REVISTA DIGITAL INNOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

"LA DISARTRIA"

AUTORÍA **MARIA JOSE MORIANA PORRAS**
TEMÁTICA **AUDICION Y LENGUAJE**
ETAPA **PRIMARIA**

Resumen

Un desarrollo normativo de la producción oral necesita un control adecuado de la respiración, de los órganos de la fonación y de los movimientos necesarios para la alimentación, así como de una suficiente motricidad corporal y un adecuado control postural. De ahí que la expresión verbal infantil pueda verse afectada por multitud de causas y factores, produciéndose disfunciones en el proceso de la comunicación.

Palabras clave

Trastorno.

Expresión verbal.

Comunicación.

Producción oral.

Respiración.

Fonación.

1- DEFINICIÓN DE LA DISARTRIA

"El trastorno de la expresión verbal causado por una alteración en el control muscular de los mecanismos del habla. Comprende las disfunciones motoras de la respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia. No suelen incluirse en el concepto de disartria los trastornos del desarrollo de la

REVISTA DIGITAL INNOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

articulación (dislalia), la tartamudez, o aquellos basados en una alteración somática estructural o psicológica" (Peña-Casanova).

"Alteración de la articulación propia de lesiones en el sistema nervioso central (SNC), así como de enfermedades de los nervios de los músculos de la lengua, faringe y laringe, responsables del habla" (Gallardo y Gallego).

La anartria sería el caso más extremo y grave de la disartria, los niños anártricos están imposibilitados para articular correctamente los fonemas de las palabras.

2- CLASIFICACIÓN

Podemos diferenciar:

DISARTRIA FLÁCIDA: La lesión está localizada en la neurona motriz inferior.

La disfunción del nervio vago provoca una disfonía fláccida. La voz se torna ronca y el volumen es bajo. Se pueden notar características adicionales, como respiración jadeante, frases cortas y estridor inhalatorio. Debido a la parálisis del músculo elevador del paladar y de los músculos constrictores de la faringe se produce una hipernasalidad a la hora de hablar. La distorsión de los fonemas variará según las estructuras articulatorias implicadas.

Como notas descriptivas de esta disartria tendríamos:

- Alteración del movimiento voluntario, automático y reflejo.
- Flacidez y parálisis con disminución de reflejos musculares.
- Atrofia de las fibras musculares.
- Debilidad o fatiga durante el ejercicio (sobre todo en la musculatura ocular, bulbar, de cuello y la cintura escapular).
- Posible afectación de la musculatura respiratoria.
- Afectación de la lengua.
- Afectación de los movimientos del paladar.
- Disminución del reflejo de nauseas.

REVISTA DIGITAL INNOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

- Deglución dificultosa.
- Debilidad de las cuerdas vocales, paladar y laringe.
- Alteraciones respiratorias (rápida y superficial).
- Voz ronca y poco intensa.
- Hipernasalidad.
- Articulación consonántica distorsionada.

DISARTRIA ESPÁSTICA: La afectación se produce a nivel de la neurona motriz superior.

El incremento del tono de los músculos laríngeos acarrea un estrechamiento de la apertura laríngea, así como un incremento de la resistencia al flujo de aire. Los pacientes emiten frases cortas. La voz es ronca y se asocia con frecuencia un tono bajo y monótono. Existe esfuerzo en la fonación, siendo la lentitud en el habla y el acortamiento de frases fenómenos acompañantes probablemente compensatorios. A veces se producen interrupciones tonales o de respiración. Es característico que la articulación de las consonantes sea poco precisa, pudiendo incluso distorsionarse las vocales. Muchos pacientes presentan también hipernasalidad.

Las características de esta afectación son:

- Debilidad y espasticidad en un lado del cuerpo, en los músculos distales de las extremidades, la lengua y los labios.
- Resistencia al movimiento pasivo de un grupo muscular.
- Los reflejos de estiramiento muscular están exagerados.
- Presencia de reflejos patológicos.
- La respiración y la fonación no suelen afectarse.
- Disfunción articulatoria.
-Se asocia a otras patologías (encefalitis, esclerosis múltiple, traumatismos craneales).
- No hay atrofia de fibras musculares.
- Frecuente alteración del control emocional.
- Emisión de frases cortas.
- Voz ronca.
- Tono bajo y monótono.
- Lentitud en el habla.

