

PSICOPATOLOGÍA DE LA AUDICIÓN Y EL LENGUAJE

TEMA 1:ASPECTOS INTRODUCTORIOS.

- CONCEPTO DE TRASTORNO DEL LENGUAJE
 - MODELOS DE LOS PROBLEMAS DEL LENGUAJE
 - Modelo médico
 - Modelo conductual
 - ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS MODELOS MÉDICO Y CONDUCTUAL
 - Sintomatología
 - Diagnóstico
 - Etiología
 - Etiopatogenia
 - Pronóstico
-
- ¿QUÉ SE ENTIENDE POR LENGUAJE?

5 NIVELES DE ANÁLISIS DEL LENGUAJE

- Fonología
- Semántica
- Gramática
- Pragmática

1.TRASTORNO DEL LENGUAJE

Para detectar un trastorno del lenguaje, hay que diferenciar qué se entiende por alteración normal y alteración patológica. Para ello, vamos a atender a varios aspectos:

A/-Nivel fonológico, se trata de comprobar que el individuo no sufre ningún daño a nivel anatómico o funcional que impida a una persona hablar o expresarse correctamente (alteración en los órganos que puedan estar relacionados con la alteración del habla).

B/-Nivel social, se observa si una persona habla con la mayoría de la gente; si se ajusta a la norma . Este tipo de habla no debe presentar impedimentos a una persona para relacionarse o comunicarse con los demás.

C/-Nivel individual, el habla de una persona le debe permitir tener un desarrollo

apropiado en el contexto en el que vive.

D/-Nivel temporal, hay trastornos periódicos, pero también los hay crónicos o definitivos .Una dificultad que se produce en ciertas ocasiones (cuando uno está nervioso), o bien que venga dada por una lesión , que suponga dificultades posteriores en el habla. Los trastornos periódicos (cuando a un niño le caen los dientes) no se consideran realmente un trastorno, ya que son alteraciones pasajeras.

2- MODELOS DE LOS PROBLEMAS DEL LENGUAJE

Las características de estos modelos son:

- Que proporcionan una representación inteligible de una teoría.

- Que generan hipótesis.
- Que facilitan conocimientos.
- Que tienden a hacer pensar de un modo fijo.

2.1 MODELO MÉDICO

Es un modelo que está relacionado con la medicina (anatomía, neurología ...). Según este modelo, se trata de buscar la causa del trastorno del lenguaje, y posteriormente describir dicho trastorno en función del factor causante. Trata los trastornos como si fueran cualquier otro tipo de enfermedad, aunque no presenta un pronóstico para corregirlo.

2.2 MODELO CONDUCTUAL

Surge de las ciencias de la conducta, sobre todo de la Lingüística y la Psicología. No se centra en buscar la causa de los trastornos, sino que analiza directamente la conducta lingüística alterada, tratando de buscar patrones que se asemejen a la conducta normal. Estas características que quedan del habla normal ayudan a programar a la intervención o tratamiento que se le va a aplicar al trastorno.

3-ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS MODELOS MÉDICO Y CONDUCTUAL

3.1 SINTOMATOLOGÍA

Hace referencia a las características externas del habla. Dentro de ella, a veces, a síntomas y, a veces, a signos: Los síntomas hacen una referencia subjetiva a una determinada enfermedad, y los signos, a los aspectos físicos de la misma.

Ejemplo: gripe, síntomas(fiebre, cansancio, congestión...), signos(subida de temperatura, mucosidad en los bronquios...).

En la sintomatología se tratan alteraciones de tipo físico(tratados por médicos especialistas), psicológico (ansiedad que causa los trastornos) y social(ambiente familiar, relaciones con los demás,...) que causan los trastornos. La sintomatología también se basa en aspectos cuantitativos(cantidad de vocabulario) y cualitativos(calidad del vocabulario) para realizar un juicio al analizar el lenguaje de una persona.

3.2 DIAGNÓSTICO

Sus características principales son:

- Pretende descubrir y calificar.
- Pretende el pronóstico.
- Está orientado a conductas patológicas.
- Busca conocimientos de individuos mas que de grupos.

