parámetros de la voz (tono, intensidad y frecuencia) a través de sus representaciones visuales, junto con ejercicios y actividades orientadas a la conceptualización fonológica y la correcta articulación de los fonemas.

LEXIA 3.0:

Lexia es una herramienta de tratamiento elaborada según los conocimientos mas recientes sobre dislexia y afasias, partiendo de una perspectiva neuro-lingüística. El programa permite ejercicios de segmentación o síntesis de sílabas, ejercicios de entrenamiento sobre consonantes sordas y sonoras, letras invertidas y de muchos otros errores comunes en la escritura. Además se puede entrenar lectura, comprensión de palabras y frases, así como aspectos semánticos y sintácticos del lenguaje. En casi todos los ejercicios puede hacer uso de habla digitalizada o sintetizada.



ANEXO X

DISFAGIA. EXPLORACIÓN CLÍNICA.

Adaptación de *Disfagia Neurógena: Evaluación y tratamiento*.
Montserrat Bernabeu Guitart. Fundació Institut Guttmann

- I. HISTORIA CLÍNICA
- II. FUNCIÓN RESPIRATORIA Y RELACIÓN CON LA DEGLUCIÓN
- III. EXPLORACIÓN DE LA ANATOMÍA ORAL
- IV. EXPLORACIÓN FUNCIONAL. CONTROL LABIAL, LINGUAL, FUNCIÓN MASTICATORIA, REFLEJOS, SENSIBILIDAD, FUNCIÓN LARÍNGEA.
- V. EXPLORACIÓN CON ALIMENTOS. SÍNTOMAS DURANTE LA DEGLUCIÓN.

HISTORIA CLÍNICA

1. Estado cognitivo
2. Estado respiratorio
3. Estado nutricional y la vía de alimentación que está siguiendo el paciente en el momento de la exploración.
4. Complicaciones actuales o antiguas atribuibles a la disfagia (saliva ?).
5. Medicación.
 - Fármacos que alteran el nivel de conciencia:
 - Benzodiacepinas
 - Antidepresivos
 - Antipsicóticos
 - Antihistamínicos
 - Fármacos que alteran la fase oral de la deglución:
 - Anticolinérgicos (sequedad de boca)
 - Baclofeno (retraso en el disparo del reflejo deglutorio).
6. Historia del problema de deglución.
7. Traqueostomía.

FUNCIÓN RESPIRATORIA

1. Frecuencia respiratoria
2. Distrés respiratorio.

3. Momento en el que se produce la deglución de saliva en relación a la fase respiratoria (expiración).
4. Aparición de tos en relación a la coordinación respiración-deglución. Las degluciones seguidas de inspiración tienen un mayor riesgo de aspiración.
5. Respiración oral o nasal durante la deglución.

ANATOMÍA ORAL

Se examinará con detalle la existencia de cicatrices en la cavidad oral o cuello y de asimetrías en las estructuras que intervienen en la deglución:

1. Labios.
2. Paladar duro.
3. Paladar blando y úvula.
4. Fauces. Pilar anterior y posterior.
5. Lengua.
6. Surcos laterales de la mandíbula.
7. Estado de dentición.
8. Secreciones orales.

EXPLORACIÓN FUNCIONAL

(de las estructuras que intervienen en la deglución)

1. Control labial.
2. Control lingual.
3. Función masticatoria.
4. Función paladar blando y reflejos orales.
5. Sensibilidad oral.
6. Examen función laríngea.

- Calidad de la voz (existencia de voz húmeda, ronquera).
- Fuerza de la tos, capacidad para aclarar la laringe.
- Escala de tonos que valora la función del nervio laríngeo superior (inerva el músculo cricotiroideo).
- Capacidad para gritar.
- Tiempo de fonación.



EXPLORACIÓN CON ALIMENTOS

Se inicia la exploración administrando un bolo de 5ml de la consistencia elegida y se observa todo el proceso deglutorio. Se repetirá la exploración con bolos progresivamente más difíciles, deteniéndose la exploración si aparecen signos de aspiración o hay una imposibilidad en manipular el bolo.

