

TRASTORNOS DEL LENGUAJE ORAL

ANATOMIA DEL LENGUAJE ORAL

- . Cortex cerebral
- . Oído
- . Boca
- . Fosas nasales
- . Faringe
- . Laringe

CORTEX CEREBRAL

- . Área de Broca
- . Área de Wernicke
- . Células de asociación
- . Sistema límbico

PARTES DEL OIDO

1. Oído externo

- . Recoge los sonidos
- . Pabellón en forma de cornete prolongado hacia adentro por el conducto auditivo externo que llega hasta el tímpano
- . El conducto auditivo externo tiene forma de cilindro transversal de adelante hacia atrás (cono truncado)
- . Tiene una longitud media de 25 mm, su diámetro es de 20 mm. El mayor y de 5 a 6 en el adulto

2. Oído Medio

- . Está interpuesto entre el oído externo, que recoge los sonidos y el oído interno que contiene los órganos neurosensoriales.
- . Membrana timpánica
- . Parte tensa
- . Parte flácida

- . Cadena osicular
- . El martillo
- . El yunque
- . El estribo
- . Ligamentos osiculares
- . MÃsculos osiculares
- . Caja del tÃmpano
- . La mastoides
- . La trompa de Eustaquio

3. OÃdo interno:

- . Contiene los elementos sensoriales de dos Ãrganos
- a) Destinado a la audiciÃ³n o aparato coclear
- b) Control del equilibrio aparato vestibular
- . Ambos estÃ¡n situados en el denominado como laberinto membranoso.

1. Laberinto membranoso

- . Laberinto interior: Contiene el canal coclear (audiciÃ³n)
- . Laberinto posterior: Control del equilibrio
- . Los canales semicirculares
- . El ventrÃculo membranoso: UtrÃculo y sÃ¡culo

2. Laberinto Ãseo

- . TambiÃ©n llamado cÃ¡psula Ãtica, se forma alrededor del laberinto membranoso. Consta de:
- Laberinto Ãseo anterior o caracol Ãseo: contiene el canal coclear
- Laberinto posterior: Aloja el utrÃculo, el sÃ¡culo y los tres canales semicirculares membranoso

LAS FOSAS NASALES

- . Cavidades aÃ©reas situadas en medio del macizo facial superior, debajo del tercio anterior de la base del crÃ¡neo, separadas por el tabique nasal
- . Dos funciones:

- Respiración
- Olfato
- . Ejercen un cierto papel en la fonación como cavidades de resonancia

LA CAVIDAD BUCAL Y LA LENGUA

. No solo es el primer segmento del tubo digestivo, sino que desempeña un papel importantísimo en la articulación

Estructuras fundamentales

- . La cavidad bucal
- . La bóveda palatina
- . Los dientes
- . La lengua
- . La musculatura de la lengua
- . La mucosa lingual
- . La V lingual

EL VELO DEL PALADAR

- . Es una lámina músculo-membranosa que separa la parte nasal y bucal de la faringe
- . Parece la prolongación hacia atrás de la bóveda palatina
- . Se prolonga a cada lado de la bóveda por los pilares que al descender se separan para terminar en dos estructuras:
 1. El pilar anterior
 2. El pilar posterior
- . La separación comprendida entre los pilares constituye el *espacio amigdalino*

LA FARINGE

- . Es un conducto músculo-membranoso dispuesto verticalmente por delante de la columna cervical, por detrás del macizofacial y extendido hasta la base del cráneo
- . Constituye un amplio vestíbulo donde se cruzan:
 - La vía respiratoria que va desde las fosas nasales a la laringe
 - La vía digestiva, extendida desde la boca hasta el esófago

- Divisi3n topogr3fica de la faringe

. De arriba abajo se distinguen tres compartimentos far3ngeos:

1. El cavun o rinofaringe, situado detr3s de las fosas nasales: Es un 3rgano puramente a3reo
2. La oro-faringe. Situada detr3s de la cavidad bucal. Es el centro del cruzamiento a3reo-digestivo
3. La hipo-faringe. Va desde el hueso tiroides hasta la boca del es3fago. Es un 3rgano especialmente digestivo, pero su lesi3n puede provocar trastornos respiratorios.

- Estructuras de la faringe

. La pared far3ngea est3 constituida por una capa muscular

a) M3sculos de la faringe: De cada lado existen:

1. Tres m3sculos constrictores
2. Dos m3sculos elevadores

b) Dos aponeurosis far3ngeas: recubren estos m3sculos

1. La aponeurosis intra-far3ngea
2. La ap3fisis peri-far3ngea

c) La motricidad far3ngea: Est3 asegurada por las ramificaciones del plexo far3ngeo formado por ramas del gloso far3ngeo (IX par craneal)

LA LARINGE

. Desempeña un papel esencial en la fonaci3n, la respiraci3n y la degluci3n.

. En la fonaci3n, la laringe emite sonidos modulados a trav3s de las cavidades de resonancia.

. En el plano respiratorio, la laringe representa el plano superior de la tr3quea

. Respecto a la degluci3n su cierre protege las v3as a3reas inferiores

-Descripci3n de la laringe

. Es un tubo estrechado en su parte media, situado en la parte alta de la tr3quea.

MORFOLOG3A:

- . El cricoides. Esencial en el armaz3n de la laringe
- . El cart3lago tiroides
- . El cart3lago epiglottis

. Tres membranas fibrosas

- Tiroidea

- Epiglótica

- Cricotiroidea

En su parte interior está dotada de movimientos gracias a dos cartílagos:

. Los aritenoides

. Los músculos intrínsecos de la laringe

. Los músculos intrínsecos aseguran la apertura y el cierre, pudiéndose distinguir:

a) Tres músculos constrictores

b) Un músculo dilatador

c) Un músculo tenso del repliegue vocal

. La laringe está dividida en tres niveles por dos repliegues antero-posteriores situados a cada lado:

. Los repliegues vocales

. Las bandas ventriculares

. El nivel glótico

. El nivel supraglótico

. El nivel subglótico

. Existen dos nervios a cada lado, procedentes del nervio neumogástrico (X par craneal)

1. Nervio laríngeo superior

2. Nervio laríngeo inferior o recurrente (se divide en dos):

a) Nervio recurrente derecho

b) nervio recurrente izquierdo

TRASTORNOS DEL LENGUAJE

INTRODUCCIÓN

. El hombre, como ser social tiene como principal vehículo de comunicación el lenguaje

. El ser humano posee estructuras orgánicas que posibilitan su adquisición, pero es a través de las interacciones con el medio sociofamiliar y cultural como lo adquiere

. El desarrollo lingüístico está íntimamente relacionado con el desarrollo intelectual.

. La presencia de un trastorno de lenguaje en el niño lleva asociado generalmente dificultades en el aprendizaje

TRASTORNOS DEL LENGUAJE ORAL

TRASTORNOS PRIMARIOS

. Se producen en el periodo de adquisición del lenguaje oral y no están derivados ni asociados a pérdidas auditivas, daño cerebral, déficit intelectual, trastornos motores, factores afectivos o trastornos socio-ambientales

. La mayoría de los trastornos, salvo el Trastorno Específico del Lenguaje TEL, suelen generar necesidades educativas transitorias o bien pueden afectar a todo el proceso de enseñanza aprendizaje

- TIPOS DE TRASTORNOS PRIMARIOS

. Trastornos de la articulación: Dislalia funcional

. Trastornos fonológicos: Retraso del habla

. Retraso simple del lenguaje

. Trastorno específico del lenguaje: Disfasia

TRASTORNOS SECUNDARIOS

. Son aquellos que se producen o derivan de alteraciones de tipo orgánico

. Suelen generar en mayor o menor grado necesidades educativas permanentes

- TIPOS DE TRASTORNOS

. Disglosias

. Disartrias

. Afasias

OTROS TRASTORNOS DEL LENGUAJE ORAL

. Derivado de trastornos auditivos: Sordomudez

. Disfemia: Tartamudez

. Disfonía

. Mutismo electivo o selectivo

LA DISLALIA

INTRODUCCIÓN

- . La pronunciación de los sonidos del lenguaje al igual que otros elementos del desarrollo.
- . El niño comienza a emitir sonidos simples (m, p), para pasar a sonidos más complejos según vaya adquiriendo habilidades
- . Con la producción de las primeras palabras (entre los 12 y 18 meses), comienzan los primeros errores de pronunciación (leche por leche, mimir por dormir, agua por agua, etc).
- . A medida que avancen las habilidades articulatorias, los patrones fonatorios se irán automatizando mejorando la pronunciación y fluidez verbal

DEFINICIÓN

- . Trastorno en la articulación de los fonemas que se explica por dificultades funcionales de los órganos periféricos del habla (labios, lengua, etc). Se trata de una dificultad para pronunciar o construir fonemas.
- . Es una alteración en la producción de sonido causado por dos factores: orgánico y funcional que afectan a fonemas o grupos de fonemas.
- . Es el trastorno más común en la infancia. Suele provocar problemas de comunicación en el niño y suele asociarse con retrasos en el desarrollo del lenguaje.

CAUSAS

- . Tres causas principales:

1. Retraso fonológico:

El niño simplifica los sonidos porque no aprendió a producir los más complejos de su lengua, pero su capacidad articulatoria no está afectada

2. Retraso fonotático:

El niño no adquiere de forma correcta los patrones de movimiento que son necesarios para la de algunos sonidos, lo que significa que no mueve los músculos que se encargan del habla como debería

3. Alteraciones físicas:

- . Cuando el niño presenta malformaciones físicas en los órganos que intervienen en el habla que le impiden pronunciar muchos sonidos
- . Las lesiones en el SN pueden ocasionar alteraciones en el movimiento y en la coordinación de la musculatura implicada en el habla.
- . La mala oclusión dental, el frenillo lingual o malformaciones del labio (labio leporino, fisura labial) son la causa

CLASIFICACIÓN

. Atendiendo a las causas, las podemos clasificar en:

- Evolutivas
- Orgánicas o disglosias
- Funcionales
- Audiógenas

1. DISLALIA EVOLUTIVA

. Corresponde a una fase del desarrollo en la que el niño no es capaz de imitar las palabras que escucha. A causa de ello, las repite de forma incorrecta desde el punto de vista fonético.

. No precisa tratamiento directo ya que el niño las va superando a lo largo del desarrollo, ya que forman parte de un proceso normal del mismo

. No obstante, es aconsejable corregirle con normalidad y hablarle de forma clara y adulta, no imitando sus defectos ni reforzarle su pronunciación.

2. DISLALIA ORGÁNICA O DISGLOSIA

. El trastorno en la articulación se debe a alteraciones anatómicas de los órganos periféricos del habla.

. Estas alteraciones anatómicas pueden ser muy diversas, como malformaciones congénitas, traumatismos, parálisis periféricas, trastornos del crecimiento o la maduración, trastornos odontológicos...

. En función del órgano alterado, se pueden clasificar en:

CLASIFICACIÓN DE LAS DISGLOSIAS

. Disglosias labiales:

La lesión se localiza en los labios, que produce falta de movilidad suficiente o alteración de la forma

Las alteraciones que ocurren con mayor frecuencia son:

a) Labio leporino: malformación congénita, caracterizada por una fisura más o menos amplia del labio superior

b) Parálisis facial: suele afectar a los niños en los primeros años del desarrollo. También a los adultos con el habla bien desarrollada.

. Puede afectar a uno o a los dos lados de la cara, aunque es más frecuente la de solo un lado existe una gran dificultad para articular los fonemas oclusivos labiales (B.P.M.V.F), sibilantes (S, F,Z,V) y alguna vocales (O,U)

. El tratamiento que debe realizarse es electroterapia y masaje de los labios, y con ayuda de un guialenguas, ir desplazando los labios hasta su posición correcta.

. Disglosias dentales:

La articulación de las palabras puede verse afectada significativamente por alteraciones en la colocación, forma o presencia de inadecuada de piezas dentarias

. Entre las diversas causas que lo pueden originar, está el factor hereditario.

a) Diastemias: Se denominan a amplios espacios libres interdentarios. Producen una serie de dislalias características

. Quedan alterados todos los fonemas sibilantes, que pierden agudeza por el excesivo escape del aire

. La terapia conlleva a un tratamiento ortodóncico adecuado a cada caso

b) Maloclusión: El plano horizontal de cierre de las arcadas dentarias está alterado por la excesiva longitud de algunas de sus piezas dentarias, imposibilitando el cierre total de la boca

c) La pérdida fisiológica de los incisivos durante el cambio de dentición produce una dislalia con sigmatismo, muy similar a la maloclusión

El único tratamiento es esperar la salida de las piezas dentarias definitivas.

d) Anomalías en la erupción. Una mala colocación en los dientes, hacia fuera o hacia dentro. Con una correcta terapia ortodóncica suele corregirse

. Disglosias maxilofaciales:

Originadas por la mala colocación o formación anatómica de uno o ambos maxilares

a) Resección quirúrgica maxilar: originada por neoplasias grandes infecciones óseas, traumatismos. El tratamiento precisa en primer lugar de cirugía restauradora plástica y posteriormente de rehabilitación logofonética.

b) Prognatismo y prognatismo: Debido a la protusión de uno u otro maxilar, haciendo perder la normal articulación entre las dos arcadas dentarias.

c) Dismorfias maxilofaciales congénitas: Síndrome de Franceschetti y coloboma nasovascular.