REVISTA DIGITAL INNOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

- En ocasiones se producen interrupciones tonales o de la respiración.
- La articulación consonántica suele ser poco precisa y, a veces, se producen distorsiones vocálicas.

DISARTRIA ATÁXICA: La afectación del cerebelo ocasiona una disartria atáxica. Es a partir de lesiones cerebelosas cuando se deduce que este órgano regula la fuerza, velocidad, duración y dirección de los movimientos ocasionados en otros sistemas motores. En general, la afectación del habla ocurre simultanea a las lesiones cerebelosas bilaterales o generalizadas (BAGUNYÁ y SANGORRÍN, 1998).

Como descripción de los trastornos cerebelosos señalamos:

- Hipotonía de los músculos afectados.
- La dirección, duración e intensidad de movimientos son lentos e inapropiados en la fuerza.
-Posible irregularidad de los movimientos oculares.
- Disfunción faríngea caracterizada por una voz áspera y una monotonía en el tono con escasas variaciones en la intensidad.
- Disfunciones articulatorias mediante distorsiones.
- Alteraciones prosódicas por énfasis en determinadas sílabas.

DISARTRIAS POR LESIONES DEL SISTEMA EXTRAPIRAMIDAL:

El sistema motor extrapiramidal es parte del paleoencéfalo (junto con el diencéfalo y el tálamo óptico).

Destacando entre sus funciones las siguientes:

- Regulación del tono muscular en reposo y de los músculos antagónicos cuando hay movimiento.
- Regulación de los movimientos automáticos.
- Adecuación entre la mímica facial y las sincinesias ópticas.

→ Las lesiones en el sistema extrapiramidal pueden provocar 2 tipos de disartrias:

*Hipocinética: característica de la enfermedad de Parkinson. Presenta los siguientes rasgos:

- Movimientos lentos, limitados y rígidos.

REVISTA DIGITAL INNOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

- Movimientos repetitivos en los músculos del habla.
- Voz débil, articulación defectuosa, falta de inflexión.
- Frases cortas.
- Falta de flexibilidad y control de los centros faríngeos.
- Monotonía tonal.
- Variabilidad en el ritmo articulatorio.

*Hipercinética: Según BAGUNYÁ y SANGORRÍN (1988) las alteraciones fonemáticas obedecen a la imposición sobre la musculatura del habla que efectúa una actividad proposicional de movimientos involuntarios irrelevantes y excesivos. Todas las funciones motrices básicas (respiración, fonación, resonancia y articulación) pueden estar afectadas.

Entre los trastornos más característicos de las hipercinesias tenemos:

- Coreas: Es una enfermad del sistema nervioso caracterizada por movimientos involuntarios e irregulares, lentos o rápidos, de uno o varios músculos. Tono muscular bajo y trastornos de la coordinación. Los pacientes manifiestan alteraciones del habla, hiperdistorsión de vocales y utilización de frases cortas. Producción oral irregular y prosodia afectada.
Hay dos grupos etiológicos de coreas: el reumático o de SYDENHAM y el heredodegenerativo o de HUNTINGTON. El primero presenta un curso clínico y una evolución más favorable y no tiene tanta repercusión en la esfera psíquica como el corea mayor o de HUNTINGTON. El corea reumático muestra preferencia por edades entre los 8 años y la juventud madura y el corea mayor es una enfermedad rara que aparece entre los 35 y 45 años.

- Atetosis: Es un trastorno neurológico que presenta movimientos involuntarios y lentos en la articulación. Problemas respiratorios y de fonación (voz áspera), habla distorsionada y tono monótono.

- Temblor: Es una forma rítmica de movimientos anormales. A veces hay interrupciones en la emisión de la voz.

- Distonía: Se trata de un movimiento involuntario anormal, relativamente lento y sostenido. Las alteraciones prosódicas son similares a las coreas. Destacan la disminución en la altura tonal, inspiraciones audibles y temblor de la voz.

REVISTA DIGITAL INNOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

DISARTRIAS MIXTAS:

La forma más compleja de disartria es la mixta, donde la disfunción del habla es el resultado de la combinación de las características propias de los sistemas motores implicados.

4- ETIOLOGÍA

Aunque vamos a enumerar las causas posibles de disartrias funcionales, en la mayoría de los casos no actúa una sola, sino que son combinaciones de varias de ellas las que actúan sobre el niño.

