

PRACTICA PROFESIONAL

2015

Alumna: **Busolo, Carolina**

Índice:

| | |
|------------------|--------|
| Agradecimientos | Pág.3 |
| Introducción | Pág.4 |
| Marco Teórico | Pág.5 |
| Caso Elegido | Pág.15 |
| Plan Terapéutico | Pág.20 |
| Conclusiones | Pág.34 |
| Bibliografía | Pág.35 |

AGRADECIMIENTOS

Enormemente a la Institución que me brindó la posibilidad de realizar este trabajo abriéndome sus puertas, en este caso a Meyrelles. A la vez, y en especial, profundo y sentido agradecimiento a mi Instructora, Natalia Chervo, por brindarme el tiempo, la contención necesaria y por su gran dedicación y ganas de que saquemos frutos acercándonos a sus pacientes y poniendo todos los recursos disponibles a nuestro alcance.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se realizó en la Sala Municipal "Meyrelles" y el área del mismo es Lenguaje en niños

Instructora a Cargo: Chervo, Natalia

Caso elegido: J.L, 6 años

Diagnóstico: No tiene un diagnóstico, ingresa a Tratamiento hace tres años con un severo trastorno en el lenguaje que hoy en día persiste aunque mejoró y además, Disfluencia

-Personalmente elegí el caso porque me pareció interesante ya que se suman dos patologías y además, el niño es muy colaborador, entusiasta y predispuesto en lo que se le pide.

MARCO TEÓRICO

JL no tiene un diagnóstico; por lo tanto, habría que hacer un Diagnóstico Diferencial entre las sospechas de: un Trastorno del Desarrollo del Lenguaje: Dispraxia Verbal y un TEL: Déficit de Programación Fonológica. Habría que descartar también un posible Retraso Mental con un Test que mida el Cociente Intelectual, por ejemplo, el WISC, aunque todo parece afirmar que no encuadraría en este diagnóstico.

TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

Las dificultades del niño o la niña con TDL pueden ser tan amplias que abarquen todos o casi todos los aspectos de la comunicación o limitarse a un proceso en particular. Además, las características dependen, en gran parte, de los síntomas y de su persistencia. Aun así, entre las características principales del trastorno del desarrollo del lenguaje encontramos:

- Nivel de competencia lingüística muy por debajo del resto de las capacidades del niño
- Trastornos persistentes
- Interfieren siempre en el aprendizaje escolar, aunque la severidad con que lo hacen es variable

ASPECTOS EN LOS QUE INFLUYEN:

FONÉTICA/FONOLOGÍA: Distorsión y desorganización fonológica. Reducción significativa del nivel consonántico y de la estructura silábica. Dificultades con los contrastes fonológicos. Habla ininteligible.

MORFOSINTAXIS: Morfología muy primaria. Escasa variedad de construcciones gramaticales y tendencia a omitir marcadores gramaticales. Orden de los términos de una frase. Concordancia género y número. Uso casi exclusivo de oraciones simples.

SEMÁNTICA: Dificultades de vocabulario. Lentitud de evocación.

PRAGMÁTICA: Abundancia de gestos y conductas no verbales para mantener la interacción. Uso del lenguaje oral para funciones comunicativas muy primarias. Competencia conversacional limitada.

En referencia a las causas, en la mayoría de los casos no son conocidas, pero el hecho de que no existan anomalías estructurales en el cerebro, arroja la hipótesis de que pueda tratarse de alteraciones en el desarrollo de los circuitos que conectan distintas áreas cerebrales, que a su vez podrían estar condicionadas por anomalías genéticas.

Dentro de los Trastornos en el Desarrollo del Lenguaje, el posible diagnóstico sería de Dispraxia Verbal, ya que cumple y se observan muchas de sus características destacables:

TEL

En JL hay sospechas de un TEL de *Déficit de Programación Fonológica*.

La ASHA (American Speech-Language-Hearing Association, 1980) nos proporciona la definición más característica de TEL: *"Anormal adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito. El problema puede implicar a todos, uno o algunos de los componentes fonológico, morfológico, semántico, sintáctico o pragmático del sistema lingüístico. Los individuos con trastornos de lenguaje tienen frecuentemente problemas de procesamiento del lenguaje o de abstracción de la información significativa para almacenamiento y recuperación por la memoria a corto o a largo plazo"*

Stark y Tallal (1981) establecen los siguientes criterios para identificar el TEL:

- a. Nivel auditivo de 25 dB en la frecuencia de 250 a 6.000 Hz, y de 25 dB en reconocimiento de palabras.
- b. Sin alteraciones conductuales ni emocionales.
- c. Nivel intelectual normal.
- d. Sistema nervioso normal.
- e. Habilidades prácticas normales.
- f. Nivel lector normal.

El TEL es un trastorno muy común, aunque en sus formas leves no siempre se diagnostica adecuadamente. El inicio tardío del habla suele ser un indicador de discapacidad lingüística. Se encuentran importantes discrepancias sobre el CI de niños con TEL. La lectura y el aprendizaje pueden estar afectados en niños con TEL (entre el 40 y el 70%). El TEL se puede diagnosticar con bastante precisión, sobre todo a partir de los 5 años. La condición puede ser genética. La naturaleza del problema limita la exposición de los niños con TEL al lenguaje. La intervención debe empezar durante la edad preescolar

Clasificación de Rapin y Allen (1983, 1987)

La clasificación de Rapin y Allen utiliza un enfoque clínico y es actualmente la más utilizada por los terapeutas, debido a su carácter práctico y la más citada por la literatura especializada.

Déficit de Programación Fonológica: La comprensión es relativamente normal pero, en este caso existe una fluidez de producción, aunque con muy poca claridad, lo que hace casi ininteligible a estos niños. Es notable la mejoría de calidad articulatoria en tareas de repetición de elementos aislados (sílabas, palabras cortas) que no se observa cuando se trata de palabras largas o frases.

Déficit Fonológico-Sintáctico: Corresponde al cuadro clásicamente descrito como "Disfasia"; estos sujetos tienen una mejor comprensión que expresión, pero les cuesta entender cuando el enunciado es largo, incluye estructuras complejas, resulta ambiguo, se presenta descontextualizado o, simplemente, se emite con rapidez. En expresión, destacan sus dificultades de articulación, de fluidez y, sobre todo, de aprendizaje y uso de nexos y marcadores morfológicos. En algunos casos, la propia formación secuencial de los enunciados resulta laboriosa.

Déficit Léxico-Sintáctico: Dentro del retraso, van superando sus alteraciones de pronunciación, pero presentan grandes dificultades de evocación y estabilidad del léxico. La comprensión de palabras sueltas puede ser normal, o casi normal, pero no así la de frases. Se registra una abundancia de "muletillas", interrupciones, parafasias, perífrasis y reformulaciones, dentro de una gran dificultad para mantener el orden secuencial y utilizar correctamente los marcadores morfológicos cuando tienen que expresar enunciados más complejos que los simples diálogos cotidianos.

Agnosia Verbal Auditiva: El sujeto no entiende el lenguaje aunque puede comunicar con gestos naturales, y su expresión es nula o casi nula, incluso en repetición; es un cuadro asimilable a los descritos bajo las denominaciones de afasia congénita mixta o sordera verbal.

Dispraxia Verbal(*) El sujeto presenta una comprensión normal, o casi normal, pero con enormes dificultades en la organización articulatoria de los fonemas y de las palabras. Afecta también la prosodia. Los enunciados se limitan a una o dos palabras, difícilmente inteligibles. No mejoran apenas en tareas de repetición. En su límite extremo, el sujeto es completamente mudo; es este caso sería asimilable a los cuadros de afasia congénita expresiva o audiomudez dispráxica.

Déficit Semántico-Pragmático: En este caso, el sujeto puede presentar un desarrollo inicial del lenguaje dentro de límites relativamente normales y carecer de problemas importantes de habla. Sus enunciados también pueden aparecer como bien estructurados. Sin embargo, sufren grandes dificultades de comprensión, llegando al caso de que su nivel expresivo sea superior al comprensivo. Sobre todo, destaca la falta de adaptación de su lenguaje al entorno interactivo; los ajustes pragmáticos a la situación o al interlocutor son deficientes, la coherencia temática inestable y puede existir ecolalia o perseveraciones (*) Algunos autores, sobre todo ingleses (Stackhouse 1992), utilizan este término para referirse a un cuadro limitado a trastornos de habla.