Aparte de una deformación estética, conllevan graves problemas fono-articulatorios por malformaciones en el resonador bucal, mal-oclusión dental, alteraciones en la faringe y de la movilidad lingual

. Disglosias Linguales:

Debido a la gran importancia de la lengua como órgano del sistema fono-articulatorio, por su rapidez y exactitud de movimientos, la lesión de este órgano produce una inmediata y acusada alteración del habla

. Causas que pueden afectar a este órgano:

a) Anquiloglosia: Cortadura anormal del frenillo lingual que impide el normal movimiento de la lengua. Cuando compromete a la articulación apical de la R (rotacismo) debe ser tratado quirúrgicamente.

Una vez seccionado el frenillo hay que realizar ejercicios de gimnasia y ortofonía lingual

b) Parálisis lingual: Debida a la lesión del nervio hipogloso. Puede ser uni o bilateral. Si es unilateral, la

zona no dañada hace la función de la dañada. Si es bilateral la recuperación es muy complicada y lenta

c) Macroglosia: Aumento exagerado de la lengua que habitualmente acompaña al síndrome Down y a otras oligofrenias. En casos muy graves se hace una resección quirúrgica parcial del órgano.

. Disglosias palatinas:

Trastornos que conllevan la alteración del timbre vocal y en ocasiones alteraciones en la articulación de algunos fonemas

a) Fisura Palatina: Malformación congénita, en la cual las dos mitades del paladar no se unen en la línea media creando una forma patológica entre cavidad bucal y fosas nasales

b) Paladar corto: Origen hereditario. Tratamiento mediante intervención quirúrgica y luego terapia reeducativa

c) Paladar ojival: Debido a la estrechez de la arcada dentaria y a la excesiva altura de la bóveda palatina, quedan alterados los fonemas T, D, L. A veces puede existir sonorización nasal.

d) Hiporrinolalia: Al adherirse total o parcialmente el paladar blando a la pared posterior de la faringe

. Disglosias nasales:

En todas ellas tiene lugar una disminución de la resonancia nasal. Se conoce con el nombre de rinolalia cerrada o hiporrinolalia o hiporrinofonía. La rinolalia abierta es exclusivamente de causa palatina

. Los fonemas alterados han sido descritos anteriormente.

. La M y N son sustituidas por la B y/o D en sílabas directas

. El tratamiento es casi siempre quirúrgico, eliminando, si es posible la causa responsable de la obstrucción.

3. DISLALIA FUNCIONAL

. Son producidas por alteraciones en la articulación de la palabra, debidas a una mala coordinación de los movimientos necesarios para la articulación de ciertos fonemas

. Viene a ser un alargamiento del periodo de la dislalia fisiológica, que por encima de los 4 a 5 años debe considerarse patológico.

. Suelen ser niños intranquilos, hiperkinéticos, con bajo potencial de aprendizaje y escolarización muy deficitaria

. Generalmente, todas las dislalias funcionales pueden ser corregidas, siempre que la causa que las origine no sea una hipoacusia severa o un nivel mental muy bajo.

. Cuanto mas tarde se empiece la rehabilitación mayor será el tiempo necesario para corregirla.

. El tratamiento general consiste en enseñar al paciente la correcta posición y movimientos adecuados de los órganos encargados de la articulación de ese fonema.

. Las dislalias funcionales pueden afectar a una o más consonantes, dentro de un mismo grupo de

articulación:

DENOMINACIÓN DE LAS DISLALIAS FUNCIONALES:

- . Rotacismo: Defectos de los fonemas R y RR
- . Sigmatismo: Defecto del fonema S
- . Lambdacismo: Defecto en el fonema L
- . Gamacismo: Defecto de los fonemas G, J, Q, K
- . Delatacismo: Defecto de los fonemas D, T.
- . Jotacismo: Defecto de los fonemas J, X
- . Betacismo: Defecto de los fonemas B, P
- . Mitacismo: Defecto del fonema M

TIPOS DE ERRORES EN LA DISLALIA FUNCIONAL

- . Sustitución: Un sonido es sustituido por otro. Puede darse a principio en medio o final de la palabra (ej. Cedo por cero)
- . Omisión: Se omite el fonema que no se sabe decir (ej. Amora por Zamora)
- . Inserción: Cuando el sonido que resulta difícil de pronunciar se intercala junto a otro sonido que no corresponde a dicha palabra
- . Distorsión: Cuando el sonido se da de forma incorrecta o deformada, pero no es sustituido por otro fonema, sino que su articulación se hace de forma aproximada a la correcta.
- Paralalias:** Se denomina a la deformación, sustitución u omisión de una consonante. Siguiendo la clasificación anterior, obtendremos:
 - . Parasigmatismo: La S se sustituye por la T, F, C, CH (por ejemplo, topa por sopa)
 - . Paragamacismo: Sustitución de la G con la T, J, P
 - . Paralambdacismo: La L es sustituida por N, R, D (por ej. luego por luego).
 - . Pararrotacismo: La R se sustituye con mayor frecuencia por la letra L (chino—sno) y, a veces por la D (ej. Latón por ratón, cado por carro)
 - . Paradeltacismo: La T se sustituye por la L, D y la D por R, L o T (por ej. Lope por tope, lale por dale)
- . Cuando el habla se realiza con dificultad por la existencia de varias dislalias, hablamos de MOGUILALIAS
- . En cualquier caso, todos los fonemas requieren de rehabilitación específica.

4. DISLALIAS AUDIAGENAS

- . La funci3n audi3gena es muy importante para un normal desarrollo del lenguaje
- . Si la falta de audici3n es cong3nita tampoco habr3; habla por lo que estar3amos hablando de sordomudez
- . Si la falta de audici3n no es total, sino parcial (hipoacusia) y en funci3n de su 3poca de aparici3n (antes o despu3s de establecido el lenguaje), pueden padecer trastornos en la articulaci3n denominados dislalias audi3genas
- . El tratamiento, una vez descubierta la causa que origina el trastorno precisa de la implantaci3n de aparatos de ampliaci3n de los restos auditivos que ayude a conservar o, en su caso ense3ar la articulaci3n de los distintos fonemas.

DIAGN3STICO

- . En primer lugar hay que descartar que se derive de un problema auditivo (hipoacusia o sordera)
- . En segundo lugar hay que descartar la existencia de un trastorno autista o psic3tico o cualquier otro trastorno mental
- . Tambi3n es muy importante la edad de inicio del lenguaje.

Se considera retraso del lenguaje cuando el ni3o presenta dificultades a partir de dos a3os.

- . As3 mismo es importante considerar la historia familiar para determinar la extensi3n del problema.

- . Partes del diagn3stico:

- **Anamnesis:** Historia personal y familiar a trav3s de la informaci3n que proporcionan los padres
- **Inteligencia:** Es el primer elemento a analizar en los ni3os que presentan trastornos articulatorios (un C.I. Bajo puede ser la causa fundamental)
- **Articulaci3n:** Realizar un examen articulatorio completo
- **Psicomotricidad:** Suelen coexistir problemas psicomotores con los problemas articulatorios.
- **Orientaci3n espacial:** Es un factor muy importante en la articulaci3n del lenguaje
- **Percepci3n temporal y del ritmo:** Es necesario averiguar la capacidad que tiene el ni3o para percibir y discriminar los tiempos y los ritmos
- **Percepci3n y discriminaci3n auditiva:** Las deficiencias de ambas pueden ocasionar alteraciones en el desarrollo normal del mismo
- **An3lisis complementarios:** Deben realizarse cuando los factores anteriores no son suficientes para determinar la causa y el tipo de trastorno, o cuando se presume la existencia de otros factores.

TRATAMIENTO

- . Debe efectuarse teniendo en cuenta las líneas generales de tratamiento de los trastornos articulatorios
- . Trabajar con las articulaciones o cualidades de articulación que lleve implícito el esqueleto funcional del fonema afecto
- . Movimientos biológicos con bases de funcionalismo similar
- . En las dislalias orgánicas se debe realizar la corrección de la deformidad o malformación anatómica y, posteriormente valorar la intervención logopédica

- Factores que influyen en la evolución del tratamiento

- . El cociente intelectual
- . La percepción y atención acústica
- . La cooperación del sujeto
- . El ambiente sociofamiliar

INTERVENCIÓN

- . La intervención logopédica debe ser efectuada siempre por un especialista (logopeda, psicólogo de lenguaje, especialistas en trastornos de audición).
- . Debe ser un ambiente relajado y presentarlo como un juego para el niño.
- . Hay que comenzar siempre por la valoración del nivel articulatorio del niño.

PASOS DE LA INTERVENCIÓN

1. Estimulación de la capacidad del niño para producir sonidos, reproduciendo movimientos y posturas bucales, experimentación con vocales y consonantes
 2. Se le debe enseñar a comparar y diferenciar los sonidos
 3. Estimulación de la coordinación de los movimientos necesarios para la pronunciación de sonidos: ejercicios labiales y linguales. Hay que enseñar al niño las posiciones correctas de los sonidos
 4. Realización de ejercicios donde el niño debe producir cada sonido dentro de las sílabas hasta que se automatice el patrón muscular necesario para la articulación del sonido
 5. A partir de aquí se debe comenzar a introducir palabras completas
 6. Intentar que los logros en la rehabilitación se fijen en la vida diaria, intentando que se automatice.
- . En caso de existencia de malformaciones físicas es probable que haya que utilizar procedimientos quirúrgicos
 - . Es muy importante la implicación adecuada de la familia
 - . Cuando la causa del trastorno es por un retraso fonológico será preciso una intervención educativa

especializada que ayude a la adquisición de habilidades para producir sonidos de forma correcta

. En casos de frenillo lingual, es preciso la intervención quirúrgica

- Pautas de funcionamiento de la terapia:

1. No debemos ridiculizarlo por su defecto, ni llamarle corregirle continuamente o llamarle la atención por su problema

2. Evitar la sobreprotección. No castigarle por su mala articulación, aunque debe tener conciencia de su defecto

3. Tener paciencia en el trabajo con el niño.

4. Trabajar la corrección sin presiones

5. Reforzarle en cada avance, así como en otras habilidades que presente

6. Controlar la existencia de otros trastornos de lenguaje y abordarlos conjuntamente (lateralidad, escritura...)

. Controlar el comportamiento de sus compañeros, evitando que le gasten bromas o se rían de él

. No insistir en que haga exposiciones orales. Buscar otras alternativas

. Mostrar la máxima absoluta normalidad ante el defecto del niño

. Relacionarse con los padres a los cuales debe aconsejar y recabar ayuda e información sobre los avances

RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE

DEFINICIÓN:

. Es una disfunción que suele afectar a máx de uno de los niveles del lenguaje, especialmente a la fonología y la sintaxis

. El retraso simple del lenguaje, como el retraso del habla puede aparecer desde el nacimiento o durante las primeras etapas del crecimiento y en cualquiera de los niveles que componen el lenguaje

. Afecta sobre todo a la expresión y en algunos casos a la comprensión sin que la causa se deba a una deficiencia auditiva o trastorno neurológico.

. Su principal síntoma es un lenguaje lento que no corresponde con la edad cronológica del niño.

. Se trata de una disfunción de tipo evolutivo, con desfase cronológico.

. Aparece en niños en los que no se encuentran alteraciones de tipo intelectual, relacional, motriz o sensorial, aunque afecta a máx de un módulo de lenguaje, principalmente a la morfología y la sintaxis.

. Lo normal es que se presente como una insuficiencia del aspecto lingüístico a nivel expresivo, comprensivo y articulatorio

. Se da en niños que sin presentar ningún tipo de patología tardan más tiempo de lo normal en alcanzar

la comprensión del lenguaje.

. Algunos estudios apuntan que se dan más niños con bilingüismo.