Hay que distinguir entre diagnóstico y evaluación que es un término más usado actualmente, por ser un proceso continuo(pretende describir, explicar, diseñar la intervención y valorar resultados), utilizar el método científico (estudia todas las características de la patología, y también, las que son normales en el habla común, aprovechándolas), y por utilizar variables de un mismo individuo, cambios a lo largo del tiempo y estudiar como el sujeto se relaciona con el medio y con distintas personas. Además el diagnóstico procede del modelo médico y la evaluación del modelo conductual.

Diagnosticar es describir la patología que presenta un paciente y las características de su lenguaje, al analizar su habla, y clasificar ese trastorno dentro de una determinada patología del lenguaje. Este examen se centra

sólo en el individuo, y no en el entorno que le rodea (como influyen en su habla familiares y amigos...) y luego se estudia si se puede aplicar algún tratamiento. Las variables de diagnóstico que se utilizan son:

- D. diferencial: Se comparan los patrones de conducta de un sujeto con otra patología, hasta que se encuentra una que coincida con las características que se tratan.
- D. clínico: Es el más utilizado. Pretende describir y clasificar el trastorno sin atender a las causas que lo provocan (sin compararlo con otras patologías); se recogen las características del trastorno, y directamente, se clasifica.
- D. directo: Se trata de emitir el juicio, intentando relacionar la patología de un sujeto con alguna anomalía de tipo físico; se analizan los signos más característicos de una determinada patología. Muchas veces no es posible realizar este tipo de diagnóstico.
- D. por exclusión: Trata de eliminar todas las posibles causas de una patología, excepto una. A veces, una patología no está determinada por una única causa, por lo que puede ser difícil establecer un diagnóstico por esta vía.

3.3 ETIOLOGÍA

Los aspectos más importantes que trata son:

- Enfermedades de tipo genético.
- Malformaciones congénitas (producidas durante el período de gestación).
- Lesiones físicas y químicas (F–quemaduras, heridas,... Q–consecuencia de envenenamiento).
- Enfermedades de origen biológico (virus, hongos, bacterias...).
- Enfermedades neoplásicas (crecimiento anómalo, tumores...).
- Enfermedades de origen metabólico (alteraciones hormonales).
- Enfermedades de origen nutritivo (por exceso o defecto de nutrición).
- Enfermedades de origen inmunológico.
- Enfermedades de origen psicológico (ansiedad, estrés, problemas de personalidad, timidez...).
- Enfermedades propias de la vejez (entumecimiento de las arterias...).
- Enfermedades idiopáticas, sin causa conocida (es imposible localizar el agente que las provoca).

PATOLOGÍA LINGÜÍSTICA:

- Causas orgánicas: Una patología puede estar provocada por una alteración o lesión a nivel orgánico. En el caso del lenguaje, la alteración se puede encontrar en el sistema respiratorio, el sistema auditivo, en la vista, el sistema fono articulatorio o en el sistema nervioso.
- Causas funcionales: Alude al mecanismo fisiológico en los sistemas del habla o del oído, pero sin padecer ninguna lesión, sino una disfunción.
- Causas orgánico funcionales: La causa de una patología puede comenzar siendo una alteración de tipo orgánico, y luego de tipo funcional, y viceversa.

Ejemplo: Disfonías funcionales; por un abuso de la voz se producen molestias.

Disemia orgánica; se produce por una lesión en algún órgano, como en las cuerdas vocales.

- Causas endocrinas: Tiene que ver con una alteración interna, sobre todo a nivel hormonal. Una cierta anomalía en la secreción hormonal puede producir alteraciones al nivel del habla y de la voz.

Causas ambientales: Se refieren al contexto ambiental o cultural, que influyen o no en el apareamiento de patologías lingüísticas, como retrasos en el desarrollo del lenguaje por falta de estimulación por parte de los padres.

3.4-ETIOPATOGENIA.