- Baja habilidad psicomotora. Entre lenguaje y psicomotricidad, sobre todo a nivel del desarrollo de la psicomotriz fina, hay una estrechísima relación. La mayoría de los niños disártricos son torpes respecto a la coordinación psicomotora general y, en particular, con respecto a la motilidad de los órganos fonatorios. Esto es tan importante que su reeducación deberá pasar por una reorganización de su esquema corporal y una armonización de todos sus movimientos (aunque no influyan en la articulación de las palabras), junto con la enseñanza más específica de los movimientos articulares fonatorios.

- Desorientación temporo-espacial. El lenguaje se aprende por imitación de gestos, movimientos y sonidos, y se va afectando si el niño no es capaz de percibirlos y organizarlos desde su integración en el espacio y en el tiempo. Así, el niño disártrico vería un movimiento pero no lo percibiría tal y como es y no lo diferenciaría de otro al no lograr captar matices de situación y ritmo.

- Dificultad de comprensión o discriminación auditiva. El niño tendrá dificultad de repetir fonemas diferentes porque no los distingue como tales. Oye bien, pero analiza mal los fonemas que oye y al no distinguir intensidades y/o duraciones y/o ritmos y/o intervalos, confunde algunos fonemas. "La condición de una pronunciación correcta es la elaboración de una buena audición fonemática. Así en la corrección de la disartria es preciso, ante todo, ejercer una percepción auditiva correcta, por una educación sistemática del oído".

- Factores psicológicos. "El lenguaje es una capacidad compleja en la que intervienen múltiples factores, entre los cuales lo de origen psicológico influyen en su desarrollo y ulterior desenvolvimiento". Un niño muy egocéntrico puede persistir en sus fallos de articulación como cuando era pequeño, para lograr que se le mime y proteja. Múltiples causas afectivas como, separaciones, inadaptaciones familiares, rivalidades, celos, fallecimientos, rechazos, sobreprotección, etc., pueden ocasionar

REVISTA DIGITAL INNOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

trastornos que se reflejan en la expresión del lenguaje que se podrá ver retrasado y/o perturbado. "Responden también a un mecanismo psicógeno y a motivaciones ambientales, aquellos casos en que, luego de haberse alcanzado un nivel lingüístico acorde con la edad, reaparecen en el lenguaje formas y modalidades expresivas propias de edades anteriores. El niño de 5 y 6 años vuelve a hablar como lo hacia a los tres o como lo hace el hermanito menor, por quien se siente desplazado en el cariño y la atención se sus padres. Con la vuelta a un lenguaje más infantil, pretende fortalecer sus vínculos afectivos y recuperar su supremacía en el grupo familiar".

- Factores ambientales. Carencias familiares, trato en determinadas instituciones, niveles socioeconómicos muy deteriorados, etc., influyen muy negativamente en el nivel de desarrollo y, en muchos casos, en la expresión del lenguaje. Una situación especial es el bilingüismo que, en algunos casos, puede crear dificultades en la etapa de fijación del lenguaje.

- Factores hereditarios: dada la evidencia de casos en una misma familia, en muchas ocasiones es prudente considerar la existencia de factores hereditarios, fundamentalmente de tipo predisponente.

5- SINTOMATOLOGÍA DEL LENGUAJE

Los síntomas específicos son la sustitución, omisión, inserción y distorsión de los fonemas.

Además, suelen ser niños de aspecto distraído, desinteresados, tímidos, agresivos y con escaso rendimiento escolar que, en muchas ocasiones, creen hablar bien, sin darse cuenta de sus errores, y en otras, aunque sean conscientes de ellos, son incapaces por sí solos de superarlos.

- Sustitución: es el error de articulación por el cual un sonido es reemplazado por otro. El niño no puede realizar una articulación y la suple por otra más fácil o, de entrada, percibe mal el sonido y lo reproduce tal como el lo discrimina (como lo emite). Es el error más frecuente dentro de las disartrias funcionales y el que presenta más dificultades para su corrección. Las formas más frecuentes son la sustitución de r por d o por g, de s por z y del sonido K por t.

- Omisión: se omite el fonema (p. ej. "iño" por niño) o toda la sílaba en que se encuentra dicho fonema (p. ej. "loj" por reloj).

REVISTA DIGITAL INNOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

- Inserción: se intercala un sonido que no corresponde a esa palabra para apoyar y resolver la articulación del dificultoso (por ej. "Enerique" por Enrique).

- Distorsión: Se articula el sonido de forma incorrecta pero aproximada a la adecuada y sin llegar a ser una sustitución.