. A los 3 años de edad, el niño ya tiene configurado su lenguaje de acuerdo con las normas gramaticales que caracterizan el lenguaje adulto

. Los niños con R.S.L., presentan un desfase significativo en la aparición de todos los niveles del lenguaje (fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático. Tienen afectada la expresión y, en menor medida, la comprensión.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES CON OTRAS PATOLOGÍAS

. En primer lugar hay que excluir cualquier patología orgánica general, un déficit importante de la audición, una dificultad motora manifiesta, así como trastornos graves de la personalidad en el niño.

Descartar, asimismo, la posibilidad de existencia de una deficiencia intelectual, un mutismo, afasias, autismo infantil (en el que el lenguaje está alterado, no retrasado, presentando además problemas en otras áreas y conductas

. Se debe diferenciar entre retraso del habla y retraso simple del lenguaje. En el primero solo está afectado en nivel fonológico, mientras que en el retraso de lenguaje están todos los códigos afectados

. También de la disfasia en la que se destaca la gran lentitud de la evolución y una respuesta lenta a la intervención pedagógica.

. El retraso de lenguaje tiene una recuperación más acelerada y una respuesta más positiva a la intervención y se encuentra menos afectada la comprensión

COMPONENTES DEL LENGUAJE

A. NIVEL FONOLÓGICO

Está conformado por el fonema que es la unidad básica e indivisible del lenguaje. Se desarrolla desde un nivel pre-lingüístico desde el nacimiento al primer año de vida aproximadamente pasando por las siguientes etapas:

. Llanto

. Vocalización-cantaleo-arrullo

. Balbuceo (6 meses)

Imitación del lenguaje (final del primer año)

. Posteriormente el niño va construyendo sus primeras palabras una vez clasificados y analizados los sonidos de su lengua

. La adquisición se hace desde las consonantes posteriores a las anteriores de acuerdo con la tabla siguiente:

. Posteriormente el niño comienza la asociación de fonemas para dar lugar a la sílaba realizando distintas combinaciones

B. NIVEL SINTÁCTICO

. Une las palabras entre sí, dando como resultado la oración que se irá desarrollando conforme a las reglas del idioma.

Según Dale, las etapas de esta fase son las siguientes:

Etapas I: Aparece cuando el niño tiene entre 18 y 20 meses

. Nivel I: Lenguaje telegráfico. Es una combinación de palabras donde se expresa la idea principal

. Nivel II: Se emplean adjetivos, adverbios y artículos

. Nivel III: Se emplean las conjunciones, las preposiciones y los pronombres

Etapas II: Desarrolla el uso de las flexiones

. Aparecen las preguntas, la pluralidad y las conjugaciones de verbos irregulares

C. NIVEL SEMÁNTICO

. Se refiere a la comprensión del lenguaje

. Se inicia mucho antes de que el niño emita la primera palabra.

. Es una asociación de imágenes mentales que más tarde se generalizan en forma de conceptos

. Después del balbuceo, las vías y centros nerviosos, auditivos y visuales se preparan para dar base a los conceptos verbales que favorecen la formación del lenguaje interior.

. Peinado Altable, describe las siguientes etapas:

- Lenguaje indiferenciado: Reacciona ante el lenguaje sin llegar a distinguir la palabra

- Lenguaje diferenciado: Reacción de placer o enfado, se ve en el tono de voz

- Lenguaje interior: Se inicia en los primeros meses y alcanza su madurez a los dos años y medio. El niño almacena conceptos, aunque aún no puede expresarlos, aunque los comprende en su totalidad.

- Se refiere a la relación con las palabras y con las oraciones

D. NIVEL PRAGMÁTICO

. Se relaciona con todos los aspectos que rodean la conversación, tales como:

. El tono de voz (agudo o grave)

. La intensidad (fuerte, suave...)

. El ritmo (pausas, lento)

. Turno (inicia, termina, cede la palabra, la roba, la respeta, las sobrepone...)

. Tipos de actos verbales (etiqueta, describe, saluda...)

. Reglas de conversaci3n (cantidad, calidad, modo, relevancia, discurso coherente, conocimiento del mundo)

SINTOMAS DEL RSL (retraso simple del lenguaje)

- Afecta a la expresi3n

A) Nivel fonol3gico:

. Habla infantilizada con omisi3n de consonantes iniciales y s3labas iniciales

. El grupo mas afectado suelen ser las fricativas

. Omisi3n de consonantes inversas

. Sustituye la s/ por t/

. Repetici3n de las primeras y 3ltimas s3labas

. Otros

B) Nivel sem3ntico

. Vocabulario reducido u objetos del entorno. L3xico pobre

. Problemas en la adquisici3n de conceptos abstractos (colores, formas y conceptos espacio-temporales)

. Otros

C) Nivel morfosint3ctico

. Lenguaje telegr3fico

. Desorden en la secuencia temporal de la oraci3n

. N3mero reducido de t3rminos en la frase

. Dificultades en la utilizaci3n de art3culos, pronombres,

. Plurales, conjugaci3n verbal

. La mayor3a de frases son coordinadas con la palabra “y”

No produce subordinadas

. Uso abusivo del “yo”

D) Nivel pragm3tico

. Alteraci3n de la intencionalidad comunicativa

- . Predomina la utilización para denominar, regular la conducta, conseguir objetos...
- . Presenta dificultades para atribuir cualidades a los objetos y para preguntar
- . Escasa utilización del lenguaje para relatar o explicar acontecimientos.
- . Apenas utiliza lenguaje en actividad lúdica o imaginativa
- . Compensa la deficiente expresión verbal con mímica y gestos

- Afectan a la comprensión:

- . Aunque aparenta ser normal, es aproximativa, contextual
- . Comprende mal las nociones abstractas.
- . Tiene dificultades en el relato de los hechos a los cuales tiende a simplificar enumerándolos solamente

FACTORES QUE INCIDEN EN EL RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE

- . Las causas de este trastorno pueden tener varios orígenes:
- . Hereditarios (genéticos)
- . Neurológicos
- . Socioculturales
- . Afectivos
- . Sobreprotección familiar (madre) perjudicial para el desarrollo del lenguaje. También el caso contrario, el abandono o indiferencia de sus necesidades

ACTIVIDADES PARA LA ORGANIZACIÓN FONÉTICA Y FONOLÓGICA

- . Juegos de atención y discriminación
- . Juegos de motricidad buco-facial
- . Juegos de imitación
- . Juegos de estructuración temporal
- . Juegos de loto fonético (4-5 años)
- . Juegos de conciencia silábica y fonética

ACTIVIDADES PARA LA ORGANIZACIÓN SEMÁNTICA

- . Aprender palabras nuevas
- . Manipular palabras

- a) Formación de familias semánticas
- b) Análisis: a partir de un concepto global enumerar los elementos que lo componen
- c) Síntesis
- d) Contrarios
- e) Preparación a las definiciones

1. Ejercicios de comprensión morfosintáctica

- . Ordenes de dos proposiciones
- . Variación en la sucesión temporal
- . Ordenación de las palabras en la frase

2. Ejercicios de construcción de frases

3. Empleo de nexos

4. Empleo de flexiones

5. Formación de la conciencia sintáctica

ACTIVIDADES PARA ORGANIZAR EL DISCURSO

1. Series lógicas o historieta

- . Ordenación de historias con dibujos (wais)

2. Trabajo de flexiones dentro de las series lógicas

- . Una vez construida la serie lógica trabajar la temporalidad

Tiempo Presente

Tiempo Pasado

Tiempo Futuro

Tiempo hipotético

LA DISFASIA

DEFINICIÓN:

- . La disfasia es una pérdida parcial del habla debido a una lesión cortical en las áreas específicas del lenguaje
- . Este déficit de lenguaje oral se caracteriza, además de por un retraso cronológico en la adquisición del

lenguaje, por importantes dificultades específicas para la estructuración del mismo, produciéndose asimismo, conductas verbales anómalas que se traducen en una desviación respecto de los procesos normales de adquisición y desarrollo del lenguaje.

. Es difícil establecer la frontera entre el retraso de lenguaje y la disfasia.

. Muchas veces, el diagnóstico viene determinado por la falta de evolución ante la intervención y el nivel de gravedad de la sintomatología.

. Los trastornos disfasicos tienen peor evolución con una intervención sistémica que el retraso del lenguaje.

. Hay que tomar como criterio de distinción, la gravedad de los indicadores y la persistencia de esa gravedad

. En el retraso del lenguaje, aunque en un momento pudiera darse una situación de gravedad parecida a la disfasia, la evolución siempre es mejor, no solo como consecuencia de la intervención, sino también porque los factores ambientales que se asocian a la dificultad del trastorno van perdiendo fuerza frente a la intervención y la orientación escolar y familiar.

SINTOMATOLOGÍA

1. En la expresión:

. Intencionalidad comunicativa pobre y graves dificultades de adaptación al interlocutor

. Graves problemas en los aspectos funcionales del lenguaje

. Expresión muy baja, casi nula.

. Las frases o palabras se ordenan por el pensamiento que las suscita. A veces parece una jerga

. Agramatismo. Mala estructuración sintáctica

. Dificultad para manejar pronombres personales

. Ausencia total de partículas de relación (pronombres, etc.)

. Empleo del verbo en forma atemporal (infinitivo, perífrasis)

. Aunque los órganos de fonación son normales, manifiestan distorsiones y reducciones del sistema consonántico

. Dificultad en la emisión de palabras, por el fracaso en la unión de sonidos que aisladamente si puede articular

. Vocabulario reducido, impreciso.

. Desconocimiento del nombre de muchos objetos, incluso de uso común

. Alteración de la estructura lógica de la frase

. Dificultades en la escritura, ortografía, redacción

2. En la comprensión

- . Mayores dificultades que los sujetos con retraso de lenguaje
- . Después de los 6 años tienen escasa comprensión de nociones abstractas espacio-temporales y respecto a las propiedades y uso de los objetos
- . Grandes dificultades para la organización del discurso y para sintetizar una historia oída previamente
- . Dificultades en el aprendizaje de la lectura
- . Grave alteración de la comprensión acompañada a veces de conductas ecológicas
- . Puede llegar a la sordera verbal
- . Reacción positiva a los gestos
- . Dificultad para repetir y recordar enunciados largos
- . Problemas de evocación: Uso de muletillas
- . Otros

3. Síntomas no lingüísticos:

- . Dificultades en la estructuración espacio-temporal
- . Trastornos del ritmo
- . Algunas dificultades psicomotoras
- . Retraso en el razonamiento lógico
- . Escaso desarrollo de la capacidad de abstracción
- . Trastornos psicoafectivos
- . Problemas en la memoria secuencial de estímulos visuales, auditivos y de acontecimientos
- . Trastornos de tipo perceptivo: Integración auditiva fonética
- . Dificultades en las respuestas de cambio de consigna, probablemente derivados a la perseveración de imágenes auditivas
- . Falta de programación en su actividad lúdica (juego simbólico).
- . Alteración de la conducta socio-afectiva. Rasgos de ansiedad.
- . Dificultades en el desarrollo cognitivo: Pensamiento/lenguaje.
- . Graves dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura

CONCLUSIÓN

Un disfásico es un sujeto que presenta déficit en el lenguaje, tanto a nivel comprensivo como expresivo.

CRITERIOS QUE DETERMINAN EL TRASTORNO

- . Déficit persistente en el lenguaje en todos los niveles, comprensivos y expresivos
- . Retraso cronológico y desviación respecto a los patrones normales de adquisición y desarrollo
- . Graves dificultades para la comunicación
- . Dificultades en los aprendizajes escolares
- . Ausencia de déficits sensoriales intelectuales o motores graves.
- . Se complica por una mayor dificultad en los aprendizajes básicos y mayor persistencia del fracaso escolar

CLASIFICACIÓN DE LAS DISFASIAS

A. Motriz o expresiva:

. Caracterizada por una inteligencia, audición y comprensión dentro de los límites normales, pero padece:

1. Incapacidad de imitar las palabras
2. Incapacidad o capacidad limitada para imitar fonemas
3. Inexistencia de lenguaje espontáneo o muy pobre

B. Sensorial o receptiva:

- . Conocida también como sordera verbal
- . El C.I. Es normal o con un ligero retraso
- . Audición normal o ligeramente defectuosa
- . Incapacidad para nombrar objetos
- . Pobreza en las asociaciones verbales
- . Capacidad limitada de imitar la palabra
- . Pobreza de evocación de objetos
- . Incapacidad de imitar el lenguaje ambiental

C. Mixta: Con síntomas motores y sensoriales

LA DISARTRIA

DEFINICIÓN (Según Peña Casanova)

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

. Comprende disfunciones motoras que afectan a la respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia.