La Etiopatogenia estudia el curso de las enfermedades y los motivos que condicionaron las causas. Trata de realizar una curva evolutiva del desarrollo de la enfermedad, y si es posible, averiguar qué es lo que ha provocado que en un momento determinado, apareciera este trastorno. Este estudio clínico permite luego al especialista establecer el pronóstico(juicio que establece el especialista acerca del trastorno del paciente; lo que espera que vaya a suceder, con el curso de la enfermedad, con el implantamiento o no de un determinado tratamiento).

4-¿QUÉ ES EL LENGUAJE?.

Las características principales de un lenguaje son:

- Que establece una estructura jerárquica. Un determinado mensaje se puede dividir en elementos más pequeños, que se pueden combinar entre sí, de forma que esta combinación tenga sentido. Ejemplo:No me gusta la fruta, no me la comeré. La fruta no me gusta, la odio.
- La creatividad infinita. Un hablante es capaz de comprender y producir un número ilimitado de oraciones.

Permite hablar de conceptos no presentes. Se puede expresar algo que se imagina o de algo o alguien que no está presente. En el caso de los animales esto no es posible, ya que han de tener presente un estímulo para expresar su lenguaje.

Todas estas características distinguen al lenguaje humano de cualquier otro tipo de lenguaje.

5.NIVELES DE ANÁLISIS DEL LENGUAJE.

A la hora de estudiar el lenguaje se somete a evaluación o análisis la estructura y el uso del mismo.

ESTRUCTURA:

A/-Forma

Fonología: Estudia los fonemas y como estos se seleccionan y se organizan dentro de las palabras.

Morfología y sintaxis: Se encargarían de la forma de combinar las palabras para dar lugar a las oraciones, y también estudia la estructura interna de las palabras.

B/-Contenido

Semántica: Estudia el significado de las palabras, así como el léxico o el vocabulario.

USO:

Pragmática: Se encarga de estudiar la utilidad del lenguaje.

TEMA 2:CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE

2.1-DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS Y DÉFICITS CARACTERÍSTICOS DE LOS TRASTORNOS LINGÜÍSTICOS INFANTILES

2.2-CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE

2.3-EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS LINGÜÍSTICOS INFANTILES

1.1-Déficits gnósicos o perceptivos: Hacen referencia a alteraciones a nivel perceptivo y auditivo, ya que para poder hablar o articular correctamente, hay que oír correctamente. Esto no es condicional, ya que una persona puede oír perfectamente y tener incapacidades lingüísticas. Cuando un niño tiene una incapacidad para reconocer los sonidos del ambiente hablamos de agnosia auditiva. Si el niño es capaz de distinguir los distintos sonidos del lenguaje presenta una agnosia verbal. Puede reconocer los sonidos del ambiente. En el caso de que no reconozca ningún tipo de sonido del lenguaje, sólo alguna onomatopeya, hablamos de agnosia verbal completa, y si sólo tiene problemas para distinguir ciertas combinaciones fonéticas(ejm. confunde /r/ por /l/), estamos ante una agnosia verbal parcial. El déficit es de tipo auditivo.

1.2-Déficits fonológicos: Coloca los fonemas de forma incorrecta y confunde las palabras. Tienen que ver con la percepción. Los errores de tipo fonológico no son sistemáticos: un niño puede pronunciar mal un fonema dentro de una palabra y lo puede pronunciar bien en otra, o incluso, pronunciarlo bien aisladamente. Los errores de tipo fonético son, sin embargo, sistemáticos. Los errores fonológicos se agravan cuanto mayor es el número de sílabas de una palabra. Por eso se puede dar una inversión:

Ejemplo: Chaqueta/cacheta

Chocolate/cocholate

Radiador/radadior

Se comienza a considerar un error fonológico a partir de 5 años +- . Una misma palabra puede ser pronunciada de manera diferente cada vez que el niño pronuncia. Ejemplo: jarabe/jababe, jarache- error de tipo fonológico. Si fuese fonético pronunciaría siempre de la misma forma la palabra. Tipos de errores fonológicos :

A/-Sustitución: No distingue un determinado fonema y lo sustituye por otro. También puede ser que no lo de pronunciado. Ejemplo: Rata/lata.

B/-Inversión: Tiene problemas con un fonema y lo intercambia dentro de la palabra. Ejemplo: Chocolate/cocholate.