- **Volúmenes estudiados:** 5-10-15-20 ml.

- **Consistencias utilizadas:**

- Consistencias líquidas (de menos a más dificultad):

- Gelatina
- Miel
- Néctar
- Agua

- Consistencias sólidas (de menos a más dificultad):

- Puré
- Dieta Blanda
- Dieta Normal

- **Si el paciente porta cánula:**

- Deshinchar el globo (para favorecer el ascenso laríngeo).
- Aspirar las secreciones.
- Ocluir la cánula durante la deglución y unos segundos post-deglución, de esta manera el aire espirado contribuye a aclarar los alimentos de la vía aérea alta y permite conseguir presiones subglóticas normales para favorecer el cierre de las cuerdas vocales.

- **En cada deglución se valorarán los siguientes parámetros:**

- Masticación y manipulación de los alimentos (babeo)
- Ascenso laríngeo
- Coordinación respiración-deglución
- Regurgitación nasal y traqueal.
- Calidad de la voz, aparición de voz húmeda
- Tos
- Residuo en la cavidad oral.
- Duración y cantidad de la ingesta.

ANEXO XI

PROTOCOLO AFASIA CONGÉNITA

I.Exploración del desarrollo psicolingüístico de 0 a 24 meses.

- Recién nacido.
 - Reflejos arcaicos presentes y simétricos.
- Primer mes.
 - Inicia la fase de contemplación del sonido:
 - Manifiesta sensibilidad por el ruido.
 - Discrimina sonidos.
 - Emite sonidos guturales.
 - Muestra un rostro inexpresivo, mirada indirecta.
- Segundo mes.
 - Inicio de la respuesta social.
 - Emite las vocales a – e – u.
 - La mirada es directa y sonríe a personas conocidas.
- Tercer mes.
 - La respuesta social comienza a darse a través de la expresión oral.
 - Emite diversos sonidos, murmullos, cloqueos.
 - Sigue objetos con la mirada en plano vertical y horizontal.
- Cuarto mes.
 - Escucha con atención todos los ruidos, especialmente la voz humana.
 - El rostro expresa estados de entusiasmo (ríe espontáneamente).
- Quinto mes.
 - Vuelve la cabeza para buscar de donde provienen los sonidos que percibe.
 - Agarra los objetos y los pasa de una mano a otra.
- Sexto mes.
 - Balbucea.
 - Localiza el origen del sonido.
- Séptimo mes.
 - Frecuentemente, al llorar emite el sonidos bilabial ..mmm...
 - Se inicia en la emisión de sonidos vocales polisilábicos.
 - Estira los brazos para ser tomado.
- Octavo mes.
 - Se lleva objetos a la boca.
 - Articula sílabas simples tales como ba, ca, de...
- Noveno mes.
 - Responde por su nombre.
 - Imita los sonidos que escucha.



- Dice “papa-mama”.
- Del décimo mes al año.
 - Permanencia del objeto.
 - Hace adiós con la mano.
 - Imita de manera sistemática.
- Duodécimo mes.
 - Solicita los objetos que le gustan mediante gestos y expresión oral.
 - Dice tres o cuatro palabras con significado.
 - Comprende órdenes simples.
- De trece a quince meses.
 - Dice varias palabras.
 - Aparece la jerga infantil.
- De quince a dieciocho meses.
 - Inicia el contacto con los libros acariciando los dibujos.
 - Solicita algunas cosas por su nombre.
 - Comienza a comer solo.
 - Apunta a tres partes de su cuerpo.
- De dieciocho a veintiún meses.
 - Se interesa por el nombre de las cosas.
 - Pronuncia alrededor de 10 palabras.
 - Nombra y señala los objetos y dibujos.
 - Es el comienzo de la prefrase.
- De veintiun a dos años.
 - Pronuncia unas 20 palabras.
 - Dice su nombre.
 - Combina dos y tres palabras espontáneamente formando frases simples.
 - Repite frecuentemente las últimas palabras que dicen otras personas.
 - En el juego simbólico, se encuentra en la dimensión de planificación.