Si bien la clasificación de Rapin y Allen ha servido como base para establecer tipologías no es lo suficientemente precisa desde un punto de vista neurológico, psicológico y comunicativo. Además se clasifica en relación al dominio lingüístico más afectado ocultando otras áreas que también pueden estar deficitarias. La Dispraxia Verbal y la Agnosia Auditiva no deberían considerarse TEL debido a las implicaciones motoras.

Clasificación de Rapin reformulada (1996)

1. Trastornos de lenguaje expresivo: agrupa a la dispraxia verbal y al déficit de programación fonológica.
2. Trastornos de lenguaje expresivo y receptivo: agrupa a la agnosia auditiva verbal y al déficit fonológico sintáctico.
3. Trastornos de procesamiento de orden superior: agrupa al déficit léxico sintáctico y al semántico pragmático. Conti-Ramsden y Botting (1999) prefieren llamarlo trastornos específicos complejos

DISPRAXIA VERBAL

El término 'dispraxia verbal' o 'apraxia verbal del desarrollo' se utiliza para denominar uno de los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje. En general, a los niños con dispraxia verbal se les describe con un habla muy poco inteligible, en los casos graves hasta edad avanzada, pero cuyos gestos y expresión facial indican que quieren comunicarse.

No se observan problemas estructurales ni neurológicos en los mecanismos orales que justifiquen la ausencia de inteligibilidad y son niños que responden muy lentamente al tratamiento logopédico.

Según Maria Gortazar Diaz se la puede definir como "*Desorden de base neurológica que afecta a la planificación y producción del habla. Supone una dificultad en la habilidad para organizar o planificar intencionalmente la secuencia de movimientos para producir sonidos del habla y/o su secuenciación en sílabas o palabras*"

Dentro de las características principales del cuadro encontramos:

- Esfuerzo, tanteos o titubeos en la producción de algunos o incluso todos los fonemas.
- Consonantes siempre más afectadas que las vocales. Emisión distorsionada de gran número de sonidos, incluso errores en la articulación de vocales. En relación a esto es frecuente observar que en estadios de desarrollo iniciales los niños no logran la totalidad de las vocales realizando solo la vocal /a/ con una apertura exagerada de la mandíbula o al contrario con un rango de apertura limitado, otros no logran los movimientos de protrusión y retrusión labial lo que generaría distorsión de las vocales /u/ /o/ y la /i/.
- Variabilidad en los errores articulatorios, hay inconsistencia en los patrones de errores de articulación, en ocasiones pueden lograr una palabra /pato/, otras puede decir /tato/ y otras /kato/.
- Además, dificultad para producir voluntariamente fonemas aislados o secuencias de fonemas que han sido producidos correctamente en otras ocasiones. Dificultad para la realización de tareas de diadococinesis con sonidos que, de forma aislada, ha producido correctamente
- Aumento del número de errores con el incremento de la longitud del enunciado.
- También es importante considerar la evolución muy lenta durante el tratamiento.

Dentro de los signos tempranos que nos pueden ayudar en el proceso diagnóstico:

- Limitado o poco balbuceo, los niños utilizan más que nada gruñidos.
- Praxias automáticas al comer, esto quiere decir que el niño logra cerrar y abrir la boca, sacar la lengua, lateralizarla para comer, pero no son capaces de hacerlo de forma voluntaria cuando se les pide en los casos que presentan dispraxia oral.
- Falta de repertorio fonético para su edad, en general usan los fonemas /b, m, p, t, d, x/, de ejecución más anterior o solamente vocales como en muchos casos. Muchos de estos fonemas pueden ser imitados pero al momento de secuenciarlos y realizar las transiciones muestran las dificultades.
- La prosodia es inusual ya que no tiene manejo de la fuerza e intensidad necesarias, hay poco control por lo que alargan las vocales.
- Persisten procesos de simplificación fonológica de desaparición temprana, frecuentemente se observa la metátesis, omisión o adición de fonemas, asimilaciones. A menudo sustituciones sonora sordas: /p/ por la /m/ o /t/ por /d/, por ejemplo.
- Lenguaje receptivo mejor que el expresivo.
- Ecolalia: el niño repite de forma automática palabras e incluso frases de manera bien articulada pero intentos nuevos pueden resultar difíciles. Incluso realiza perseveraciones verbales, se queda "pegado" en una palabra previa ya utilizada o trae elementos motores orales de la palabra ya ejecutada.
- Tono muscular bajo, sin ser hipotonico.
- Falta de conocimiento de estructuras orales.
- Períodos de apreciable ininteligibilidad.
- Errores en los sonidos del habla (emisión distorsionada de gran número de sonidos).
- Errores en la articulación de vocales.

- Se suele apreciar esfuerzo, tanteos o titubeos en la producción de algunos o incluso todos los fonemas.
- Fallos en la ejecución, en aislar y secuenciar movimientos orales, no de habla, de nivel automático.
- Aumento del número de errores con el incremento de la longitud del enunciado.
- Alta incidencia de errores relacionados con el contexto (p.ej., errores de metátesis).
- Inconsistencia en los patrones de errores de articulación.
- Patrones desviantes durante el desarrollo del habla.

Algunos investigadores señalan la existencia de errores en aspectos suprasegmentales del habla, como excesiva nasalidad, prosodia o acentuación inapropiada.

Ozanne 1995) resalta seis conceptos relacionados con el déficit de programación motora, cuya presencia considera esencial en el trastorno:

- La diferencia en la realización de tareas de habla y tareas oromotoras voluntarias e involuntarias.
- Dificultad para mantener la estructura fonológica de la palabra o de la sílaba.
- Producción de habla no fluente.
- Incremento de errores con el incremento de la longitud del enunciado.
- Desajustes fonéticos en el habla.
- Dificultad en la realización de tareas de diadococinesis

Desde un punto de vista cognitivo los defectos de habla que observamos en los niños con dispraxia verbal parecen ser el efecto sinérgico de dificultades en distintos momentos del procesamiento de habla: un déficit en la elaboración del plan fonológico para la selección de los fonemas y su secuencia en las palabras y un déficit en la elaboración y ejecución del plan motor.

Los niños con dispraxia cometen más errores en la producción de segmentos (fonemas). Tienen más dificultades para desarrollar y automatizar praxias articulatorias, lo que les lleva a producir errores de tipo distorsión o sustitución de fonemas con más frecuencia. El sistema nervioso central coordina temporalmente esos órganos para la emisión durante escasas milésimas de cada fonema. Esa coordinación práxica asociada a cada fonema estaría afectada en los niños dispraxia verbal y no lo estaría de igual manera en los niños con déficit fonológico. Estos últimos tendrían menos dificultad en el control motor del habla mientras sí tendrían dificultad en el almacenamiento y recuperación de la forma fonológica de las palabras y la aplicación de las reglas fonotácticas propias del idioma que hablan. En resumen, a un niño con déficit fonológico le cuesta combinar fonemas para hacer palabras y a un niño con dispraxia verbal, además, le cuesta combinar rasgos para producir fonemas. La prueba de repetición de sílabas podría ser útil para observar los defectos práxicos: los niños con trastorno fonológico tienen un repertorio de fonemas adecuado o poco retrasado para su edad, independientemente de que muestren procesos de simplificación de habla al pronunciar palabras; los niños con dispraxia verbal tienen mayores dificultades con fonemas aislados y con la coordinación motora al pronunciar sílabas aisladas.