C/-Omisión: Tiene problemas para pronunciar fonemas por lo que los omite. Ejemplo: Zapato/apato.

Cuando a partir de los 5 años aparecen alteraciones fonológicas y fonéticas (al mismo tiempo), decimos que se produce, apraxia del habla.

1.3-Déficits práxicos: Una praxia es la coordinación de movimientos para llevar a cabo un fin determinado. Cuando se producen alteraciones a nivel práxico es porque los movimientos de la lengua no son los adecuados(alteración leve). Cuando los déficits práxicos son muy severos, es decir, impiden hablar correctamente, se llama apraxia verbal severa.

1.4-Alteraciones de la prosodia: Cuando una persona se expresa y no habla con fluidez, o hay alteración en la entonación , en la expresión, ritmo...etc.

1.5-Alteraciones morfosintácticas de la expresión: Hacen referencia a la incapacidad de los niños para asociar palabras para formar frases. También puede ser que construya la oración pero desordenada (alteraciones leves). Una alteración severa sería el agramatismo, un niño no utiliza las palabras de tipo funcional(pronombres, artículos, preposiciones)habituales, tiene problema para formar los plurales y conjugar los verbos.

1.6–Alteraciones del contenido y del uso:

- Síndrome semántico–pragmático: Hay problemas a nivel de significado y del uso del lenguaje.

Hace referencia a alteraciones del vocabulario y de las funciones del lenguaje. Un niño con estos problemas no entiende para que sirve el lenguaje. A pesar de que hace preguntas no atiende a las respuestas. No comprende las distintas formas que puede tener el lenguaje, al igual que las bromas y la ironía.

1.7–Alteraciones en la recuperación de palabras : Anomia del desarrollo o dismonia, hace referencia a la recuperación de palabras. Es un síntoma que se da en la disfemia y en la afasia. Un tipo de anomia es la parafasia.

Parafasia:

Semántica: Cuando se quiere pronunciar una palabra y no sale, pero sale otra parecida (quiere pronunciar taza, pero le sale vaso o jarrón).

Fonémica: Cuando se quiere pronunciar una palabra y no sale. Aquí se conservan las vocales y el mismo número de sílabas pero no hay relación (lago–lazo).

Circunloquio: Se da un rodeo cuando no se es capaz de pronunciar una palabra, es decir, definimos lo que queremos decir (taza–recipiente que sirve para...).

1.8–Alteraciones de la comprensión: Son difíciles de detectar en el entorno habitual. Se suelen detectar en la escuela mediante una evaluación. A veces es necesario realizar algún tipo de prueba, ya que no es suficiente con una muestra del lenguaje. El niño no comprende lo que le pedimos mediante preguntas abiertas, no es capaz de narrar o expresarse cuando se lo pedimos, no entiende lo que le pedimos.

2–CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Es muy difícil hacer una clasificación de los trastornos del lenguaje porque pueden ser consecuencia de muchas cosas. Esta clasificación trata de recoger los trastornos del lenguaje en cuatro apartados:

1–Lalopatías o trastornos del habla: Tienen que ver con la articulación, con la expresión oral y con la selección y colocación de fonemas para formar palabras.

Trastorno primario: No se conoce la causa, no es de tipo orgánico, ni viene de otra patología. Son de tipo funcional.

Trastorno secundario: Vienen de una lesión anterior.

Primarias:

- Retraso simple del habla : Se produce por algún tipo de retraso por problemas madurativos.
- Dislalia funcional: No se conoce la causa. Puede ser, auditiva y motora. Auditiva, un niño es incapaz de distinguir los fonemas y no los puede pronunciar. Motora o práxica, mala articulación de los órganos del habla. No puede pronunciar bien los fonemas.
- Dislalia funcional auditiva.

Secundarias:

- Disglosia: Dislalia orgánica periférica, se produce un defecto en los órganos de la articulación.

- Disartria: Dislalia orgánica central, por una lesión en el sistema nervioso.
- Disfemia: Tiene que ver con la fluidez del habla.

2-Disfonías: alteraciones de la fonación que afectan a la voz.