. No suele incluirse en el concepto de disartria a los trastornos en el desarrollo de la articulación (dislalia), la tartamudez u otros basados en alteraciones somáticas de carácter estructural psicológicas

Â

“Alteración de la articulación propia de lesiones del SNC, así como de enfermedades de los nervios, de los músculos de la lengua, de la faringe y laringe, responsables del habla.” (Gallardo y Gallego)

“Dificultad de la expresión oral del lenguaje debido a trastornos del tono y del movimiento de la musculatura fonatoria, secundarios a lesiones del SNC.” (Perelló y Ponces)

LA ANARTRIA

. Es el caso más extremo y grave de disartria.

. Los niños anártricos están imposibilitados para articular los fonemas que forman las palabras.

LA DISPRAXIA ARTICULATORIA DE EVOLUCIÓN

. Según Morley se trata de un trastorno poco frecuente que se caracteriza por una imposibilidad de movilidad voluntaria de la lengua, paladar y labios, mientras que los movimientos involuntarios de estos órganos permanecen normales.

TIPOS DE DISARTRIA

En función de su localización:

. Flácida

. Espástica

. Atáxica

. Por lesiones del sistema extrapiramidal

. Mixta

a) DISARTRIA FLÁCIDA (La lesión se sitúa en la neurona motriz inferior)

. El incremento del tono muscular laríngeo provoca un estrechamiento de la apertura laríngea y un incremento a la resistencia del flujo del aire.

. Los pacientes emiten frases cortas. La voz es ronca con un tono bajo y monotono

- . El esfuerzo en la fonación provoca lentitud en el habla y acortamiento de las frases
- . Se producen interrupciones tonales o de respiración
- . La articulación de consonante es imprecisa, incluso de las vocales
- . Hipernasalidad

b) DISARTRIA ATÁXICA (Lesión en el cerebelo)

- . Voz áspera
- . Tono monotono con pocas variaciones de intensidad
- . A veces variaciones en la intensidad, temblor en la voz e hipofonía
- . Falta de definición consonántica.
- . Distorsión vocálica
- . Alteración prosódica
- . Prolongación de los fonemas o de los intervalos entre los mismos.

Â

c) DISARTRIA EXTRAPIRAMIDAL

Funciones del sistema extrapiramidal:

- . Regulación del tono muscular y de los músculos antagonistas cuando hay movimiento
- . Regulación de los movimientos automáticos
- . Adecuación entre la mímica facial y las sincinesias ópticas
- . Las lesiones del S. Extrapiramidal pueden provocar los tipos de disartrias:

1.Â Hipocinética: Característica de la enfermedad de Parkinson

- . Características:
- . Movimientos lentos, limitados y rígidos
- . Movimientos repetitivos en los músculos del habla
- . Voz débil, articulación defectuosa, falta de inflexión
- . Frases cortas
- . Falta de flexibilidad

. Monotonía tonal

. Variabilidad en ritmo articulatorio

2. Hipercinesia

. Características.

. Afectación de todas las funciones motrices básicas (respiración, fonación, y articulación)

. Tipos de hipercinesias:

- Coreas: Movimientos involuntarios e irregulares de uno o varios músculos

- Tono muscular bajo y trastornos de la coordinación: Alteraciones del habla, hipo-distorsión de vocales, utilización de frases cortas, producción oral irregular y prosodia afectada

- Atetosis: Movimientos involuntarios y lentos en la articulación, problemas respiratorios y de fonación (voz áspera), habla distorsionada y tono monótono

- Temblor: Temblor en la voz, interrupciones en la emisión de la voz

- Distonía: Alteraciones prosódicas, disminución de la altura tonal, inspiraciones audibles, temblor en la voz

d) DISARTRIAS MIXTAS

. Es la forma más compleja de disartria

. La disfunción del habla es el resultado de la combinación de las características propias de los sistemas motores implicados

TRASTORNOS MÁS FRECUENTES

. Desarrollo Somático-Psíquico

- Trastornos primarios: referentes a la propia patología

- Trastornos secundarios: a consecuencia de los primeros

- *Primarios:*

. Problemas en la motricidad articulatoria

. Problemas en la respiración

. Problemas en la pronunciación

. Problemas en la voz

. Problemas en el tono

. Problemas en la motricidad general

- *Secundarios:*

. Trastornos en la lectura

. Trastornos en la escritura

. Alteraciones del desarrollo psíquico y cognitivo

. Limitaciones en el uso del vocabulario

. Problemas en el uso y comprensión de las estructuras gramaticales

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Evaluación

. La escuela es uno de los lugares donde se detecta el problema y desde se debe comenzar la evaluación

. La evaluación debe proporcionar una descripción, lo mas completa posible de las características del lenguaje del alumno y de sus problemas

. Comprende tres momentos diferentes:

a) Evaluación inicial: Establece el punto de partida.

. Suele ser muy exhaustiva

. Evalúa competencias comunicativo-lingüísticas del niño

. Permite evaluaciones complementarias

- Destrezas motoras

- Funcionamiento sensorial

- Funcionamiento neurológico

- Funcionamiento cognitivo

b) Evaluación formativa o de proceso:

. Ayuda a analizar los procesos realizados y a modificar o ajustar el modo de intervención

. Incorpora reflexiones sobre la adecuación de estrategias y validez de recursos y medios

c) Evaluación final o sumativa:

. Evalúa todo el proceso hasta el final de la intervención

. Recoge los cambios producidos y el grado de consecución de los objetivos fijados

Â

INTERVINIENTES EN LA EVALUACIÓN:

. Logopedas

. Médicos

. Audiólogos

. Psicólogos

. Maestros

. Existe una gran complejidad a la hora de evaluar al niño con parálisis cerebral y los trastornos asociados

TIPOS DE EVALUACIÓN: Campos fundamentales

. Familiar

. Neurológico

. Otorrinolaringológico

. Fisioterapéutico

. Psicológico

. Logopédico

. **Logopédico.** Evaluación de praxias bucofaciales: cara, succión, masticación, deglución babeo

- Evaluación de los órganos articulatorios: Lengua, labios, maxilares, paladar

- Evaluación de la respiración y el soplo

- Evaluación de los elementos prosódicos del habla

- Evaluación de los elementos corporales: Tronco, cabeza, hombros

- Evaluación articulatoria

- Evaluación de las actividades vegetativas: risa, llanto, tos

- Evaluación de la audición. Descartar o confirmar una posible hipoacusia

- Evaluación del lenguaje

INTERVENCIÓN ESPECÍFICA

Relajación general:

. Es imprescindible conseguir un tono muscular adecuado, ya que el trabajo muscular es anterior a la articulación

. Intervención del fisioterapeuta para conseguir lo anterior

. La relajación de los músculos buco-faciales se obtendrá mejor golpeando suavemente el cuello del sujeto, moviendo su cabeza en distintas direcciones y ejercitando suavemente todos los elementos faciales

Control bucal, postural y de la alimentación:

. La postura es un elemento básico del habla por lo que una posición postural deficiente afecta a la articulación (prátesis)

. La alimentación se realiza a través de actividades como la succión, deglución y masticación. Los movimientos que en la misma se realizan son preparatorios de la fonación y por lo tanto mejoran el habla del niño.

Respiración y fonación:

. La respiración hay que trabajarla de forma global y ligada a la fonación.

. La posición corporal es muy importante. Se trata de que el individuo tome conciencia de ella.

. Los disártricos presentan con frecuencia respiraciones superficiales y rápidas: no saben pronunciar profundamente.

Praxias bucolinguales:

. Deben ser trabajadas junto con el control motor antes de empezar la articulación.

. Hay que controlar la postura, el tono y la fuerza muscular.

. El aumento de fuerza se consigue con actividades repetitivas de la lengua, labios y paladar.

Lenguaje oral:

. El vocabulario debe importarnos más que la fonética.

. Se comienza con el conocimiento del esquema corporal.

. Las actividades lógicas, semánticas y pragmáticas deben responder a situaciones vividas por el niño

LA AFASIA

QUE ES LA AFASIA:

. La afasia es una disfunción en los centros o circuitos del lenguaje en el cerebro que imposibilita o disminuye la posibilidad de comunicarse mediante el lenguaje oral, la escritura o los signos, conservando la inteligencia y los órganos fonatorios.

. El término afasia fue creado en 1864 por el médico francés Armand Trousseau (1801-1867), profesor de medicina en el hospital Hotel-Dieu.

- . La palabra afasia precede del griego, formada por el prefijo a (ausencia) y phasia (palabra)
- . En general se etiquetan como afasia los trastornos de conducta lingüística resultantes de una lesión cerebral.
- . No existe un síndrome afásico específico, sino que hablamos de afasia en una gran variedad de síndromes distintos
- . Todas las variedades de afasia provienen de una lesión cerebral, dependiendo de la parte del cerebro afectada la gravedad o el tipo de afasia.
- . La variedad de síndromes ha originado una clasificación variada
- . Existen distintos criterios para la elaboración de las clasificaciones de las afasias:
 - La localización cerebral del trastorno
 - Desde el punto de vista psico-lingüístico
 - Utilizando criterios empíricos derivados de la práctica clínica
 - Siguiendo criterios particulares de los autores
 - De acuerdo con el momento histórico en que se elaboran
- . La mayor parte de las personas que padecen afasias son adultos y mayores.
- . La afectación por sexo es igual
- . El número de afectados al año por este trastorno es de unas 80.000 personas
- . Entre el 20 y el 40 % sufre afasia por un accidente vascular
- . Un 40% de los que la padecen no se recuperan de forma inmediata
- . Los enfermos de Alzheimer padecen un proceso afásico al inicio de la enfermedad.

CAUSAS DE LA AFASIA

- . La afasia es causada por el daño de una o más áreas del cerebro que controlan los procesos del lenguaje.
- . La causa más común es un accidente cerebrovascular
- . Cuando esto ocurre las células mueren por falta de riego sanguíneo que es el vehículo de llevar el oxígeno y los nutrientes necesarios para el mantenimiento neuronal.
- . Otra causa son los traumatismos cerebrales provocados generalmente por accidentes con golpes graves en el cráneo, tumores cerebrales, infecciones localizadas o difusas en el cerebro, abscesos cerebrales, encefalitis o enfermedades degenerativas del sistema nervioso central
- . Las lesiones se localizan o afecta al hemisferio izquierdo, que es el dominante en el área del lenguaje para el 95% de los individuos (diestros). En los pacientes zurdos, la afasia es más difícil de localizar

cerebralmente, pudiendo aparecer en ambos hemisferios

. El hemisferio izquierdo también controla la motricidad de la mitad derecha del cuerpo y de las zonas motoras cercanas a los centros de lenguaje, por lo que la afasia suele ir acompañada de hemiplejias.

TIPOS DE AFASIA

- Según criterios anatómicos

1_ AFASIA DE BROCA:

- . Provocada por una lesión en la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo
- . Se define por la reducción de la emisión verbal, frases cortas, sintaxis telegráfica. Evoca más sustantivos que verbos.
- . La expresión del lenguaje oral es monotona y se realiza con gran esfuerzo articulatorio. A menudo, el lenguaje espontáneo se limita a pocas expresiones como una frase o una palabra sin expresión ni sentido
- . La comprensión del lenguaje está limitada en grado variable, haciéndose más evidente con el aumento de la complejidad sintáctica o el número de órdenes verbales.
- . Los déficits de comprensión también incluyen otros sistemas, como los signos de las operaciones aritméticas y los números
- . Muchos individuos con afasia de Broca tienen afectados los movimientos voluntarios de labios, lengua y faringe, tienen también dificultades en la deglución de comida y saliva, aunque con remisión en la mayoría de los casos
- . En la afasia de Broca, la comprensión es mejor que la expresión y puede estar alterada en distintos grados.