Intervención Fonoaudiológica:

La mayoría de observaciones clínicas afirman que la respuesta a cualquier tipo de tratamiento de los niños con dispraxia verbal es muy lenta. En la literatura científica se encuentran varios programas adaptados o diseñados para estos niños. En cada uno de ellos se desarrollan técnicas específicas para mejorar alguno de los aspectos más afectados en los niños dispráxicos:

- Mejorar el control voluntario de los movimientos articulatorios para llegar a automatizarlos.
- Conseguir la pronunciación de fonemas que no han podido resolverse con técnicas habituales de estimulación auditiva o visual.
- Mejorar los aspectos de secuenciación de sílabas para formar palabras.
- Mejorar la prosodia

Diagnóstico Diferencial en Dispraxia Verbal

Difícil realizar el diagnóstico, la experiencia clínica sugiere que durante la etapa preescolar es difícil distinguir entre niños con dispraxia de niños con alteraciones severas en la producción de los sonidos, pero las dificultades en la secuenciación de sílabas, la prosodia y el habla se hacen más evidentes en la etapa escolar. Por lo anterior tenemos que:

- Encontrar el **fallo práxico** o evidencia del problema motor y del **problema fonológico**
- Los niños con dispraxia cometen **más errores en la producción de fonemas** ya que tienen más dificultades para **desarrollar y automatizar** praxias articulatorias, lo que les lleva a producir errores de tipo **distorsión o sustitución** de fonemas con más frecuencia. **Cada fonema aislado supone una combinación de rasgos articulatorios**. El sistema nervioso coordina temporalmente las estructuras anatómicas para la emisión durante unas milésimas de segundos. Esta coordinación estaría afectada en los niños con dispraxia y no así en los niños con ttno fonológico.
- Los errores que cometen los niños con dispraxia no son consistentes, sino que varían en relación al contexto de fonemas en la palabra. Incluso se pueden perder temporalmente sonidos que anteriormente usaba.
- La repetición es también un punto importante a considerar en el diagnóstico diferencial, ya que los niños con dispraxia no muestran mejorías frente a la repetición.
- Y finalmente, la disociación automático voluntaria

DISFLUENCIA

La disfluencia, en JL, está presente y se manifiesta en todas las áreas del Lenguaje.

La fluidez, según Dinville, C (1982) es el proceso que permite la suavidad, el ritmo y el flujo continuo sin pausas ni repeticiones, con los que los sonidos, palabras y frases se unen en el lenguaje oral. Está formada por seis componentes: velocidad, ritmo, prosodia, duración, secuencia y fluencia.

Otra definición es la de Starkweather¹ (1987) que dice "*Dos son las variables a tener en cuenta para definir la fluidez: el tempo (de las pausas, ritmo y entonación) y el esfuerzo (trabajo físico y mental que un hablante tiene que hacer para hablar). De forma que la fluidez puede ser descrita como el flujo sin esfuerzo de habla, y la tartamudez sería la ausencia de fluidez que se manifestaría en alteraciones del tempo o del esfuerzo*".

Sangorrín (2005), considera que:

"La tartamudez o disfluencia se diferencia de la normal no fluencia, sobre todo, por la rapidez de las repeticiones y el breve tiempo de duración de las vocales en las repeticiones, las prolongaciones de sonidos verbales con tensión muscular excesiva, los bloqueos motor-verbales, y la conducta de esfuerzo

para hablar”

La fluidez en el habla, implica facilidad para emitir las palabras de una manera continua y a un ritmo y velocidad suficiente, para que la comunicación oral se desarrolle sin esfuerzo.

Los cuatro componentes básicos de la fluidez, según Salgado (2007)², son:

1. Continuidad: el habla es percibida de forma continua aunque realmente no sea así. Esto es debido al uso de las pausas que se suceden en momentos lingüísticamente apropiados y cumplen una función comunicativa de gran valor.

2. Velocidad: la tasa de habla de una persona, teniendo en cuenta las pausas normales, oscila entre 3-4 sílabas por segundo, lo que supone unas 100-150 palabras por minuto.

3. Ritmo: es un elemento prosódico fundamental; implica la ordenación de los sonidos, en función del número de sílabas y su acentuación. El habla fluida también supone ajustar el tono, la intensidad y la cadencia de cada sílaba y palabra, para que haya una distribución regular y armónica dentro del discurso

4. Suavidad: el habla fluida sale con facilidad, no supone esfuerzo y está ausente de tensión muscular tanto de los órganos fonatorios como del resto del cuerpo.

Starkweather establece dos tipos de esfuerzos al hablar:

- A) Esfuerzo muscular: Se advierte en los bloqueos, en la fuerza y en la tensión que se pueden ver y escuchar (esfuerzo realizado en la ejecución del habla)
- B) Esfuerzo mental: Se advierte en las actitudes anticipatorias que desarrollan los disfluentes (esfuerzo que se realiza durante la planificación del habla)

De esta definición se desprende que la tartamudez implica mucho más que repeticiones, bloqueos y prolongaciones; *es la imposibilidad de mantener la fluidez. Por ello, resulta muy importante evaluar en los niños el aumento del esfuerzo muscular y mental al hablar.*

Según Starkweather la prevención tiene tres fases:

Primaria: Consiste en prevenir el problema antes de que se manifieste

Secundaria: Consiste en prevenir el problema en sus primeras manifestaciones, antes de que se convierta en crónico

Prevención de la cronicidad: Siempre es posible evitar que una disfluencia empeore

DISFLUENCIAS MAS FRECUENTES (Disfluencias Típicas):

Se caracterizan por:

- Vacilaciones, pausas, silencios
 - Interjecciones de sonidos, sílabas o palabras
 - Repetición de frases u oraciones
 - Repetición de palabras monosilábicas(dos o menos repeticiones por vez, sin tensión)
 - Repetición de sílabas o parte de palabras(dos o menos repeticiones por vez, sin tensión)
 - Sonidos prolongados
-

DISFLUENCIAS MENOS FRECUENTES (Disfluencias Atípicas)

Se caracterizan por:

- Repeticiones de palabras monosilábicas(tres o mas repeticiones por vez, con tensión)
- Repeticón de parte de palabra o silabas (tres o mas repeticiones por vez, con tensión)
- Repeticón de sonidos
- Prolongaciones
- Bloqueos
- Aumento de tensión, perceptible en labios, mandibula, entrecejo, manos,voz

RETRASO MENTAL

El "Retraso Mental" ha tenido diversas denominaciones a lo largo de la historia. Actualmente, se tiende a evitar aquellas denominaciones que puedan interpretarse como peyorativas o discriminantes. Se utiliza el término discapacidad intelectual y, en niños escolarizados, siguiendo las directrices señaladas por la LOGSE, se engloban dentro del colectivo de "alumnos con necesidades educativas especiales". Sin embargo, el término que sigue apareciendo en los diferentes sistemas clasificatorios (DSM-IV, CIE-10) y referido específicamente al nivel de competencia intelectual, es el de Retraso Mental.

Los modelos adaptativos, biomédico y sociocultural, representan las dos aproximaciones principales a la definición conceptual del retraso mental. Los seguidores del primer modelo insisten en las alteraciones básicas en el cerebro como condición primordial para su diagnóstico. Los que proponen la segunda aproximación dan más importancia al funcionamiento social y a la adaptación general a normas aceptadas (Freedman, 1977).

La etiología del retraso mental se considera mayoritariamente multifactorial, y la combinación de los diversos factores etiológicos condiciona la gran variedad de manifestaciones clínicas. Se acepta que aproximadamente en el 30-40% de estos casos examinados a nivel de consulta externa, no se puede determinar una etiología clara a pesar de haberlos sometido a complejas evaluaciones. En el resto de los casos, los principales factores causales se distribuyen de la siguiente forma: aproximadamente en un 50% se detectan factores hereditarios; en un 30%, alteraciones tempranas del desarrollo embrionario; en un 50%, trastornos somáticos de la niñez; mientras que las influencias del entorno y los trastornos mentales, se registran entre el 15-20% de los casos. Estos factores no se excluyen entre sí.

Seguindo la clasificación de Freedman (1980), las causas y los síndromes asociados al retraso mental pueden dividirse en:

1. Factores prenatales:

1.1 Trastorno del metabolismo de los aminoácidos.

Los más importantes: Fenilquetonuria, Hiperglicemia idiopática, Distrofia oculorrenal de Lowe

1.2 Trastornos del metabolismo de las grasas. Los más frecuentes: Degeneraciones cerebromusculares, Enfermedad de Niemann-Pick, Enfermedad de Gaucher

1.3 Trastornos del metabolismo de los hidratos de Carbono. Los más frecuentes: Galactosemia, Intolerancia a la fructuosa, Glucogenosis

1.4 Trastornos metabólicos diversos. Los más frecuentes: Hipercalcemia idiopática, Hipoparatiroidismo, Cretinismo bocioso, Enfermedad de Wilson, Dependencia de piridoxina, Enfermedad de Crigler-Najjar (ictericia no hemolítica familiar)

1.5 Aberraciones cromosómicas

1.6 Infecciones maternas durante el embarazo. Las más frecuentes: Sífilis, Rubéola, otras enfermedades

1.7 Complicaciones del embarazo

2. Factores perinatales: Prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino, lesiones durante el nacimiento, lesiones traumáticas cerebrales, factores anóxicos, querníctero.