- Funcional: Hay distintos factores que pueden causarla. Suele provocarse por un sobreesfuerzo vocal. No hay lesión de tipo orgánico.
- Orgánica: Hay lesión de tipo orgánico por lo que está alterada la voz. Una disfonía funcional puede convertirse con el tiempo en orgánica.

En este campo sólo hay trastornos secundarios.

3-Logopatías: Alteraciones del contenido del lenguaje y la estructura gramatical. Son alteraciones del lenguaje.

Primarias:

- Retraso simple del lenguaje: Tiene que ver con la articulación de los fonemas y con la comprensión: Se da un retraso en estos dos aspectos. Se debe a problemas madurativos.

Secundarias:

- Afasia: Se produce como consecuencia de una lesión a nivel central. Se altera la comprensión y la articulación.
- Trastornos de la comunicación: Mutismo selectivo o electivo. Han adquirido bien el lenguaje pero en determinadas ocasiones no hablan.

4-Audiopatías: Alteraciones de la audición que afectan al lenguaje.

Primarias NO

Secundarias:

- Hipoacusia: Pérdida auditiva leve.*
- Sordera: Pérdida auditiva severa.*

*Pueden darse las pérdidas en cualquier parte del oído.

3-ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS LINGÜÍSTICOS INFANTILES:

Hace referencia al estudio de los factores de riesgo de padecer una enfermedad y los factores protectores.

3.1) Estudios transversales: Se centran en una determinada población y en un grupo de edad.

Década de los 70 -1%, presentaban retrasos del lenguaje y además deficiencia intelectual.

Década de los 90, se hizo un estudio con niños prematuros de 3 años comparados con niños nacidos a término. Los prematuros presentaban un retraso del lenguaje del 6%.

3.2) Estudios longitudinales: Es un estudio a lo largo del tiempo, prospectivos.

Richman y colaboradores(1982) Edad preescolar-hasta 8 años (36%-41%). El 41% presentan deficiencias en

la lectura.

Peralta y Narbona(1990) Edad preescolar–5años–9años (14'34% ,presentan retrasos en el desarrollo). Se vuelve a analizar a los 5 años y observan un descenso 1/3 rendimiento inferior: lectura, matemáticas, escritura. Los autores dicen que los porcentajes varían porque no se usan siempre los mismos instrumentos.

Prevalencia: Número de casos de una patología .

Incidencia: Sólo casos nuevos de un determinado lugar y periodo de tiempo.

Law y cols.(2000)

–Prevalencia de retrasos del habla y lenguaje –2'28–6'68%.

–Prevalencia de retrasos del lenguaje–2–19%.

–Prevalencia de retrasos del habla–2–24%. Problemas articulatorios de tipo fonético y fonológico.

Curso evolutivo:

–Persistencia retraso lenguaje –50–82%(a lo largo del tiempo), 65%(4 años), 38%(8 años).*Los datos mejoran porque los niños remitían de forma espontánea.

–Persistencia en el retraso del habla–se resuelven 78% (sin necesidad de tratamiento).

*Las diferencias en los porcentajes se explicaban diciendo que no usaban siempre los mismos instrumentos.

TEMA 3:TRASTORNOS DEL HABLA

3.1 PRODUCCIÓN DEL HABLA.

3.1.1PUNTO DE ARTICULACIÓN

3.1.2MODO DE ARTICULACIÓN

3.1.3RASGOS DISTINTIVOS VOCALES

3.2PRINCIPALES TRASTORNOS DEL HABLA

3.2.1DISFEMIA

3.2.2DISLALIA FUNCIONAL

3.2.3DISARTRIA

3.2.4DISGLOSIA

3.1Producción del habla: Para producirse el habla el aire tiene que salir de los pulmones y producirse una vibración en las cuerdas vocales, produciéndose un sonido o un tono de voz. Pero para que se produzca la voz y adquiriera un tono armonioso, el aire tiene que entrar a las cavidades de resonancia y se produce el timbre o el tono de voz que es lo que nos diferencia de los demás. Los órganos activos de la articulación son, la lengua, los labios, el velo del paladar(zona blanda), las mandíbulas. Los pasivos, los dientes, paladar duro y alvéolos.