2. Evaluación mediante tests estandarizados.

- Inventario de desarrollo Battelle. Jean Newborg et al. Tea Ediciones (1996).
Aplicación de 0 a 8 años.
- Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil (CUMANIN). J.A. Portellano, R. Mateos, R. Martinez. Tea Ediciones. Aplicación de 3 a 6 años.
- Escala observacional del desarrollo (EOD). Francisco Secadas Marcos. Tea Ediciones.
Aplicación de 0 a 6 años.
- Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia O. Brunet – I. Lezine. (Revisión 1997 – edición española). Denise Josse. Aplicación de 0 a 30 meses.
- Guía Portage. S. Bluma, M. Shearer et al. Tea Ediciones. Aplicación de 0 a 6 años.

ANEXO XII

PROTOCOLO AFASIA INFANTIL ADQUIRIDA

I. Exploración de la morfología bucal.

a) Morfología del aparato fonoarticulario.

- Labios:

- A nivel anatómico: normales, leporino, hipertónico, hipotónico.
- A nivel funcional:
 - Con los labios juntos, colocarlos en posición de beso y de sonrisa. } 3 - 4 años
 - Imitar los esquemas vocálicos /a/, /o/, /u/ en forma aislada. }
- Enseñando los dientes, llevar los labios adelante y atrás. } 4 - 5 años
- Secuencia de esquemas vocálicos /a/, /e/, /i/, /o/, /u/.
- Vibración de labios.
- Morder labios superior e inferior.
- Sostener un lápiz con los labios. } 5 - 6 años
- Levantar comisura derecha e izquierda. }
- Desplazar lateralmente hacia uno y otro lado. }

- Lengua:

- A nivel anatómico: normal, macroglosia, microglosia, frenillo, tono.
- A nivel funcional:
 - Propulsión y retropropulsión.
 - Llevar la punta de la lengua: arriba-abajo-comisuras.
 - Chasquido.
 - Vibración.
 - Empujar las mejillas por dentro.
 - Pasear la punta de la lengua por los labios.

- Paladar:

- A nivel anatómico: normal, ojival, hendido, fisura, paresia velar.
- A nivel funcional:
 - Con la boca abierta decir /a/ discontinuamente para ver como sube y baja.
 - Producción de palabras con consonantes nasales y no nasales con espejo debajo de la nariz para ver su movilidad.

b) Fisiología fonoaudiológica y articulatoria.

- Respiración: nasal, bucal, mixta; clavicular, abdominal, costo-abdominal.
- Soplo: fuerza; direccionalidad.



- Audición: normal, deficitaria, uso de prótesis.
- Voz: normal, grave, aguda, disfonías.

2. Evaluación del lenguaje mediante pruebas estandarizadas.

- Batería de Lenguaje Objetiva y Criterial (BLOC). M. Puyuelo, J.A. Rondal, E.H. Wiig. Editorial Masson. Aplicación de 5 a 14 años.
- Prueba de lenguaje oral Navarra (PLON-R). G. Aguinagua et al. Tea Ediciones. Aplicación de 3 a 6 años.
- Registro Fonológico Inducido. M. Monfort, A.J. Sánchez. Editorial Cepe. Aplicación de 3 a 7 años.
- Examen logopédico de articulación ELA-R. Grupo Albor-Cohs. Aplicación de 4 a 6 años.
- Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas. S.A. Kirk, J.J. McCarthy, W.D. Kirk. Tea Ediciones. Aplicación de 3 a 10 años.
- Exploración del lenguaje comprensivo y expresivo (ELCE-R). M.J. López Ginés y otros. Editorial Cepe. Aplicación de 2 y medio a 9 años.
- Test de Análisis de la Lectoescritura (TALE). J. Toro, M. Cervera. Editorial Visor. Aplicación de 6 a 10 años.
- El desarrollo de la morfosintaxis en el niño (TSA). Gerardo Aguado. Editorial Cepe. Aplicación de 3 a 7 años.