► Formas y variedades:

- Rotacismo, disartria del fonema r (vibrante múltiple).

- Lambdacismo, disartria del fonema l.

- Gammacismo, disartria del los fonemas guturales g, x y k.

- Deltacismo, disartria de los fonemas t y d.

- Rinoartria, disartria de los fonemas nasales m, n y ñ.

- Pararrotacismo, sustitución del fonema r por otro como g, t, d, l, etc.

- Parasigmatismo, sustitución del fonema s por otro como t, z, etc.

- Paralambdacismo, sustitución del fonema l por otro.

- Paragammacismo, sustitución de los fonemas guturales por otros.

- Paradeltacismo, sustitución de los fonemas dentales por otros.

REVISTA DIGITAL INNOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

6- EVALUACIÓN DEL LENGUAJE EN LA DISARTRIA

Dado que una gran parte de los niños están escolarizados a partir de los 3 años, la escuela se convierte en un contexto en el que se manifiestan muchos de los problemas del lenguaje de los alumnos.

Una buena evaluación es aquella que proporciona una descripción lo más completa posible de las características del lenguaje del alumno poniendo especial énfasis en sus puntos fuertes y débiles.

Aunque la evaluación siempre tiene un mismo objetivo, el de conocer el funcionamiento comunicativo lingüístico del sujeto y las condiciones que favorecen su desarrollo, las características concretas de la evaluación serán diferentes según el momento en que esta se realice. Se puede decir que un proceso completo de evaluación comprende tres momentos diferentes, denominados respectivamente: evaluación inicial, evaluación formativa y evaluación sumativa.

La evaluación inicial, que permitirá establecer el punto de partida, suele ser muy exhaustiva, ya que, a menudo, además de evaluar la competencia comunicativo-lingüística del niño, se realizan evaluaciones complementarias que permiten conocer las características del funcionamiento motor, sensorial, neurológico y cognitivo de la persona evaluada y las posibles relaciones con el problema comunicativo-lingüístico que presente.

La evaluación formativa o de proceso ayuda a analizar los procesos realizados y a modificar o ajustar el modo de intervención que se está llevando a cabo. En este momento no se trata sólo de evaluar los logros o dificultades del alumno, sino de incorporar reflexiones sobre la adecuación de las estrategias que se están poniendo en marcha, la validez de estos recursos y tiempos...

Por último, al finalizar una unidad temporal o temática de trabajo conviene realizar una evaluación final que dé cuenta de los avances observados. En este momento se trata claramente de observar los cambios producidos respecto al punto de partida y, por tanto, el grado de consecución de los objetivos propuestos al inicio del proceso de intervención.

Las personas que intervienen en la evaluación pueden ser muy diversas. Además del especialista del lenguaje, otros profesionales, a través de evaluaciones complementarias de tipo médico, audiológico, psicológico, educativo... pueden contribuir a la comprensión de la problemática que presenta el niño. Por otra parte, suele resultar de particular importancia la contribución de personas del ámbito familiar y educativo.

Respecto al tema que nos ocupa, las disartrias, cabe destacar la complejidad de evaluar al niño con parálisis cerebral debido a los diferentes trastornos asociados que pueden confluir en esta patología.

REVISTA DIGITAL INNOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

Las estrategias de evaluación a las que podemos recurrir para evaluar al niño disártrico irán dirigidas a los siguientes campos:

- Familiar: los padres nos informarán sobre los primeros meses del niño en aspectos tan importantes como la alimentación, emisión de sonidos, aceptación del niño...
- Neurológico: las aportaciones del neurólogo facilitarán la evaluación logopédica al proporcionarnos información sobre el tipo de PCI, grado de afectación, trastornos asociados,...
- Otorrinolaringológico: nos proporcionará información sobre aquellos aspectos anatómicos y funcionales que tienen una repercusión directa sobre el lenguaje y el habla infantil.
- Fisioterapéutico: aportará información sobre la maduración motriz.
- Psicológico: aportará datos sobre el nivel cognitivo y de socialización, así como información sobre las alteraciones conductuales, fobias, autonomía personal, dependencias sociales, niveles de autoestima y autoconcepto...
- Logopédico: la evaluación inicial del logopeda abarcará los siguientes aspectos:
    - Evaluación de las praxias bucofaciales: cara, succión, masticación, deglución y babeo.
    - Evaluación de los órganos articulatorios: lengua, labios, maxilares, paladar.
    - Evaluación de la respiración y soplo.
    - Evaluación de la voz.
    - 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: confirmar o descartar una posible hipoacusia.
    - Evaluación del lenguaje.

7- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ALTERACIONES EN LA ARTICULACIÓN

La idea de alteración de la articulación es muy amplia. Se puede referir a un sistema de sonidos mal articulados; nos puede remitir a una dificultad en un sonido o grupos de sonidos. La clasificación de estas alteraciones suele hacerse tomando como base las articulaciones anormales que una deficiente utilización (ya sea por razones orgánicas o funcionales) de los órganos articulatorios pueda ocasionar.

En las alteraciones del lenguaje señalamos como propias de la articulación de los fonemas las dislalias, las disglosias y las disartrias. Ahora bien, aunque se trata de alteraciones articulatorias en la producción de las unidades fonéticas que componen el habla existen matices diferenciales excluyentes que hacen muy difícil la confusión de dichos trastornos.

Mientras que las disartrias son consecuencia de una lesión en el sistema nervioso central que dificulta el control muscular, las disglosias se deben a lesiones anatómicas y/o fisiológicas en los órganos periféricos del habla. Por el contrario, las dislalias se manifiestan en el sujeto como una

REVISTA DIGITAL INNOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

perturbación en la pronunciación de un fonema, sin que se deba a alteraciones centrales ni periféricas. Es decir, es una incapacidad funcional para articular correctamente ciertos fonemas.

8- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS DISARTRIAS

- Disartria evolutiva. Corresponde a la fase del desarrollo en la que el niño no es capaz de reproducir los fonemas correctamente. Dentro de una evolución normal desaparece y solo si persiste más allá de los 4 ó 5 años se puede pensar en un trastorno. Aunque no precisa tratamiento es preciso tener una adecuada actitud con el niño y su familia para evitar angustias, fijaciones del defecto e incluso, influencias yatrógenas. Es una forma a tener en cuenta, como recomendación a las familias que no acepten las deformaciones articulares como gracias y se les hable a los niños de forma clara y "adulta", sin imitar sus deformaciones.

- Disartria audiógena. Al no oir con suficiente claridad, el niño comete errores de articulación. El niño que no oye nada, no hablará nada y el niño que oye poco hablará como oye hablar, es decir, con defectos. Generalmente, junto a la disartria se presentarán también alteraciones de la voz y del ritmo que modificarán la cadencia normal del habla. En la mayoría de los casos, estos síntomas son las señales de alerta para una sordera.

- Disartria por deficiencia mental. En el débil mental, su baja atención, la deficiencia de sus funciones intelectivas y de su coordinación psicomotriz, junto al hecho de que sus sensopercepciones son lentas, incompletas, difíciles y mal diferenciadas, ocasionan que, aunque su audición sea normal, su articulación sea normal, su articulación fonética suele ser marcadamente deficiente. La adecuada valoración de la capacidad intelectual, a través de una exploración psicométrica, nos dará la posibilidad de detectar estos cuadros.

- Disartria de origen orgánico. Pueden ser causadas por procesos lesionales, infecciosos, tóxico, metabólicos, vasculares, endocrinos..., que actúen sobre el Sistema Nervioso tanto a nivel central como periférico. Deben ser diagnosticadas y tratados por el neurólogo. "Las alteraciones neurológicas de la fonación, tienen interés logopédico cuando constituyen "situaciones secuela", es decir, una vez que ha desaparecido la acción del morbo etiopatogénico que causó la enfermedad neurológica. Son pues las situaciones secuela de la neurología las que constituyen el campo de la acción clínica y la terapéutica foniátrica".

REVISTA DIGITAL INNOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

9- TRATAMIENTO

Debe ser precoz e integral.

Precoz, sin confundir la disartria funcional con la evolutiva. Si pasados los 4 ó 5 años, el defecto no se atiende debidamente, "el defecto se afianza, los órganos fonatorios pierden plasticidad y su corrección se hará cada vez más costosa. Por otra parte, dejar que persista la incorrecta pronunciación supone entorpecer el desarrollo psíquico del niño, con los consiguientes problemas que esto le puede traer y el retraso del proceso escolar".