3. Factores Post-natales: Meningitis purulenta, meningoencefalitis vírica, meningoencefalitis aséptica, intoxicación por plomo, traumas, trastornos convulsivos, espasmos infantiles, convulsiones febriles, parálisis cerebral, enfermedad de Heller, malnutrición.

4. Factores socioculturales: Problemas médicos, problemas sociales y emocionales, privación ambiental, retraso mental familiar.

El déficit en la función intelectual es considerado como su principal característica. Se toma en cuenta el cociente intelectual (C.I.) para clasificar los grados de retardo. Aquél debe determinarse mediante la aplicación individual de pruebas de inteligencia estandarizadas y adaptadas a la cultura de la población de la cual es miembro el sujeto. Las escalas de madurez social y de adaptación aportan una información complementaria, siempre y cuando estén adaptadas al medio cultural del paciente, debiendo completarse con entrevistas a los padres o a las personas que cuidan al enfermo y que conocen su discapacidad para la actividad cotidiana. Sin la aplicación de métodos estandarizados, el diagnóstico del retardo mental debe ser considerado como provisional. El carácter pluridimensional de éste se refleja también en los diversos enfoques utilizados para clasificar esta enfermedad. Esencialmente, todos ellos se refieren a las características del desarrollo del paciente, a su potencial de educación y entrenamiento, y a su adecuación social y vocacional. Los grados o niveles de retraso son clasificados por la CIE-10 de la forma siguiente:

F70 Retraso mental leve (50 a 69 de C.I.)

F71 Retraso mental moderado (del 35 a 49 de C.I.)

F72 Retraso mental grave (del 20 a 34 de C.I.)

F73 Retraso mental profundo (menos de 20 de C.I.)

F78 Otro retraso mental

F79 Retraso mental sin especificación

F70 Retraso Mental leve: Llamado también debilidad mental, subnormalidad mental leve, oligofrenia leve, morón. Se considera que un cociente intelectual (C.I.) de 50 a 69 corresponde a un retraso mental leve.

Son pacientes que adquieren tarde el lenguaje, aunque son capaces de mantener una conversación y, por lo tanto, de expresarse en la vida cotidiana. Una gran parte llega a alcanzar una independencia para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse y controlar los esfínteres). Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares, sobre todo en la lectura y la escritura. Pueden desempeñarse en labores prácticas, más frecuentemente en trabajos manuales semicualificados.

F71 Retraso Mental Moderado: Llamado también subnormalidad mental moderada u oligofrenia moderada. Los pacientes con retraso mental moderado muestran una lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje, teniendo en esta área un dominio limitado. Los avances escolares son limitados, y aprenden sólo lo elemental para la lectura escritura y cálculo. Tienen dificultad para su cuidado personal. Sus funciones motrices son pobres, y necesitan de una supervisión permanente. Se considera que un cociente intelectual (C.I.) comprendido entre 35 y 49, corresponde al retraso mental moderado. En el trabajo desarrollan labores prácticas y sencillas, siempre y cuando estén detalladamente estructuradas y se les supervise de modo adecuado. De adultos es difícil que desarrollen una vida social completamente independiente; sin embargo, muchos de ellos son físicamente activos, con total capacidad de movimientos. El nivel de desarrollo del lenguaje varía, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla, hasta la adquisición de un lenguaje sólo para lo cotidiano. En la mayoría se detecta una etiología orgánica. Son frecuentes el autismo, o trastornos del desarrollo, así como también la epilepsia, los déficit neurológicos y las alteraciones somáticas.

F72 Retraso Mental Grave: Llamado también subnormalidad mental grave u oligofrenia grave. Se considera que un cociente intelectual (C.I.) entre 20 y 34, corresponde a retraso mental grave.

El paciente con retraso mental grave presenta un cuadro clínico mucho más severo que el anterior; básicamente, su etiología es orgánica, asociada a otros trastornos con escaso o nulo nivel del desarrollo del lenguaje, necesitándose, generalmente, de una anamnesis indirecta. La gran mayoría de los pacientes presenta marcado déficit motor, o la presencia de otras carencias que dan evidencia clínica de un daño o anomalía del desarrollo del Sistema Nervioso Central.

F73 Retraso Mental Profundo: Llamado también idiotez, subnormalidad profunda u oligofrenia profunda. Se considera que el C.I., es inferior a 20.

Los pacientes de este grupo poseen muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas, y requieren ayuda y supervisión permanente. No muestran capacidad para comprender instrucciones o reconocerlas y actuar de acuerdo a ellas. Su comunicación no verbal es muy rudimentaria; muestran una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres. La etiología es generalmente orgánica. Suelen estar acompañados de trastornos somáticos y neurológicos graves que afectan la motricidad, así como de epilepsia o de alteraciones visuales y auditivas.

CASO ELEGIDO

J.L

ANTECEDENTES

Edad cronológica: **6 años y 10 meses**

Fecha de nacimiento: 08-07-2008

Escolaridad: 1er grado en escuela común(Nº4)

Datos de anamnesis:

- Embarazo tuvo complicaciones, no se especifican de qué tipo.
- Peso al nacer: 2,500kg
- Internaciones: Al primer mes de vida por Neumonía
- Marcha: 2 años
- Control de esfínteres: 3 años y medio
- Juego: Pintar, muñecos y computadora
- Lenguaje: A los 4 años sus únicas palabras eran: mama, papa, 'ee'(en referencia a su hermano Ezequiel)
- En abril del 2012 se lo deriva a Fonoaudiología por Retraso Madurativo del Lenguaje
- La madre cuenta "*antes decía 'ma', pero ya no*" en la primer entrevista
- Diciembre 2012(4 años y medio): no reconoce colores
- **TEPSI**(evaluado por Terapeuta Ocupacional):
 - Coordinación:* Retraso
 - Lenguaje:* Retraso
 - Motricidad:* Retraso
- En diciembre del 2012 se realiza Otoemisiones y pasa ambos oídos. Audición normal. Nuevo control en Febrero del 2012 OTA: normal
- **2013:** Comienza tratamiento fonoaudiológico con muy pocas palabras casi inentendibles y mucha dificultad para pronunciar y esfuerzo(se comienza a sospechar de dispraxia)
- Actualmente concurre a 1er grado y no está integrado

TEST TOMADOS ANTERIORMENTE:

03-04-2013

PSL

Comprensión: Buena comprensión de un solo estímulo, y muchas dificultades al aumentar la complejidad de la frase.

Mayores dificultades en: comparación de objetos, inferencias, partes del cuerpo, conceptos espaciales, comparación, conceptos de cantidad, voz pasiva y atención e imitación auditiva.

Buena respuesta en: identificación de láminas, identificación de dibujos, conceptos descriptivos, conceptos de tiempo
RESULTADO: **4a 2m.**

Expresión: Se observa una edad muy baja comparada a la edad cronológica, muy desplazada de la normalidad

Dificultades en: sucesión de palabras, pronombres, combinar 3/4 palabras, denominar figuras, respuesta a preguntas, gerundio y producción de oraciones básicas

Logra: vocabulario, imitación, denominar objetos, plurales

RESULTADO: **1a 6m.**

El resultado de este test indica una gran diferencia entre el área expresiva y el área comprensiva, notando que la última es superior. Ambos aspectos, igualmente, se encuentran desfasados para su edad evolutiva y cronológica.

ESCALA ALFA: Evaluada el 03-04-2013

Comprensión de vocabulario: Puntaje: 9 puntos- **EM: 6 años**

Relato sobre la lámina: Sólo señala y dice 'to', 'te', 'to', 'uuu'. Puntaje: Fuera de escala

Nuevamente se observa el área comprensiva por sobre el área Expresiva.

INFORME ESCOLAR:

En el 2014 la Maestra del Jardín (3era sección) envía un informe en donde explica que JL reconoce espacios dentro de la institución. Acepta las pautas establecidas tanto en la sala como en el patio. Escucha las consignas a las actividades propuestas y participa con entusiasmo en ellas.

Comparte con sus compañeros materiales de uso común. Tiene hábitos de higiene. Preferentemente siempre juega con los mismos compañeros. Le gusta jugar al rompecabezas, al dominó y los juegos de recorrido.