Punto de articulación:

- Bilabiales: Se apoyan en los labios(PMB).
- Labiodental: Los dientes superiores tocan el labio inferior(F).
- Dental: Toca los dientes(TD).
- Interdental: La punta de la lengua se introduce en el medio de los dientes(CZ).
- Alveolar: El labio toca la parte superior de las encías, en el alvéolo(RS).
- Palatal: La lengua toca el paladar(LN).
- Velar: La lengua está en la parte de atrás del paladar(KGJ).

Modo de articulación:

- Oclusivas orales: Se cierran completamente los órganos de articulación(PTKBGD).
- Oclusivas nasales: MÑN.
- Fricativas: No hay un cierre completo pero sí un estrechamiento(FS).
- Africadas: Son fonemas que se producen en dos tiempos, primero hay un cierre completo y después abre un poco(CH).
- Líquidas: Habría una combinación. El aire se escapa o por los laterales(L).
- Vibrante: La punta de la lengua toca los alvéolos y vibra(R). Puede ser vibrante múltiple(RR).
- Lateral: L, LL.

*ORALES: El aire sale por la boca.

NASALES: El aire sale por la nariz.

SONORAS: Vibran las cuerdas vocales.

SORDAS: No es necesario que vibre.

Las vocales:

- Posición vertical de la lengua: Si la lengua sube o baja en el interior de la boca, alta, media, baja.
- Posición horizontal de la lengua: Movimiento de la lengua hacia delante o hacia atrás, anterior, central, posterior.
- Disposición de los labios, redondeada, no redondeada.

[i] alta, anterior, no redondeada.

[a] baja, central, no redondeada.

[e] media, anterior, no redondeada.

[u] alta, posterior, redondeada.

[o] media, posterior, redondeada.

3.2 PRINCIPALES TRASTORNOS DEL HABLA

- Retraso simple del habla: Dislalia evolutiva. Es un retraso primario, los niños cometen errores articulatorios de tipo fonético cuando tienen más de 5 años. La organización de las frases en el discurso es correcta y tiene una comprensión adecuada del lenguaje. Se dice que no han madurado los órganos de articulación al nivel del niño. Éste pronunciará bien más adelante.

- Dislalia funcional: Errores a la hora de articular y ordenar fonemas en las palabras. Tiene que ver con errores de tipo fonético y de ordenación de fonemas en las palabras. Se producen después de los cinco años. No hay ninguna causa de producción de tipo orgánico para cometer los mismos. Es un trastorno primario de dos tipos . Auditiva: No tendrían problemas a la hora de articular. Se refiere a una inmadurez perceptiva, no distinguen entre los fonemas. No poseen una discapacidad. Motora: Los errores son entre la p o b, d o p. Hay errores a nivel articulatorio y una falta de tipo motriz , no pronuncian bien un determinado fonema.
- Dislalias orgánicas: Se conoce la causa, es orgánica y se clasifica dependiendo de la situación.

1)Periférica: En los órganos de la articulación. Disglosia, errores al articular de tipo fonético. Se catalogan por el órgano afectado(labial, lingual, palatal, dental, mandibular). Dentro de estas las causas van a ser variadas.

A)Lingual: Tamaño de la lengua mayor de lo normal.Ej(Síndrome de Down, heridas en la lengua, frenillo de la lengua demasiado grande).

B)Palatal: Hendiduras en el paladar. Este puede estar unido al labio. El tamaño del paladar, el blando puede ser más corto, se pronuncia de forma nasal.

C)Dental: Malformaciones en los dientes, incisivos separados(diastema). Disglosia mandibular, se producen falta de piezas dentales que trae como consecuencia un cierre no adecuado de los dientes.

D)Mandibular: Malformaciones de la mandíbula. Cuando la inferior es demasiado grande se va hacia delante. Se producen problemas a la hora de articular y salir el aire (progenia). Maxilar inferior más pequeño, no se desarrolla lo suficiente, no hay un cierre apropiado. Mala articulación y pronunciación.