Integral, en el sentido de que trasciende la mera rehabilitación logopédica de la dificultad de expresión tratando de conseguir un desarrollo neurológico y psíquico completo. "El trastorno lingüístico, en especial si es severo, repercute en las características y reacciones psicológicas del niño, pudiendo llegar a motivar serios problemas de personalidad y adaptación, como a la inversa, estos problemas, en algunos casos, pueden dar origen a trastornos del lenguaje. Tanto en una como en otra situación, es preciso, junto al tratamiento general encaminado a la ordenación y reeducación del lenguaje, llevar a cabo un tratamiento de psicoterapia, cuando esto se vea necesario, para así, con una labor conjunta y pluridimensional, lograr la integración total de la persona".

9.1- Intervención Logopédica

No podemos olvidar que el tratamiento del niño no puede ser abordado de manera exclusiva desde un punto de vista lingüístico, ya que las alteraciones articulatorias son un trastorno específico derivado de la alteración motriz, pero no el único; de ahí la necesidad de un abordaje cooperativo en el que participarán simultánea o alternativamente los profesionales que han intervenido en su evaluación.

La intervención ha de iniciarse lo más tempranamente posible, porque cuanto más pronto aprenda a controlar su habla y los elementos que en ella intervienen tanto mejor será su pronóstico.

En líneas generales, la intervención deberá abarcar los siguientes aspectos:

- Neurológico.
- Ortopédico.

REVISTA DIGITAL INNOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

- Fisioterapéutico.
- Educativo: psicológico, escolar y logopédico.

9.2- Programación Didáctica

Siguiendo la "Programación de Actividades Para Educación Especial" de Jesús Garrido Landívar, haremos hincapié en el área de ortofonía y logopedia a la hora de trabajar el lenguaje en niños PC. El objetivo que perseguiremos será: expresarse de forma correcta: articulación, ritmo, voz... Para ello realizaremos diferentes ejercicios dirigidos a distintos objetivos.

- Realizar adecuadamente la respiración: Actividades:
  - Hacer que el niño al inspirar, ponga sus manos en el abdomen para que sienta cómo se hincha y luego al espirar cómo se deshincha.
  - Hacer que el niño ponga sus manos en su tórax para que perciba con ellas cómo se hincha y se deshincha al inspirar y espirar.
  - El alumno se imaginará que es un globo; se inflará y luego se desinflará.
  - El alumno se situará en posición firme, levantará los brazos hasta la altura del pecho a la vez que toma aire por la nariz, luego dejará caer los brazos suavemente al tiempo que se expulsará el aire por la boca.

- Relajar los distintos miembros del cuerpo:
  - Tendido el alumno en una colchoneta con postura relajada, le pondremos una música muy suave de fondo.
  - Tendido el alumno en una colchoneta, le invitaremos a dormir haciéndole oír cajitas de música o canciones de nana.
  - En un ambiente tranquilo y relajado, le contaremos al alumno pequeños cuentos o historias con voz muy suave.
  - Para hacer distinguir al niño los estados de tensión-relajación de los distintos miembros, se le pedirá que apriete fuerte su mano y levante el brazo en actitud tensa, luego se le pedirá que lo suelte y lo coloque apoyado en actitud relajada.
  - En actitud de calma y tranquilidad se le pedirá al niño que relaje los distintos miembros de su cuerpo a tiempo que se hacen sugestiones de tranquilidad, calma, paz...

- Realizar ejercicios de soplo:
  - Hacer pompas de jabón
  - Se realizarán ejercicios de soplo con distintos pitos, mata-suegra...
  - Se le da al niño una botella con agua y una pajita y se le pide al niño que sople y que mire y escuche el ruido de las burbujas.

REVISTA DIGITAL INNOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

- Soplar velas a distintas distancias
- Inflar globos
- Mantener un globo en el aire a base de soplos
- Pedir al niño que trate de imitar el sonido del viento

- Dominar las coordinaciones de los diversos órganos fonadores.

Mandíbulas:

- Hacer muecas.
- Abrir la boca imitando bostezos
- Mover la mandíbula inferior hacia la derecha y hacia la izquierda.

Lengua:

Pasar la lengua por la parte anterior y posterior de todos los dientes.
Sacar la lengua lo más fuera posible y una vez fuera tratar de tocar la nariz.
Jugar ante un espejo con la lengua haciendo movimientos muy pronunciados con el fin de adaptarla luego a la pronunciación de fonemas difíciles.
Realizar diversos movimientos de lengua: de proyección (dentro-fuera), de elevación (arriba-abajo), de lateralización (izqda- drcha).