Con respecto al lenguaje no logra expresarse de manera clara pero participa igualmente en las reflexiones grupales. Cuando la docente lee un cuento, se lo observa escuchar con atención y participar.

Logra reconocer algunas formas geométricas.

Aclara que a fin de año, Joaquín mostró mayor autonomía en su accionar. Pero que aun así, le cuesta mucho expresarse verbalmente en diferentes contextos y con distintas intencionalidades. Reconoce su nombre escrito.

CRONOLOGÍA DE LA OBSERVACION:

22-04: *JL no concurre a Tratamiento*

29-04: *JL no concurre a Tratamiento*

06-05: *JL no concurre a Tratamiento*

13-05: *Conozco a JL. La sesión es en grupo con otros tres niños de su misma edad. Realizo junto con la Instructora un juego (Memotest de Profesiones) en donde se trabaja la Memoria a Corto Plazo. A JL le cuesta mucho mantener la Atención ya que se distrae muy fácilmente. Varias veces se le llama la atención y se le pide que baje la voz. Luego, se hace un juego en donde se trabajan diferentes praxias para terminar.*

20-05: *JL juega a un juego en donde se trabajan las distintas partes del cuerpo.*

27-05: Comenzamos jugando a un juego (Quién es quién?) con otro paciente de su misma edad. Al finalizar, le administre a JL un test: ITPA (resultados abajo adjuntados*) y el Test Figura/Palabra Gardner Expresivo (resultados adjuntados*)

03-06: Le tomo a JL un Listado Fonético (repite palabras) con el objetivo de evaluar Fonología. Luego, se le administre un Test: la Escala Alfa y Beta, ambas completas. Para finalizar, JL juega con un compañero de sesión con rastrillos y construye un castillo.

10-06: No concurre a Tratamiento

17-06: Se evalúa a JL con el PSL. Se le toma sólo la parte Comprensiva, ya que refiere estar muy cansado. Termina la sesión con un juego grupal en donde se trabaja la Conciencia Fonológica

RESULTADOS DE TEST APLICADOS

FONOLOGÍA:

Fecha de Evaluación: 03-06-2015

Se evalúa a JL con un Barrido Fonológico completo. Se observa Disfluencia con mucho esfuerzo y tensión. Además gran cantidad de procesos fonológicos de simplificación: omisiones, sustituciones y asimilaciones.

SUSTITUTORIOS:

OCCLUSIVIZACIÓN: Presenta. Ejemplos: /topa/ por sopa, /topo/ por foto

FRONTALIZACIÓN: No logra observarse

ASIMILACIONES:

NASALES: Presenta. Ejemplos: /landa/ por manda

VELARES: Presenta. Ejemplo: /jato/ por gato

LABIALES: No se observa

RELATIVOS A LA ESTRUCTURA DE LA SÍLABA:

OMISIÓN DE CONSONANTE FINAL: Presenta. Ejemplos: /cumpleaños/ por /cumpleaños/

OMISIÓN DE /S/ ANTE OCLUSIVA: Presenta. Ejemplo: /moca/ por mosca

DUPLICACIÓN DE SÍLABAS: Presenta por su disfluencia

REDUCCIÓN DE GRUPO CONSONANTICO: Presenta. Ejemplo: /pemio/ por /premio/, /atapa/ por atrapa, /pimo/ por primo, /taje/ por traje

OMISIÓN DEL 1ER FONO EN GRUPO CONSONANTICO CON /L/: Presenta. Ejemplo: /lato/ por plato

OMISIÓN DE LÍQUIDA VIBRANTE: Presenta. Ejemplo: /aco/ por arco, /ecreo/ por recreo

OMISIÓN DE LÍQUIDA LATERAL: Presenta. Ejemplo: /acre/ por lacre

REDUCCIÓN DE GRUPO VOCALICO: No se observa

La Disfluencia acompaña todos estos procesos. Es importante tener en cuenta que todos los procesos de simplificación observados son **INCONSISTENTES**.

En cuanto a la disfluencia se observan:

- Repeticiones de sílaba inicial con tensión, mas de tres
- Bloqueos
- Prolongación de sonidos
- Mucha tensión, pareciera como que no le sale la palabra. Esfuerzo excesivo notorio tanto en labios y estructura facial, como en el cuerpo.

ITPA:

Fecha de Evaluacion: 27-05-2015

Subtest Expresión Verbal(Fluidez Léxica)

Palabras: gato- sillón-escuela-recreo-juego-tele-cama- comida

Partes del cuerpo: esqueleto- cabeza- oreja- pelo- pies- uña

Animales: perro- gato- cachorro- oso- buho- tiburón- piraña- ardilla- cabra

Frutas: naranja- banana- manzana

Puntuacion Directa: 29p

EDAD PSICOLINGUISTICA: 4a 5m

Subtest: Integración Gramatical

Puntuación directa: 7p

EDAD PSICOLINGUISTICA: FUERA DE ESCALA

TEST FIGURA/PALABRA GARDNER

Fecha de Evaluación: 27-05-2015

EXPRESIVO: Techo: 54

Errores: 8

Puntaje Bruto: 46

ELE: 4a 6m

ESCALA ALFA

Fecha de evaluación: 03-05-2015

Comprensión de Vocabulario: puntaje:9 EM: 6 años

Absurdos: puntaje: 0 puntos EM: Fuera de Escala

Relato sobre la lámina: "un nene", "dos nenas", "un plato", "están contruyendo", "una tetera", "plato", "trabajando", "una lata", "una silla", "coca", "un avión"

-Nomina objetos: **4 años**

-Nomina personajes: **4 años**

-Con ayuda logra nombrar acciones: **(esperable a los 5 años)**

En general, JL tiene una buena comprensión de Vocabulario pero las dificultades aumentan en la frase; es decir; en lo morfosintáctico tanto para la expresión como en lo receptivo. Comprende absurdos, es decir; sabe que lo que se dice es incorrecto y incoherente pero no logra explicar porqué (su respuesta es "porque si")

ESCALA BETA

Fecha de Evaluación: 03-06-2015

Comprensión de Frase: puntaje:8 EM: 3 años

Conceptualización: puntaje: 0 puntos EM: Fuera de Escala

Expresión (Fluidez Verbal):

CUADERNO: "hojas", "letras"

ZAPATO: "zapatilla", "camina"

CELULAR: "celular", "blanco", "finito"

HOJA DE ARBOL: "viento lo hace caer sola"

ANTEOJOS: "gafas", "para mirar"

Puntaje total: 10 puntos

EM: 4/5 años

Los resultados dan nuevamente muy por debajo de su Edad Cronológica tanto en lo expresivo como en lo comprensivo.

PSL-Preshool Lenguaje Scale

COMPENSIVO:

*Se adjunta protocolo**

Mayor dificultad en:

- Reconocer conceptos espaciales: atras, adelante, cerca
- Reconocer conceptos de cantidad
- Atención e imitación auditiva: no logra imitar los sonidos
- No logra reconocer algunas partes del cuerpo en si mismo correctamente
- No logra reconocer dibujos con las estaciones del año
- No logra identificar algunas figuras correctamente: termo, coro

Logra correctamente:

- Realizar comparaciones
- Comprender oraciones complejas
- Identificar figuras: paracaídas, carretilla, estampilla
- Conceptos descriptivos: la cadena mas larga, el nene bajito
- Conceptos de tiempo
- Entiende oraciones en voz pasiva
- Entiende nombres y dos adjetivos modificadores: perro blanco y peludo, perro negro chiquito
- Conceptos de cantidad: la mitad de una torta, la torta entera
- Secuencias de tiempo: que paso al final, que paso al principio
- Sumas y restas hasta 5

PUNTAJE: 43 PUNTOS

4 AÑOS Y 11 MESES

Se evidencia mejoría con el PSL tomado anteriormente, pero igualmente hay un desfasaje con la edad cronológica. No logra resolver ítems esperados para su edad.

PROPUESTA DE TRATAMIENTO

La propuesta de Tratamiento requiere que JL no falte a las sesiones, y la situación ideal sería que estas sesiones sean individuales.

Se trabajaran los diferentes subsistemas del Lenguaje, tratando de mejorar sus niveles como también así, la inteligibilidad.