Síntomas:

- . Habla limitada con conciencia de sus errores
- . Problemas para encontrar las palabras deseada
- . Articulación deficiente
- . Grandes esfuerzos para coordinar lengua, faringe y laringe
- . Palabras deformadas, elimina del discurso las más complicadas
- . La gramática es muy simple, sobre todo en los enlaces (preposiciones, conjunciones...)
- . El estilo, en general, es de tipo telegráfico
- . La comprensión del lenguaje es casi normal
- . La lectura solo está ligeramente perturbada

2_ AFASIA DE WERNICKE:

- . Se produce por una lesión en el temporal posterior del hemisferio izquierdo.
- . Se caracteriza por un déficit en la comprensión y un habla fluida pero carente de sentido
- . Los afectados pueden producir frases largas (logorrea) que no tienen ningún significado ya que agregan palabras innecesarias y neologismos, cambiando unas palabras por otras (ensalada de palabras)
- . Cuando el número de sustituciones es muy grande se denomina jergafasia
- . Las personas que sufren afasia de Wernicke suelen tener grandes dificultades para comprender y entender el habla, incluyendo la propia, por lo que no son conscientes de los errores que cometen al comunicarse (anosognosia).
- . Suele estar alterada la repetición
- . El grado de alteración y comprensión lectora es muy variable. Suele utilizarse en la rehabilitación como compensación.
- . El paciente habla mucho como si estuviese alterado
- . Las palabras están alteradas de lugar, transformadas en su fonética
- . No entienden lo que dicen ni son conscientes de sus errores

3_AFASIA GLOBAL:

- . En ella tanto la comprensión como la expresión están alteradas
- . Se comparten rasgos de la afasia de Broca y de la de Wernicke
- . Generalmente se produce por la interrupción temporal del riego sanguíneo en la arteria cerebral media
- . En principio suele presentarse un mutismo total para ir recuperando la verbalización
- . Las verbalizaciones suelen ser estereotipos verbales repetitivos y pueden presentarse como sílabas sueltas a las que dota de entonación e inflexión expresiva de palabras o frases sencillas completas (ta ta ta)
- . La comprensión, aunque siempre parece muy deficitaria puede recuperarse más que la expresión

4_AFASIA DE CONDUCCIÓN:

- . Se produce por una lesión del fascículo arqueado que conecta el área de Broca y de Wernicke
- . Se caracteriza por una alteración que incluye la repetición verbal pero con una relativa buena comprensión, habla espontánea y comunicativa con sustituciones fonéticas.
- . El individuo es consciente de sus errores, a diferencia de lo que ocurre en la afasia de Wernicke, por lo que realiza pausas intentando encontrar las palabras adecuadas.
- . La lectura en voz alta es pobre pero la comprensión es buena
- . Tiende a añadir letras o cambiar el orden.

5_ AFASIA MOTORA TRANSCORTICAL:

- . Causada por una lesión del lóbulo frontal en la zona anterior de Broca
- . Se caracteriza por un lenguaje reducido en la cantidad y complejidad.
- . Escritura, comprensión lectora moderadamente deficientes.
- . Capacidad de repetición verbal y buena comprensión oral
- . En la fase aguda puede haber mutismo y el paciente solo responde a estímulos muy específicos.
- . El lenguaje específico no fluye de forma adecuada, se limita

A frases automatizadas o monosílabos

- . La articulación suele ser adecuada aunque en algunos casos, al inicio se detecta tartamudez
- . Aunque la repetición está relativamente intacta, al aumentar
- . La complejidad léxica o longitud de las frases, puede existir alteración
- . La denominación por confrontación visual se halla conservada o discretamente alterada.
- . Se han descrito alteraciones motrices asociadas tales como el síndrome del miembro extraño (sienten que su mano actúa de forma extraña) o el acompañamiento de movimientos de manos o el cuerpo para apoyar la pronunciación

6_ AFASIA SENSORIAL TRANSCORTICAL:

- . Debida a una lesión extensiva aislando las áreas de Broca y Wernicke, localizada en el área inferior de la unión parieto-temporo-occipital, irrigada por la arteria cerebral posterior
- . Es el síndrome de la repetición sin comprensión ni expresiones significativas.
- . Se produce un habla espontánea semánticamente irrelevante.
- . La lectura y escritura son perfectas.

7_ AFASIA TRANSCORTICAL MIXTA

- . Síndrome poco frecuente también denominado de aislamiento del área del lenguaje
- . Los pacientes padecen una afasia aguda pero conservan la capacidad de la repetición verbal
- . El habla consiste exclusivamente en la emisión de respuestas y verbalizaciones estereotipadas sin sentido.
- . Se trata de una afasia con alteración grave de comprensión
- . Se produce por infartos externos del espacio terminal de la arteria cerebral media o anterior. También ha asociado a emanaciones de dióxido de carbono.

8_ AFASIA ANOMICA

- . Producida por una lesión en la circunvolución del pliegue curvo, o por lesiones en la zona posterior de la circunvolución temporal media
- . Se define por un déficit en la denominación de objetos con relativa preservación de las otras funciones del lenguaje
- . Estos pacientes no son capaces de encontrar la palabra correcta que corresponde a un objeto particular.
- . Se supone que la estructura del “diccionario mental” se halla intacta y que la alteración radica en el acceso al mismo
- . Esta afirmación se sustenta en la observación de pacientes que no pueden dominar un objeto en una ocasión, si consiguen hacerlo en otra.
- . El paciente, a menudo, asegura conocer la palabra correcta pero reconoce la dificultad de su evocación
- . Estos pacientes sufren con frecuencia parafasias. Con frecuencia pueden identificar la letra inicial y el número de sílabas de palabras que no pueden emitir.
- . Algunos no pueden denominar objetos que están viendo pero explican o demuestran su utilidad con facilidad.
- . Las aproximaciones fonéticas o contextuales no facilitan la evocación. En cambio el paciente señala el objeto adecuado si se le cita verbalmente.

9_ AFASIA TALLER MICA

- . Se da en pacientes con tumores del tálamo izquierdo
- . Sufren una reducción del habla espontánea, volumen bajo, frases ininteligibles y perseveraciones.
- . Se aprecian trastornos de la atención y de la memoria
- . La fluencia verbal está reducida en muchos pacientes.
- . En otros la afluencia verbal es adecuada.
- . En ambos casos existe una contaminación.
- . En ambos casos, el habla está también contaminada con parafasias semánticas o neologismos
- . La alteración de la comprensión es discreta en la mayoría de los casos, aunque en otros aparece un déficit moderado o importante en la comprensión oral.
- . Junto a una buena comprensión de la lectura con escritura conservada, hay casos de alexia y agrafía

Según criterios lingüísticos

1_ AFASIA SINTACTICA

. El habla muestra una falta de precisión sintáctica

. El paciente omite artículos y conjunciones y, en general, las palabras con función gramatical, utilizando exageradamente los sustantivos y adjetivos.

. Habla telegráficamente y sin entonación aunque la comunicación es posible.

2_ AFASIA SEMÁNTICA

. Es la pérdida de la relación semántica entre signos y objetos y, por tanto, de la habilidad de utilizar símbolos específicos.

. El paciente muestra gran dificultad para recordar las palabras familiares y los sustantivos

3_ AFASIA PRAGMÁTICA

. Las frases aparecen con la sintaxis adecuada pero en contextos inapropiados.

. El mensaje es desordenado y caótico

. El paciente transmite muy poco lenguaje significativo y muestra una ligera restricción en el vocabulario

4_ JERGA FASIA

. El lenguaje se caracteriza por un gran número de combinaciones fonéticamente desorganizadas.

. Al tener dañada la comprensión, el paciente no puede controlar su lenguaje y se convierte en una jerga sin significado con palabras irreconocibles, originales o neologismos

5_ AFASIA GLOBAL

. Ausencia total de habilidad lingüística, tanto para la codificación como para la decodificación. El paciente puede producir palabras y frases automáticas pero frecuentemente se limita a repetir perseverativamente los mismos sonidos o palabras sin sentido una y otra vez

6_ AFASIA ADQUIRIDA INFANTIL

. Es la pérdida total o parcial de la capacidad de formulación, expresión y/o comprensión de los signos del lenguaje, producida por una lesión cerebral adquirida (traumatismos craneales) o enfermedades (meningitis...) localizadas generalmente en la corteza cerebral que rodea la fisura de Rolando en el hemisferio izquierdo

. Las afasias infantiles tienen características especiales ya que el cerebro no ha alcanzado su total maduración.

. Es la alteración que se presenta en un niño que habiendo desarrollado el lenguaje, después sufre una alteración del mismo como resultado de una lesión cerebral focalizada después de los 2 a 3 años de edad.

. Se produce, en general, entre los 3 y los 15 años, y a las edades centrales son entre los 5 y los 10 años.

. Se caracteriza por un periodo inicial de mudéz, seguida por un periodo de expresión telegráfica, escasa y

lenta en las primeras etapas de recuperación, con alteraciones articulatorias con defectos en la denominación, pobreza verbal, que tiende a persistir. El mutismo afásico significa pérdida de símbolos verbales del pensamiento

7. LA AFASIA CONGÉNITA:

- . También conocida como disfasia infantil, afasia del desarrollo, sordera congénita, sordera verbal o audiomudez.
- . Se trata de la ausencia, o casi ausencia, de desarrollo del lenguaje oral, tanto en la expresión como en la comprensión, presente en un niño, con las siguientes características:
 - . Su capacidad intelectual se considera suficiente para la de un primer lenguaje (en general, la afasia cognitiva va asociada con la deficiencia mental, aunque ésta no es tan importante para justificar la ausencia del lenguaje
 - . La audición es normal (aunque un niño sordo también puede ser afásico)
 - . Su motricidad es suficiente para poder producir el habla
 - . Manifiesta conductas comunicativas espontáneas que lo diferencian de los niños autistas o psicóticos
 - . Presenta, además un conjunto de síntomas muy complejos como:
 - Importante retraso en las primeras pautas de lenguaje:
 - . Primeras palabras 3-4 años
 - . Primeras yuxtaposiciones 4-5 años
 - Importancia de las dificultades de comprensión, aunque por debajo de las dificultades de expresión
 - Gran lentitud de la evolución. La respuesta a la intervención pedagógica, aunque positiva, también es lenta
 - Mayor importancia de los trastornos asociados, especialmente los relacionados con la memoria inmediata, la atención, la discriminación auditiva y la estructuración temporal
 - Suele presentar una evolución que no respeta el orden y las etapas de desarrollo normal
 - Importancia de dificultades semántico-estructurales y morfosintácticas

DIAGNÓSTICO DE LA AFASIA:

- . La afasia es generalmente reconocida por el médico que trata al paciente por la existencia de una lesión cerebral.
- . Frecuentemente este médico es un neurólogo
- . El médico efectúa una primera evaluación (responder preguntas, nombrar objetos, seguimiento de instrucciones...)

. Si se sospecha la existencia de una afasia, es remitido a un fonoaudiólogo (otorrino), que realizará un examen integral de la capacidad de la persona para comprender, leer, escribir...

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL LENGUAJE AFÁSICO

A) En relación con la producción:

. Los afásicos presentan muchos tipos de trastornos en la producción del lenguaje. En general existe un empobrecimiento global del lenguaje expresivo tal y como:

1. Trastornos articulatorios:

. Dificultad de selección de los sonidos apropiados para construir palabras.

. En casos graves, falta total de habilidad para iniciar o imitar movimientos articulatorios

. Dificultades de aplicación de reglas fonológicas para pluralizar las palabras

. Perseveración de algunos sonidos

. Producción de partes de palabras tales como una sílaba o sílabas repetidas

. Parafasia fonética: Los fonemas pueden ser objeto de omisiones, adiciones o sustituciones hablando en jerga

2. Trastornos de la fluidez.

. En algunos tipos de afasia puede estar alterada debido a perseveraciones, trastornos articulatorios o búsqueda de palabras

3. Vocabulario:

. Presentan una reducción en el número de palabras capaces de utilizar

. Normalmente las palabras mas frecuentes son las mas fáciles de utilizar, pero en algunos síndromes es al contrario

. Puede existir pérdida selectiva de vocabulario principalmente de nombres, adjetivos y verbos (anomia)

. En algunos casos poseen el vocabulario adecuado pero no son capaces de aplicarlo en el contexto adecuado.

. Parafasia verbal: neologismos jerga

4. Sintaxis:

. Es el mayor problema para muchos afásicos

. Agramatismo: Pérdida de términos relacionales y fragmentación de la estructura gramatical. Habla telegráfica

. Paragramaticismo: Solo posee palabras aisladas para expresarse. No es capaz de aplicar reglas sintácticas

5. Semántica:

. Los problemas semánticos no solo se producen por la incapacidad de manejar aspectos semánticos de la comunicación, sino por las dificultades fonológicas, morfológicas y sintácticas

B) Respecto a la comprensión:

. Algunos pacientes no son capaces de discriminar los sonidos, por lo que no pueden descodificar las palabras

. Pueden presentar problemas para descifrar las secuencias de fonemas, por que perciben los mensajes como ruidos sin sentido, no como una unidad lingüística

. Pueden confundir palabras que de alguna manera tienen relación en cuanto a significado

C) Respecto a la lectura y escritura:

. En la mayoría de los pacientes afásicos se presentan perturbaciones en la lectura, ya sea lectura silenciosa o en voz alta. Se pueden presentar:

. Fallos en el reconocimiento de letras en ciertos órdenes

. Fallos en la comprensión lectora

. Dificultades para manejar variaciones gramaticales

. Respecto a la escritura, los pacientes afásicos presentan problemas en la realización escrita

TRATAMIENTO DE LA AFASIA

. El tratamiento de la afasia es el tratamiento de la enfermedad de base que la ha producido.