Labios:

- Hacer que el niño toque con sus dedos el borde de sus labios.
- Poner el labio superior sobre el inferior y al revés.
- Abrir los labios y sacarlos hacia fuera.
- Coger cosas con los labios y trasladarlas a otro sitio.
- Hacer vibrar los labios y emitir pequeñas explosiones de aire.
- Pedir al niño que trate de imitar el ruido de un motor: avión, coche, moto...

Otros órganos fonadores:

- Hacer que el niño imite grandes bostezos
- Hacer que el niño pase la punta de la lengua por los alveolos superiores e inferiores
- Con las yemas de los dedos haremos que el niño palpe sus cuerdas vocales y sienta las vibraciones al emitir distintos sonidos.
- Con un objeto adecuado tocaremos el paladar blando para estimular su movilidad.
- Previa inspiración nasal se hará que el niño expulse de forma violenta el aire, articulando al mismo tiempo la “i”, luego la “u”, luego la”o”, luego la “e”, luego la “a”.
- Emitir correctamente los sonidos vocálicos:
- Con un globo hinchado, niño y profesor colocan sus labios en las paredes del globo: el profesor emite los sonidos vocálicos, para que el niño capte bien las vibraciones.
- Colocando al niño frente a un espejo, se le colocará la boca en posición de emitir diferentes vocales.

REVISTA DIGITAL INNOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

- Articule el maestro primero alguna vocal y ponga la mano del niño en su pecho para que note las vibraciones. Luego hace lo mismo el niño en su propio pecho.
- El profesor frente al alumno emitirá diferentes sonidos vocálicos para que el alumno los repita.

- Articular correctamente todas las consonantes en sílabas directas:
  - Ejercicios ante el espejo con profesor y alumno para que éste observe las correctas posiciones de los órganos fonadores en cada uno de los fonemas consonánticos.
  - En todos los ejercicios ortofónicos, se tratará, en primer lugar, que el niño articule el fonema, luego se la hará utilizar dicho fonema en sílaba directa con las diversas vocales, para pasar luego a palabras y, finalmente, a frases en que abunden dichos fonemas.
  - A medida que al niño le van saliendo los fonemas objeto de corrección, hacer que con los dedos toque los órganos correspondientes y perciba sus movimientos, vibraciones, posición...
  - Mientras el profesor articula el fonema correspondiente hacer que el niño toque con sus dedos los órganos activos del profesor: labios, mandíbula, cuerdas vocales, pecho...
  - Se le mostrarán al alumno fotografías, dibujos con objetos cuyos nombres estén compuestos por sílabas directas.
  - El profesor articulará sílabas directas que luego repetirá el alumno.
  - El profesor articulará palabras con sílabas directas que luego repetirá el alumno
  - Grabar en magnetofón los fonemas objetos de corrección, para que el niño los oiga, con intensidad aumentada, si fuere preciso.

- Articular correctamente las sílabas inversas:
  - Una vez que el niño ha logrado articular el fonema objeto de corrección, pasar de una sílaba directa a una sílaba inversa.
  - El orden a practicar con las sílabas inversas será el siguiente: l, n, r, s.
  - Buscar y articular palabras que tengan sílabas inversas.

- Articular correctamente las sílabas directas dobles (sinfones)
  - Cuando el niño ya es capaz de articular los dos fonemas que componen la sílaba directa doble, se practicarán ejercicios de la siguiente manera:
  - Articulación del primer fonema en sílaba directa.
  - Articulación del segundo fonema también en sílaba directa.
  - Unión de las dos sílabas en una palabra que se repetirá rápidamente varias veces hasta llegar a eliminar la primera vocal.
  - Otro modo de proceder, dependiendo de la eficacia de cada alumno, consistirá en comenzar articulando el segundo fonema de la sílaba directa doble y a continuación, mientras lo articula, pasar rápidamente a articular el primer fonema, luego se añadirán las diversas vocales.

- Articular de forma fluida palabras y frases:

REVISTA DIGITAL INNOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

- El alumno repetirá pequeñas poesías, trabalenguas o cuentos que ya le hemos contado.
- Se le mostrarán al alumno fotografías, dibujos u objetos para que él articule sus nombres.
- Se hace inspirar profundamente al niño para que luego en la espiración lenta y continuada emita una frase completa.
- Observando fotografías o dibujos el niño tendrá que construir frases alusivas
- Ejercicios de lectura silenciosa y de lectura en voz alta.
- Se le pedirá al niño que describa láminas, cuente historias, narre hechos de la vida diaria y mantenga conversaciones sobre diversos temas.