En primer lugar, es importante siempre en todo tratamiento tener en cuenta una Buena orientación a padres. En este caso, las pautas en líneas generales, podrían ser:

- Aumentar la estimulación y el uso de ciertas situaciones como la lectura de libros con imágenes, los juegos como "cocinar" y otros que incluyan vocabulario habitual, para incrementarlo
- Las reglas de lo suave y lo lento
- Eliminar reacciones negativas (críticas, censuras)
- Eliminar exigencias
- Dar tiempo, no intentar adivinar lo que quiere decir.
- Escucha activa (reducir el número de preguntas si/no)
- Respetar el intercambio de turnos (y marcarlos)
- Mejorar la interacción lingüística
- Respetar el turno de la palabra
- Ritmo de habla más lento y marcar bien pausas
- Cuidar la entonación y subrayar la prosodia
- Aumentar las conversaciones en torno a temas conocidos
- Subrayar el aprendizaje de ciertas fórmulas como: pedir cosas, preguntar...
- Dejar hablar
- Reforzar los intentos espontáneos: contestar siempre para que esos intentos pasen progresivamente a un nivel de verdadera conversación
- Hacer preguntas abiertas
- Ordenes simples
- Hablar mirando de frente y asegurarse de que haya comprendido
- Si por ejemplo, se lee un cuento; dejar que intervenga libremente, dejar que verbalice lo que ve, provocar intervenciones verbales

A TRABAJAR CON EL PACIENTE:

OBJETIVO GENERAL:

- Estabilizar la fluidez y aumentar la inteligibilidad del habla, facilitando de esta manera el desarrollo del Lenguaje en todos sus subsistemas

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Realizar interconsulta con Psicopedagoga
- Trabajar la conciencia Fonológica y Semántica

- Preparar los subsistemas para un futuro aprendizaje de la lectoescritura
- Trabajar con la familia sobre la Disfluencia y otros aspectos

SUBSISTEMAS

FONOLOGÍA

-JL tiene gran cantidad de omisiones, sustituciones, asimilaciones, reducción de grupos consonánticos y todos ellos los provoca de manera inconsistente. Por eso, es importante trabajar con cada sonido de manera aislada:

Se trabaja sobre el punto y modo de articulación. Se explicará a través de un **dibujo** cómo y dónde se debe colocar la lengua, los labios y la posición del velo del paladar.

EJEMPLO CON EL FONEMA /K/:

DESCRIPCIÓN DEL FONEMA:

Consonante linguovelar, oclusiva, sorda.

ARTICULACIÓN:

Mandíbulas: Separadas

Labios: Ligeramente separados y sin ninguna tensión.

Lengua: Situada en la base de la boca ensanchada. La punta se apoya suavemente en los alveolos inferiores y la base de la lengua presiona contra la úvula y el paladar blando para conseguir una buena oclusión.

Velo del Paladar: Se encuentra elevado para permitir la salida del aire

- Ejercicios de respiración mientras pronunciamos la /k/
- Nos miramos en el espejo y observamos cómo ponemos la lengua, los labios y la boca
- Podemos también contrastarlo con el fonema /g/
- Onomatopeyas con el sonido dominante /k/
- Jugar al "Veo Veo" con objetos que contengan el sonido /k/
- Actividades de ritmo y ecos rítmicos: sonido ascendente y descendente. Se pueden acompañar de aplausos
- Agregarle vocales: /ka/, /ke/, /ki/, /ko/, /ku/

A____ca
E____que
I____qui
O____co
U____cu

- Juego de la Oca con imágenes que comiencen con el fonema /k/ (queso, casa, kilo, quiosco, café, cama...)
- Memory con imágenes de objetos que contengan el fonema
- Juegos de diferenciación de sonidos (*Discriminación auditiva*)
 - gama-----cama
 - gato-----cato
 - guiso-----quiso
 - goma-----coma

- Discriminación auditiva del sonido /k/ en grupos de imágenes: por ejemplo, presentar dibujos que contengan y otros que no contengan el sonido /k/ y que ella deba identificarlos.
- Identificar imágenes que contengan el sonido /k/ en posición ya sea inicial, medio o final
- Posicionalidad silábica del sonido dentro de la palabra: que deba decir en qué posición se encuentra ese sonido en determinada palabra o si no se encuentra
- Identificar objetos que lleven el sonido /k/
- Unión de imagen con el nombre correspondiente
- Dibujar el grafema
- Completar palabras oralmente

EJEMPLO CON /r, /R/: Vibrante simple y Vibrante múltiple (Tener en cuenta que es uno de los últimos fonemas que se adquiere y trabaja)

Primero se trabajará la Vibrante Simple, luego la Múltiple. Para luego, mezclar actividades utilizando ambas

- Vivenciar la correcta articulación del fonema /r/. Mostrar un dibujo
- Frente al espejo observar la correcta posición de la lengua, labios y boca
- Onomatopeyas con el sonido dominante /r/. Imitar el sonido de una moto "runrunrun", de un teléfono "rinrinrinnn"
- Actividades con el sonido /r/ junto con su representación:

largo-corto
fuerte-débil
rápido-fuerte

- Ecos rítmicos acompañados de palmas:

Ra- ra -ro
Rarra-ro
Rarra ro rraaaa

Ru ru ir
Rurrú ir
Rurrú ir riiiiii

Rarrara ar
Rerrere er
Rirri ir
Rorrorro or
Rurruru ur

- Alargamiento del sonido fonémico en palabra
- Juegos de diferenciación de sonidos:

Rosa-losa
Roto-loto
Risa-lisa
Robo-lobo
Rana-lana
Rima-lima

R FUERTE- D:

Corro-codo
Barro-vado

Morro- modo

- Discriminación auditiva con imágenes con el sonido fonémico y sin él.
Ejemplos: papel-carta-cara-reloj-coro-perro-queso-corre
- Identificar palabras que terminen, comiencen o tengan en posición media este sonido
- Juego de la Oca con palabras mezcladas con Vibrante Simple y Múltiple en distintas posiciones
- Posicionalidad silábica:

Para la Vibrante Múltiple:

| <i>Inicial</i> | <i>Media</i> | <i>Final</i> |
|----------------|--------------|--------------|
| rosa | terrazza | sierra |
| rueda | carreta | perro |
| risa | terreno | tarro |
| reloj | perrito | torre |
| raqueta | | corre |

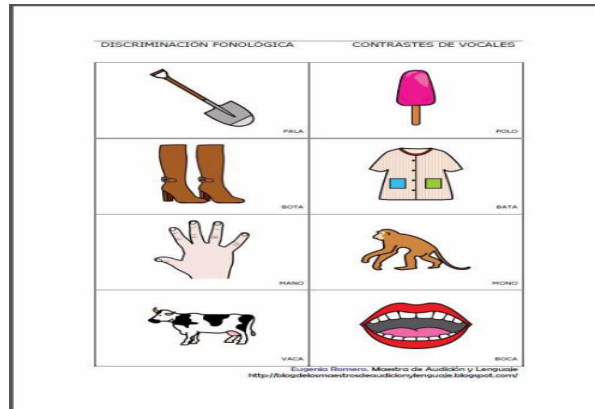
- Rimas, trabalenguas que contengan el sonido /r/. Tanto múltiple como simple
- Reconocer la vibrante simple en el interior de las palabras
- Colorear sólo los dibujos que llevan vibrante múltiple
- Completar palabras oralmente
- Completar frases oralmente

Una vez incorporada la correcta pronunciación de los fonemas explicados anteriormente (que son con los que Emma tiene dificultad), se pasará a trabajar los Sinfonos.

Así, con cada fonema en particular.