. En algunos casos el individuo se recupera completamente de la afasia sin tratamiento.

. Esta recuperación espontánea suele ocurrir después de interrupciones temporales del flujo sanguíneo (ataque isquémico transitorio) que rápidamente se recupera.

. En estas circunstancias el lenguaje puede recuperarse en pocas horas o pocos días

. En la mayor parte de los casos de afasia de tipo isquémico la recuperación del lenguaje no es tan rápida ni tan completa

. Aunque muchos individuos con afasia experimentan un periodo de recuperación espontánea parcial (en el cual algunas de las capacidades del lenguaje retornan durante unos pocos días o un mes después de la lesión cerebral), siempre quedan secuelas del desorden.

. En estos casos, la terapia de habla y de lenguaje es útil. La recuperación dura generalmente un periodo de dos años

. El tratamiento más eficaz debe iniciarse conjuntamente con el proceso de la recuperación física

. Algunos de los factores que influyen en la recuperación incluyen la causa del daño cerebral, el área del cerebro que está dañado, la importancia de la lesión y la edad y salud del individuo.

. Otros factores adiciones incluyen la motivaci3n, el entorno, el nivel educacional, o la capacidad de reconocimiento del sujeto de su propio d3ficit

. La terapia para superar la afasia se centra en la mejora de la capacidad del individuo a partir de la utilizaci3n del resto de las posibilidades de comunicaci3n que a3n mantiene, restaurando lo posible, a3adiendo nuevos m3todos que compensen

. El tratamiento puede realizarse individualmente o en grupo.

. Generalmente deben alternarse ambos

. La terapia individual debe enfocarse sobre las necesidades espec3ficas de cada individuo.

. La terapia grupal ofrece la oportunidad de desarrollar nuevas capacidades de comunicaci3n en un entorno compartido muy adecuado para el paciente.

. Los grupos de auto-apoyo de accidentes cerebro-vasculares formadas por sujetos que han padecido dicho trastorno son de gran ayuda y existen en muchas ciudades

. Ayudan a los individuos y sus familias a justarse a los cambios que supone el sufrir un accidente cerebrovascular y padecer una afasia residual.

La participaci3n de la familia es un componente crucial en el tratamiento de la afasia, ya que 3stos, pueden aprender la forma de comunicarse mejor con el paciente

. En la actualidad en el tratamiento de la afasia son indispensables tanto la actuaci3n de un neuropsic3logo cl3nico, que coordinar3 la estrategia global y el logopeda que efectuar3 la rehabilitaci3n

RECOMEDACIONES PARA LA FAMILIA DEL AF3SICO

. Corresponde a la familia el establecimiento de unas relaciones reforzantes y la creaci3n de un ambiente estimulante. Esto repercutir3 en la mejora del proceso de rehabilitaci3n y en

El aumento del bienestar emocional y competencia del af3sico

. La sanidad integral se relaciona con la capacidad de la familia -como sistema- para mantenerse sano.

. La familia puede realizar varios tipos de conductas para colaborar en el tratamiento del paciente af3sico

Conductas de la familia para favorecer la integraci3n del af3sico

. Simplificar el lenguaje a trav3s del uso de oraciones cortas y sencillas

. Repetir el contenido del mensaje o se3alar palabras clave para aclarar el significado de la oraci3n cuando sea necesario

. Mantener un tipo de conversaci3n adaptada a la edad del individuo

. Minimizar al m3ximo las distracciones eliminando ruidos, etc

. Incluir a la persona con afasia en las conversaciones

- . Preguntar y valorar la opinión del afásico, especialmente con relación a los asuntos familiares
- . Estimular cualquier tipo de comunicación del afásico, ya sea hablada o gestual, o por otros medios
- . Evitar corregir el habla del afásico
- . Permitirle todo el tiempo que necesite para realizar una conversación
- . Ayudarle a participar en actividades fuera del hogar
- . Prestar atención a todas sus iniciativas de comunicación de cualquier naturaleza (verbal o no) que pueda utilizar

LA SORDOMUDEZ

INTRODUCCIÓN

- . Es la incapacidad de hablar como consecuencia de ausencia de capacidad de oír del individuo
- . El oído participa en un sistema sensorial muy complejo
- . La audición es la base para la construcción del lenguaje oral

FUNCIONES DEL OIDO

A. Función de alerta:

- . El hombre basa su vigilancia, como muchos animales en la exploración sonora, con más frecuencia que la utilización de otras sensaciones.
- . Los sordos sustituyen la alerta acústica por la vista

B. Localización de la fuente sonora:

- . El oído no solo alerta, sino que también indica la dirección de la fuente
- . Esta capacidad de orientación-investigación se construye desde los primeros días (2ª semana) a partir de un reflejo innato de girar la cabeza hacia la fuente de ruido
- . La sordera complica la localización de las fuentes y obliga a una exploración visual más amplia
- . La vibración facilita esta función. Los sordos se orientan por medio de la vibración que perciben
- . La persona sorda se encuentra expuesta a menos sensaciones temporales y rítmicas, lo cual afecta a su noción de rapidez de localización de algunos estímulos.
- . La imagen del mundo exterior que percibe el sordo profundo está carente de rasgos acústicos, lo que contribuye a configurar una realidad más plana por falta de información sobre la distancia de los objetos
- . La audición también influye sobre el desarrollo de la motricidad.
- . Otra repercusión de la sordera es la incapacidad de desarrollar LA ATENCIÓN DIVIDIDA.

- . A la persona sorda, no le resulta posible la convergencia simultánea de comunicación y experiencia. Por ello debe aprender secuencialmente ya que debe visualizar todos sus aprendizajes
- . No podrá actuar, y recibir instrucciones al mismo tiempo. No podrá escribir mientras le dictan (no podrá tomar apuntes)
- . No podrá teclear el ordenador y escuchar a quien le habla, por ello es muy importante asegurar la atención del niño a través de la visión desde los primeros años

DEFICIENCIA AUDITIVA Y SORDERA

- . La sordera es un término general usado para describir todos los tipos y grados de pérdida auditiva.
- . Los términos sordera, discapacidad auditiva e hipoacusia, se utilizan frecuentemente como sinónimos pero son conceptos diferentes.
- . Son muy diversos los factores que pueden influir en el desarrollo cognitivo, social y lingüístico de una persona sorda:

FACTORES QUE INTERVIENEN:

- La etiología o causa de pérdida de la audición
- El tipo y grado de pérdida auditiva
- El nivel intelectual y el entorno social de la persona sorda
- La presencia de otras personas sordas en los contextos en que interactúa el niño sordo
- La presencia de personas usuarias signantes (que se comunican con lenguaje de signos) en los contextos de desarrollo del niño sordo
- La existencia de problemas añadidos a la sordera

CONCEPTOS BÁSICOS:

- Sordera profunda:

. Individuos cuya audición no es funcional para la vida ordinaria y el déficit no les permite la adquisición del lenguaje por vía auditiva, aunque si puedan realizarlo (en mayor o menor grado) por la vía visual. Carece de restos auditivos. o con insuficientes

- Hipoacusia:

. Personas cuya audición presenta dificultades, pero que funcionalmente, a partir de la inclusión de prótesis, o sin ellas, su audición resulta funcional para la vida diaria.

. El grado de pérdida permite la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva, aunque puedan producirse dificultades en la articulación y en la estructura del mismo.

CLASIFICACIÓN.

1. En funci3n del origen de la sordera
2. En funci3n de la estructura donde se localiza la lesi3n
3. En funci3n del grado de p3rdida auditiva

1_En funci3n del origen:

. Dos tipos de sordera: Hereditaria y adquirida

HEREDITARIA

. Son consecuencia de la herencia gen3tica y representan entre el 30 y el 50% de las sorderas

ADQUIRIDA

. Se producen por alg3n tipo de enfermedad o traumatismo: otitis continuada, infecciones, incompatibilidad de RH, anoxia neonatal,...

. Es muy importante la edad del sujeto en su aparici3n

. Prelocutiva (antes de nacer o antes de los 3 a3os

. Poslocutiva (Despu3s de los 3 a3os.

. Se denomina presbiacusia a la p3rdida de audici3n progresiva

. Debido al envejecimiento se pierden 3 db por d3cada entre los 40 y 60 a3os

2. En funci3n de la estructura donde se localiza:

- SORDERAS CONDUCTIVAS O DE TRANSMISI3N

. Los trastornos se localizan en el o3do externo (p. ej. otitis, malformaciones, ausencia de pabell3n externo), o en el o3do medio (p. ej. Presencia de sustancias o cuerpos extra3os).

. En general sus consecuencias no son graves para el desarrollo del habla, ni tampoco duraderas, llegando a un grado de normalizaci3n muy importante a partir de la rehabilitaci3n o intervenci3n quir3rgica, en su caso.

- SORDERAS NEUROSENSORIALES O DE PERCEPCI3N:

. Ocasionadas por lesiones cocleares o lesiones que afectan desde el o3do interno hasta el 3rea auditiva del l3bullo temporal

. Suelen ser permanentes

. La mayor3a de sorderas pre-lig3sticas sonde este tipo.

3. En funci3n del grado de p3rdida auditiva:

. Este factor influye de forma decisiva en la adquisici3n de habilidades para el lenguaje oral

. El grado de pérdida de audición es la dimensión que proporciona la clasificación del tipo de sordera que padecen los individuos

. El grado de pérdida se comprueba a través de audiometrías, las cuales se evalúan el nivel de audición o de restos auditivos, medidos en decibelios (db)

. Según sea el nivel de la pérdida la audición puede clasificarse como:

1. Normal

2. Leve,

3. Media

4. Severa

5. Profunda

A) NORMAL: Pérdida de umbral de audición de 0-20 db.

. Perciben el habla sin dificultad

B) LEVE: Pérdida de umbral de audición de 20-40 db

. Suelen percibir el habla normalmente aunque pueden tener algunas dificultades

. Pueden beneficiarse del uso de audífonos, aparatos de FM y otras tecnologías

C) MEDIA: Pérdida de umbral de audición de 40-70 db.

. Es necesario optimizar las condiciones receptoras de la audición mediante prótesis bien adaptadas, estimulación auditiva y apoyo logopédico

. No perciben bien una conversación normal

. Entienden mejor cuando ven la cara del sujeto que habla

. Reaccionan ante los sonidos que les llegan pero tienen que volverse para identificarlos debidamente

. En pérdidas cercanas a 70 db, suele haber lagunas de vocabulario

. Es muy importante, si se adaptan, el poder usar audífonos

D) SEVERA: Pérdida de umbral de audición de 70-90 db.

. La incidencia de sordera severa en el nacimiento es de 1 por 1000

. Es imprescindible la intervención logopédica en la estructuración y desarrollo del lenguaje

. Utilización de audífonos si el individuo se adapta

E) PROFUNDA: Pérdida de umbral de audición por encima de 90 db. (90-120 db.)

. Indica problemas importantes para el aprendizaje de la lengua

. El uso de signos, junto al lenguaje oral, mejora el aprendizaje

4. Otras clasificaciones:

SEGÚN EL MOMENTO DE APARICIÓN.

- *Prelocutivas*: Se adquieren antes de que llegue el lenguaje, entre 0 y 3 años

- *Poslocutivas*: Se adquiere después de los 3 años. Tienen mejor pronóstico que las prelocutivas. También son denominadas como sorderas sobrevenidas

CAUSAS DE LA SORDERA:

1. Causas prenatales:

. Aproximadamente el 40% de las sorderas de origen prenatal son de causa genética.

. Las sorderas genéticas o hereditarias suelen presentarse aisladas en un 75% de los casos y asociadas a alteraciones de otros órganos formando parte de un cuadro sindrómico el 25% restante

. Entre el 50-60% de las pérdidas auditivas prenatales son provocadas por infecciones, radiaciones o patologías maternas relacionadas con la gestación.

. Distintos fármacos con capacidad tóxica sobre las células neurosensoriales del oído, pueden traspasar la placenta durante la gestación y producir en el feto hipoacusia adquirida en distintos grados de afectación.

2. Causas Perinatales:

. Son entre el 7 y el 17% del total de las pérdidas auditivas

. Entre las causas más importantes podemos citar:

- Prematuridad y/o bajo peso al nacer

- Falta de oxígeno (hipoxia o anoxia perinatal)

. Infecciones (meningitis bacteriana...)

3. Causas Postnatales:

. Posteriores a los primeros 28 días de vida

. Otitis media crónica

. Infecciones generales que afectan al oído

. Sarampión...