Diagnóstico

La entrevista familiar, los informes de los distintos especialistas y las evaluaciones realizadas nos proporcionan la información necesaria para elaborar el informe logopédico. Así, dicho informe consta de los siguientes apartados:

- *Datos de interés*: incluiremos todo lo referente a la situación individual, familiar y escolar del niño. Esta información podemos obtenerla de la entrevista familiar.
- *Valoración logopédica* (áreas y pruebas de evaluación): la información contenida en este apartado nos la proporcionará el protocolo de intervención, teniendo en cuenta tanto los tests estandarizados como las pruebas no estandarizadas.
- *Síntesis diagnóstica*: haremos una pequeña descripción de los retrasos o trastornos encontrados a través de la valoración del niño.
- *Pautas de intervención*: en este apartado describiremos la metodología y los objetivos planteados para la intervención.

El objetivo fundamental del informe logopédico es comunicar los resultados de la valoración global del niño y plantear la propuesta de intervención que se va a llevar a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

- Arias Marsal, C. *Parálisis laríngeas*, Ed. Masson, Barcelona, 1994
- Basil Almirall, C. *Sistemas de signos y ayudas técnicas para la comunicación aumentativa y la escritura*, Ed. Masson, Barcelona, 1998
- Belinchón, M., Igoa, J.M. y Rivière, A., *Psicología del lenguaje. Investigación y teoría*. Ed. Trotta, Madrid, 1992
- Bernabeu Guitart, M. *Disfagia neurógena. Evaluación y tratamiento*. Fundació Institut Guttmann, 2002
- Bernabeu, M. y Roig, T. *La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque interdisciplinar*, Fundació Institut Guttmann, 1999
- Bigenzahn, W., *Disfunciones orofaciales en la infancia*
- Borregón, S. y González, A. *La afasia. Exploración, diagnóstico y tratamiento*. Ed. Cepe. Barcelona
- Cuetos, F., *Evaluación de la afasia*, Ed. Médica Panamericana, Madrid, 1998
- Cuetos, F., *Psicología de la escritura*, Ed. Escuela Española, Madrid, 1991
- Cuetos, F., *Psicología de la lectura*, Ed. Escuela Española, Madrid, 1991
- Cuetos, F., Ramos, J.L. y Ruano, E. *Proesc. Evaluación de los procesos de escritura*. Ed. TEA, Madrid, 2004
- Cuetos, F. *Evaluación y rehabilitación de las afasias*. Ed. Médica panamericana, Madrid, 2001
- Darley, F.L., Aronson, A.E. y Brown, J.R. *Trastornos motores del habla*, Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1978
- Didier Bleeckx, *Disfagia: Evaluación y tratamiento*, Ed. McGraw – Hill Interamericana, 2002
- Duffy, J.R., *Motor Speech Disorders: Substrates, differential diagnosis and management*, St. Louis: Mosby-Year Book Inc. 1995
- Ellis, A.W. y Young, A.W., *Neuropsicología cognitiva humana*. Ed. Masson, Barcelona, 1992
- FEDACE, *Daño cerebral. Guía de familias*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2000
- Fernández Guinea, S. y López-Higues, R., *Intervención logopédica en la afasia*, Ed. Síntesis, Madrid, 2005
- Gallego Ruiz y Ortega, *Manual de Logopedia Escolar*, 1995
- Gallardo Ruiz, J.R. y Gallego Ortega, J.L., *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico*. Ed. Aljibe, Málaga
- Gil, R., *Manual de Neuropsicología*, Ed. Masson, Barcelona, 1995
- Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad española de Neurología, *Guía del Ictus. Guía práctica para el paciente y sus cuidadores*. Edide, Barcelona, 1997
- Helm-Estabrooks, N. y L. Albert, M. *Manual de terapia de la afasia*, Ed. Médica Panamericana, Madrid 1994
- Jackson –Menaldi, C., *La voz normal*, Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1992