2)Sistema nervioso Central:

Disartria: La lesión cerebral impide que se produzca bien la pronunciación. Además de tener problemas con el leguaje, también del sistema motor.

Disartria flácida, espásmica(sistema piramidal).

Disartria atásica(cerebelo).

Disartria hipocinética,hipercinética(sistema extrapiramidal).

Disartria mixta, la lesión no está en la localización como las anteriores. La lesión puede tener varios focos.

Disfemia. Trastorno secundario del habla. Tiene que ver con la fluidez y organización temporal del discurso. Suele generarse entre los dos y cuatro años de edad . Errores de tipo evolutivo a los 4 años deben de desaparecer si persisten se considerará disfemia.

TEMA 5: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DISFEMIA

1-TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

- HABLA
- VARIABLES PSICOFISIOLÓGICAS
- VARIABLES COGNOSCITIVAS
- VARIABLES SITUACIONALES

2-TÉCNICAS DE TRATAMIENTO

2.1 TÉCNICAS BASADAS EN EL ERROR DE RETROALIMENTACIÓN

2.2 TÉCNICAS OPERANTES. RESPUESTA APRENDIDA

2.3 TÉCNICAS DIRIGIDAS A LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD

Técnicas de evaluación:

- Entrevista.
- Observación(objetivo).
- Tests(objetivos).
- Exploración física(objetiva).
- Autoinforme mediante un cuestionario(subjetivo).
- Recursos psicofisiológicos(tienen que ver con el funcionamiento de ciertos órganos).

1.1HABLA: Hay que evaluar los posibles errores de un sujeto disfémico, muletillas, interjecciones. Tenemos diferentes niveles para hacer un análisis de estos sujetos:

- Nivel fonético: Para observar los errores se puede grabar en cinta de video o casete. A este nivel se ve lo que hace el sujeto en las sílabas y fonemas y si hace separaciones de sílabas de palabras iguales o si las une. Este nivel se basa en sílabas y fonemas.
- Nivel gramatical: Se ve si repite palabras, si se bloquea en algunas.
- Nivel prosódico: Se observa la entonación del sujeto. Si el habla está alterada y el ritmo y la entonación son inadecuadas.
- Nivel léxico semántico: Se somete a análisis la incorrección del orden de las palabras dentro de la frase.

A veces se utilizan índices de gravedad de trastorno. Primero vemos cuántas palabras es capaz de decir por minuto, esto es para los casos graves de disfemia. Otro índice es ver las palabras que es capaz de pronunciar bien por cada 100 emitidas. También se pueden hacer estos análisis para las sílabas, pero normalmente se hace en las palabras.

1.2 VARIABLES PSICOFISIOLÓGICAS.

Tenemos dos tipos: Tensión muscular y la respiración. Para el exceso de tensión muscular se utiliza un registro electromiograma, que consiste en tratar de ver el nivel de tensión muscular y mide la actividad eléctrica de los músculos. Se suele hacer de los maseteros y de los aductores de la laringe. Hay dos tipos de músculos, los abductores(son los que permiten la apertura de las cuerdas vocales) y los aductores(permiten que se vuelva a cerrar). El electromiograma se pone en los abductores. El nivel de actividad que se considera normal es cuando está por 1-3 niveles, si pasa de estos se consideran alterados. Se consideraría disfémico 10uv niveles.

La respiración: Durante el ciclo respiratorio(permite ver cuánto dura la respiración). Se observa si se realiza poca aspiración de aire mediante un registro poligráfico de la respiración.

1.3 VARIABLES COGNITIVAS.

Tiene que ver con lo que piensa el sujeto del trastorno. Sólo se puede evaluar con el autoinforme(varias preguntas estructuradas a las que el sujeto debe responder). Las variables cognitivas son sentimientos, pensamientos...etc, de aquí que nos tengamos que fiar del autoinforme.

- VARIABLES SITUACIONALES.

Se relaciona con las situaciones que le ponen nervioso. Se podría usar, la observación, un autoinforme, entrevista(método de obtención de información general, pero esta información se tendría que corroborar en otros instrumentos).