INTERVENCIÓN EN LA ESCUELA

El niño que padece defectos de articulación, bien por mala estructuración del lenguaje, bien por una hipoacusia, o por cualquier otro trastorno del lenguaje oral, debe tener un tratamiento de apoyo a partir de pequeños ejercicios:

- . Animar al niño a que hable, una vez desmutizado, y que tenga una participación similar a la de sus compañeros
- . Debe ser los turnos de diálogo igual que los mismos
- . Respaldar los esfuerzos que hace para participar
- . Darle ayudas lingüísticas cuando pronuncie mal
- . Hacer ejercicios de respiración y de articulación con el niño
- . Es importante que el alumno con pérdida auditiva se siente cerca del profesor, frente a él para poder ayudarse con lectura labial si la conoce.
- . Se debe hablar a la altura de la cara del niño
- . Enseñar a los padres técnicas de ayuda y ejercicios para que los practique con el niño.
- . Motivar al niño para que se sienta parte de la escuela como el resto de sus compañeros
- . Ayudarle suplementariamente en sus actividades escolares...

LA DISFEMIA

INTRODUCCIÓN

- . La Disfemia (tartamudez) ha sido considerado como un trastorno del lenguaje, al tiempo que es considerado como un problema psicológico
 - . Constituye uno de esos trastornos que ha sido conocido desde la antigüedad y sobre el cual se han establecido mil teorías y otros tantos procedimientos de rehabilitación, sin que hasta la fecha tengamos una explicación final, ni un tratamiento definitivo para el mismo
 - . Constituye un problema realmente complejo por la gran variabilidad del mismo y sus diferencias.
 - . La pluralidad de los tratamientos ha llevado a un debate sobre el propio problema y los métodos utilizados así como de la validez de los paradigmas sobre los que se sustentan estos métodos.
 - . Los muchos años de investigación desde la utilización de la modificación de conducta hasta la actualidad, han dado como resultado un amplio conjunto de terapias y explicaciones sobre la tartamudez, aportando, cada una de ellas, nuevos elementos para su resolución
- ° Es un trastorno de aparición infantil en la mayoría de los casos.
- ° Suele iniciarse en el transcurso de la instauración del lenguaje.
- ° En la mayoría de los casos es transitorio (80%)

Â° Alrededor de un 5% de niños han presentado o presentan algún tipo de tartamudeo, pero solo es un 1% de adultos los que lo continúan

Â° No existen anomalías orgánicas. Sino falta de coordinación motriz de los órganos de fonación.

Â° La repetición no es disfemia o tartamudez necesariamente

Â° Solo existe ésta si se da una tensión espasmódica o clónica en el proceso de emisión verbal

Â° La redundancia es normal, mientras que la disfemia espasmódica es patológica

Â° Existen también diferencias con otros trastornos tales como:

. Lenguaje desordenado: caracterizado por un lenguaje irregular y rápido

. Disfonía espasmódica: Trastorno de la voz

DEFINICIÓN

1. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la disfemia es:

“Un desorden del ritmo del habla que los individuos saben exactamente lo que quieren decir pero son incapaces de decirlo por repeticiones, prolongaciones y ceses del sonido en forma involuntaria”

2. Según Perellá, la disfemia es:

“Un defecto de la elocución caracterizado por la repetición de sílabas o palabras o por paros espasmódicos que interrumpen la fluidez, acompañados de angustia”

3. Según Johnson:

“Es un problema de falta de fluidez en la dicción, entendiendo fluidez como el flujo suave y fácil de palabras al hablar”.

.

Johnson mantiene que la mayoría de los tartamudos están situados en el extremo de la no fluidez, pero que es posible que algunos de los sujetos que hemos venido llamando tartamudos, presenten menos errores que otros que no hemos clasificado como tales

4. Definición de Wendell-Johnson (1959)

“Una reacción de escape anticipatoria, aprehensiva e hipertónica”

. Tartamudear es lo que hace el hablante cuando:

. Espera que ocurra el tartamudeo

. Lo teme

. Se pone tenso al anticipar la ocurrencia y tratar de evitarlo

5. Definición de Pedro Rodríguez:

“Interrupciones en la fluidez del habla de las personas, que se acompañan de tensión muscular, miedo y estratos, las cuales son la expresión visible de la interacción de determinados factores biológicos, psicológicos y sociales. Estas características biológicas que se evidencian en una forma de expresión verbal son condicionadas e incrementadas por el entorno, a través de evaluaciones negativas que se hacen de la forma en que se expresa verbalmente tanto por parte del interlocutor como del propio hablante”

6. Otras definiciones:

. Wingate (1964)

. Joseph Sheenan (1970)

TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA DISFEMIA

. La disfemia como un problema genético

. La disfemia como un problema psicológico

. La disfemia como un problema lingüístico

. La disfemia como un problema orgánico

1. La disfemia como un problema genético

° Muchos autores consideran la disfemia como un problema determinado genética o constitucionalmente, aunque las investigaciones realizadas hasta la fecha no apoyen tal hipótesis.

° Existen factores de predisposición tales como que estos ni tienden a responder contrayendo los músculos de la cara cuando se enfrentan a situaciones estresantes, de igual forma que otros se ruborizan o sudan, pero esto no parece ser razón suficiente que explique dicha predisposición

2. La disfemia como trastorno psicológico

a) *La tartamudez como respuesta aprendida:*

° Esta teoría considera que cuando el niño comienza a hablar aparecen en él problemas en la fluidez, que en general, no suelen tener consecuencias, salvo en el caso de la existencia de padres que le presionan para que hable adecuadamente

° El exceso de atención actuaría como reforzador, provocando la fijación de la conducta

b) *La tartamudez como respuesta de ansiedad:*

° Para muchos autores la tartamudez surge como una respuesta de ansiedad que surge en la niñez, en niños con dificultades de fluidez del habla.

° Según estos autores los sujetos tartamudean en situaciones en las que elevan su nivel de ansiedad y dejan de hacerlo cuando están relajados.

° Suelen asociar la tartamudez a las situaciones de tensión, pero suele desaparecer cuando hablan con

personas de confianza.

3. La disfemia como un problema lingüístico

Â° Diversas teorías han relacionado el inicio del trastorno, generalmente en la primera infancia, con variables de tipo lingüístico.

Â° No se han obtenido resultados concluyentes respecto al hipotético desarrollo insuficiente de habilidades verbales como desencadenante del trastorno de dicción, al contrario se ha planteado la duda de si es el síndrome disfónico el que influye en la aparición de las dificultades del habla

4. La disfemia como un problema orgánico:

a) Teorías basadas en disfunciones orgánico-cerebrales:

Â° Desde este punto de vista, la tartamudez sería debida a la existencia de anomalías en el funcionamiento cognitivo cerebral, especialmente en lo referido al establecimiento de la lateralidad de las funciones entre los dos hemisferios cerebrales y concretamente a la dominancia auditiva, del lenguaje, de la audición y manipulativo

b) La tartamudez entendida como un defecto de percepción

Â° Diversos autores coinciden en afirmar que las personas tartamudean porque no perciben en el momento adecuado las sílabas o palabras que acaban de emitir.

Â° Ello se debe a las diferencias en la velocidad de transmisión de los tres canales de retroalimentación.

Â° Un tartamudo repetiría un vocablo porque no le ha llegado información al cerebro de que este vocablo ya lo ha pronunciado. Esta demora en la percepción del propio lenguaje en la vía auditiva derivaría de problemas en los mecanismos de percepción periféricos y/o centrales.

c) La tartamudez como una disfunción neuro-muscular:

Â° Los resultados de registros psico-fisiológicos en el estudio de la tartamudez propiciaron la aparición de teorías que explicaban dichos problemas en función de la excesiva tensión muscular que presentaban los sujetos tartamudos, lo cual favorecería el agarrotamiento de los músculos y el movimiento inadecuado de los órganos fonatorios, articulatorios y respiratorios.

d) La tartamudez como falta de coordinación entre los sistemas respiratorio, fonatorio y articulatorio:

Â° Esta teoría propone que la falta de coordinación entre los diversos actos que permiten el habla es la culpable de que se produzca la tartamudez.

Â° Los tartamudos presentan inadecuación de estos movimientos y descoordinación de los tres sistemas implicados y puede ser comprobado al reducir alguno de los sistemas.

Â° Asimismo la mayoría de los tartamudos reducen prácticamente a cero los errores al cuchichear (no utilizan el S. fonatorio)

5. factores etiológicos:

. La tartamudez se manifiesta de distinta forma, según personas y situaciones.

- Los factores etiológicos (etiología multifactorial) pueden ser:

1. Herencia: Los antecedentes familiares existen en el 30% de los casos. Suele transmitirse con más frecuencia la disposición por vía paterna, es decir la vulnerabilidad en función de factores predisponentes
2. Sexo: Se da más en los hombres que en las mujeres
3. Trastornos neurológicos asociados de distinto orden
4. Trastornos de lateralización (suele haber un porcentaje mayor de sujetos zurdos o con lateralidad cambiada. Cuando la dominancia cerebral no está bien establecida o bien se contraria, aumenta el porcentaje de disléxicos. Esto parece ir asociado a estímulos ambientales desfavorables que producen sentimientos de inseguridad, torpeza,...)
5. Trastornos de la estructuración espaciotemporal. Cualquier disfunción en la dominancia afecta a la motricidad
6. Otros trastornos de lenguaje
7. Disfunción de los circuitos de control del habla. La mayoría ha tenido problemas en la estructuración sintáctica, la adquisición semántica y las primeras articulaciones de fonemas.
8. Problemas psicológicos. La persona será influida más o menos negativamente en su habla en función de su equilibrio emocional y afectivo y de los comportamientos de los demás a su forma de hablar
9. Trastornos de personalidad y respuesta a la ansiedad
10. Retroalimentación auditiva demorada
11. No coordinación entre sistema respiratorio y fonatorio
12. Aprendizaje

TIPOS DE TARTAMUDEZ:

1. Según el origen, dos tipos de tartamudez:

Â° **NEUROGENÉTICA**: Derivada de los problemas de las señales que se transmiten entre el cerebro y los nervios y músculos.

El cerebro no puede coordinar adecuadamente los mecanismos del lenguaje.

También puede surgir de un accidente cerebrovascular u otro tipo de lesión cerebral.

Â° **PSICOGENÉTICAS**: Originadas en la mente o en las actividades mentales del cerebro, tales como pensamiento o razonamiento (esta causa solo representa un pequeña parte).

Las manifestaciones de la persona disléxica no son la causa, sino las consecuencias del desorden.

El tartamudeo psicogénico ocasionalmente ocurre en individuos que tienen enfermedades mentales o en personas que padecen episodios graves de estrés o angustia.

- Actualmente muchos autores mantienen que es muy difícil mantener una etiología, dado que hay tantas tipologías como disfonías, no obstante, a efectos prácticos, debemos atenernos al menos a la evolución del individuo, de forma que quedará establecida como:

1. Tartamudez infantil o inicial:

La tartamudez en edad escolar tiene una prevalencia del 3 al 5% de este grupo de edad. En este grupo, normalmente desaparece en un 80% antes de los 16 años.

2. Tartamudez del adulto o propiamente dicha:

El 20% del grupo anterior que no desaparece antes de los 16 años se cronifica en la edad adulta y afecta al individuo el resto de su vida, aún hoy, sin posibilidades de tratamiento curativo aunque sí paliativo.

- Atendiendo a la clasificación anterior de tartamudez en el adulto y al tipo de errores, las podemos clasificar en:

1. TÁcnica (Inhibiciones secundarias):

Se caracteriza por múltiples interrupciones ocasionadas por espasmos (sincinesias y de reacciones emocionales).

. Durante las interrupciones el paciente muestra rigidez y tensión facial, produciéndose, seguidamente, una emisión repentina de la expresión verbal.

. Los movimientos que la acompañan y los trastornos respiratorios o vasomotores, son consecuencia de dicha afección.

. Es la que presenta peor diagnóstico

2. Clásica (Repeticiones primarias):

Caracterizada por repeticiones involuntarias, bruscas y explosivas mas o menos largas de fonemas (sílabas) y palabras enteras, mas frecuentes en consonante que en vocal, mas a menudo, en oclusivas y que se dan mayoritariamente a principio que en medio de palabra. En ocasiones con emisión de un fonema parásito.

3. Tácnico-clásica o mixta:

Es el tipo mas frecuente. Resulta difícil encontrar un disfonía puro tácnico o clásico.

. La mayoría combinan los dos síntomas con predominancia

De uno de ellos.