- Jackson – Menaldi, C., *La voz patológica*, Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1992
- Junqué, C., Bruna, O. y Mataró, M., *Traumatismos craneoencefálicos: un enfoque desde la Neuropsicología y la Logopedia*. Ed. Masson, Barcelona, 1998
- Junqué, C., Bruna, O. y Mataró, M. *Neuropsicología del lenguaje*, Ed. Masson, Barcelona
- Ladera Fernández, V. y Perea Bartolomé, M.V., *Estudio y valoración neuropsicológica de la denominación*, Ed. Amarú, Salamanca, 1993
- Lesser, R., *Investigaciones lingüísticas sobre la afasia*, Ed. Médica y Técnica, Barcelona, 1983
- Love, R.J. y Webb, W.G., *Neurología para los profesionales del habla y del lenguaje*, Ed. Médica Panamericana, Barcelona
- Luria, A.R., *Cerebro y lenguaje. La afasia traumática*. Ed. Fontanella, Barcelona, 1974
- Luria, A.R., *El cerebro en acción*. Ed. Fontanella, Barcelona, 1974
- Melle, N., *Guía de intervención logopédica en la disartria*, Ed. Síntesis, Madrid, 2007.
- Mora, F. y Sanguinetti, A.M., *Diccionario de Neurociencias*, Ed. Alianza, Madrid, 1994
- Moreno, J.M. y García, E., *Guía de recursos para la evaluación del lenguaje*, Ed. CCS, Madrid
- Muñoz Céspedes, J.M. y Tirapu Ustarroz, J., *Rehabilitación neuropsicológica*, Ed. Síntesis, Madrid, 2001
- O'Sullivan, N. y otr., *Dysphagia care*, 1995
- Ortiz Alonso, T., *Neuropsicología del lenguaje*, Ed. Cepe, Madrid, 1992
- Pelegrín, C., Muñoz Céspedes, J.M. y Quemada, J.I., *Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático*, Ed. Prous Science, Barcelona, 1997
- Peña Casanova, J. y Pérez, M., *Evaluación de la afasia y trastornos asociados*, Ed. Masson, Barcelona, 1995
- Peña Casanova, J., *Manual de Logopedia*, Ed. Masson, Barcelona, 1998
- Peña Casanova, J., Gramunt, N. y Vich, J., *Test neuropsicológicos. Fundamentos para una neurología clínica basada en evidencias*. Ed. Masson, Barcelona, 2004
- Peña Casanova, J., *Programa integrado de exploración neuropsicológica. Test Barcelona*. Ed. Masson, Barcelona, 1990
- Perea Bartolomé, V., *Neuropsicología. Libro de trabajo*. Ed. Amarú, Salamanca, 1998
- Perea Bartolomé, V., *Síndrome afásico, clasificación*. I Congreso de Neuropsicología por Internet, 1999
- Powell, T., *Lesión cerebral: una guía práctica*, Institut Guttmann, Barcelona, 1996
- Prater, R.J. y Swift, R.W., *Manual de Terapéutica de la voz*, Ed. Masson, Barcelona, 1996
- Puyuelo, M. y otr., *Casos clínicos en logopedia 1*, Ed. Masson, Barcelona, 1997
- Puyuelo, M. y otr., *Casos clínicos en logopedia 2*, Ed. Masson, Barcelona, 1999
- Puyuelo, M. y otr., *Casos clínicos en logopedia 3*, Ed. Masson, Barcelona, 2001
- Serratrice, G., y Habib, M., *Escritura y cerebro*, Ed. Masson, Barcelona, 1997
- Tamarit, J., *Qué son los sistemas de comunicación alternativa en Sistemas Alternativos de Comunicación* 1993
- Taylor, M.L., *Qué es afasia*, Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1982