DISCRIMINACION FONOLÓGICA:

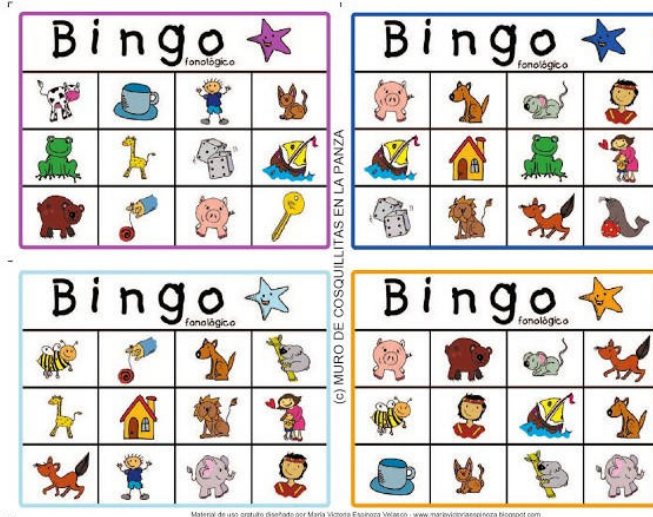
Se le nombraran diferentes palabras que suenen parecido, y deberá reconocer cual se esta pronunciando:



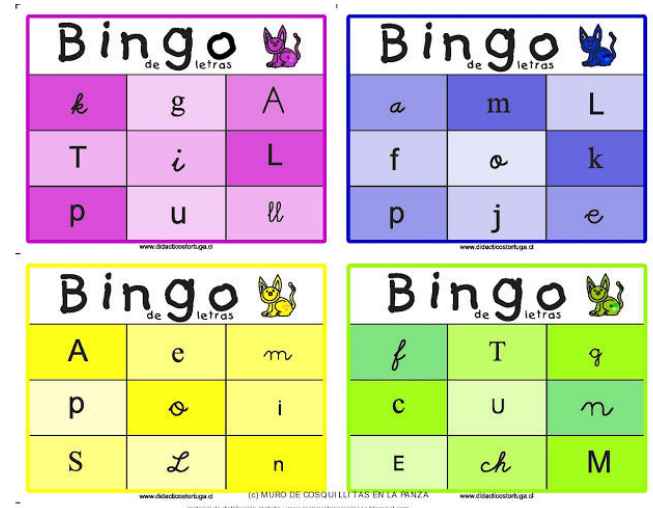
CONCIENCIA FONOLÓGICA:

JL cursa primer grado, por lo tanto es necesario trabajar la conciencia fonológica para que luego pueda darse el aprendizaje de la lectoescritura:

- Jugar con canciones con rimas
- Por ejemplo, un bingo en donde salga un sonido debera reconocer si alguno de sus dibujos comienza o termina con ese sonido



-Una vez que eso se haya trabajado lo suficiente, podremos cambiar y hacer que el tenga un carton con letras y cada vez que salga un dibujo que comience con ese sonido, los unira(Ej: sale un dibujito de una nube, debera ponerlo en la N)

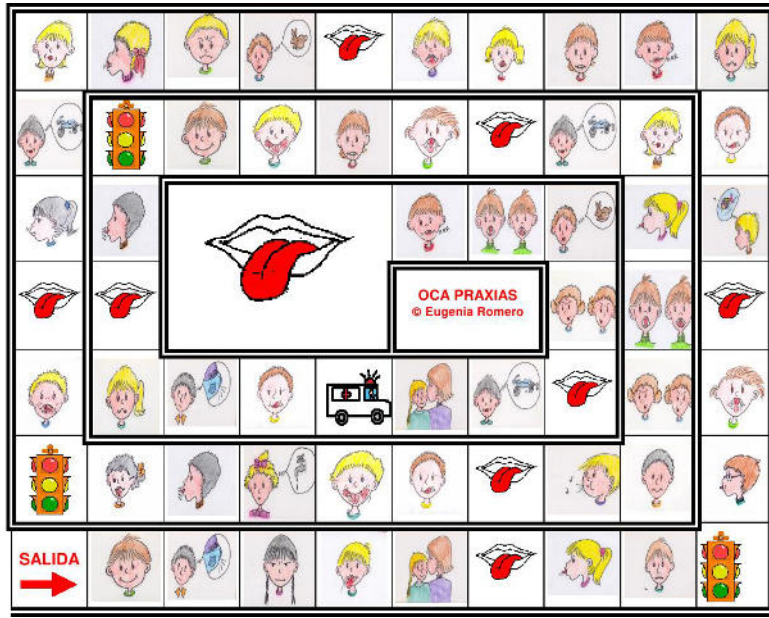


- Separar en sílabas y contar. Comenzando con palabras conocidas hasta cada vez mas complejas
 - Agrupar dibujos teniendo en cuenta la vocal inicial (todos los que empiecen con A...). Mas adelante, agruparlos teniendo en cuenta la vocal final.
 - Clasificar dibujos teniendo en cuenta la sílaba inicial o la final(RIMA)
- Unir los dibujos que contengan el mismo numero de sílabas

PARA MEJORAR LA ARTICULACION:

PRAXIAS

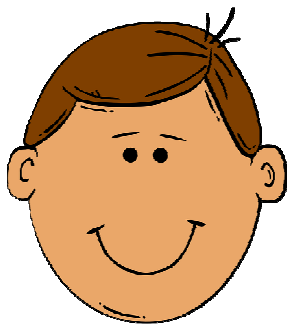
-Juego de la oca de praxias:

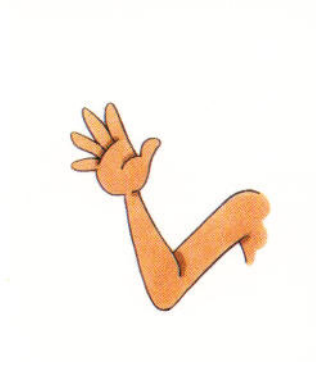


SEMÁNTICA

ESQUEMA CORPORAL: Se elige trabajar, ya que en lo evaluado en el PSL no logró realizarlo correctamente

- Juegos en donde se nombren partes del cuerpo y deba señalárselas
- En tamaño real que se dibuje como piensa que es el realmente
- Tensar piernas y pensar que partes se tensan, nombrarlas
- Ejercicios con canciones
- Se le entregaran distintas partes del cuerpo y deberá armar el dibujo (complejizándolas cada vez mas: codos, tobillo, muñeca..):





CLASIFICACIONES

Podemos comenzar por clasificaciones simples que ayudaran a ampliar el vocabulario:

-Clasificar diferenciando insectos, animales, verduras y plantas:



- Cada vez mas complejos: Diferenciar los que viven en una granja de los que no:



- Por ejemplo, se le mostraran diferentes imágenes y deberá decirnos cuales corresponden a la vajilla de una casa, cuales podriamos encontrar en un hospital y cuáles en el colegio

-Mostrar dibujos de elementos, por ejemplo, que sirven para medir y que diga cual es el que está demás, instrumentos musicales, electrodomésticos

-Mostrar diferentes dibujos y que agregue los nombres de otros que pertenezcan a ese mismo campo semantico (por ejemplo: profesiones) o que los dibuje (por ejemplo, verduras)

MORFOSINTAXIS

JL ya esta en edad de adquirir la lectoescritura, y tiene graves dificultades de morfosintaxis observadas en los distintos test evaluados: ya sea de comprensión de frase como de armado de la mismas; por eso mismo, resulta fundamental trabajar con el la MORFOSINTAXIS en sus distintos aspectos(a la vez estamos trabajando la comprensión y la memoria a corto plazo):

-Podemos comenzar con la COMPRESIÓN DE FRASES, en donde debera elegir cual de las frases se corresponde con el dibujo:



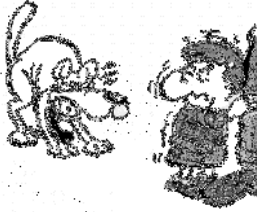
- CRISTINA ESTÁ SUBIENDO AL TOBOGÁN
- ESTÁ CONTENTA PORQUE JUEGA EN EL TOBOGÁN
- SE HA CAÍDO DEL COLUMPIO Y ESTÁ LLORANDO



- LE ESTÁN ATANDO LAS ZAPATILLAS PARA QUE VAYA A JUGAR
- MARÍA NO QUIERE JUGAR PORQUE NO TIENE ZAPATILLAS
- MARÍA NO SABE ATARSE LOS CORDONES DE LAS ZAPATILLAS

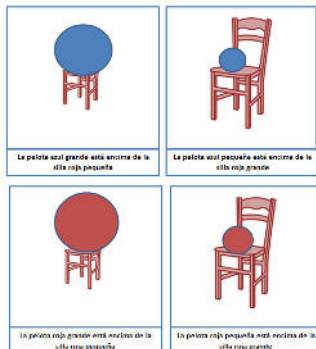


- EL ALBAÑIL ESTÁ PONIENDO BALDOSAS EN EL SUELO
- EL ALBAÑIL ESTÁ HACIENDO UNA PARED DE LADRILLOS
- EL ALBAÑIL TIENE UNA PALETA PARA TRABAJAR