- Por ultimo, partiendo de la clasificación realizada por Van Riper, se pueden clasificar en:

1. Fisiológica: Primaria o evolutiva: Se da en las primeras etapas de desarrollo del lenguaje

2. Tradicional: Se da al inicio de la toma de conciencia del niño

3. Secundaria: Se produce como evitación del tartamudeo e intentos de una solución anticipatorio.

ESTADIOS DE LA TARTAMUDEZ:

- 1. El tratamiento pasivo:** Es su fase mas simple y benigna en la que el paciente no trata de oponerse a su problema
- 2. El tratamiento reprimido:** Fase en la que empieza a producirse resistencia con una serie de movimientos que poco a poco amplían el problema
- 3. Tartamudeo complicado:** Fase mas avanzada. Se inicia una vez confirmados los accesos y movimientos asociados

La 2ª y 3ª fase son provocadas en parte por la reacción del paciente ante su problema y por la reacción de los demás

SÍNTOMAS:

- . Los disfémicos tienen una inteligencia media comparable a la de los sujetos no tartamudos
- . Las diferencias psicológicas entre ambos grupos son mínimas y no se dan en todos los disfémicos principalmente relacionadas no con la causa sino como resultado del problema.
- . Los niños tartamudos están adaptados de igual manera que los demás y los problemas emocionales que padezcan no tienen porqué estar relacionados con su forma de hablar.
- . Aún así existen algunos síntomas asociados al trastorno:

a) Síntomas primarios:

- . En el discurso del tartamudeo aparecen bloqueos, repeticiones prolongaciones, pausas, cambios de sonidos por otros, silencios...
- . A veces se acompañan con movimientos de cabeza o/y ojos, muecas movimientos de manos o brazos, golpes de los pies contra el suelo, toque de orejas, palmadas en rodillas, cubrirse la boca...
- . La presencia y severidad depende de las situaciones, el ambiente de comunicación y las palabras a proferir.

b) Síntomas secundarios:

- . La experiencia del disfémico es que no puede controlar su discurso en una situación importante que es la comunicación interpersonal
- . La pérdida de control del propio cuerpo puede llegar a situaciones de bloqueo que afecta intensamente al sujeto
- . El fallo continuado que provoca en las comunicaciones, afecta a las relaciones sociales por las valoraciones peyorativas que suscita, lo que les produce sentimientos de frustración, culpabilidad y hostilidad.
- . Suele darse principalmente en situaciones sociales. No suele producirse cuando habla solo, cuando lee en voz alta.

EL MUTISMO SELECTIVO

INTROUCCIÃ N

. El Manual DiagnÃstico y EstadÃstico de los Trastornos Mentales, se describe el mutismo Selectivo como un infrecuente desorden de la infancia, en el cual, los niÃ±os, son capaces de hablar y comprender el lenguaje, pero no lo hacen en ciertas situaciones sociales, cuando es lo que se espera de ellos.

. Funcionan normalmente en otras Ãreas de comportamiento y aprendizaje, aunque limitan de forma radical su participaciÃ³n en grupo. Es como una forma extrema de timidez, Ej. Puede permanecer durante aÃ±os sin participar en la escuela.

DEFINICIÃ N:

Â° Podemos definir el Mutismo Selectivo como la dificultad que presentan algunos niÃ±os para comunicarse verbalmente en entornos y situaciones sociales poco familiares y/o con personas poco conocidas.

Â° Esta definiciÃ³n indica que los niÃ±os con mutismo selectivo tienen competencia lingÃ¼Ãstica y comunicativa ajustada a su edad, comprobada en el ambiente familiar, pero que no es utilizada en otros ambientes ni con otras personas.

Â° La escuela suele ser el primer entorno social distinto al familiar al que se enfrentan los niÃ±os y, por ello, es el primer escenario donde se hacen patentes las dificultades de interacciÃ³n y comunicaciÃ³n verbal de estos niÃ±os y donde se detecta con mayor facilidad el trastorno

Â° Lleva aparejado un alto nivel de sufrimiento personal, asÃ como problemas de adaptaciÃ³n al medio.

Â° Puede condicionar de forma importante el desarrollo afectivo-emocional del niÃ±o e influir gravemente (depende de la gravedad) en el desarrollo social, personal y acadÃmico del niÃ±o.

Â° Junto a las manifestaciones del trastorno, estos alumnos suelen presentar otras caracterÃsticas como timidez, retraimiento social, dependencia, perfeccionismo, que agudizan el problema o contribuyen a su consolidaciÃ³n.

Â° El trastorno no se considera como un desorden de la comunicaciÃ³n, ya que la mayorÃa de estos niÃ±os se comunican a travÃs de expresiones faciales (lenguaje no verbal), gestos...

Â° En algunos casos el mutismo selectivo es un sÃntoma de un desorden del desarrollo o un desorden psicÃtico.

Â° Puede ser confundido como un tipo especial de autismo o como un sÃndrome de Asperger.

MODELO EXPLICATIVO DE MUTISMO SELECTIVO

a) Factores predisponentes

Â° Contexto personal

. CaracterÃsticas de la personalidad

. Problemas de lenguaje y/o habla

Â° Contexto familiar:

- . Modelos disfuncionales de relación social
- . Exigencia excesiva respecto a la perfección del habla
- . Sobreprotección

Â° Contexto escolar

- . Modelos en exceso exigentes
- . Contexto comunicativo poco adecuado

b) Factores precipitantes:

Â° Inicio de la escolaridad

Â° Acontecimientos vitales estresantes

c) Conductas detectables.

Â° Mutismo

Â° Conductas de ansiedad, evitación y escape

d) Factores que mantienen el trastorno:

Â° Disminución de la ansiedad al evitar situaciones de habla

Â° Acomodación del entorno a la conducta del niño

Â° Cogniciones y expectativas de aceptación del problema

Â° Aceptación de respuestas no orales dadas por el niño

CARACTERÍSTICAS

a) Factores relevantes en el ámbito escolar:

Â° Generación de expectativas negativas del profesorado y de

Sus compañeros sobre la evolución del trastorno.

Â° Acomodación del entorno a las dificultades del alumno: El es liberado de ciertas obligaciones académicas por su trastorno (no lee en voz alta, no responde a preguntas, no sale a la pizarra...)

Â° Los compañeros se convierten en intérpretes del niño.

Â° Se le permite contestar mediante gestos...

b) Factores relevantes en el ámbito familiar y social:

Â° Disminuci3n de situaciones en las que es necesaria la comunicaci3n oral. Ni los profesores ni los compa±eros se la piden.

Â° Excesiva atenci3n recibida por no hablar: Se le inquiera de forma continua si ha hablado en el colegio y si lo ha hecho con qui3n, cuando, cuanto...

Â° Gran preocupaci3n de los padres porque hable y lo haga adecuadamente. Son exigentes en la correcci3n del lenguaje

Â° Sobreprotecci3n familiar: Dependencia excesiva de adultos y poca autonomÍa personal. Poca responsabilidad conductual

Â° Relaciones socio-familiares disfuncionales o escasas

c) Factores relevantes relacionados con la personalidad y comportamiento del sujeto:

Â° Excesivamente perfeccionistas, meticulosos y rigurosos que impiden al ni±o enfrentarse a situaciones en las que temen fracasar (se pueden confundir con manierismos autistas)

Â° Excesiva inhibici3n social, timidez y retraimiento que dificultan las relaciones interpersonales

Â° Escasez de habilidades de comunicaci3n oral que dificultan la relaci3n

INTERVENCI3N

a) CaracterÍsticas fundamentales:

- . Rechazan el contacto visual
- . Muestran una expresi3n vacÍa, ausente
- . Tienen una expresi3n torpe y rÍgida
- . Bajo control de situaciones en las que se espera que hablen tales como saludar, despedirse, dar las gracias...
- . Suelen ser sensibles al ruido y a los lugares con tumultos
- . Su nivel de preocupaci3n por cosas poco importantes es superior a la mayorÍa
- . Son muy introvertidos y expresan mal sus sentimientos
- . Su capacidad intelectual y su percepci3n es similar al promedio
- . Alto Índice de curiosidad y atenci3n en m3ltiples cosas
- . Son sensibles a los pensamientos y emociones de los dem3s (empatÍa)
- . Muestran un gran poder de concentraci3n
- . Muy a menudo muestran gran sensibilidad sobre normas de comportamiento.

b) Intervenci3n desde el Ámbito escolar:

Â° El mutismo selectivo, como todos los trastornos psicológicos forma parte de un continuo que va desde aquellos que se comunican de forma restringida (aversión a hablar), pasando por los que seleccionan las personas con las que comunicarse (mutismo selectivo), y aquellos que van restringiendo paulatinamente las situaciones y las personas, hasta la incomunicación total (mutismo total).

Â° El mutismo progresivo o total, cuenta generalmente con una historia previa e mutismo selectivo y/o de aversión a hablar

Â° La experiencia demuestra que hay que intervenir cuanto antes para evitar que el problema se mantenga e incluso avance

c) Características de la intervención:

. Tanto las actitudes de sobreprotección como las que tienden a minimizar o ignorar el problema, con el fin de reducir la ansiedad del niño, solo incrementarán el problema.

. Las relaciones de comunicación habitual no son suficientes para superar el problema.

. Es necesaria una intervención planificada y diseñada previamente para mejorar la calidad de la comunicación

Â° La necesidad de una intervención temprana tiene como fin la aportación de una serie de medidas coordinadas que permitan la superación del trastorno, con dos objetivos básicos:

1_ Fortalecer la estructura de personalidad del niño con mutismo, mejorando sus condiciones personales, familiares y sociales.

2_ Tomar medidas específicas sobre las dificultades de comunicación y el habla del niño en las situaciones y contextos sociales concretos, con el fin de minimizar sus dificultades y mejorar su situación, aunque no siempre estas medidas sean válidas para todos los niños.

Â° En cada momento de la intervención se debe partir de las capacidades que el alumno presenta y de lo que puede lograr con ayuda.

. La progresión se ajustará a una evolución natural contando con la participación de todo el entorno

. Es necesaria la coordinación de todos los contextos implicados: familia, escuela, amigos...

. El objetivo final es que el niño sea capaz de interactuar verbalmente con la mayoría de su entorno, tomando él la iniciativa de la comunicación de forma natural

d) Pautas de intervención en la escuela:

. La tarea fundamental de la escuela es establecer una vinculación afectiva positiva con el niño que le aporte la seguridad suficiente para enfrentarse a situaciones de ansiedad.

e) Pautas para mejorar las condiciones sociales y personales:

. Desarrollar dinámicas de grupo en las que el niño participe

. Evitar la sobreprotección

. Asignarle pequeñas tareas de responsabilidad dentro del aula y del centro educativo, ajustadas a su edad

Â° Crear un clima de seguridad y confianza alrededor del niño en el aula favorable a la comunicación verbal.

f) Pautas específicas para la estimulación de habla:

Â° Compartir y fomentar momentos de comunicación con el niño para el desarrollo de una vinculación efectiva y comunicativa

Â° Realizar juegos de participación del alumno

Â° Planificar actividades de preparación al habla que no precisen interacción verbal, pero sí comunicación corporal

Â° Realizar preguntas al alumno en las que solo tenga que emitir una palabra (sí, no, gracias...)

Â° Plantear actividades de pareja (con otro niño) que requieran emisiones verbales sencillas en cuanto a contenido y breves en su extensión.

Â° Organizar grupos de trabajo que faciliten el intercambio verbal con sus compañeros.

Â° Reforzar cualquier aproximación del alumno a la respuesta

Â° Ir aumentando la exigencia y las situaciones de intercambio comunicativo, evitando la acomodación del niño y el entorno al nivel alcanzado.

g) recomendaciones para mejorar las condiciones familiares, personales y sociales:

Â° Ofrecer al niño un ambiente de seguridad, comunicación, serenidad, comprensión y afecto.

Â° Eliminar actitudes de sobreprotección

Â° Manifestar confianza en las posibilidades del niño y en la superación del problema

Â° Evitar los estilos rígidos de autoridad y la excesiva exigencia de perfección en el niño

Â° Desarrollar hábitos de autonomía y rutinas en la dinámica familiar adecuados para su edad, en la alimentación, vestido.

Â° Asignarle responsabilidades adecuadas para su edad en el contexto de repartición de funciones familiares

Â° Establecer normas básicas de funcionamiento del hogar

Â° Resaltar sus avances reforzando las conductas de mejora

Â° Facilitar al máximo la interacción con sus compañeros

Â° Crear situaciones lúdicas en las que participe

Â° Planificar actividades con otros niños que incrementen su comunicación (fiestas en su casa, viajes, juegos, salidas...)

Â° Eliminar comentarios sobre su problema.

Â° Nunca forzarle a hablar en situaciones sociales, en las muestre ansiedad excesiva.