MATERIALES Y RECURSOS EMPLEADOS:

Los materiales recomendados para la intervención logopédica en niños disártricos, son los utilizados normalmente en cualquier aula de logopedia para cualquier niño, estos son: espejo, paleta de Perelló, globos, pajitas, cuentos, dibujos, fotografías...

Lo que deberemos tener presente siempre, es que un niño con PC no tiene las mismas características que otros niños, es decir, deberemos tener especial cuidado en el material que va a manipular nuestro alumno, éste deberá estar hecho con materiales blandos, para que el niño no se lesione debido a su espasticidad (si es que la hay), los libros y láminas deben estar plastificado, para que no se estropee ni se haga daño el alumno.

Para seleccionar el material hay que tener en cuenta si el niño presenta o no trastornos asociados, sobre todo ceguera o hipoacusia, ya que esto nos hará variar nuestro modo en presentar las tareas al niño (colores, texturas, sonidos, imitaciones...).

Respecto a los recursos humanos, ya hemos dicho que la evaluación de un niño con disartria es multidisciplinar, por lo que serán diversos los profesionales que deben tratar al niño: fisioterapeutas, psicólogos, neurólogos, audiólogos, pedagogos...

Es tarea de todos los profesionales que un niño evolucione debidamente para así poder hacer que su comunicación sea más funcional y por tanto su vida esté mucho más normalizada.

10- CONCLUSION.

La disartria alude fallos en la articulación. Es un término utilizado para describir las alteraciones del habla producidas por disturbios en el control muscular del mecanismo del habla, resultado de deterioro en algunos de los procesos motores básicos implicados en la ejecución del habla. Estos disturbios pueden producir parálisis, debilidad o descenso en la fuerza muscular, alteraciones en la velocidad, rango y coordinación del movimiento o alteración del tono muscular. El término disartria se utiliza cuando uno o varios de los subsistemas de la producción del habla resultan afectados (respiración, fonación, resonancia y articulación).

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

En función del grado de afectación los niños pueden presentar diferencias importantes en cuanto al tipo de alteración motriz. La sintomatología varia desde pacientes en los que es imposible la marcha autónoma, mantener la cabeza correctamente o desarrollar la motricidad fina necesaria para coger un tenedor o un lápiz, casos que presentan síntomas mínimos, como cierta rigidez en la presión o una ligera torpeza al andar, hasta el extremo de que algunos estos síntomas pueden pasar inadvertidos para el profano.

El tratamiento y/o rehabilitación consiste en corregir el defecto en la producción articulatoria de las palabras (omisión, sustitución...), tratando de mejorar la articulación. Será necesario realizar una correcta evaluación de la disartria, observando el funcionamiento y estado de todos los órganos y músculos implicados en el habla, y los siguientes procesos motores del habla: respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia.

12- BIBLIOGRAFÍA

- BAGUNYÁ, J., & SANGORRÍN, J. (1990). Disartrias. En J. PEÑA CASANOVA (Ed.), Manual de logopedia (pp. Xx-xx). Barcelona: Masson.

- CAMPOS CASTELLÓ, J. (1985): Aspectos neurológicos de los trastornos de la realización motriz de la comunicación. MONFORT, M.: Los trastornos de la comunicación en el niño. Madrid: CEPE.

- CRYSTAL, D. (1983): Patología del lenguaje. Madrid: Cátedra.

- LOU ROYO, M.A. y LÓPEZ URQUÍZAR, N. (2001): Bases psicopedagógicas de la educación especial. Madrid: Pirámide.

- PASCUAL, P. (1988): La dislalia. Madrid: CEPE.

- PELÁEZ, J. y PEÑA, J. (1977): Manual de patología médica. Tomo II. Madrid: Paz Montalvo.

- PERELLÓ GILBERGA, J. (1990): Trastornos del habla. Barcelona: Massón.

 Páginas Web:

- http://www.definicion.org/disartria.

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 16 – MARZO DE 2009

- http://www.logopedia-granada.com/disartria.htm

-http://www.psicopedagogia.com

Autoría

- Nombre y Apellidos: MARIA JOSE MORIANA PORRAS
- Centro, localidad, provincia: CORDOBA
- E-mail: nikolasa1977@hotmail.com