2. TÉCNICAS DE TRATAMIENTO.

Técnicas orgánicas: Técnicas de seguimiento o ECO, técnicas de habla rítmica, enmascaramiento, metrónomo, retroalimentación auditiva demorada(RAD).

Técnicas psicológicas:

- Respuesta aprendida: Extinción, eliminar del refuerzo que mantiene la determinada conducta. Tiempo fuera: .Ejm– Se le pide al disfémico que lea un determinado texto y en el momento que se cometa un error(bloqueo,muletillas) se le pide que deje de hablar durante 10 segundos. Una vez que pasan los 10 segundos se le pide que continúe leyendo hasta que cometa un nuevo error y se haría lo mismo(10 seg sin hablar).Dejando pasar este tiempo se consigue que la musculatura se relaje, así cuando empiece a hablar lo hará de forma relajada, sin tensión. Se considera un castigo negativo desde el enfoque operante.
- Respuesta a la ansiedad:

Desensibilización sistemática, técnicas cognitivas, entrenamiento en habla social, biofeedback emocional.

Componentes:

- Entrenamiento en el empleo de la escala de unidades subjetivas de ansiedad(USA).
- Desarrollo de la primera jerarquía de miedos.
- Entrenamientos en relajación.
- Exposición en imaginación más relajación.

Criterios:

- Ansiedad irracional.
- No existencia de muchos miedos.
- Capacidad de imágenes claras.
- Lograr un estado de relajación.

Es la primera técnica donde tratan del carácter psicológico y se utiliza para cualquier tipo de miedo o ansiedad. Los criterios para utilizar esta técnica son cuatro(ansiedad,irracional...).

Fue Wolpe el creador de ella en 1928 . Decía que se podía eliminar la neurosis a través de una respuesta antagónica. Lo contrario al miedo, a la ansiedad, es decir, una respuesta de relajación.

Ansiedad irracional: Se produce ante situaciones que no son peligrosas y además cuando la persona dispone de habilidades para presentarse a una determinada situación y no las pone en práctica .Ejm–un perro inofensivo.

Criterios:

- No existen miedos, la ds se aplica a un solo miedo.
- Capacidad de imágenes claras: La persona ha de imaginarse la situación que le produce miedo o ansiedad.

- Lograr un estado de relajación: La persona ha de ser capaz de lograr un estado de relajación. Si no fuese posible habría que buscar una alternativa.

Componentes:

Entrenamiento escala USA (unidades de ansiedad): Enseñarle a una persona a discriminar los estados de ansiedad. Se hace preguntándole cual es la situación a la que le teme más y a esa situación se le atribuye una puntuación sobre 100 y otra en la que esté tranquilo, a esta se le da 0 y por último que explique una situación que esté en el término medio y le atribuímos una puntuación de 50. El objetivo es discriminar los niveles de ansiedad.

Construcción de una jerarquía de miedos: Todas las situaciones que se incluyan en esta jerarquía están relacionados en la disforia. Hacen referencia a sensaciones externas y haciendo referencia a sensaciones de tipo interno(mareo,falta de aire). En la jerarquía de miedos se les ordena de mayor a menor miedo, a la que menos ansiedad le provoca se le da un valor de 10 a 10 ; a la de mayor, de 100.

Entrenamiento en relajación: Sirve cualquier técnica pero Wolpe recomienda un entrenamiento en relajación muscular progresiva. Le enseña a relajarse con ejercicios de tensión y de relajación. En concreto se empieza aplicando a 16 músculos a nivel general.

Exposición en imaginación: Combinación de las dos técnicas anteriores. Se le enseña a la persona a afrontar sus miedos en imaginar. La persona ha de ser capaz de imaginarse la situación de forma muy real. El autor decía que asociaba la ds a la relajación. La exposición a la imaginación empieza con la relajación y luego se le expone a una escena neutra para probar su imaginación. Una escena neutra es pedir que imagine algo .(estas en el salón de su casa y se le hacen preguntas para ver si de verdad se relaja. U ejemplo de pregunta sería ,cómo es el sofá.). Es una escena neutra porque es una escena que no le provoca miedo. Después se le pide que detenga ese pensamiento y se le pide que imagine una escena que le provoca miedo.