- Torres Monreal, S., *Sistemas alternativos de comunicación*, Ediciones Aljibe, Málaga, 2001
- Warrick, A., *Comunicación sin habla*, ISAAC-Press, CEAPAT, 2002

ARTÍCULOS

- *Disartria en el daño cerebral adquirido: hacia un método global de evaluación*. Rev. de Logopedia, Foniatría y Audiología, 2003, vol. III, N° 1, (20-29), N. Mellé
- *Disartria cerebelosa : Tratamiento logopédico*. Rev. de Logopedia, Foniatría y Audiología, 1988, vol. III, n° 2, (84-87). I. Galarza Ibarrondo
- *Las complicaciones laringeas de la intubación endotraqueal y su tratamiento foniátrico*. Rev. de Logopedia, Foniatría y Audiología, 1987, vol. VII, n° 3 (144-152). M.L. Dutoit-Marco y D. Schwander
- *Rehabilitation of swallowing by exercise in tube-fed patients with pharyngeal dysphagia secondary to abnormal UES opening*. Gastroenterology 2002; 122:1314-1321. Shaker, R. et al.
- *Alteraciones de la voz causadas por enfermedades neurológicas*. Rev. de Neurología 2001; 33 (2): 153-168. Gamboa, J., Jiménez-Jiménez, F.J., Mate, M.A. y Cobeta, I. *
- *Hipofonía en ictus lacunar*, Rev. de Neurología, 2001; 33 (8): 735-736. Sposnik, G., Mauriño, J., Rey, R.C. y Sica, R.E.P. *
- *Insuficiencia velofaríngea asociada a disfonía y alteración de la resonancia*. Rev. de Logopedia, Foniatría y Audiología, 2001, XXI (3): 131- 137. Fernández-Baillo, F. y García Alcántara, F.
- *Temblor esencial de la voz y tratamiento con gabapentina*. Rev de Neurología, 2000; 31 (8): 798-799. Padilla, F., Berthier, M.L. y Campos-Arillo, V.M. *
- *Cohesión y coherencia en las narraciones de niños y niñas con trastornos específicos del lenguaje*, Rev. de Logopedia, Foniatría y Audiología, 1997, XVII (2), 103-111. Pérez, E.

WEBS

www.logopedia.net

www.ilogopedia.com: portal para profesionales de la logopedia y ámbitos relacionados

www.masson.es

www.medicapanamericana.com

www.polibea.com

www.revneurologia.com

www.guttmann.com

www.bobath.org



www.seneurologia.org

www.ictus.org

neurociencias.rediris.es

www.neurositio.com

www.espaciologopedico.com

www.aidex.es/lenguaje/index.html

www.fundafasia.org

www.neuroskills.com: web en inglés con amplia información sobre el cerebro

<http://centros6.pntic.mec.es/cpee.alborada/cps/index.html>: ofrece algunas herramientas y recursos

www.logopedassinrecursos.org : dirigida a los profesionales de la logopedia, para intercambio de materiales.

www.cecapiroin.com: fabricantes y distribuidores de ayudas técnicas

www.neuro-cog.com/testbarcelona/perfiles_afasia.htm: test Barcelona sobre afasia

www.pipoclub.com/tienda: materiales educativos infantiles tanto en papel como en cd.

ASOCIACIONES CIENTÍFICAS DE INTERÉS

AELFA (Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología)

www.aelfa.org

ALE (Asociación de Logopedas de España): COLEGIOS PROFESIONALES SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEURORREHABILITACIÓN

neuroreha@hotmail.com

ISAAC (International Society for Augmentative and Alternative Communication)

ISAAC – ESPAÑA

<http://acceso.uv.es/isaac/>

SERVICIO DE INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD

<http://sid.usal.es>

FEDACE (Federación Española de Daño Cerebral)

www.fedace.or

EDITORIALES

Alianza

Masson

Médica Panamericana

Ars Médica

Síntesis

Aljibe

Entha

CEPE

Trillas