- EL NIÑO TIENE MIEDO PORQUE EL PERRO ESTÁ MUY RABIOSO
 - EL PERRO MUEVE LA COLA PORQUE QUIERE JUGAR CON EL NIÑO
 - EL NIÑO ESTÁ TEMBLANDO PORQUE EL PERRO ENSEÑA LOS DIENTES
-

-Leeremos las frases y deberá decirnos cual es el dibujo correcto:



-Repetición de frases

-Mostraremos tres dibujos y con ellos deberá armar una oración, siempre de forma oral

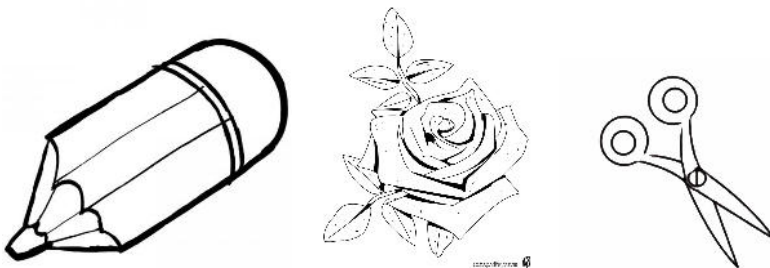
-Con dibujos, iremos ubicandolos con sus palabras abajo para formar la frase

- Pintar la respuesta correcta:

Para abrir la puerta usamos la:



Para cortar un vestido usamos las:



Cuando hace frío en las manos nos ponemos:



-Adivinanzas: Dibujamos la respuesta

Un animal grande, con cuatro patas, una trompa larga, y dos colmillos blancos

Un mueble con cuatro patas que sirve para sentarse

Un transporte grande y largo que va por las vías, y lleva mucha gente

Se usa en el colegio tiene punta y sirve para dibujar

-Completar oraciones oralmente:

Para no mojarnos cuando llueve usamos el

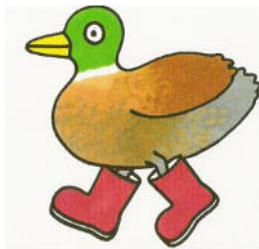
Para coser se necesita un hilo y una

Para regar las plantas usamos una

PRAGMÁTICA

ABSURDOS: Trabajaremos absurdos ya que se observo que JL tiene dificultades para explicar porqué no tiene sentido la frase, es decir, reconoce el absurdo pero no puede explicarlo

-Primero, debera reconocer que parte del dibujo es el que no corresponde y luego explicar porqué o qué tendria que haber en su lugar:

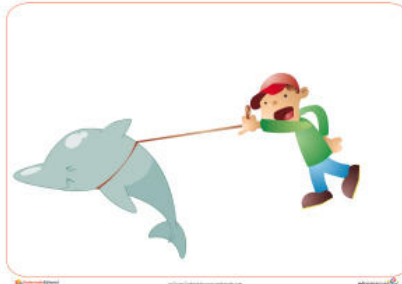




-Se leerán frases y deberá tratar de explicarnos porqué no son correctas, qué cambiaría...

*Me baño con un pijama
Tengo guantes en los pies
Ella tiene un anillo en su oreja
Pinto un dibujo con tijeras
Para no mojarme utilizo un plato
Pasaron volando dos autos*

-Ahora, combinando los absurdos y el armado de oraciones, identificaremos el error y armaremos una oracion de forma oral de manera que el dibujo adquiera sentido:



Por último, y específicamente para trabajar la DISFLUENCIA, se trabajaran: las reglas de lo **SUAVE**, lo **LENTO**, **LA ESPERA DE TURNOS** y la **RESISTENCIA A LA ACELERACION**.

LO LENTO:

-Jugar carreras con autos diferenciando lo lento de rápido y demostrando que el que lo hace rápido choca y no llega a destino; mientras que el que va lento sí lo logra.

-Trabajar los inicios suaves. Ampliar las pausas y alargar las vocales

-Se puede trabajar la propiocepción: que hable con los ojos cerrados y sin emitir sonido, concentrándose en los movimientos de los órganos de articulación

-Dibujando: El que dibuja rápido raya y se pasa de los límites.

-Estirar las palabras alargandolas lentamente dandole importancia a cada sonido, sin correr y sin quedarnos sin aire.

-Diferenciar cuando estamos diciendo una palabra lento y cuando no

- El **RITMO** siempre debe ser **LENTO** cuando hablamos

LO SUAVE:

-Enseñaremos qué es lo suave con diferentes texturas, diferenciandolas de otras ásperas

-Poner ejemplos: "*Las sirenas suenan altas y los truenos suenan bajos*", "*El grito del elefante es alto, y el rugido del león es bajo*". Así diferenciamos sonidos altos de sonidos bajos.

-Imitar distintos animales y reconocer cual es mas fuerte que otro

ESPERAR TURNOS DE HABLA:

-Jugar diferentes juegos respetando, entender que no hablamos todos al mismo tiempo.

-Podemos comenzar usando "El Señor Turno"

-Jugar con títeres inventando una historia: algunos personajes hablan rápido, otros lento, otros fuerte, otros suave. Habrá que esperar turnos para hablar. Diferenciaremos los distintos tipos de habla: rápida, lenta, suave, fuerte...

Andar lento y suave nos da tiempo para pensar. Pensando seguiremos siendo lentos, suaves y estaremos seguros.

También, podemos agregar:

-RESPIRACION Y RELAJACION

-Cuello y hombros: Imaginamos que somos una tortuga y metemos la cabeza hacia dentro, llevando los hombros hacia las orejas, intentando poner la cabeza metida en los hombros. Luego, volvemos a la normalidad, relajando.

-Mandibula: Imaginamos que tenemos un chicle muy grande en la boca, y lo masticamos, ayudandonos con los musculos del cuello. Luego, relajamos.

-Pecho y pulmones: Respiramos e inflamamos mucho el abdomen, luego largamos el aire muy despacio por la nariz.

Relajacion: Cerramos los ojos e imaginamos que estamos en un lugar lindo, tranquilo y relajado. Tratando de que se relaje todo el cuerpo, sin tensar tenemos la sensacion de que flotamos.

CONCLUSIONES

En cuanto a JL, sería importante poder terminar de realizar un Diagnóstico certero. Los resultados de los Test tomados para la evaluación nos dan una edad Lingüística menor a la Edad Cronológica, tanto en EXPRESION como en COMPRENSION.

Es decir, ambas se encuentran DESFASADAS con respecto a lo esperable según su EC.

En cuanto al subsistema FONOLÓGICO se deberá trabajar con todos los fonemas, ya que sus errores son inconsistentes. Dentro del subsistema SEMÁNTICO es importante aumentar su vocabulario para luego trabajar con el MORFOSINTÁCTICO. Resulta fundamental que se trabaje con el sobre todo la Conciencia Fonológica ya que esta en una edad clave para el aprendizaje de la Lectoescritura, y esto probablemente le resultará muy costoso por sus niveles en los diferentes subsistemas. Por otro lado, no podemos dejar de lado de PRAGMATICA ya que resulta esencial para que JL logre comunicarse de una manera coherente con sus pares.

Aparte de esto, trabajar la DISFLUENCIA de forma continuada tanto con él como con la familia.

Finalmente, y considerando al paciente como un TODO; hacerlo sentir cómodo y tranquilo dentro de la sesión y que encuentre allí un lugar para expresar sus miedos y poder trabajarlos.

BIBLIOGRAFIA

Aguado, G. Trastorno Especifico del Lenguaje. Retraso del Lenguaje y Disfasia

Bosch, L. Evaluacion Fonologica del habla Infantil

Narvona, J. El Lenguaje del Niño. Desarrollo Normal, evaluacion y trastornos.

Touzet, B. Tartamudez. Una disfluencia con cuerpo y alma.

Ozanne A. The search for developmental verbal dispraxia. In Dodd B, ed. Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder. London: Whurr Publishers; 1995

Weigl, I. Terapia orientada a la accion: para niños con trastornos en el desarrollo del lenguaje

Ygual-Fernández, J.F. Cervera-Mérida. Alteraciones del lenguaje. Dispraxia Verbal: características clínicas y tratamiento logopédico. REV NEUROL 2005